



Raport z badania społecznego

**Diagnoza województwa lubelskiego w zakresie
używania substancji psychoaktywnych wśród
osób dorosłych oraz dostępności oferty
pomocowej w obszarze przeciwdziałania
uzależnieniu od substancji psychoaktywnych**



Zamawiający:



Regionalny Ośrodek
Polityki Społecznej
w
Lublinie

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie
Diamentowa 2
20-447 Lublin
rops@lubelskie.pl

Wykonawca:



Grupa BST Sp. z o. o.
ul. Mieczyków 12,
40-748 Katowice
biuro@grupabst.pl

**Raport i rekomendacje opracował:
Zdzisław Wolny**

Projekt Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie realizowany w ramach
Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017-2020
oraz Wojewódzkiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020
finansowany ze środków Województwa Lubelskiego

Spis treści

Spis treści	2
Lista skrótów	3
Wprowadzenie.....	4
Metodologia badania.....	5
Cele badania.....	5
Główny cel badania	5
Cele szczegółowe badania.....	5
Metody i techniki badawcze	6
Analiza danych zastanych (Desk Research).....	6
Wywiad bezpośredni z użyciem urządzeń mobilnych (CAPI)	7
Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)	12
Zogniskowany wywiad grupowy	13
Charakterystyka i wzory używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych.....	14
Dostępność oferty pomocy w województwie lubelskim dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.....	40
Problemy społeczne wynikające z używania substancji psychoaktywnych	57
Skala występowania problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych	68
Zagrożenia wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych.....	74
Postawy społeczne wobec substancji psychoaktywnych oraz osób je stosujących.....	80
Wpływ działań i ofert promocyjnych koncernów alkoholowych, lokali, klubów na wzory konsumpcji	85
Wpływ kampanii społecznych na przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych	87
Wnioski i rekomendacje	89
Spis tabel.....	92
Spis rysunków	94
Bibliografia	97
Załączniki – narzędzia badawcze.....	99
Kwestionariusz wywiadu CAPI	99
Scenariusz wywiadu IDI	111
Scenariusz wywiadu FGI	114

Lista skrótów

GUS	Główny Urząd Statystyczny
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
KBPN	Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii
NSP	Nowe substancje psychoaktywne
WHO	World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
HED	Heavy episodic drinking (ciężkie epizodyczne picie)
GKRPA	Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
DDA	Dorośle Dzieci Alkoholików
ASDR	Age-standardized death rates (Współczynniki zgonów dostosowane do wieku)
AAF	Alcohol-attributable fractions (frakcje przypisywane alkoholowi)
AAD	Alcohol-attributable deaths (zgony powodowane przez alkohol)
CAPI	Computer-Assisted Personal Interview (Wywiad bezpośredni z użyciem urządzeń mobilnych)
IDI	Individual In-Depth Interview (Indywidualny wywiad pogłębiony)
FGI	Focus Group Interview (Zogniskowany wywiad grupowy)

Wprowadzenie

Niniejszy dokument stanowi diagnozę województwa lubelskiego w zakresie używania substancji psychoaktywnych wśród osób dorosłych oraz dostępności oferty pomocowej w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od substancji psychoaktywnych.

W celu realizacji założonych celów badawczych, posłużono się ilościowymi oraz jakościowymi metodami badawczymi. W ramach badań ilościowych przeprowadzono badania ankietowe - wywiad bezpośredni z użyciem urządzeń mobilnych (CAPI) wśród dorosłych mieszkańców województwa lubelskiego. Dopełnieniem tych badań były badania jakościowe: indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz z osobami uzależnionymi od pozostałych substancji psychoaktywnych, a także zogniskowany wywiad grupowy (FGI) przeprowadzony ze specjalistami świadczącymi pomoc osobom z problemem uzależnień i ich rodzinom w województwie lubelskim (terapeutami, psychologami, psychiatrami, specjalistami terapii uzależnień).

Posłużono się także analizą danych zastanych (desk research) w celu przedstawienia dostępnych informacji statystycznych, dokumentów strategicznych oraz raportów z badań, które dotyczyły używania substancji psychoaktywnych wśród osób dorosłych oraz dostępności oferty pomocowej w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. Wykorzystano dane udostępnione przez m. in.: Komendę Wojewódzką Policji w Lublinie, Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie, Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Lublinie, Główny Urząd Statystyczny, Światową Organizację Zdrowia, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

W prezentowanym dokumencie dokonano analizy skali zjawiska występowania problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) wśród mieszkańców województwa lubelskiego. Przedstawiono szczegółowe informacje na temat wzorów konsumpcji substancji psychoaktywnych wśród badanych oraz charakterystyki używania substancji psychoaktywnych (struktury spożycia, rodzaju używanych substancji, częstotliwości sięgania po środki psychoaktywne, okazji oraz powodów do używania substancji psychoaktywnych). Zbadano także dostępność oferty pomocowej dla osób zmagających się z problemem uzależnień. Ponadto określono postawy społeczne wobec substancji psychoaktywnych, a także zagrożenia wynikające z ich zażywania. Ważnym elementem było także wskazanie wpływu działań i ofert promocyjnych koncernów alkoholowych, lokali, klubów na wzory konsumpcji, a także wpływu kampanii społecznych na przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. W podrozdziale *Charakterystyka i wzory używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych* dokonano w pierwszej kolejności wprowadzenia teoretycznego. Przedstawiono definicję substancji psychoaktywnych oraz wyjaśniono, czym jest uzależnienie.

Systematyczne monitorowanie zjawiska występowania problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych jest istotnym elementem kształtowania polityki zapobiegania temu zjawisku oraz przygotowania stosownej pomocy dla osób zmagających się z uzależnieniem. Dlatego też ostatnim elementem prezentowanego dokumentu są wnioski oraz rekomendacje opracowane przez ekspertów z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych.

Metodologia badania

Cele badania

Główny cel badania

Celem badania jest określenie skali, struktury i wzorów używania substancji psychoaktywnych, postaw i problemów społecznych w tym zakresie oraz dostępności oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Dane dotyczyć będą lat 2016-2018. Zostaną one porównane do analogicznych danych z poprzedniego okresu badawczego, dotyczących województwa lubelskiego i skonfrontowane z danymi krajowymi.

Cele szczegółowe badania

1. Ogólna charakterystyka używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych (struktura spożycia, rodzaj używanych substancji, częstotliwość sięgania po środki psychoaktywne, okazje i powody do używania substancji psychoaktywnych, miejsca itp.) - województwo lubelskie na tle danych krajowych;
2. Uwarunkowania społeczno-demograficzne/wzory używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych, (płeć, wiek, status zawodowy, wykształcenie, dochód, klasa miejsca zamieszkania, grupy ryzyka...);
3. Dostępność oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w tym osób dorosłych, zasoby instytucjonalne i osobowe, określenie liczby osób, w tym osób dorosłych leczących się w placówkach leczenia odwykowego i korzystających z programów terapeutycznych ponadpodstawowych (w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)) i programów substytucyjnych;
4. Oszacowanie liczby osób dorosłych używających substancji psychoaktywnych, w tym oszacowanie liczby bieżących, okazjonalnych, eksperymentujących, problemowych użytkowników środków psychoaktywnych. Oszacowanie liczby osób dorosłych z uzależnieniem krzyżowym, z uzależnieniem mieszanym, z syndromem Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA), współuzależnionych;
5. Określenie problemów społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych:
 - a. wiek inicjacji,
 - b. problemy w rodzinie wynikające z używania substancji psychoaktywnych, w tym przemoc,
 - c. prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych,
 - d. używanie substancji psychoaktywnych w pracy,
 - e. używanie substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży,
 - f. sprzedaż alkoholu nieletnim;
6. Określenie czynników prowadzących do uzależnienia;
7. Skala występowania problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych w opinii respondentów;
8. Zagrożenia wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zarówno w aspekcie jednostkowym, jak i społecznym;
9. Określenie postaw społecznych wobec substancji psychoaktywnych i osób stosujących:
 - a. stereotypy dotyczące stosowania substancji psychoaktywnych i osób stosujących,
 - b. ocena dostępności substancji psychoaktywnych,

- c. opinie respondentów dotyczące zagrożeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych,
 - d. opinie dotyczące wieku inicjacji w używaniu substancji psychoaktywnych,
 - e. postawy wobec reklamowania alkoholu,
 - f. znajomość i ocena skuteczności instytucji udzielających pomocy osobom z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych;
10. Wpływ działań i ofert promocyjnych koncernów alkoholowych, lokali, klubów itp. na wzory konsumpcji;
 11. Wpływ kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych na zmianę wzorów konsumpcji;
 12. Sformułowanie rekomendacji dla działań na szczeblu wojewódzkim na podstawie wniosków i wyników z badań.

Metody i techniki badawcze

Analiza danych zastanych (Desk Research)



Analiza danych zastanych (z ang. *desk research*) to metoda polegająca na analizie dostępnych danych i dokumentów (m.in. dokumentów projektowych, prawnych, publikacji, danych statystycznych). Analiza stanowi bazę związaną z realizacją dalszych części badania. Badanie dokumentów służyć może ustaleniu faktycznego stanu rzeczy, jak również stworzeniu prognozy na przyszłość.¹

W ramach badania analizie poddane zostały dane statystyczne, dokumenty strategiczne, raporty z badań itp. dotyczące używania substancji psychoaktywnych wśród osób dorosłych oraz dostępności oferty pomocowej w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. Niniejsze dane dotyczyć będą województwa lubelskiego na tle danych krajowych. Zakres danych obejmuje lata 2016-2018.

Wykorzystano następujące dokumenty oraz dane:

1. Europejski Raport Narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019.
2. Mały Rocznik Statystyczny Polski, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.
3. Raport wojewódzki: Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa lubelskiego w roku 2016, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2017.
4. Raport wojewódzki: Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa lubelskiego w roku 2017, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2018.
5. Raport: Global status report on alcohol and health – 2018, WHO, Geneva 2018.
6. Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2018.
7. Raport: Produkcja I Rynek Napojów Spirytusowych Względem Pozostałych Napojów Alkoholowych. Analiza otoczenia prawnego, gospodarczego i prawnego, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017.

¹ M. Makowska: *Analiza danych zastanych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2014.

8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2014 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.
11. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018, Warszawa, czerwiec 2019.
12. SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE NA LATA 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, wrzesień 2018 r.
13. Ustawę z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii.
14. Ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
15. Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017-2020.
16. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020.
17. Zestawienie statystyczne Profilaktyka I Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych w Polsce w Samorządach Gminnych w 2018 roku, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2019.
18. Dane Głównego Urzędu Statystycznego,
19. Dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie.
20. Dane Lubelskiego OW NFZ.
21. Dane Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie.
22. Dane Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) udostępnione na stronie internetowej.
23. Dane Wydziału Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie.

Wywiad bezpośredni z użyciem urządzeń mobilnych (CAPI)



CAPI (z ang. *Computer-Assisted Personal Interview*) to bezpośredni indywidualny wywiad z użyciem urządzeń mobilnych, takich jak na przykład laptop, palmtop czy też tablet. Urządzenia te wspomagają ankietera w zapisywaniu odpowiedzi podczas prowadzenia wywiadu.²

Badanie przeprowadzono wśród pełnoletnich respondentów zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego we wszystkich powiatach. Próba badawcza jest reprezentatywna pod względem: liczby mieszkańców w województwie i w poszczególnych powiatach; płci; klasy miejsca zamieszkania; wieku. Do określenia liczby wywiadów w każdej z kategorii wykorzystano dane Głównego Urzędu Statystycznego

² R.Boguszewski, N.Hipsz: *Od kwestionariusza papierowego do wspomaganego komputerowo. Analiza porównawcza technik CAPI i PAP*, Przegląd Socjologiczny, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź 2012.

dotyczące liczby dorosłych mieszkańców (18 i więcej lat) województwa lubelskiego na koniec 2018 roku. Szczegóły zaprezentowano w kolejnych tabelach oraz przedstawiono na rysunkach.

Tabela 1. ukazuje precyzyjne dane dotyczące liczby osób z poszczególnych powiatów, które wzięły udział w badaniu CAPI. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zamieszkujące miasto Lublin (16,2%). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z miasta Biała Podlaska (1,8%) oraz z powiatu radzyńskiego (1,7%).

Tabela 1. Rozkład próby badawczej ze względu na powiat [N=1000]

Powiat:	Liczba przeprowadzonych wywiadów	%
Powiat bialski	52	5,2%
Powiat biłgorajski	48	4,8%
Powiat chełmski	37	3,7%
Powiat hrubieszowski	31	3,1%
Powiat janowski	22	2,2%
Powiat krasnostawski	31	3,1%
Powiat kraśnicki	46	4,6%
Powiat lubartowski	41	4,1%
Powiat lubelski	71	7,1%
Powiat łęczyński	27	2,7%
Powiat łukowski	49	4,9%
Powiat m.Biała Podlaska	18	1,8%
Powiat m.Chełm	51	5,1%
Powiat m.Lublin	162	16,2%
Powiat m.Zamość	31	3,1%
Powiat opolski	27	2,7%
Powiat parczewski	30	3,0%
Powiat puławski	28	2,8%
Powiat radzyński	17	1,7%
Powiat rycki	27	2,7%
Powiat świdnicki	26	2,6%
Powiat tomaszowski	54	5,4%
Powiat włodawski	34	3,4%
Powiat zamojski	40	4,0%
Suma końcowa	1000	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W badanej zbiorowości przedstawiciele mieszkańców województwa lubelskiego przeważały kobiety, które stanowiły 52,1% ogółu tj. 521 osób.

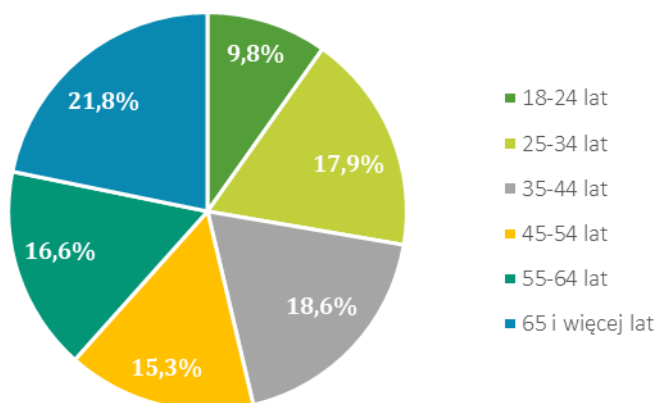
Rysunek 1. Rozkład próby badawczej ze względu na płeć [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Biorąc pod uwagę wiek respondentów, to przeważały osoby powyżej 65 roku życia (21,8%). W następnej kolejności najliczniejsze grupy badanych mieściły się w przedziale wiekowym 35-44 lat (18,6%) oraz 25-34 lata (17,9%). Najmniejszą grupą w badanej zbiorowości przedstawicieli mieszkańców województwa lubelskiego byli osoby w wieku 18-24 lata (9,8%).

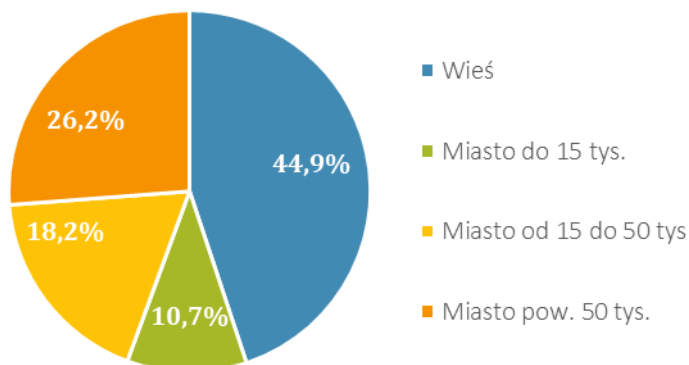
Rysunek 2. Rozkład próby badawczej ze względu na wiek [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Wśród ankietowanych dominowały osoby zamieszkujące wieś (44,9%), następnie mieszkańcy miast powyżej 50 tys. mieszkańców (26,2%). Mieszkańcy miast od 15 do 50 tys. mieszkańców reprezentowani byli przez 18,2% badanych. Najmniej osób stanowili przedstawiciele miast do 15 tys. mieszkańców (10,7%).

Rysunek 3. Rozkład próby badawczej ze względu na klasę miejsca zamieszkania [N=1000]

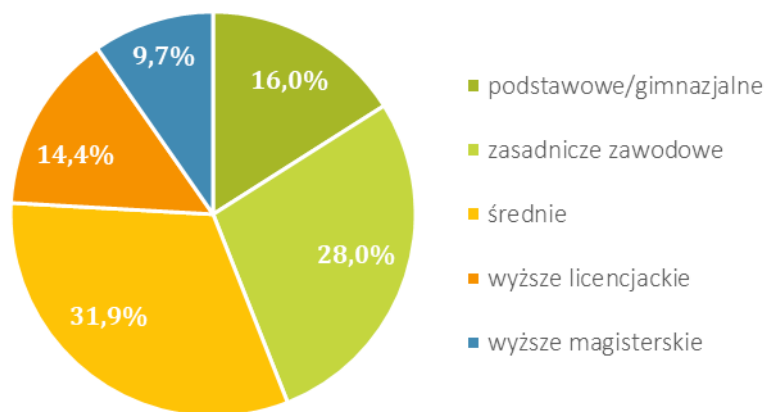


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Największy odsetek respondentów legitymował się wykształceniem średnim (31,9%) oraz wykształceniem zasadniczym zawodowym (28,0%). Wykształcenie podstawowe posiadało 16,0% ankietowanych.

W badanej zbiorowości 24,1% osób posiadało wykształcenie wyższe, z czego 14,4% legitymowało się wykształceniem wyższym licencjackim, a 9,7% wykształceniem wyższym magisterskim.

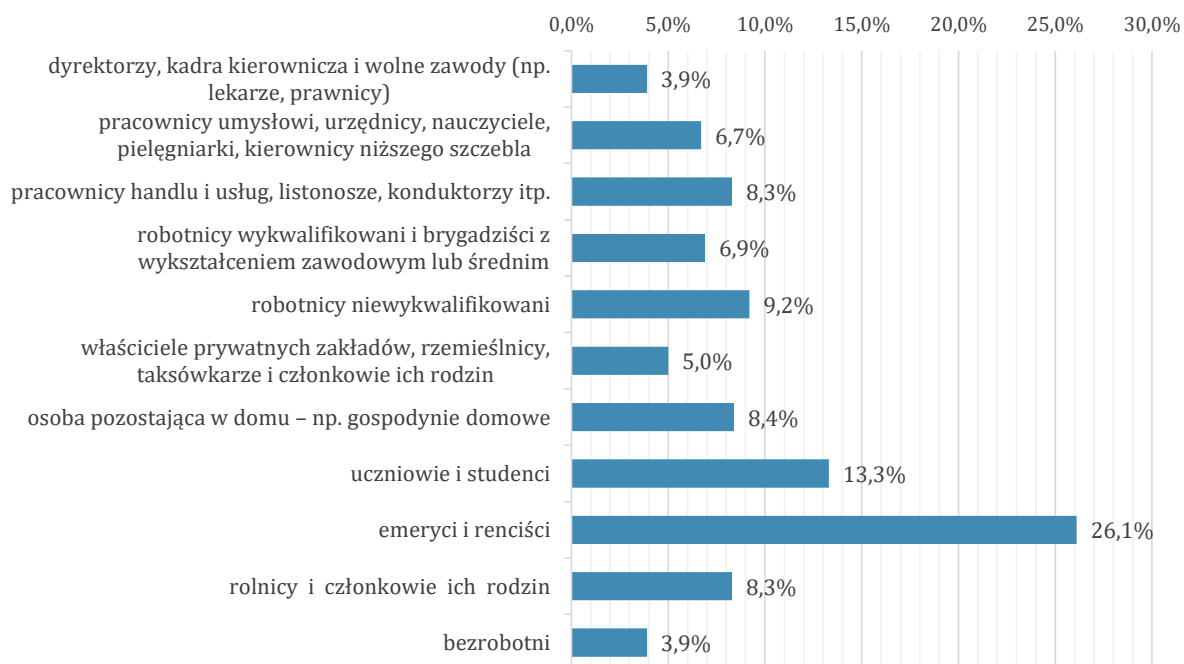
Rysunek 4. Rozkład próby badawczej ze względu na wykształcenie [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Analizie poddano także przynależność badanych do określonych grup społecznych. Zdecydowanie najwięcej osób, które wzięły udział w badaniu to emeryci i renciści, którzy stanowili 26,1% ogółu. W następnej kolejności najliczniej reprezentowane grupy to uczniowie i studenci (13,3%) oraz robotnicy niewykwalifikowani (9,2%). Najmniej było osób przynależących do grup dyrektorzy, kadra kierownicza i wolne zawody (3,9%) oraz bezrobotni (3,9%).

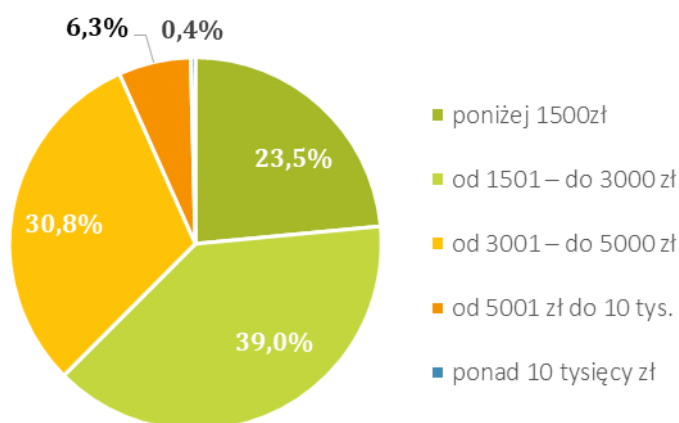
Rysunek 5. Rozkład próby badawczej ze względu na przynależność do grupy społecznej [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Uwzględniając dochód gospodarstwa domowego, najwięcej osób deklarowało dochód mieszczący się w przedziale od 1 501zł do 3 000zł (39,0%) a następnie od 3 001zł do 5 000zł (30,8%). Dochód poniżej 1 500zł dotyczył co 4 osoby. W badanej zbiorowości mieszkańców województwa lubelskiego 0,4% zadeklarowała zarobki powyżej 10 tys. zł.

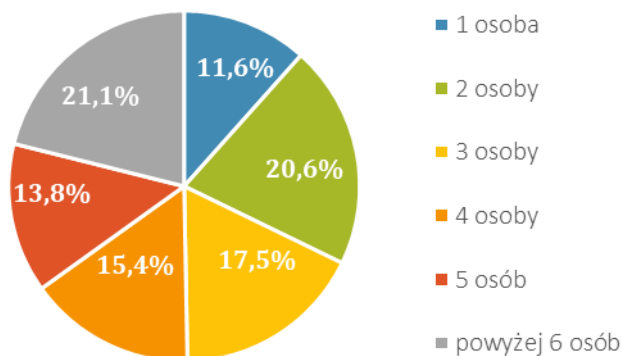
Rysunek 6. Rozkład próby badawczej ze względu na dochód gospodarstwa domowego [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W próbie badawczej dominowały gospodarstwa domowe liczące powyżej 6 osób (21,1%) oraz gospodarstwa zamieszkiwane przez 2 osoby (20,6%). 11,6% gospodarstw domowych liczyło 1 osobę.

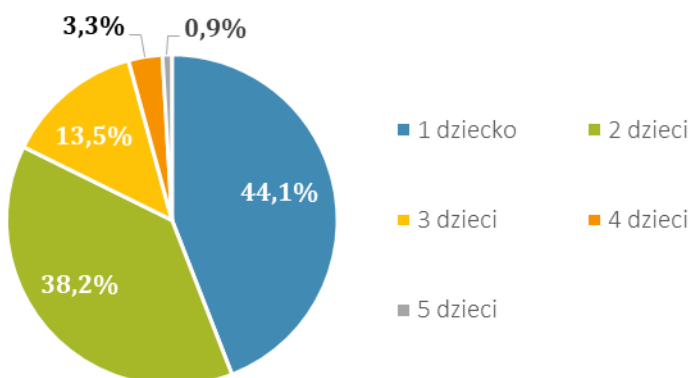
Rysunek 7. Rozkład próby badawczej ze względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym [N = 542]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Wśród gospodarstw domowych dominowały te, w których było 1 dziecko (44,1%), następnie te liczące 2 dzieci (38,2%). 5 dzieci odnotowano jedynie w 0,9% badanych gospodarstw domowych.

Rysunek 8. Rozkład próby badawczej ze względu na liczbę dzieci w gospodarstwie domowym [N = 542]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI)



IDI - Indywidualny wywiad pogłębiony (z ang. *Individual In-Depth Interview*) to rozmowa pomiędzy osobą prowadzącą badanie (moderatorem) a badanym. Badanie opiera się o przygotowany scenariusz, a struktura samego wywiadu jest swobodna. Czas trwania badania uzależniony jest od liczby pytań w scenariuszu. Przebieg rozmowy jest rejestrowany, a z przeprowadzonego wywiadu zostaje sporządzona transkrypcja, która służy jako materiał do analizy.³

³ R. Miński: *Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwość wykorzystania IDI w badaniach ewaluacyjnych*. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, Tom XIII, Numer 3, 2017.

Indywidualne wywiady pogłębione przeprowadzono z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz z osobami uzależnionymi od pozostałych substancji psychoaktywnych zgodnie z przyjętą definicją. W każdej z grup przeprowadzono po 14 wywiadów.

Zogniskowany wywiad grupowy



FGI - Zogniskowany wywiad grupowy (z ang. Focus Group Interview) to prowadzona przez moderatora dyskusja w grupie celowo dobranych osób. Badanie opiera się o przygotowany scenariusz, a jego przebieg jest rejestrowany.

FGI przeprowadzony został ze specjalistami świadczącymi pomoc osobom z problemem uzależnień i ich rodzinom w województwie lubelskim. W wywiadzie wzięło udział 10 osób (wychowawca z Centrum Aktywności Środowiskowej, 3 pracowników socjalnych z ośrodków pomocy społecznej, pracownik Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, pracownik poradni leczenia uzależnienia od alkoholu, pracownik Centrum Integracji Społecznej „Nadzieja”, pracownik poradni leczenia uzależnienia od narkotyków, pracownik świetlicy socjoterapeutycznej, psycholog).

Charakterystyka i wzory używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych

*

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano szczegółowe informacje na temat używania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu). Zaprezentowano dane światowe i krajowe, a także zamieszczono wyniki badań empirycznych przeprowadzonych wśród mieszkańców województwa lubelskiego, które ukazują, jakie są wzory konsumpcji substancji psychoaktywnych w odniesieniu do tendencji krajowych oraz wojewódzkich z poprzednich edycji badań w tym obszarze.

*

Na potrzeby badania przyjmuje się definicję substancji psychoaktywnych wg Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z podziałem na trzy główne grupy:

- ⇒ alkohol, opiaty, leki uspokajające i nasenne (działające głównie rozluźniająco, uspokajająco, nasennie),
- ⇒ kanabinoły i inne substancje halucynogenne, lotne rozpuszczalniki (działające głównie euforycznie, powodujące omamy, urojenia),
- ⇒ kokaina i inne substancje stymulujące, nikotyna (działające pobudzająco, podwyższające nastrój).⁴

Lista substancji psychoaktywnych, psychotropowych oraz środków odurzających zawarta jest w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych*. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2014 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie* definiuje środki działające podobnie jak alkohol. Zgodnie z definicją Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) *problemowe używanie narkotyków jest rozumiane jako długotrwałe używanie narkotyków (substancji nielegalnych), które powoduje u osoby używającej poważne problemy natury zdrowotnej i społecznej*.⁵ Podkreśla się, że polska definicja obejmuje problemowych użytkowników zarówno opiatów, jak i amfetaminy, kokainy, a także kanabinoli i innych narkotyków.⁶

Natomiast w przypadku nadużywania alkoholu Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) używa pojęcia zespołu uzależnienia od alkoholu, który rozumiany jest jako: *kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które poprzednio miały dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne). Wypicie alkoholu, nawet po bardzo długim okresie abstynencji, może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu uzależnienia, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych*.⁷ Aby rozpoznać zespół uzależnienia od alkoholu, wystąpić muszą trzy lub więcej wymienionych poniżej objawów, które utrzymują się przez pewien czas w ciągu roku. Do tych objawów zalicza się:

1. silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”),
2. upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia),

⁴ <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112184>, dostęp: 22.11.2019 r.

⁵ <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=459814>, dostęp: 16.10.2019 r.

⁶ Ibidem.

⁷ <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/uzaleznienie>, dostęp: 16.10.2019 r.

3. fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenie) albo używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) w celu złagodzenia wyżej wymienionych objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich,
4. zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu), potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu,
5. z powodu picia alkoholu - narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź uwolnienia się od następstw jego działania,
6. uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).⁸

Zgodnie z definicją przytoczoną przez Wojciecha Kostowskiego *uzależnienie traktowane w szerokim pojęciu, obejmuje zarówno zależności od różnych substancji psychoaktywnych, jak też uzależnienia behawioralne (od gier, wyścigów, natrętnych zakupów, internetu itd.). Uzależnienie można określić jako nawracające zaburzenie obejmujące procesy psychiczne, ale również często wegetatywne i somatyczne. Zasadniczą cechą uzależnień od substancji psychoaktywnych jest utrata kontroli nad procesami zachowania popędowego, a więc nad dążeniem do kontaktu z substancją, kompulsywne jej poszukiwanie (drug seeking) i pobieranie (drug taking). Dla wielu uzależnionych osób proces chorobowy przebiega przewlekłe z nawrotami (relapses), pojawiającymi się nawet po bardzo długich okresach abstynencji.*⁹ W dyskursie naukowym istnieje wiele teorii wyjaśniających przyczyny i mechanizmy prowadzące do uzależnienia. Wśród nich można wyróżnić teorie z dziedziny neurobiologii oraz psychologii. Marcin Wojnar i Kirk J. Brower analizując neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia wskazują, że uzależnienie *to choroba mózgu, której rozwój uwarunkowany jest predyspozycją genetyczną oraz wpływem czynników środowiskowych, kulturowych i psychospołecznych.*¹⁰ Psychologiczne ujęcie tematyki przyczyn uzależnień wskazuje kilka teorii. Wśród nich przedstawia się teorię różnic indywidualnych utrzymującą, że określone cechy osobowości człowieka wpływają na jego zachowania, w tym uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Badacze podkreślali także rolę samooceny oraz stresu w procesie uzależnienia. Ten drugi czynnik powoduje większe ryzyko uzależnienia. Wpływ mają także indywidualne umiejętności człowieka w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami w życiu.¹¹

Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *Global status report on alcohol and health – 2018* wskazuje, że Polska mieści się wśród krajów o najwyższym wskaźniku HED (Heavy episodic drinking), który informuje o dużym epizodycznym spożyciu alkoholu wśród ludności. Najwyższe wartości tego wskaźnika charakterystyczne są dla Federacji Rosyjskiej (powyżej 60% obecnych pijących). Polska, wraz z innymi europejskimi krajami, takimi jak: Bułgaria oraz Rumunia, a także niektórymi krajami afrykańskimi (Angola, Demokratyczna Republika Konga), Australią oraz niektórymi krajami Ameryki Południowej (Boliwia, Brazylia, Paragwaj, Peru), mieści się na drugim miejscu pod względem wartości wskaźnika HED, który wynosi w tych krajach 45-60%.¹²

⁸ Ibidem.

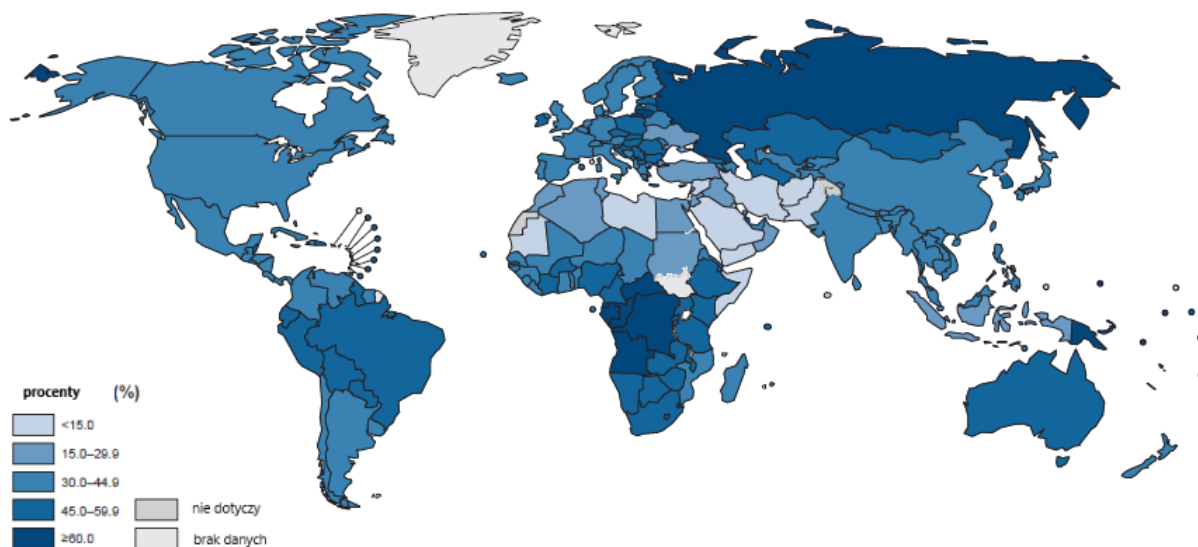
⁹ W. Kostowski: *Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień*, Alkoholizm i narkomania 2006, tom 19, nr 2.

¹⁰ M. Wojnar, K. J. Brower: *Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia* [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2012.

¹¹ B. Bukowska: *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli* [w:] *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2012.

¹² Raport *Global status report on alcohol and health – 2018*, WHO, Geneva 2018.

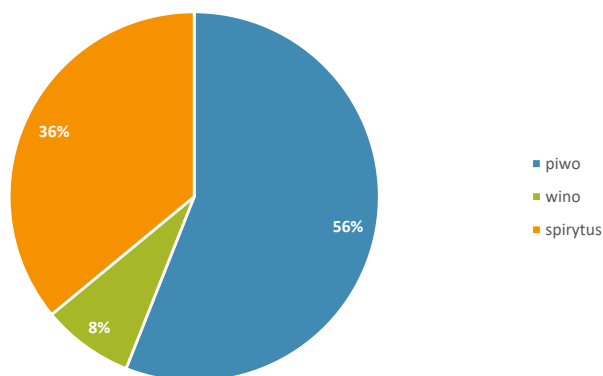
Rysunek 9. Częstość intensywnego picia epizodycznego (HED) wśród obecnych osób pijących (15+ lat) na świecie według danych WHO w 2016 roku



Źródło: Raport *Global status report on alcohol and health – 2018*, WHO, Geneva 2018.

Według Raportu WHO *Global status report on alcohol and health – 2018* w 2016 roku w Polsce wśród populacji powyżej 15 roku życia najczęściej spożywano piwo. Odnotowano, że aż 56% spożywanego alkoholu przez mieszkańców Polski stanowi piwo. W następnej kolejności jest to spirytus (36%). Natomiast najmniejszy odsetek stanowi wino (8%).¹³ Biorąc pod uwagę płeć, to mężczyźni spożywali więcej alkoholu niż kobiety. Dane WHO wskazują, że w 2016 roku spośród osób pijących alkohol, mężczyźni spożywali go w ilości 23,8 litra (w litrze czystego alkoholu), a kobiety 8,3 litra.¹⁴

Rysunek 10. Spożycie alkoholu na 1 mieszkańca w Polsce w 2016 roku według danych WHO



Źródło: Raport *Global status report on alcohol and health – 2018*, WHO, Geneva 2018.

Zamieszczone w tabeli 2. dane dotyczą spożycia alkoholu w litrach na 1 mieszkańca w latach 2016-2018. Ukazują one, że w społeczeństwie polskim wzrasta spożycie alkoholu. Najczęściej wybieranym alkoholem jest piwo, natomiast najrzadziej Polacy sięgają po wino i miody pitne.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ibidem.

Tabela 2. Spożycie alkoholu w litrach na 1 mieszkańca w latach 2016-2018

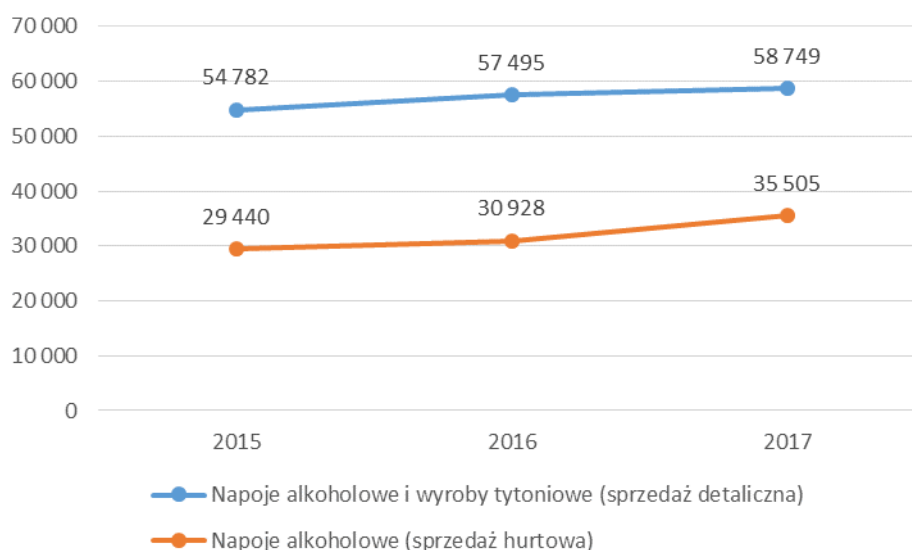
Rok	Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	Wino i miody pitne	Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkohol	Piwo	Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol
2016	3,2	5,8	0,70	99,5	5,47
2017	3,3	6,1	0,73	98,5	5,42
2018	3,3	6,0	0,72	100,5	5,53

Źródło: Obliczenia PARPA na podstawie danych GUS w: [<http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>]

Również Raport z 2017 roku pt. *Produkcja I Rynek Napojów Spirytusowych Względem Pozostałych Napojów Alkoholowych* ukazuje, że w Polsce najpopularniejszym alkoholem jest piwo. Ok. 7% dorosłych Polaków pije je codziennie lub prawie codziennie. Spośród osób pijących, prawie 40% spożywa piwo przynajmniej raz w tygodniu, natomiast napoje spirytusowe – mniej niż 10% badanych i ok. 4% w przypadku wyrobów winiarskich.¹⁵

Wraz ze wzrostem spożycia alkoholu wzrasta także jego sprzedaż. Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) obrazują, że na przestrzeni lat 2015-2017 widać zwiększenie sprzedaży detalicznej i hurtowej napojów alkoholowych oraz wyrobów tytoniowych. W roku 2015 sprzedaż detaliczna napojów alkoholowych oraz wyrobów tytoniowych wynosiła 54 782 mln zł, natomiast dwa lata później była większa o 3 967 mln zł. Również w przypadku sprzedaży hurtowej napojów alkoholowych odnotowano zwiększenie sprzedaży. W 2015 roku sprzedaż wynosiła 29 440 mln zł, a w 2017 była większa o 6 065 mln zł.

Rysunek 11. Sprzedaż detaliczna i hurtowa (ceny bieżące) w mln zł w latach 2015-2017

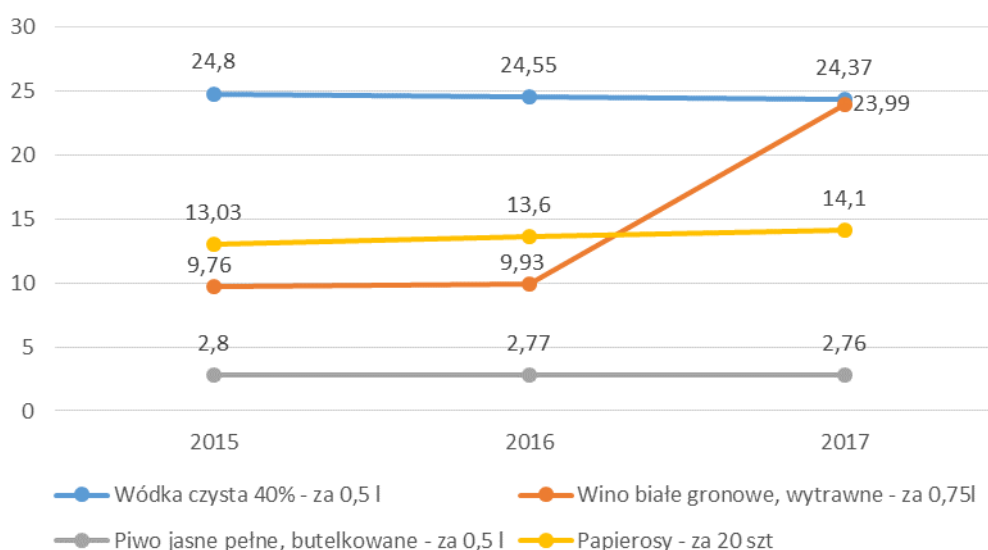


Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.

Warto także zauważyć, że w latach 2015-2017 obserwuje się spadek cen w przypadku niektórych napojów alkoholowych. Zmniejszyła się cena m. in. wódki czystej 40% oraz piwa. Wzrosły natomiast ceny papierosów oraz wina białego, wytrawnego.

¹⁵ Raport *Produkcja I Rynek Napojów Spirytusowych Względem Pozostałych Napojów Alkoholowych*. Analiza otoczenia prawnego, gospodarczego i prawnego, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017.

Rysunek 12. Ceny detaliczne napojów alkoholowych oraz wyrobów tytoniowych w latach 2015-2017 (w zł)



Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.

Dane zebrane z ankiety internetowej na potrzeby *Europejskiego Raportu Narkotykowego* wskazują, że wśród państw europejskich Polska plasowała się w 2016 roku na 4 miejscu pod względem spożycia marihuany, zaraz po Estonii, Łotwie oraz Litwie oraz na 3 miejscu (zaraz po Łotwie i Litwie) pod względem spożycia kokainy.¹⁶

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN) w *Raporcie o stanie narkomanii w Polsce 2018* opisuje zachodzące zmiany w zażywaniu narkotyków, mające miejsce w ostatnich latach. Przede wszystkim trendy te dotyczą popularności narkotyków wśród osób je zażywających. Przykładowo w 2008 roku heroinę użytkowało 50% osób, natomiast według danych z programów wymiany igieł i strzykawek z 2016 roku, dopiero co 7 użytkowników sięgał w Polsce po tę substancję. Duże zmiany na rynku spowodowało pojawienie się nowych substancji psychoaktywnych (NSP). W 2016 roku aż 40% osób według danych z programów wymiany igieł i strzykawek sięgało po NSP. Dużą popularnością cieszy się także amfetamina, po którą sięga co trzeci użytkownik. Raport KBPN wskazuje także na kolejną zmianę, która dotyczy osób podejmujących leczenie z powodu nadużywania narkotyków. Dane pochodzące z *Raportu o stanie narkomanii w Polsce 2018*, dotyczące osób, które podjęły leczenie po raz pierwszy w życiu, ukazują, że w Polsce najczęściej podejmowano leczenie z powodu problemów z marihuaną (39%), a na drugim miejscu – amfetaminą (24%). Na przestrzeni ostatnich lat zauważalny jest też wzrost popularności metamfetaminy w Polsce.¹⁷

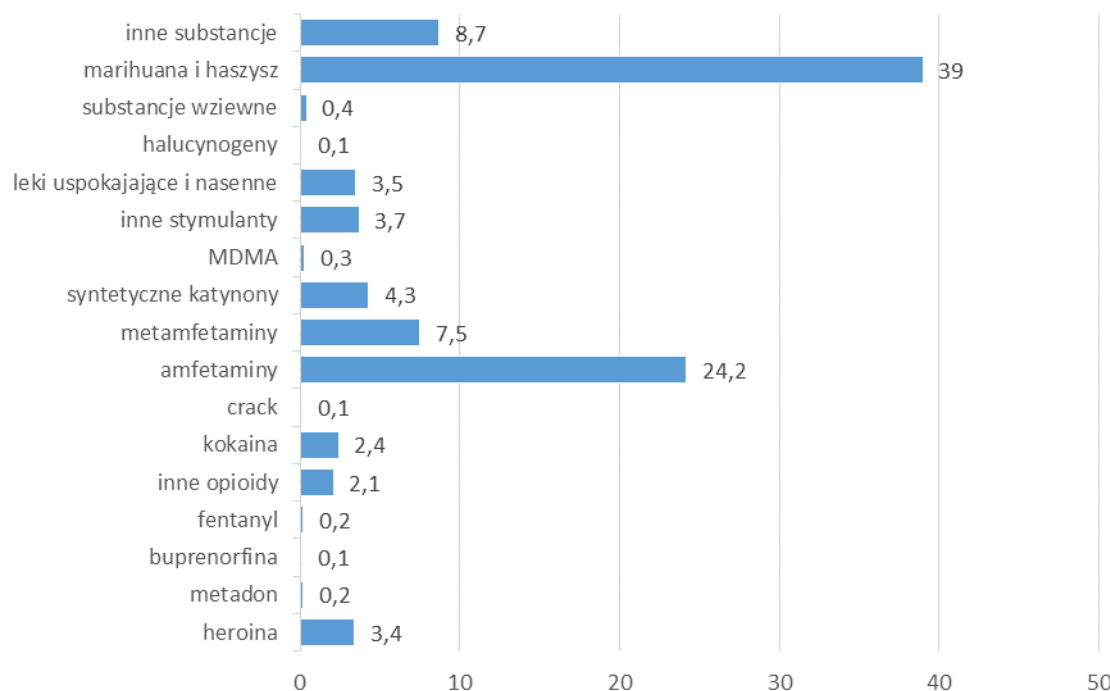
Według danych krajowych udostępnionych przez KBPN, wśród osób, które zgłosiły się po raz pierwszy na leczenie w 2017 roku, najpopularniejsza była marihuana i haszysz, które zażywało 39% osób, w dalszej kolejności zażywana była amfetamina (24,2%) oraz metamfetamina (7,5%). Szczegółowe dane prezentuje rysunek dotyczący zgłaszalności na leczenie z powodu narkotyków w podziale na narkotyk podstawowy w 2017 roku w Polsce. Natomiast według danych z programów wymiany igieł i strzykawek z 2016 roku aż 71% osób podczas zażywania narkotyków sięga także po alkohol.¹⁸

¹⁶ Europejski Raport Narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019.

¹⁷ Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2018.

¹⁸ Ibidem.

Rysunek 13. Zgłaszalność na leczenie z powodu narkotyków w podziale na narkotyki podstawowy w 2017 roku w Polsce (w %)



Źródło: Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2018.

W następnej kolejności dokonano analizy wzorów spożywania substancji psychoaktywnych przez mieszkańców województwa lubelskiego. Posłużono się w tym celu wynikami przeprowadzonego wśród nich badania CAPI. Zaprezentowano także krótkie charakterystyki wzorów konsumpcji z poprzednich edycji badania.

Diagnoza dotycząca wzorów konsumpcji alkoholu w województwie lubelskim przeprowadzona w 2015 roku wykazała, że piwo jest alkoholem spożywanym najczęściej (i przy tzw. codziennych okazjach), podczas gdy picie wina i wódki jest zarezerwowane na sytuacje wyjątkowe. Po piwo częściej sięgają mężczyźni (82% mężczyźni vs 50% kobiety). Kobiety znacznie częściej sięgają po wino (52% kobiet vs 27% mężczyzn), przy czym zwykle robią to okazjonalnie. Jedynie 39% kobiet i aż 74% mężczyzn piło w 2015 roku napoje spirytusowe. Częstotliwość picia u kobiet jest zdecydowanie niższa. Największą częstotliwość picia obserwuje się wśród osób legitymujących się wykształceniem zawodowym (41% badanych pijących raz w tygodniu lub częściej). Najrzadziej spożywają piwo osoby z wykształceniem podstawowym (19% z nich sięga po piwo raz w tygodniu lub częściej). Wino było wyraźnie częściej spożywane przez osoby z wykształceniem wyższym, zaś po napoje spirytusowe najczęściej sięgają osoby z wykształceniem zawodowym. Największy odsetek osób pijących codziennie stanowią osoby bezrobotne.¹⁹ Badanie CAPI przeprowadzone w 2019 roku wśród mieszkańców województwa lubelskiego wykazało podobne tendencje dotyczące wzorów konsumpcji. Najczęściej spożywanym alkoholem jest piwo. Po alkohol znacznie częściej sięgają mężczyźni niż kobiety oraz osoby z wykształceniem zawodowym. Poniżej przedstawiono szczegółową analizę wzorów konsumpcji alkoholu.

Według przeprowadzonego badania CAPI, ponad połowa badanych (58,3%) przyznała, że zdarza się jej pić alkohol. Wśród tych osób dominują mężczyźni, którzy stanowią 60,0% osób deklarujących picie alkoholu. Biorąc pod uwagę wiek, alkohol spożywany jest w głównej mierze przez osoby w wieku 35-44

¹⁹ Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017-2020.

lata (23,7%) oraz 25-34 lata (19,7%). Osoby spożywające alkohol legitymują się najczęściej wykształceniem zasadniczym zawodowym (29,3%) oraz średnim (29,2%). 45,0% badanych, którzy odpowiedzieli, że zdarza im się spożywać alkohol to mieszkańcy wsi.

Rysunek 14. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarza się Panu/Pani pić alkohol?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W tabeli 3. zaprezentowano częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego. Najczęściej spożywanym przez nich alkoholem jest piwo. Spośród wszystkich wymienionych alkoholi 9,6% badanych spożywa je codziennie, natomiast największy odsetek dotyczy spożywania go, odnosi się do odpowiedzi - 2-3 razy w miesiącu (23,0%). W przypadku wina mieszkańcy województwa lubelskiego zadeklarowali, że najczęściej spożywają je 6-11 razy w roku (17,0%). Natomiast odnotowano, że wódkę spożywają oni najczęściej 1 raz w miesiącu. Takiej odpowiedzi udzieliło 19,7% badanych. Najbardziej wskazywali na spożywanie alkoholi wysokogatunkowych, takich jak koniak czy whisky.

Tabela 3. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego [N = 583]

wyszczególnienie	piwo	wino	wódka	alkohole wysokogatunkowe (np. koniak, whisky)	coś innego
codziennie lub prawie codziennie	9,6%	1,4%	1,7%	1,0%	0,9%
1-2 razy w tygodniu	13,4%	8,4%	8,2%	2,4%	1,9%
2-3 razy w tygodniu	16,5%	3,6%	4,1%	2,1%	1,7%
2-3 razy w miesiącu	23,0%	12,0%	13,0%	8,6%	4,6%
1 raz w miesiącu	15,3%	16,8%	19,7%	11,5%	7,0%
6-11 razy w roku	7,2%	17,0%	18,7%	11,7%	7,9%
2-5 razy w roku	5,8%	12,2%	14,4%	14,4%	7,5%
raz w roku	1,9%	6,9%	5,3%	13,9%	11,0%
jeszcze rzadziej	4,3%	15,3%	8,7%	21,8%	31,4%
nigdy	3,1%	6,5%	6,0%	12,7%	26,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W następnej kolejności analizie poddano wzory spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego. Uwzględniono następujące zmienne: płeć, wiek, grupę społeczno-zawodową, wykształcenie, dochód gospodarstwa domowego oraz miejsce zamieszkania.

Dane wskazują, że wśród mężczyzn najpopularniejszym alkoholem jest piwo, a następnie wódka, rzadziej natomiast sięgają oni po alkohole wysokogatunkowe, takie jak koniak lub whisky oraz wino. Z kolei kobiety częściej niż mężczyźni spożywają wino, w następnej kolejności znalazło się piwo oraz wódka.

Uwzględniając wiek respondentów należy zauważyć, że piwo cieszy się również największą częstotliwością spożywania. Wyjątkiem jest jedynie grupa wiekowa 45-54 lata, w której częściej niż piwo badani deklaruje spożywanie wódki.

Tabela 4. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem płci oraz wieku [N = 583]

Wyszczególnienie	Płeć		Wiek					
	Kobieta	Mężczyzna	18-24 lat	25-34 lat	35-44 lat	45-54 lat	55-64 lat	65 i więcej lat
piwo	94,4%	98,6%	95,6%	98,3%	97,8%	95,0%	95,2%	98,0%
wino	94,4%	92,8%	88,9%	94,8%	94,9%	94,0%	91,7%	93,1%
wódka	88,5%	97,7%	82,2%	96,5%	96,4%	96,0%	90,5%	94,1%
alkohole wysokogatunkowe	80,8%	91,7%	66,7%	92,2%	94,2%	89,0%	84,5%	82,2%
coś innego	67,9%	77,9%	66,7%	82,6%	76,8%	76,0%	67,9%	66,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W tabeli 5. zamieszczono informacje na temat częstotliwości spożywania poszczególnych alkoholi z uwzględnieniem grupy społeczno-zawodowej, do jakiej należą badani. Wśród osób bezrobotnych dominuje spożycie piwa oraz wódki. Wódka spożywana jest również najczęściej przez dyrektorów, kadre kierowniczą i wolne zawody (np. lekarzy, prawników). Emeryci i renciści najczęściej sięgają po piwo oraz wino, a osoby pozostające w domu – np. gospodynie domowe po wino oraz wódkę. W grupie pracowników umysłowych, urzędników, nauczycieli, pielęgniarek, kierowników niższego szczebla, pracowników handlu i usług, listonoszów, konduktorów itp., wszystkie alkohole są spożywane na tym samym poziomie. Robotnicy niewykwalifikowani oraz robotnicy wykwalifikowani i brygadziści z wykształceniem zawodowym lub średnim, a także rolnicy i członkowie ich rodzin najczęściej spożywają piwo oraz wódkę. Uczniowie i studenci spożywają przede wszystkim piwo oraz wino, a właściciele prywatnych zakładów rzemieślniczy, taksówkarze i członkowie ich rodzin – wino.

Tabela 5. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem grupy społeczno-zawodowej [N = 583]

wyszczególnienie	grupa społeczno-zawodowa										
	bezrobotni	dyrektorzy, kadra kierownicza i wolne zawody (np. lekarze, prawnicy)	emeryci i renciści	osoba pozostająca w domu - np. gospodynie domowe	pracownicy handlu i usług, listonosze, konduktorzy itp.	pracownicy umysłowi, urzędnicy, nauczyciele, pielęgniarki, kierownicy niższego szczebla	robotnicy niewykwalifikowani	robotnicy wykwalifikowani i brygadziści z wykształceniem zawodowym lub średnim	rolnicy i członkowie ich rodzin	uczniowie i studenci	właściciele prywatnych zakładów rzemieślniczy, taksówkarze i członkowie ich rodzin
piwo	100,0%	96,3%	96,4%	89,5%	96,9%	100,0%	97,1%	100,0%	100,0%	97,2%	91,7%
wino	77,3%	92,6%	94,6%	94,7%	96,9%	100,0%	85,7%	94,4%	97,5%	90,3%	100,0%
wódka	90,9%	100,0%	90,2%	92,1%	96,9%	100,0%	95,7%	100,0%	100,0%	86,1%	88,9%
alkohole wysokogatunkowe	72,7%	96,3%	80,4%	86,8%	96,9%	97,9%	82,9%	98,1%	92,5%	75,0%	91,7%
coś innego	54,5%	77,8%	62,5%	76,3%	78,1%	83,3%	75,7%	81,5%	82,5%	73,6%	72,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Uwzględniając wykształcenie ankietowanych, należy zauważyć, że niemal wśród wszystkich piwo jest najczęściej spożywanym alkoholem. Jedynie osoby legitymujące się wykształceniem wyższym licencjackim wskazywały, że częściej niż piwo spożywają wino. Natomiast osoby z wykształceniem wyższym magisterskim zaznaczały, że z taką samą częstotliwością spożywają zarówno piwo jak i wino.

Biorąc pod uwagę klasę miejsca zamieszkania zauważyć można, że również piwo jest najczęściej spożywanym alkoholem. Jednak obserwuje się odmienne prawidłowości dotyczące spożywania innych

alkoholi. Mieszkańcy wsi oraz miast do 15 tys. mieszkańców w następnej kolejności wskazywali, że najczęściej spożywają wódkę. Natomiast mieszkańcy większych miast (od 15 do 50 tys. mieszkańców oraz powyżej 50 tys. mieszkańców) w następnej kolejności, zaraz po piwie, najczęściej sięgają po wino.

Tabela 6. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem wykształcenia oraz klasy miejsca zamieszkania [N = 583]

wyszczególnienie	Wykształcenie					Klasa miejsca zamieszkania			
	podstawowe/gimnazjalne	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe licencyjne	wyższe magisterskie	wieś	Miasto do 15 tys. mieszkańców	Miasto od 15 do 50 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców
piwo	97,2%	98,2%	95,9%	94,9%	98,6%	97,7%	97,5%	100,0%	93,5%
wino	88,9%	91,2%	93,5%	97,0%	98,6%	93,1%	93,7%	97,7%	91,6%
wódka	95,8%	89,5%	94,7%	97,0%	97,2%	95,0%	97,5%	96,6%	89,0%
alkohole wysokogatunkowe	79,2%	78,9%	90,0%	96,0%	97,2%	86,6%	93,7%	88,5%	84,5%
coś innego	72,2%	69,6%	74,7%	77,8%	78,9%	70,6%	74,7%	82,8%	74,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Analizując dochód gospodarstw domowych zauważyć można, że niezależnie od dochodu piwo jest najczęściej spożywanym alkoholem. Natomiast alkohole wysokogatunkowe są najczęściej spożywane przez osoby z wyższym dochodem. Podobną tendencję zaobserwować można w odniesieniu do wódki.

Tabela 7. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem dochodu gospodarstwa domowego [N = 583]

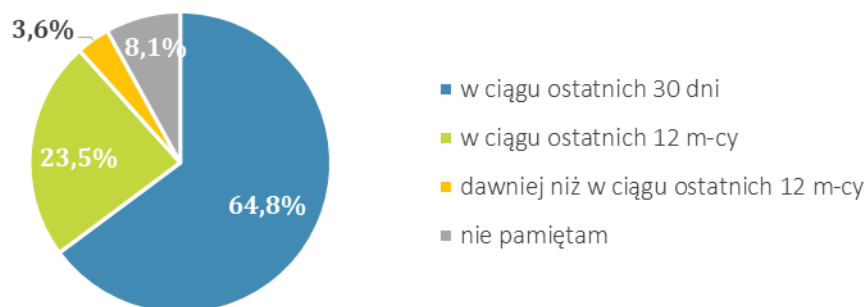
wyszczególnienie	Dochód gospodarstwa domowego				
	poniżej 1500zł	od 1501 – do 3000 zł	od 3001 – do 5000 zł	od 5001 zł do 10 tys.	ponad 10 tysięcy zł ²⁰
piwo	95,7%	96,3%	97,2%	100,0%	100,0%
wino	86,2%	92,2%	96,8%	98,0%	100,0%
wódka	85,1%	92,7%	97,7%	100,0%	100,0%
alkohole wysokogatunkowe	67,0%	85,4%	95,9%	95,9%	100,0%
coś innego	56,4%	70,3%	83,0%	81,6%	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Większość badanych spożywała alkohol w ciągu ostatnich 30 dni. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 64,8% osób. Następnie 23,5% ankietowanych zadeklarowało, że było to w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Dawniej niż w ciągu ostatnich 12 miesięcy alkohol spożywało 3,6% osób. 8,1% respondentów nie pamięta, kiedy ostatnio spożywali alkohol.

²⁰ W badaniu wzięło udział 4 badanych, spośród deklarujących spożywanie alkoholu, którzy wskazywali dochód gospodarstwa domowego powyżej 10 tys. zł

Rysunek 15. Odpowiedzi na pytanie: „Kiedy ostatnio spożywał Pan/Pani alkohol” [N = 853]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Analizie poddano także ilość alkoholu spożywanego przez mieszkańców województwa lubelskiego. Badani zostali poproszeni o określenie, jaką ilość każdego z wymienionych alkoholi spożywają przy jednej okazji. Jedynie w przypadku piwa (około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%) zadeklarowano, że spożywane jest ono w 2-3 porcjach przez 48,9% badanych. Prawie co trzeci ankietowany wypija 1 porcję tego trunku. Zarówno wino (około 175 ml o zawartości czystego alkoholu ok 12%), jak i alkohole wysokogatunkowe, np. koniak, whisky (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%) spożywane są przez ponad połowę respondentów w ilości 1 porcji. Odnotowano kolejno 51,9% i 56,9% odpowiedzi świadczących o spożywaniu wymienionej ilości alkoholu. Wódka (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%) spożywana jest najczęściej w 2-3 porcjach (28,1%) lub 1 porcji (27,2%). Zdecydowana większość (76,1%) odpowiedziała, że spożywa 1 porcję alkoholi zaliczonych do kategorii „coś innego” (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%).

Rysunek 16. Odpowiedzi na pytanie: „Ile alkoholu wypija Pan/Pani najczęściej przy jednej okazji?” [N = 566]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Poniższe tabele prezentują szczegółowe dane dotyczące ilości spożywanego alkoholu z uwzględnieniem płci, wieku, grupy społeczno-zawodowej, wykształcenia, dochodu gospodarstwa domowego oraz miejsca zamieszkania.

Zaobserwować można ciekawe tendencje dotyczące ilości spożywanego alkoholu uwzględniając płeć badanych. Przede wszystkim mężczyźni deklarowali spożywanie większej ilości wódki (powyżej 5 porcji) niż kobiety (1 porcja). Również w przypadku piwa wypijają go więcej (2-3 porcje). Jedynie wino jest spożywane przez kobiety w większej ilości (2-3 porcje) niż przez mężczyzn (1 porcja). Warto także zauważyć, że osoby młodsze w wieku 18-24 lata oraz 25-34 lata częściej niż pozostali sięgają po większą ilość wina (2-3 porcje).

Tabela 8. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnienie płci i wieku [N = 566]

Wyszczególnienie		Płeć		Wiek					
		Kobieta	Mężczyzna	18-24 lat	25-34 lat	35-44 lat	45-54 lat	55-64 lat	65 i więcej lat
Piwo(około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%)	1 porcję	48,6%	16,9%	36,4%	31,0%	19,4%	22,9%	36,3%	38,4%
	2 – 3 porcje	40,5%	54,4%	40,9%	43,4%	52,2%	55,2%	42,5%	53,5%
	4 – 5 porcji	8,6%	14,2%	13,6%	16,8%	11,9%	12,5%	8,8%	8,1%
	Więcej niż 5 porcji	2,3%	14,5%	9,1%	8,8%	16,4%	9,4%	12,5%	0,0%
Wino (około 175 ml o zawartości czystego alkoholu ok. 12%)	1 porcję	39,2%	60,2%	38,6%	38,9%	49,3%	55,2%	57,5%	68,7%
	2 – 3 porcje	49,5%	29,7%	47,7%	44,2%	42,5%	30,2%	33,8%	28,3%
	4 – 5 porcji	7,7%	4,1%	6,8%	10,6%	3,7%	4,2%	5,0%	3,0%
	Więcej niż 5 porcji	3,6%	6,1%	6,8%	6,2%	4,5%	10,4%	3,8%	0,0%
Wódka (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	41,9%	17,7%	27,3%	23,0%	21,6%	24,0%	36,3%	35,4%
	2 – 3 porcje	36,0%	23,0%	25,0%	29,2%	23,9%	27,1%	21,3%	40,4%
	4 – 5 porcji	14,9%	27,6%	29,5%	28,3%	26,1%	18,8%	18,8%	15,2%
	Więcej niż 5 porcji	7,2%	31,7%	18,2%	19,5%	28,4%	30,2%	23,8%	9,1%
Alkohole wysokogatunkowe, (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	64,9%	51,7%	59,1%	48,7%	43,3%	62,5%	70,0%	67,7%
	2 – 3 porcje	23,9%	35,8%	25,0%	32,7%	47,0%	20,8%	22,5%	27,3%
	4 – 5 porcji	5,9%	4,9%	4,5%	11,5%	4,5%	8,3%	0,0%	1,0%
	Więcej niż 5 porcji	5,4%	7,6%	11,4%	7,1%	5,2%	8,3%	7,5%	4,0%
Coś innego (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%)	1 porcję	75,2%	76,7%	70,5%	68,1%	74,6%	72,9%	85,0%	85,9%
	2 – 3 porcje	14,4%	14,8%	18,2%	21,2%	14,9%	14,6%	8,8%	10,1%
	4 – 5 porcji	7,2%	2,6%	4,5%	9,7%	5,2%	3,1%	1,3%	1,0%
	Więcej niż 5 porcji	3,2%	5,8%	6,8%	0,9%	5,2%	9,4%	5,0%	3,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Niemal wszyscy przedstawiciele wymienionych w tabeli 9. grup społeczno-zawodowych spożywają najczęściej 2-3 porcje piwa (około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%). Jedynie osoby bezrobotne spożywają jego większe ilości (4-5 porcji). Największe ilości wina (2-3 porcje) spożywane są w głównej mierze przez dyrektorów, kadre kierowniczą i wolne zawody (np. lekarze, prawnicy), pracowników handlu i usług, listonoszy, konduktorów itp., pracowników umysłowych, urzędników, nauczycieli, pielęgniarki, kierowników niższego szczebla oraz uczniów i studentów. Badani najczęściej spożywają 2-3 porcje wódki (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%). Jedynie emeryci i renciści spożywają jej mniej. Natomiast robotnicy niewykwalifikowani oraz robotnicy wykwalifikowani i brygadziści z wykształceniem zawodowym lub średnim spożywają najczęściej więcej niż 5 porcji wódki. Badani spożywają najczęściej 1 porcję alkoholi wysokogatunkowych (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%) oraz alkoholi zakwalifikowanych do kategorii coś innego (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%).

Tabela 9. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnieniem grupy społeczno-zawodowej [N = 566]

wyszczególnienie		grupa społeczno-zawodowa										
		bezrobotni	dyrektorzy, kadra kierownicza i wolne zawody (np. lekarze, prawnicy)	emeryci i renciści	osoba pozostająca w domu - np. gospodynie domowe	pracownicy handlu i usług, listonosze, konduktorzy itp.	pracownicy umysłowi, urzędnicy, nauczyciele, pielęgniarzy, kierownicy niższego szczebla	robotnicy niewykwalifikowani	robotnicy wykwalifikowani i ibrzydźci z wykształceniem zawodowym lub średnim	rolnicy i członkowie ich rodzin	uczniowie i studenci	właściciele prywatnych zakładów rzemieślniczy, taksówkarze i członkowie ich rodzin
Piwo (około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%)	1 porcję	22,7%	51,9%	36,7%	34,3%	23,0%	32,6%	20,6%	11,3%	33,3%	33,8%	25,7%
	2 - 3 porcje	18,2%	33,3%	56,0%	48,6%	60,7%	52,2%	42,6%	49,1%	48,7%	46,5%	51,4%
	4 - 5 porcji	31,8%	7,4%	7,3%	11,4%	6,6%	8,7%	19,1%	15,1%	10,3%	14,1%	11,4%
	Więcej niż 5 porcji	27,3%	7,4%	0,0%	5,7%	9,8%	6,5%	17,6%	24,5%	7,7%	5,6%	11,4%
Wino (około 175 ml o zawartości czystego alkoholu ok. 12%)	1 porcję	63,6%	37,0%	67,0%	54,3%	45,9%	43,5%	67,6%	49,1%	51,3%	31,0%	45,7%
	2 - 3 porcje	18,2%	48,1%	30,3%	34,3%	45,9%	56,5%	26,5%	26,4%	38,5%	52,1%	34,3%
	4 - 5 porcji	4,5%	7,4%	2,8%	5,7%	8,2%	0,0%	0,0%	5,7%	7,7%	9,9%	14,3%
	Więcej niż 5 porcji	13,6%	7,4%	0,0%	5,7%	0,0%	0,0%	5,9%	18,9%	2,6%	7,0%	5,7%
Wódka (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	27,3%	22,2%	39,4%	34,3%	29,5%	28,3%	17,6%	13,2%	30,8%	22,5%	25,7%
	2 - 3 porcje	27,3%	29,6%	35,8%	42,9%	29,5%	41,3%	16,2%	13,2%	15,4%	29,6%	25,7%
	4 - 5 porcji	13,6%	29,6%	16,5%	17,1%	24,6%	21,7%	20,6%	32,1%	25,6%	29,6%	17,1%
	Więcej niż 5 porcji	31,8%	18,5%	8,3%	5,7%	16,4%	8,7%	45,6%	41,5%	28,2%	18,3%	31,4%
Alkohole wysokogatunkowe, (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	63,6%	25,9%	69,7%	57,1%	57,4%	58,7%	66,2%	47,2%	61,5%	52,1%	34,3%
	2 - 3 porcje	18,2%	40,7%	26,6%	28,6%	29,5%	37,0%	25,0%	34,0%	33,3%	33,8%	42,9%
	4 - 5 porcji	4,5%	22,2%	0,9%	5,7%	9,8%	0,0%	2,9%	7,5%	0,0%	5,6%	11,4%
	Więcej niż 5 porcji	13,6%	11,1%	2,8%	8,6%	3,3%	4,3%	5,9%	11,3%	5,1%	8,5%	11,4%
Coś innego (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%)	1 porcję	81,8%	51,9%	89,9%	68,6%	77,0%	78,3%	82,4%	67,9%	79,5%	67,6%	65,7%
	2 - 3 porcje	9,1%	29,6%	7,3%	20,0%	14,8%	17,4%	8,8%	15,1%	15,4%	21,1%	17,1%
	4 - 5 porcji	0,0%	14,8%	0,0%	5,7%	4,9%	2,2%	4,4%	5,7%	0,0%	7,0%	11,4%
	Więcej niż 5 porcji	9,1%	3,7%	2,8%	5,7%	3,3%	2,2%	4,4%	11,3%	5,1%	4,2%	5,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych, zauważyć można, że osoby z wykształceniem wyższym magisterskim spożywają mniej piwa (1 porcję) niż pozostali (2-3 porcje). Wino jest w większej ilości spożywane przez osoby legitymujące się wykształceniem wyższym licencjackim oraz magisterskim (2-3 porcje). Więcej niż 5 porcji wódki deklarowały tylko osoby z wykształcenie podstawowym/gimnazjalnym oraz zasadniczym zawodowym. Pozostali spożywają jej znacznie mniej.

Analizując ilość wypijanego alkoholu z uwzględnieniem klasy miejsca zamieszkania, zauważyć można niemal takie same tendencje jak w przypadku pozostałych zmiennych. Badani najczęściej deklarowali spożywanie 2-3 porcji piwa oraz jednej porcji wina, a także 2-3 porcji wódki. W przypadku wódki zaobserwowano, że respondenci mieszkający w miastach od 15 do 50 tys. mieszkańców deklarowali, iż

najczęściej spożywają więcej niż 5 porcji tego alkoholu, a mieszkańcy miast powyżej 50 tys. mieszkańców 1 porcję.

Niezależnie od wykształcenia oraz klasy miejsca zamieszkania, alkohole wysokogatunkowe (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%) oraz alkohole zakwalifikowane do kategorii „coś innego” (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%) są najczęściej spożywane przez mieszkańców województwa lubelskiego w najmniejszych ilościach (1 porcja).

Tabela 10. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnieniem wykształcenia oraz klasy miejsca zamieszkania [N = 566]

Wyszczególnienie		Wykształcenie					Klasa miejsca zamieszkania			
		podstawowe/gimnazjalne	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe licencjackie	wyższe magisterskie	wieś	Miasto do 15 tys. mieszkańców	Miasto od 15 do 50 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców
Piwo(około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%)	1 porcję	32,4%	25,1%	25,6%	30,1%	43,7%	28,2%	26,0%	25,6%	34,9%
	2 – 3 porcje	39,4%	49,7%	51,8%	55,9%	40,8%	47,1%	58,4%	56,1%	43,4%
	4 – 5 porcji	11,3%	14,4%	11,6%	10,8%	9,9%	10,6%	10,4%	9,8%	16,4%
	Więcej niż 5 porcji	16,9%	10,8%	11,0%	3,2%	5,6%	14,1%	5,2%	8,5%	5,3%
Wino (około 175 ml o zawartości czystego alkoholu ok. 12%)	1 porcję	57,7%	59,3%	51,8%	41,9%	42,3%	50,2%	66,2%	59,8%	43,4%
	2 – 3 porcje	32,4%	31,1%	35,4%	47,3%	49,3%	38,4%	28,6%	37,8%	40,1%
	4 – 5 porcji	4,2%	4,2%	5,5%	8,6%	5,6%	5,5%	2,6%	1,2%	9,2%
	Więcej niż 5 porcji	5,6%	5,4%	7,3%	2,2%	2,8%	5,9%	2,6%	1,2%	7,2%
Wódka (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	33,8%	28,7%	21,3%	24,7%	33,8%	28,6%	20,8%	18,3%	32,9%
	2 – 3 porcje	26,8%	22,8%	29,9%	31,2%	33,8%	31,0%	24,7%	31,7%	23,0%
	4 – 5 porcji	12,7%	22,8%	25,6%	25,8%	21,1%	19,6%	23,4%	32,9%	21,7%
	Więcej niż 5 porcji	26,8%	25,7%	23,2%	18,3%	11,3%	20,8%	31,2%	17,1%	22,4%
Alkohole wysokogatunkowe, (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	74,6%	61,7%	56,1%	44,1%	46,5%	61,2%	68,8%	51,2%	46,7%
	2 – 3 porcje	16,9%	28,7%	29,9%	45,2%	35,2%	27,1%	28,6%	43,9%	32,2%
	4 – 5 porcji	1,4%	3,0%	6,7%	6,5%	9,9%	5,1%	1,3%	2,4%	9,2%
	Więcej niż 5 porcji	7,0%	6,6%	7,3%	4,3%	8,5%	6,7%	1,3%	2,4%	11,8%
Coś innego (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%)	1 porcję	83,1%	80,2%	75,0%	69,9%	70,4%	74,5%	92,2%	84,1%	66,4%
	2 – 3 porcje	11,3%	10,8%	14,6%	21,5%	18,3%	17,6%	5,2%	13,4%	15,1%
	4 – 5 porcji	0,0%	4,2%	5,5%	4,3%	7,0%	2,7%	1,3%	2,4%	9,9%
	Więcej niż 5 porcji	5,6%	4,8%	4,9%	4,3%	4,2%	5,1%	1,3%	0,0%	8,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Analizując dochód gospodarstw domowych mieszkańców województwa lubelskiego, zaobserwować można następującą prawidłowość: osoby zarabiające najmniej (czyli poniżej 1500 zł) deklarują, że wypijają najczęściej 1 porcję wymienionych alkoholi. Natomiast osoby zarabiające ponad 10 tys. zł najczęściej deklarowały, że spożywają większe ilości (4-5 porcji) wódki, alkoholi wysokogatunkowych oraz alkoholi zakwalifikowanych do kategorii „coś innego”.

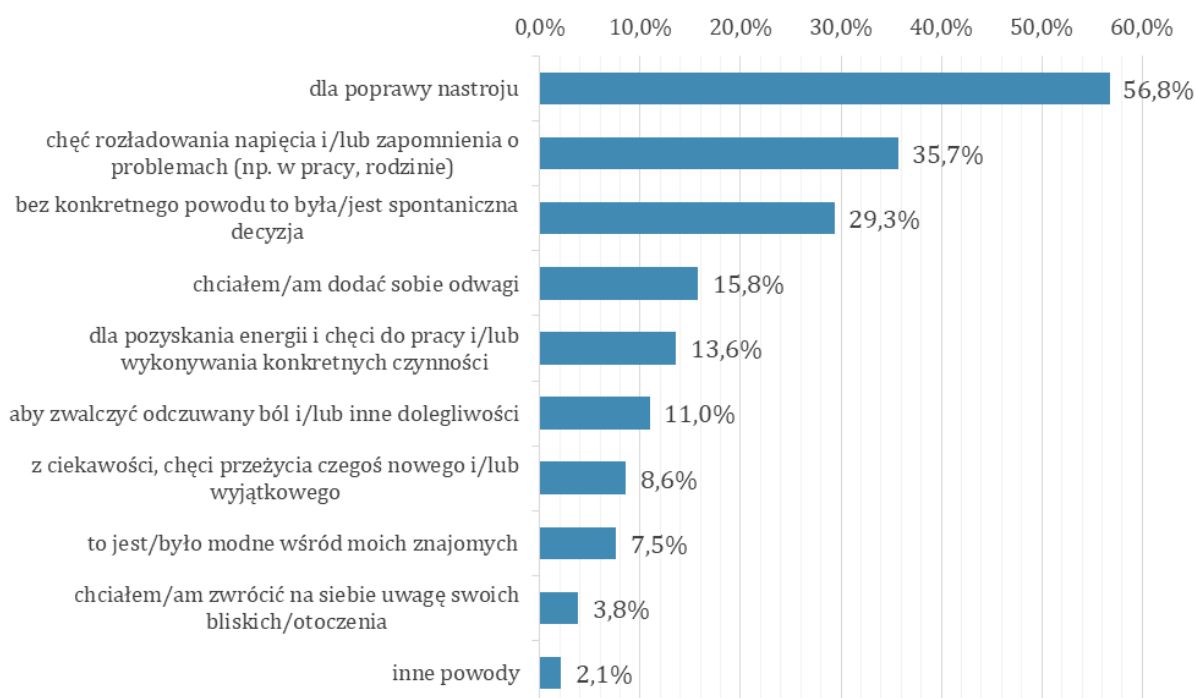
Tabela 11. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnieniem dochodu gospodarstwa domowego [N = 566]

Dochód gospodarstwa domowego						
Wyszczególnienie		poniżej 1500zł	od 1501 – do 3000 zł	od 3001 – do 5000 zł	od 5001 zł do 10 tys.	ponad 10 tysięcy zł
Piwo (około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%)	1 porcję	39,8%	29,8%	24,6%	26,5%	66,7%
	2 – 3 porcje	40,9%	47,9%	54,5%	46,9%	0,0%
	4 – 5 porcji	13,6%	13,5%	10,0%	10,2%	33,3%
	Więcej niż 5 porcji	5,7%	8,8%	10,9%	16,3%	0,0%
Wino (około 175 ml o zawartości czystego alkoholu ok. 12%)	1 porcję	56,8%	57,7%	48,8%	32,7%	33,3%
	2 – 3 porcje	33,0%	35,3%	39,8%	44,9%	33,3%
	4 – 5 porcji	6,8%	4,2%	5,7%	8,2%	0,0%
	Więcej niż 5 porcji	3,4%	2,8%	5,7%	14,3%	33,3%
Wódka (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	53,4%	26,5%	18,5%	22,4%	0,0%
	2 – 3 porcje	23,9%	29,3%	28,9%	26,5%	33,3%
	4 – 5 porcji	12,5%	23,3%	27,0%	16,3%	66,7%
	Więcej niż 5 porcji	10,2%	20,9%	25,6%	34,7%	0,0%
Alkohole wysokogatunkowe, (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	1 porcję	79,5%	60,5%	49,3%	36,7%	0,0%
	2 – 3 porcje	14,8%	32,6%	36,0%	32,7%	33,3%
	4 – 5 porcji	2,3%	2,8%	6,2%	16,3%	33,3%
	Więcej niż 5 porcji	3,4%	4,2%	8,5%	14,3%	33,3%
Coś innego (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%)	1 porcję	88,6%	80,9%	69,7%	65,3%	0,0%
	2 – 3 porcje	4,5%	13,5%	19,0%	18,4%	33,3%
	4 – 5 porcji	3,4%	2,3%	5,2%	8,2%	66,7%
	Więcej niż 5 porcji	3,4%	3,3%	6,2%	8,2%	0,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Głównym powodem sięgania po alkohol jest chęć poprawy nastroju. Taką odpowiedź zadeklarowała ponad połowa badanych (56,8%). W następnej kolejności mieszkańcy województwa lubelskiego wskazywali na chęć rozładowania napięcia i/lub zapomnienia o problemach, np. w pracy, rodzinie (35,7%) oraz uznawali, że sięganie po alkohol było spontaniczną decyzją (29,3%). Najrzadziej odpowiadano, że było to modne wśród znajomych (7,5%), następnie, że chciano zwrócić na siebie uwagę swoich bliskich/otoczenia (3,8%) oraz wskazywano na inne powody (2,1%).

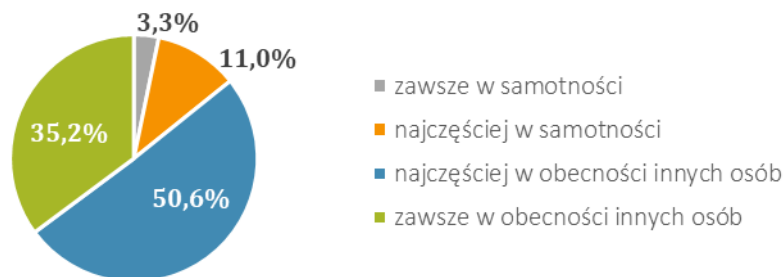
Rysunek 17. Odpowiedzi na pytanie: „Z jakich powodów sięgnął/sięgnęła lub sięga Pan/Pani po alkohol?” [N = 583]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Ponad połowa badanych (50,6%) sięga po alkohol najczęściej w obecności innych osób. Natomiast 35,2% czyni to zawsze w obecności innych osób. 11,0% respondentów zadeklarowało, że spożywa alkohol najczęściej w samotności, a jedynie 3,3% odpowiedziało, że robi to zawsze w samotności.

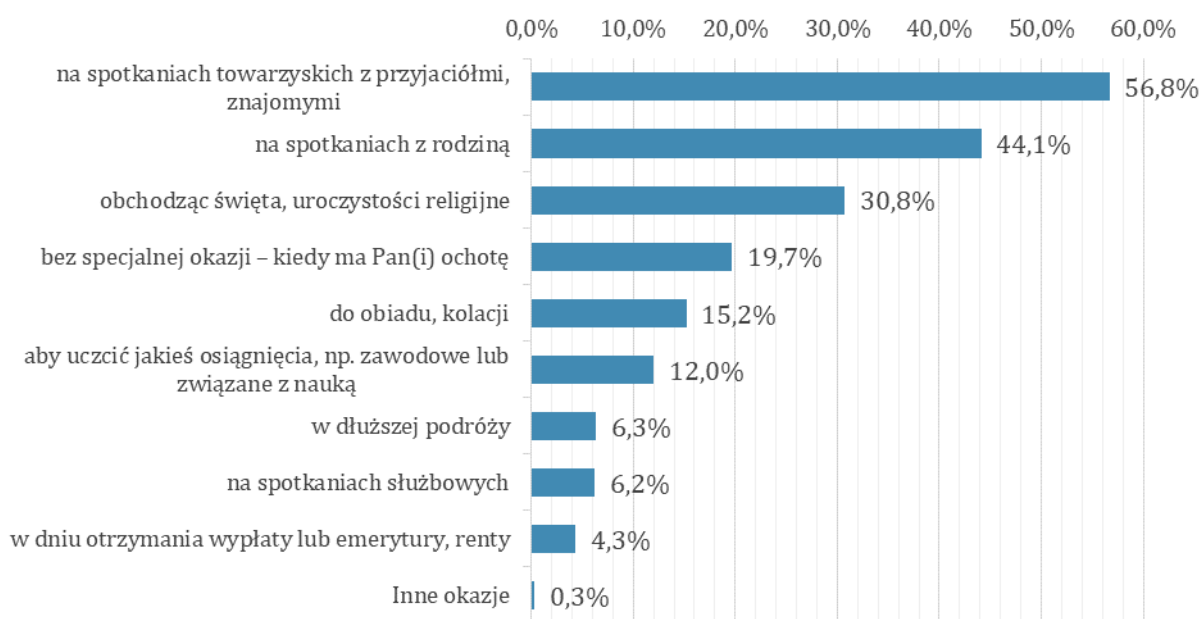
Rysunek 18. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarza się, że sięga Pan/Pani po alkohol, to w jakich okolicznościach?” [N = 583]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W następnej kolejności zbadano, w jakich okolicznościach mieszkańcy województwa lubelskiego spożywają alkohol. Najczęściej zaznaczaną odpowiedzią były spotkania towarzyskie z przyjaciółmi, znajomymi (56,8%). W następnej kolejności respondenci podawali, że robią to podczas spotkań z rodziną (44,1%) oraz obchodząc święta, uroczystości religijne (30,8%). Niemal co czwarta osoba (19,7%) odpowiedziała, że spożywa alkohol bez specjalnych okazji, a 15,2% czyni to podczas obiadu lub kolacji. Najrzadziej czynione jest to podczas spotkań służbowych (6,2%), w dniu otrzymania wypłaty lub emerytury, renty (4,3%) oraz z innych powodów (0,3%).

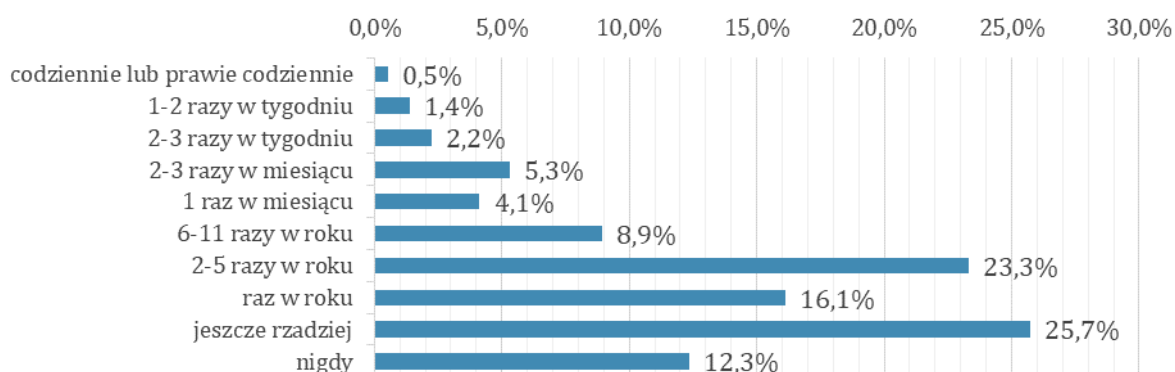
Rysunek 19. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarza się, że pije Pan/Pani alkohol w obecności innych osób to przy jakich okazjach najczęściej?” [N = 583]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Na podstawie danych zamieszczonych na rysunku 20. stwierdzić można, że odsetek osób, które spożywają alkohol w ilości powodującej bycie pijanym/nietrzeźwym jest w badanej populacji niewielki. Wyniki ukazują, że codziennie lub prawie codziennie 0,5% badanych doznaje upojenia alkoholowego. Z kolei u 1,4% badanych sytuacja taka ma miejsce 1-2 razy w tygodniu, zaś u 2,2% osób 2-3 razy w tygodniu. Rzadziej niż raz w roku w stanie upojenia alkoholem znajduje się co czwarta osoba (25,7%), 2-5 razy w roku zdarza się to 23,3% badanych, a raz w roku 16,1%.

Rysunek 20. Odpowiedzi na pytanie: „Jak często zdarza się Panu/Pani wypić tyle alkoholu, aby czuł/a się Pan/Pani nietrzeźwa/y / pijana/y?” [N = 583]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Mieszkańców województwa lubelskiego poproszono, aby ustosunkowali się do następujących stwierdzeń dotyczących zażywania substancji psychoaktywnych oraz alkoholu: *Jednoczesne zażywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu dla spotęgowania efektów ich działania, Zażywanie w niewielkich odstępach czasu (do kilku godzin) substancji psychoaktywnych i alkoholu dla utrzymania efektów ich działania, Zażywanie substancji psychoaktywnych/lub picie alkoholu aby zniwelować odczuwanie*

dolegliwości/dyskomfortu z powodu wcześniejszego zażycia innej substancji psychoaktywnej/lub alkoholu. Wyniki badania ukazują, że zdecydowana większość respondentów nie zażywała substancji psychoaktywnych oraz alkoholu w niewłaściwy sposób, chcąc przy tym spotęgować, utrzymać dłużej efekt ich działania lub też, aby zniwelować odczuwanie dolegliwości wynikających z zażycia innej substancji.

Rysunek 21. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu poniższe sytuacje?” [N=1000]

Wyszczególnienie	wiele razy	jeden raz	kilka razy	nigdy	nie pamiętam
Jednoczesne zażywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu dla spotęgowania efektów ich działania.	0,5%	3,2%	2,2%	86,5%	7,6%
Zażywanie w niewielkich odstępach czasu (do kilku godzin) substancji psychoaktywnych i alkoholu dla utrzymania efektów ich działania.	0,2%	3,4%	1,9%	86,1%	8,4%
Zażywanie substancji psychoaktywnych/lub picie alkoholu aby zniwelować odczuwanie dolegliwości/dyskomfortu z powodu wcześniejszego zażycia innej substancji psychoaktywnej/lub alkoholu.	0,2%	3,7%	1,6%	85,9%	8,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W następnym kolejności analizie poddano problem zażywania środków psychoaktywnych wśród mieszkańców województwa lubelskiego.

W województwie lubelskim w latach 2011-2014 systematycznie zwiększała się liczba osób zmagających się z problemem narkomanii. Problem narkomanii najczęściej występował wśród dorosłych mieszkańców pomiędzy 18 a 60 r.ż. (74%). Co czwarta osoba z tym problemem nie przekroczyła jeszcze 18 roku życia. Wśród osób, których dotyczył problem narkomanii, najwięcej było osób z wykształceniem podstawowym lub niepełnym, zasadniczym zawodowym: ok 70% z tych osób legitymowało się wykształceniem najwyżej zawodowym, tylko 3% posiadało wykształcenie wyższe. Analizując problem narkomanii pod kątem płci, problem ten dotyczył w niemalże równym stopniu kobiet i mężczyzn. Znaczne różnice wystąpiły ze względu na miejsce zamieszkania i status na rynku pracy – 89% osób zażywających narkotyki mieszka w miastach i 92% z nich jest biernych zawodowo.²¹

W tabeli 12. zaprezentowano dane dotyczące najczęściej zażywanych substancji psychoaktywnych przez mieszkańców województwa lubelskiego. Zauważyć można, że badani najczęściej sięgają po marihuanę, co ma miejsce 2-5 razy w roku. Mężczyźni sięgają po tę substancję zdecydowanie częściej niż kobiety (73%). Osoby zażywające marihuanę mają najczęściej 35–44 lata. W następnej kolejności znajdują się osoby mieszczące się w przedziale wiekowym od 25 do 34 lat. Osoby te legitymują się najczęściej wykształceniem średnim oraz zasadniczym zawodowym.

Tabela 12. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu/Pani, że zażył Pan/Pani którąś z wymienionych substancji”

Nazwa substancji psychoaktywnej	codziennie lub prawie codziennie	1-2 razy w tygodniu	2-3 razy w tygodniu	1 raz w miesiącu	2-3 razy w miesiącu	2-5 razy w roku	6-11 raz w roku	raz w roku	jeszcze rzadziej	nigdy
marihuana N = 625	4	8	5	12	14	30	14	14	61	463
haszysz N = 644	2	3	3	4	6	1	1	1	18	605

²¹ Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020.

LSD N = 642	0	4	0	5	4	2	2	2	17	606
grzyby halucynogenne N = 647	0	2	0	6	6	1	2	2	18	610
ecstasy N = 642	1	2	1	2	6	1	3	3	20	603
amfetamina N = 647	1	1	1	4	2	6	5	5	39	583
kokaina N = 650	1	2	0	2	5	5	5	5	25	600
crack N = 648	0	2	0	1	4	4	3	3	14	617
heroina N = 647	0	4	1	5	2	2	1	1	20	611
sterydy anaboliczne N = 650	1	3	0	2	6	2	4	4	21	607
GHB („pigułka gwałtu”) N = 647	0	2	0	3	4	2	3	3	17	613
tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne N = 645	1	3	0	6	5	7	4	4	44	571
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N= 647	1	2	0	4	6	3	1	1	16	613
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty N = 651	14	3	4	5	9	6	6	6	18	580
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N = 647	1	2	1	5	5	4	1	1	12	615
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty N = 652	18	3	6	5	6	5	7	7	17	578
Inne, jakie? N = 649	0	1	0	0	1	1	1	1	0	644

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W następnej kolejności dokonano analizy zażywania przez mieszkańców województwa lubelskiego środków psychoaktywnych z uwzględnieniem następujących zmiennych: płeć, wiek, grupa społeczno-zawodowa, wykształcenie, klasa miejsca zamieszkania oraz dochodu gospodarstwa domowego.

W tabeli 13. zamieszczono szczegółowe dane dotyczące odsetka badanych, którzy zażywają poszczególne rodzaje środków psychoaktywnych z uwzględnieniem ich płci i wieku. Zauważyć należy, że niezależnie od wymienionych zmiennych to marihuana jest najczęściej stosowanym środkiem psychoaktywnym. Zaobserwować można również, że kobiety częściej niż mężczyźni sięgają po różnego rodzaju leki wymienione w tabeli.

Po dopalacze/nowe substancje psychoaktywne oraz amfetaminę sięgają najczęściej osoby w wieku 25-34 lata oraz 35-44 lata. Natomiast wszelkiego rodzaju leki wymienione w tabeli 13. najrzadziej zażywane są przez osoby najmłodsze (18-24 lata) oraz osoby najstarsze (55-64 lata oraz powyżej 65 lat).

Tabela 13. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem płci i wieku

	Płeć		Wiek					
	Kobieta	Mężczyzna	18-24 lat	25-34 lat	35-44 lat	45-54 lat	55-64 lat	65 i więcej lat
marihuana N = 625	25,1%	32,5%	25,0%	39,9%	41,4%	33,0%	6,7%	7,5%
haszysz N = 644	6,0%	7,6%	0,0%	15,5%	8,9%	4,7%	1,1%	1,1%
LSD N = 642	6,6%	6,7%	0,0%	14,2%	8,9%	5,7%	1,1%	1,1%
grzyby halucynogenne N = 647	5,7%	6,4%	1,8%	12,2%	8,9%	3,8%	1,1%	1,1%
ecstasy N = 642	6,6%	7,6%	7,1%	13,5%	8,3%	6,6%	1,1%	1,1%
amfetamina N = 647	9,9%	10,5%	8,9%	16,2%	15,9%	7,5%	2,2%	2,2%
kokaina N = 650	6,9%	8,3%	3,6%	15,5%	10,8%	4,7%	1,1%	1,1%
crack N = 648	5,7%	4,1%	1,8%	10,1%	6,4%	3,8%	1,1%	1,1%
heroina N = 647	6,3%	5,4%	1,8%	10,1%	8,9%	5,7%	1,1%	1,1%
sterydy anaboliczne N = 650	5,7%	7,3%	3,6%	12,2%	7,6%	6,6%	2,2%	1,1%
GHB („pigułka gwałtu”) N = 647	6,3%	4,8%	1,8%	10,1%	7,0%	6,6%	1,1%	1,1%
tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne N = 645	9,6%	14,6%	7,1%	18,2%	21,0%	11,3%	1,1%	1,1%
leki/substancje uspakajające	6,3%	4,8%	1,8%	8,8%	7,6%	6,6%	1,1%	2,2%

możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N= 647									
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty N = 651	11,6%	9,6%	3,6%	16,9%	11,5%	13,2%	4,5%	6,5%	
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N = 647	5,1%	5,4%	0,0%	9,5%	7,6%	5,7%	1,1%	1,1%	
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty N = 652	11,9%	9,9%	7,1%	16,9%	11,5%	11,3%	9,0%	4,3%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

We wszystkich wymienionych grupach społeczno-zawodowych respondenci najczęściej sięgają po marihuanę. Zauważalny jest wysoki odsetek robotników niewykwalifikowanych oraz wykwalifikowanych, brygadzystów z wykształceniem zawodowym lub średnim, którzy sięgają po dopalacze/nowe substancje psychoaktywne. Równie popularna w niemal każdej grupie społeczno-zawodowej jest amfetamina.

Tabela 14. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem grupy społeczno-zawodowej

Wyszczególnienie	grupa społeczno-zawodowa										
	bezrobotni	dyrektorzy, kadra kierownicza i wolne zawody (np. lekarze, prawnicy)	emeryci i renciści	osoba pozostająca w domu - np. gospodynie domowe	pracownicy handlu i usług, listonosze, konduktorzy itp.	pracownicy umysłowi, urzędnicy, nauczyciele, pielęgniarki, kierownicy niższego szczebla	robotnicy niewykwalifikowani	robotnicy wykwalifikowani i brygadziści z wykształceniem zawodowym lub średnim	rolnicy i członkowie ich rodzin	uczniowie i studenci	właściciele prywatnych zakładów rzemieślniczych, taksówkarze i członkowie ich rodzin
marihuana N = 625	31,6%	40,5%	5,2%	29,8%	36,5%	40,7%	37,7%	38,2%	15,8%	27,2%	39,0%
haszysz N = 644	5,3%	8,1%	0,0%	8,8%	8,1%	5,1%	16,4%	12,7%	10,5%	2,2%	7,3%
LSD N = 642	5,3%	5,4%	0,0%	8,8%	8,1%	5,1%	13,1%	12,7%	10,5%	3,3%	9,8%
grzyby halucynogenne N = 647	5,3%	10,8%	0,0%	7,0%	5,4%	5,1%	9,8%	12,7%	10,5%	3,3%	7,3%
ecstasy N = 642	5,3%	8,1%	0,0%	12,3%	8,1%	6,8%	8,2%	14,5%	10,5%	5,4%	7,3%
amfetamina N = 647	15,8%	16,2%	0,9%	15,8%	9,5%	10,2%	8,2%	21,8%	10,5%	7,6%	14,6%
kokaina N = 650	10,5%	8,1%	0,0%	15,8%	9,5%	5,1%	8,2%	16,4%	7,9%	3,3%	12,2%
crack N = 648	10,5%	2,7%	0,0%	5,3%	5,4%	5,1%	8,2%	12,7%	10,5%	1,1%	4,9%
heroina N = 647	10,5%	5,4%	0,0%	7,0%	6,8%	5,1%	6,6%	16,4%	10,5%	1,1%	9,8%
sterydy anaboliczne N = 650	5,3%	5,4%	0,0%	10,5%	8,1%	5,1%	8,2%	14,5%	10,5%	2,2%	12,2%
GHB („pigulka gwałtu”) N = 647	10,5%	5,4%	0,0%	10,5%	5,4%	5,1%	4,9%	12,7%	13,2%	1,1%	7,3%
tz. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne N = 645	15,8%	13,5%	0,0%	14,0%	12,2%	18,6%	21,3%	29,1%	10,5%	5,4%	9,8%
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu	5,3%	5,4%	0,9%	10,5%	4,1%	6,8%	6,6%	9,1%	10,5%	1,1%	12,2%

lekarza/specjalisty N= 647												
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty N = 651	5,3%	21,6%	3,4%	21,1%	10,8%	11,9%	11,5%	14,5%	13,2%	3,3%	14,6%	
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N = 647	5,3%	10,8%	0,0%	8,8%	5,4%	6,8%	8,2%	9,1%	7,9%	0,0%	7,3%	
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty N = 652	10,5%	18,9%	5,2%	17,5%	13,5%	13,6%	13,1%	10,9%	10,5%	4,3%	14,6%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Uwzględniając wykształcenie badanych zauważyć można, że zażywanie różnego rodzaju leków jest domeną osób z wykształceniem wyższym. Również mieszkańcy miast powyżej 50 tys. mieszkańców chętnie je stosują. Zdecydowanie najczęściej po dopalacze/nowe substancje psychoaktywne sięgają osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym oraz mieszkańcy wsi.

Tabela 15. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem wykształcenia oraz klasy miejsca zamieszkania

Wyszczególnienie	Wykształcenie					Klasa miejsca zamieszkania			
	podstawowe/gimnazjalne	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe licencjackie	wyższe magisterskie	wieś	Miasto do 15 tys. mieszkańców	Miasto od 15 do 50 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców
marihuana N = 625	32,8%	23,2%	28,3%	28,0%	39,1%	29,1%	28,8%	33,7%	25,8%
haszysz N = 644	10,3%	4,4%	8,3%	5,9%	6,9%	9,2%	1,3%	5,6%	6,1%
LSD N = 642	10,3%	4,4%	7,3%	7,6%	5,7%	8,5%	2,5%	5,6%	6,1%
grzyby halucynogenne N = 647	6,9%	3,9%	6,8%	6,8%	6,9%	7,4%	1,3%	4,5%	6,6%
ecstasy N = 642	6,9%	5,5%	8,8%	5,9%	8,0%	8,9%	3,8%	4,5%	7,1%
amfetamina N = 647	6,9%	9,4%	11,2%	7,6%	14,9%	12,4%	8,8%	9,0%	8,1%
kokaina N = 650	6,9%	8,3%	8,3%	4,2%	9,2%	9,6%	7,5%	4,5%	6,1%
crack N = 648	5,2%	2,8%	6,8%	4,2%	5,7%	6,4%	1,3%	3,4%	5,1%
heroina N = 647	3,4%	3,9%	7,3%	6,8%	6,9%	7,1%	3,8%	5,6%	5,1%
sterydy anaboliczne N = 650	5,2%	4,4%	9,3%	5,1%	6,9%	8,2%	5,0%	2,2%	6,6%
GHB („pigułka gwałtu”) N = 647	5,2%	4,4%	7,3%	3,4%	6,9%	7,4%	1,3%	2,2%	6,1%
tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne N = 645	17,2%	9,9%	12,7%	10,2%	13,8%	14,2%	8,8%	12,4%	10,1%
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N= 647	5,2%	3,3%	7,8%	3,4%	8,0%	7,8%	3,8%	2,2%	4,5%
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez	8,6%	9,4%	10,7%	9,3%	16,1%	10,3%	6,3%	3,4%	16,2%

przepisu lekarza/specjalisty N = 651									
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N = 647	1,7%	3,9%	5,9%	5,1%	9,2%	6,0%	2,5%	2,2%	6,6%
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty N = 652	3,4%	9,9%	11,2%	10,2%	18,4%	8,9%	10,0%	2,2%	18,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Analizując zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem dochodu gospodarstwa domowego, zauważyć można, że mieszkańcy województwa lubelskiego zarabiający najwięcej, czyli ponad 10 tys. zł, dominują pod względem zażywania wszystkich wymienionych w tabeli substancji psychoaktywnych. Osoby zarabiające poniżej 1500 zł sięgają najczęściej po marihuanę, a następnie po amfetaminę oraz kokainę. Natomiast osoby zarabiające od 1501 – do 3000 zł oraz od 3001 – do 5000 zł zaraz po marihuanie najczęściej zażywają dopalacze/nowe substancje psychoaktywne, zaś osoby zarabiające od 5001 zł do 10 tys. stosują leki uspokajające lub nasenne bez przepisu lekarza.

Tabela 16. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem dochodu gospodarstwa domowego

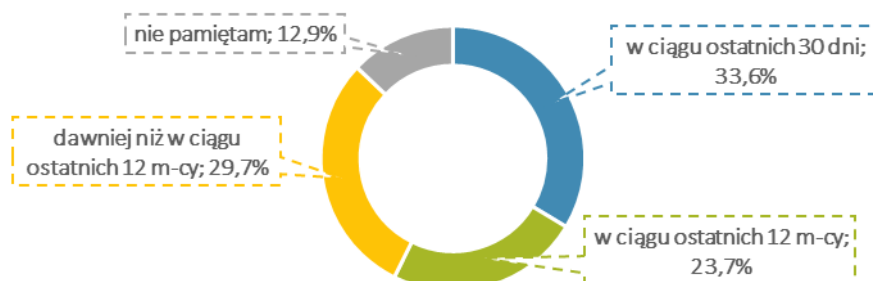
Wyszczególnienie	Dochód gospodarstwa domowego				
	poniżej 1500zł	od 1501 – do 3000 zł	od 3001 – do 5000 zł	od 5001 zł do 10 tys.	ponad 10 tysięcy zł
marihuana N = 625	22,0%	31,6%	27,0%	32,7%	50,0%
haszysz N = 644	3,0%	9,1%	5,9%	5,5%	25,0%
LSD N = 642	3,0%	9,5%	5,5%	3,6%	25,0%
grzyby halucynogenne N = 647	6,0%	7,9%	4,6%	1,8%	25,0%
ecstasy N = 642	8,0%	7,9%	6,3%	3,6%	25,0%
amfetamina N = 647	14,0%	10,3%	9,7%	3,6%	25,0%
kokaina N = 650	10,0%	9,1%	5,1%	3,6%	50,0%
crack N = 648	5,0%	7,1%	3,4%	0,0%	25,0%
heroina N = 647	5,0%	7,9%	4,2%	3,6%	25,0%
sterydy anaboliczne N = 650	6,0%	8,3%	5,1%	3,6%	25,0%
GHB („pigułka gwałtu”) N = 647	5,0%	6,7%	4,6%	3,6%	25,0%
tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne N = 645	8,0%	14,6%	11,0%	10,9%	25,0%
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N = 647	6,0%	6,3%	4,6%	3,6%	25,0%
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty N = 651	5,0%	11,9%	10,5%	14,5%	25,0%
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty N = 647	2,0%	7,1%	4,2%	3,6%	50,0%
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty N = 652	5,0%	12,3%	10,5%	14,5%	50,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Respondenci najczęściej spożywali substancje psychoaktywne w ciągu ostatnich 30 dni. Takiej odpowiedzi udzielił niemal co trzeci badany (33,6%). W następnej kolejności badani wskazywali, że zażywali substancje psychoaktywne dawniej niż w ciągu ostatnich 12 miesięcy (29,7%). 12,9% nie pamięta, kiedy ostatnio spożywała substancje psychoaktywne. Warto zauważyć, że kobiety częściej niż mężczyźni podawały, że zażywały substancje psychoaktywne w ciągu ostatnich 30 dni. Osoby w przedziale

wiekowym 18-24 lata, 25-34 lata, 55-64 lata udzielały odpowiedzi, świadczącej, że zażywały substancje psychoaktywne w ciągu ostatnich 30 dni. Natomiast osoby mające 35-44 lata oraz 45-55 lat zaznaczały, że miało to miejsce dawniej niż w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Biorąc pod uwagę wykształcenie ankietowanych, osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym, średnim oraz wyższym magisterskim najczęściej spożywały substancje psychoaktywne w ciągu ostatnich 30 dni.

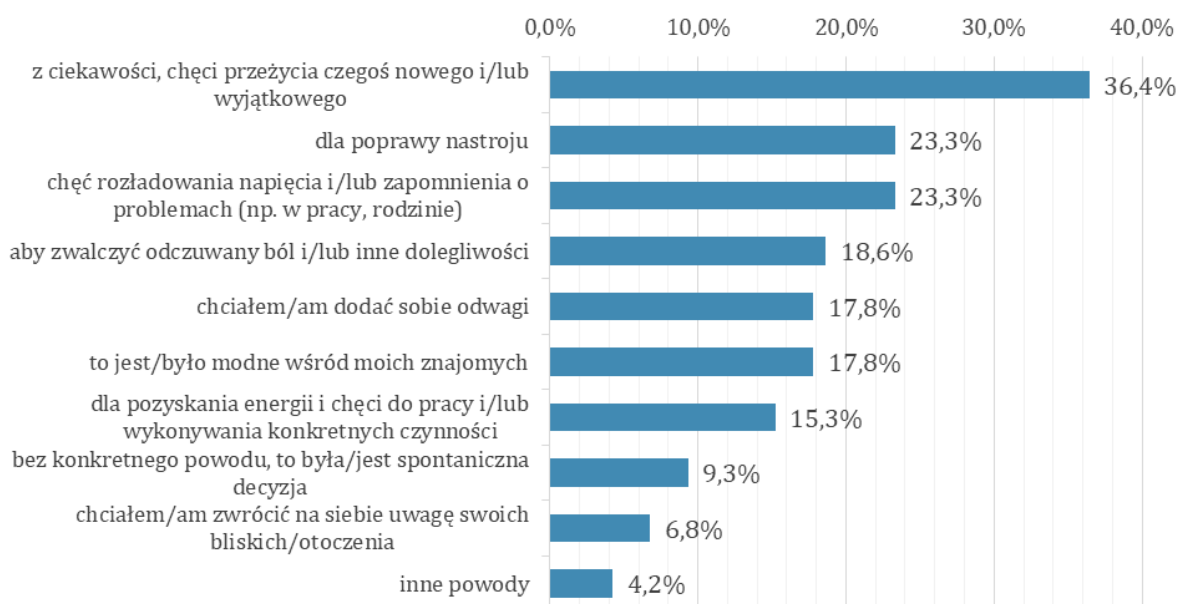
Rysunek 22. Odpowiedzi na pytanie: „Kiedy ostatnio spożywał Pan/Pani substancje psychoaktywne?” [N=232]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Analizie poddano także powody, dla których mieszkańcy województwa lubelskiego sięgali po substancje psychoaktywne (inne niż alkohol). Najczęstszą przyczyną okazała się ciekawość, chęć przeżycia czegoś nowego i/lub wyjątkowego (36,4%). Następnie badani podawali jako powód chęć poprawy nastroju (23,3%) oraz chęć rozładowania napięcia i/lub zapomnienia o problemach, np. w pracy, rodzinie (23,3%). Co ciekawe, kobiety najczęściej sięgają po substancje psychoaktywne z powodu chęci rozładowania napięcia i/lub zapomnienia o problemach np. w pracy, rodzinie, natomiast mężczyźni bardziej motywuje do tego ciekawość, chęć przeżycia czegoś nowego i/lub wyjątkowego. Ciekawe tendencje zaobserwowano w przypadku osób najstarszych biorących udział w badaniu (w wieku 55-64 lata oraz powyżej 65 roku życia). Wskazane osoby podawały chęć zwalczania odczuwanego bólu i/lub innych dolegliwości jako najczęstszy powód sięgania po substancje psychoaktywne. Mieszkańcy województwa lubelskiego najrzadziej odpowiadali, że powodem zażywania substancji psychoaktywnych była chęć zwrócenia na siebie uwagi bliskich lub otoczenia (6,8%) lub wskazywali na inne powody (4,2% osób).

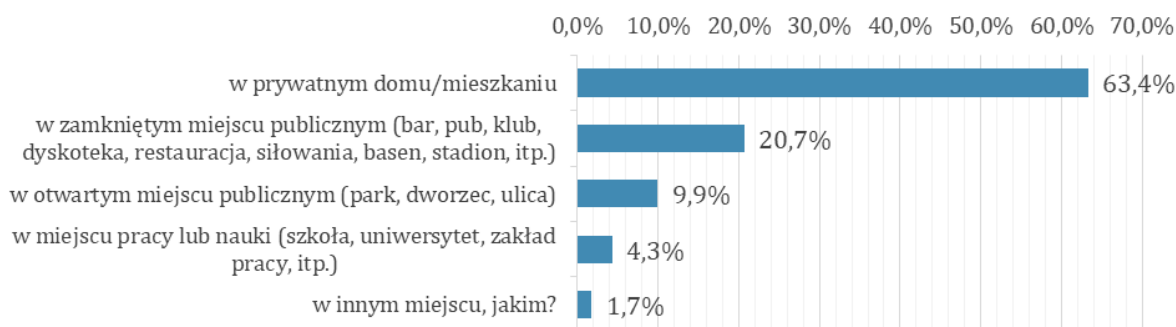
Rysunek 23. Odpowiedzi na pytanie: „Z jakich powodów sięgnął/sięgnęła lub sięga Pan/Pani po substancje psychoaktywne inne niż alkohol?” [N = 232]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Najczęstszym miejscem, gdzie badani sięgają po substancje psychoaktywne inne niż alkohol jest prywatny dom/mieszkanie. Takiej odpowiedzi udzieliła ponad połowa badanych – 63,4%. W następnej kolejności mieszkańcy województwa lubelskiego wskazywali na miejsca zamknięte, takie jak: bar, pub, klub, dyskoteka, restauracja, siłownia, basen czy też stadion (20,7%) oraz otwarte miejsca publiczne – park, dworzec, ulica (9,9%). Jedynie 4,3% zażywa substancje psychoaktywne w miejscu pracy lub nauki.

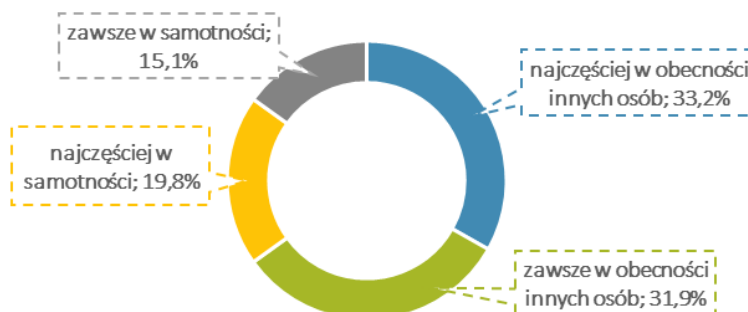
Rysunek 24. Odpowiedzi na pytanie: „Gdzie sięgał/a lub sięga Pan/Pani po substancje psychoaktywne inne niż alkohol?” [N = 232]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Spożywanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol najczęściej lub zawsze odbywa się w towarzystwie osób innych. Takiej odpowiedzi udzieliło kolejno 33,2% oraz 31,9% respondentów. Zdecydowanie rzadziej badani wskazywali, że ma to miejsce w samotności. Co ciekawe, osoby powyżej 65 roku życia zaznaczały najczęściej, że zażywają substancje psychoaktywne zawsze w samotności.

Rysunek 25. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarzyło się lub zdarza, że sięgał/a lub sięga Pan/Pani po substancje psychoaktywne inne niż alkohol, to w jakich okolicznościach?” [N = 232]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Badanych poproszono o ustosunkowanie się do zawartych w tabeli stwierdzeń, dotyczących zażywania substancji psychoaktywnych. W każdym przypadku odnotowano, że ankietowani najczęściej nigdy nie byli w sytuacji, w której zażywaliby jednocześnie kilka substancji psychoaktywnych dla spotęgowania efektów ich działania, zażywania kilku (co najmniej dwóch) substancji psychoaktywnych w niewielkich odstępach czasu (do kilku godzin) dla utrzymania efektów ich działania lub też zażywania substancji psychoaktywnych aby zniwelować odczuwanie dolegliwości/dyskomfortu z powodu wcześniejszego zażycia innej substancji psychoaktywnej. Jedynie w przypadku stwierdzenia *Jednoczesne zażywanie kilku (co najmniej dwóch) substancji psychoaktywnych dla spotęgowania efektów ich działania* odnotowano największy odsetek, świadczący o tym, że 19,4% respondentów doświadczyła takiej sytuacji raz w życiu.

Tabela 17. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu poniższe sytuacje?” [N = 232]

wyszczególnienie	wiele razy	jeden raz	kilka razy	nigdy	nie pamiętam
Jednoczesne zażywanie kilku (co najmniej dwóch) substancji psychoaktywnych dla spotęgowania efektów ich działania.	2,2%	19,4%	12,5%	53,9%	12,1%
Zażywanie kilku (co najmniej dwóch) substancji psychoaktywnych w niewielkich odstępach czasu (do kilku godzin) dla utrzymania efektów ich działania.	1,7%	14,2%	9,5%	59,5%	15,1%
Zażywanie substancji psychoaktywnych aby zniwelować odczuwanie dolegliwości/dyskomfortu z powodu wcześniejszego zażycia innej substancji psychoaktywnej.	1,7%	14,2%	7,3%	62,9%	13,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Przeprowadzone wśród osób uzależnionych wywiady IDI wykazały dwie tendencje dotyczące zażywania alkoholu oraz substancji psychoaktywnych. Z jednej strony badani wskazywali, że zażywali substancje psychoaktywne oraz spożywali alkohol w samotności lub tylko w towarzystwie. Natomiast z drugiej strony odpowiadali, że na początku robili to zawsze w towarzystwie znajomych oraz przyjaciół, potem jednak nałóg spowodował, że sięgali po alkohol lub substancje psychoaktywne również w samotności.

„Początkowo na imprezach, wyjazdach, dyskotekach, biwakach. Faza towarzyska. Potem w samotności. A na sam koniec tylko sam. Piłem sam i ćpałem sam. Często zdarzało się, że sam alkohol nie dawał kopa i musiałem łączyć to z tabletkami, z narkotykami – głównie z marihuaną.”

Mężczyzna, 44 lata

„Jak zaczynałyśmy picie to we dwie, potem dochodziło do tego, że sama musiałam coś wypić. Nie potrzebowałam potem już towarzystwa, dlatego musiałam pomyśleć o jakimś leczeniu.”

Kobieta, 59 lat

„W okresie mojego picia to było samotne upijanie się i to upijanie się na smutno, zapijanie emocji, zapijanie uczuć, bo czułem się odrzucony. Nie wiedziałem, że jestem przyczyną wielu smutnych sytuacji w moim domu, gdzie nie ma atmosfery, radości, zadowolenia z życia rodzinnego. Czułem się niepotrzebny w domu, uciekałem w alkohol, a okazało się, że przez kilka ostatnich lat, bardzo często, nie zawsze, ale bardzo często upijałem się samotnie. Nikt mi nie był potrzebny do tego picia.”

Mężczyzna, 51 lat

„Głównie w towarzystwie, później nie miało to dla mnie znaczenia.”

Mężczyzna, 34 lata

Badanie jakościowe FGI dostarczyło informacji na temat grup ryzyka. Uczestnicy wywiadu wymienili grupy, które mogą być zagrożone uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Podali również przykłady działań, które w ich ocenie powinny być kierowane do tych grup osób w celu świadczenia skutecznej pomocy:

- Dzieci z rodzin dysfunkcyjnych – programy aktywizujące, organizujące czas dzieciom, pokazujące zdrowe sposoby spędzania czasu, wspierające rozwój. Uczestnicy zwrócili uwagę, że szczególnie brakuje takich programów na wsiach. W ich opinii programy powinny być realizowane przez organizacje lokalne.
- Pracownicy korporacji, pracoholicy – edukacja o skutkach alkoholizmu i narkomanii, angażowanie w wolontariat związane z pracą z uzależnionymi, oferowanie zdrowych

sposobów radzenia sobie ze stresem. Programy powinny być realizowane przez organizacje lokalne i pracodawców.

- c. Osoby niżej sytuowane, żyjące z transferów socjalnych – w opinii ekspertów bardzo trudna grupa, pasywna. Tutaj potrzebna jest zmiana kulturowa. Bardzo ważnym elementem jest praca z ich dziećmi. Programy powinny być realizowane przez organizacje lokalne.
- d. Osoby samotne, często starsze – programy związane z animacją życia kulturalnego, lokalnego, stworzenie roli sąsiadów-opiekunów społecznych otrzymujących wynagrodzenie, wolontariat wspierający osoby samotne. Programy powinny być realizowane przez organizacje lokalne.
- e. Niepełnosprawni, chorzy – głównie wolontariat polegający na odwiedzaniu tych osób oraz grupy wsparcia. Programy powinny być realizowane przez organizacje lokalne.
- f. Grupy zawodowe, w których jest kultura picia, na przykład budowlańcy. Należy podkreślić, że uczestnicy FGI nie podali w przypadku tej grupy działań zaradczych, podkreślając, że picie alkoholu w tych grupach jest rzeczą naturalną.
- g. Ubodzy – aktywizacja zawodowa, działania socjalne. Programy powinny być realizowane przez organizacje lokalne.

Badanie jakościowe IDI wykazało, że w głównej mierze to nieprawidłowe relacje w rodzinie prowadzą do uzależnienia zarówno od alkoholu, jak i substancji psychoaktywnych:

„W moim domu była przemoc psychiczna i fizyczna. Ja się wychowałem na takich przykrych zdarzeniach, które mnie bardzo bolały, były traumatyczne od najmłodszych lat.”

Mężczyzna, 51 lat

„Najpierw byłem osobą współuzależnioną czyli żoną alkoholika. Co najmniej przez 20 lat piłam z nim, towarzyszyłam mu, ale jeszcze ciągle nie miałam problemu alkoholowego. Po 20 latach, ja też się uzależniłam. Stwierdziłam, że nie piję już towarzysko, nie piję, bo chcę poprawić sobie humor, czy nastrój, tylko piję, bo muszę.”

Kobieta, 61 lat

„...byłam w związku małżeńskim przez 20 lat, ze strony męża zaczęły się zdrady, i tak zaczęło się z moim alkoholizmem.”

Kobieta, 44 lata

Ponadto badani podkreślali, że niskie poczucie własnej wartości, kompleksy, lęki oraz stany depresyjne także wpływały na sięganie po alkohol lub substancje psychoaktywne.

„Byłem za chudy, miałem kompleksy, byłem zakompleksiony, nieśmiały, ja to wyniosłem z domu. Powielilem to samo, co miałem w domu. Ojciec mi nigdy dobrego słowa nie powiedział. Mama była zajęta, pracowała, sprzątała. Kompleksy zniknęły jak piłem alkohol. Okazało się, że jak wypije potrafię tańczyć, że mam poczucie humoru. To było to.”

Mężczyzna, 52 lata

„Uzależnienie to kwestia rodziny, tylko jedna babcia nie piła, Tata jest alkoholikiem. Ja mam niskie poczucie

wartości.”

Mężczyzna, 37 lat

„Dla mnie znamionym było też to, że mając 15 lat ważyłem 45 kg, byłem złąknętym człowiekiem z niskim poczuciem wartości. Kiedy właśnie pierwszy raz przyszedłem pod wpływem alkoholu, a zastałem przemoc fizyczną w domu, po raz pierwszy przeciwstawiłem się swojemu ojcu, dlatego, że alkohol dodał mi odwagi, żeby złapać ojca za rękę, kiedy zamachnął się na matkę, żeby ją uderzyć. To mi pokazało, że alkohol daje mi odwagę, siłę. Dzięki temu nie bałem się.”

Mężczyzna, 51 lat

Uczestnicy wywiadu grupowego FGI wymienili także czynniki, które prowadzą do uzależniania. Według nich to: zła sytuacja w rodzinie, stres, normy w grupach rówieśniczych, normy społeczne związane z kulturą picia. Według respondentów cała kultura konsumpcjonizmu prowadzi do indywidualizacji, rozbicia siatki społecznej, rywalizacji, co zwiększa podatność na uzależnienia. W Polsce potrzebna jest zmiana kulturowa: odbudowa lokalnych relacji społecznych, rodzinnych, odbudowa autorytetów społecznych. Wszystkie pozostałe działania są doraźne, usuwają objawy, a nie przyczyny.

Eksperti uznali także, że profil osób zażywających substancje psychoaktywne jest związany ze złymi relacjami rodzinnymi. To nie demografia decyduje o uzależnieniu, czy zażywaniu tych środków, tylko złe relacje rodzinne, które mogą zdarzyć się w każdej rodzinie. Mało empatyczne traktowanie dziecka, osłabianie jego poczucia wartości, emocjonalna czy fizyczna przemoc. Potencjał do uzależnienia powstaje w domu rodzinnym, w procesie wychowania.

Dostępność oferty pomocy w województwie lubelskim dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

*

Podrozdział zawiera przegląd dostępnej oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a także zasoby instytucjonalne i osobowe. Zaprezentowano dane dotyczące leczenia udostępnione przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ, a także ofertę pomocową innych ważnych w województwie lubelskim ośrodków. Zawarto także dane na temat liczby pacjentów borykających się z problemem uzależnień od substancji psychoaktywnych.

*

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi reguluje postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu. W artykule 21 określono, że: leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzi się w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych wśród specjalności lekarskich, które posiadają możliwość leczenia oraz rehabilitacji osób uzależnionych wymienia się:

1. psychiatrę,
2. psychiatrę dla dzieci i młodzieży,
3. medycynę rodzinną.

Rozporządzenie reguluje także wykaz zawodów niemedycznych posiadających możliwość rehabilitacji osób uzależnionych. Należą do nich następujące zawody:

1. psycholog,
2. pedagog.

W województwie lubelskim najważniejszą placówką udzielającą pomoc osobom uzależnionym jest Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia, mieszczący się przy ulicy Abramowickiej 4 w Lublinie. Zgodnie z ustawą jest to placówka utworzona i prowadzona przez samorząd województwa (Samorząd Województwa Lubelskiego). W jego skład wchodzi:

- Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia,
- Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu,
- Dzienny Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu.²²

Przychodnia realizuje:

- ⇒ programy psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych,
- ⇒ pełny zakres indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych,
- ⇒ świadczenia rehabilitacyjne,
- ⇒ programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu,

²² <http://www.snoz.lublin.pl/>, dostęp: 2.11.2019r.

- ⇒ indywidualne świadczenia zapobiegawczo- lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu,
- ⇒ działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych,
- ⇒ wspieranie działań placówek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji oraz udzielanie w razie potrzeby konsultacji lekarzom,
- ⇒ współpracę z placówkami zajmującymi się rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz z grupami samopomocowymi.²³

Do zadań Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu należą:

- ⇒ realizacja programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu,
- ⇒ udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu,
- ⇒ prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób uzależnionych,
- ⇒ przygotowanie pacjenta kończącego podstawowy program terapeutyczny do kontynuowania terapii w programie ambulatoryjnym.

Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu prowadzi terapię w ramach intensywnego podstawowego programu terapii uzależnienia od alkoholu – w tym detoksykację (czas trwania: ok. 6 tygodni). Program obejmuje ponad 180 godzin terapii grupowej i ponad 30 godzin terapii indywidualnej. Oddział ściśle współpracuje z Lubelską Intergrupą AA. Ponadto do zadań Oddziału należą:

- ⇒ terapia zaburzeń psychicznych związanych z nadużywaniem alkoholu,
- ⇒ diagnoza i specjalistyczne leczenie psychiatryczne,
- ⇒ konsultacje specjalistyczne, diagnostyka i leczenie stanu somatycznego,
- ⇒ interwencja w nawrocie – zapobieganie spożyciu alkoholu u osób utrzymujących abstynencję,
- ⇒ detoksykacja i leczenie osób uzależnionych od leków i innych substancji psychoaktywnych,
- ⇒ terapia hazardu patologicznego i innych uzależnień niechemicznych,
- ⇒ organizacja spotkań edukacyjno-informacyjnych dla rodzin pacjentów leczonych w oddziale,
- ⇒ organizacja spotkań i zajęć poszpitalnych dla pacjentów po wypisie – w celu kontynuacji i kontroli leczenia,
- ⇒ organizacja maratonów tematycznych i spotkań w Klubie Pacjenta.²⁴

Na terenie województwa lubelskiego funkcjonuje Ośrodek Leczenia Uzależnień Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie z siedzibą przy ul. Karłowicza 1, który oferuje program leczenia substytucyjnego.²⁵ Jego celem jest prowadzenie działalności medyczno-terapeutycznej w stosunku do osób z problemem uzależnienia i ich rodzin oraz działalności profilaktycznej w zakresie rozwiązywania problemów uzależnień pacjentów, zamieszkałych na terenie Lublina, województwa lubelskiego i kraju. Ośrodek realizuje dwa programy:

1. „FRED GOES NET” dla młodych osób mających problemy z związku z używaniem środków psychoaktywnych,

²³ <http://www.codalej.info/listings/szpital-neuropsychiatryczny-samodzielny-publiczny-zaklad-opieki-zdrowotnej-wotuw-wojewodzki-osrodek-terapii-uzaleznienia-od-alkoholu-i-wspoluzaleznienia/>, dostęp: 2.11.2019r.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w roku 2016, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2017. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w roku 2017, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2018.

2. „CANDIS” dla uzależnionych od marihuany.²⁶

Ośrodek posiada dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu, który oferuje pomoc osobom uzależnionym od środków psychoaktywnych, w tym alkoholu, leków oraz hazardu. Placówka posiada także dwie przychodnie: leczenia uzależnień (gdzie leczone są osoby uzależnione od leków, narkotyków, nikotyny, uzależnień niechemicznych: hazardu, gier komputerowych i internetu, seksu, oferta skierowana jest także dla osób współuzależnionych) oraz przychodnię terapii uzależnień od alkoholu i współuzależnienia, która udziela pomocy osobom uzależnionym od alkoholu oraz ich rodzinom.²⁷

Ponadto w 2018 roku, w województwie lubelskim znajdowało się 60 placówek leczenia uzależnień. Liczba ta wzrosła w stosunku do lat poprzednich o 4 placówki, uruchomiono 3 nowe poradnie/przychodnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia/leczenia uzależnień oraz 1 dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień. Łącznie na terenie województwa znajdowało się w 2018 roku 41 poradni/przychodni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia /leczenia uzależnień, 6 dziennych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień, 9 całodobowych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień oraz 4 oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Brak jest w województwie oddziałów odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz hosteli.

Tabela 18. Liczba placówek leczenia uzależnień w województwie lubelskim z podziałem na typ placówki

Typ placówki	2016	2017	2018
Poradnia/przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia /leczenia uzależnień	38	38	41
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień	5	5	6
Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień	9	9	9
Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	4	4	4
Oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu	0	0	0
Hostel	0	0	0
Łącznie	56	56	60

Źródło: dane Lubelskiego OW NFZ

Analizie poddano liczbę osób objętych opieką przez placówki leczenia uzależnień od alkoholu w województwie lubelskim w latach 2016-2018, uwzględniając typ zdiagnozowanego zaburzenia. Uwzględniono zaburzenia wynikające z używania alkoholu oraz zaburzenia wynikające z używania alkoholu przez osoby bliskie. Największa liczba osób korzysta z pomocy otrzymywanej w poradniach/przychodniach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia /leczenia uzależnień. Zauważalny jest spadek liczby osób z zaburzeniem wynikającym z używania alkoholu w tych placówkach. W roku 2018 było ich 8 041, co stanowi spadek o 160 osób w stosunku do roku poprzedniego. Jeśli chodzi o korzystanie z opieki wymienionych placówek, widoczny jest jednak przyrost osób z zaburzeniami wynikającymi z używania alkoholu przez osoby bliskie. W roku 2018 było ich o 131 osób więcej niż w roku poprzednim, liczba ta wynosiła 1 091. Na całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień oraz oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych obserwuje się również spadek liczby osób objętych leczeniem. Z opieki korzystają tam osoby z zaburzeniem wynikającym z używania alkoholu. Ich liczba w latach 2016-2018 zawsze przekraczała ponad 2 000 osób. Na dziennych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień w roku 2018 wzrosła liczba pacjentów. Z opieki korzystało tam 354 osoby, co stanowi wzrost liczby osób o 37. W tego rodzaju placówce z opieki korzystały także osoby z zaburzeniem wynikającym z używania alkoholu przez osoby bliskie. W roku 2018 były to 2 osoby, a rok wcześniej 1 osoba.

²⁶ <http://www.olu.lublin.pl/>, dostęp: 16.10.2019r.

²⁷ Ibidem.

Tabela 19. Liczba osób objętych opieką przez placówki leczenia uzależnienia od alkoholu pod kątem najczęściej diagnozowanych zaburzeń

Typ placówki	Typ zdiagnozowanego zaburzenia	2016	2017	2018
Poradnia/przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia /leczenia uzależnień	zaburzenia wynikające z używania alkoholu	8292	8204	8041
	zaburzenia wynikające z używania alkoholu przez osoby bliskie	962	960	1091
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień	zaburzenia wynikające z używania alkoholu	331	317	354
	zaburzenia wynikające z używania alkoholu przez osoby bliskie	0	1	2
Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień	zaburzenia wynikające z używania alkoholu	2278	2190	2162
	zaburzenia wynikające z używania alkoholu przez osoby bliskie	0	0	0
Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	zaburzenia wynikające z używania alkoholu	2156	2098	2026
	zaburzenia wynikające z używania alkoholu przez osoby bliskie	0	0	0

Źródło: dane Lubelskiego OW NFZ

Dane udostępnione przez PARPA pozwalają na analizę liczby punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym oraz liczby gmin, w których funkcjonują owe punkty w całej Polsce. Łączna liczba punktów konsultacyjno-informacyjnych w Polsce wynosi 2 257, natomiast liczba gmin, w których one funkcjonują, to 1 832. Województwo lubelskie, w skali kraju znajduje się na 5 miejscu pod względem liczby punktów konsultacyjno-informacyjnych dla osób z problemem alkoholowym oraz na 5 miejscu pod względem liczby gmin, w których funkcjonują punkty.

Tabela 20. Liczba punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w 2018 roku

Województwo	Liczba gmin, w których funkcjonuje punkt konsultacyjno-informacyjny	Liczba punktów Konsultacyjno-informacyjnych
dolnośląskie	143	184
kujawsko-pomorskie	127	162
lubelskie	142	168
lubuskie	68	80
łódzkie	120	143
małopolskie	145	166
mazowieckie	216	256
opolskie	50	59
podkarpackie	89	179
podlaskie	71	94
pomorskie	79	89
śląskie	130	150
świętokrzyskie	79	90
warmińsko-mazurskie	92	104
wielkopolskie	199	233
zachodniopomorskie	82	100
Ogółem	1 832	2 257

Źródło: Zestawienie statystyczne Profilaktyka i Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych w Polsce w Samorządach Gminnych w 2018 roku, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2019.

Informacje udostępnione przez Lubelski Oddział NFZ pozwalają na oszacowanie liczby osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubelskim w latach 2016-2018. Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w roku 2018 wzrosła w stosunku do lat poprzednich. Odnotowano liczbę 1 705 osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, co stanowi przyrost tej liczby o 25 w stosunku do roku poprzedniego. Również liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych leczących się w placówkach leczenia odwykowego wzrosła na przestrzeni

omawianego okresu. W roku 2018 odnotowano wzrost liczby pacjentów o 117 osób w stosunku do roku 2017. Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych leczących się w placówkach leczenia odwykowego wynosiła zatem 2 212. W roku 2018 z programów substytucyjnych korzystało w województwie lubelskim 157 osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Liczba osób korzystających z tego typu leczenia utrzymuje się w zaprezentowanym czasie na podobnym poziomie. Uwzględniając rodzaj uzależnienia, należy zauważyć, że w województwie lubelskim przeważają osoby z uzależnieniem mieszanym, a ich liczba w latach 2016-2018 stopniowo wzrastała. Natomiast w przypadku osób z uzależnieniem krzyżowym zaobserwować można odwrotną prawidłowość. Liczba osób na przestrzeni zaprezentowanego okresu malała. Zauważyć także można przyrost liczby osób współuzależnionych.

Tabela 21. Charakterystyka osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubelskim w latach 2016-2018.

Wyszczególnienie	2016	2017	2018
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych	1 702	1 680	1 705
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych leczących się w placówkach leczenia odwykowego	2 124	2 095	2 212
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych korzystających z programów terapeutycznych ponadpodstawowych	brak danych	brak danych	brak danych
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych korzystających z programów substytucyjnych	153	159	157
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uzależnieniem mieszanym²⁸	1 473	1 495	1 581
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z uzależnieniem krzyżowym²⁹	187	183	157
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych z syndromem DDA	brak danych	brak danych	brak danych
Liczba osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (współuzależnionych)	552	620	619

Źródło: dane Lubelskiego OW NFZ

Tabela 22. prezentuje dane dotyczące liczby klientów punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w Polsce. Dane pozwalają odnieść problem liczby uzależnionych od alkoholu do sytuacji w innych województwach. Zarówno liczba osób z problemem alkoholowym, jak i liczba dorosłych członków rodzin osoby z problemem alkoholowym (w tym współuzależnionym i DDA) w Polsce zmalała na przestrzeni zaprezentowanego okresu. W roku 2016 liczba osób z problemem alkoholowym wynosiła 129 069, a dwa lata później była o 13 649 osób mniejsza. W przypadku dorosłych członków rodzin osoby z problemem alkoholowym (w tym współuzależnionym i DDA) w roku 2016 liczba wynosiła 66 114 osób, a w roku 2018 była aż o 9 730 mniejsza. Podobne tendencje zaobserwować można w województwie lubelskim, gdzie liczba osób z problemem alkoholowym na przestrzeni zaprezentowanego czasu zmalała o 968 osób, a dorosłych członków rodzin osoby z problemem alkoholowym (w tym współuzależnionym i DDA) zmniejszyła się o 467 osób.

²⁸ Uzależnienie mieszane - uzależnienie od kilka substancji psychoaktywnych na raz [w:] Z. Michalczyk: *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne*, Wydanie II, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej Warszawa.

²⁹ Uzależnienie krzyżowe - uzależnienie od kilku substancji psychoaktywnych stosowanych naprzemiennie [w:] Z. Michalczyk: *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne*, Wydanie II, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej Warszawa.

Tabela 22. Liczba klientów punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w Polsce w latach 2016-2018

Województwo	Osoby z problemem alkoholowym			Dorośli członkowie rodzin osoby z problemem alkoholowym (w tym współuzależnieni i DDA)		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018
dolnośląskie	11 046	11 693	11 289	5 767	7 462	5 814
kujawsko-pomorskie	10 806	10 035	9 120	3 054	3 728	2 926
lubelskie	5 730	5 430	4 762	3 302	3 059	2 835
lubuskie	6 107	4 607	4 207	2 345	1 792	1 907
łódzkie	9 190	8 925	7 265	6 037	4 104	3 908
małopolskie	11 423	11 427	10 309	6 682	4 851	4 627
mazowieckie	16 892	17 484	14 619	11 783	10 733	9 628
opolskie	2 525	1 774	2 821	1 064	1 470	1 381
podkarpackie	2 372	2 552	2 976	1 947	2 483	2 347
podlaskie	2 449	2 533	2 775	1 309	1 202	1 523
pomorskie	6 591	5 454	5 385	4 472	3 416	3 904
śląskie	15 417	17 486	15 225	4 219	3 945	3 225
świętokrzyskie	4 703	3 950	4 300	2 158	1 880	1 860
warmińsko-mazurskie	5 668	5 558	4 778	4 360	3 339	3 167
wielkopolskie	12 251	11 512	9 218	5 124	5 034	5 029
zachodniopomorskie	5 872	5 872	6 371	2 491	2 636	2 303
Ogółem	129 069	126 292	115 420	66 114	61 134	56 384

Źródło: Zestawienie statystyczne Profilaktyka i Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych w Polsce w Samorządach Gminnych w 2018 roku, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2019.

Dane Lubelskiego Oddziału NFZ ukazują wzrost nakładów pieniężnych na leczenie uzależniania od alkoholu w województwie lubelskim w latach 2016-2018. W roku 2018 łączna wartość umów wynosiła 24 352 028,12 zł. Najwięcej środków finansowych przeznaczonych jest na świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu (stacjonarne).

Tabela 23. Wartości umów zawartych z placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie lubelskim

świadczenia	2016	2017	2018
Świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu -ambulatoryjne	4 117 385,17 zł	4 665 216,05 zł	4 623 493,37 zł
Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu -stacjonarne	6 615 652,50 zł	6 989 293,89 zł	7 291 329,52 zł
Leczenie uzależnień - ambulatoryjne	1 208 419,20 zł	1 489 801,27 zł	1 710 730,53 zł
Leczenie uzależnień - stacjonarne	4 618 069,51 zł	5 168 176,33 zł	5 057 111,96 zł
Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	648 774,68 zł	980 400,64 zł	931 130,03 zł
Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych	4 558 573,95 zł	4 720 518,65 zł	4 738 232,71 zł
Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	0,00 zł	0,00 zł	0,00 zł
Łączna wartość umów w zł	21 766 875,01 zł	24 013 406,83 zł	24 352 028,12 zł

Źródło: dane Lubelskiego OW NFZ

Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nakłada na organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego obowiązek do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy. Artykuł 2 tej ustawy określa działania, jakie powinny być podejmowane, aby ograniczyć zjawisko alkoholizmu oraz aby kształtować skuteczną politykę społeczną w tym zakresie. Do działań tych należą:

- 1) tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu;
- 2) działalność wychowawczą i informacyjną;
- 3) ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju;
- 4) ograniczanie dostępności alkoholu;
- 5) leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu;
- 6) zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie;
- 7) przeciwdziałanie przemocy w rodzinie;
- 8) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej.

Natomiast artykuł 4 zobowiązuje gminy do prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu.

W województwie lubelskim obowiązuje Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017-2020, którego celem głównym jest: inspirowanie, podejmowanie, wzmacnianie oraz zwiększanie skuteczności działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie lubelskim. Program określa także następujące cele szczegółowe:

Cel szczegółowy 1: Inicjowanie i wzmacnianie współpracy z instytucjami oraz podmiotami działającymi na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Cel szczegółowy 2: Zwiększenie jakości i dostępności programów oraz działań profilaktycznych, utrwalenie postaw abstynenckich oraz edukacja w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia, wczesnego rozpoznania i krótkiej interwencji

Cel szczegółowy 3: Redukcja szkód, rehabilitacja (readaptacja, reintegracja) zdrowotna, społeczna i zawodowa. Podnoszenie jakości specjalistycznych działań obejmujących leczenie uzależnienia od alkoholu oraz pomoc dla członków rodzin z problemem alkoholowym

Cel szczegółowy 4: Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym

Na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r., poz. 1492 z późn. zm.) jednostki samorządu terytorialnego sprawozdały do Wojewody Lubelskiego zrealizowane lub podjęte w latach 2016-2018 zadania z zakresu zdrowia publicznego m. in. w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Sprawozdane przez jednostki ww. zadania realizowane były poprzez działania: promocyjno-edukacyjne, profilaktyczne, szkoleniowe i konferencyjne oraz inne. Tabela zawiera szczegółowe dane na temat realizowanych zadań.

Tabela 24. Informacje na temat działań podejmowanych w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w latach 2016-2018

	2016	2017	2018
Liczba jednostek, które realizowały działania w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	22	8	7
Liczba zrealizowanych lub podjętych zadań z zakresu zdrowia publicznego	36	28	22
Działania promocyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych, ulotek, książek, ogłoszeń oraz plakatów na temat uzależnień, ⇒ organizowanie pikników, konkursów oraz imprez profilaktycznych – integracja środowiska, ⇒ prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu, ⇒ prowadzenie prelekcji nt. profilaktyki uzależnień, ⇒ promowanie aktywności fizycznej oraz aktywnego wypoczynku – jako elementu profilaktyki uzależnień (spędzenie czasu bez alkoholu oraz w oderwaniu od problemów rodzinnych), ⇒ udzielanie przez członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA) oraz terapeutów porad profilaktycznych dla osób uzależnionych, współuzależnionych, osób DDA oraz z rodzin uwikłanych w przemoc. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ zakup materiałów edukacyjnych, ⇒ rozpowszechnienie ulotek, plakatów nt. uzależnienia, ⇒ prowadzenie kampanii (np.: społecznych, informacyjnych, medialnych nt. uzależnień), ⇒ prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu, ⇒ organizacja pikników, festynów profilaktycznych - wspieranie oddziaływań umożliwiających integrację osób uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin, ⇒ prowadzenie rozmów interwencyjno-motywujących oraz wspierająco-motywujących z osobami uzależnionymi, ⇒ prowadzenie konsultacji psychologicznych, ⇒ prowadzenie konsultacji z pracownikiem socjalnym ds. pomocy osobom doznającym przemoc w rodzinie, ⇒ prowadzenie punktu konsultacyjno-informacyjnego dla osób uzależnionych oraz członków ich rodzin, ⇒ prowadzenie edukacji w zakresie przeciwdziałania przemocy oraz udzielanie pomocy jej ofiarom, ⇒ prowadzenie działalności informacyjno- 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ organizacja festynów profilaktycznych, imprez sportowych, konkursów edukacyjnych dla rodzin z problemami alkoholowymi, ⇒ organizacja kampanii (np.: społecznych, informacyjnych, medialnych nt. uzależnień), ⇒ prowadzenie telefonu informacyjnego, telefonu zaufania, czat, mail, porady ⇒ warsztaty rodzinne, ⇒ prowadzenie punktu konsultacyjnego - pomoc psychologiczna.

<p>Działania profilaktyczne (w ramach profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ prowadzenie warsztatów, szkoleń i zajęć profilaktyczno-terapeutycznych, ⇒ prowadzenie grup socjoterapeutycznych, ⇒ prowadzenie punktów konsultacyjnych – konsultacje dla osób eksperymentujących oraz zażywających środki psychoaktywne – zagrożonych uzależnieniem i już uzależnionych, konsultacje dla rodzin, ⇒ prowadzenie konsultacji psychologiczno-terapeutycznych, ⇒ działania mające na celu niedopuszczenie do rozwinięcia już powstałej choroby, powrót do normalnego stanu zdrowia - zwiększenie dostępność do pomocy rehabilitacyjnej, ⇒ kierowanie wniosków do Sądu Rodzinnego - zobowiązanie do leczenia odwykowe przy jednoczesnym pozyskiwaniu opinii o stopniu uzależnienia od alkoholu, ⇒ prowadzenie porad terapeutycznych. 	<p>edukacyjna, poradnictwo i konsultacje psychologiczne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ prowadzenie programów profilaktycznych nt. uzależnień, ⇒ porady terapeutyczne, ⇒ prowadzenie prelekcji, pogadarek z zakresu profilaktyki uzależnień. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ spotkania - grupy wsparcia dla osób zagrożonych, używających i uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin, ⇒ prowadzenie konsultacji psychologicznych oraz z pracownikiem socjalnym dla osób doświadczających przemocy w rodzinie, ⇒ wspieranie procesu wychodzenia z uzależnienia od alkoholu oraz prowadzenie działań na rzecz osób będących w stanie nietrzeźwości.
<p>Działania szkoleniowe i konferencyjne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ organizowanie i finansowanie szkoleń np.: <ul style="list-style-type: none"> □ Motywacja do leczenia w oparciu o najnowsze badania psychologiczne. □ Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym w kontekście przemocy w rodzinie. □ Skuteczna i efektywna praca Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zespołów Interdyscyplinarnych. □ Zapobieganie i leczenie skutków alkoholizmu. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ organizowanie oraz finansowanie szkoleń np.: <ul style="list-style-type: none"> □ Efektywna i skuteczna realizacja działań Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Procedury obowiązujące w Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. □ Zadania i kompetencje Członków Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Zespołów Interdyscyplinarnych. □ Rola samorządów w nowoczesnym przeciwdziałaniu uzależnieniom oraz przemocy. Działalność Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. □ Zadania własne samorządu gminnego oraz gminnych komisji w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych - prawo, psychologia 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ organizowanie oraz finansowanie szkoleń oraz konferencji nt. uzależnień.

		<p>i praktyka.</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Profilaktyka uzależnień - działania prawne jakie można podejmować względem osób uzależnionych, działania profilaktyczne w jednostkach samorządowych, możliwość działań zdrowotnych i wsparcia dla osób uzależnionych i rodzin tych osób. □ Alkoholizm i przemoc w rodzinie. ⇒ Prowadzenie konferencji trzeźwościowej oraz nt. uzależnienia. ⇒ Warsztatowe spotkania tematyczne dla osób uzależnionych i współuzależnionych. 	
<p>Działania inne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ organizowanie spotkań z osobami mającymi problemy alkoholowe, ⇒ prowadzenie działalności skierowanej do osób dotkniętych problemem nadużywania alkoholu. ⇒ Procedura zmierzająca do zastosowania obowiązku podjęcia leczenia odwykowego w tym opłaty sądowe, ⇒ działania skierowane do dorosłych osób pochodzących z rodzin dotkniętych problemem alkoholizmu, ⇒ działania wspierające proces zdrowienia i rehabilitacji społecznej osób uzależnionych i współuzależnionych, ⇒ działania skierowane do rodzin dotkniętych problemem uzależnienia od alkoholu oraz występowaniem przemocy w rodzinie, zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i psychospołecznej, działania środowiskowe, ⇒ prowadzenie kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych, pomiary odległości punktu sprzedaży napojów alkoholowych od obiektu chronionego, ⇒ pomoc prawna dla osób dotkniętych problemem uzależnienia, zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i psychospołecznej, 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ kontrola sklepów (kontrolowanie rynku sprzedaży napojów alkoholowych), ⇒ rozpatrywanie wniosków przedsiębiorców o zgodności usytuowania punktów sprzedaży alkoholu z uchwałą Rady Gminy, ⇒ udzielanie pomocy rodzinom, w których występują problemy alkoholowe - wszystkie alkoholowe, darmowe porady prawne, ⇒ wsparcie dla środowisk abstynenckich - dofinansowanie do wyjazdów terapeutyczno-integracyjnych. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Przeprowadzono Diagnozę Problemów Społecznych na terenie Gminy.

	⇒ monitoring liczby rodzin zmagających się z problemem alkoholizmu, ⇒ paczka żywnościowa dla rodzin z problemem alkoholowym.		
--	---	--	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Wydział Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku określa sposób przeciwdziałanie narkomanii poprzez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności:

- 1) działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną;
- 2) leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych;
- 3) ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych;
- 4) nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- 5) zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii;
- 6) nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Wymieniona ustawa nakłada na gminy obowiązek prowadzenia działań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, do których należą:

- 1) zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej;
- 3) prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo--rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- 4) wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii;
- 5) pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

W województwie lubelskim obowiązuje Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020, którego celem operacyjnym jest: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Na poziomie programu wojewódzkiego cel ten realizowany będzie w następujących obszarach:

OBSZAR 1. Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych.

OBSZAR 2. Rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii.

OBSZAR 3. Profilaktyka.

OBSZAR 4. Redukcja szkód, rehabilitacja i reintegracja społeczna.

OBSZAR 5. Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych oraz postaw społecznych i reakcji instytucjonalnych.

Na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r., poz. 1492 z późn. zm.) jednostki samorządu terytorialnego sprawozdały do Wojewody Lubelskiego zrealizowane lub podjęte w latach 2016-2018 zadania z zakresu zdrowia publicznego m. in. w zakresie przeciwdziałaniu narkomanii. Sprawozdane przez jednostki ww. zadania realizowane były poprzez działania: promocyjno-edukacyjne, profilaktyczne, szkoleniowe i konferencyjne oraz inne. Tabela zawiera szczegółowe dane na temat realizowanych zadań.

Tabela 25. Informacje na temat działań podejmowanych w ramach Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2016-2018

	2016	2017	2018
Liczba jednostek, które realizowały działania w ramach Gminnych Programów	10	3	5
Liczba zrealizowanych lub podjętych zadań z zakresu zdrowia publicznego	12	9	10
Działania promocyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ rozpowszechnienie ulotek, ogłoszeń oraz plakatów nt. uzależnień, ⇒ prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu, ⇒ organizacja imprez plenerowych, profilaktyczno-integracyjnych dla osób ze środowisk narażonych na uzależnienie, ⇒ prowadzenie zajęć sportowych z elementami profilaktyki pozwalające na spędzenie czasu wolnego w oderwaniu od problemów rodzinnych - promocja aktywnego wypoczynku jako profilaktyki uzależnień, ⇒ porady profilaktyczne dla osób uzależnionych i rodzin uwikłanych w przemoc udzielane przez członków GKRPA oraz terapeutów. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ dystrybucja ulotek, ogłoszeń, plakatów nt. uzależnień, ⇒ prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dot. ryzyka szkód wynikających ze spożywania narkotyków, ⇒ prowadzenie działań promocyjno-edukacyjnych oraz informacyjnych wśród mieszkańców Gminy, ⇒ prowadzenie anonimowych jednorazowych konsultacji, ⇒ prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych zwiększających świadomość na temat zagrożeń i problemu narkomanii, ⇒ prowadzenie kampanii w lokalnej prasie. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ organizowanie spotkań dla osób uzależnionych, ⇒ rozprowadzanie ulotek, ogłoszeń, plakatów o tematyce związanej z profilaktyką uzależnień, ⇒ organizowanie festynów, imprez sportowych, konkursów edukacyjnych dla osób uzależnionych i członków ich rodzin, ⇒ prowadzenie działań promocyjno-edukacyjnych oraz informacyjnych wśród mieszkańców, ⇒ prowadzenie konsultacji prawnych oraz psychologicznych.
Działania profilaktyczne (w ramach profilaktyki uniwersalnej,	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ prowadzenie warsztatów, szkoleń i zajęć profilaktyczno-terapeutycznych, ⇒ organizacja imprez plenerowych - 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ prowadzenie warsztatów, szkoleń i zajęć profilaktyczno-terapeutycznych, ⇒ organizacja pogadarek, prelekcji, udział 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ organizowanie spotkań profilaktycznych, ⇒ prowadzenie warsztatów, szkoleń i zajęć

selektywnej oraz wskazującej)	profilaktyczne imprezy pn. <i>Festyn Rodzinny</i> , podczas których edukowano uczestników nt. profilaktyki uzależnień.	<p>w spektaklach profilaktycznych,</p> <p>⇒ funkcjonowanie punktu konsultacyjno-informacyjnego dla osób uzależnionych i członków ich rodzin,</p> <p>⇒ prowadzenie porad terapeutycznych.</p>	<p>profilaktyczno-terapeutycznych,</p> <p>⇒ prowadzenie grup wsparcia,</p> <p>⇒ funkcjonowanie punktu konsultacyjno-informacyjnego dla osób uzależnionych i ich rodzin,</p> <p>⇒ prowadzenie konsultacji przez psychologa i pracownika socjalnego dla osób doznających przemocy w rodzinie,</p> <p>⇒ kierowanie na leczenie do zakładu leczenia odwykowego,</p> <p>⇒ konsultacje specjalisty terapii uzależnień, psychologa, psychiatry.</p>
Działania szkoleniowe i konferencyjne	-	<p>⇒ prowadzenie warsztatów z zakresu profilaktyki uzależnień i zachowań agresywnych,</p> <p>⇒ organizowanie szkoleń dotyczących środków psychoaktywnych - dostępność oraz konsekwencje ich zażywania,</p> <p>⇒ szkolenia pn. Zadania własne samorządu gminnego oraz gminnych komisji w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych - prawo, psychologia i praktyka,</p> <p>⇒ szkolenia dla członków GKRPA i innych osób z zakresu profilaktyki uzależnień - działania prawne jakie można podejmować względem osób uzależnionych, działania profilaktyczne w jednostkach samorządowych, możliwość działań zdrowotnych i wsparcia dla osób uzależnionych i rodzin tych osób,</p> <p>⇒ szkolenia pn. Zadania Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych pod kątem zmian w zasadach pisania Gminnego Programu Profilaktyki. Nowe Perspektywy.</p>	-
Działania inne	-	-	⇒ przeprowadzono Diagnozę Problemów Społecznych na terenie Gminy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Wydział Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z lat 2016-2017 w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi rejestruje się coraz większa liczba osób. W tabeli zaprezentowano dane dotyczące liczby osób uzależnionych od środków psychoaktywnych ogółem oraz z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń (ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny, zaburzenia psychotyczne oraz inne zaburzenia). Dane z lat 2016-2017 wskazują, że wzrosła liczba rejestrujących się z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych. W roku 2016 w Polsce odnotowano 38 980 zarejestrowanych osób, natomiast w roku następnym liczba ta wzrosła o 8% i wynosiła 42 448. Również w województwie lubelskim obserwuje się wzrost liczby osób rejestrujących się w poradniach z powodu używania środków psychoaktywnych. Największy przyrost zauważalny jest w przypadku kategorii: „inne zaburzenia”. W roku 2016 w województwie lubelskim zarejestrowało się w poradniach 17 osób, natomiast rok później było ich już 1 269. Najczęstszą przypadłością, która dotyka osoby uzależnione od środków psychoaktywnych, zarówno w skali kraju, jak i dla poszczególnych województw, jest zespół uzależnienia oraz zespół abstynencji.

Tabela 26. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Województwo	zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem		zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych - ostre zatrucia i używanie szkodliwe		zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych - zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny		zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych - zaburzenia psychotyczne		zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych - inne zaburzenia	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Polska	38 980	42 448	6 586	6 688	30 110	32 509	942	1 014	1 342	2 237
dolnośląskie	4 484	4 582	563	399	3 466	3 783	92	116	363	284
kujawsko-pomorskie	1 929	1 802	459	477	1 416	1 284	23	16	31	25
lubelskie	2 123	3 594	317	446	1 753	1 828	36	51	17	1 269
lubuskie	2 445	2 135	347	320	1 990	1 766	45	18	63	31
łódzkie	2 676	2 609	450	559	1 909	1 705	206	197	111	148
małopolskie	2 492	2 460	262	208	2 019	2 068	42	51	169	133
mazowieckie	6 268	6 808	1 369	1 289	4 674	5 190	151	241	74	88
opolskie	714	725	104	89	602	617	6	11	2	8
podkarpackie	954	979	44	47	875	884	15	18	20	30
podlaskie	944	963	332	318	580	620	25	21	7	4
pomorskie	2 147	2 060	263	253	1 585	1 777	15	10	284	20
śląskie	3 889	3 972	528	468	3 206	3 346	88	111	67	47
świętokrzyskie	915	979	212	183	683	767	5	3	15	26
warmińsko-mazurskie	1 268	1 143	366	334	872	777	16	24	14	8
wielkopolskie	3 797	5 596	464	837	3 212	4 647	80	47	41	65
zachodniopomorskie	1 935	2 041	506	461	1 268	1 450	97	79	64	51

Źródło: <https://bdl.stat.gov.pl>

Również analiza danych udostępnionych przez Główny Urząd Statystyczny z lat 2016-2017 dotyczących liczby zarejestrowanych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu ukazuje tendencję zwyżkową w tym zakresie. W tabeli zaprezentowano dane dotyczące liczby osób uzależnionych od alkoholu, uwzględniając rodzaj zaburzenia (ostre zatrucia i używanie szkodliwe, zespół uzależnienia, zespół abstynencyjny bez majaczenia, zespół abstynencyjny z majaczeniem, zaburzenia

psychotyczne (bez majaczenia) oraz inne zaburzenia). W Polsce w roku 2016 zarejestrowało się w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi 165 238 osób. Rok później liczba ta wzrosła o 1,3% i wynosiła 167 349. Również w województwie lubelskim odnotowano przyrost liczby osób rejestrujących się w poradniach z powodu uzależnienia od alkoholu. W roku 2016 było to 8 552 osób, natomiast w roku 2017 liczba ta wzrosła o 1,6% i wynosiła 8 687 osób. Największy przyrost liczby zarejestrowanych osób w województwie lubelskim zaobserwowano w przypadku „innych zaburzeń”. W roku 2017 takich przypadków było 665, co stanowi niemal pięciokrotny wzrost w stosunku do roku poprzedniego. Najczęściej występującym zaburzeniem wynikającym z nadużywania alkoholu jest - według danych Głównego Urzędu Statystycznego - zespół uzależnienia.

Tabela 27. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu

województwo	zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem		zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - ostre zatrucia i używanie szkodliwe		zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - zespół uzależnienia		zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - zespół abstynencyjny bez majaczenia		zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - zespół abstynencyjny z majaczeniem		zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - zaburzenia psychotyczne (bez majaczenia)		zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu - inne zaburzenia	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Polska	165 238	167 349	14 133	14 640	143 373	145 320	2 815	2 382	393	274	1 943	1 704	2 581	3 029
dolnośląskie	10 749	10 810	635	1 311	9 614	9 064	170	146	15	24	121	93	194	172
kujawsko-pomorskie	9 003	8 989	841	930	8 020	7 812	47	142	15	8	38	42	42	55
lubelskie	8 552	8 687	810	784	7 388	6 962	87	110	19	21	117	145	131	665
lubuskie	6 429	5 839	1 034	1 026	5 289	4 715	43	53	3	6	22	21	38	18
łódzkie	11 952	11 613	1 056	748	10 218	10 294	293	212	2	6	132	127	251	226
małopolskie	11 357	11 470	813	659	9 954	10 125	92	100	20	34	164	187	314	365
mazowieckie	21 695	22 993	1 688	1 858	19 250	20 342	64	104	75	51	233	253	385	385
opolskie	3 332	3 675	219	215	2 949	3 345	117	48	1	1	22	28	24	38
podkarpackie	10 016	9 120	801	417	8 202	8 372	201	48	151	19	387	102	274	162
podlaskie	5 118	4 628	360	343	4 553	4 093	112	108	11	17	36	29	46	38
pomorskie	6 832	7 835	361	435	6 347	7 255	31	39	1	0	27	44	65	62
śląskie	22 333	22 712	1 562	1 558	19 802	20 287	431	435	31	19	210	188	297	225
świętokrzyskie	6 053	5 945	451	454	5 378	5 263	40	41	19	21	34	26	131	140
warmińsko-mazurskie	7 184	7 340	1 539	1 648	4 775	5 125	586	182	17	31	167	203	100	151
wielkopolskie	16 798	18 488	983	1 756	15 304	16 136	231	309	9	11	129	104	142	172
zachodniopomorskie	7 835	7 205	980	498	6 330	6 130	270	305	4	5	104	112	147	155

Źródło: <https://bdl.stat.gov.pl>

W Sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018 odnaleźć można informacje na temat dostępności leczenia na oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu w latach 2016-2018. Dane dotyczą liczby oczekujących na leczenie oraz średniego czasu oczekiwania w dniach dla przypadków pilnych oraz stabilnych. Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu charakteryzują się dużą liczbą oczekujących dla kategorii „przypadek stabilny”. Należy jednak zauważyć, że na przestrzeni wskazanego okresu liczba oczekujących dla tej kategorii maleje. Zaobserwowano także spadek średniego czasu oczekiwania, który w roku 2016 wynosił 24 dni, a w roku 2018 był już o 9 dni krótszy. W kategorii medycznej „przypadek pilny” liczba osób oczekujących w roku 2016 wynosiła 5 osób, w roku następnym wynosiła 8, natomiast w roku 2018 osób tych było 3.

Tabela 28. Dostępność leczenia uzależnienia od alkoholu według danych NFZ w latach 2016-2018

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2016		2017		2018	
		Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania w dniach (mediana)	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania w dniach (mediana)	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania w dniach (mediana)
Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu	Przypadek pilny	5	0	8	0	3	0
	Przypadek stabilny	3 435	24	3 187	21	2 595	15

Źródło: Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018, Warszawa, czerwiec 2019

Analizie poddano szczegółowe dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na przyjęcie pacjenta w placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych w województwie lubelskim. Informacje udostępnione przez Lubelski Oddział NFZ ukazują, że na przestrzeni lat 2016-2018 czas oczekiwania w obu typach placówek wydłużył się. W przypadku placówek stacjonarnych średni czas oczekiwania na przyjęcie w 2018 roku wynosił 15 dni, co stanowi wzrost oczekiwania aż o 9 dni. Natomiast średnie oczekiwanie na przyjęcie do placówki ambulatoryjnej w 2018 roku to 9 dni, co również stanowi wydłużenie oczekiwania o 4 dni.

Tabela 29. Średni czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych w województwie lubelskim

Typ placówki	2016	2017	2018	
Średni czas oczekiwania na przyjęcie (dni)	Placówki stacjonarne	6	5	15
	Placówki ambulatoryjne	5	2	9

Źródło: dane Lubelskiego OW NFZ

Warto także zwrócić uwagę na wyniki badań jakościowych, w których zapytano o skuteczność oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Wśród osób uzależnionych od alkoholu udzielających wywiadu indywidualnego IDI zauważyć można ciekawą prawidłowość. Im większy staż picia alkoholu/uzależnienia, tym większa świadomość oferty pomocy, z jakiej można skorzystać w województwie lubelskim. Respondenci podkreślali przede wszystkim skuteczność terapii AA oraz pozytywny wpływ obcowania z innymi osobami, które doświadczyły podobnych problemów:

„Pomoc jest obszerna, można uzyskać pomoc psychologa, jest grupa i można tam szukać pomocy, można indywidualnie się spotkać. Pomoc też można od księży dostać. Jest dużo tego. Ja byłem zagubiony najpierw na tej terapii, ale mam taką znajomą, też trzeźwieje i od niej miałem wsparcie i od jej znajomych. Z miesiąca na miesiąc z ludźmi trzeźwiejącymi człowiek się umacnia. Mamy grupę wsparcia na FB, rady, wsparcia, pytania. Można napisać, zadzwonić.”

Mężczyzna, 39 lat

„Od pięciu lat wraz z mężem jesteśmy we wspólnocie AA, oboje nie pijemy, uczęszczamy na spotkania. Ja jestem po terapii. Dzięki terapeutom żyje nam się zdecydowanie lepiej.”

Mężczyzna, 37 lat

„...korzystam z ośrodka uzależnień, korzystam z grup samopomocowych. O tych grupach dowiedziałem się od siostry, która poprowadziła mnie do psychologa.”

Kobieta, 61 lat

„Największą pomoc otrzymałem we wspólnocie Anonimowych Alkoholików. Korzystałem też z terapii poradni uzależnień, czyli z pomocy służby zdrowia. Cały czas jestem pacjentem poradni, aczkolwiek nie jestem pacjentem korzystającym z jej usług, dlatego, że wspólnota dała mi to wszystko, co było mi potrzebne i sposób rozwiązania, dlatego, że samo nie picie, w moim przypadku nie przyniosło efektu.”

Mężczyzna, 51 lat

Również osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych wykazywały się znajomością oferty pomocy placówek specjalistycznych na terenie województwa lubelskiego:

„Tak znam, nie zdawałem sobie sprawy jak dużo jest takich instytucji, czy programów terapeutycznych. Cały czas korzystam, chodzę na terapię. O ośrodkach leczenia dowiedziałem się podczas pobytu w szpitalu.”

Mężczyzna, 27 lat

„Ja jak trafiłem do wspólnoty przez kolegę, on zaczął coś ze sobą robić, był czysty. W końcu przyszedł na mnie moment. Myślałem, że w AA to pijacy, tam też się dowiedziałem, że jest wspólnota anonimowych narkomanów. Wiedziałem, że są detoksy, terapia uzależnień. To jest poza zasięgiem dla kogoś kto sam nie chce, dla kogoś kto nie dotknie dna. Ja się szybko poddałem temu, co dają mitingi. Rodzice próbowali, psychologów, ja ich postrzegam, że oni tylko biorą szmal. Na mitingach zauważyłem, że pierwsze miesiące były trudne, nie wiem co mnie przytrzymało przy tym. Zdecydowałem się na program 12 kroków, zrobiłem to w rok czasu. Potem mocno działałem we wspólnocie. Dużo osób wciągnąłem i pokazałem, że można zdrowieć. Ja zdrowiałem, przez to, że oni zdrowieli.”

Mężczyzna, 34 lata

„Jestem po terapii, cały czas chodzę na terapię. Chodziłam na oddział dzienny, potem chodziłam na terapię grupową, teraz chodzę na indywidualną.”

Kobieta, 34 lata

W trakcie wywiadu grupowego FGI zapytano ekspertów o dostępność oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Według uczestników oferta pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubelskim jest dość szeroka. Istnieje wiele placówek pomocowych, jednak w ich opinii brakuje ludzi, specjalistów. Natomiast osoby pracujące z uzależnionymi są często przepracowane i za słabo opłacane. Brakuje też placówek klinicznych całodobowych, długoterminowych, o wysokim standardzie.

Problemy społeczne wynikające z używania substancji psychoaktywnych

*

W celu określenia problemów społecznych wynikających z używania substancji psychoaktywnych, skupiono uwagę na przedstawianiu następujących zagadnień: wieku inicjacji, problemów w rodzinie wynikających z używania substancji psychoaktywnych, w tym przemocy, prowadzenia pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych, używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży, sprzedaży alkoholu nieletnim.

*

Na podstawie badania CAPI wśród mieszkańców województwa lubelskiego określono wiek inicjacji w używaniu substancji psychoaktywnych. W przypadku spożywania alkoholu po raz pierwszy, co czwarty ankietowany (25,7%) wskazał, że miało to miejsce w wieku 16 lat. Następnie odpowiadano, że odbyło się to w wieku 17 lat (22,5%) oraz 15 lat (21,1%). Respondentów zapytano także, w jakim wieku po raz pierwszy zażyli substancje psychoaktywne. Najwięcej osób wskazało, że miało wtedy 20 lat (18,4%). Następnie podawano, że miało to miejsce w wieku 17 lat (13,8%) oraz 25 lat (9,2%).

Badanie jakościowe IDI oraz FGI wykazało, że można dostrzec tendencję obniżania się wieku inicjacji w zażywaniu środków psychoaktywnych oraz spożywaniu alkoholu. Dodatkowo warto także zauważyć, że w badaniu jakościowym IDI respondenci najczęściej wskazywali na występowanie długoletniego problemu alkoholowego lub problemu z nadużywaniem innych środków psychoaktywnych. Obecnie wiek inicjacji jest niski i wynosi najczęściej 10-12 lat. Eksperti przyznali, że dzieci piją alkohol, palą marihuanę, papierosy elektroniczne, używają dopalaczy oraz różnych narkotyków „domowej produkcji”. Dostęp do środków nie jest problemem, ponieważ zawsze mogą poprosić o to starszych kolegów, a w szkołach są dilerzy.

Dane udostępnione przez Policję dotyczące sytuacji w Polsce ukazują, że liczba wypełnionych formularzy „Niebieska Karta” w 2018 roku zmalała w stosunku do roku 2016 oraz 2017 i wynosiła 73 153 wypełnionych formularzy (w tym 59 829 wszczynających procedurę i 13 324 dotyczących kolejnych przypadków w trakcie procedury). Zaprezentowana statystyka informuje, że ofiarami przemocy są przede wszystkim kobiety, a głównymi podejrzewanymi sprawcami mężczyźni. Należy zauważyć, że na przestrzeni zaprezentowanego okresu malała ogólna liczba podejrzewanych sprawców przemocy będących pod wpływem alkoholu. W roku 2016 było ich 46 537, a dwa lata później liczba ta zmalała o 3 355 osób i wynosiła 43 182. Wśród tych osób zdecydowanie dominują mężczyźni.

Tabela 30. Dane dotyczące działań podjętych w procedurze „Niebieska Karta” wyłącznie przez Policję

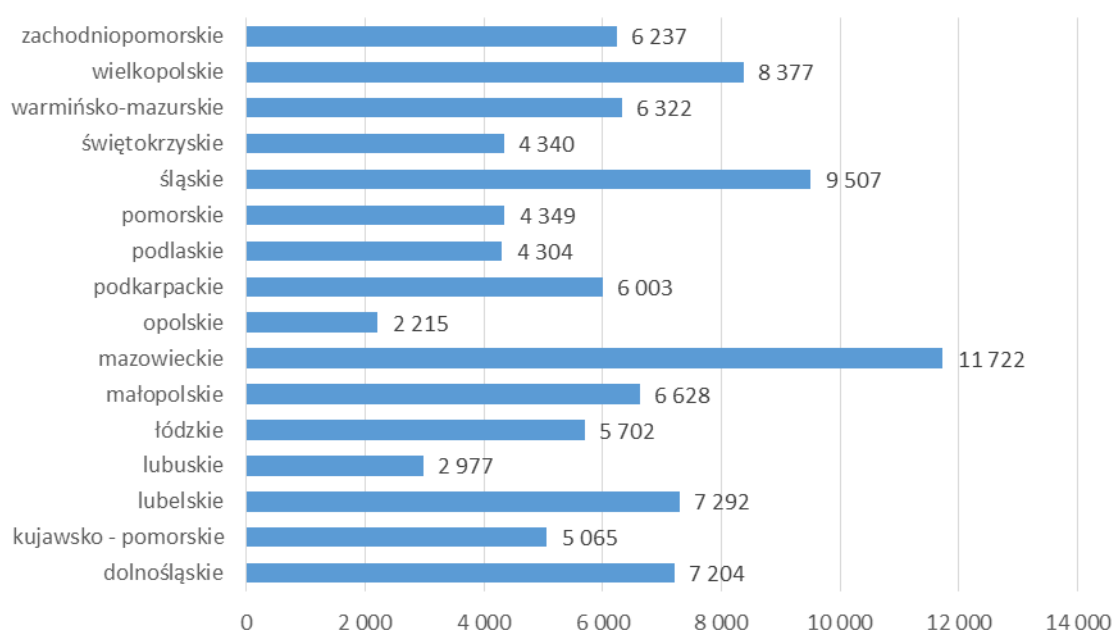
Wyszczególnienie	2016	2017	2018
Liczba wypełnionych formularzy „Niebieska Karta”	73 531	75 662	73 153
- w tym wszczynających procedurę	59 590	61 980	59 829
- dotyczących kolejnych przypadków w trakcie procedury	13 941	13 682	13 324
Ogólna liczba ofiar przemocy	91 789	92 529	88 133
Liczba ofiar - kobiet	66 930	67 984	65 057
Liczba ofiar - mężczyzn	10 636	11 030	10 672
Liczba ofiar - małoletnich	14 223	13 515	12 404
Ogólna liczba osób podejrzewanych o przemoc	74 155	76 206	73 654
Liczba podejrzewanych sprawców - kobiet	5 461	5 878	6 045
Liczba podejrzewanych sprawców - mężczyzn	68 321	70 035	67 306
Liczba podejrzewanych sprawców - nieletnich	373	293	303
Ogólna liczba podejrzewanych sprawców będących pod wpływem alkoholu	46 537	46 092	43 182

Wyszczególnienie	2016	2017	2018
Podjezwani sprawcy pod wpływem alkoholu - kobiety	1 993	2 028	1 903
Podjezwani sprawcy pod wpływem alkoholu - mężczyźni	44 499	44 037	41 257
Podjezwani sprawcy pod wpływem alkoholu - nieletni	45	27	22
Liczba dzieci umieszczonych w nie zagrażającym im miejscu (np. rodzina zastępcza, dalsza rodzina, placówka opiekuńcza)	598	413	427

Źródło: <http://www.statystyka.policja.pl/>, dostęp: 26.09.2019r.

W roku 2017 w Polsce sporządzono ogółem 98 244 formularzy „Niebieska Karta – A”. Najwięcej w województwie mazowieckim (11 722 formularzy), śląskim (9 507) oraz wielkopolskim (8 377). Natomiast najmniej formularzy odnotowano w województwie lubuskim (2 977) oraz opolskim (2 215). W województwie lubelskim sporządzono 7 292 formularzy „Niebieska Karta – A”, co stanowi 7,4% ogółu wszystkich formularzy w Polsce.

Rysunek 26. Liczba sporządzonych formularzy „Niebieska Karta – A” w poszczególnych województwach w 2017 r.



Źródło: SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE NA LATA 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, wrzesień 2018 r.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce w roku 2017 zanotowano spadek liczby świadczeń przyznawanych z pomocy społecznej z powodu alkoholizmu. Liczba świadczeń przyznanych z powodu alkoholizmu w Polsce w roku 2016 wynosiła 80 172, natomiast w roku następnym zmalała o 4,3% i wynosiła 76 885. Tendencja spadku przyznawania świadczeń z pomocy społecznej dotyczy niemalże wszystkich województw, jedynie w podlaskim odnotowano niewielki wzrost liczby świadczeń. Największą liczbę świadczeń przyznawanych z powodu alkoholizmu odnotowano w 2017 roku w województwach: mazowieckim (8 830), śląskim (7 345) oraz wielkopolskim (6 377). W przypadku liczby świadczeń przyznawanych z powodu narkomanii widoczna jest niewielka zwyżka w prezentowanym okresie. W roku 2017 przyznano w Polsce 4 500 świadczeń z pomocy społecznej z powodu narkomanii, czyli o 94 świadczenia więcej w stosunku do roku poprzedniego. Największa liczba przyznanych świadczeń z pomocy społecznej z powodu narkomanii charakterystyczna jest dla województw: mazowieckiego (738), dolnośląskiego (552) oraz wielkopolskiego (363). Natomiast województwo lubelskie znajduje się na 7 miejscu pod względem liczby przyznanych świadczeń z powodu

alkoholizmu oraz na 12 miejscu pod względem liczby przyznanych świadczeń z powodu narkomanii w roku 2017.

Tabela 31. Świadczenia z pomocy społecznej w latach 2016-2017 z uwzględnieniem powodu przyznania

Województwo	alkoholizm		narkomania	
	2016	2017	2016	2017
Polska	80 172	76 885	4 406	4 500
dolnośląskie	5 762	5 400	537	552
kujawsko-pomorskie	5 205	5 003	278	293
lubelskie	5 366	5 133	145	153
lubuskie	3 237	3 153	263	263
łódzkie	6 262	6 158	283	321
małopolskie	4 730	4 650	170	164
mazowieckie	9 315	8 830	741	738
opolskie	1 897	1 807	81	101
podkarpackie	4 011	3 932	77	81
podlaskie	1 748	1 794	88	95
pomorskie	6 788	6 264	328	317
śląskie	7 566	7 245	461	439
świętokrzyskie	3 239	3 027	85	80
warmińsko-mazurskie	4 017	3 916	273	252
wielkopolskie	6 709	6 377	339	363
zachodniopomorskie	4 320	4 196	257	288

Źródło: <https://bdl.stat.gov.pl>

Tabela 32. prezentuje szczegółowe dane dotyczące liczby przyznanych świadczeń z pomocy społecznej z powodu alkoholizmu i narkomanii w latach 2016-2017 w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego. W roku 2017 przyznano 5 133 świadczenia z powodu alkoholizmu. Stanowi to spadek o 4,5% w stosunku do roku poprzedniego. Największa liczba świadczeń przyznanych z powodu alkoholizmu dotyczy miasta Lublin (892), powiatu puławskiego (354) oraz bialskiego (299). Natomiast w roku 2017 przyznano o 8 świadczeń więcej w stosunku do roku 2016 z pomocy społecznej, z powodu narkomanii, tj. 153 świadczenia. Największa ich liczba charakterystyczna jest dla miasta Lublin (48), powiatu puławskiego (27) oraz miasta Biała Podlaska (12). W powiecie zamojskim we wskazanym czasie nie przyznano żadnego świadczenia z powodu narkomanii.

Tabela 32. Świadczenia z pomocy społecznej w latach 2016-2017 z uwzględnieniem powodu przyznania w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego

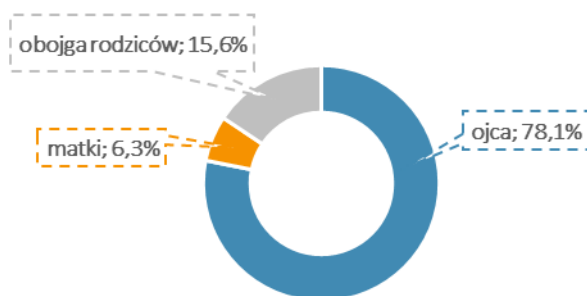
Województwo	alkoholizm		narkomania	
	2016	2017	2016	2017
LUBELSKIE	5 366	5 133	145	153
Powiat bialski	311	299	5	3
Powiat biłgorajski	243	211	7	8
Powiat chełmski	167	174	4	1
Powiat hrubieszowski	226	223	2	3
Powiat janowski	58	58	4	2
Powiat krasnostawski	227	205	4	2
Powiat kraśnicki	250	223	3	5

Powiat lubartowski	251	252	2	1
Powiat lubelski	195	220	1	4
Powiat łęczyński	217	205	3	8
Powiat łukowski	228	206	2	2
Powiat opolski	204	188	5	3
Powiat parczewski	116	130	2	2
Powiat puławski	314	354	25	27
Powiat radzyński	153	151	2	3
Powiat rycki	170	149	3	3
Powiat świdnicki	160	138	6	3
Powiat tomaszowski	122	99	6	5
Powiat włodawski	173	173	1	2
Powiat zamojski	115	108	0	0
Powiat m. Biała Podlaska	242	218	11	12
Powiat m. Chełm	96	84	5	3
Powiat m. Lublin	959	892	40	48
Powiat m. Zamość	169	173	2	3

Źródło: <https://bdl.stat.gov.pl>

Analizie poddano także problem nadużywania alkoholu w rodzinie wśród biorących udział w badaniu CAPI mieszkańców województwa lubelskiego. Problem ten dotyczył 3,2% ogółu, tj. 32 osób. W zdecydowanej mierze alkohol w rodzinach nadużywany był przy ojców, aż 78,1% osób wskazało taką odpowiedź. 15,6% odpowiedziało, że problem ten dotyczył obojga rodziców, a jedynie 6,3% przyznało, że alkoholu nadużywała matka. Odnotowano także, że problem nadużywania alkoholu w rodzinie dotyczył najczęściej w badanej zbiorowości osób w wieku 12 lat.

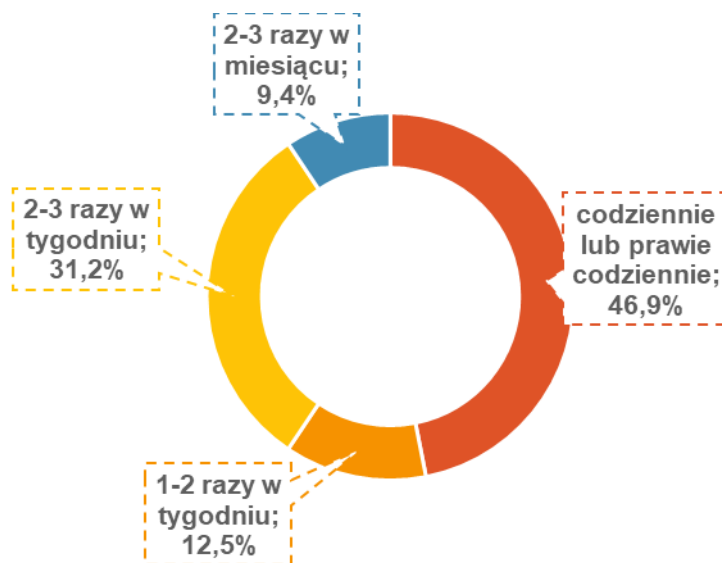
Rysunek 27. Odpowiedzi na pytanie: „Którego rodzica dotyczy/dotyczył problem nadużywania alkoholu?” [N = 32]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Osoby, które doświadczyły nadużywania alkoholu w rodzinie zostały poproszone o wskazanie, jak często rodzice spożywali alkohol. Jak wynika z badania, problem ten pojawiał się codziennie lub prawie codziennie. Taką odpowiedź wskazało 46,9% ankietowanych. W następnej kolejności odpowiadano, że było to 2-3 razy w tygodniu (31,3%). Zaprezentowane wyniki ukazują wielkość problemu nadużywania alkoholu przez rodziców.

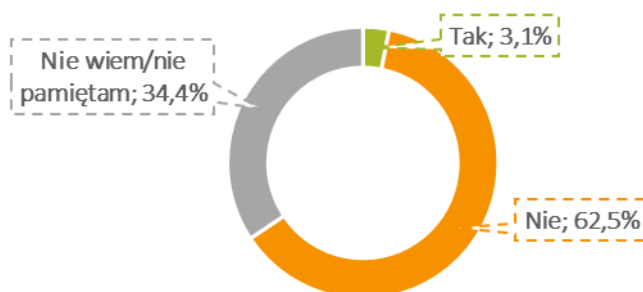
Rysunek 28. Odpowiedzi na pytanie: „Jak często Pana/Pani rodzic/rodzice spożywali/spożywają alkohol?” [N = 32]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W zdecydowanej mierze rodzice ankietowanych nie korzystali ze specjalistycznej pomocy w walce z uzależnieniem. 62,5% udzieliło negatywnej odpowiedzi na pytanie: *Czy Pana/Pani rodzice korzystali/korzystają ze specjalistycznej pomocy w walce z uzależnieniem?*, a 34,4% nie pamięta, aby rodzice podejmowali takie działania. Jedynie 3,1% osób podało, że rodzice korzystali z takiej pomocy.

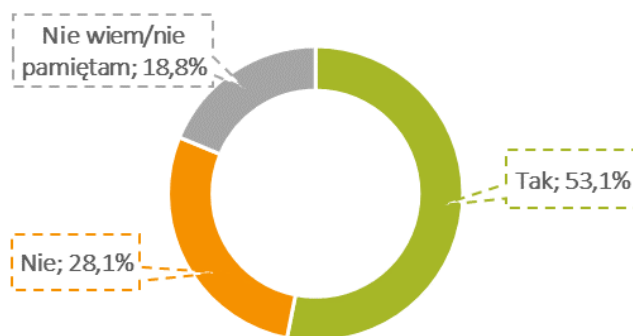
Rysunek 29. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Pana/Pani rodzice korzystali/korzystają ze specjalistycznej pomocy w walce z uzależnieniem?” [N = 32]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Zapytano także, czy ktokolwiek wiedział o problemie nadużywania alkoholu w rodzinie. Ponad połowa osób przyznała, że tak, natomiast 28,1% osób odpowiedziało, że nikt nie wiedział. 18,8% nie wie lub nie pamięta, czy ktoś posiadał wiedzę na temat problemów alkoholowych w ich rodzinie.

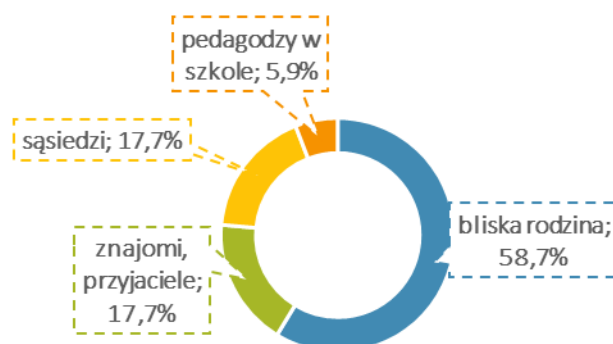
Rysunek 30. Odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z Pana/Pani otoczenia wiedział o problemie nadużywania alkoholu przez rodziców?” [N = 32]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Wśród osób, które wiedziały o problemie alkoholowym w rodzinie ankietowanych, 58,8% stanowiła bliska rodzina. Następnie badani wskazywali na sąsiadów oraz znajomych i przyjaciół. Obie te odpowiedzi uzyskały podobną ilość odpowiedzi, czyli po 17,6%. Najmniej liczną grupę, która znała problemy rodzinne badanych stanowili pedagodzy w szkole (5,9%).

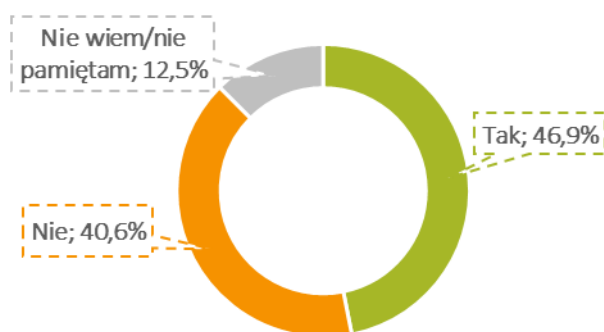
Rysunek 31. Odpowiedzi na pytanie: „Kto wiedział o problemie nadużywania alkoholu przez rodziców?” [N = 17]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Większość rodziców boryka się z problemem nadużywania alkoholu do dziś. 46,9% ankietowanych wskazało taką odpowiedź. Natomiast 40,6% twierdzi, że problem ten nie dotyczy już ich rodziców. 12,5% osób nie ma wiedzy na ten temat.

Rysunek 32. Odpowiedzi na pytanie: „Czy rodzic/rodzice dalej boryka/borykają się z problemem nadużywania alkoholu?” [N = 32]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Analizie poddano problem wypadków drogowych spowodowanych przez kierujących będących po spożyciu substancji psychoaktywnych, a także skutków tych zdarzeń. Dane dotyczyły lat 2016-2018. Z informacji udostępnionych przez Komendę Wojewódzką Policji w Lublinie wynika, że jedynie w 2018 roku odnotowano wypadek spowodowany przez osobę będącą po spożyciu substancji psychoaktywnej. W wypadku tym zginęła jedna osoba. Przedstawiono także dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie, dotyczące wypadków drogowych spowodowanych przez kierujących, będących pod działaniem alkoholu.

Tabela 33. Liczba wypadków drogowych i ich skutków spowodowanych przez kierujących będących pod działaniem alkoholu w latach 2016-2018

	2016	2017	2018
wypadki	79	86	84
zabici	12	10	18
ranni	106	108	96

Źródło: dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie

W ramach badania ilościowego CAPI zapytano mieszkańców województwa lubelskiego, czy zdarzyło im się lub osobie z najbliższej rodziny prowadzić samochód pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej. 91,7% badanych udzieliło negatywnej odpowiedzi na to pytanie. Spośród osób, które odpowiedziały twierdząco, połowa badanych (50,7%) przyznała, że nie prowadziła samochodu pod wpływem alkoholu. Sytuacja taka miała miejsce 1 raz lub 2-5 razy. Takiej odpowiedzi udzieliło w obu przypadkach po 15,9% osób. 44,4% respondentów wskazało, że zdarzyło się im 6-10 razy prowadzić samochód pod wpływem substancji psychoaktywnych. W przypadku osób z rodziny respondenta można zauważyć wysoki odsetek odpowiedzi świadczących o prowadzeniu pojazdu pod wpływem alkoholu (2-5razy - 30,4% osób, 6-10 razy - 26,1% osób) lub substancji psychoaktywnych (6-10 razy - 33,3% osób, 2-5 razy - 22,2% osób).

Tabela 34. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu/Pani lub komuś z najbliższej rodziny prowadzić samochód po spożyciu alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej niż alkohol?”

	Alkohol [N = 69]				Substancje psychoaktywne [N = 9]			
	Respondent		Osoba z rodziny respondenta		Respondent		Osoba z rodziny respondenta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
tak, 1 raz	11	15,9%	13	18,8%	1	11,1%	1	11,1%
tak, 2-5 razy	11	15,9%	21	30,4%	2	22,2%	2	22,2%
tak, 6-10 razy	6	8,7%	18	26,1%	4	44,4%	3	33,3%
tak, często	6	8,7%	11	15,9%	1	11,1%	0	0,0%
nie	35	50,7%	6	8,7%	1	11,1%	3	33,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Mieszkańcy województwa lubelskiego odpowiadali także na pytanie, czy zdarzyło im się lub osobie z najbliższej rodziny być w pracy pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej. 92,6% osób udzieliła negatywnej odpowiedzi na to pytanie. Oznacza to, że nie zdarzało im się lub komuś z ich otoczenia być w pracy pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej. Połowa respondentów (49,3%) nigdy nie była pod wpływem alkoholu w pracy. Natomiast w przypadku substancji psychoaktywnych co trzeciemu ankietowanemu zdarzyło się to 1 raz lub 2-5 razy. Respondenci zadeklarowali, że 31,9% osób z ich rodziny było 2-5 razy pod wpływem alkoholu w pracy. Z kolei co trzeci ankietowany zaznaczył, iż osoby z jego rodziny nie przebywały w pracy pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Tabela 35. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu/Pani lub komuś z najbliższej rodziny być w pracy pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej niż alkohol?”

	Alkohol [N = 69]				Substancje psychoaktywne [N = 6]			
	Respondent		Osoba z rodziny respondenta		Respondent		Osoba z rodziny respondenta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
tak, 1 raz	10	14,5%	9	13,0%	2	33,3%	1	16,7%
tak, 2-5 razy	10	14,5%	22	31,9%	2	33,3%	1	16,7%
tak, 6-10 razy	8	11,6%	9	13,0%	1	16,7%	1	16,7%
tak, często	7	10,1%	15	21,8%	0	0,0%	1	16,7%
nie	34	49,3%	14	20,3%	1	16,7%	2	33,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Odmienne tendencje na temat spożywania alkoholu w pracy wykazały badania jakościowe IDI z osobami uzależnionymi od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych. Zaobserwowano, że większość z nich była pod wpływem alkoholu w pracy lub też doświadczała skutków upojenia alkoholowego z dnia poprzedniego, przy czym żadna z nich nie była pod wpływem substancji psychoaktywnych:

„...piłem przed drugą zmianą po dwa piwa, albo piłem do drugiej w nocy i jechałem rano do pracy.”

Mężczyzna, 37 lat

„Początkowo zdarzało się sporadycznie, później z narostem moich problemów życiowych zdarzało się dość często. Też zdarzało mi się pić alkohol w pracy, na szczęście nie miało to skutków.”

Kobieta, 44 lata

„Nie zdarzyło mi się przyjść pod wpływem alkoholu, na pewno byłam nie raz na głębokim kacu.”

Kobieta, 65 lat

„Tak, zdarzało to się często, Piłem również podczas pracy. Zostałem zwolniony z pracy za to, że przyszedłem pijany.”

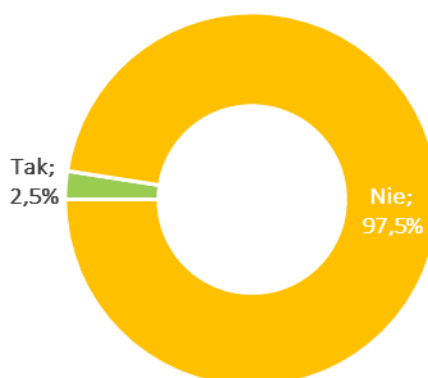
Mężczyzna, 34 lata

„W pracy też piłem, razem z szefem piłem. Potrafiłem się upić tak, że nie pamiętałem, kiedy pracę skończyłem.”

Mężczyzna, 47 lat

Kolejny problem społeczny wynikający ze spożywania alkoholu dotyczył kobiet w ciąży. Na podstawie badania CAPI określono skalę tego zjawiska w województwie lubelskim oraz świadomość kobiet na temat konsekwencji spożywania alkoholu w ciąży. 29,6% kobiet zadeklarowało, że nigdy nie było w ciąży. W badanej zbiorowości 70,4% kobiet było w ciąży. Spośród kobiet, które były w ciąży 97,5% nie spożywało alkoholu w ciąży.

Rysunek 33. Odpowiedzi na pytanie: „Czy będąc w ciąży spożywała Pani alkohol?” [N = 521]

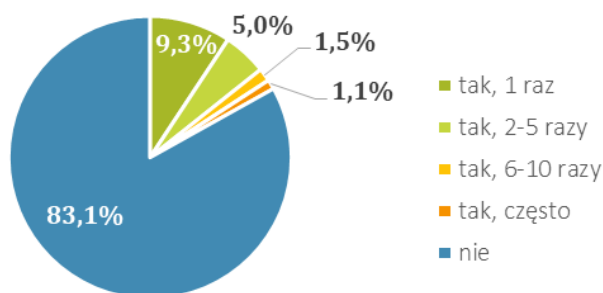


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Zbadano także częstotliwość, z jaką kobiety w ciąży sięgały po alkohol. Co trzecia z nich czyniła to 2-5 razy w roku. Odpowiedzi 1 razy w miesiącu oraz 6-11 razy w roku udzieliło w obu przypadkach po 22,2% kobiet. Największą częstotliwość spożywania alkoholu możliwą do wyboru, czyli 1-2 razy w tygodniu oraz 2-3 razy w miesiącu zaznaczyło w stosunku do obu możliwości po 11,1% badanych. Warto także zwrócić uwagę, że 2/3 kobiet nie posiada świadomości, jakie konsekwencje niesie za sobą spożywanie alkoholu w ciąży. Jedynie co trzecia kobieta zadeklarowała znajomość zdrowotnych konsekwencji z tego wynikających.

Ponadto, zapytano mieszkańców województwa lubelskiego o to, czy kiedykolwiek wiedzieli, aby kobieta w ciąży zażywała substancje psychoaktywne (w tym alkohol). Zdecydowana większość (83,1%) osób udzieliła odpowiedzi przeczącej. 9,3% ankietowanych wskazało, że miało to miejsce 1 raz, 5,0% spotkało się z taką sytuacją 2-5 razy. Jedynie 1,1% badanych odpowiedziało, że często widziało kobietę w ciąży zażywającą substancje psychoaktywne (w tym alkohol). Natomiast według ekspertów biorących udział w wywiadzie grupowym FGI używanie substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży jest częste. Brak jest wśród kobiet świadomości na temat skutków zażywania substancji psychoaktywnych w ciąży.

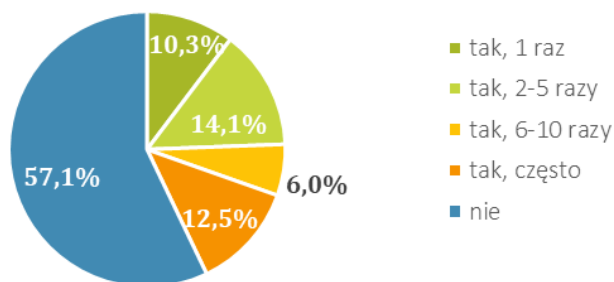
Rysunek 34. Odpowiedzi na pytanie: „Czy widział Pan/Pani kiedyś, żeby kobieta w ciąży zażywała substancje psychoaktywne (w tym alkohol)?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W trakcie badań empirycznych poruszono także temat sprzedaży alkoholu osobom nieletnim. Zapytano mieszkańców województwa lubelskiego, czy widzieli, aby sprzedawca w sklepie sprzedał alkohol osobie nieletniej. Ponad połowa osób (57,1%) nie widziała takiej sytuacji. 12,5% osób przyznało, że spotyka się z taką sytuacją często.

Rysunek 35. Odpowiedzi na pytanie: „Czy widział Pan/Pani kiedyś, żeby sprzedawca w sklepie sprzedał alkohol osobie nieletniej?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Badania jakościowe wykazały także, jakie w opinii osób uzależnionych występują problemy społeczne związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu). Wśród nich wymieniali najczęściej: alienację społeczną, destrukcję więzi rodzinnych oraz śmierć.

„odejście od społeczeństwa, ja odrzuciłem społeczeństwo a społeczeństwo odrzuciło mnie. Sprawy zdrowotne, duchowe, relacje z ludźmi.”

Mężczyzna, 34 lata

„...można się stoczyć i oczywiście choroby różnego rodzaju, utrata rodziny. Miewałam depresje i to mi pomogło wyjść z tego, chodziłam do psychiatry, psychologa, leczyłam się i to mi pomogło, bo sama nie wiem czy bym dała radę. Moje picie miało wpływ na rodzinę, groziło rozpadem małżeństwa i dzieci też na to krzywo patrzyły.”

Kobieta, 59 lat

„Uzależnienie prowadzi do śmierci. Choroba alkoholowa jest chorobą śmiertelną, kwestia czasu w jakim czasie odbędzie się odnośnie człowieka, dlatego, że jeden ma silniejszy organizm, częstotliwość i jakość alkoholu też ma znaczenie, czy jest to alkohol spożywczy, czy niespożywczy, takie sytuacje też się zdarzają. Ale ona [przyp. Choroba alkoholowa] postępuje, nie ma tutaj zmiłuj się. Pijąc alkohol człowiek coraz niżej się zapada.”

Mężczyzna, 51 lat

„Uzależnienia to duży problem. Wielu ludzi nie zdaje sobie sprawy otwierając pierwszą butelkę wina, piwa, że to się może skończyć w sądzie, więzieniu, szpitalu psychiatrycznym, czy na cmentarzu. Niewinna zabawa, która kojarzy się z alkoholem może mieć wpływ na dalsze życie.”

Mężczyzna, 44 lata

Uczestnicy wywiadu grupowego FGI wymienili następujące problemy społeczne wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych: przemoc domowa, choroby, kalectwo, wyższe koszty służby zdrowia, bezrobocie, rozpad rodziny, przestępczość, wykluczenie społeczne.

Skala występowania problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych

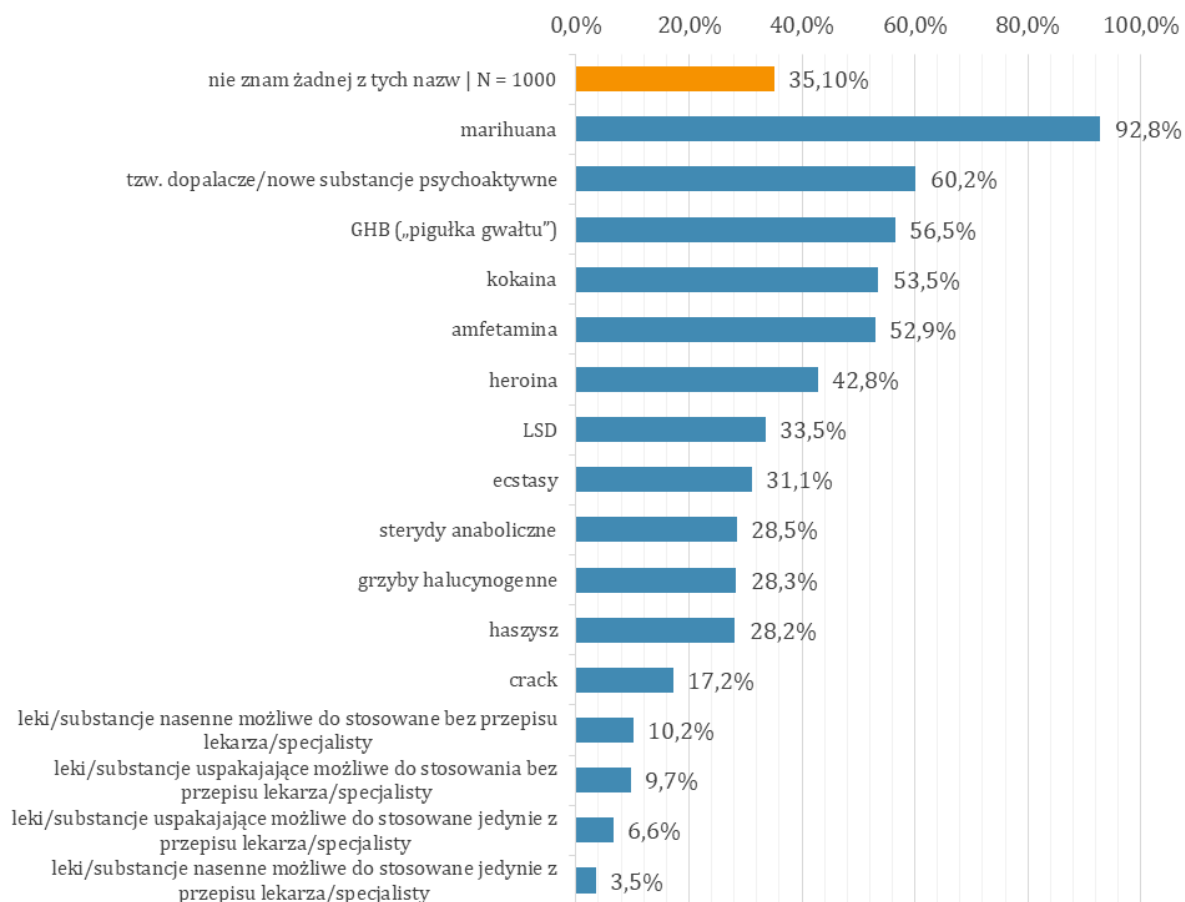
*

Jednym z celów badania było także przedstawienie skali występowania problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych w opinii mieszkańców województwa lubelskiego. Zapytano m.in. o znane im substancje psychoaktywne czy też o możliwości zakupu ich na terenie województwa, a także o to, czy osobiście znają osoby nadużywające substancje psychoaktywne (w tym alkohol).

*

Badani zostali poproszeni o wskazanie znanych im substancji psychoaktywnych. Jak ukazują wyniki badań, najbardziej znaną substancją psychoaktywną (poza alkoholem) wśród mieszkańców województwa lubelskiego jest marihuana, którą wskazało aż 92,8% z nich. W następnej kolejności ankietowani wskazywali na znajomość tzw. dopalaczy/nowych substancji psychoaktywnych (60,2%). Ponad połowa mieszkańców województwa lubelskiego znała także GHB („pigułkę gwałtu”) (56,5%), kokainę (53,5%) oraz amfetaminę (52,9%). Ankietowani najrzadziej wykazywali się znajomością leków/substancji nasennych lub leków/substancji uspokajających dostępnych z przepisu lub bez przepisu lekarza. Znajomość leków/substancji nasennych możliwych do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty zadeklarowało 10,2% badanych. Do najczęściej wymienianych leków/substancji nasennych zaliczono: Apap noc, Forsen, Melatoninę. Nowe brzmienie: Odpowiedzi dotyczącej leków/substancji uspokajających bez przepisu lekarza/specjalisty udzieliło 9,7% ankietowanych. Wśród najczęściej wymienianych nazw znalazły się: Nervomix, Kalms, Positivum, Valerin, Nervosol. Natomiast na znajomość leków/substancji uspokajających możliwych do stosowania jedynie z przepisu lekarza/specjalisty wskazało 6,6% mieszkańców województwa lubelskiego. Wymieniali oni najczęściej odpowiedź: benzodiazepiny i barbiturany, Relanium oraz Valium. Najrzadziej w badanej zbiorowości zaznaczano odpowiedź: leki/substancje nasenne możliwe do stosowania jedynie z przepisu lekarza/specjalisty. Takiej odpowiedzi udzieliło 3,5% osób, wymieniane najczęściej leki to: benzodiazepiny oraz hydroksyzyna.

Rysunek 36. Substancje psychoaktywne znane respondentom [N=1000]³⁰



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Biorących w badaniu mieszkańców województwa lubelskiego zapytano, czy kiedykolwiek ktoś zaproponował im kupno lub też bezpłatne zażycie (spróbowanie) substancji psychoaktywnych. W obu przypadkach dominowały odpowiedzi negatywne, świadczące o braku takich propozycji. Należy jednak podkreślić, że badani częściej doświadczali propozycji bezpłatnego zażycia (spróbowania) substancji psychoaktywnych niż propozycji ich kupna. 11,7% zadeklarowało, że ktoś złożył im propozycję bezpłatnego spróbowania substancji psychoaktywnych,

Rysunek 37. Odpowiedzi na pytanie: „czy kiedykolwiek złożył ktoś Panu/Pani propozycję kupna substancji psychoaktywnych?” [N = 650]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Rysunek 38. Odpowiedzi na pytanie: „czy kiedykolwiek złożył ktoś Panu/Pani propozycję bezpłatnego zażycia (spróbowania) substancji psychoaktywnych?” [N = 650]



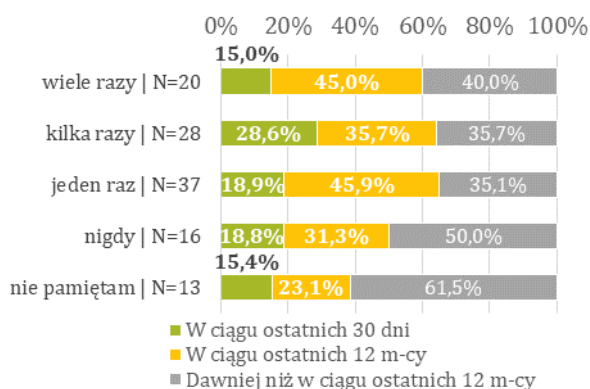
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Dodatkowo zapytano o częstotliwość składania oferty kupna lub też zażycia substancji psychoaktywnych. Należy zauważyć, że w przypadku obu propozycji padały one najczęściej dawniej niż w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Najrzadziej badani wskazywali, że złożono im omawiane propozycje w ciągu ostatnich 30 dni.

³⁰ W badaniu ankietowani mieli nieograniczoną możliwość wyboru odpowiedzi.

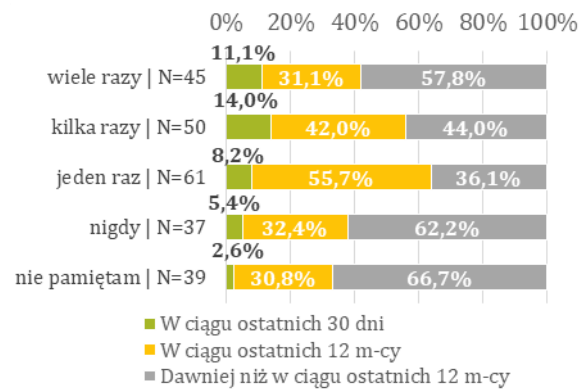
Analizie poddano także częstotliwość, z jaką składane są oferty kupna oraz zażycia substancji psychoaktywnych. Szczegółowe dane dotyczące częstotliwości składanych propozycji prezentują poniższe rysunki 39 i 40.

Rysunek 39. Częstotliwość składania propozycji kupna substancji psychoaktywnych. [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Rysunek 40. Częstotliwość składania propozycji bezpłatnego zażycia (spróbowania) substancji psychoaktywnych. [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Wyniki badań ukazują, że mieszkańcy województwa lubelskiego w zdecydowanej większości nie znają osób, które w ich opinii nadużywają substancji psychoaktywnych innych niż alkohol. Odsetek odpowiedzi świadczący o znajomości takich osób jest niewielki. Jedynie w przypadku marihuany odnotowano największą wartość - 11,8%. Badani znają najczęściej 1-2 osoby zażywające marihuanę.

Tabela 36. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zna Pan/Pani osobiście kogoś, kto Pana/Pani zdaniem nadużywa którejs z wymienionych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol” [N=1000]

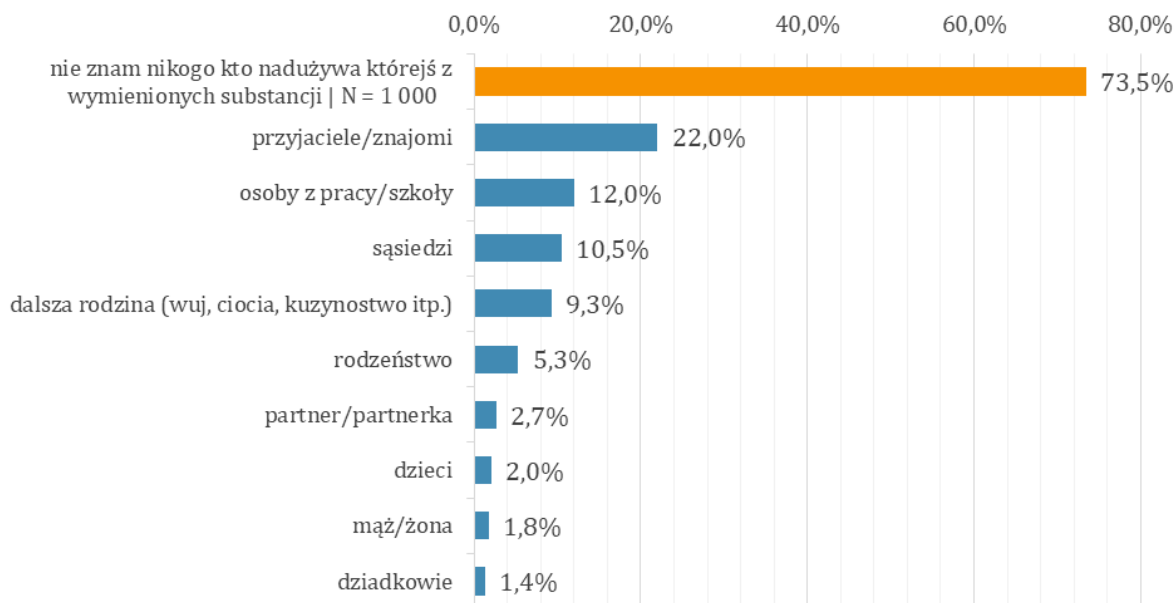
Substancje psychoaktywne	1-2 osoby	3-5 osób	6-10 osób	nie znam nikogo	więcej niż 10 osób
marihuana	11,8%	6,6%	2,9%	76,7%	2,0%
haszysz	2,3%	1,0%	0,7%	95,1%	0,9%
LSD	3,2%	1,2%	0,8%	94,4%	0,4%
grzyby halucynogenne	1,1%	0,9%	0,9%	96,4%	0,7%
ecstasy	3,8%	1,1%	0,8%	93,8%	0,5%
amfetamina	6,6%	1,7%	1,0%	90,2%	0,5%
kokaina	5,8%	0,8%	0,6%	92,0%	0,8%
crack	0,8%	0,5%	0,6%	97,5%	0,6%
heroina	3,0%	1,1%	0,5%	95,0%	0,4%
sterydy anaboliczne	4,2%	1,8%	0,6%	92,6%	0,8%
GHB („pigulka gwałtu”)	3,8%	1,1%	0,8%	93,8%	0,5%
tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne	7,8%	2,6%	0,8%	87,6%	1,2%
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty	3,1%	1,2%	1,1%	94,0%	0,6%
leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty	2,8%	1,8%	1,4%	92,8%	1,2%
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty	3,1%	1,2%	1,4%	93,7%	0,6%
leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty	3,6%	1,7%	1,7%	91,8%	1,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Kolejne pytanie również dowodzi, że respondenci w zdecydowanej większości (73,5%) nie znają osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Wśród osób z ich otoczenia, które nadużywają substancji psychoaktywnych innych niż alkohol najczęściej wymieniali: przyjaciół/znajomych (22,0%), osoby

z pracy/szkoły (12,0%) oraz sąsiadów (10,5%). Najmniejszy odsetek osób odnotowano wśród najbliższej rodziny: dzieci (2,0%), mąż/żona (1,8%) oraz dziadkowie (1,4%).

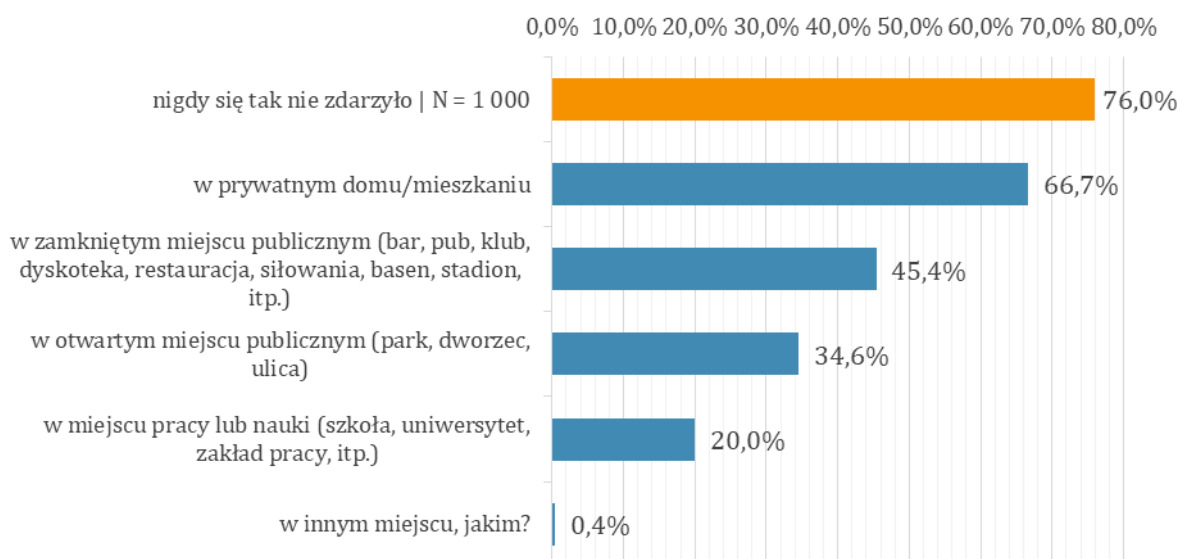
Rysunek 41. Odpowiedzi na pytanie: „Kto z Pana/Pani otoczenia nadużywa lub nadużywał substancji psychoaktywnych innych niż alkohol” [N = 235]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Respondentów poproszono także o podanie miejsc, w których inne osoby zażywają substancje psychoaktywne. Najczęściej wskazywano na prywatny dom/mieszkanie (66,7%) oraz zamknięte miejsca publiczne tj. bar, pub, klub, dyskoteka, restauracja, siłownia, basen, stadion itp. (45,4%). Najrzadziej odpowiadano, że substancje psychoaktywne zażywane są w miejscu pracy lub nauki. Takiej odpowiedzi udzieliła co piąta osoba.

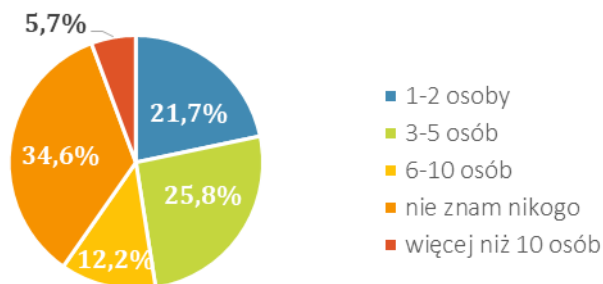
Rysunek 42. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarzyło się, że ktoś w Pana/Pani obecności zażywał substancje psychoaktywne innych niż alkohol, to gdzie to się zdarzyło (lub zdarzało najczęściej)” [N = 240]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Wśród badanych poruszono także temat nadużywania alkoholu przez osoby z ich otoczenia. Nieco ponad 1/3 wskazała, że nie zna osób nadużywających alkoholu. Natomiast co czwarta osoba przyznała, że zna 3-5 osób, które w ich opinii nadużywają go. 5,7% ankietowanych odpowiedziało, że znają więcej niż 10 osób, które to czynią. Była to najrzadziej zaznaczana odpowiedź. Należy także zwrócić uwagę, iż badanie wykazało, że respondenci zdecydowanie częściej znają osoby nadużywające alkohol niż substancje psychoaktywne.

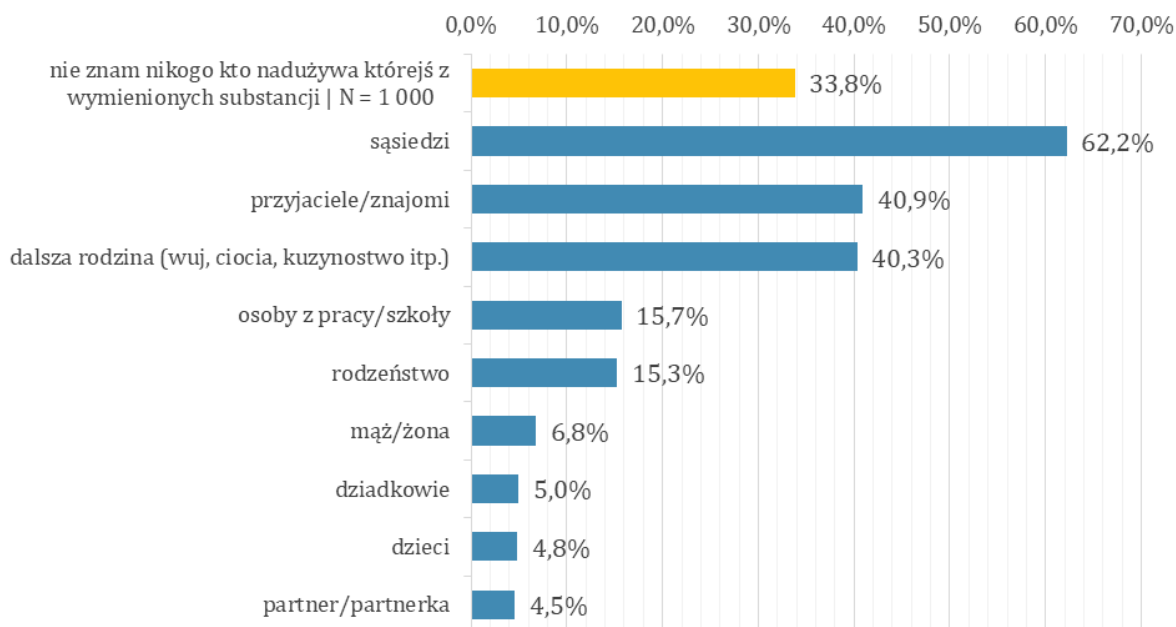
Rysunek 43. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zna Pan/Pani osobiście kogoś, kto Pana/Pani zdaniem nadużywa alkoholu?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Kolejne pytanie ukazuje, że ankietowani nie znają także osób w swoim otoczeniu, które nadużywają alkoholu. 1/3 badanych wskazała taką odpowiedź. Wśród osób z otoczenia badanych, które nadużywają alkoholu najczęściej znajdują się: sąsiedzi (62,2%), przyjaciele/znajomi (40,9%) oraz dalsza rodzina np. wuj, ciocia, kuzynostwo (40,3%). Badanie wykazało także, że osoby z najbliższej rodziny badanych najrzadziej nadużywają alkoholu. Wśród odpowiedzi, które uzyskały najniższy odsetek znalazły się: mąż/żona (6,8%), dziadkowie (5,0%), dzieci (4,8%) oraz partner/partnerka (4,5%).

Rysunek 44. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę określić, kto z Pana/Pani otoczenia nadużywa lub nadużywał alkoholu” [N = 662]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Zdecydowana większość uczestników badania jakościowego IDI podkreślała skalę występowania problemu alkoholizmu w miejscowości, w której mieszkają. Przeprowadzone badania jakościowe IDI ukazały, że respondenci spotykają się z niewielką skalą występowania zjawiska nadużywania substancji psychoaktywnych w ich otoczeniu. Zarówno osoby uzależnione od alkoholu, jak i substancji psychoaktywnych podkreślały przede wszystkim występowanie zjawiska alkoholizmu w województwie lubelskim. Badani zauważali wzrost liczby osób spożywających alkohol w ich otoczeniu:

„U mnie pod blokiem jest taka patologia, co codziennie pije. Pod sklepem, pod drzewami, żeby nie byli widoczni. Są stali bywalcy, jest to duży problem. Zawsze gdzieś tam są pod sklepem, stoją i piją. Gdzie się człowiek nie obejrzy. Ja nigdy nie stałam pod sklepem, chodziłam w krzaki z koleżanką, na pola, tak żeby nikt nie widział.”

Kobieta, 50 lat

„Tu gdzie teraz mieszkam jest mnóstwo ludzi pijących. Mieszkam naprzeciwko baru, widzę jak ludzie piją, jak się upijają, widzę co się dzieje. To jest przerażające, kiedyś byłem taki sam, ale tego nie widziałem. Jest plaga pijaństwa.”

Mężczyzna, 52 lata

„Bardzo dużo osób widać spożywających alkohol, głównie młodzież, nocami słychać jak śpiewają, krzyczą. Jest uzależnienie wśród osób młodych. Kiedyś głównie pili mężczyźni, a w tej chwili nie ma znaczenia czy to kobieta, czy to mężczyzna.”

Kobieta, 50 lat

Również eksperci biorący udział w wywiadzie grupowym podkreślali wzrost liczby osób spożywających alkohol, a także substancje psychoaktywne. Co więcej, zaznaczali, że problem ten w głównej mierze dotyczy mieszkańców wsi.

Zagrożenia wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych

*

Podrozdział stanowi źródło informacji na temat zagrożeń wynikających z uzależnienia od substancji psychoaktywnych zarówno w aspekcie globalnym, jak i jednostkowym. Na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie zaprezentowano liczbę zatruc środkami zastępczymi oraz substancjami psychoaktywnymi w województwie lubelskim w latach 2016-2018. Zwrócono uwagę na możliwość zakażenia wirusem HIV/AIDS poprzez iniekcję substancji psychoaktywnych. Wymieniono także inne konsekwencje zażywania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu).

*

Raporty wojewódzkie dotyczące Monitorowania problemu narkotyków i narkomanii w województwie lubelskim w latach 2016 i 2017 wskazują, że przypadki zatruc środkami zastępczymi dotyczą w głównej mierze osób młodych. Największy procentowy udział odnotowanych zatruc obserwuje się wśród osób mieszczących się w przedziale wiekowym od 18 do 25 roku życia.³¹

Poniższa tabela prezentuje informacje na temat liczby zatruc/przypadków zatruc środkami zastępczymi w podziale na powiaty. Są to dane udostępnione przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Lublinie z lat 2016-2018. Najwyższa liczba zatruc, czyli 205 przypadków, miała miejsce w 2018 roku. W latach 2016, 2017 wynosiła kolejno 114 i 113. Najczęściej zatrucia środkami zastępczymi miały miejsce w miastach. W mieście Lublin, Biała Podlaska oraz powiecie kraśnickim odnotowano we wskazanym czasie najwięcej zatruc. Jedynie w powiecie krasnostawskim nie było takich przypadków we wskazanym latach.

Tabela 37. Liczba zatruc/przypadków zatruc środkami zastępczymi w 2016-2018 r. z podziałem na powiaty

	2016	2017	2018
Powiat bialski	-	2	5
Powiat biłgorajski	6	7	5
Powiat chełmski	2	0	-
Powiat hrubieszowski	5	1	3
Powiat janowski	3	4	-
Powiat krasnostawski	-	-	-
Powiat kraśnicki	14	10	7
Powiat lubartowski	2	2	3
Powiat lubelski	6	6	5
Powiat łączyński	5	4	2
Powiat łukowski	5	1	3
Powiat opolski	2	2	2
Powiat parczewski	0	1	1
Powiat puławski	5	3	4
Powiat radzyński	2	2	6
Powiat rycki	-	1	1
Powiat świdnicki	6	6	1
Powiat tomaszowski	-	-	4

³¹ Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w roku 2016, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2017. Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w roku 2017, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2018.

Powiat włodawski	1	2	4
Powiat zamojski	3	-	1
Powiat m.Biała Podlaska	1	-	16
Powiat m.Chełm	-	-	1
Powiat m.Lublin	45	59	130
Powiat m.Zamość	1	0	1
Województwo lubelskie OGÓŁEM	114	113	205

Źródło: dane Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie

Dane Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie potwierdzają tendencje opisane w raportach wojewódzkich dotyczących monitorowania problemu narkotyków i narkomanii odnośnie wieku osób, które zatręły się środkami zastępczymi. Najliczniejszą grupą, która doświadczyła zatrucia są osoby w przedziale wiekowym od 18 do 25 roku życia. W następnej kolejności zatrucia dotyczą osób w przedziale wiekowym od 26 do 35 roku życia. Wśród osób powyżej 60 lat nie odnotowuje się przypadków zatruc środkami zastępczymi.

Tabela 38. Liczba zatruc/przypadków zatruc środkami zastępczymi w 2016-2018 r. z podziałem na wiek

Wyszczególnienie	2016	2017	2018
Poniżej 18 lat	15	17	31
18-25 lat	59	48	85
26-35 lat	34	36	69
36-60 lat	6	12	20
Powyżej 60 lat	-	-	-

Źródło: dane Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie

Przedstawione w tabeli 39 dane dotyczą liczby zatruc/przypadków zatruc substancjami psychoaktywnymi w latach 2016-2018 w województwie lubelskim. Zaprezentowano tylko te powiaty, w których odnotowano zatrucia w tym czasie. W roku 2016 w województwie lubelskim był tylko jeden przypadek zatrucia substancjami psychoaktywnymi i miał on miejsce w mieście Lublin, dotyczył osoby w przedziale wiekowym 18-25 lat. W roku 2017 liczba zatruc wynosiła 2 i odnotowana została w powiecie puławskim. Jedna z tych osób miała poniżej 18 roku życia, natomiast druga mieściła się w przedziale wiekowym 18-25 lat. Największa liczba zatruc substancjami psychoaktywnymi wystąpiła w 2018 roku – 4 zatrucia. W mieście Chełm zarejestrowano 2 przypadki zatrucia, a w powiecie łukowskim oraz radzyńskim po jednym przypadku. Wśród osób, które doświadczyły zatrucia substancjami psychoaktywnymi w 2018 roku, 3 mieściły się w przedziale wiekowym od 18 do 25 roku życia, 1 osoba miała poniżej 18 lat. Dane ukazują, że problem zatrucia środkami psychoaktywnymi dotyczy przede wszystkim osób młodych do 25 roku życia.

Tabela 39. Liczba zatruc/przypadków zatruc substancjami psychoaktywnymi w 2016-2018 r. z podziałem na powiaty

Wyszczególnienie	2016	2017	2018
Powiat łukowski	-	-	1
Powiat puławski	-	2	-
Powiat radzyński	-	-	1
Powiat m. Chełm	-	-	2
Powiat m. Lublin	1	-	-
Województwo lubelskie OGÓŁEM	1	2	4

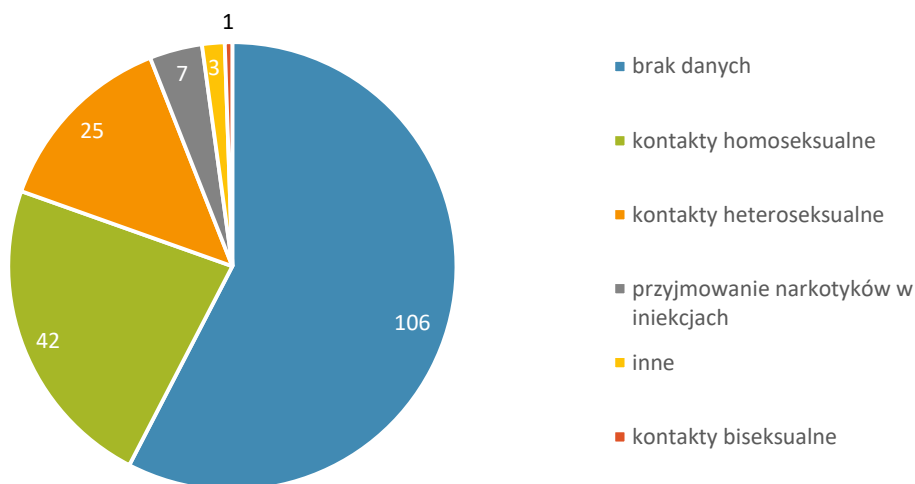
Źródło: dane Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie

Jednym z zagrożeń wynikających z nadużywania substancji psychoaktywnych jest możliwość zakażenia wirusem HIV i zachorowania na AIDS. Według danych z raportów wojewódzkich Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w województwie lubelskim w latach 2016 i 2017, w 2017 roku w województwie lubelskim zmniejszyła się liczba osób, które zostały zakażone wirusem HIV lub zachorowały na AIDS. W roku 2017 rozpoznano zakażenia HIV u 30 osób (zapadalność 1,4 na 100 tys.). Jest to liczba mniejsza niż w roku 2016, kiedy to zakażenie wirusem HIV rozpoznano u 42 osób (1,96 na 100 tys.). Najczęściej zakażenie występowało u osób w przedziale wiekowym od 30 do 39 lat. Mężczyźni częściej niż kobiety zostają zakażeni wirusem. Główną przyczyną zakażenia był kontakt płciowy lub używanie narkotyków we wstrzyknięciach. W przypadku zachorowalności na AIDS w 2017 roku na tę chorobę zapadły 2 osoby (obie zmarły), natomiast w roku poprzednim odnotowano liczbę 5 osób chorujących na AIDS, z czego dwie osoby zmarły. Podobnie jak w przypadku zakażenia wirusem HIV, przyczyną zachorowania na AIDS był kontakt płciowy lub używanie narkotyków we wstrzyknięciach.³²

Od początku rejestracji, tj. od roku 1985 do dnia 31.12.2017 r., zgłoszono zakażenia HIV u 606 osób w Polsce. Jeśli chodzi o chorych na AIDS, zgłoszono – 99 osób, z czego zgony z powodu AIDS zanotowano u 38 osób zamieszkałych na terenie województwa lubelskiego. W latach 2013-2017 w województwie lubelskim odnotowano 184 osoby zakażone wirusem HIV. Zaprezentowany rysunek 47 obrazuje główne przyczyny zakażenia wirusem HIV w tych latach. Wynika z niego, że zakażenie wirusem HIV dotyczy przede wszystkim osób utrzymujących kontakty homoseksualne.³³

Należy podkreślić, że w województwie lubelskim obserwuje się najmniejszą liczbę osób zakażonych wirusem HIV lub cierpiących na AIDS w porównaniu do sytuacji w kraju. Jak podkreślono w raporcie wojewódzkim *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w województwie lubelskim*, problemem, z którym boryka się województwo lubelskie jest sąsiedztwo Ukrainy, gdzie zwiększa się zachorowalność na AIDS oraz zakażenie wirusem HIV.³⁴

Rysunek 45. Główne przyczyny zakażenia HIV wśród nowo wykrytych w latach 2013-2017



Źródło: *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w roku 2017, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2018.*

³² Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii w roku 2017, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2018.

³³ Ibidem.

³⁴ Ibidem.

Dane zawarte w *Europejskim Raporcie Narkotykowym z 2019 roku*, dotyczące umieralności osób dorosłych (w wieku od 15 do 64 lat) w związku z narkotykami (odnoszące się do państw europejskich) ukazują, że w krajach Europy Północnej występuje najwyższa umieralność z powodu stosowania narkotyków i wynosi ona powyżej 40 zgonów na milion mieszkańców. Najwyższy wskaźnik zgonów odnotowano w Estonii (130 na milion mieszkańców) i Szwecji (92 na milion mieszkańców). W Polsce wskaźnik wynosi poniżej 10 zgonów na milion mieszkańców, co stawia Polskę wśród państw europejskich o najniższej wartości tego wskaźnika.³⁵

Raport WHO *Global status report on alcohol and health – 2018* prezentuje dane dotyczące zachorowalności oraz śmiertelności z powodu alkoholizmu w Polsce w roku 2016. Problemy zdrowotne związane z alkoholizmem dotyczą częściej mężczyzn niż kobiety. Najczęstszym skutkiem nadużywania alkoholu są nowotwory. W 2016 roku było w Polsce 6 258 zgonów z powodu nowotworu. Drugim najczęściej spotykanym skutkiem picia alkoholu jest marskość wątroby. Z tego powodu w Polsce odnotowano w 2016 roku 4 784 zgony.

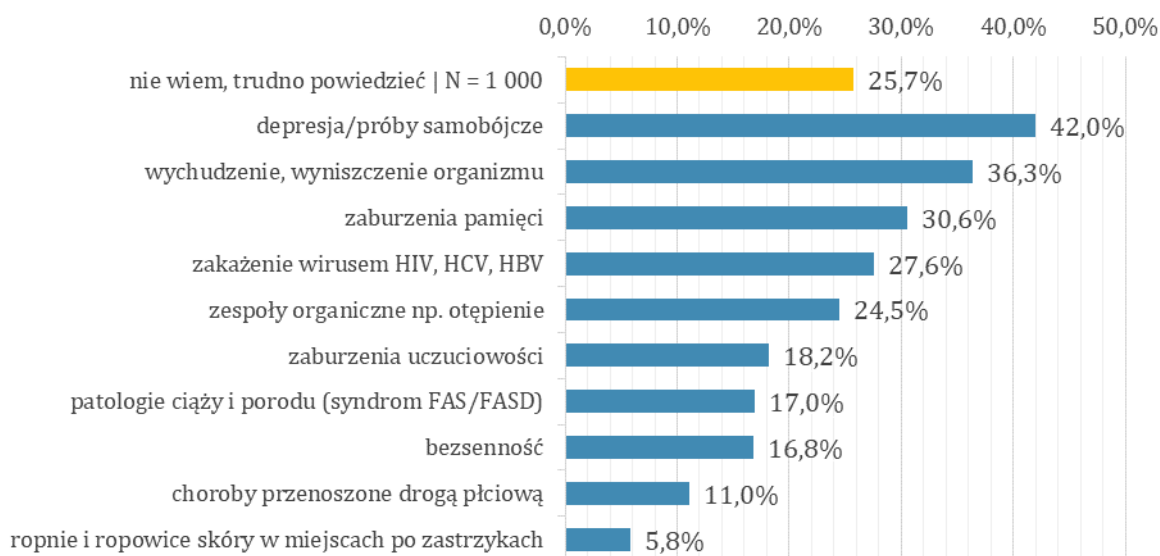
Tabela 40. Współczynniki zgonów dostosowane do wieku (ASDR) i frakcje przypisywane alkoholowi (AAF) w 2016 w Polsce według danych WHO

Wyszczególnienie	ASDR*		AAF (%)		AAD**
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Ogólna liczba
Marskość wątroby	24.1	8.3	78.1	62.2	4 784
Obrażenia w ruchu drogowym	16.4	4.1	48.1	36.0	1 557
Nowotwór	278.8	156.4	8.2	2.9	6 258

*Na 100 000 populacji ** zgony powodowane przez alkohol, obie płcie
Źródło: Raport *Global status report on alcohol and health – 2018*, WHO, Geneva 2018.

Kwestia zagrożeń wynikających z uzależnienia od substancji psychoaktywnych została także poruszona podczas badań empirycznych. W badaniu CAPI niemal co czwarta osoba nie potrafiła wskazać omawianych zagrożeń. Wśród najczęstszych zagrożeń w opinii badanych znalazły się: depresja/próby samobójcze (42,0%), wychudzenie, wyniszczenie organizmu (36,3%) oraz zaburzenia pamięci (30,6%).

Rysunek 46. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę wskazać zagrożenia wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych, które Pana/Pani zdaniem najczęściej dotyczą osoby uzależnionej? [N = 745]

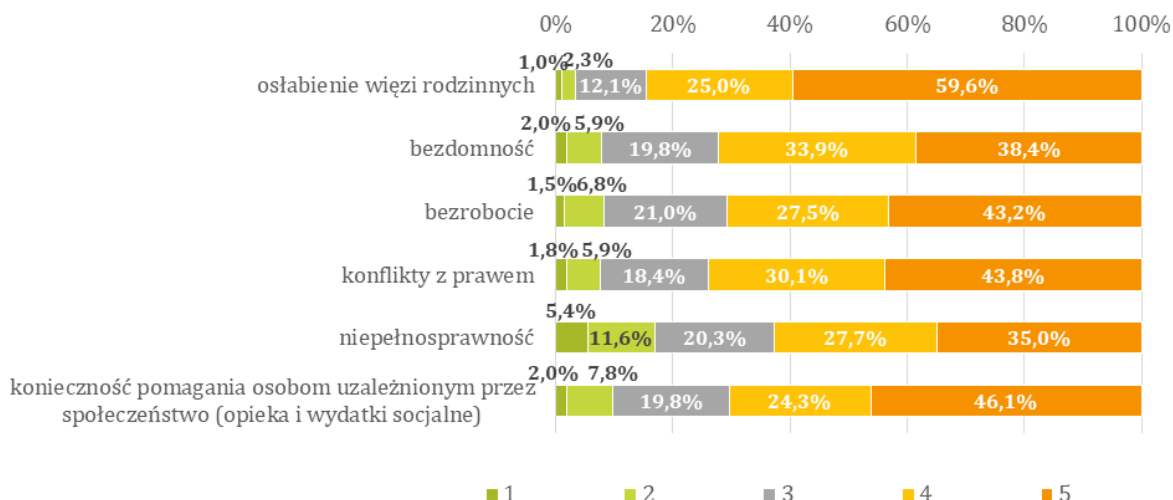


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

³⁵ Europejski Raport Narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019.

Ankietowanych poproszono także, aby dokonali oceny zagrożeń społecznych, które wynikają z uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Oceny dokonywali na skali, gdzie 1 oznaczało niskie zagrożenie, a 5 bardzo wysokie. W przypadku wszystkich wymienionych zagrożeń badani przyznawali wysokie oceny. W ich opinii największym zagrożeniem jest osłabienie więzi rodzinnych. Tej odpowiedzi przyznało najwyższą ocenę 59,6% osób. Również wysokie oceny przyznano odpowiedzi świadczącej o konieczności pomagania osobom uzależnionym przez społeczeństwo (opieka i wydatki socjalne). Zwrócono także uwagę, że konflikty z prawem osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych stanowią wysokie zagrożenie społeczne.

Rysunek 47. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę ocenić zagrożenia społeczne wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W trakcie badania jakościowego IDI zapytano osoby uzależnione o problemy w znalezieniu pracy, które mogłyby być wynikiem uzależnienia od alkoholu lub substancji psychoaktywnych oraz o problemy zdrowotne. Zdecydowana większość osób posiada ustabilizowaną sytuację materialną oraz pracę zawodową. Osoby uzależnione od alkoholu podkreślały, że pomimo długoletniego uzależnienia udało im się uniknąć konsekwencji zdrowotnych wynikających z uzależnienia od alkoholu. Natomiast osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych częściej wskazywały na pojawianie się konsekwencji zdrowotnych ich nadużywania, tj.: senność, stany lękowe, chwiejne samopoczucie, depresja.

Dodatkowo badanych zapytano także, czy poszukiwali w ciągu ostatnich 12 miesięcy informacji na temat szkodliwości, skutków oraz sposobów leczenia nadużywania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu). 79,5% nie szukała takich informacji. Najczęściej badani deklarowali poszukiwanie informacji na temat szkodliwości alkoholu (39,5%) oraz sposobu i możliwości leczenia skutków jego nadużywania (24,4%).

Rysunek 48. Czy w ostatnim czasie (12 miesięcy) starał się Pan/Pani znaleźć jakieś informacje na temat [N = 1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Postawy społeczne wobec substancji psychoaktywnych oraz osób je stosujących

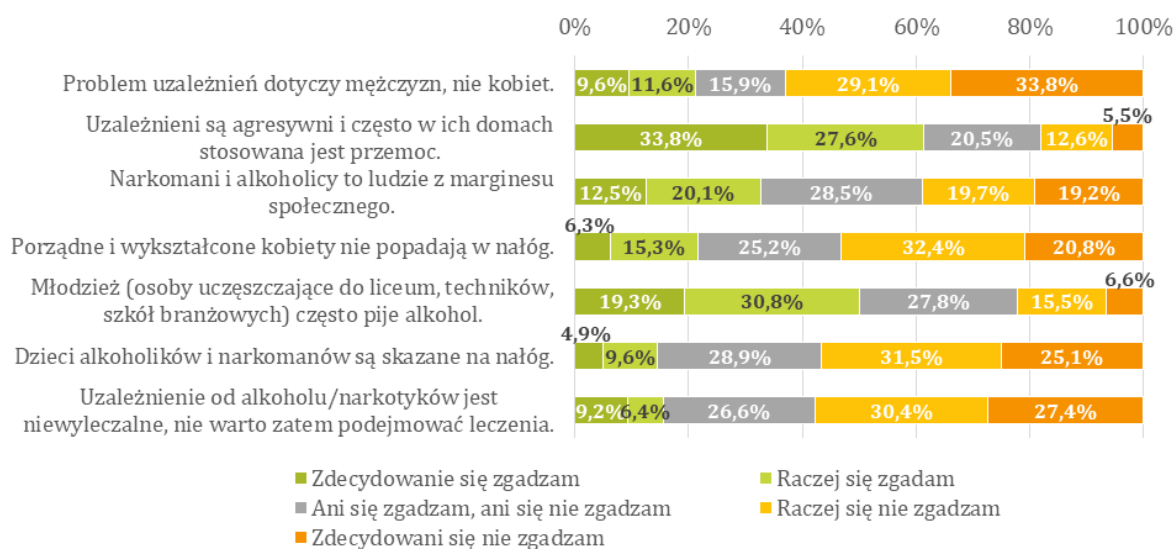
*

W podrozdziale poruszono tematykę postaw społecznych wobec substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) oraz osób je stosujących. Zwrócono uwagę na stereotypy dotyczące stosowania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu). Przedstawiono ocenę dostępności substancji psychoaktywnych w opinii mieszkańców województwa lubelskiego oraz ich opinie na temat zagrożeń związanych z ich przyjmowaniem. Zaprezentowano także postawy badanych wobec reklamowania alkoholu oraz poddano analizie ich znajomość oraz ocenę skuteczności instytucji udzielających pomocy osobom z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

*

Analizę postaw społecznych wobec substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) oraz osób je stosujących rozpoczęto od stereotypów funkcjonujących w świadomości badanej zbiorowości na ten temat. Zauważyć można, że ankietowani najczęściej zgadzają się ze stwierdzeniem, że uzależnieni są agresywni i często w ich domach stosowana jest przemoc (61,4%). Ankietowani zgodzili się także ze stereotypem, mówiącym o tym, że młodzież (osoby uczęszczające do liceów, techników, szkół branżowych) często pija alkohol (50,1%). Natomiast większość badanych nie zgodziła się z następującymi stereotypami: porządne i wykształcone kobiety nie popadają w nałóg, dzieci alkoholików i narkomanów są skazane na nałóg oraz uzależnienie od alkoholu/narkotyków jest niewyleczalne, nie warto zatem podejmować leczenia.

Rysunek 49. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę odnieść się do stwierdzeń dotyczących stosowania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) i osób ich stosujących” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Ciekawych informacji na temat stereotypów funkcjonujących wśród społeczeństwa dostarczyły wywiady IDI. Osoby uzależnione od alkoholu podkreślały, że na ich temat istnieje wiele negatywnych wyobrażeń wśród ludzi:

„Osoby uzależnione od alkoholu są źle postrzegane, taki trzeci gatunek społeczeństwa, takie nic. Jest taka odraza. Nawet jak się mówi, że trzeźwiejący alkoholik. Jak się powie – już nie pije, to jest mniej rażące.”

Mężczyzna, 39 lat

„...to są osoby tzw. z marginesu społecznego. To są ludzie inaczej postrzegani, niż ludzie normalnie funkcjonujący.”

Kobieta 44 lata

„Stereotyp alkoholiczki to: kobieta która nie dba o dom, chodząca na imprezy, uprawiająca sex, takie są stereotypy o których wiem, jak jest postrzegana kobieta jako alkoholiczka.”

Kobieta, 61 lat

„...alkoholik to człowiek nic nie wart, który nie ma godności, nie umie zadbać o siebie, nie ma co w niego inwestować, że nic mu się nie uda, że jest nieodpowiedzialny (...) alkoholik to już nie człowiek, degenerat.”

Mężczyzna, 51 lat

„...alkoholicy kojarzą się z ludźmi, którzy leżą po rowach, źle ubranymi, nie ogoleni itd. to jest alkoholik. Te stereotypy nie są prawdziwe, bo w tej grupie są policjanci, księża, nauczyciele.”

Mężczyzna, 34 lata

Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych również wskazywały na negatywne stereotypy:

„...słyszałam, że szybciej uzależniają się osoby bez wykształcenia.”

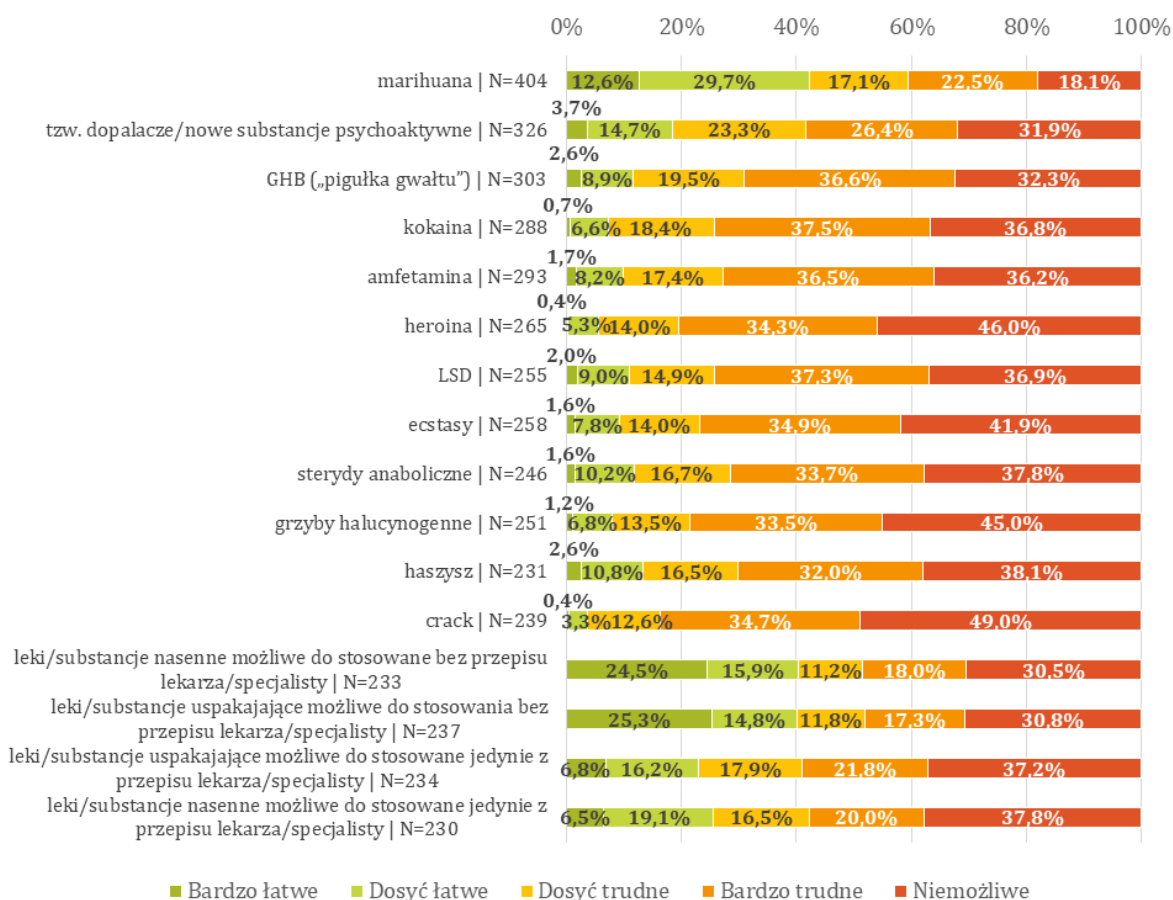
Kobieta, 32 lata

„Negatywnie są postrzegani przez społeczeństwo.”

Mężczyzna, 25 lat

Mieszkańców województwa lubelskiego zapytano o możliwość zdobycia/zakupu substancji psychoaktywnych w miejscowości, w której mieszkają. Jak wskazują dane, w opinii badanej zbiorowości zakup substancji psychoaktywnych jest trudny lub wręcz niemożliwy. Najtrudniejszą do zdobycia substancją psychoaktywną jest crack, aż 47,3% zaznaczyło, że zdobycie tej substancji jest trudne, a 49,0%, że jest to niemożliwe. Drugą substancją, którą najtrudniej zdobyć w opinii ankietowanych jest heroina. Aż 46,0% uważa, że zdobycie jej jest niemożliwe, a 48,3%, że jest to trudne. W ocenie badanych w województwie lubelskim najłatwiej jest zdobyć marihuanę. Takiej odpowiedzi udzieliło 42,3%. W następnej kolejności ankietowani uznali, że najłatwiej jest zdobyć leki/substancje nasenne możliwe do stosowania bez przepisu lekarza specjalisty (40,3%) oraz leki/substancje uspokajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty (40,1%).

Rysunek 50. Odpowiedzi na pytanie: „Ocena możliwości zdobycia substancji psychoaktywnych w zamieszkiwanej miejscowości” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Określono także postawy wobec reklamowania alkoholu. 61,0% osób zgodziła się ze stwierdzeniem odnośnie codziennego widywania reklam alkoholu we wszystkich mediach. 49,0% uważa, że reklamowanie alkoholu wpływa na większe jego spożycie wśród społeczeństwa. Według 31,6% badanych reklamy alkoholu powinny być emitowane w telewizji jedynie po godzinie 20. Jednak należy także podkreślić, że 30,7% ankietowanych uważa przeciwnie, a 37,7% nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić. Większość respondentów (39,3%) uważa za zasadne zakazanie reklamowania alkoholu.

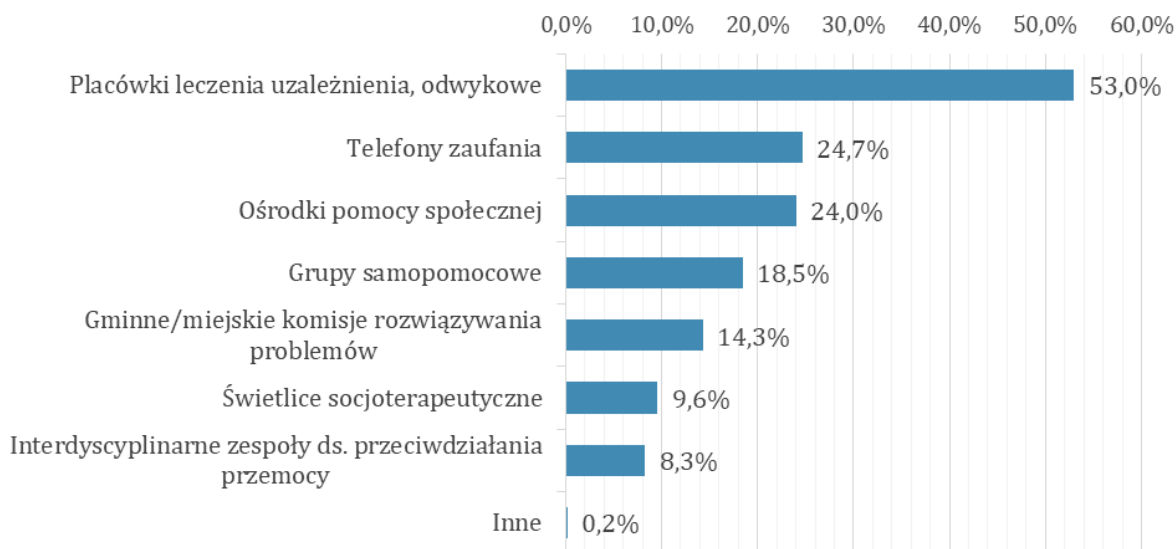
Rysunek 51. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę odnieść się do stwierdzeń dotyczących reklamowania alkoholu” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W następnej kolejności analizie poddano znajomość instytucji, które udzielają pomocy osobom z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Najbardziej znane instytucje wśród mieszkańców województwa lubelskiego to: placówki leczenia uzależnienia, odwykowe (53,0%), telefony zaufania (24,7%) oraz ośrodki pomocy społecznej (24,0%).

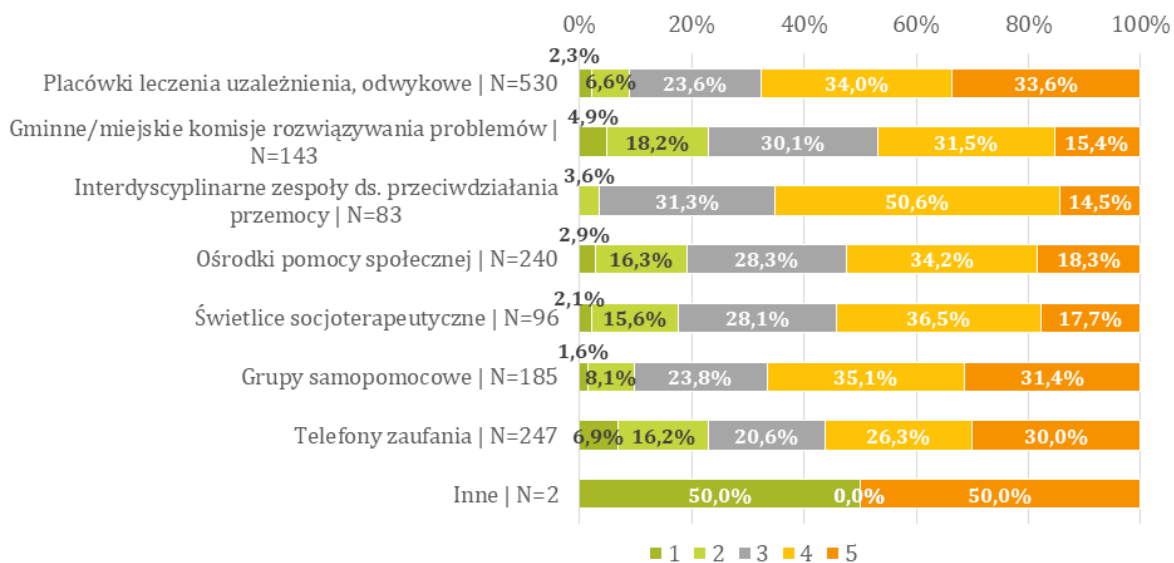
Rysunek 52. Odpowiedzi na pytanie: „Które instytucje udzielające pomocy osobom z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych Pan/Pani zna?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Mieszkańców województwa lubelskiego poproszono także o ocenę skuteczności wymienionych placówek pomocy osobom z uzależnieniem. Oceny dokonywano na skali, gdzie 1 oznaczało brak skuteczności, a 5 wysoką skuteczność. Zauważyć można, że badani przyznawali wysokie oceny 4 oraz 5 wszystkim wymienionym placówkom. W ich opinii najbardziej skuteczne są: placówki leczenia uzależnienia, odwykowe, interdyscyplinarne zespoły ds. przeciwdziałania przemocy oraz grupy samopomocowe. Natomiast najmniej skuteczne instytucje to: gminne/miejskie komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.

Rysunek 53. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę ocenić ich skuteczność w skali od 1 do 5. 1 oznacza w ogóle nie skuteczna, 5 bardzo skuteczna” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Wpływ działań i ofert promocyjnych koncertów alkoholowych, lokali, klubów na wzory konsumpcji

*

Na podstawie badań empirycznych przedstawiono, jaki jest w opinii badanych wpływ działań i ofert promocyjnych koncertów alkoholowych, lokali, klubów na kształtowanie się wzorów konsumpcji.

*

Na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych określono wpływ działań i ofert promocyjnych koncertów alkoholowych, lokali oraz klubów na wzory konsumpcji. Poproszono mieszkańców województwa lubelskiego, aby określili jak często widzą oferty promocyjne koncertów alkoholowych w wybranych miejscach. Badani wskazywali, że codziennie lub prawie codziennie widują ją w telewizji. Takiej odpowiedzi udzieliło 23,5%. Jeśli chodzi o radio, badani najczęściej wskazują, że tego rodzaju oferty pojawiają się 2-3 razy w miesiącu (17,8% osób). Również w prasie co piąta osoba spotyka się z ofertami promocyjnymi koncertów alkoholowych z podobną częstotliwością. W przypadku ulotek 19,0% osób wskazało, że odnajduje oferty 2-3 razy w miesiącu. Zarówno w mediach społecznościowych, jak i internecie badani widzą omawiane oferty 2-3 razy w tygodniu. Takiej odpowiedzi udzieliło w obu przypadkach po 17,9%. W stosunku do odpowiedzi świadczącej o tym, że takie oferty znajdują się w klubach/lokalach rozrywkowych lub dyskotekach ankietowani udzielali negatywnych odpowiedzi. 29,2% stwierdziło, że nigdy w tym miejscu nie napotkało ofert promocyjnych koncertów alkoholowych, a 16,4% zaznaczyło, że miało to miejsce jeszcze rzadziej niż raz w roku.

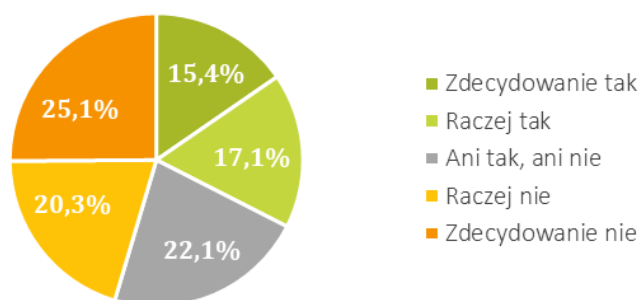
Tabela 41. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę określić, jak często widzi Pan/Pani oferty promocyjne koncertów alkoholowych w wymienionych miejscach” [N=1000]

Wyszczególnienie	codziennie lub prawie codziennie	1-2 razy w tygodniu	2-3 razy w tygodniu	2-3 razy w miesiącu	1 raz w miesiącu	6-11 raz w roku	2-5 razy w roku	raz w roku	jeszcze rzadziej	nigdy
Telewizja	23,5%	13,9%	20,2%	9,6%	10,3%	7,4%	5,4%	3,9%	1,9%	3,9%
Radio	4,9%	17,5%	15,2%	17,8%	13,1%	9,5%	6,9%	6,2%	3,3%	5,6%
Prasa	5,4%	14,6%	11,9%	20,5%	16,6%	9,8%	7,4%	5,8%	3,6%	4,4%
Ulotki	4,5%	18,2%	12,2%	19,0%	17,5%	8,1%	6,1%	5,6%	4,1%	4,7%
Bilbordy/plakaty (np. na przystankach)	9,1%	18,8%	14,7%	14,7%	14,0%	9,0%	6,5%	4,8%	3,9%	4,5%
Media społecznościowe	8,5%	15,0%	17,9%	13,7%	8,0%	6,5%	4,0%	4,5%	7,8%	14,1%
Internet	6,5%	14,9%	17,9%	13,2%	9,6%	5,5%	4,7%	5,3%	7,8%	14,6%
Kluby/lokale rozrywkowe/dyskoteki	2,3%	4,7%	3,6%	8,5%	10,1%	7,7%	8,5%	9,0%	16,4%	29,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Zapytano także mieszkańców województwa lubelskiego o to, czy ich zdaniem oferty promocyjne koncertów alkoholowych zachęcają do zakupu alkoholu. Większość z nich uznała, że nie zachęcają (45,4%). Natomiast dla 32,5% respondentów taki wpływ może mieć miejsce. 22,1% badanych udzieliło odpowiedzi *ani tak, ani nie*.

Rysunek 54. Odpowiedzi na pytanie: „Czy oferty promocyjne koncernów alkoholowych zachęcają Pana/Panią do zakupu alkoholu?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Uczestnicy badania FGI zwrócili uwagę, że działania firm alkoholowych i lokali gastronomicznych są istotnym czynnikiem wpływającym na uzależnienie od alkoholu. Według nich reklama wprost promuje picie alkoholu, promocje cenowe zachęcają do zakupu alkoholu, a na różnego rodzaju festynach lub innych imprezach zawsze jest alkohol. Eksperti uznali, że słusznym działaniem byłoby wprowadzenie przez władze wojewódzkie ograniczenia sprzedaży alkoholu w określonych porach dnia.

Wpływ kampanii społecznych na przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych

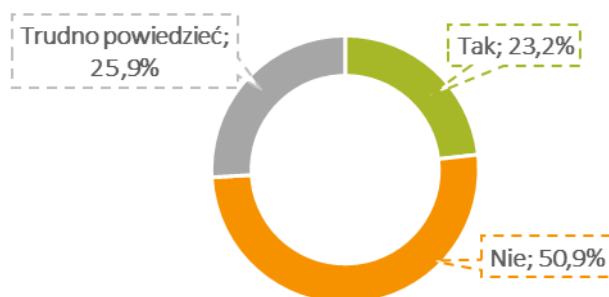
*

W ostatniej kolejności analizie poddano wpływ kampanii społecznych na przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. Uczestników badań empirycznych zapytano o znaczenie kampanii społecznych w przeciwdziałaniu uzależnieniom.

*

Mieszkańców województwa lubelskiego zapytano o to, czy znają omawiane kampanie. Ponad połowa z nich (50,9%) udzieliła odpowiedzi przeczącej. Kampanie społeczne o przywołanej tematyce są znane jedynie 23,2% badanych. 25,9% udzieliło odpowiedzi *trudno powiedzieć*.

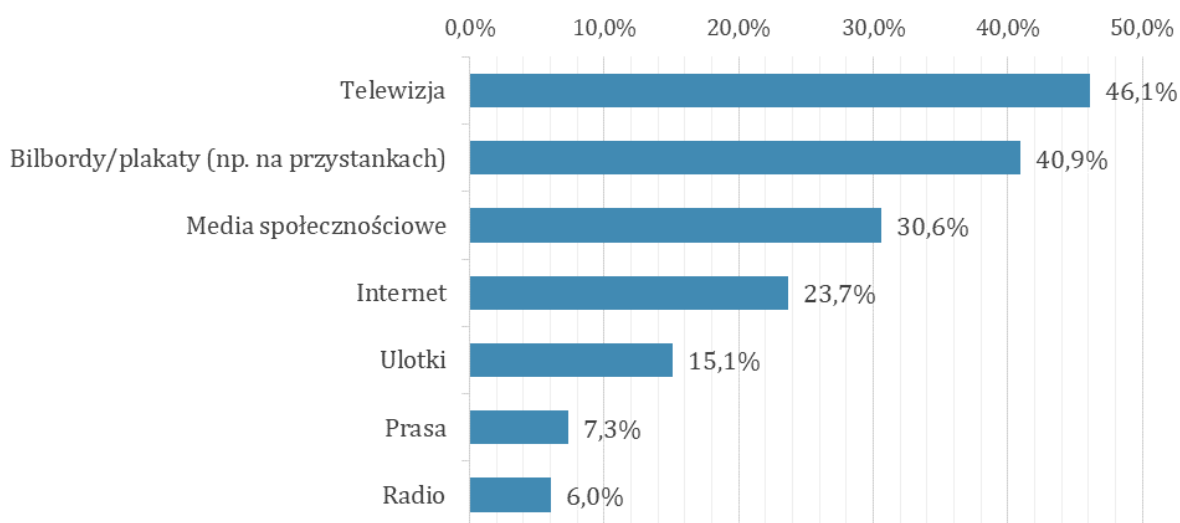
Rysunek 55. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zna Pan/Pani jakiegokolwiek kampanie społeczne nawiązujące do przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Środkiem przekazu, w którym badani najczęściej spotykają się z kampaniami społecznymi dotyczącymi przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych jest telewizja, którą wskazało 46,1%. Następnie ankietowani zaznaczali, że są to bilbordy/plakaty, np. na przystankach (40,9%) oraz media społecznościowe (30,6%). W opinii badanych najrzadziej kampanie społeczne widoczne są w prasie (7,3%) oraz radiu (6,0%).

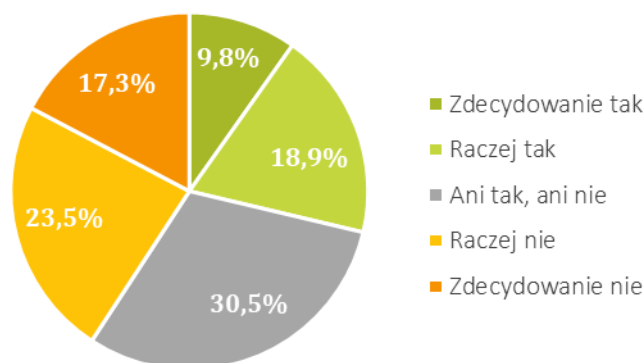
Rysunek 56. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę wskazać gdzie spotkał/a się Pan/Pani z kampanią społeczną” [N = 232]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

Z odpowiedzi badanych wynika, że w ich ocenie skuteczność kampanii społecznych dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych jest niska. Ponad połowa (50,8%) uznała, że kampanie nie wpływają na zmniejszenie się zainteresowania substancjami psychoaktywnymi. Natomiast 20,5% badanych nie potrafiło jednoznacznie stwierdzić charakteru wpływu kampanii społecznych, zaznaczając tym samym odpowiedź *ani tak ani nie*. Jedynie 28,7% przyznała pozytywny wpływ kampaniom społecznym.

Rysunek 57. Odpowiedzi na pytanie: „Czy w Pana/Pani opinii kampanie społeczne wpływają na mniejsze zainteresowanie substancjami psychoaktywnymi?” [N=1000]



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAPI

W trakcie wywiadu grupowego FGI uczestników także zapytano o znaczenie kampanii społecznych w walce z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych. W ocenie ekspertów kampanie społeczne mają istotny wpływ na przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych, zostały one ocenione bardzo pozytywnie. Uczestnicy zwrócili uwagę, że takich kampanii społecznych powinno być więcej. Podkreślali także znaczenie kampanii na poziomie regionalnym (wojewódzkim) oraz konieczność zwiększenia ich liczby, a także dostosowania do charakteru województwa lubelskiego.

Wnioski i rekomendacje

1. Wzory spożywania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) wśród mieszkańców województwa lubelskiego są niemal identyczne jak w poprzednich badaniach dotyczących tej tematyki oraz są podobne do wzorów konsumpcji obserwowanych w Polsce.
2. Na podstawie przeprowadzonych badań oszacowano liczbę osób dorosłych używających substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu), w tym oszacowano liczbę bieżących, okazjonalnych, eksperymentujących, problemowych użytkowników środków psychoaktywnych. Przyjęto założenie, że osoby zażywające substancji psychoaktywnych (w tym alkohol):
 - a. bieżąco – spożywają je w ciągu ostatnich 30 dni,
 - b. okazjonalnie – w ciągu ostatnich 12 m-cy,
 - c. eksperymentalnie – dawniej niż w ciągu ostatnich 12 m-cy,
 - d. problemowo – codziennie.

Do grupy osób zażywających substancje psychoaktywne bieżąco zaliczono 1/3 mieszkańców województwa lubelskiego, którzy wzięli udział w badaniu. Wśród osób zażywających substancje okazjonalnie znalazło się 23,7% respondentów. Największą grupę stanowią osoby eksperymentujące (29,7%) z substancjami psychoaktywnymi. W przypadku problemowego zażywania zaobserwowano, że w badanej zbiorowości odsetek osób jest niewielki.

W przypadku alkoholu to aż 64,8% deklaruje bieżące jego spożywanie. Okazjonalnie czyni to 23,5% badanych, eksperymentalnie 3,6% osób. Natomiast codziennie alkohol spożywa 9,6%, odsetek ten dotyczy badanych spożywających piwo. Badani najczęściej wskazywali, że spożywają alkohol 2-3 razy w miesiącu. Biorąc pod uwagę ilość wypijanego alkoholu, zaobserwowano, że w przypadku piwa (około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%) 48,9% ankietowanych zadeklarowało, że spożywa je w 2-3 porcjach. Zarówno wino (około 175 ml o zawartości czystego alkoholu ok 12%), jak i alkohole wysokogatunkowe, np. koniak, whisky (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%) spożywane są przez ponad połowę respondentów w ilości 1 porcji. Zauważyć również należy, że odsetek osób, które spożywają alkohol w ilości powodującej bycie pijanym/nietrzeźwym jest w badanej populacji niewielki. Wyniki wskazują, że codziennie lub prawie codziennie 0,5% badanych doznaje upojenia alkoholowego.

Dodatkowo należy nadmienić, że badanie IDI wśród osób uzależnionych od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych lokuje badanych wśród osób, które zażywały substancje (w tym alkohol) problemowo.

3. Najczęściej spożywanym alkoholem jest w dalszym ciągu piwo. Mężczyźni spożywają go zdecydowanie częściej i więcej niż kobiety, które chętniej sięgają po wino. Osoby bezrobotne spożywają największe ilości piwa. Natomiast osoby legitymujące się wykształceniem wyższym częściej sięgają po wino niż piwo.
4. Alkohol oraz marihuana pozostają najpopularniejszymi substancjami psychoaktywnymi wśród Polaków. Wzory konsumpcji substancji psychoaktywnych zmieniają się na przestrzeni lat. Wzrasta liczba osób zażywających „dopalacze”/nowe substancje psychoaktywne.
5. Zwiększa się oferta pomocowa dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubelskim. Badani pozytywnie oceniają system pomocy dla osób uzależnionych. Niepokojący jest jednak wzrost liczby osób, które potrzebują takiej pomocy.

6. Najczęstszymi problemami społecznymi wynikającymi z zażywania substancji psychoaktywnych w opinii mieszkańców województwa lubelskiego są: rozpad więzi rodzinnych, wyobcowanie, wyniszczenie organizmu, a nawet śmierć.
7. Zagrożenia wynikające z zażywania środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) to: możliwość zakażenia wirusem HIV oraz AIDS, zatrucia, problemy psychologiczne, depresja, wyniszczenie organizmu, patologie płodu i ciąży (syndrom FAS/FASD). Należy podkreślić, że wzrasta liczba osób zakażonych wirusem HIV oraz chorujących na AIDS na świecie.
8. Dane udostępnione przez Wojewódzką Stację Epidemiologiczno-Sanitarną w Lublinie wskazują na wysoki wzrost zatruc/przypadków zatruc substancjami psychoaktywnymi oraz środkami zastępczymi wśród mieszkańców województwa lubelskiego.
9. Głównymi problemami społecznymi wynikającymi z zażywania substancji psychoaktywnych są: obniżanie się wieku inicjacji ich spożycia, niska świadomość kobiet spożywających alkohol w ciąży na temat konsekwencji zdrowotnych dla dziecka.
10. Niepokojący jest wysoki odsetek osób deklarujących, że znają osoby lub same prowadziły samochód pod wpływem alkoholu czy substancji psychoaktywnych. Również dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Lublinie ukazują skalę tego problemu. Wzrasta liczba wypadków z udziałem osób pod wpływem alkoholu.
11. W świadomości mieszkańców województwa lubelskiego funkcjonują negatywne stereotypy dotyczące osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Koncentrują się one na postrzeganiu ich jako osoby z marginesu społecznego, które są zaniedbane, niewykształcone, bezrobotne.
12. Sprzedaż alkoholu nieletnim to kolejny problem występujący w województwie lubelskim. Możliwość zakupu alkoholu przez dzieci została wskazana jako narastający problem przez wszystkie grupy docelowe w przeprowadzonych badaniach empirycznych.
13. Istnieje znikoma liczba kampanii społecznych, których celem jest przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych.

Na podstawie wyników badań oraz powyższych wniosków stworzono następujące rekomendacje:

1. Systematyczne monitorowanie skali i charakteru występowania uzależnień od substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) w województwie lubelskim zarówno wśród osób dorosłych, jak i dzieci.
2. Realizacja cyklicznych badań społecznych wśród mieszkańców województwa lubelskiego w celu pozyskania informacji przydatnych w opracowaniu programów profilaktycznych oraz dokumentów strategicznych na poziomie województwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, minimalizujących problemy społeczne związane z występowaniem zjawisk patologicznych w zakresie uzależnienia od środków psychoaktywnych;
3. Prowadzenie stałego monitoringu zapotrzebowania i dostępności oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a w tym również zaangażowanych zasobów instytucjonalnych i osobowych;
4. Prowadzenie stałego monitoringu skuteczności i adekwatności dostępnych form pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a w tym również zaangażowanych zasobów instytucjonalnych i osobowych;

5. Zwiększanie oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, szczególnie w ramach form pomocy, których monitoring wykaże osiągnięcie stosunkowo najwyższego poziomu skuteczności;
6. Prowadzenie systematycznej (systemowej) profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie specyfiki i szkodliwości substancji psychoaktywnych kierowanej do wybranych grup mieszkańców województwa lubelskiego (w tym m.in.: młodzież szkolna; rodzice młodzieży szkolnej; nauczyciele szkół podstawowych i średnich; kobiety w ciąży; itp.);
7. Prowadzenie systematycznej (systemowej) profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie specyfiki i szkodliwości substancji psychoaktywnych kierowanej do ogółu mieszkańców województwa lubelskiego;
8. Zaangażowanie w działalność profilaktyczną, dotyczącą specyfiki i szkodliwości substancji psychoaktywnych, ważnych „aktorów” życia społeczno – kulturalnego województwa lubelskiego;
9. Opracowanie programów i działań obejmujących aktywizację i partycypację mieszkańców województwa lubelskiego (głównie na poziomie społeczności lokalnych) w działalność profilaktyczną, informacyjną i edukacyjną, dotyczącą zagrożeń i szkodliwości substancji psychoaktywnych;
10. Podjęcie współpracy z podmiotami działającymi na poziomie lokalnym i wojewódzkim w celu opracowania schematu działań sprzyjających kształtowaniu świadomości mieszkańców w zakresie specyfiki i szkodliwości substancji psychoaktywnych;
11. Organizacja i/lub rozszerzenie systemowego wsparcia działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących kształtowaniu świadomości mieszkańców w zakresie specyfiki i szkodliwości substancji psychoaktywnych;
12. Opracowanie programów obejmujących promowanie oraz umożliwiających rozwój form spędzania czasu wolnego, niwelujących skłonności do sięgania po środki psychoaktywne, kierowanych przede wszystkim do środowisk, w obrębie których diagnozowany jest stosunkowo najwyższy poziom występowania zjawisk patologicznych w tym zakresie;
13. Opracowanie programów obejmujących promowanie oraz umożliwiających rozwój form spędzania czasu wolnego, niwelujących skłonność do sięgania po środki psychoaktywne, kierowanych do ogółu mieszkańców województwa lubelskiego;
14. Wprowadzenie rozporządzenia na szczeblu wojewódzkim, dotyczącego ograniczenia sprzedaży alkoholu w określonych godzinach.

Spis tabel

Tabela 1. Rozkład próby badawczej ze względu na powiat [N=1000]	8
Tabela 2. Spożycie alkoholu w litrach na 1 mieszkańca w latach 2016-2018	17
Tabela 3. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego [N = 583]... ..	20
Tabela 4. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem płci oraz wieku [N = 583]	21
Tabela 5. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem grupy społeczno-zawodowej [N = 583]	21
Tabela 6. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem wykształcenia oraz klasy miejsca zamieszkania [N = 583]	22
Tabela 7. Częstotliwość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa lubelskiego z uwzględnieniem dochodu gospodarstwa domowego [N = 583]	22
Tabela 8. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnieniem płci i wieku [N = 566]	24
Tabela 9. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnieniem grupy społeczno-zawodowej [N = 566]	25
Tabela 10. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnieniem wykształcenia oraz klasy miejsca zamieszkania [N = 566]	26
Tabela 11. Ilość wypijanego alkoholu przy jednej okazji z uwzględnieniem dochodu gospodarstwa domowego [N = 566]	27
Tabela 12. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu/Pani, że zażył Pan/Pani którąś z wymienionych substancji”	30
Tabela 13. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem płci i wieku	31
Tabela 14. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem grupy społeczno-zawodowej	32
Tabela 15. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem wykształcenia oraz klasy miejsca zamieszkania	33
Tabela 16. Zażywanie substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem dochodu gospodarstwa domowego	34
Tabela 17. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu poniższe sytuacje?” [N = 232]....	37
Tabela 18. Liczba placówek leczenia uzależnień w województwie lubelskim z podziałem na typ placówki	42
Tabela 19. Liczba osób objętych opieką przez placówki leczenia uzależnienia od alkoholu pod kątem najczęściej diagnozowanych zaburzeń	43
Tabela 20. Liczba punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w 2018 roku	43
Tabela 21. Charakterystyka osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubelskim w latach 2016-2018.	44
Tabela 22. Liczba klientów punktów konsultacyjnych dla osób z problemem alkoholowym w Polsce w latach 2016-2018	45

Tabela 23. Wartości umów zawartych z placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu w województwie lubelskim.....	45
Tabela 24. Informacje na temat działań podejmowanych w ramach Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w latach 2016-2018	47
Tabela 25. Informacje na temat działań podejmowanych w ramach Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii w latach 2016-2018.....	51
Tabela 26. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od substancji psychoaktywnych.....	53
Tabela 27. Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu.....	54
Tabela 28. Dostępność leczenia uzależnienia od alkoholu według danych NFZ w latach 2016-2018.....	55
Tabela 29. Średni czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych w województwie lubelskim	55
Tabela 30. Dane dotyczące działań podjętych w procedurze „Niebieska Karta” wyłącznie przez Policję ...	57
Tabela 31. Świadczenia z pomocy społecznej w latach 2016-2017 z uwzględnieniem powodu przyznania	59
Tabela 32. Świadczenia z pomocy społecznej w latach 2016-2017 z uwzględnieniem powodu przyznania w poszczególnych powiatach województwa lubelskiego.....	59
Tabela 33. Liczba wypadków drogowych i ich skutków spowodowanych przez kierujących będących pod działaniem alkoholu w latach 2016-2018	63
Tabela 34. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu/Pani lub komuś z najbliższej rodziny prowadzić samochód po spożyciu alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej niż alkohol?”	64
Tabela 35. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się Panu/Pani lub komuś z najbliższej rodziny być w pracy pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej niż alkohol?”	64
Tabela 36. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zna Pan/Pani osobiście kogoś, kto Pana/Pani zdaniem nadużywa któregoś z wymienionych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol” [N=1000]	70
Tabela 37. Liczba zatruc/przypadków zatruc środkami zastępczymi w 2016-2018 r. z podziałem na powiaty.....	74
Tabela 38. Liczba zatruc/przypadków zatruc środkami zastępczymi w 2016-2018 r. z podziałem na wiek	75
Tabela 39. Liczba zatruc/przypadków zatruc substancjami psychoaktywnymi w 2016-2018 r. z podziałem na powiaty.....	75
Tabela 40. Współczynniki zgonów dostosowane do wieku (ASDR) i frakcje przypisywane alkoholowi (AAF) w 2016 w Polsce według danych WHO.....	77
Tabela 41. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę określić, jak często widzi Pan/Pani oferty promocyjne koncernów alkoholowych w wymienionych miejscach” [N=1000]	85

Spis rysunków

Rysunek 1. Rozkład próby badawczej ze względu na płeć [N=1000]	9
Rysunek 2. Rozkład próby badawczej ze względu na wiek [N=1000]	9
Rysunek 3. Rozkład próby badawczej ze względu na klasę miejsca zamieszkania [N=1000]	10
Rysunek 4. Rozkład próby badawczej ze względu na wykształcenie [N=1000]	10
Rysunek 5. Rozkład próby badawczej ze względu na przynależność do grupy społecznej [N=1000]	11
Rysunek 6. Rozkład próby badawczej ze względu na dochód gospodarstwa domowego [N=1000]	11
Rysunek 7. Rozkład próby badawczej ze względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym [N = 542] .	12
Rysunek 8. Rozkład próby badawczej ze względu na liczbę dzieci w gospodarstwie domowym [N = 542]	12
Rysunek 9. Częstość intensywnego picia epizodycznego (HED) wśród obecnych osób pijących (15+ lat) na świecie według danych WHO w 2016 roku	16
Rysunek 10. Spożycie alkoholu na 1 mieszkańca w Polsce w 2016 roku według danych WHO	16
Rysunek 11. Sprzedaż detaliczna i hurtowa (ceny bieżące) w mln zł w latach 2015-2017	17
Rysunek 12. Ceny detaliczne napojów alkoholowych oraz wyrobów tytoniowych w latach 2015-2017 (w zł)	18
Rysunek 13. Zgłaszalność na leczenie z powodu narkotyków w podziale na narkotyk podstawowy w 2017 roku w Polsce (w %).....	19
Rysunek 14. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarza się Panu/Pani pić alkohol?” [N=1000]	20
Rysunek 15. Odpowiedzi na pytanie: „Kiedy ostatnio spożywał Pan/Pani alkohol” [N = 853].....	23
Rysunek 16. Odpowiedzi na pytanie: „Ile alkoholu wypija Pan/Pani najczęściej przy jednej okazji?” [N = 566]	23
Rysunek 17. Odpowiedzi na pytanie: „Z jakich powodów sięgnął/sięgnęła lub sięga Pan/Pani po alkohol?” [N = 583]	28
Rysunek 18. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarza się, że sięga Pan/Pani po alkohol, to w jakich okolicznościach?” [N = 583].....	28
Rysunek 19. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarza się, że pije Pan/Pani alkohol w obecności innych osób to przy jakich okazjach najczęściej ?” [N = 583].....	29
Rysunek 20. Odpowiedzi na pytanie: „Jak często zdarza się Panu/Pani wypić tyle alkoholu, aby czuł/a się Pan/Pani nietrzeźwa/y / pijana/y?” [N = 583]	29
Rysunek 21. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu poniższe sytuacje?” [N=1000]	30
Rysunek 22. Odpowiedzi na pytanie: „Kiedy ostatnio spożywał Pan/Pani substancje psychoaktywne?” [N=232]	35
Rysunek 23. Odpowiedzi na pytanie: „Z jakich powodów sięgnął/sięgnęła lub sięga Pan/Pani po substancje psychoaktywne inne niż alkohol?” [N = 232]	35
Rysunek 24. Odpowiedzi na pytanie: „Gdzie sięgnął/a lub sięga Pan/Pani po substancje psychoaktywne inne niż alkohol?” [N = 232].....	36

Rysunek 25. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarzyło się lub zdarza, że sięgał/a lub sięga Pan/Pani po substancje psychoaktywne inne niż alkohol, to w jakich okolicznościach? [N = 232].....	36
Rysunek 26. Liczba sporządzonych formularzy „Niebieska Karta – A” w poszczególnych województwach w 2017 r.	58
Rysunek 27. Odpowiedzi na pytanie: „Którego rodzica dotyczy/dotyczył problem nadużywania alkoholu?” [N = 32].....	60
Rysunek 28. Odpowiedzi na pytanie: „Jak często Pana/Pani rodzic/rodzice spożywali/spożywają alkohol?” [N = 32].....	61
Rysunek 29. Odpowiedzi na pytanie: „Czy Pana/Pani rodzice korzystali/korzystają ze specjalistycznej pomocy w walce z uzależnieniem?” [N = 32].....	61
Rysunek 30. Odpowiedzi na pytanie: „Czy ktoś z Pana/Pani otoczenia wiedział o problemie nadużywania alkoholu przez rodziców?” [N = 32].....	62
Rysunek 31. Odpowiedzi na pytanie: „Kto wiedział o problemie nadużywania alkoholu przez rodziców” [N = 17].....	62
Rysunek 32. Odpowiedzi na pytanie: „Czy rodzic/rodzice dalej boryka/borykają się z problemem nadużywania alkoholu?” [N = 32]	63
Rysunek 33. Odpowiedzi na pytanie: „Czy będąc w ciąży spożywała Pani alkohol?” [N = 521].....	65
Rysunek 34. Odpowiedzi na pytanie: „Czy widział Pan/Pani kiedyś, żeby kobieta w ciąży zażywała substancje psychoaktywne (w tym alkohol)?” [N=1000].....	66
Rysunek 35. Odpowiedzi na pytanie: „Czy widział Pan/Pani kiedyś, żeby sprzedawca w sklepie sprzedał alkohol osobie nieletniej?” [N=1000].....	66
Rysunek 36. Substancje psychoaktywne znane respondentom [N=1000]	69
Rysunek 37. Odpowiedzi na pytanie: „czy kiedykolwiek złożył ktoś Panu/Pani propozycję kupna substancji psychoaktywnych?” [N = 650].....	69
Rysunek 38. Odpowiedzi na pytanie: „czy kiedykolwiek złożył ktoś Panu/Pani propozycję bezpłatnego zażycia (spróbowania) substancji psychoaktywnych?” [N = 650]	69
Rysunek 39. Częstotliwość składania propozycji kupna substancji psychoaktywnych. [N=1000].....	70
Rysunek 40. Częstotliwość składania propozycji bezpłatnego zażycia (spróbowania) substancji psychoaktywnych. [N=1000]	70
Rysunek 41. Odpowiedzi na pytanie: „Kto z Pana/Pani otoczenia nadużywa lub nadużywał substancji psychoaktywnych innych niż alkohol” [N = 235].....	71
Rysunek 42. Odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli zdarzyło się, że ktoś w Pana/Pani obecności zażywał substancje psychoaktywne innych niż alkohol, to gdzie to się zdarzyło (lub zdarzało najczęściej)” [N = 240]	71
Rysunek 43. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zna Pan/Pani osobiście kogoś, kto Pana/Pani zdaniem nadużywa alkoholu?” [N=1000].....	72
Rysunek 44. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę określić, kto z Pana/Pani otoczenia nadużywa lub nadużywał alkoholu” [N = 662]	72
Rysunek 45. Główne przyczyny zakażenia HIV wśród nowo wykrytych w latach 2013-2017	76
Rysunek 46. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę wskazać zagrożenia wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych, które Pana/Pani zdaniem najczęściej dotyczą osoby uzależnionej? [N = 745]	77

Rysunek 47. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę ocenić zagrożenia społeczne wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych” [N=1000]	78
Rysunek 48. Czy w ostatnim czasie (12 miesięcy) starał się Pan/Pani znaleźć jakieś informacje na temat [N = 1000]	79
Rysunek 49. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę odnieść się do stwierdzeń dotyczących stosowania substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) i osób ich stosujących” [N=1000]	80
Rysunek 50. Odpowiedzi na pytanie: „Ocena możliwości zdobycia substancji psychoaktywnych w zamieszkiwanej miejscowości” [N=1000]	82
Rysunek 51. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę odnieść się do stwierdzeń dotyczących reklamowania alkoholu” [N=1000]	82
Rysunek 52. Odpowiedzi na pytanie: „Które instytucje udzielające pomocy osobom z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych Pan/Pani zna?” [N=1000]	83
Rysunek 53. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę ocenić ich skuteczność w skali od 1 do 5. 1 oznacza w ogóle nie skuteczna, 5 bardzo skuteczna” [N=1000]	84
Rysunek 54. Odpowiedzi na pytanie: „Czy oferty promocyjne koncernów alkoholowych zachęcają Pana/Panią do zakupu alkoholu?” [N=1000]	86
Rysunek 55. Odpowiedzi na pytanie: „Czy zna Pan/Pani jakiegokolwiek kampanie społeczne nawiązujące do przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych?” [N=1000]	87
Rysunek 56. Odpowiedzi na pytanie: „Proszę wskazać gdzie spotkał/a się Pan/Pani z kampanią społeczną” [N = 232]	88
Rysunek 57. Odpowiedzi na pytanie: „Czy w Pana/Pani opinii kampanie społeczne wpływają na mniejsze zainteresowanie substancjami psychoaktywnymi?” [N=1000]	88

Bibliografia

1. Boguszewski R., Hipsz N.: *Od kwestionariusza papierowego do wspomaganego komputerowo. Analiza porównawcza technik CAPI i PAP*, Przegląd Socjologiczny, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź 2012.
2. Bukowska B.: *Psychologiczne mechanizmy uzależnienia – przegląd teorii i modeli [w:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2012.
3. Europejski Raport Narkotykowy. Tendencje i osiągnięcia, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019.
4. Kostowski W.: Podstawowe mechanizmy i teorie uzależnień, Alkoholizm i narkomania 2006, tom 19, nr 2.
5. Makowska M.: *Analiza danych zastanych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2014.
6. Mały Rocznik Statystyczny Polski, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2018.
7. Michalczyk Z.: *Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania. Zrozumieć i pomóc rodzinie z dzieckiem zażywającym substancje psychoaktywne*, Wydanie II, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej Warszawa.
8. Miński R.: Wywiad pogłębiony jako technika badawcza. Możliwość wykorzystania IDI w badaniach ewaluacyjnych. „Przegląd Socjologii Jakościowej”, Tom XIII, Numer 3, 2017.
9. Raport wojewódzki: Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa lubelskiego w roku 2016, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2017.
10. Raport wojewódzki: Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na terenie województwa lubelskiego w roku 2017, Raport wojewódzki, Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Lublin 2018.
11. Raport: Global status report on alcohol and health – 2018, WHO, Geneva 2018.
12. Raport o stanie narkomanii w Polsce 2018, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2018.
13. Raport: *Produkcja i Rynek Napojów Spirytusowych Względem Pozostałych Napojów Alkoholowych. Analiza otoczenia prawnego, gospodarczego i prawnego*, Fundacja Republikańska, Warszawa 2017.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2014 r. w sprawie wykazu środków działających podobnie do alkoholu oraz warunków i sposobu przeprowadzania badań na ich obecność w organizmie.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.
17. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018, Warszawa, czerwiec 2019.

18. SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE NA LATA 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 r., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, wrzesień 2018 r.
19. Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 roku.
20. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
21. Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2017-2020.
22. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2017-2020.
23. Wojnar M., Brower K. J.: Neurobiologiczne mechanizmy uzależnienia [w:] Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii 2012.
24. Zestawienie statystyczne Profilaktyka I Rozwiązywanie Problemów Alkoholowych w Polsce w Samorządach Gminnych w 2018 roku, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2019.

Źródła internetowe

1. <http://www.codalej.info>
2. <http://www.olu.lublin.pl/>
3. <http://www.parpa.pl/>
4. <http://www.snzoz.lublin.pl>
5. <http://www.statystyka.policja.pl>
6. <https://bdl.stat.gov.pl>
7. <https://www.kbpn.gov.pl/>
8. <https://www.kbpn.gov.pl/>

7) Gmina (wielkość miejsca zamieszkania określona na podstawie nazwy gminy)

8) Powiat

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Powiat bialski | <input type="checkbox"/> 13. Powiat parczewski |
| <input type="checkbox"/> 2. Powiat biłgorajski | <input type="checkbox"/> 14. Powiat puławski |
| <input type="checkbox"/> 3. Powiat chełmski | <input type="checkbox"/> 15. Powiat radzyński |
| <input type="checkbox"/> 4. Powiat hrubieszowski | <input type="checkbox"/> 16. Powiat rycki |
| <input type="checkbox"/> 5. Powiat janowski | <input type="checkbox"/> 17. Powiat świdnicki |
| <input type="checkbox"/> 6. Powiat krasnostawski | <input type="checkbox"/> 18. Powiat tomaszowski |
| <input type="checkbox"/> 7. Powiat kraśnicki | <input type="checkbox"/> 19. Powiat włodawski |
| <input type="checkbox"/> 8. Powiat lubartowski | <input type="checkbox"/> 20. Powiat zamojski |
| <input type="checkbox"/> 9. Powiat lubelski | <input type="checkbox"/> 21. Powiat m.Biała Podlaska |
| <input type="checkbox"/> 10. Powiat łęczyński | <input type="checkbox"/> 22. Powiat m.Chełm |
| <input type="checkbox"/> 11. Powiat łukowski | <input type="checkbox"/> 23. Powiat m.Lublin |
| <input type="checkbox"/> 12. Powiat opolski | <input type="checkbox"/> 24. Powiat m.Zamość |

Skala występowania problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych

9) Które, z wymienionych poniżej substancji są Panu/Pani znane (kojarzy Pan/Pani ich nazwę)?
(wskazówka dla ankietera: nieograniczona możliwość wyboru odpowiedzi przez respondenta)

- 1.marihuana
- 2.haszysz
- 3.LSD
- 4.grzyby halucynogenne
- 5.ecstasy
- 6.amfetamina
- 7.kokaina
- 8.crack
- 9.heroina
- 10.sterydy anaboliczne
- 11.GHB („pigłka gwałtu”)
- 12. tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne
- 13.leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty (wymienić nazwy:.....)
- 14.leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty (wymienić nazwy:.....)
- 15.leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty (wymienić nazwy:.....)
- 16.leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty (wymienić nazwy:.....)
- 17.nie znam żadnej z tych nazw

10) Gdyby Pan/Pani zechciał/a zdobyć, którąś z wymienionych substancji w Pana/Pani miejscowości, czy byłoby to trudne?

	1.Bardzo łatwe	2.Dosyć łatwe	3.Dosyć trudne	4.Bardzo trudne	5.Niemożliwe	6.Nie wiem
1.marihuana						
2.haszysz						
3.LSD						
4.grzyby halucynogenne						
5.ecstasy						
6.amfetamina						
7.kokaina						
8.crack						

9. heroina						
10. sterydy anaboliczne						
11. GHB („pigulka gwałtu”)						
12. tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne						
13. leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty						
14. leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty						
15. leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty						
16. leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty						

11) Proszę określić, czy kiedykolwiek złożył ktoś Panu/Pani poniższą propozycję. Jeśli tak, to ile razy.

		1. W ciągu ostatnich 30 dni	2. W ciągu ostatnich 12 m-cy	3. Dawniej niż w ciągu ostatnich 12 m-cy
1. kupna którejs z wymienionych powyżej substancji psychoaktywnych	1. wiele razy			
	2. kilka razy			
	3. jeden raz			
	3. nigdy			
	4. nie pamiętam			
2. bezpłatnego zażycia (spróbowania) którejs z wymienionych powyżej substancji psychoaktywnych	1. wiele razy			
	2. kilka razy			
	3. jeden raz			
	3. nigdy			
	4. nie pamiętam			

12) Czy zdarzyło się Panu/Pani, że zażył Pan/Pani którąś z wymienionych substancji?

	1. codziennie lub prawie codziennie	2. 2-3 razy w tygodniu	3. 1-2 razy w tygodniu	4. 2-3 razy w miesiącu	5. 1 raz w miesiącu	6. 6-11 raz w roku	7. 2-5 razy w roku	8. raz w roku	9. jeszcze rzadziej	10. nigdy
1. marihuana										
2. haszysz										
3. LSD										
4. grzyby halucynogenne										
5. ecstasy										
6. amfetamina										
7. kokaina										

8.crack										
9.heroina										
10.sterydy anaboliczne										
11.GHB („pigułka gwałtu”)										
12. tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne										
13.leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty										
14.leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty										
15.leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty										
16.leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty										
17.Inne, jakie?										

13) Kiedy ostatnio spożywał Pan/Pani substancje psychoaktywne? (wskazówka dla ankietera: W przypadku, gdy respondent w pytaniu 12 udzielił odpowiedzi „nigdy” lub „nie pamiętam” w odniesieniu do wszystkich substancji, proszę przejść do pytania 19)

- 1.w ciągu ostatnich 30 dni
- 2.w ciągu ostatnich 12 m-cy
- 3.dawniej niż w ciągu ostatnich 12 m-cy
- 4.nie pamiętam

14) Ile miał/a Pan/Pani lat, kiedy doszło do tego po raz pierwszy?

- 1.
- 2.nie pamiętam

15) Z jakich powodów sięgnął/sięgnęła lub sięga Pan/Pani po substancje psychoaktywne inne niż alkohol? (wskazówka dla ankietera: nieograniczona możliwość wyboru odpowiedzi przez respondenta)

- 1.chęć rozładowania napięcia i/lub zapomnienia o problemach (np. w pracy, rodzinie)
- 2.aby zwalczyć odczuwany ból i/lub inne dolegliwości
- 3.dla pozyskania energii i chęci do pracy i/lub wykonywania konkretnych czynności
- 4.dla poprawy nastroju
- 5.chciałem/am dodać sobie odwagi
- 6.z ciekawości, chęci przeżycia czegoś nowego i/lub wyjątkowego
- 7.to jest/było modne wśród moich znajomych
- 8.chciałem/am zwrócić na siebie uwagę swoich bliskich/otoczenia
- 9.inne powody (jakie?).....
- 10.bez konkretnego powodu, to była/jest spontaniczna decyzja

16) Jeżeli zdarzyło się lub zdarza, że sięgnął/a lub sięga Pan/Pani po wymienione w pytaniu 12 substancje psychoaktywne inne niż alkohol, to gdzie to się zdarzyło (lub zdarzało najczęściej)?

- 1.w prywatnym domu/mieszkańiu
- 2.w otwartym miejscu publicznym (park, dworzec, ulica)
- 3.w zamkniętym miejscu publicznym (bar, pub, klub, dyskoteka, restauracja, siłownia, basen, stadion, itp.)
- 4.w miejscu pracy lub nauki (szkoła, uniwersytet, zakład pracy, itp.)
- 5.w innym miejscu, jakim?.....

17) Jeżeli zdarzyło się lub zdarza, że sięgnął/a lub sięga Pan/Pani po wymienione w pytaniu 12 substancje psychoaktywne inne niż alkohol, to w jakich okolicznościach?

- 1.zawsze w samotności
- 2.najczęściej w samotności

- 3.najczęściej w obecności innych osób
- 4.zawsze w obecności innych osób

18) Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu poniższe sytuacje?

	1.wiele razy	2.kilka razy	3.jeden raz	4.nigdy	5.nie pamiętam
1.Jednoczesne zażywanie kilku (co najmniej dwóch) wymienionych powyżej substancji dla spotęgowania efektów ich działania.					
2.Zażywanie kilku (co najmniej dwóch) wymienionych powyżej substancji w niewielkich odstępach czasu (do kilku godzin) dla utrzymania efektów ich działania.					
3.Zażywanie którejs z wymienionych powyżej substancji aby zniwelować odczuwanie dolegliwości/dyskomfortu z powodu wcześniejszego zażycia innej substancji psychoaktywnej.					

19) Czy zna Pan/Pani osobiście kogoś, kto Pana/Pani zdaniem nadużywa którejs z wymienionych substancji psychoaktywnych innych niż alkohol?

	1.nie znam nikogo	2. 1-2 osoby	3. 3-5 osób	4. 6-10 osób	5. więcej niż 10 osób
1.marihuana					
2.haszysz					
3.LSD					
4.grzyby halucynogenne					
5.ecstasy					
6.amfetamina					
7.kokaina					
8.crack					
9.heroina					
10.sterydy anaboliczne					
11.GHB („pigułka gwałtu”)					
12.tzw. dopalacze/nowe substancje psychoaktywne					
13.leki/substancje uspakajające możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty					
14.leki/substancje uspakajające możliwe do stosowania bez przepisu lekarza/specjalisty					
15.leki/substancje nasenne możliwe do stosowane jedynie z przepisu lekarza/specjalisty					
16.leki/substancje nasenne możliwe do stosowane bez przepisu lekarza/specjalisty					

20) Proszę zaznaczyć, kto z Pana/Pani otoczenia nadużywa lub nadużywał ww. substancji psychoaktywnych innych niż alkohol: *(wskazówka dla ankietera: nieograniczona możliwość wyboru odpowiedzi przez respondenta)*

- 1.mąż/zona
- 2.partner/partnerka
- 3.rodzice
- 4.dzieci
- 5.dziadkowie
- 6.rodzeństwo

- 7.dalsza rodzina (wuj, ciocia, kuzynostwo itp.)
- 8.sąsiedzi
- 9.przyjaciele/znajomi
- 10.osoby z pracy/szkoły
- 11.nie znam nikogo kto nadużywa którejs z wymienionych substancji

21) Jeżeli zdarzyło się, że ktoś w Pana/Pani obecności zażywał którąś z wymienionych wcześniej substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, to gdzie to się zdarzyło (lub zdarzało najczęściej)? *(wskazówka dla ankietera: możliwość wskazania maksymalnie 3 odpowiedzi)*

- 1.w prywatnym domu/mieszkanu
- 2.w otwartym miejscu publicznym (park, dworzec, ulica)
- 3.w zamkniętym miejscu publicznym (bar, pub, klub, dyskoteka, restauracja, siłownia, basen, stadion, itp.)
- 4.w miejscu pracy lub nauki (szkoła, uniwersytet, zakład pracy, itp.)
- 5.w innym miejscu, jakim?.....
- 6.nigdy się tak nie zdarzyło

22) Czy zdarza się Panu/Pani pić alkohol?

- 1.Tak
- 2.Nie (przejdźcie do pytania 31)

23) Ile miał/a Pan/Pani lat, kiedy doszło do tego po raz pierwszy?

- 1.
- 2.nie pamiętam

24) Jeśli zdarza się Panu/Pani pić alkohol, to jaki i jak często:

	1.piwo	2.wino	3.wódka	4.alkohole wysokogatunkowe (np. koniak, whisky)	5.coś innego
1.codziennie lub prawie codziennie					
2.2-3 razy w tygodniu					
3.1-2 razy w tygodniu					
4.2-3 razy w miesiącu					
5.1 raz w miesiącu					
6.6-11 raz w roku					
7.2-5 razy w roku					
8.raz w roku					
9.jeszcze rzadziej					
10.nigdy					

25) Kiedy ostatnio spożywał Pan/Pani alkohol?

- 1.w ciągu ostatnich 30 dni
- 2.w ciągu ostatnich 12 m-cy
- 3.dawniej niż w ciągu ostatnich 12 m-cy
- 4.nie pamiętam

26) Ile alkoholu wypija Pan/Pani najczęściej przy jednej okazji?

	1.Piwo (około 0,5 litra o zawartości czystego alkoholu między 3%-5%)	2.Wino (około 175 ml o zawartości czystego alkoholu ok. 12%)	3.Wódka (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	4.alkohole wysokogatunkowe (np. koniak, whisky) (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu 40%)	5.coś innego (około 50 ml o zawartości czystego alkoholu powyżej 40%)
1.1 porcję					
2.2 - 3 porcje					
3.4 - 5 porcji					
4.Więcej niż 5 porcji					

27) Z jakich powodów sięgnął/sięgnęła lub sięga Pan/Pani po alkohol? (wskazówka dla ankietera: nieograniczona możliwość wyboru odpowiedzi przez respondenta)

- 1.chęć rozładowania napięcia i/lub zapomnienia o problemach (np. w pracy, rodzinie)
- 2.abym zwalczył odczuwany ból i/lub inne dolegliwości
- 3.dla pozyskania energii i chęci do pracy i/lub wykonywania konkretnych czynności
- 4.dla poprawy nastroju
- 5.chciałem/am dodać sobie odwagi
- 6.z ciekawości, chęci przeżycia czegoś nowego i/lub wyjątkowego
- 7.to jest/było modne wśród moich znajomych
- 8.chciałem/am zwrócić na siebie uwagę swoich bliskich/otoczenia
- 9.inne powody (jakie?).....
- 10.bez konkretnego powodu to była/jest spontaniczna decyzja

28) Jeżeli zdarza się, że sięga Pan/Pani po alkohol, to w jakich okolicznościach? (wskazówka dla ankietera: możliwość wskazania maksymalnie 1 odpowiedzi)

- 1.zawsze w samotności
- 2.najczęściej w samotności
- 3.najczęściej w obecności innych osób
- 4.zawsze w obecności innych osób

29) Jeżeli zdarza się, że pije Pan/Pani alkohol w obecności innych osób to przy jakich okazjach najczęściej? (wskazówka dla ankietera: możliwość wskazania maksymalnie 3 odpowiedzi)

- 1.na spotkaniach z rodziną
- 2.na spotkaniach towarzyskich z przyjaciółmi, znajomymi
- 3.obchodząc święta, uroczystości religijne
- 4.abym uczcił jakieś osiągnięcia, np. zawodowe lub związane z nauką
- 5.bez specjalnej okazji – kiedy ma Pan(i) ochotę
- 6.do obiadu, kolacji
- 7.w dłuższej podróży
- 8.na spotkaniach służbowych
- 9.w dniu otrzymania wypłaty lub emerytury, renty
- 10.Inne okazji, jakie?.....

30) Jak często zdarza się Panu/Pani wypić tyle alkoholu, aby czuł/a się Pan/Pani nietrzeźwa/y / pijana/y?

- 1.codziennie lub prawie codziennie
- 2.2-3 razy w tygodniu
- 3.1-2 razy w tygodniu
- 4.2-3 razy w miesiącu
- 5.1 raz w miesiącu
- 6.6-11 razy w roku
- 7.2-5 razy w roku
- 8.raz w roku
- 9.jeszcze rzadziej
- 10.nigdy

31) Czy zna Pan/Pani osobiście kogoś, kto Pana/Pani zdaniem nadużywa alkoholu (ile jest takich osób)?

- 1.1-2 osoby
- 2.3-5 osób
- 3.6-10 osób
- 4.więcej niż 10 osób
- 5.nie znam nikogo (przejdźcie do pytania 40)

32) Proszę określić, kto z Pana/Pani otoczenia nadużywa lub nadużywał alkoholu: (wskazówka dla ankietera: nieograniczona możliwość wyboru odpowiedzi przez respondenta, pytania 33-39 skierowane do respondentów, którzy wskazali odpowiedź: „rodzice”)

- 1.mąż/żona (przejdźcie do pytania 40)
- 2.partner/partnerka (przejdźcie do pytania 40)
- 3.rodzice
- 4.dzieci (przejdźcie do pytania 40)
- 5.dziadkowie (przejdźcie do pytania 40)
- 6.rodzeństwo (przejdźcie do pytania 40)
- 7.dalsza rodzina (wuj, ciocia, kuzynostwo itp.) (przejdźcie do pytania 40)
- 8.sąsiedzi (przejdźcie do pytania 40)
- 9.przyjaciele/znajomi (przejdźcie do pytania 40)
- 10.osoby z pracy/szkoły (przejdźcie do pytania 40)
- 11.nie znam nikogo kto nadużywa którejs z wymienionych substancji (przejdźcie do pytania 40)

33) Ile miał Pan/Pani lat, gdy pojawiły się problemy z nadużywaniem alkoholu w domu?

.....

34) Którego rodzica dotyczy/dotyczył problem nadużywania alkoholu?

- 1.ojca
- 2.matki
- 3.obojga rodziców

35) Jak często Pana/Pani rodzic/rodzice spożywali/spożywają alkohol?

- 1.codziennie lub prawie codziennie
- 2.2-3 razy w tygodniu
- 3.1-2 razy w tygodniu
- 4.2-3 razy w miesiącu
- 5.1 raz w miesiącu
- 6.6-11 razy w roku
- 7.2-5 razy w roku

36) Czy Pana/Pani rodzice korzystali/korzystają ze specjalistycznej pomocy w walce z uzależnieniem?

- 1.tak, jakiej? (proszę pisać z jakiego rodzaju instytucji korzystali/korzystają rodzice).....
- 2.nie
- 3.nie wiem/nie pamiętam

37) Czy ktoś z Pana/Pani otoczenia wiedział o problemie nadużywania alkoholu przez rodziców?

- 1.tak
- 2.nie (przejdźcie do pytania 39)
- 3.nie wiem/nie pamiętam (przejdźcie do pytania 39)

38) Kto wiedział o problemie nadużywania alkoholu przez rodziców?

- 1.bliska rodzina
- 2.znajomi, przyjaciele
- 3.sąsiedzi
- 4.pedagodzy w szkole
- 5.ktoś inny, kto?.....

39) Czy rodzic/rodzice dalej boryka/borykają się z problemem nadużywania alkoholu?

- 1.tak
- 2.nie
- 3.nie wiem/nie pamiętam

40) Czy zdarzyły się w Pana/Pani życiu poniższe sytuacje?

	1.wiele razy	2.kilka razy	3.jeden raz	4.nigdy	5.nie pamiętam
1.Jednoczesne zażywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu dla					

spotęgowania efektów ich działania.					
2.Zażywanie w niewielkich odstępach czasu (do kilku godzin) substancji psychoaktywnych i alkoholu dla utrzymania efektów ich działania.					
3.Zażywanie substancji psychoaktywnych/lub picie alkoholu aby zniwelować odczuwanie dolegliwości/dyskomfortu z powodu wcześniejszego zażycia innej substancji psychoaktywnej/lub alkoholu.					

Pytania skierowane do kobiet

41) Czy będąc w ciąży spożywała Pani alkohol?

- 1.tak
- 2.nie (przejdź do pytania 44)
- 3.nie byłam w ciąży (przejdź do pytania 44)

42) Jak często spożywała Pani alkohol będąc w ciąży?

- 1.codziennie lub prawie codziennie
- 2.2-3 razy w tygodniu
- 3.1-2 razy w tygodniu
- 4.2-3 razy w miesiącu
- 5.1 raz w miesiącu
- 6.6-11 razy w roku
- 7.2-5 razy w roku

43) Czy zna Pani konsekwencje zdrowotne dla dziecka wynikające z picia alkoholu w trakcie ciąży?

- 1.tak
- 2.nie

Problemy społeczne wynikające z używania substancji psychoaktywnych

44) Czy zdarzyło się Panu/Pani lub komuś z najbliższej rodziny prowadzić samochód po spożyciu alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej niż alkohol?

ALKOHOLU	1.Respondent	2.Osoba z rodziny respondenta
1.tak, 1 raz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.tak, 2-5 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.tak, 6-10 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.tak, często	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ (inne niż alkohol)	1.Respondent	2.Osoba z rodziny respondenta
6.tak, 1 raz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.tak, 2-5 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.tak, 6-10 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.tak, często	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45) Czy zdarzyło się Panu/Pani lub komuś z najbliższej rodziny być w pracy pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej niż alkohol?

ALKOHOLU	1.Respondent	2.Osoba z rodziny respondenta
1.tak, 1 raz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.tak, 2-5 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.tak, 6-10 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.tak, często	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ (inne niż alkohol)	1.Respondent	2.Osoba z rodziny respondenta
6.tak, 1 raz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.tak, 2-5 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.tak, 6-10 razy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.tak, często	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46) Czy widział Pan/Pani kiedyś, żeby kobieta w ciąży zażywała substancje psychoaktywne (w tym alkohol)?

- 1.tak, 1 raz
- 2.tak, 2-5 razy
- 3.tak, 6-10 razy
- 4.tak, często
- 5.nie

47) Czy widział Pan/Pani kiedyś, żeby sprzedawca w sklepie sprzedał alkohol osobie nieletniej?

- 1.tak, 1 raz
- 2.tak, 2-5 razy
- 3.tak, 6-10 razy
- 4.tak, często
- 5.nie

Zagrożenia wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych

48) Czy w ostatnim czasie (12 miesięcy) starał się Pan/Pani znaleźć jakieś informacje na temat: *(wskazówka dla ankietera: nieograniczona możliwość wyboru odpowiedzi przez respondenta)*

- 1.narkotyków i ich szkodliwości
- 2.sposobu i możliwości leczenia skutków używania narkotyków
- 3.szkodliwości alkoholu
- 4.sposobu i możliwości leczenia skutków nadużywania alkoholu
- 5.przemocy domowej i jej skutków
- 6.sposobu i możliwości zwalczania przemocy domowej
- 7.możliwości zakupu substancji psychoaktywnych
- 8.nie szukałem/z szukałam informacji na żaden wymieniony powyżej temat

49) Proszę wskazać zagrożenia wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych, które Pana/Pani zdaniem najczęściej dotyczą osoby uzależnionej. *(wskazówka dla ankietera: możliwość wskazania maksymalnie 3 odpowiedzi)*

- 1.bezsenność
- 2.depresja/próby samobójcze
- 3.zaburzenia pamięci
- 4.zespoły organiczne np. otępienie
- 5.zaburzenia uczuciowości
- 6.wychudzenie, wyniszczenie organizmu
- 7.zakażenie wirusem HIV, HCV, HBV
- 8.patologie ciąży i porodu (syndrom FAS/FASD)
- 9.choroby przenoszone drogą płciową
- 10.ropnie i ropowice skóry w miejscach po zastrzykach
- 11.nie wiem, trudno powiedzieć

50) Proszę ocenić zagrożenia społeczne wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Oceny proszę dokonać w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza niskie zagrożenia a 5 bardzo wysokie zagrożenie

	1	2	3	4	5
1.osłabienie więzi rodzinnych					
2.bezdomność					
3.bezrobocie					
4.konflikty z prawem					
5.niepełnosprawność					
6.konieczność pomagania osobom uzależnionym przez społeczeństwo (opieka i wydatki socjalne)					

Postawy społeczne wobec substancji psychoaktywnych i osób je stosujących

51) Proszę odnieść się do stwierdzeń dotyczących stosowania substancji psychoaktywnych i osób ich stosujących.

	1.Zdecydowanie się zgadzam	2.Raczej się zgadam	3.Ani się zgadam ani się nie zgadzam	4.Raczej się nie zgadzam	5.Zdecydowanie się nie zgadzam
1.Problem uzależnień dotyczy mężczyzn, nie kobiet.					
2.Uzależnieni są agresywni i często w ich domach stosowana jest przemoc.					
3.Narkomani i alkoholicy to ludzie z marginesu społecznego.					
4.Porządne i wykształcone kobiety nie popadają w nałóg.					
5.Młodzież (osoby uczęszczające do liceum, techników, szkół branżowych) często pije alkohol.					
6.Dzieci alkoholików i narkomanów są skazane na nałóg.					
7.Uzależnienie od alkoholu/narkotyków jest niewyleczalne, nie warto zatem podejmować leczenia.					

Zagrożenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych

52) Proszę odnieść się do stwierdzeń dotyczących reklamowania alkoholu.

	1.Zdecydowanie się zgadzam	2.Raczej się zgadam	3.Ani się zgadam ani się nie zgadzam	4.Raczej się nie zgadzam	5.Zdecydowanie się nie zgadzam
1.Praktycznie codziennie widzę reklamę alkoholu (proszę wziąć pod uwagę wszystkie media).					
2.Reklamowanie alkoholu wpływa na większe spożycie alkoholu wśród społeczeństwa.					
3.Uważam, że reklamy alkoholu powinny być emitowane w telewizji jedynie po godzinie 20.					
4.Uważam, że zasadne jest zakazanie reklamowania alkoholu.					

53) Które instytucje udzielające pomocy osobom z problemem uzależnienia od substancji psychoaktywnych Pan/Pani zna? Które z nich są najbardziej skuteczne? Skuteczność proszę ocenić w skali od 1 do 5 gdzie 1 oznacza w ogóle nie skuteczna a 5 bardzo skuteczna.

	Znam	Ocena skuteczności				
		1	2	3	4	5
1.Placówki leczenia uzależnienia, odwykowe	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
2.Gminne/miejskie komisje rozwiązywania problemów	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
3.Interdyscyplinarne zespoły ds. przeciwdziałania przemocy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
4.Ośrodki pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
5.Świetlice socjoterapeutyczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
6.Grupy samopomocowe	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
7.Telefony zaufania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
8.Inne, jakie?.....	<input type="checkbox"/> Tak					

	<input type="checkbox"/> Nie					
--	------------------------------	--	--	--	--	--

Wpływ kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych na zmianę wzorów konsumpcji

54) Czy zna Pan/Pani jakiegokolwiek kampanie społeczne nawiązujące do przeciwdziałania uzależnieniom od substancji psychoaktywnych?

- 1.Tak
- 2.Nie (przejdź do pytania 56)
- 3.Trudno powiedzieć (przejdź do pytania 56)

55) Proszę wskazać gdzie spotkał/a się Pan/Pani z kampanią społeczną. (Proszę zaznaczyć max 3 odpowiedzi).

- 1.Telewizja
- 2.Radio
- 3.Prasa
- 4.Ulotki
- 5.Bilbordy/plakaty (np. na przystankach)
- 6.Media społecznościowe
- 7.Internet
- 8.Inne, jakie?

56) Czy w Pana/Pani opinii kampanie społeczne wpływają na mniejsze zainteresowanie substancjami psychoaktywnymi?

- 1.Zdecydowanie tak
- 2.Raczej tak
- 3.Ani tak, ani nie
- 4.Raczej nie
- 5.Zdecydowanie nie

57) Proszę określić, jak często widzi Pan/Pani oferty promocyjne koncernów alkoholowych w wymienionych miejscach.

	1.codziennie lub prawie codziennie	2.2-3 razy w tygodniu	3.1-2 razy w tygodniu	4.2-3 razy w miesiącu	5.1 raz w miesiącu	6.6-11 raz w roku	7.2-5 razy w roku	8.raz w roku	9.jeszcze rzadziej	10.nigdy
1.Telewizja										
2.Radio										
3.Prasa										
4.Ulotki										
5.Bilbordy/plakaty (np. na przystankach)										
6.Media społecznościowe										
7.Internet										
8.Kluby/lokale rozrywkowe/dyskoteki										

58) Czy oferty promocyjne koncernów alkoholowych zachęcają Pana/Panią do zakupu alkoholu?

- 1.Zdecydowanie tak
- 2.Raczej tak
- 3.Ani tak, ani nie
- 4.Raczej nie
- 5.Zdecydowanie nie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2. Powiat biłgorajski | <input type="checkbox"/> 14. Powiat puławski |
| <input type="checkbox"/> 3. Powiat chełmski | <input type="checkbox"/> 15. Powiat radzyński |
| <input type="checkbox"/> 4. Powiat hrubieszowski | <input type="checkbox"/> 16. Powiat rycki |
| <input type="checkbox"/> 5. Powiat janowski | <input type="checkbox"/> 17. Powiat świdnicki |
| <input type="checkbox"/> 6. Powiat krasnostawski | <input type="checkbox"/> 18. Powiat tomaszowski |
| <input type="checkbox"/> 7. Powiat kraśnicki | <input type="checkbox"/> 19. Powiat włodawski |
| <input type="checkbox"/> 8. Powiat lubartowski | <input type="checkbox"/> 20. Powiat zamojski |
| <input type="checkbox"/> 9. Powiat lubelski | <input type="checkbox"/> 21. Powiat m.Biała Podlaska |
| <input type="checkbox"/> 10. Powiat łęczyński | <input type="checkbox"/> 22. Powiat m.Chełm |
| <input type="checkbox"/> 11. Powiat łukowski | <input type="checkbox"/> 23. Powiat m.Lublin |
| <input type="checkbox"/> 12. Powiat opolski | <input type="checkbox"/> 24. Powiat m.Zamość |

Badanie właściwe

1. Od jak dawna jest Pan/Pani uzależniony/a od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych? Kiedy sięgnął/sięgnęła Pan/Pani po alkohol i/lub inne substancje psychoaktywne pierwszy raz? Czy może Pan/Pani krótko opisać historię swojego picia? Czym było spowodowane uzależnienie od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych – był jeden konkretny powód, czy było ich więcej (proszę je wymienić).
2. Czy członkowie Pana/Pani rodziny również mają problem z nadużywaniem alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych? Jaka jest obecna sytuacja w Pana/Pani rodzinie pod tym względem, a jak była w przeszłości?
3. Czy uważa Pan/Pani, że w Pana/Pani otoczeniu (zamieszkiwanym osiedlu, miejscu pracy lub nauki) jest sporo osób uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych? Czy ta sytuacja zmienia się na przestrzeni lat?
4. Czy uważa Pan/Pani, że w Pana/Pani miejscowości alkoholizm i/lub uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych to duży problem społeczny? Jeśli tak, to dlaczego?
5. W jakiej sytuacji pił Pan/Pani alkohol/zażywał inne substancje psychoaktywne? Czy był Pan/Pani w tym czasie sam czy w towarzystwie? Czy nadużywał/a Pan/Pani jednocześnie alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych?
6. Czy zna Pan/Pani stereotypy dotyczące osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych? Czy zgadza się Pan/Pani z nimi? Czy odczuł Pan/Pani je na sobie?
7. Jaka jest Pana/Pani sytuacja finansowa? Jakie są Pana/Pani źródła dochodu? Jaka jest obecnie Pana/Pani sytuacja zawodowa? Jaki rodzaj umowy posiada Pan/Pani? / Jak długo jest Pan/Pani bezrobotny? Czy szuka Pan/Pani pracy? Z jakim efektem? Czy uważa Pan/Pani, że uzależnienie wpływa na trudności ze znalezieniem zatrudnienia?
8. Czy przyszedł Pan/Pani kiedykolwiek do pracy pod wpływem alkoholu? Ile razy się to zdarzyło? Czy konsumował Pan/Pani alkohol w czasie pracy? Jakie skutki musiał Pan/Pani ponieść (np. zwolnienie, upomnienie, nagana)?
9. Jaka jest Pana/Pani sytuacja zdrowotna? Czy Pana/Pani sytuacja zdrowotna ma związek z sytuacją zawodową, finansową lub mieszkaniową? Jeśli tak, to jaki?
10. Czy dostrzega Pan/Pani zagrożenia i konsekwencje związane z nadużywaniem alkoholu/innych substancji psychoaktywnych? Czy zauważa je Pan/Pani u siebie? [wskazówka dla moderatora: senność; depresja/próby samobójcze; zaburzenia pamięci, zespoły organiczne np. otępienie; utrata pracy; ubóstwo; zaburzenia uczuciowości; rozpad rodziny; wychudzenie, wyniszczenie organizmu; zakażenie wirusem HIV, HCV, HBV; choroby przenoszone drogą płciową; stanowanie zagrożenia w ruchu drogowym]. Jakie Pana/Pani zdaniem są najważniejsze konsekwencje Pana/Pani choroby alkoholowej dla: a) Pana/Pani osobiście; b) Pana/Pani otoczenia (rodzinnym znajomych); c) całego społeczeństwa.

W przypadku, gdy wywiadu udziela kobieta proszę dopytać: Czy będąc w ciąży spożywała Pani alkohol? Jeśli tak, to jak często? Czy zna Pani konsekwencje spożywania alkoholu w ciąży? Jeśli tak, to proszę je wymienić. Czy wie Pani czym jest syndrom FASD/FAS? Jeśli tak, to proszę wyjaśnić.

11. Jakie Pana/Pani zdaniem są najważniejsze konsekwencje Pana/Pani choroby alkoholowej/uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych niż alkohol dla: a) Pana/Pani osobiście; b) Pana/Pani otoczenia (rodzinnego/znajomych); c) całego społeczeństwa.
12. Czy zna Pan/Pani ofertę pomocy skierowaną dla osób uzależnionych od alkoholu? Gdzie się Pan/Pani o niej dowiedział? Czy korzystał Pan/Pani z takiej oferty? Jeśli tak, to jakiej? Czy odniosła oczekiwany skutek? Czy korzystał Pan/Pani z pomocy kilka razy?
13. Czy zna Pan/Pani ofertę pomocy skierowaną do osób uzależnionych od alkoholu/innych substancji psychoaktywnych niż alkohol? Gdzie się Pan/Pani o niej dowiedział? Czy korzystał Pan/Pani z takiej oferty? Jeśli tak, to jakiej? Czy odniosła oczekiwany skutek? Czy korzystał Pan/Pani z pomocy kilka razy?
14. Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani dodać coś na koniec wywiadu w temacie badania?

Scenariusz wywiadu FGI

Dzień dobry,

Nazywam się ... i jestem pracownikiem Grupy BST, która na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Lublinie przeprowadza badanie, którego celem jest określenie skali, struktury i wzorów używania substancji psychoaktywnych, postaw i problemów społecznych w tym zakresie oraz dostępności oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Nasza rozmowa będzie rejestrowana, przy czym w raporcie nie zostaną wykorzystane żadne dane identyfikujące uczestników badania.

Wprowadzenie [5 minut]

Proszę się przedstawić i krótko powiedzieć czym się Państwo zajmują.

Uwarunkowania społeczno–demograficzne/wzory używania substancji psychoaktywnych wśród dorosłych. Czynniki prowadzące do uzależnienia (w tym wzory konsumpcji alkoholu) [40 minut]

1. Czy są Państwo w stanie określić profil osób zażywających substancje psychoaktywne? Proszę wziąć pod uwagę różne środki psychoaktywne [wskazówka dla moderatora *płeć, wiek, status zawodowy, wykształcenie, dochód, klasa miejsca zamieszkania*].
2. Czy można dostrzec tendencję obniżania się wieku inicjacji w zażywaniu środków psychoaktywnych? Które rodzaje środków są popularne wśród osób najmłodszych? Czy w Państwa opinii kupno alkoholu/narkotyków dla młodzieży jest problemem?
3. Czy na podstawie Państwa doświadczenia są Państwo w stanie określić pewne grupy ryzyka, które częściej uzależniają się od substancji psychoaktywnych? Jakie są czynniki, które wpływają na zwiększenie ryzyka w tych grupach?
4. Jakie działania wpłynęłyby na zmniejszenie występowania uzależniania we wskazanych grupach ryzyka? Proszę działania podzielić ze względu na podmiot realizujący (działania do realizacji przez szczebel wojewódzki, działania lokalne). W jakim zakresie Państwo jesteście w stanie włączyć się we wskazane działania?
5. Czy można wyróżnić pewne czynniki, które prowadzą osoby do uzależniania? Proszę je wymienić. Jakie działania należy realizować aby zniwelować te czynniki?
6. Czy istotnym czynnikiem wpływającym na uzależnienie od alkoholu są działania firm alkoholowych oraz oferta lokali, klubów, które oddziałują na wzory konsumpcji? Jeżeli tak, czy możliwe jest przeciwdziałanie w tym zakresie na szczeblu wojewódzkim, jeżeli tak to w jakim zakresie?

Problemy społeczne współwystępujące z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych [15 minut]

7. Czy można powiązać inne problemy społeczne z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak to jakie są to problemy – przemoc domowa, bezrobocie, korzystanie z pomocy społecznej, wykluczenie społeczne? [wskazówka dla moderatora *proszę omówić wszystkie wymienione i dopytać uczestników o inne*].
8. Czy w Państwa opinii zjawisko używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży jest częste? Czy to zjawisko pojawia się coraz częściej? Z czego ono wynika i jak przeciwdziałać mu?

Dostępność oferty pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych [20 minut]

9. Czy w Państwa opinii oferta pomocy dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w województwie lubelskim jest wystarczająca? Proszę wziąć pod uwagę całe województwo jak

również poziom lokalny (powiaty, gminy). Czego brakuje, na co powinno zwrócić się szczególną uwagę?

10. W jakim zakresie należałoby dokonać zmian, aby oferta pomocy była bardziej dopasowana do potrzeb osób uzależnionych? Jakie działania należy realizować i na jakim poziomie.

Kampanie społeczne przeciwdziałające na uzależnienie od substancji psychoaktywnych [10 minut]

11. Czy w Państwa opinii kampanie społeczne mają istotny wpływ na przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych? Która kampania była w Państwa opinii najbardziej skuteczna? Od czego zależy Państwa opinia – czym charakteryzowała się ta kampania?
12. Czy kampanie społeczne realizowane na poziomie regionalnym (województwo) są lepiej dopasowane do potrzeb społeczeństwa niż te realizowane lokalnie (powiat, gmina)? Co należałoby zrobić, żeby kampanie społeczne lepiej 'trafiały' do mieszkańców województwa lubelskiego?

Podsumowanie badania [5 minut]

13. Czy chcieliby Państwo dodać coś na koniec rozmowy?