Ministerstwo Zdrowia

Krajowe Biuro ds.
Przeciwdziałania
Narkomanii

Centrum
Badania Opinii
Społecznej

OSZACOWANIE ROZPOWSZECHNIENIA WYBRANYCH UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH ORAZ ANALIZA KORELACJI POMIĘDZY WYSTĘPOWANIEM UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH A UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

PROJEKT BADAWCZY ZREALIZOWANY PRZEZ FUNDACJĘ CENTRUM BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ, WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI MINISTRA ZDROWIA

WARSZAWA, kwiecień 2015

Znak jakości przyznany CBOS przez Organizację Firm Badania Opinii i Rynku

9 stycznia 2015 roku

Spis treści

INFORMACJA O PROJEKCIE BADAWCZYM **5**

CZĘŚĆ I ROZPOWSZECHNIENIE WYBRANYCH UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH I ICH ZWIĄZEK Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH **9**

STRESZCZENIE **11**

WPROWADZENIE **16**

METODOLOGIA **23**
Dobór próby 27
Metoda badawcza 29
Poziom realizacji i ważenie wyników 30
Zastosowane procedury kontroli 33

WYNIKI **37**

1. HAZARD **39**
1.1. Portret społeczno-demograficzny graczy 39
1.1.1. Zagrożenie uzależnieniem od hazardu 51
1.1.2. Zróżnicowania społeczno-demograficzne uzależnienia od hazardu 52
1.2. Poziom ryzyka uzależnienia a rodzaj uprawianych gier na pieniądze 63
1.3. Przyczyny grania 66
1.3.1. Duża wygrana i jej przeznaczenie 68
1.4. Percepcja problemu uzależnienia 70
1.4.1. Potencjał uzależniający poszczególnych gier 71
1.5. Rozumienie terminów „hazard” i „hazardzista” 74
1.5.1. Reakcja otoczenia na grę 76
1.5.2. Autodefinicja graczy 77
1.6. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące przed patologicznym hazardem 78
1.7. Oszacowanie liczby osób uprawiających patologiczny hazard 79

2. PRACA **84**
2.1. Zasięg zjawiska 84
2.2. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a wiek 85
2.3. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a płeć 88
2.4. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a aktywność zawodowa 90
2.5. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a motywacje do pracy 96
2.6. Zagrożenie uzależnieniem od pracy w opinii otoczenia 102
2.7. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a skłonność do innych uzależnień behawioralnych 104

3. INTERNET **108**
3.1. Zasięg zjawiska 108
3.3. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a wiek 109
3.3. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a płeć 112
3.4. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a miejsce zamieszkania 113
3.5. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a czas spędzany w sieci i sposób łączenia 115
3.6. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a rodzaje aktywności prowadzonej w sieci 117
3.7. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a nawiązywanie relacji międzyludzkich w sieci 128

4. ZAKUPY **132**
4.1. Zasięg zjawiska i cechy sprzyjające 132
4.2. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób z problemem zakupowym 134
4.3. Strategie finansowe osób z problemem zakupowym 140
4.4. Zwyczaje konsumenckie osób z problemem zakupowym 142
4.4.1. Preferencje dotyczące produktów 142
4.4.2. Miejsca dokonywania zakupów 147

4.5. „Windows – shopping” ... 152
4.6. Aukcje internetowe ... 154
4.7. Kompulsywne zakupy a inne uzależnienia ... 159

5. ANALIZA KORELACJI POMIĘDZY WYSTĘPOWANIEM UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH, A UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ... 161
5.1. Pochodne THC, inne narkotyki, leki psychoaktywne ... 161
5.1.1. Marihuana i haszysz ... 161
5.1.2. Pozostałe narkotyki ... 164
5.1.3. Leki psychoaktywne dostępne na receptę ... 168
5.2. Substancje psychoaktywne a uzależnienia behawioralne – synteza ... 169

6. UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE W OPINII SPOŁECZNEJ ... 172

PODSUMOWANIE I WNIOSKI ... 179

REKOMENDACJE BADAWCZE ... 182

BIBLIOGRAFIA ... 184

TABELE ZRÓŻNICOWAŃ SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNYCH ... 185

CZĘŚĆ II SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – POSTAWY I ZACHOWANIA ... 195

STRESZCZENIE ... 197

WPROWADZENIE ... 201

METODOLOGIA ... 202
Dobór próby ... 203
Metoda badawcza ... 206
Poziom realizacji i ważenie wyników ... 207
Zastosowane procedury kontroli ... 209
Charakterystyka próby ... 211

WYNIKI ... 215

1. NARKOTYKI I LEKI ... 217
1.1. Znajomość narkotyków ... 217
1.2 Używanie narkotyków ... 218
1.3. Problemowe używanie marihuany ... 225
1.4. Używanie „dopalaczy” ... 228
1.5. Używanie leków uspokajający i nasennych ... 229

2. UŻYWANIE ALKOHOLU ... 232

3. UŻYWANIE TYTONIU ... 244

4. DOSTĘPNOŚĆ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH ... 245
4.1. Ogólny stopień łatwości zdobycia poszczególnych substancji w ocenie badanych ... 245
4.2. Liczba otrzymywanych propozycji poszczególnych substancji psychoaktywnych ... 247
4.3. Pozyskiwanie przez respondentów przetworów konopi ... 248

5. NARKOMANIA JAKO PROBLEM SPOŁECZNY ... 251
5.1. Społecznie postrzegana waga problemu ... 251
5.2. Wiedza i przekonania na temat substancji psychoaktywnych ... 255
5.3. Widoczność działań profilaktycznych ... 260
5.4. Postawy wobec narkomanii ... 262
5.5. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków ... 265

PODSUMOWANIE I WNIOSKI ... 269

BIBLIOGRAFIA ... 271

INFORMACJA O PROJEKCIE BADAWCZYM

Projekt badawczy realizowany był od 1 września 2014 r. do 30 kwietnia 2015 r. Jego celem było:

- oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do:
  - hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego)
  - innych uzależnień behawioralnych – siecioholizmu, zakupoholizmu i praco-holizmu.
- analiza korelacji pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych a występowaniem uzależnień behawioralnych (przede wszystkim problemowego hazardu)

Projekt badawczy składał się z dwóch niezależnych badań ilościowych:

I. Badanie „Uzależnienia behawioralne", zrealizowane na reprezentatywnej ogólnopolskiej losowej próbie osób w wieku 15+, przy zastosowaniu metody bezpośredniego wywiadu ankieterskiego (face-to-face) wspomaganego komputerowo (CAPI); zrealizowano efektywnie 2502 wywiady.

II. Badanie „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania", zrealizowane na ogólnopolskiej próbie gospodarstw domowych, wśród osób w wieku 15+, przy zastosowaniu metody bezpośredniego wywiadu ankieterskiego (face-to-face) wspomaganego komputerowo (CAPI); zrealizowano efektywnie 1379 wywiadów.

Z wcześniejszego raportu CBOS „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych"[1] z 2012 roku wynika, że uczestnictwo w grach hazardowych często wiąże się z nadużywaniem substancji psychoaktywnych - grze często towarzyszy alkohol, papierosy, czy substancje odurzające. W badaniach potwierdzono pozytywną korelację pomiędzy używaniem tytoniu, alkoholu i marihuany, a problematycznym hazardem.[2] Dodatkowo, świadomi swego uzależnienia

[1] Centrum Badania Opinii Społecznej, Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych, Warszawa 2012

[2] Walther B, Morgenstern M, Hanewinkel R. Co-occurrence of addictive behaviours:personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. Europeanaddiction research.18(4):167-74.

gracze porównują oddziaływanie hazardu na emocje graczy do korzyści, jakie daje konsumpcja substancji psychoaktywnych.

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych z jednej strony może nie tylko zwiększać ryzyko rozwoju uzależnień behawioralnych, lecz również pogarszać ich przebieg, zmniejszając skuteczność leczenia. Rozmaite uzależnienia łączą często wspólne czynniki ryzyka, co uzasadniać ma podjęcie podobnych oddziaływań prewencyjnych i leczniczych dla uzależnień od substancji i behawioralnych.[3]

W dyskusjach nad nową klasyfikacją DSM-5 podkreśla się, że istnieje wiele podobieństw między niektórymi nałogami behawioralnymi, a nałogowym używaniem substancji.[4] Znalazło to odzwierciedlenie w obecnej formie klasyfikacji DSM-5, w której to patologiczny hazard umieszczono w kategorii „zaburzeń używania substancji i nałogów". Uznano bowiem, że „zgromadzono wystarczającą liczbę dowodów na występowanie wspólnych czynników predysponujących, mechanizmów patogenetycznych, podobieństwo obrazu klinicznego i przebiegu i – w mniejszym zakresie - skutecznej terapii". Liczne podobieństwa pomiędzy uzależnieniami od substancji i nałogami behawioralnymi skutkować powinny badaniami nad stwierdzeniem, czy czynniki składowe nałogów są zbliżone, czy odmienne, a jeśli odmienne - należy je zidentyfikować.[5] Dlatego też w ramach badań dotyczących uzależnien behawioralnych ujęto zagadanienie dotyczące postaw i zachowań związanych z substancjami psychoaktywnymi, tymi legalnymi jak i nieleglanymi, aby zbadać korelacje pomiędzy występowaniem uzależnień behawiorlanych a używaniem substancji psychoaktywnych.

W wyniku przeprowadzenia badań osiągnięte zostały główne cele projektu badawczego:

- zdefiniowanie rozpowszechnienia różnych form hazardu i innych uzależnień behawioralnych w populacji ogólnopolskiej;
- zdefiniowanie rozpowszechnienia używania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych;

[3] Dickson L, Derevensky J, Gupta R (2002) The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. Journal of Gambling Studies, 18: 97-159

[4] Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR (2010) Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint? Annals of New York Academy of Sciences, 1187: 294-315

[5] Bradley BP (1990) Behavioural addictions: common features and treatment implications. British Journal of Addiction, 85: 1417-1419

- zdefiniowanie zależności pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych a podejmowaniem zachowań problemowych w związku z grami hazardowymi oraz innymi uzależnieniami behawioralnymi;
- identyfikacja czynników chroniących i czynników ryzyka hazardu problemowego / patologicznego oraz innych uzależnień behawioralnych;
- zdefiniowanie grup ryzyka w odniesieniu do poszczególnych typów uzależnień;
- zdefiniowanie zmian, jakie zaszły w poziomie rozpowszechnienia różnych form hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych na przestrzeni ostatnich dwóch lat, w drodze analizy porównawczej wyników uzyskanych w poprzedniej i aktualnej edycji badania.
- sformułowanie rekomendacji dotyczących zapobieganiu /ograniczaniu zachowań ryzykownych w odniesieniu do hazardu i innych uzależnień behawioralnych, także w kontekście współwystępowania uzależnień behawioralnych i od substancji psychoaktywnych.

Ponadto pozyskane zostały dane na temat:

- profili społeczno-demograficznych osób uczestniczących w grach o charakterze hazardowym oraz osób zagrożonych uzależnieniem od Internetu, zakupów i pracy i ich zmian na przestrzeni ostatnich dwóch lat;
- społecznego postrzegania gier o charakterze hazardowym oraz wiedzy i przekonań na temat ryzyka związanego z uprawianiem hazardu;
- społecznego postrzegania i postaw społecznych wobec innych uzależnień behawioralnych.

CZĘŚĆ I

ROZPOWSZECHNIENIE WYBRANYCH UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH I ICH ZWIĄZEK Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

OPRACOWAŁ ZESPÓŁ W SKŁADZIE:

Barbara Badora
Magdalena Gwiazda
Marcin Herrmann
Jolanta Kalka
Jacek Moskalewicz

STRESZCZENIE

Badanie „Rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych i ich związek z używaniem substancji psychoaktywnych" realizowane było od listopada 2014 r. do lutego 2015 r. Badanie to jest powtórzeniem projektu zrealizowanego w roku 2012 – respondentom, zadano te same pytania, bowiem jednym z celów badania było uchwycenie zmian, jakie zaszły w ciągu dwóch lat w zasięgu wybranych zaburzeń zachowania i strukturze osób nimi zagrożonych. Podobnie, jak przed dwoma laty, w obszarze zainteresowania badawczego leżały następujące zaburzenia zachowania: hazard, uzależnienie od pracy, od Internetu i od zakupów.

HAZARD

W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie co trzeci Polak w wieku 15 + grał w jakieś gry na pieniądze (34,2%), w tym 7,1% grała codziennie lub kilka razy w tygodniu. W porównaniu z wynikami uzyskanymi w 2012 roku, struktura popularności poszczególnych gier nie uległa zmianie. Polacy najczęściej grają w gry liczbowe Totalizatora Sportowego, a w dalszej kolejności: w zdrapki, loterie/konkursy SMS-owe oraz na automatach.

Udział wśród grających poszczególnych grup wiekowych z przedziału 25 – 64 lata jest zbliżony; w porównaniu z 2012 rokiem nieco zmniejszył udział graczy najmłodszych (15-17 lat), a zwiększył najstarszych (65+). Większość grających to mężczyźni.

W 2012 roku grało w sposób mogący prowadzić do uzależnienia 3,7% Polaków w wieku 15+, w tym 0,2% już miało z nim poważny problem; w 2014 roku te wskaźniki są nieco wyższe: symptomy uzależnienia występują u 5,3% Polaków, w tym 0,7% to osoby wysoce zagrożone uzależnieniem od hazardu. Porównanie danych z 2012 i 2014 roku dowodzi, że ten wzrost jest efektem wewnętrznych zmian w grupie graczy. O ile w 2012 roku 1,0% miało duży problem z hazardem, to w 2014 roku takich osób jest więcej - 2,2%, natomiast zmniejszył się nieco odsetek graczy zagrożonych uzależnieniem w sposób umiarkowany.

Grający mężczyźni są bardziej zagrożeni uzależnieniem od hazardu niż kobiety. U co piątego gracza płci męskiej występują symptomy uzależnienia. Zagrożonych kobiet jest dwukrotnie mniej. Grupą o najwyższym odsetku osób zagrożonych uzależnieniem są osoby młode, liczące 18 – 24 lata; zmniejszył się odsetek graczy zagrożonych uzależnieniem w wieku 15 – 17 lat i zwiększył w wieku 65+. Problem uzależnienia od hazardu zaczyna dotykać w większym stopniu osoby słabiej wykształcone, a w mniejszym – graczy z wyższym wykształceniem; spadła liczba osób zagrożonych patologicznym hazardem w największych miastach i wzrosła na wsi (w pozostałych klasach miejscowości nie zanotowano zmian).

Poziom ryzyka uzależnienia wiąże się z rodzajem gier uprawianych przez graczy. Najbezpieczniejsze są gry liczbowe Totalizatora Sportowego, zdecydowana większość graczy nie ma żadnych symptomów uzależnienia od hazardu. Relatywnie bezpieczne są także zdrapki oraz uczestnictwo w loteriach lub konkursach SMS-owych – odsetki graczy zagrożonych uzależnieniem są niewysokie. Pozostałe gry: w kasynie, na automatach, zakłady bukmacherskie, wyścigi konne lub innych zwierząt oraz gry w Internecie, mają znaczny potencjał uzależniający. U co trzeciej lub co drugiej osoby uprawiającej którąś z tych gier, występują jakieś symptomy uzależnienia.

Na podstawie analizy metodą punktu referencyjnego, liczbę patologicznych hazardzistów w Polsce można oszacować obecnie na około 28 000.

PRACA

W 2014 roku, na podstawie wyników testu Bryana E. Robinsona, 19,1% Polaków mających 15 lat i więcej można zaliczyć do grupy tych, dla których uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem; dalsze 36,2% stanowią osoby w przypadku których istnieje zagrożenie wystąpieniem takiego zaburzenia. Kluczową zmienną różnicującą poziom zagrożenia uzależnieniem od pracy w polskim społeczeństwie jest przynależność do określonej grupy społeczno-zawodowej. Zagrożeniu pracoholizmem sprzyja - ogólnie rzecz biorąc - w miarę regularne wykonywanie pracy zarobkowej, a w szczególności praca na własny rachunek, zarówno w pozarolniczych sektorach gospodarki, jak i w rolnictwie. Czynnikiem zagrażającym w kontekście uzależnienia od pracy jest też zajmowanie samodzielnych specjalistycznych stanowisk oraz pełnienie funkcji kierowniczych. Konsekwencją związku zagrożenia uzależnieniem od pracy z aktywnością zawodową jest - stwierdzony w badaniach ilościowych przeprowadzonych w latach 2012 i 2014 - związek stopnia zagrożenia pracoholizmem z wiekiem badanych. Na uzależnienie od pracy najbardziej narażone są osoby w wieku produkcyjnym, przy czym największy odsetek badanych wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy odnotowano w grupie wiekowej 35–64 lata, a najwyższy poziom zagrożenia - wśród osób w wieku 25-34 lata. W najbardziej dotkniętej tym zaburzeniem zachowania grupie wiekowej 35–64 lata, znacznie częściej świadczące o pracoholizmie wyniki w teście Bryana E. Robinsona uzyskują kobiety niż mężczyźni.

Zarówno uzależnieni od pracy, zagrożeni tym uzależnieniem, jak i niewykazujący symptomów uzależnienia motywowani są do pracy tym samym zestawem potrzeb, przy czym osoby uzależnione bądź zagrożone uzależnieniem bardziej niż niemające tego problemu są zmotywowane do zdobycia wyższej pozycji zawodowej, awansu oraz osiągnięcia wyższego lub utrzymania wysokiego statusu materialnego.

INTERNET

Przeważająca większość korzystających z sieci (98,1%) to przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów w związku z korzystaniem z Internetu. Problem z uzależnieniem od Internetu według testu Internet Addiction Test dotyczy obecnie 0,08% badanej populacji, co stanowi 0,12% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od Internetu jest natomiast 1,2% ogółu badanych, co stanowi 1,8% korzystających z Internetu.

Zagrożeni uzależnieniem lub już uzależnieni od Internetu nadal rekrutują się głównie spośród osób poniżej 25 roku życia. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż problem zagrożenia uzależnieniem od Internetu jest częstszy wśród młodzieży niepełnoletniej, niż osób w wieku 18-24 lata. Przewaga młodych ludzi wśród osób zagrożonych tym uzależnieniem znajduje odzwierciedlenie w strukturze wieku osób, które w teście Internet Addiction Test, uzyskały wyniki wskazujące na co najmniej zagrożenie tym uzależnieniem - ponad połowa z nich nie ukończyła jeszcze 25 roku życia, podczas gdy wśród przeciętnych użytkowników Internetu ta grupa wiekowa stanowi tylko niespełna jedną piątą. Warto też zauważyć, iż upowszechnienie korzystania z Internetu powoduje, że struktura wieku internautów upodabniania się do struktury wieku w całej populacji Polaków w wieku 15+ (w szczególności dotyczy to tzw. przeciętnych użytkowników sieci, niezagrożonych uzależnieniem), choć nadal wśród internautów niedoreprezentowani są najstarsi badani, którzy ukończyli co najmniej 65 lat.

ZAKUPY

Symptomy kompulsywnego kupowania, na podstawie testu Valence, d'Astous and Fortier Compulsive Buying Scale, przejawia obecnie 4,1% populacji Polaków od 15 roku życia; w stosunku do roku 2012 notujemy niewielki wzrost liczby zagrożonych, zauważalny zwłaszcza wśród kobiet. Uzyskane dane potwierdzają wnioski z poprzedniego badania: uzależnieniu od zakupów sprzyja przede wszystkim wiek i płeć - w największym stopniu podatne na zagrożone są młode kobiety. Analiza zmiennych społeczno-demograficznych wskazuje, że apogeum zjawiska kompulsywnych zakupów notujemy wśród kobiet w wieku do 24 lat; po przekroczeniu tego progu wiekowego problem stopniowo się zmniejsza, osiągając najniższy – i zbliżony wśród kobiet i mężczyzn - poziom w grupie wiekowej 65 lat i więcej. Zanotowany w badaniu wzrost odsetka zagrożonych wśród kobiet w przedziale wiekowym 35 – 44 lata i mężczyzn powyżej 55 lat może jednak wskazywać na rozszerzanie się zjawiska na starsze grupy wiekowe.

Osoby zdradzające symptomy uzależnienia od zakupów zdecydowanie częściej niż wolni od tego zagrożenia zdradzają jednocześnie objawy innego zaburzenia zachowania: ponad dwie piąte „zakupoholików" to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy;

co dziesiąta jest zagrożona uzależnieniem od Internetu, niemal tyle samo ma problem z uzależnieniem od hazardu.

ANALIZA KORELACJI POMIĘDZY UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WYSTĘPOWANIEM UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

W rozdziale przedstawiono analizę zależności między uzależnieniami behawioralnymi, takimi jak siecioholizm, zakupoholizm, pracoholizm i hazard, a przyjmowaniem środków psychoaktywnych, takich jak narkotyki (marihuana i haszysz, LSD, amfetamina, grzyby halucynogenne, ecstasy, kokaina, heroina, „kompot, sterydy anaboliczne, środki wziewne i dopalacze) i leki psychotropowe oraz uspokajające.

Analizy przeprowadzono dla poszczególnych uzależnień behawioralnych, jak i wśród wyodrębnionej grupy osób uzależnionych od jakiegokolwiek zachowania problematycznego. W tym ujęciu przedstawiono zależności z przyjmowaniem marihuany i haszyszu jak i innych wyodrębnionych narkotyków, przyjmowaniem jakichkolwiek narkotyków innych niż marihuana i haszysz, leków oraz wyżej wymienionych środków psychoaktywnych ogółem.

Wykorzystano analizę tabel krzyżowych i analizę korelacji, która wykazała ogólne zwiększone spożycie środków psychoaktywnych wśród badanych zaliczanych do grupy osób uzależnionych od zachowań. W przypadku uzależnionych od pracy, zakupów i hazardu odnotowano istotne, choć słabe zależności między przyjmowaniem środków psychoaktywnych a uzależnieniem od wyżej wymienionych zachowań. W przypadku siecioholizmu częstsze przyjmowanie środków psychoaktywnych (najczęściej pod postacią marihuany i haszyszu) przy jednoczesnym rzadszym przyjmowaniu leków psychotropowych w porównaniu z grupą nieuzależnioną, należy uznać za zależność pozorną, związaną z wiekiem siecioholików, a nie przynależnością do grupy ryzyka.

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE W OPINII SPOŁECZNEJ

Funkcjonująca w społecznej świadomości hierarchia uzależnień nie uległa zmianie na przestrzeni ostatnich dwóch lat: jako groźniejsze niezmiennie postrzegane są uzależnienia o charakterze chemicznym, wśród nich przede wszystkim narkomania i alkoholizm. Uzależnienia behawioralne odbierane są jako przypadłości o zdecydowanie mniejszym ciężarze gatunkowym; wśród nich tylko hazard lokowany jest relatywnie bliżej „nałogów zagrażających życiu”, natomiast patologiczne zakupy – najbliżej „niegroźnych przyzwyczajeń”.

Poglądy Polaków na temat ewentualnej terapii uzależnionych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego są naturalną konsekwencją sposobu postrzegania uzależnień behawioralnych na tle chemicznych oraz społecznej hierarchii uzależnień według stopnia ich szkodliwości. O społecznej akceptacji „darmowego" leczenia mówić można w zasadzie wyłącznie w odniesieniu do alkoholików i narkomanów, czyli ofiar uzależnień postrzeganych jako najgroźniejsze.

WPROWADZENIE

ROZPOWSZECHNIENIE PROBLEMU HAZARDOWEGO

Badania naukowe dotyczące uprawiania hazardu rozpoczęto w połowie lat 70-tych XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Dane zebrane wtedy przez badaczy w Uniwersytetu Michigan wskazywały, że 68% mieszkańców USA miało za sobą doświadczenia w uprawianiu hazardu kiedykolwiek w życiu, zaś 61% potwierdzało udział w grach hazardowych w ostatnim roku przed badaniem (Kallick, Suits, Dielman, Hybels, 1976, za: Gerstein i wsp. 1999). Około 0,8% uczestników tych badań potwierdziło doświadczanie poważnych problemów z hazardem kiedykolwiek w życiu (Petry, 2007).

Patologiczny hazard jako kategoria diagnostyczna został włączony do trzeciego wydania DSM opublikowanego w 1980 roku. W 1997 roku dokonano meta-analizy danych zabranych w 120 badaniach od czasu projektu Uniwersytetu Michigan. Badania te były zamawiane niezależnie w poszczególnych stanach USA, ze względu na coraz większą dostępność do rozmaitych form hazardu (na przykład, w 1976 roku kasyna dostępne były jedynie w stanie Nevada, zaś w 1999 roku już w 21 stanach USA). Wyniki wspomnianej meta-analizy wskazywały, że na przestrzeni 20 lat odsetki badanych, którzy uprawiali hazard kiedykolwiek w życiu wzrosły o 13 punktów procentowych – czyli do około 81% (Shaffer i wsp., 1997, za: Gerstein i wsp. 1999). Odsetek doświadczających symptomów patologicznego hazardu kiedykolwiek w życiu wynosił 1,6% (Shaffer i wsp., 1999). W porównaniu z badaniami z lat 70-tych zwiększył się więc dwukrotnie.

Kolejne badania ogólnokrajowe, zrealizowane przez National Opinion Research Center (NORC) na Uniwersytecie Chicago w 1998 roku, pozwoliły stwierdzić, że odsetki osób potwierdzających uprawianie hazardu z ostatnim roku wzrosły nieznacznie – mianowicie do 68%, natomiast odsetki badanych mających doświadczenia w hazardem kiedykolwiek w życiu wynosiły już do 86%. Kryteria patologicznego hazardu kiedykolwiek w życiu spełniało 0,9% badanych, zaś w ostatnim roku 0, 6% badanych (Gerstein i wsp. 1999).

Petry i współautorzy (2005) przytaczają dane wskazujące, że w USA, Kanadzie oraz Australii i Nowej Zelandii oraz krajach europejskich, odsetki patologicznych hazardzistów wahają się od 02% do 2,1%. W krajach azjatyckich zaś od 1% do 2% (Petry, Stinson, Grant, 2005).

Sussman i współautorzy podają, że rozpowszechnienie uzależnienia od hazardu szacowane jest od 1% do 3% w populacji USA, a także Australii, Kanady, Chin, Norwegii, Szwajcarii i Hiszpanii. Odsetki potwierdzających symptomy uzależnienia w ostatnim roku przed badaniem wynoszą w generalnej populacji dorosłych USA wynoszą 2% (Sussman i wsp., 2011).

Najnowsze i największe badanie epidemiologiczne z tego zakresu, przeprowadzone w latach 2001-2002 na próbie losowej ponad 43 tysięcy dorosłych mieszkańców USA, nie ma więcej niż 10 lat (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - NESARC). Uprawianie patologicznego hazardu kiedykolwiek w życiu potwierdziło w nim 0,4% respondentów (Petry, Stinson, Grant, 2005). Jeden z najbardziej aktualnych szacowań rozpowszechnienia problemów z hazardem w ciągu ostatniego roku wahają się w różnych badaniach amerykańskich od 0,4% do 2,2% a dla patologicznego hazardu od 0,1% do 1,3% (Petry i Champine 2012).

W Polsce, w przeprowadzonych przez CBOS, na zlecenie KBPN, badaniach pytano tylko o rozpowszechnienie hazardu w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Kryteria patologicznego hazardu potwierdziło 0,2% respondentów, średni poziom ryzyka – 0,9% respondentów (Badora i wsp. 2012). Wyniki badań polskich są zbliżone do wyników badań w USA a także w innych krajach (Stucki i Rias-Middel 2007).

Rozpowszechnienie uzależnienia od hazardu na świecie nie przykraca więc 2%-3%. Stwierdzone rozbieżności wynikają natomiast z różnic w charakterystyce oraz metod naboru uczestników badan oraz odmiennych narzędzi wykorzystanych do pomiaru problemu z hazardem. Na przykład w wielu badaniach stosowany jest South Oaks Gambling Screen (SOGS), narzędzie przeznaczone bardziej do badań klinicznych niż do pomiarów w generalnej populacji. Do tych ostatnich lepiej dostosowane są narzędzia oparte na DSM-IV. Dają one bardziej konserwatywne oszacowania dotyczące problemu, gdyż obejmują szerszy zakres możliwych negatywnych konsekwencji uprawiania hazardu niż SOGS (Petry, Stinson, Grant, 2005).

Tabela 1. Rozpowszechnienie hazardu w populacji generalnej

Badanie/publikacja	Kraj	Doświadczenia z hazardem (%)		Poważne problemy lub uzależnienie (%)	
		W życiu	12 m-cy	W życiu	12 m-cy
Kallick i wsp. 1976	USA	68%	61%	0,8%	
Meta-analiza badań z lat 80-tych i 90-tych (Shaffer i wsp.,1999)	USA	81%		1,6%	1,14%
NORC, Gerstein i wsp 1999	USA	86%	68%	0,9%	0,6%
Petry i wsp. 2005	Europa, Ameryka Płn., Australia, Nowa Zelandia			0,2 – 2,1%	
Petry i wsp. 2005	Azja			1,0 –2,0 %	
Sussman i wsp. 2011	Europa, Kanada, Chiny			0.8%	0,15% -1,7% 1,2% - 2,1% 1,8%
Sussman i wsp. 2011	USA			1,2% - 4,2%	0,5% - 3,4%,
Petry i Champine 2012	USA				Problemy z hazardem – 0,4-2,2%. Patologiczny hazard – 0,1-1,3%
Badora i wsp. 2012	Polska				Problemy z hazardem – 0,9%. Patologiczny hazard – 0,2%

HAZARD A ALKOHOL

Badania dotyczące współwystępowania problemów z hazardem oraz substancjami psychoaktywnymi prowadzone są w generalnej populacji oraz wśród osób korzystających z leczenia. W badaniach zrealizowanych na dużej próbie dorosłych przeprowadzonych w Hiszpanii i Szwajcarii stwierdzono, że odpowiednio 14% i 36% osób prawdopodobnie uzależnionych od hazardu potwierdzało nadużywanie alkoholu (Bondolfi i wsp., 2000; za Sussman i wsp., 2011). Z kolei w badaniach amerykańskich okazało się, że 44% osób z problemem z hazardem miało w swoim życiu problemy z alkoholem (Cunningham-Williams i wsp., 1998, za Grant i wsp., 2002). W kanadyjskich badaniach populacyjnych przeprowadzonych pod koniec ubiegłego wieku stwierdzono zaś, że ryzyko problemów z alkoholem jest 3,8 razy wyższe wśród osób, które zarazem mają problemy z hazardem

(Bland i wsp., 1993, za Grant i wsp., 2002). W badaniach Welte i współautorów (2001) stwierdzono natomiast, że iloraz szans diagnozy aktualnego uzależnienia od alkoholu jest 23 razy wyższy wśród osób zdiagnozowanych jako patologiczni hazardziści w porównaniu do osób, które nie są uzależnione od hazardu. Co więcej, okazało się, że korelacje pomiędzy uzależnieniom od alkoholu a patologicznym hazardem były silniejsze wśród badanych o wyższym statusie socjoekonomicznym (za: Grant i wsp., 2002).

Podsumowując, jak podaje Sussman i współautorzy, badania przeprowadzone na reprezentatywnych próbach dorosłych z USA wskazują, że 25% do 33% uzależnionych od hazardu jest zarazem uzależnionych od alkoholu (Sussman i wsp., 2011).

Dane dotyczące związków pomiędzy hazardem a problemem z alkoholem wśród pacjentów programów odwykowych pochodzą już z końca lat 60-tych XX wieku. Wskazywały one, że 17% pacjentów leczonych powodu uzależnienia od alkoholu potwierdzało problemy z hazardem (Haberman, 1996; za Grant i wsp., 2002) W późniejszych badania stwierdzono, że wśród uzależnionych od alkoholu pacjentów ośrodka stacjonarnego kryteria patologicznego hazardu spełniało 14% osób, a dodatkowe 14% potwierdzało subkliniczne symptomy problemu z hazardem (Lesieur i Heineman, 1988, za Grant i wsp., 2002). W jeszcze innych badaniach odsetki te wahały się od 20% do 33% (Grant w wsp., 2002) Z kolei w dużych badaniach wśród osób dorosłych uzależnionych od hazardu korzystających z porad telefonu zaufania dla hazardzistów 18% potwierdzało problem z alkoholem (Potenza i wsp., 2006: za Sussman i wsp., 2011)

Podsumowując, amerykańskie dane przedstawione przez Granta i wsp., (2002) i Sussmana i wsp., (2011) wskazują, że około 10% do 30% osób leczących się z powodu uzależnienia od alkoholu ma zarazem problem z hazardem. I odwrotnie, w badaniach stwierdzono, że wśród osób leczonych z powodu patologicznego hazardu 27% potwierdzało problemy z alkoholem kiedykolwiek w życiu (Grant i Kim, 2001).

PAPIEROSY I NARKOTYKI

W kilku badaniach zrealizowanych na dużych próbach osób dorosłych uzależnionych od hazardu stwierdzono, że 41% do 75% respondentów potwierdzało aktualne palenie papierosów (za: Sussman i wsp., 2011). Badania wśród osób zgłaszających się na leczenie z powodu uzależnienia od gry w pokera pokazały natomiast, że 65% z tych osób paliło papierosy zaś 37% spełniało kryteria uzależnienia od nikotyny (Maccallum i Blaszczynki, 2002 za. Petry, 2007).

W badaniach prowadzonych w większości na małych próbach współwystępowanie uzależnienia od hazardu i problemu z używaniem narkotyków w ostatnim roku przed

badaniem wahało się od 2% 13%. W dużych badaniach dorosłych ze stanu Texas, 26% respondentów uzależnionych od hazardu potwierdzało problem z substancjami nielegalnymi (Feigelman i wsp., 1998; za Sussman i wsp., 2011). Petry, Stinson, Grant, (2005) podają, że dane dotyczące związków pomiędzy problemem z hazardem a używaniem substancji nielegalnych pochodzą z badań prowadzonych na ograniczonym obszarze. Przykładem są badania zrealizowane w St. Louis, w których stwierdzono, że 40% patologicznych hazardzistów oraz osób z subklinicznymi symptomami tego problemu miało zarazem objawy zaburzeń związanych z używaniem narkotyków. Porównanie z osobami uprawiającymi hazard w sytuacjach towarzyskich (social gamblers) (26%) oraz nie uprawiającymi hazardu wcale (24%) wskazało na brak różnic statystycznych (Cunningham-Williams i wsp., 1998; za: Petry, Stinson, Grant, 2005). W badaniach kanadyjskich różnice pomiędzy patologicznymi hazardzistami i osobami nie mającymi tego problemu okazały się istotne – mianowicie nadużywanie i uzależnienie od narkotyków wśród hazardzistów było 4-krotnie wyższe (Bland i wsp., 1993; z za: Petry, Stinson, Grant, 2005)

Sussman i współautorzy, na podstawie dokonanego przeglądu szacują, że wśród osób uzależnionych od hazardu 50% jest uzależnionych od tytoniu, 30% od alkoholu zaś 20% od substancji nielegalnych (Sussman i wsp., 2011).

Tak jak w przypadku osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, także osoby uczestniczące w programach terapii narkotykowej częściej doświadczają problemów z hazardem (Ledgerwood i wsp., 2002) Również patologiczni hazardziści w większym stopniu niż osoby z generalnej populacji mają problem z używaniem substancji psychoaktywnych. Badania w stacjonarnym ośrodku leczenia osób z problemem hazardowym wskazały, że 39% leczonych spełniało kryteria nadużywania alkoholu i narkotyków w ostatnim roku zaś 47% kiedykolwiek w życiu (Ramirez i wsp.,1983; za Ledgerwood i wsp., 2002).

Dane zebrane w latach 80-tych i 90-tych ubiegłego wieku wskazywały, 21% pacjentów programu metadonowego oraz 30% osób z nadużywających kokainę spełniało w badaniach przesiewowych kryteria patologicznego hazardu (Spunt i wsp. 1996; Blume i Lesieur, 1987: za Ledgerwood i wsp., 2002). W innych badaniach stwierdzono, że wśród pacjentów programu metadonowego 16% było prawdopodobnie problemowymi hazardzistami, zaś 15% miało „pewne problemy z hazardem”. Podawane przez tych badanych powody łączenia używania narkotyków z hazardem to zdobywanie pieniędzy na narkotyki, wzmacnianie euforii (enjoyment of the hight), świętowanie wygranych za pomocą heroiny. Niektórzy angażowali się w działalność kryminalną, by zdobyć fundusze na hazard lub spłacić długi (Spunt i wsp., 1995: za Ledgerwood i wsp., 2002).

W badaniach Ledgerwooda i wsp., (2002) 18% pacjentów programu metadonowego spełniało kryteria patologicznego hazardu, zaś 11% angażowało się w problemowy hazard (some problem-gambling-related activities). Innymi słowy, prawie 1/3 pacjentów metadonowych miała problemy z hazardem. Leczenie hazardzistów przynosiło gorsze rezultaty. Częściej w porównaniu z pacjentami, którzy nie mieli problemu z hazardem, łamali zasadę abstynencji (o czym świadczyły pozytywne wyniki testów na obecność kokainy) oraz porzucali leczenie. Ponadto, pacjenci mający problem z hazardem byli bardziej skłonni sięgać po różne narkotyki. Politoksykomania jest czynnikiem nasilającym zwiększającym ryzyko problemu z hazardem. W badaniach stwierdzono, że osoby, które miały zarówno problem z alkoholem i narkotykami częściej spełniały kryteria patologicznego hazardu (31%) niż ci, którzy mieli problem z alkoholem (22%) lub z narkotykami (14%) albo żadnego z tych problemów (Shepherd, 1996 za: Ledgerwood i wsp., 2002).

Trudności w leczeniu hazardzistów mających zarazem problem z substancjami psychoaktywnymi Ledgerwood i wsp. (2002) wiążą się z większym niż u innych negatywnym afektem, impulsywnością trudnościami w kontrolowaniu wrogości i agresywnością (McCormick, 1993: za Langerwood i wsp., 2002). Ponadto, osoby z problemem z substancjami psychoaktywnymi oraz z hazardem w większym stopniu niż sięgający jedynie po substancje psychoaktywne nie przywiązują wagi do odroczonych nagród (discount delayed reinforces) i preferują niewielkie ale za to natychmiastowe wzmocnienia (Petry i Caserella, 1999; za Langerwood i wsp., 2002).

OGÓLNIE ALKOHOL I NARKOTYKI

Badania NORC pokazały, że osoby potwierdzające uzależnienie od hazardu (pathological gambling) kiedykolwiek w życiu gorzej oceniały swoje zdrowie i częściej doświadczały zaburzeń zdrowia psychicznego, takich jak depresja. Ponadto, badani mający problem z hazardem (zarówno uprawiający hazard ryzykownie, problemowo oraz uzależnieni) w porównaniu z osobami, które takiego problemu nie mają, byli bardziej skłonni potwierdzać problemy z alkoholem i narkotykami kiedykolwiek w życiu oraz sięgać po substancje nielegalne w ostatnim roku przed badaniem (Gerstein i wsp. 1999). Z kolei w badaniach US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) stwierdzono, że predyktorem wczesnego wieku inicjacji oraz utrzymywania się (trwałości - persistence) patologicznego hazardu był lęk, zaburzenia nastroju, zburzenia kontroli impulsów oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Patologiczny hazard natomiast okazał się być predyktorem, między innymi, uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Kessler i wsp., 2008).

Wg wyników badań NESARC ryzyko współwystępowania uzależnienia od substancji i patologicznego hazardu jest 6 razy większe dla uzależnionych od alkoholu oraz 3,5 razy większe dla uzależnionych od nielegalnych substancji (Petry i Champine 2012).

PRZYCZYNY

Bez względu na to, czy dane pochodzą z badań przeprowadzonych w generalnej populacji czy wśród osób leczonych, stwierdza się wysoki stopień współwystępowania problemu z hazardem z problemem z używaniem substancji psychoaktywnych (szczególnie alkoholu) i praktycznie brak jest danych, że taki związek nie istnieje (Petry, Stinson, Grant, 2005). Tak silny związek sugeruje, że podobne czynniki środowiskowe, społeczne i/lub genetyczne mogą być powiązane z uzależnieniem od hazardu i zaburzeniami związanymi z alkoholem (Petry, Stinson, Grant, 2005).

Kwestia ustalenia zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy problemem z hazardem oraz problemem z substancjami psychoaktywnymi stanowi, zdaniem badaczy, duże wyzwanie. Fakt, że jedno z zaburzeń konsekwentnie pojawia się po wystąpieniu innego nie jest bowiem dowodem wskazującym na bezpośrednią zależność przyczynowo-skutkową. Natomiast brak tej konsekwencji w porządku występowania zaburzeń może, ale nie musi, świadczyć o istnieniu trzeciego czynnika (np. uwarunkowań genetycznych) będącego podłożem obu problemów. Dodatkową komplikację stanowi fakt, że związki przyczynowe mogą manifestować się na poziomie sekwencji zdarzeń (nadużywanie alkoholu może ograniczać hamulce zapobiegające podejmowaniu innych nieodpowiednich zachowań) lub na poziomie syndromu (uzależnienie od hazardu staje się substytutem alkoholu odstawionego na skutek leczenia) (Grant i wsp., 2002). Jedno z nielicznych badań dotyczących zależności przyczynowo-skutkowych pomiędzy patologicznym hazardem a problemami z alkoholem wskazuje, że patologiczny hazard pojawiał się po wystąpieniu uzależnienia od nikotyny, alkoholu i konopi w 56% do 68% przypadków (Cunningham-Williams i Cottler, 2001 za: Grant i wsp., 2002). Dane te były oparte na relacjach badanych dotyczących znaczących dla nich wydarzeń życiowych i wymagają zapewne potwierdzenia w badaniach bardziej zobiektywizowanych (Grant i wsp., 2002).

Większość danych dotyczących współwystępowania patologicznego hazardu z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego pochodzi z badań prowadzonych wśród osób leczonych. Oszacowania te są jednak obarczone błędem wynikającym z tego, iż osoby doświadczające poważnych symptomów uzależnienia bądź cierpiące z powodu kilku zaburzeń zdrowia psychicznego są bardziej skłonne podejmować leczenie niż osoby mające mniej poważne symptomy lub tylko jeden typ zaburzeń. W związku z tym badania w generalnej populacji należy traktować jako złoty standard w określaniu związków pomiędzy zaburzeniami (Petry, Stinson, Grant, 2005).

METODOLOGIA

Data realizacji badania	14. listopada 2014 – 16. lutego 2015 r.
Metoda badawcza	bezpośredni wywiad ankieterski wspomagany komputerowo (CAPI)
Zasięg badania	ogólnopolski
Próba	losowa reprezentatywna PESEL (15+)
Liczba zrealizowanych wywiadów	N = 2502
Maksymalny błąd oszacowania na poziomie ufności 0,95	+-1,95%

Bazą dla niniejszego badania był kwestionariusz opracowany na potrzeby pierwszej edycji, realizowanej w 2012 roku. Na podstawie przeprowadzonej ewaluacji wprowadzono do niego obecnie następujące zmiany w stosunku do wersji pierwotnej:

1. zmiana metody identyfikacji graczy poprzez zastąpienie pytania wieloodpowiedziowego pytaniem wieloitemowym; forma zastosowana obecnie z większą precyzją identyfikuje graczy, zwłaszcza grających okazjonalne;
2. dołączenie do części poświęconej hazardowi pytania wieloitemowego poświęconego czynnościom towarzyszącym grze;
3. rezygnacja z trzech pytań otwartych poświęconych społecznemu wizerunkowi osób uzależnionych od pracy, Internetu i zakupów.

Z uwagi na poszerzenie zakresu tematycznego badania w stosunku do projektu realizowanego w roku 2012, do kwestionariusza zostały dodane bloki pytań poświęcone następującej tematyce::

1. deklarowana częstość używania wybranych substancji psychoaktywnych:

   dane wykorzystano do analizy korelacji pomiędzy używaniem substancji psychoaktywnych a występowaniem uzależnień behawioralnych;
2. deklarowana znajomość osób z problemem hazardowym:

   dane wykorzystano do oszacowania liczby patologicznych hazardzistów metodą punktu referencyjnego.

W celu zachowania porównywalności wyników, do oszacowania zasięgu uwzględnionych w badaniu uzależnień behawioralnych użyte zostały te same testy, które stosowano w pierwszej edycji badania w 2012 r.:

Hazard: **Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (CPGI)**

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

1) zdarzało się Panu(i) zaryzykować na grę więcej niż mógł(a) Pan(i) sobie na to pozwolić?
2) zdarzało się, że musiał(a) Pan(i) zwiększać stawkę, żeby uzyskać taką samą jak poprzednio przyjemność z gry?
3) zdarzało się, że wracał(a) Pan(i) do gry innego dnia z myślą, aby się odegrać?
4) zdarzało się, że pożyczał(a) Pan(i) pieniądze lub sprzedawał(a) coś, aby mieć za co grać?
5) miał(a) Pan(i) poczucie, że gra jest dla Pana(i) problemem?
6) odczuwał(a) Pan(i) stres, niepokój lub dolegliwości zdrowotne, których przyczyną mogła być gra?
7) ktoś krytykował Pana(ią) z powodu grania lub zarzucał, że ma Pan(i) problem z grą (bez względu na to, czy Pana(i) zdaniem miał rację czy nie?)
8) zdarzało się, że Pana(i) gra była przyczyną kłopotów finansowych Pana(i) lub/i Pana(i) najbliższych?
9) miał(a) Pan(i) poczucie winy z powodu grania lub w związku z tym, co Pan(i) robił(a) w tym czasie?

Punktacja:

0. Nigdy
1. Czasami
2. Często
3. Bardzo często

Algorytm punktowy obliczania wyników testu:

0 pkt: brak problemu

1 – 2 pkt: niski poziom ryzyka

3 – 7 pkt: umiarkowany poziom ryzyka

8+ pkt: problem z hazardem

Praca: test **Bryan E. Robinson**

1) Wolę wykonywać większość prac sam, niż prosić o pomoc.

2) Gdy muszę czekać na kogoś lub gdy coś trwa zbyt długo (np. długa, wolno posuwająca się kolejka), bardzo się niecierpliwię.

3) Wyglądam na osobę, która stale się spieszy i ściga się z czasem.

4) Irytuję się, gdy ktoś mi przerywa wykonywaną właśnie pracę.

5) Jestem zajęty wieloma rzeczami naraz.

6) Robię dwie lub trzy rzeczy naraz, np. jem i piszę, rozmawiając jednocześnie przez telefon.

7) Podejmuję się znacznie większej ilości zadań, niż jestem w stanie wykonać.

8) Czuję się winny, gdy nad czymś nie pracuję.

9) Ważne jest dla mnie, aby widzieć konkretne rezultaty tego, co robię.

10) Jestem bardziej zainteresowany końcowym rezultatem pracy niż procesem jej wykonywania.

11) Sprawy nigdy nie idą tak szybko, jak tego oczekuję.

12) Wpadam w złość, gdy coś dzieje się nie po mojej myśli lub wynik pracy mi się nie podoba.

13) Zadaję znowu to samo pytanie, nie zdając sobie sprawy z tego, że już dostałem na nie odpowiedź.

14) Poświęcam wiele czasu na obmyślanie i planowanie przyszłych zadań, zaniedbując to, co dzieje się „tu i teraz".

15) Uświadamiam sobie nagle, że nadal pracuję, chociaż inni koledzy dawno zakończyli pracę.

16) Jestem zły, kiedy inni są w pracy mniej perfekcyjni niż ja.

17) Nie znoszę sytuacji, nad którymi nie mam kontroli.

18) Stawiam sam sobie terminy, których trudno potem dotrzymać bez stresu, napięcia.

19) Trudno mi rozluźnić się, kiedy nie wykonuję już żadnej pracy.

20) Poświęcam więcej czasu na pracę niż na spotkania z przyjaciółmi, hobby czy rozrywki.

21) Staram się jako pierwszy rozpocząć realizację jakiegoś zadania, projektu.

22) Nie znoszę sytuacji, kiedy popełnię nawet najmniejszą pomyłkę.

23) Poświęcam pracy znacznie więcej myśli, czasu, energii niż najbliższej rodzinie i przyjaciołom.

24) Nie przywiązuję specjalnej wagi do takich uroczystości, jak urodziny, rocznice, spotkania towarzyskie lub święta.

25) Podejmuję ważne decyzje zanim poznam wszystkie fakty i mam czas zastanowić się nad nimi uważnie.

Punktacja:

1. nigdy
2. rzadko
3. często
4. zawsze

Algorytm punktowy obliczania wyników testu:

25-49 pkt.: brak pracoholizmu, wydajny pracownik (*efficient worker*)

50-69 pkt: „umiarkowany" pracoholizm

70 + pkt: silne uzależnienie od pracy

Internet: **Internet Addiction Test (Young)**

1. Rzadko
2. Od czasu do czasu
3. Dość często
4. Często
5. Zawsze

1. Jak często uświadamia sobie Pan(i), że spędza Pan(i) w Internecie więcej czasu, niż Pan(i) zamierzał(a)?

2. Jak często zdarza się Panu(i) zaniedbywać obowiązki domowe, aby spędzić więcej czasu w Internecie?

3. Jak często zdarza się, że woli Pan(i) emocje wywołane przez Internet niż intymne chwile ze swoim partnerem/partnerką?

4. Jak często nawiązuje Pan(i) nowe, bliskie związki ze współużytkownikami sieci?

5. Jak często inne osoby narzekają na ilość czasu, jaką spędza Pan(i) w Internecie?

6. Jak często Pana(i) stopnie lub nauka ucierpiały dlatego, że tyle czasu spędza Pan(i) w Internecie?

7. Jak często sprawdza Pan(i) swoją pocztę mailową, zanim zabierze się Pan(i) za coś innego, co musi Pan(i) zrobić?

8. Jak często Pana(i) praca i/lub kariera zawodowa ucierpiały dlatego, że tyle czasu spędza Pan(i) w Internecie?

9. Jak często reaguje Pan(i) obronnie lub niechętnie na pytania o to, co robi Pan(i) w Internecie?

10. Jak często zdarza się, że aby nie myśleć o swoich rzeczywistych problemach woli Pan(i) pomyśleć sobie o różnych sprawach związanych z Internetem?

11. Jak często uświadamia Pan(i) sobie, że niecierpliwie oczekuje Pan(i), kiedy znowu wejdzie Pan(i) do Internetu?

12. Jak często miewa Pan(i) poczucie, że życie bez Internetu byłoby nudne, puste lub pozbawione radości?

13. Jak często zdarza się Panu(i) coś odburknąć, podnieść głos lub inaczej okazać poirytowanie, kiedy jest Pan(i) w Internecie, a ktoś Panu(i) przeszkadza?

14. Jak często zdarza się Panu(i) nie dosypiać lub spać za krótko przez to, że do późnej nocy jest Pan(i) w Internecie?

15. Jak często, nie będąc w sieci, myśli Pan(i) intensywnie o Internecie albo marzy Pan(i), fantazjuje o byciu w Internecie?

16. Jak często, będąc w Internecie, uświadamia Pan(i) sobie, że mówi Pan(i) do siebie „jeszcze tylko parę minut”?

17. Jak często próbuje Pan(i), bez powodzenia, ograniczyć ilość czasu, jaki spędza Pan(i) w sieci?

18. Jak często próbuje Pan(i) ukryć, jak długo był(a) Pan(i) w Internecie?

19. Jak często zdarza się, że woli Pan(i) spędzić czas w Internecie zamiast wyjść gdzieś z innymi?

20. Jak często czuje się Pan(i) przygnębiony(a), smutny(a) lub zdenerwowany(a), kiedy nie jest Pan(i) w Internecie, co mija, jak tylko znowu znajdzie się Pan(i) w sieci?

Punktacja:

1. Rzadko
2. Od czasu do czasu
3. Dość często
4. Często
5. Zawsze

Algorytm punktowy obliczania wyników testu:

20-49 pkt: przeciętny użytkownik Internetu;

50-79 pkt: sporadyczne lub częste problemy spowodowane przez Internet;

80+: pkt: korzystanie z Internetu powoduje poważne problemy

Zakupy: **Valence, d'Astous and Fortier Compulsive Buying Scale**

1. Kiedy mam pieniądze, nie mogę się powstrzymać i muszę wydać wszystko lub przynajmniej ich część.

2. Często kupuję coś, czego nie planowałe(a)m, bo czuję, że muszę to mieć.

3. Zakupy są dla mnie sposobem na relaks i odreagowanie codziennego stresu.

4. Czasami mam uczucie, jakby coś „od wewnątrz" popychało mnie do zakupów.

5. Bywają okresy, że odczuwam silny przymus kupowania.

6. Czasami miewam poczucie winy po kupieniu czegoś, ponieważ zakup ten wygląda na nierozsądny.

7. Są rzeczy, które kupuję i nie pokazuję ich nikomu, ponieważ obawiam się, że ludzie mogliby pomyśleć, że marnuję pieniądze.

8. Często czuję niewytłumaczalny wewnętrzny przymus, nagłą, spontaniczną ochotę, aby iść i coś kupić.

9. Natychmiast po wejściu centrum handlowego czuję nieodparty przymus, aby wejść do jakiegoś sklepu i coś kupić.

10. Często zdarza mi się kupować rzeczy, których nie potrzebuję, nawet jeśli wiem, że zostało mi bardzo mało pieniędzy.

11. Lubię wydawać pieniądze.

Punktacja:

1. Zdecydowanie nie
2. Raczej nie
3. Czasem tak, czasem nie
4. Raczej tak
5. Zdecydowanie tak

Algorytm punktowy obliczania wyników testu:

do 35 pkt: brak problemu

36+ pkt: problem z kompulsywnym kupowaniem

DOBÓR PRÓBY

Dobór respondentów składał się z kilku etapów. Pierwszy polegał na losowaniu w CBOS zadanej liczby miejscowości z wcześniej wyznaczonych warstw, z prawdopodobieństwami proporcjonalnymi do liczby mieszkańców w wieku 15 i więcej ukończonych lat. Następnie w PESEL, w każdej miejscowości, losowano mały obszar stanowiący jedną lub kilka sąsiednich ulic, a w przypadku wsi – teren całej wsi, ewentualnie kilka ulic lub sąsiednich przysiółków). W kolejnym kroku z każdego wylosowanego wcześniej małego obszaru dobierano 15 osób w wieku 15 i więcej lat. Operat losowania stanowiły zbiory Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL).

Podział populacji na warstwy został przygotowany w dwóch etapach. Pierwszy polegał na wyodrębnieniu w każdym z 16 województw grup miejscowości z uwzględnieniem ich sześciu klas:

1. wieś;
2. miasta liczące do 20 tys. mieszkańców;
3. miasta liczące od 20 do 50 tys. mieszkańców;
4. miasta liczące od 50 do 100 tys. mieszkańców;
5. miasta liczące od 100 do 500 tys. mieszkańców;
6. miasta liczące powyżej 500 tys. mieszkańców.

Ze względu na stosunkowo małą liczebność (liczbę osób należących do populacji) niektórych warstwach konieczne było ich połączenie. Przyjęto przy tym kilka założeń:

1. łączenie nie obejmowało warstw ludności wiejskiej;
2. łączenie odbywało się parami i miało charakter krokowy - w jednym kroku łączono tylko dwie warstwy;
3. łączone warstwy musiały należeć do tego samego województwa;
4. łączone warstwy musiały obejmować kolejne klasy wielkości miejscowości - po połączeniu dwóch warstw nie mogła istnieć trzecia, która zawierała miejscowości większe niż jedna i mniejsza niż druga z połączonych warstw;
5. warstwa były łączona z inną tylko jeżeli jej liczebność wynosi mniej niż 200 tys. osób;

Algorytm zakładał w pierwszym kroku sprawdzenie wielkości (liczebności) każdej warstwy. Następnie, gdy któraś okazywała się mniejsza od zakładanego minimum, łączoną ją z jedną z spośród dwóch mniej liczebnych warstw, które skupiają mieszkańców odpowiednio mniejszych oraz większych miejscowości.

Tabela 1. Liczba wyodrębnionych warstw w poszczególnych województwach

Województwo	Liczba warstw	Udział warstwy w populacji
1) dolnośląskie	5	7,6%
2) kujawsko-pomorskie	3	5,4%
3) lubelskie	3	5,7%
4) lubuskie	3	2,6%
5) łódzkie	5	6,6%
6) małopolskie	4	8,7%
7) mazowieckie	6	13,6%
8) opolskie	2	2,7%
9) podkarpackie	4	5,6%
10) podlaskie	3	3,1%
11) pomorskie	3	5,8%
12) śląskie	5	12%
13) świętokrzyskie	3	3,4%
14) warmińsko-mazurskie	4	3,8%
15) wielkopolskie	5	8,9%
16) zachodniopomorskie	4	4,4%
Ogółem	62	100,0%

Próba została alokowana między warstwy z uwzględnieniem ich liczebności oraz danych historycznych o poziomie realizacji prób w poszczególnych warstwach w badaniach statutowych CBOS.

METODA BADAWCZA

Badanie zrealizowano metodą bezpośredniego wywiadu ankieterskiego (face-to-face) wspomaganego komputerowo (CAPI). Kwestionariusz dla respondentów został opracowany w postaci skryptu elektronicznego - ankieter przeprowadzał wywiad posługując się laptopem, zaznaczając bądź zapisując na ekranie odpowiedzi respondenta na pytania kwestionariusza. Elektroniczna konstrukcja kwestionariusza ogranicza błędy ankieterskie, a fakt, że dane były przesyłane bezpośrednio do centrum informatycznego CBOS (z pominięciem etapu ich wprowadzania) skrócił czas opracowania wyników i niwelował możliwość popełnienia błędów podczas wprowadzania danych.

Wylosowane do badania osoby zostały uprzedzone o wizycie ankietera Kartą Zapowiednią, przesyłaną drogą pocztową. Wysłanie kart bezpośrednio poprzedzało rozpoczęcie realizacji terenowej. Badanie realizowane było w terenie przez ogólnopolską sieć ankieterską CBOS, złożoną z 200 przeszkolonych ankieterów, nadzorowanych bezpośrednio przez 20 koordynatorów regionalnych.

Wywiady były realizowane wyłącznie pod wskazanymi adresami. W przypadku nieobecności wylosowanego do badania respondenta ankieter zobowiązany był do dwóch powtórnych wizyt (łącznie 3 wizyty). W sytuacji stałej niedostępności respondenta przyczyna niezrealizowania wywiadu została odnotowana.

Kwestionariusz niniejszego badania zawierał pytania, które mogły zostać odebrane przez respondenta jako bardzo osobiste bądź krępujące. Mowa tu przede wszystkim o pytaniach dotyczących sposobu wydawania pieniędzy, sposobu korzystania z Internetu, spożycia alkoholu, używania narkotyków, palenia papierosów. Szczególnie trudne mogło być zadawanie tego rodzaju pytań nastolatkom w sytuacji, kiedy treść pytania oraz ewentualna odpowiedź mogą być słyszane przez rodzica – w efekcie otrzymywalibyśmy odpowiedzi nieprawdziwe lub „ucieczkowe" (trudno powiedzieć, nie pamiętam). Ze względu na te przewidywane problemy zadecydowano, że odpowiedzi na niektóre pytania mogły być wpisywane samodzielnie przez respondenta, bezpośrednio na ekranie. Zadaniem ankietera było uprzedzenie respondenta o zakresie tematycznym pytań i poproszenie o decyzję, czy woli on odpowiadać na pytania ankietera czy wypełniać część kwestionariusza samodzielnie, pod kierunkiem ankietera. Jeśli respondent wolał odpowiadać na zadawane pytania, ankieter prosił o możliwość przeprowadzenia wywiadu bez obecności innych osób (wykluczenie wpływu osób trzecich na opinie i deklaracje).

POZIOM REALIZACJI I WAŻENIE WYNIKÓW

Liczebność wyjściowa próby liczyła 6435 adresów. Zrealizowano 2502 wywiady, co stanowi 38,9% liczebności wyjściowej.

W celu zniwelowania efektu różnego poziomu realizacji w różnych kategoriach społeczno-demograficznych zastosowana została standardowa procedura tzw. ważenia stratyfikacyjnego do danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Ważenie dokonywane jest specjalnie do tego celu opracowanym, autorskim programem, który uwzględnia:

- zróżnicowanie terenowe wskaźnika realizacji próby;
- zróżnicowanie wskaźnika realizacji próby w grupach dla wybranych zmiennych społeczno-demograficznych.

Zmienne użyte do ważenia:

- płeć;
- wiek w przedziałach według płci;
- klasa miejscowości wg podziału miasto/wieś;
- wykształcenie w podziale na cztery poziomy;
- województwo.

Poniższe zestawienie prezentuje porównanie danych GUS z danymi z próby – surowymi i ważonymi.

Tabela 2. Rozkład płci

Płeć	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
Mężczyźni	46,52	-1,01	47,53	47,49
Kobiety	53,48	1,01	52,47	52,51

Tabela 3.Rozkład grup wiekowych

Grupa wiekowa	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
15-24	14,35	0,42	13,93	14,09
25-34	13,83	-4,91	18,74	18,55
35-44	16,67	-0,49	17,16	16,99
45-54	15,27	0,73	14,54	14,42
55-64	19,30	2,20	17,11	17,13
65 i więcej	20,58	2,05	18,53	18,82

Tabela 4. Rozkład wykształcenia

Wykształcenie	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
Podstawowe i gimnazjalne	21,10	1,00	20,10	20,31
Zasadnicze zawodowe	26,10	1,55	24,55	24,59
Średnie	33,37	2,99	30,39	30,36
Wyższe	19,42	-5,54	24,96	24,74

Tabela 5. Rozkład województw

Województwo	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
dolnośląskie	5,56	-2,02	7,58	7,59
kujawsko-pomorskie	5,12	-0,28	5,39	5,38
lubelskie	6,47	0,74	5,73	5,65
lubuskie	2,60	-0,04	2,64	2,65
łódzkie	8,11	1,49	6,63	6,61
małopolskie	8,39	-0,27	8,66	8,61
mazowieckie	11,19	-2,44	13,63	13,66
opolskie	2,60	-0,06	2,66	2,64
podkarpackie	6,71	1,07	5,64	5,62
podlaskie	2,60	-0,55	3,14	3,18
pomorskie	4,12	-1,71	5,82	5,82
śląskie	12,67	0,74	11,93	12,08
świętokrzyskie	5,72	2,31	3,41	3,38
warmińsko-mazurskie	4,96	1,18	3,78	3,75
wielkopolskie	10,47	1,53	8,94	8,95
zachodniopomorskie	2,72	-1,69	4,41	4,45

ZASTOSOWANE PROCEDURY KONTROLI

Kontrola terenowa

Zakres:	126 wywiadów kontrolnych, co stanowi 5% zrealizowanej próby.
Metoda:	powtórny telefoniczny kontakt z respondentem
Narzędzia:	kwestionariusz kontroli, zawierający pytania o podstawowe zmienne społeczno-demograficzne i o zakres tematyczny badania
Osoba kontrolująca	specjaliści ds. kontroli badań
Termin:	18.12.2014 – 19.02.2015
Wynik kontroli	1) trzy przypadki sfałszowania wywiadu (ankiety usunięte ze zbioru);
	2) jeden przypadek zachowania ankietera budzący protest respondenta (brak wcześniejszego umówienia wizyty);
	3) cztery przypadki rozbieżności w wykształceniu respondenta (korekta danych);
	4) dwa przypadki rozbieżności w liczbie osób składających się na gospodarstwo domowe (korekta danych).
Kontrola nieterenowa	
Zakres:	100% zrealizowanych wywiadów.
Metody:	- merytoryczna analiza dokumentacji pracy ankietera;
	- analiza czasów trwania wywiadów oraz dat i godzin realizacji
Osoba kontrolująca:	specjaliści ds. kontroli badań
Narzędzia:	komputerowy program do wprowadzania danych uwzględniający wszystkie założenia merytoryczne i techniczne badania oraz komputerowa baza ankieterów.
Termin:	20.02.2015
Wyniki kontroli	nie stwierdzono nieprawidłowości; poniżej statystyki pokontrolne

- liczba ankieterów: 200
- przeciętna liczba wywiadów zrealizowana przez jednego ankietera: 12,51
- średni czas trwania wywiadu: 30 min 49 s
- czas realizacji w kolejnych dniach kalendarzowych: 94

Tabela 6. Realizacja badania w kolejnych tygodniach

Miesiąc	Daty	Liczba zrealizowanych wywiadów w kolejnych tygodniach	Odsetek w stosunku do ogółu zrealizowanych wywiadów
Listopad	14 - 21	82	3,28%
Listopad	22 - 28	244	9,75%
Grudzień	29.11 – 5.12	237	9,47%
Grudzień	6 - 12	132	5,28%
Grudzień	13 - 19	165	6,59%
Grudzień	20- 31	75	3,00%
Styczeń	1 - 7	190	7,59%
Styczeń	8 - 14	194	7,75%
Styczeń	15 - 21	387	15,47%
Styczeń	22 - 28	453	18,11%
Luty	29.01 – 04.02	275	10,99%
Luty	5 - 16	68	2,72%

Wykres 1. Odsetki wywiadów zrealizowanych w poszczególnych godzinach

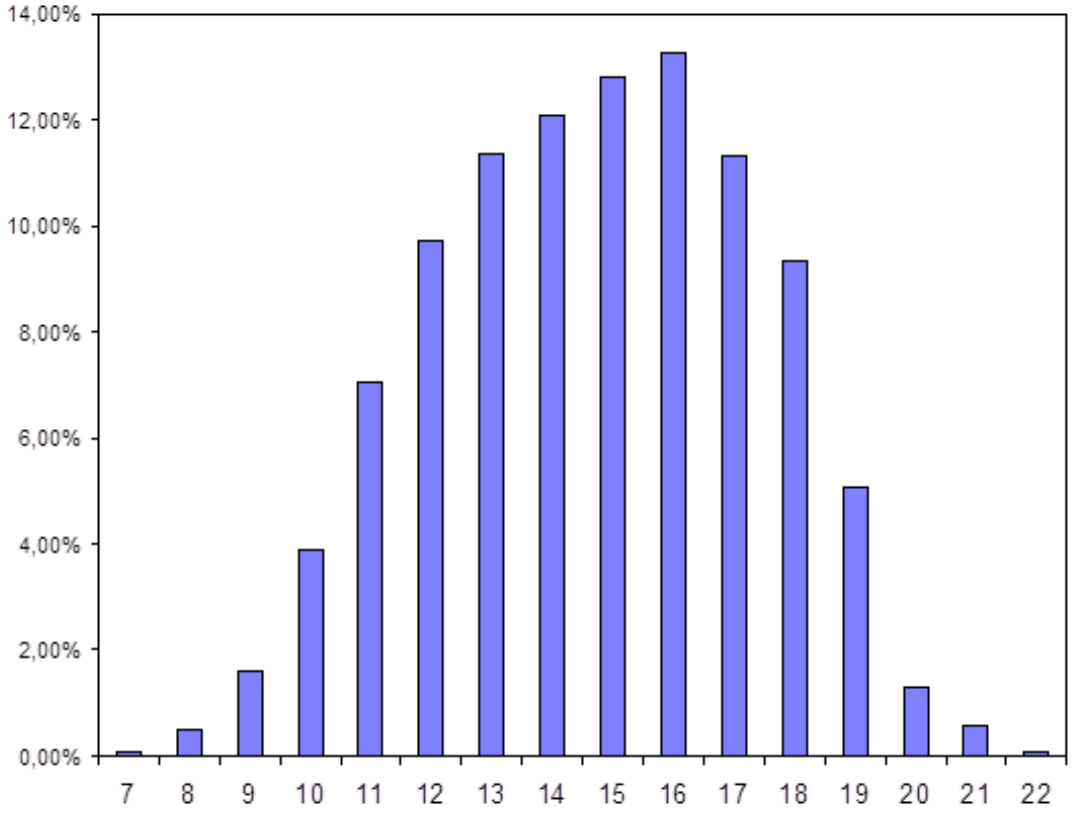


Tabela 7. Przyczyny niezrealizowania wywiadów na podstawie kart realizacji badań (3933 przypadków) PRÓBA WYJŚCIOWA N=6435

Kod	Przyczyny niezrealizowania	Liczebności	% do 3933	% do 6435
01	Błędny adres	51	1,30%	0,79%
02	Pod wskazanym w próbie adresem nie można z nikim się skontaktować – nikogo nie zastano przez cały okres realizacji badania	458	11,65%	7,12%
03	Wylosowany respondent zmienił miejsce zamieszkania i nie można się z nim skontaktować	758	19,27%	11,78%
04	Wylosowana osoba nie żyje	29	0,74%	0,45%
05	Wylosowany respondent nieobecny/nieuchwytny przez cały okres realizacji badania	703	17,87%	10,92%
06	Wylosowany respondent odmówił wzięcia udziału w badaniu	1465	37,25%	22,77%
07	Wylosowany respondent jest niesprawny w stopniu uniemożliwiającym przeprowadzenie wywiadu	203	5,16%	3,15%
08	Wylosowany respondent nie spełnia kryteriów badania	2	0,05%	0,03%
09	Inne przyczyny niezrealizowania wywiadu	264	6,71%	4,10%

WYNIKI

1. HAZARD

1.1. PORTRET SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNY GRACZY

W roku 2014 zmieniono sposób identyfikowania graczy – uczestniczenie w grach na pieniądze było bardziej precyzyjne zdefiniowane niż w 2012 roku. Szczegółowo pytano o częstotliwość grania w każdą z dziesięciu wymienionych na liście gier i nie było możliwości generalnego zadeklarowania, że na pieniądze się nie gra. Grupa niegrających jest wyodrębniona metodą pośrednią – to osoby, które przy każdej grze odpowiedziały, że w ciągu minionych 12 miesięcy roku nie grały w nią ani razu.

Efektem wprowadzonych zmian jest wzrost liczby respondentów uczestniczących w jakichś grach na pieniądze. Nie można oczywiście wykluczyć, że wzrósł odsetek Polaków grających na pieniądze. O tym, czy rzeczywiście mamy do czynienia z tendencją wzrostową, będzie można powiedzieć na podstawie kolejnego pomiaru, w którym pytanie zostanie powtórzone w niezmienionym kształcie.

Wprowadzona metodologiczna zmiana nie pozwala na proste porównanie wyników z obu badań[6]. Pozwala natomiast na strukturalną analizę zmian, to znaczy: czy i jak zmieniła się struktura rozpowszechnienia grania oraz struktura zagrożenia uzależnieniem od hazardu.

Według danych z 2014 roku, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, co trzeci Polak w wieku 15+ grał w jakieś gry na pieniądze (34,2%). W porównaniu z wynikami uzyskanymi w 2012 roku, struktura popularności poszczególnych gier nie uległa zmianie – Polacy najczęściej grają w gry liczbowe Totalizatora Sportowego, a w dalszej kolejności w zdrapki, loterie/konkursy SMS-owe oraz na automatach (tab. 1.1).

---

[6] Pytania zadane w 2012 roku:
H1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy grał(a) Pan(i) w jakieś gry na pieniądze? Proszę wskazać wszystkie gry, w które Pan(i) grał(a).
1. automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi
2. gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)
3. zdrapki
4. loterie /konkursy SMS-owe
5. gry w kasynie (poza internetem) – ruletka, karty i inne
6. karty prywatnie (poza kasynem i poza internetem)
7. wyścigi konne lub innych zwierząt – na torze
8. zakłady bukmacherskie poza internetem
9. gry i zakłady bez względu na rodzaj w internecie
10. inne
11. nie gram i nie grałe(a)m w ciągu ostatnich 12 miesięcy w żadne gry na pieniądze

H2. Jak często, ogólnie rzecz biorąc, grywa Pan(i) w gry na pieniądze
1. codziennie lub prawie codziennie
2. 2–3 razy w tygodniu
3. kilka razy w miesiącu
4. 1–2 razy w miesiącu
5. rzadziej niż raz w miesiącu
6. trudno powiedzieć

Tabela 1.1

	2012 **Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy grał(a) Pan(i) w jakieś gry na pieniądze? Proszę wskazać wszystkie gry, w które Pan(i) grał(a)**	**2014** **Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy uczestniczyłe(a)ś w grach losowych lub loteriach, gdzie można wygrać pieniądze?**		
		grał ciągu ostatnich 12 miesięcy	ani razu nie grał w ciągu ostatnich 12 miesięcy	trudno powiedzieć odmowa odpowiedzi
Gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	20,5%	26,8%	73,1%	0,1%
Zdrapki	3,7%	13,3%	86,5%	0,2%
Loterie/konkursy SMS-owe	2,1%	7,4%	92,5%	0,1%
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	1,0%	4,5%	94,8%	0,7%
Zakłady bukmacherskie poza internetem	0,8%	2,4%	97,4%	0,2%
Karty prywatnie (poza kasynem i poza internetem)	0,7%	2,8%	96,8%	0,3%
Gry i zakłady (bez względu na rodzaj) w internecie	0,6%	1,1%	98,8%	0,2%
Gry w kasynie (poza internetem) – ruletka, karty i inne	0,4%	0,8%	98,9%	0,4%
Wyścigi konne lub innych zwierząt – na torze	0,1%	0,5%	99,4%	0,1%
Inne	0%	0,8%	98,8%	0,4%
Nie gram i nie grałe(a)m w ciągu ostatnich 12 miesięcy w żadne gry na pieniądze	76,5%	65,8%*		

* To odsetek osób, które przy wszystkich wymienionych grach odpowiedziały, że nie grały w nią ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W 2012 roku deklaracja o niegraniu była podpunktem umieszczonym na liście odpowiedzi.

Szczegółowe dane o częstości grania pokazują, że najwięcej tak zwanych *heavy userów*, czyli osób, które grają codziennie lub kilka razy w tygodniu, jest wśród grających w gry Totalizatora Sportowego (3,8%), grających na automatach (1,4%) oraz w zdrapki (1,0%) – to są dane ilustrujące zasięg zjawiska *heavy users* w skali całego społeczeństwa (tab. 1.2). W sumie 7,1% Polaków w wieku 15+ to osoby grające w jakąkolwiek grę na pieniądze codziennie lub kilka razy w tygodniu (co najmniej dwa razy).

Tabela 1.2

2014 Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy uczestniczyłe(a)ś w grach losowych lub loteriach, gdzie można wygrać pieniądze?							
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz/2-3 razy w miesiącu	raz/kilka razy w roku	ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	trudno powiedzieć, odmowa odpowiedzi	Ogółem
automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	0,8%	0,6%	0,8%	2,3%	94,8%	0,7%	100,0%
gra w kasynie (poza internetem) - ruletka, karty i inne)	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	98,9%	0,4%	100,0%
zakłady bukmacherskie poza internetem	0,4%	0,4%	0,6%	1,0%	97,4%	0,2%	100,0%
karty prywatnie (poza kasynem i poza internetem)	0,4%	0,4%	0,9%	1,2%	96,8%	0,3%	100,0%
gry i zakłady bez względu na rodzaj w internecie	0,2%	0,1%	0,3%	0,5%	98,8%	0,2%	100,0%
wyścigi konne lub innych zwierząt – na torze	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	99,4%	0,1%	100,0%
gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	0,5%	3,3%	9,5%	13,4%	73,1%	0,1%	100,0%
uczestnictwo w loterii lub innych grach poprzez wysłanie SMS	0,6%	0,1%	1,4%	5,3%	92,5%	0,1%	100,0%
Zdrapki	0,2%	0,8%	3,8%	8,5%	86,5%	0,2%	100,0%
inna gra	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%	98,8%	0,4%	100,0%

Analogiczne dane dla samych graczy, chociaż obarczone większym błędem ze względu na niewielką liczbę osób grających w niektóre gry, pokazują interesującą relację – gry niszowe, które z obiektywnych przyczyn mają najmniejszą liczbę grających (ograniczona liczba kasyn, ograniczona liczba miejsce, w których organizowane są wyścigi), mają wyraźnie wyższe wskaźniki *heavy userów* niż gry popularne czy szerszej rozpowszechnione (tab. 1.3).

Tabela 1.3

2014 Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy uczestniczyłe(a)ś w grach losowych lub loteriach, w których można wygrać pieniądze? Gracze						
	codziennie	kilka razy w tygodniu	raz/2–3 razy w miesiącu	raz/kilka razy w roku	N Ogółem	Ogółem
automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	18,7%	12,7%	17,8%	50,9%	112	100%
gra w kasynie (poza internetem) – ruletka, karty i inne)	44,2%	13,6%	10,4%	31,8%	19	100%
zakłady bukmacherskie poza internetem	16,2%	15,7%	25,9%	42,2%	60	100%
karty prywatnie (poza kasynem i poza internetem)	14,2%	12,4%	30,3%	43,1%	71	100%
gry i zakłady bez względu na rodzaj w internecie	21,7%	6,7%	26,9%	44,7%	27	100%
wyścigi konne lub innych zwierząt – na torze	63,2%	4,3%	0,0%	32,5%	13	100%
gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	1,8%	12,5%	35,6%	50,2%	669	100%
uczestnictwo w loterii lub innych grach poprzez wysłanie SMS	8,3%	1,7%	18,7%	71,3%	185	100%
Zdrapki	1,3%	6,1%	28,7%	63,9%	334	100%
inna gra	0,0%	3,7%	22,0%	74,4%	19	100%

W roku 2014 prawie połowa graczy zadeklarowała, że gra w więcej niż jedną grę (49,5%), częściej są to dwie gry (32,4%) niż trzy lub więcej (17,1%).

Tabela 1.4

	Ogółem (cała populacja)		Gracze (populacja graczy)	
Liczba gier na pieniądze, w które grano w ciągu ostatnich 12 miesięcy	**2012**	**2014**	**2012**	**2014**
Jedna gra	18,4%	17,3%	78,3%	50,5%
Dwie gry	3,9%	11,1%	16,5%	32,4%
Trzy gry	0,8%	3,6%	3,5%	10,7%
Cztery gry	0,1%	1,6%	0,6%	4,6%
Pięć gier	0,1%	0,4%	0,6%	1,1%
Sześć gier	0,1%	0,1%	0,4%	0,3%
Siedem gier	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%
Osiem gier	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Nie grano w ciągu ostatnich 12 miesięcy	76,5%	65,8%	100%	100%
	100%	100,00%		

Większa populacja graczy nie zmieniła ich struktury społeczno-demograficznej w istotny sposób, co pokazują dane zamieszczone na rysunkach od 1.1 do 1.6.

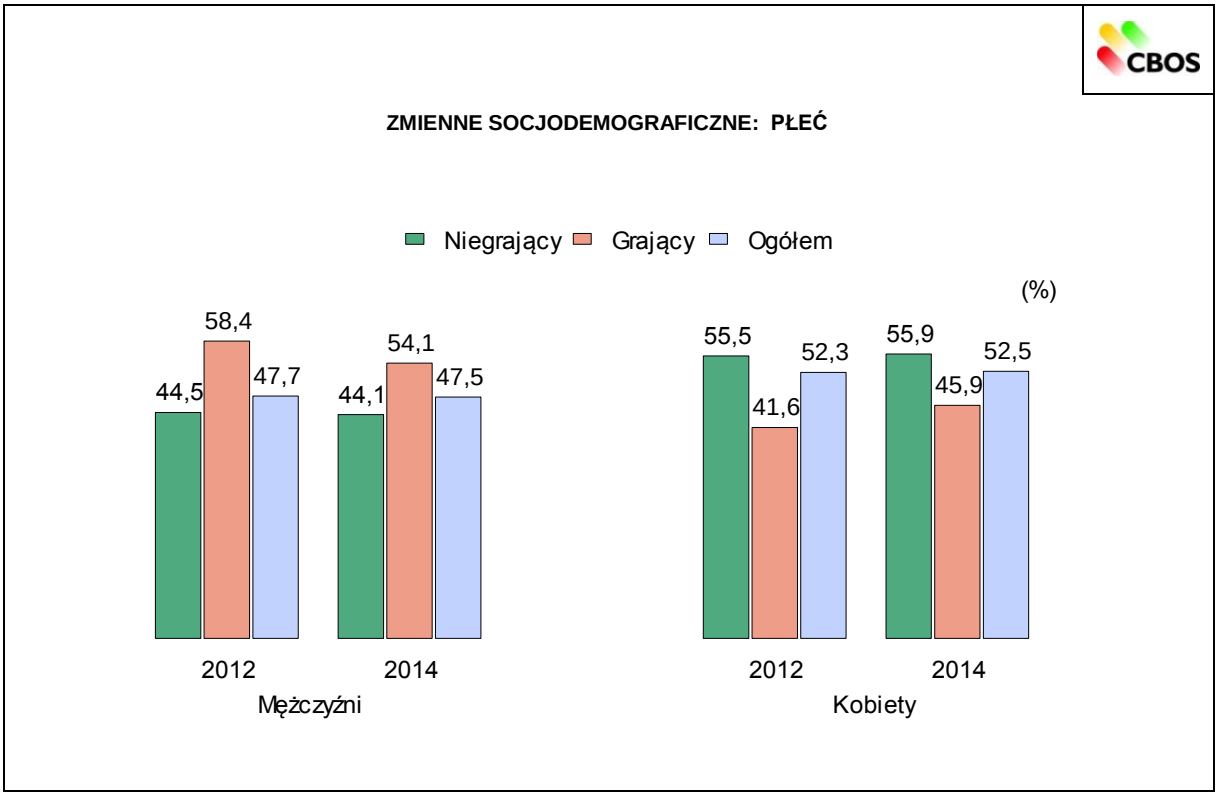
Struktura społeczno-demograficzna grupy grających i grupy niegrających:

- płeć – większość graczy to mężczyźni (ponad połowa);
- wiek – udział poszczególnych grup wiekowych z przedziału 25–64 lata jest zbliżony, wśród najmłodszych, liczących 15–17 lat, graczy było i jest najmniej; udział osób najstarszych, w wieku 65+, nieco się zwiększył;
- miejsce zamieszkania – wśród grających przeważają mieszkańcy miast;
- wykształcenie – gracze byli i są relatywnie lepiej wykształceni, jest wśród nich mniej osób z wykształceniem podstawowym, a więcej z wyższym niż w grupie niegrających;
- wysokość dochodów – gracze mają relatywnie wyższe miesięczne dochody osobiste netto: dochody co trzeciego z nich przekraczają 2000 zł, wśród niegrających takie dochody osiąga co czwarta osoba; w gospodarstwach domowych graczy wyższe są także dochody na jedną osobę;
- częstotliwość praktyk religijnych – bardzo zbliżona, nie ma istotnych różnic między grającymi i niegrającymi.

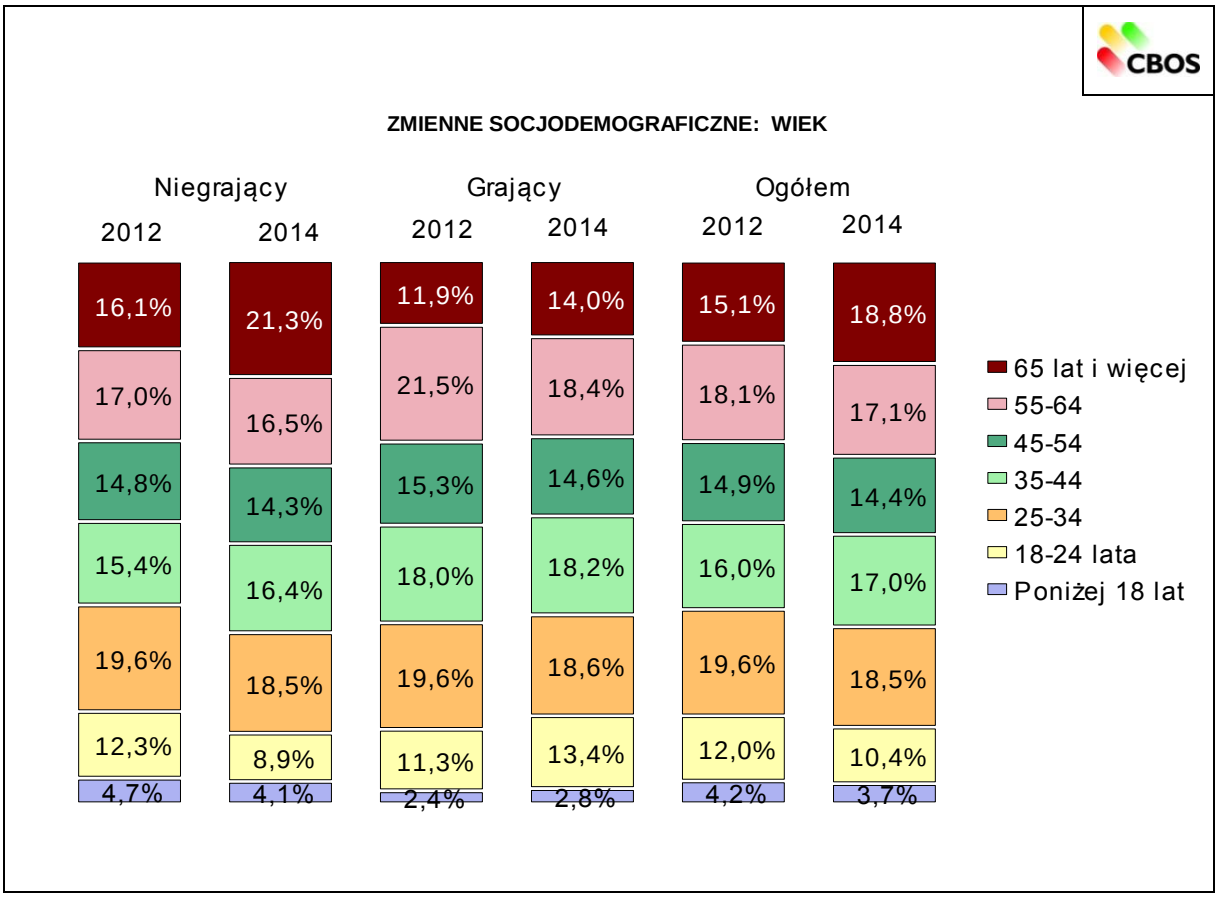
Analizując zmiany struktury grupy graczy w latach 2012–2014, można stwierdzić:

- niewielki spadek udziału mężczyzn i mały wzrost udziału kobiet;
- niewielki wzrost udziału mieszkańców wsi i spadek udziału mieszkańców największych miast;
- niewielki wzrost udziału osób z wyższym wykształceniem i spadek udziału osób z wykształceniem średnim;
- niewielki wzrost odsetka osób o wyższym statusie materialnym;
- zmniejszenie się udziału osób z najniższymi dochodami osobistymi i niewielkie zwiększenie udziału osób z wyższymi dochodami.

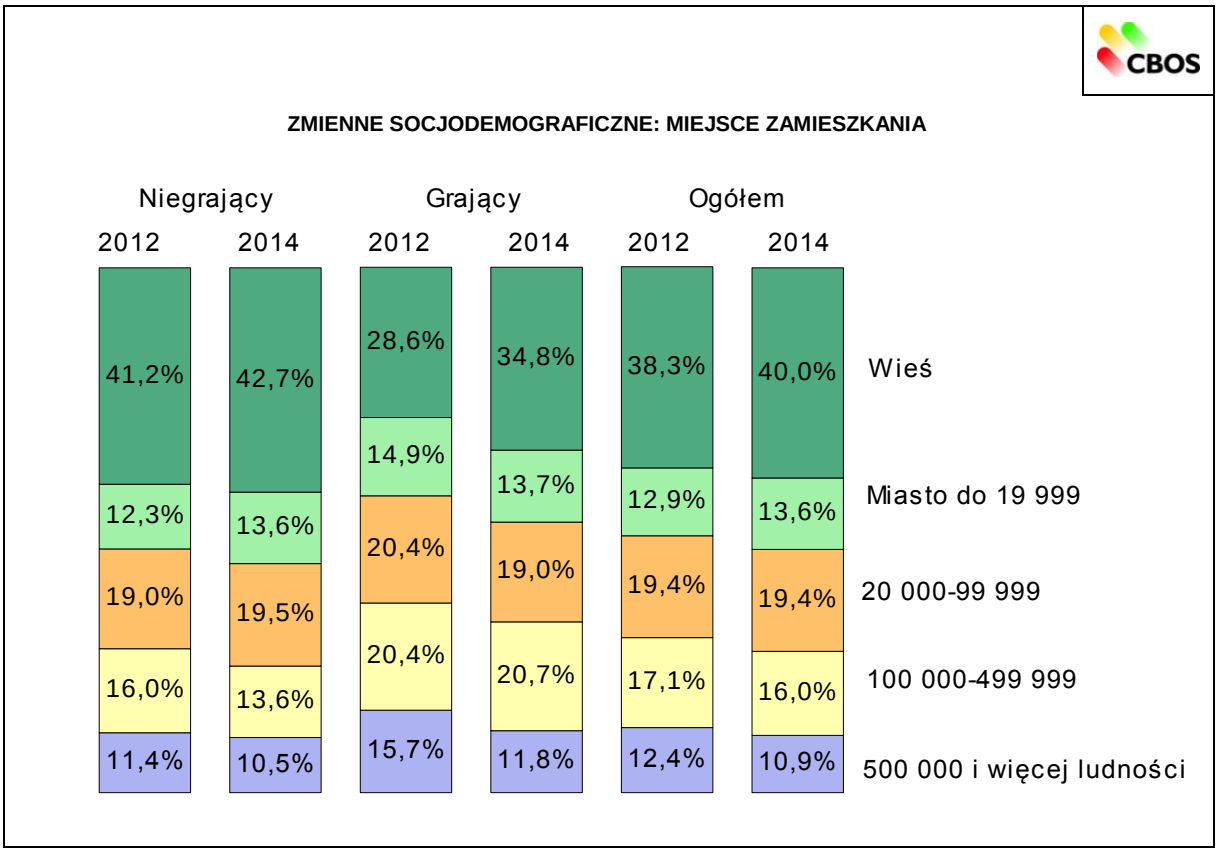
Rysunek 1.1



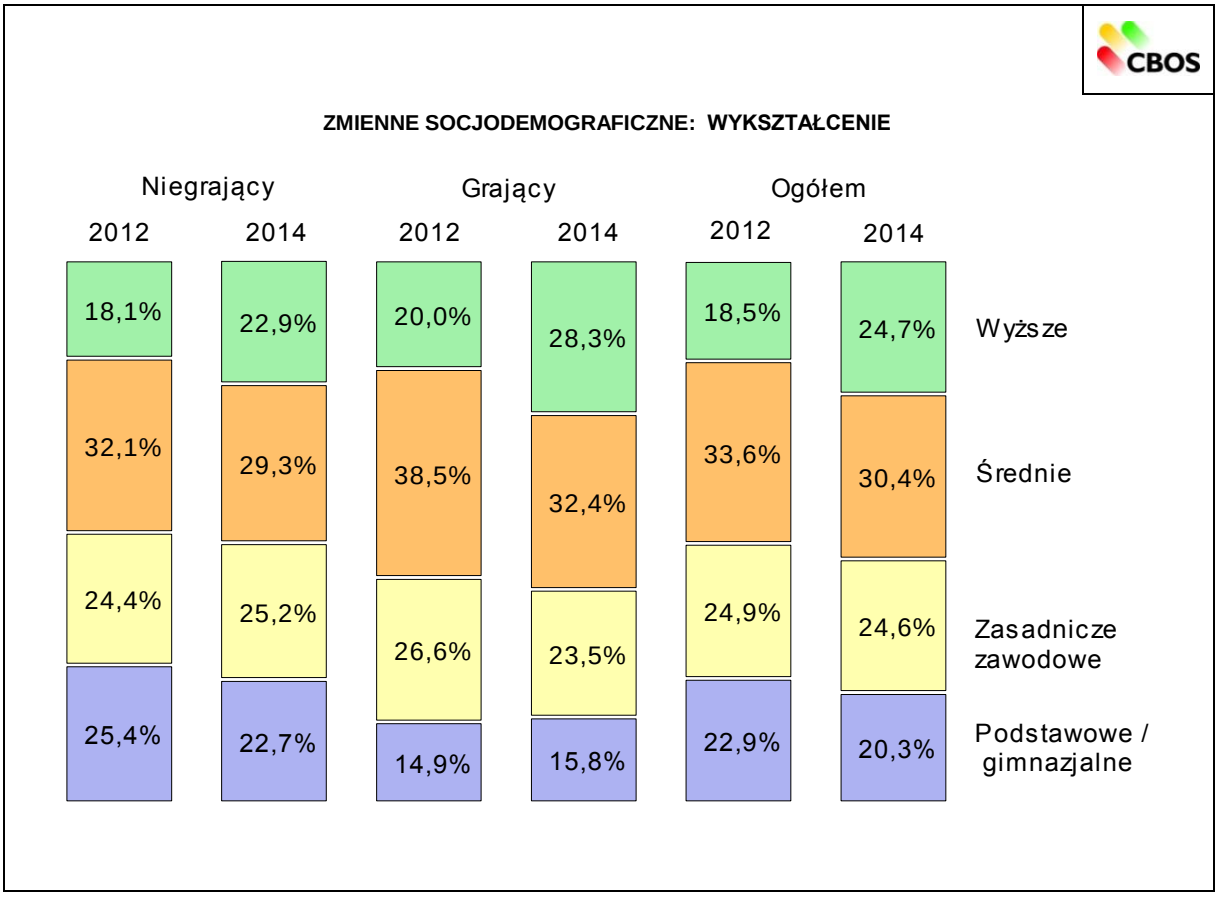
Rysunek 1.2



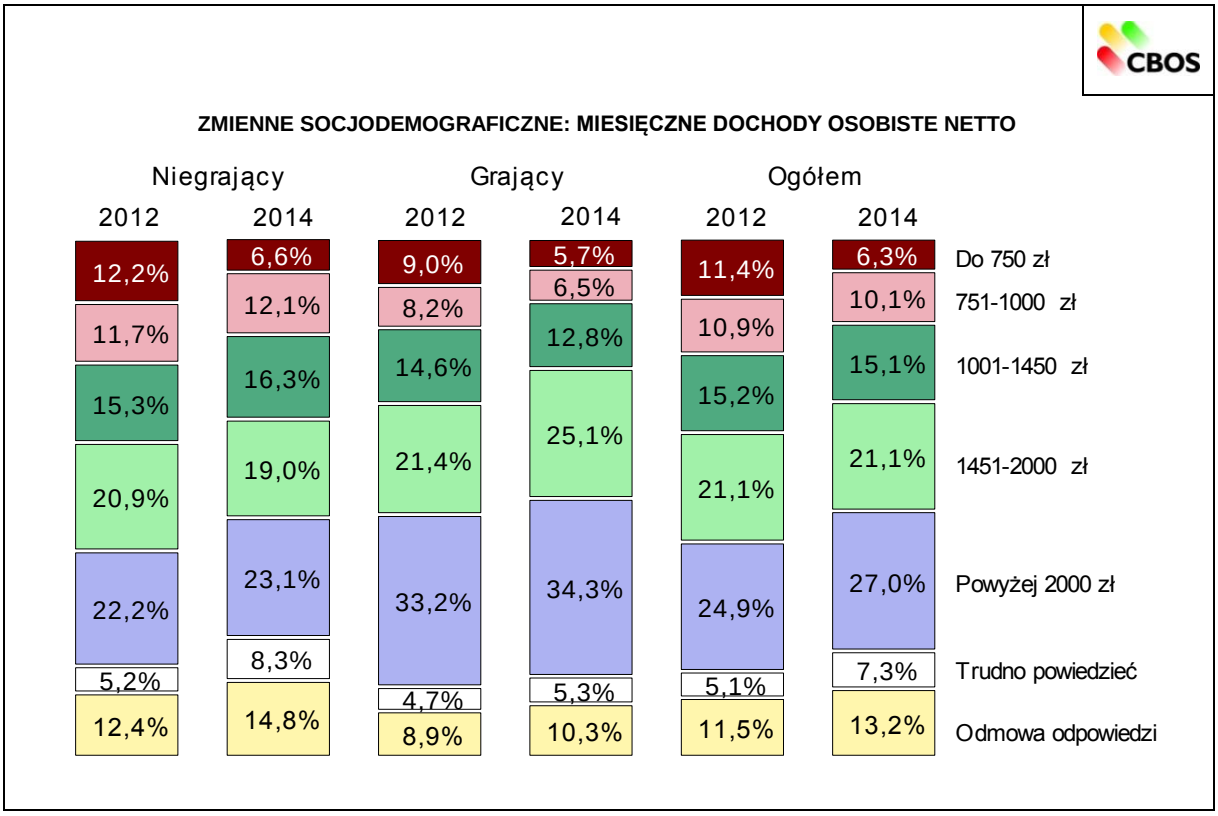
Rysunek 1.3



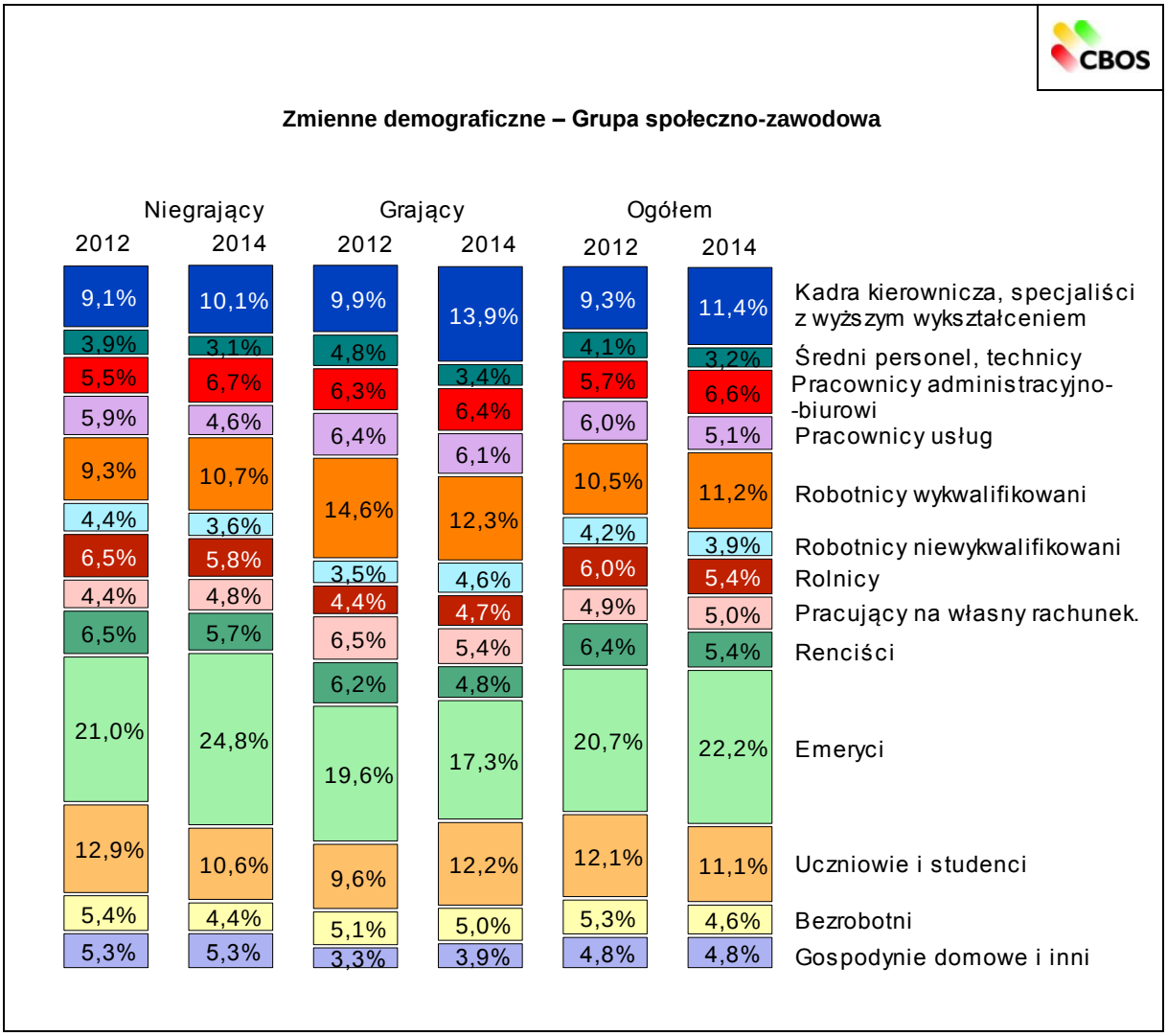
Rysunek 1.4



Rysunek 1.5



Rysunek 1.6

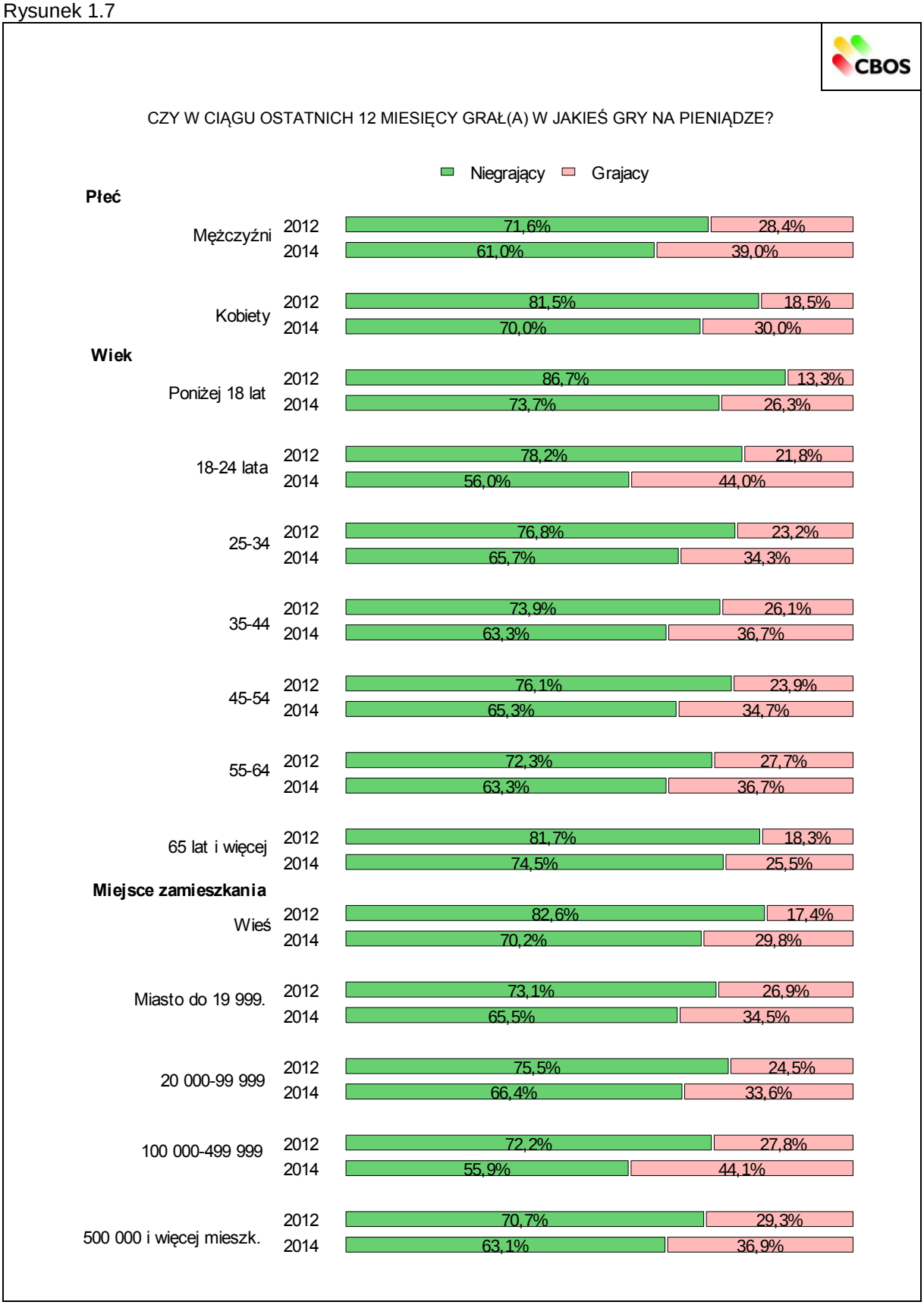


Struktura społeczna grupy graczy jest – jak widać – bardzo zróżnicowana. Granie w gry na pieniądze pociąga osoby lokujące się na różnych szczeblach drabiny społecznej.

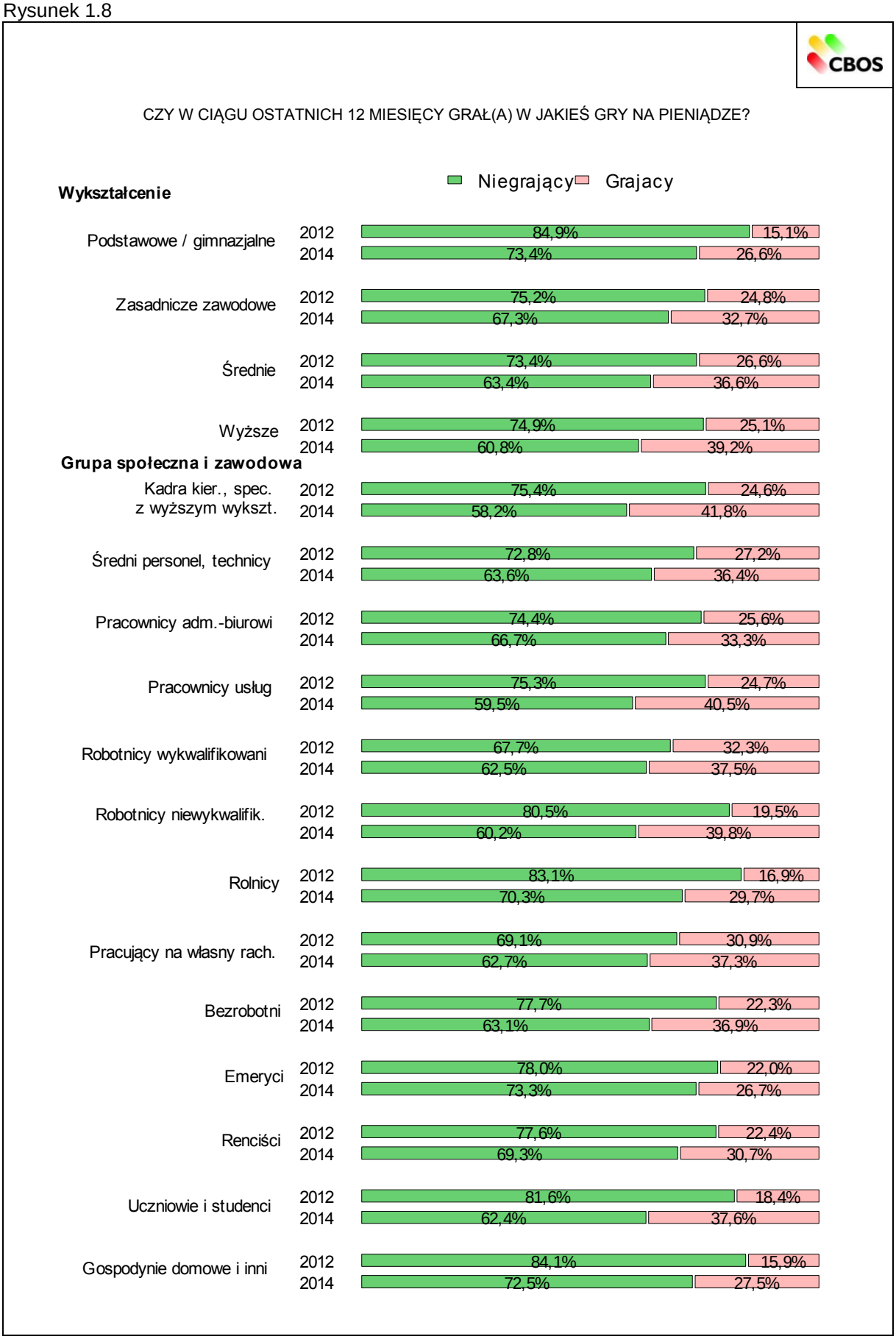
W inny sposób ilustrują to rysunki 1.7 i 1.8, prezentujące podział na grających i niegrających w ramach każdej z wyodrębnionych kategorii społeczno-demograficznych. Jak już wspomniano, zwiększenie populacji osób grających wpłynęło na wzrost liczby graczy w każdej z nich, dlatego nie można bezpośrednio porównywać odsetków z lat 2012 i 2014. Ale nie ma to większego znaczenia dla generalnego wniosku – w każdej kategorii, czy weźmiemy pod uwagę płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania itd., grający stanowią najczęściej między 20 a 30 procent danej grupy.

Gra na pieniądze jest zjawiskiem o dosyć szerokim społecznym zasięgu. W dużej mierze jest to efekt popularności gier Totalizatora Sportowego, w które grał w 2014 roku co czwarty Polak w wieku 15+.

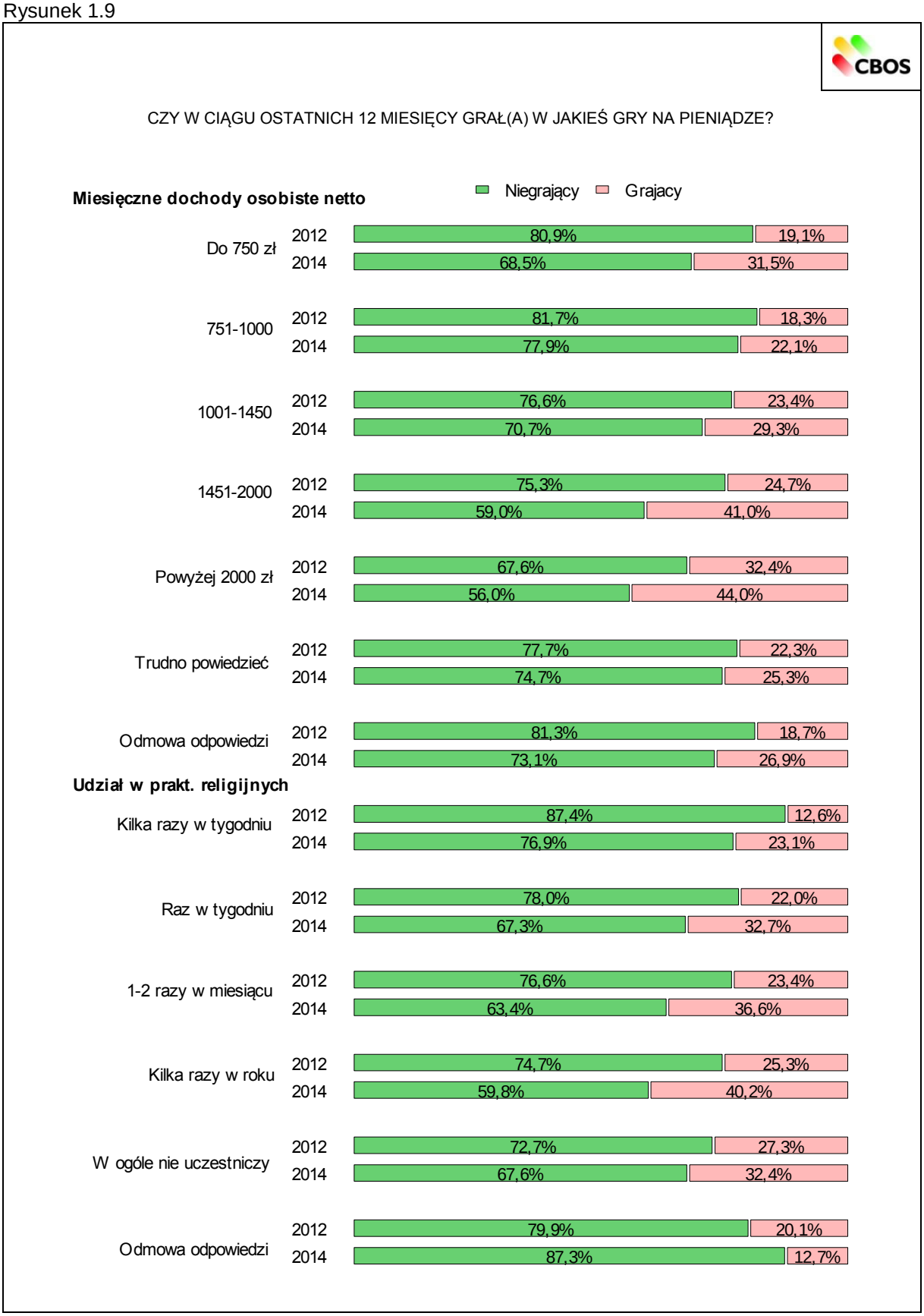
Rysunek 1.7


CBOS
CZY W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY GRAŁ(A) W JAKIEŚ GRY NA PIENIĄDZE?
Niegrający
Grajacy
Płeć
Mężczyźni
2012 71,6% 28,4%
2014 61,0% 39,0%
Kobiety
2012 81,5% 18,5%
2014 70,0% 30,0%
Wiek
Poniżej 18 lat
2012 86,7% 13,3%
2014 73,7% 26,3%
18-24 lata
2012 78,2% 21,8%
2014 56,0% 44,0%
25-34
2012 76,8% 23,2%
2014 65,7% 34,3%
35-44
2012 73,9% 26,1%
2014 63,3% 36,7%
45-54
2012 76,1% 23,9%
2014 65,3% 34,7%
55-64
2012 72,3% 27,7%
2014 63,3% 36,7%
65 lat i więcej
2012 81,7% 18,3%
2014 74,5% 25,5%
Miejsce zamieszkania
Wieś
2012 82,6% 17,4%
2014 70,2% 29,8%
Miasto do 19 999.
2012 73,1% 26,9%
2014 65,5% 34,5%
20 000-99 999
2012 75,5% 24,5%
2014 66,4% 33,6%
100 000-499 999
2012 72,2% 27,8%
2014 55,9% 44,1%
500 000 i więcej mieszk.
2012 70,7% 29,3%
2014 63,1% 36,9%

Rysunek 1.8


CBOS
CZY W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY GRAŁ(A) W JAKIEŚ GRY NA PIENIĄDZE?
Niegrający
Grajacy
Wykształcenie
Podstawowe / gimnazjalne 2012 84,9% 15,1%
2014 73,4% 26,6%
Zasadnicze zawodowe 2012 75,2% 24,8%
2014 67,3% 32,7%
Średnie 2012 73,4% 26,6%
2014 63,4% 36,6%
Wyższe 2012 74,9% 25,1%
2014 60,8% 39,2%
Grupa społeczna i zawodowa
Kadra kier., spec. z wyższym wykszt. 2012 75,4% 24,6%
2014 58,2% 41,8%
Średni personel, technicy 2012 72,8% 27,2%
2014 63,6% 36,4%
Pracownicy adm.-biurowi 2012 74,4% 25,6%
2014 66,7% 33,3%
Pracownicy usług 2012 75,3% 24,7%
2014 59,5% 40,5%
Robotnicy wykwalifikowani 2012 67,7% 32,3%
2014 62,5% 37,5%
Robotnicy niewykwalifik. 2012 80,5% 19,5%
2014 60,2% 39,8%
Rolnicy 2012 83,1% 16,9%
2014 70,3% 29,7%
Pracujący na własny rach. 2012 69,1% 30,9%
2014 62,7% 37,3%
Bezrobotni 2012 77,7% 22,3%
2014 63,1% 36,9%
Emeryci 2012 78,0% 22,0%
2014 73,3% 26,7%
Renciści 2012 77,6% 22,4%
2014 69,3% 30,7%
Uczniowie i studenci 2012 81,6% 18,4%
2014 62,4% 37,6%
Gospodynie domowe i inni 2012 84,1% 15,9%
2014 72,5% 27,5%

Rysunek 1.9

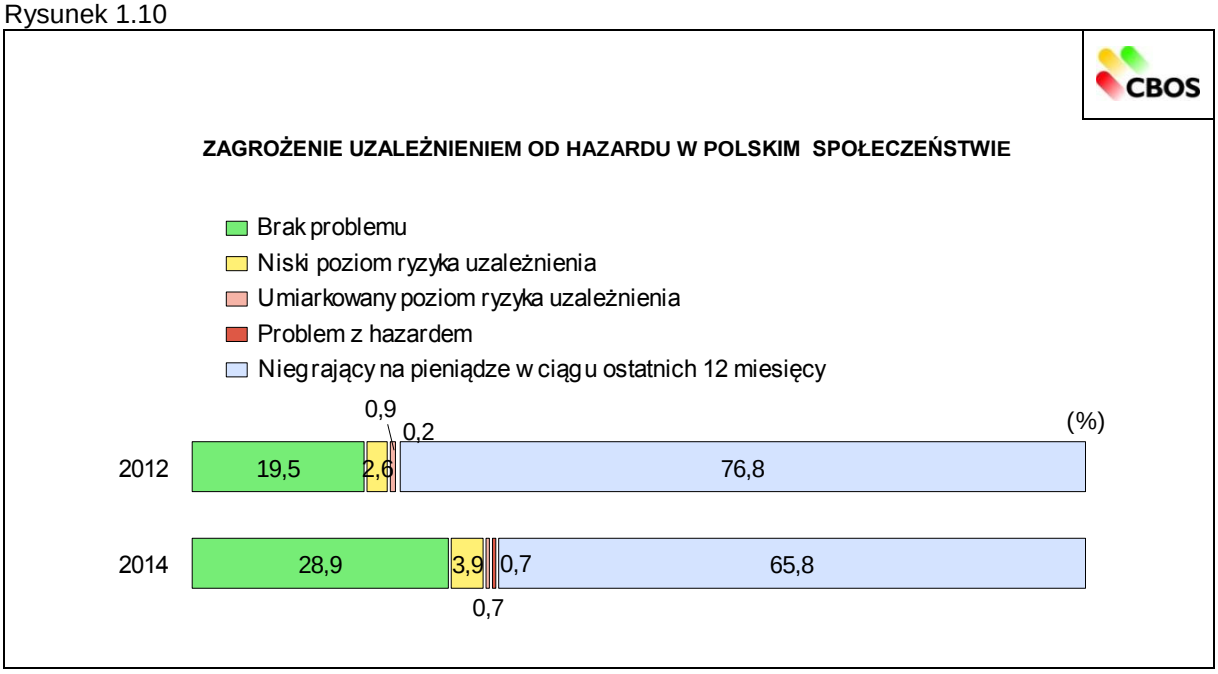

CBOS
CZY W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY GRAŁ(A) W JAKIEŚ GRY NA PIENIĄDZE?
Niegrający
Grajacy
Miesięczne dochody osobiste netto
Do 750 zł
2012 80,9% 19,1%
2014 68,5% 31,5%
751-1000
2012 81,7% 18,3%
2014 77,9% 22,1%
1001-1450
2012 76,6% 23,4%
2014 70,7% 29,3%
1451-2000
2012 75,3% 24,7%
2014 59,0% 41,0%
Powyżej 2000 zł
2012 67,6% 32,4%
2014 56,0% 44,0%
Trudno powiedzieć
2012 77,7% 22,3%
2014 74,7% 25,3%
Odmowa odpowiedzi
2012 81,3% 18,7%
2014 73,1% 26,9%
Udział w prakt. religijnych
Kilka razy w tygodniu
2012 87,4% 12,6%
2014 76,9% 23,1%
Raz w tygodniu
2012 78,0% 22,0%
2014 67,3% 32,7%
1-2 razy w miesiącu
2012 76,6% 23,4%
2014 63,4% 36,6%
Kilka razy w roku
2012 74,7% 25,3%
2014 59,8% 40,2%
W ogóle nie uczestniczy
2012 72,7% 27,3%
2014 67,6% 32,4%
Odmowa odpowiedzi
2012 79,9% 20,1%
2014 87,3% 12,7%

1.1.1. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD HAZARDU

W ocenie ryzyka uzależnienia od hazardu wykorzystano metodę Kanadyjskiego Indeksu Gier Hazardowych (CPGI). Jego wartość mieści się w granicach 0–27 punktów. Wynik „0” oznacza brak problemu, gracz nie jest narażony na negatywne konsekwencje uprawiania hazardu. Wynik powyżej „0”, nawet jeśli mieści się w granicach niskich wartości skali, od 1–7 punktów, sygnalizuje występowanie symptomów, które nie muszą prowadzić do negatywnych konsekwencji, ale może się to zdarzyć, jeśli gracz gra często oraz współwystępują inne jeszcze „słabe punkty” (np. błędne szacowanie szans wygrania, problemy finansowe).

Na rysunku 1.10 przedstawiono poziom zagrożenia hazardem w odniesieniu do całego społeczeństwa. W roku 2012 w sposób mogący prowadzić do uzależnienia grało 3,7% Polaków w wieku 15+, w tym 0,2% już miało z tym poważny problem. W roku 2014 te wskaźniki są nieco wyższe: symptomy uzależnienia występują u 5,3% Polaków w wieku 15+, w tym 0,7% to osoby wysoce zagrożone uzależnieniem od hazardu.

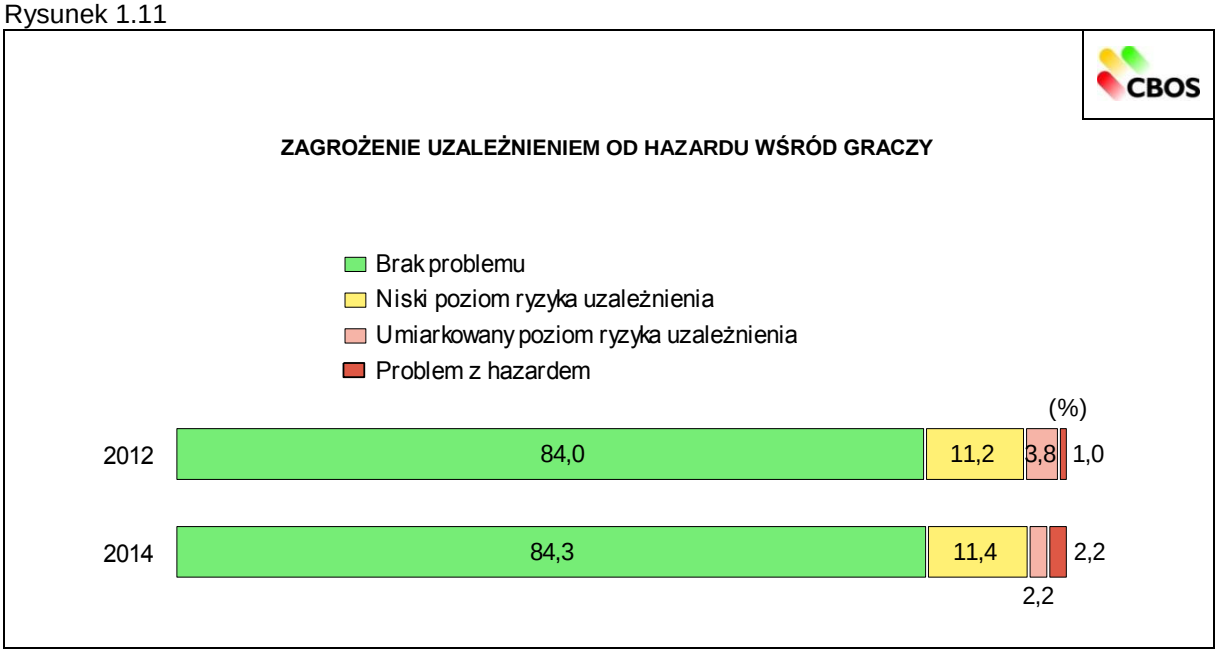
Rysunek 1.10



Jeśli weźmie się pod uwagę samych graczy, przypuszczenie, że niewielki wzrost odsetka zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych jest efektem większej liczby grających, nie znajduje uzasadnienia. Porównanie danych z 2012 i 2014 roku dowodzi, że ten wzrost jest efektem wewnętrznych zmian w grupie graczy. O ile w 2012 roku 1,0% grających miał duży problem z hazardem, to w 2014 roku takich osób jest więcej – 2,2%, natomiast zmniejszył się nieco odsetek graczy zagrożonych uzależnieniem w sposób umiarkowany.

Zasięg rozpowszechnienia problemu nie zmienił się: obecnie 15,7% graczy ma, na skali CPGI, wynik powyżej „0”, czyli w ich sposobie gry występują symptomy, które w dalszej konsekwencji mogą doprowadzić do uzależnienia. To tyle samo co w 2012 roku (16,0%). Natomiast można mówić o tendencji wzrostowej w odniesieniu do skali problemu, za czym przemawia wyższy niż w 2012 roku odsetek graczy lokujących się w górnym przedziale indeksu hazardu.

Rysunek 1.11



W dalszej analizie statystycznej, ze względu na nieduże liczebności, połączono wszystkie poziomy uzależnienia od hazardu w jeden: „gracz ma symptomy uzależnienia (mniejsze/słabsze lub większe/silniejsze)”. Zróżnicowania społeczno-demograficzne będą prezentowane w dychotomicznym podziale: gracz nie ma problemu z hazardem (0 punktów w indeksie CPGI) – gracz ma słabsze lub silniejsze symptomy uzależnienia (1 punkt lub więcej w indeksie CPGI).

1.1.2. ZRÓŻNICOWANIA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE UZALEŻNIENIA OD HAZARDU

Grający mężczyźni są bardziej zagrożeni uzależnieniem od hazardu niż kobiety. U co piątego gracza płci męskiej występują symptomy uzależnienia. Zagrożonych kobiet jest dwukrotnie mniej (rys. 1.12). Dane z 2012 i 2014 roku są niemal takie same.

Pewne zmiany zanotowano w grupie osób najmłodszych, w wieku 15–17 lat – odsetek graczy mających jakieś symptomy uzależnienia istotnie zmniejszył się. Dlatego spadła też

liczba takich osób w łącznej kategorii uczeń/student. Przyczyny spadku mogą być różne, np. bardziej ograniczony dostęp do automatów, związany z konsekwentnym realizowaniem zapisów ustawy o grach hazardowych[7], kroki prawne podejmowane przez Służbę Celną wobec grających w zagranicznych grach hazardowych[8], bardziej konsekwentne przestrzeganie przepisu zabraniającego uczestnictwa w grach osobom niepełnoletnim, kampanie edukacyjne nt. uzależnienia od hazardu itp. Ale być może jest to też efekt niewielkiej liczebności graczy w tej kategorii wiekowej. Tym niemniej młodzi są grupą podwyższonego ryzyka – np. obecnie wśród osób liczących 18–24 lata jest najwyższy odsetek zagrożonych uzależnieniem, wysoki był też w 2012 roku (rys.1.12).

Drugą grupą, w której skala zmian jest większa, są osoby starsze, w wieku 65+. W tym przypadku zanotowano wzrost odsetka graczy mających symptomy problemu z uzależnieniem od hazardu (rys.1.12).

Te dwa zjawiska o przeciwstawnym charakterze – zmniejszenie się skali problemu u graczy najmłodszych i zwiększenie u graczy najstarszych – powinny być dalej monitorowane, najlepiej w badaniach jakościowych, które pozwalają na dotarcie do głębszych przyczyn.

Następną kwestią wymagającą dalszego monitorowania jest spadek liczby osób z problemem zagrożenia uzależnieniem od hazardu w największych miastach i wzrost ich liczby na wsi. Można postawić hipotezę, że duże miasto, w przeciwieństwie do wsi, oferuje wiele alternatywnych atrakcji, które mogą zastąpić hazard, lecz ta bądź inna hipoteza wymagać będzie weryfikacji (rys.1.12).

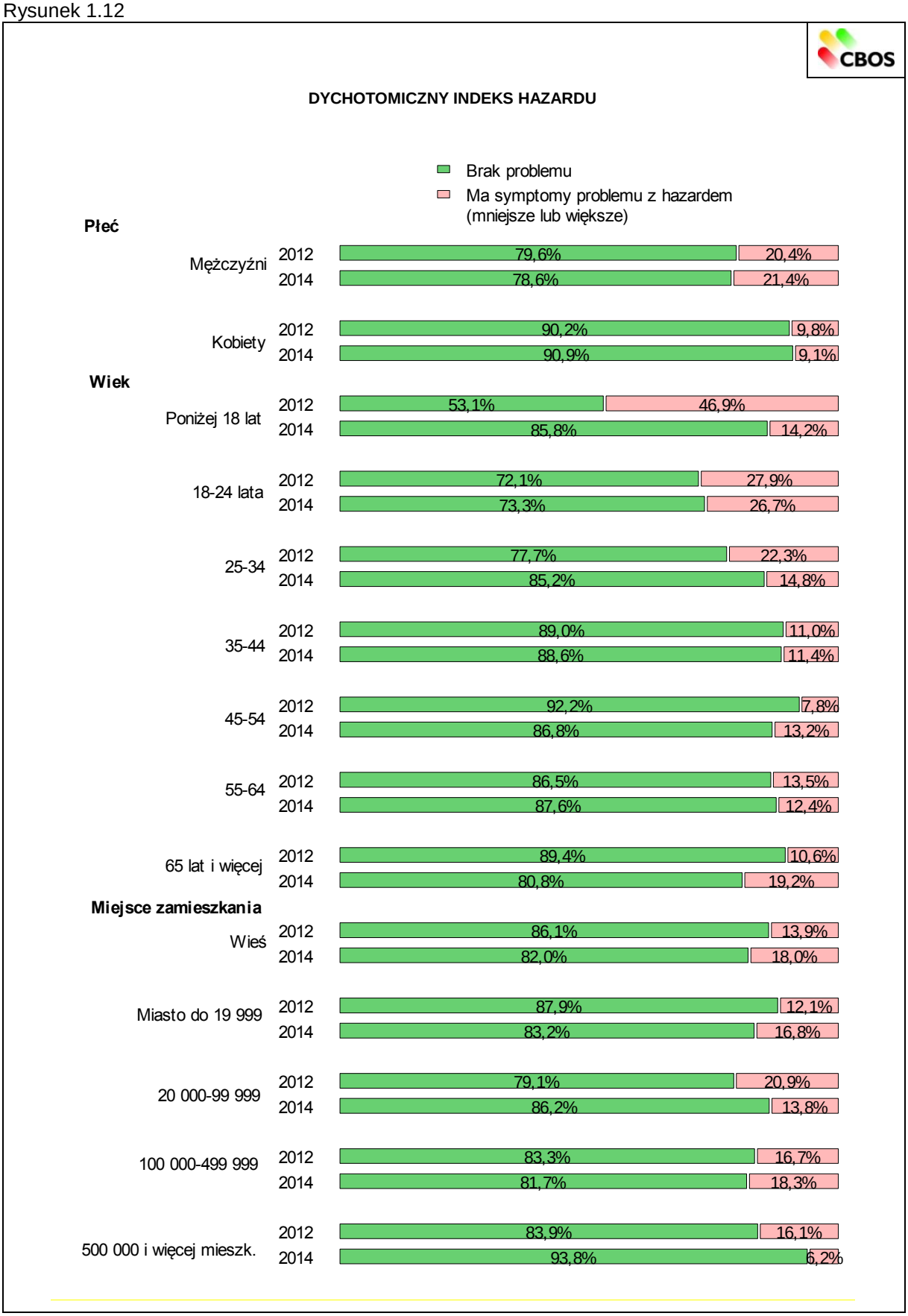
Analizując zmiany związane z poziomem posiadanej edukacji, można postawić kolejną hipotezę: problem uzależnienia od hazardu zaczyna dotykać w większym stopniu osoby słabiej wykształcone, a w mniejszym – graczy z wyższym wykształceniem. Nie dziwi więc fakt, że osób zagrożonych uzależnieniem jest więcej wśród osób o niskim statusie – robotników, rolników, bezrobotnych (rys.1.13).

---

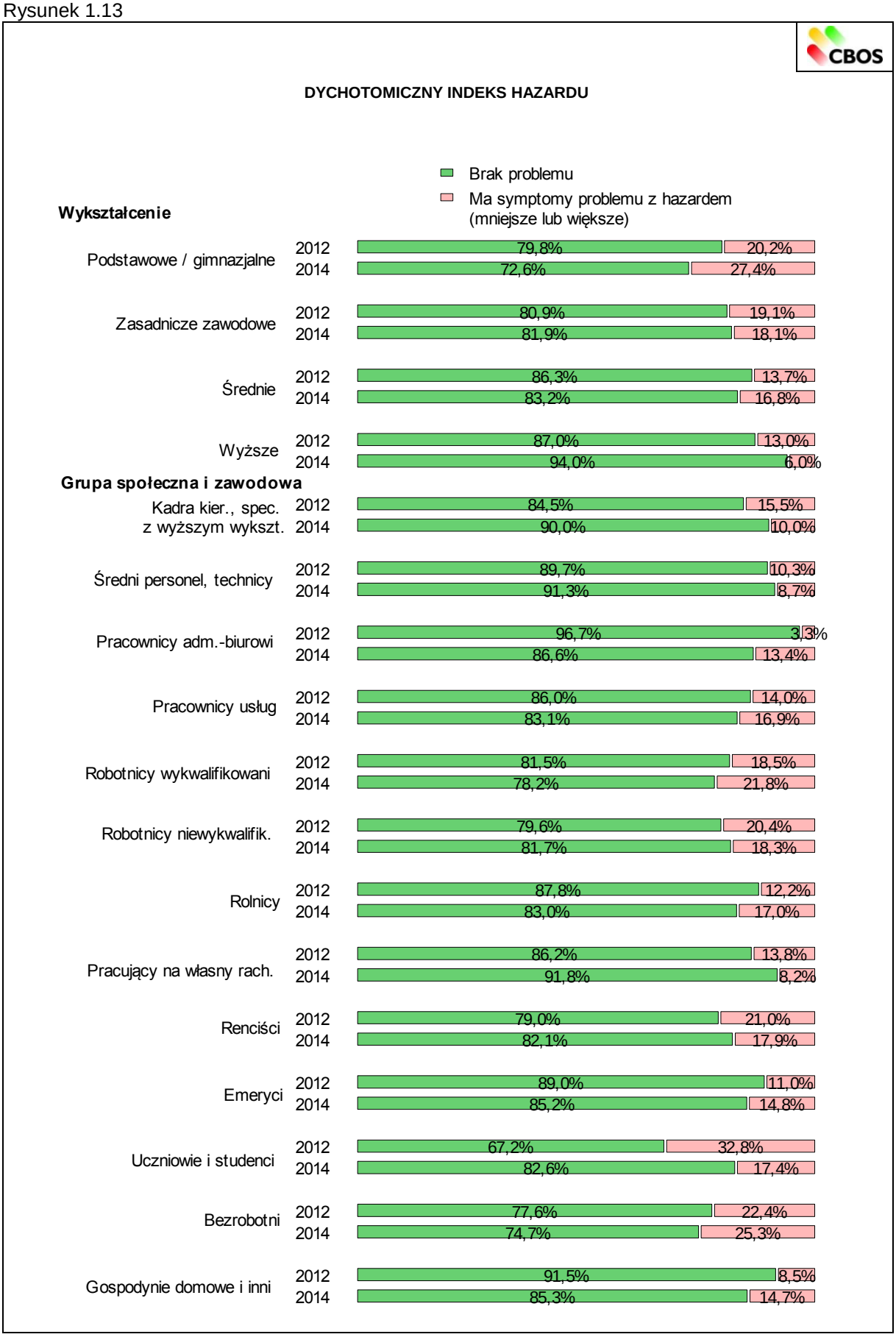
[7] Według danych Służby Celnej liczba automatów do gier bardzo spadła – z ponad 55 000 w 2010 roku do 7316 w 2013 roku, z drugiej jednak strony w prasie nie brakuje artykułów na temat przenoszenia się automatów do szarej strefy.

[8] W listopadzie 2014 roku Służba Celna podała, że uzyskała dotychczas informacje o ponad 24 000 graczy, którzy brali udział w zagranicznych grach hazardowych, w tym o 17 700 graczach, którzy uzyskali wygrane na łączną kwotę 27 mln zł, i wszczęła ponad 1100 postępowań przygotowawczych w tych sprawach.

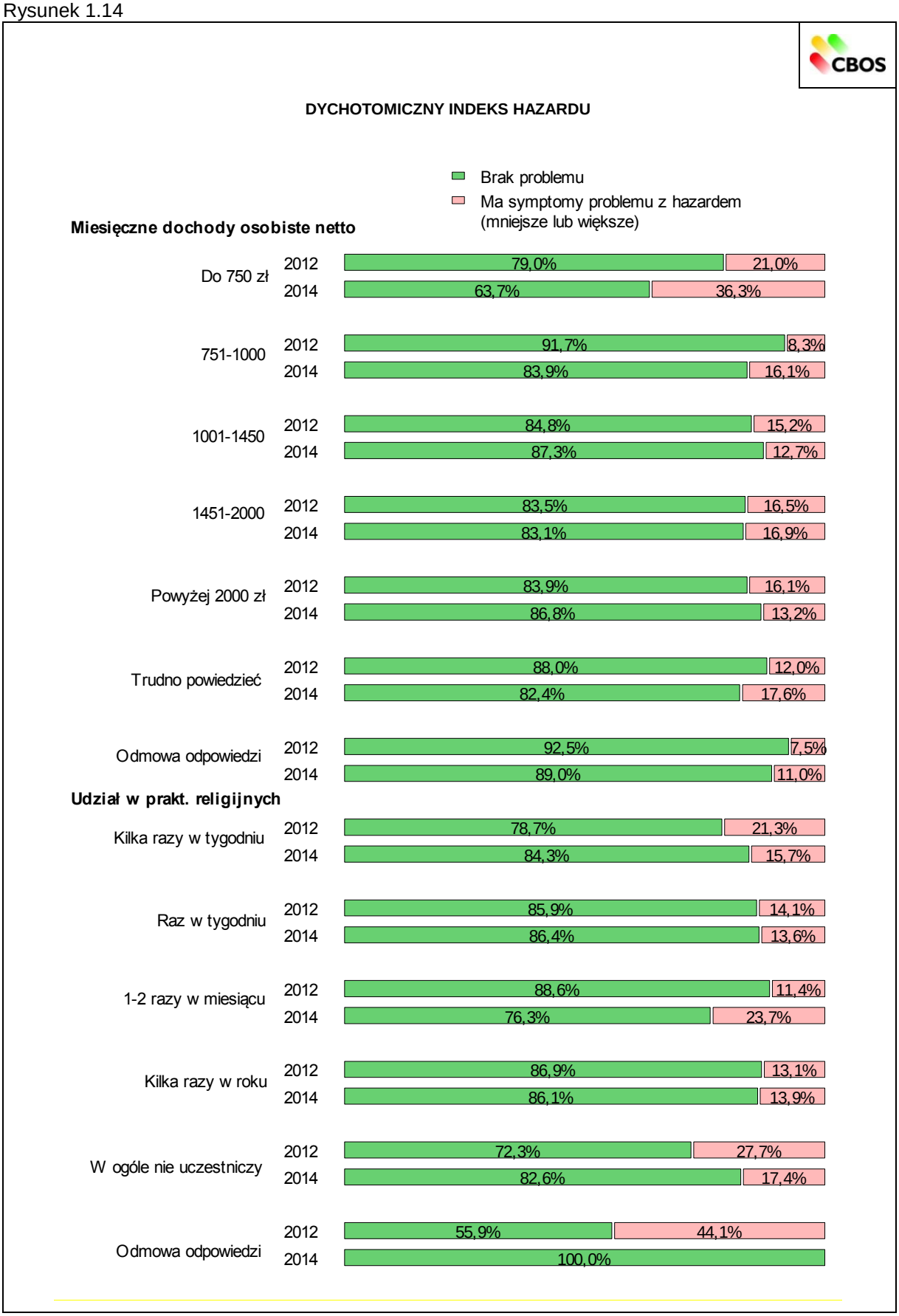
Rysunek 1.12


CBOS
DYCHOTOMICZNY INDEKS HAZARDU
Brak problemu
Ma symptomy problemu z hazardem (mniejsze lub większe)
Płeć
Mężczyźni 2012 79,6% 20,4%
2014 78,6% 21,4%
Kobiety 2012 90,2% 9,8%
2014 90,9% 9,1%
Wiek
Poniżej 18 lat 2012 53,1% 46,9%
2014 85,8% 14,2%
18-24 lata 2012 72,1% 27,9%
2014 73,3% 26,7%
25-34 2012 77,7% 22,3%
2014 85,2% 14,8%
35-44 2012 89,0% 11,0%
2014 88,6% 11,4%
45-54 2012 92,2% 7,8%
2014 86,8% 13,2%
55-64 2012 86,5% 13,5%
2014 87,6% 12,4%
65 lat i więcej 2012 89,4% 10,6%
2014 80,8% 19,2%
Miejsce zamieszkania
Wieś 2012 86,1% 13,9%
2014 82,0% 18,0%
Miasto do 19 999 2012 87,9% 12,1%
2014 83,2% 16,8%
20 000-99 999 2012 79,1% 20,9%
2014 86,2% 13,8%
100 000-499 999 2012 83,3% 16,7%
2014 81,7% 18,3%
500 000 i więcej mieszk. 2012 83,9% 16,1%
2014 93,8% 6,2%

Rysunek 1.13


CBOS
DYCHOTOMICZNY INDEKS HAZARDU
Brak problemu
Ma symptomy problemu z hazardem (mniejsze lub większe)
Wykształcenie
Podstawowe / gimnazjalne 2012 79,8% 20,2%
2014 72,6% 27,4%
Zasadnicze zawodowe 2012 80,9% 19,1%
2014 81,9% 18,1%
Średnie 2012 86,3% 13,7%
2014 83,2% 16,8%
Wyższe 2012 87,0% 13,0%
2014 94,0% 6,0%
Grupa społeczna i zawodowa
Kadra kier., spec. z wyższym wykszt. 2012 84,5% 15,5%
2014 90,0% 10,0%
Średni personel, technicy 2012 89,7% 10,3%
2014 91,3% 8,7%
Pracownicy adm.-biurowi 2012 96,7% 3,3%
2014 86,6% 13,4%
Pracownicy usług 2012 86,0% 14,0%
2014 83,1% 16,9%
Robotnicy wykwalifikowani 2012 81,5% 18,5%
2014 78,2% 21,8%
Robotnicy niewykwalifik. 2012 79,6% 20,4%
2014 81,7% 18,3%
Rolnicy 2012 87,8% 12,2%
2014 83,0% 17,0%
Pracujący na własny rach. 2012 86,2% 13,8%
2014 91,8% 8,2%
Renciści 2012 79,0% 21,0%
2014 82,1% 17,9%
Emeryci 2012 89,0% 11,0%
2014 85,2% 14,8%
Uczniowie i studenci 2012 67,2% 32,8%
2014 82,6% 17,4%
Bezrobotni 2012 77,6% 22,4%
2014 74,7% 25,3%
Gospodynie domowe i inni 2012 91,5% 8,5%
2014 85,3% 14,7%

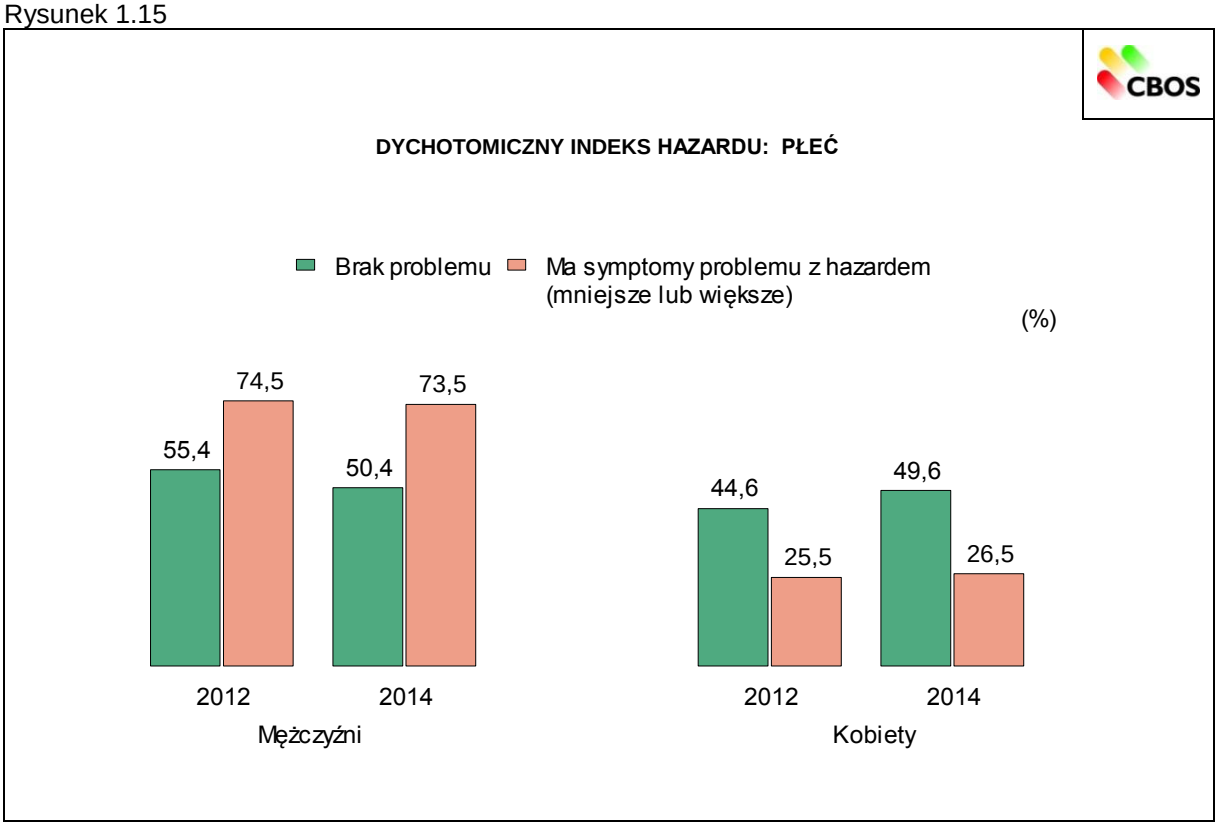
Rysunek 1.14


CBOS
DYCHOTOMICZNY INDEKS HAZARDU
Brak problemu
Ma symptomy problemu z hazardem (mniejsze lub większe)
Miesięczne dochody osobiste netto
Do 750 zł
2012 79,0% 21,0%
2014 63,7% 36,3%
751-1000
2012 91,7% 8,3%
2014 83,9% 16,1%
1001-1450
2012 84,8% 15,2%
2014 87,3% 12,7%
1451-2000
2012 83,5% 16,5%
2014 83,1% 16,9%
Powyżej 2000 zł
2012 83,9% 16,1%
2014 86,8% 13,2%
Trudno powiedzieć
2012 88,0% 12,0%
2014 82,4% 17,6%
Odmowa odpowiedzi
2012 92,5% 7,5%
2014 89,0% 11,0%
Udział w prakt. religijnych
Kilka razy w tygodniu
2012 78,7% 21,3%
2014 84,3% 15,7%
Raz w tygodniu
2012 85,9% 14,1%
2014 86,4% 13,6%
1-2 razy w miesiącu
2012 88,6% 11,4%
2014 76,3% 23,7%
Kilka razy w roku
2012 86,9% 13,1%
2014 86,1% 13,9%
W ogóle nie uczestniczy
2012 72,3% 27,7%
2014 82,6% 17,4%
Odmowa odpowiedzi
2012 55,9% 44,1%
2014 100,0%

W komplementarnej perspektywie przedstawia dane analiza udziałowa, prezentując cechy społeczno-demograficzne graczy w podziale na grupy osób zagrożonych i niezagrożonych uzależnieniem od hazardu.

W sposób ryzykowny grają znacznie częściej mężczyźni niż kobiety – trzy czwarte zagrożonych to panowie. To się nie zmienia (rys. 1.15).

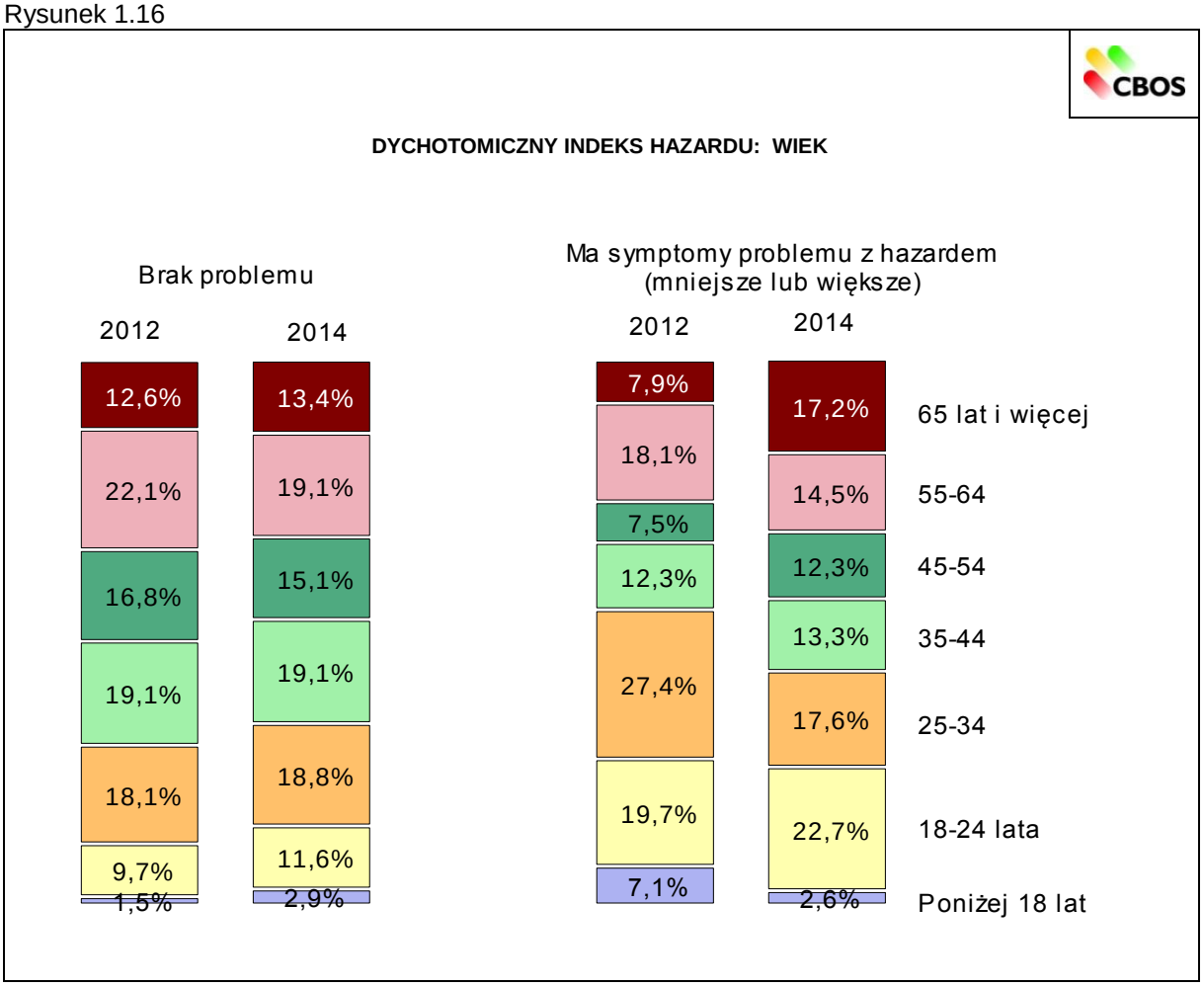
Rysunek 1.15



W obu pomiarach udział osób w wieku 15–17 lat w grupie zagrożonych jest niewielki. Zanotowany w 2014 roku spadek ich liczby nie przełożył się na analogiczny duży spadek ich udziału. Inaczej jest w przypadku osób starszych, w wieku 65+. Ich udział w grupie zagrożonych wyraźnie wzrósł. Chciałoby się powiedzieć, że skoro mamy starzejące się społeczeństwo, to nic dziwnego, że problem uzależnienia staje się coraz częściej udziałem osób starszych (rys.1.16).

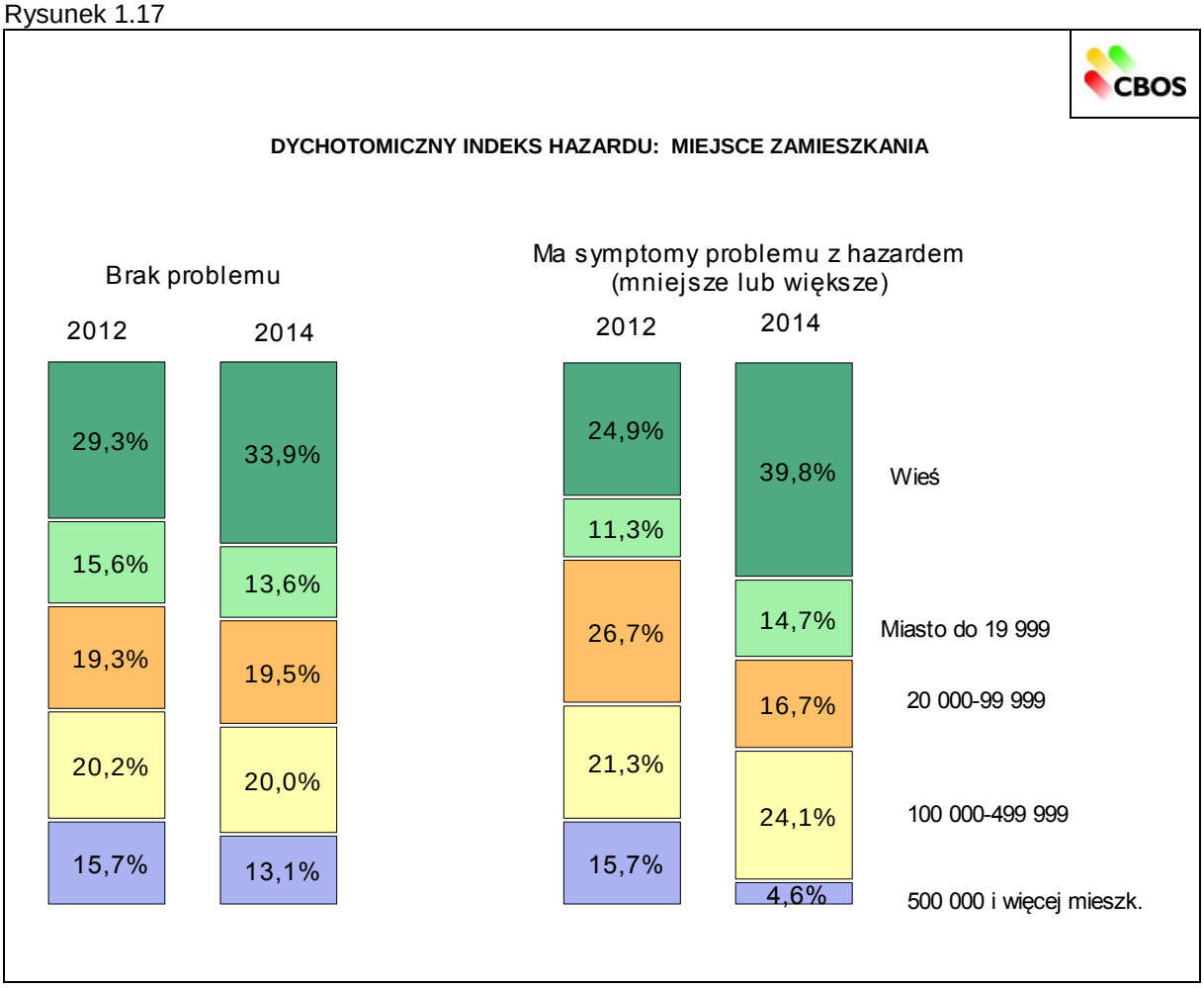
Traktując tę kwestię pokoleniowo, bo przedziały wiekowe są jednak sprawą umowną, można stwierdzić, że w grupie zagrożonych nadal najliczniej reprezentowani są ludzie młodzi, do 34 roku życia: 54,2% w 2012 roku oraz 42,9% w 2014 roku. Spadkowi ich udziału towarzyszy wzrost udziału osób w wieku 55+: 26,0% w 2012 roku i 31,7% w 2014 roku.

Rysunek 1.16



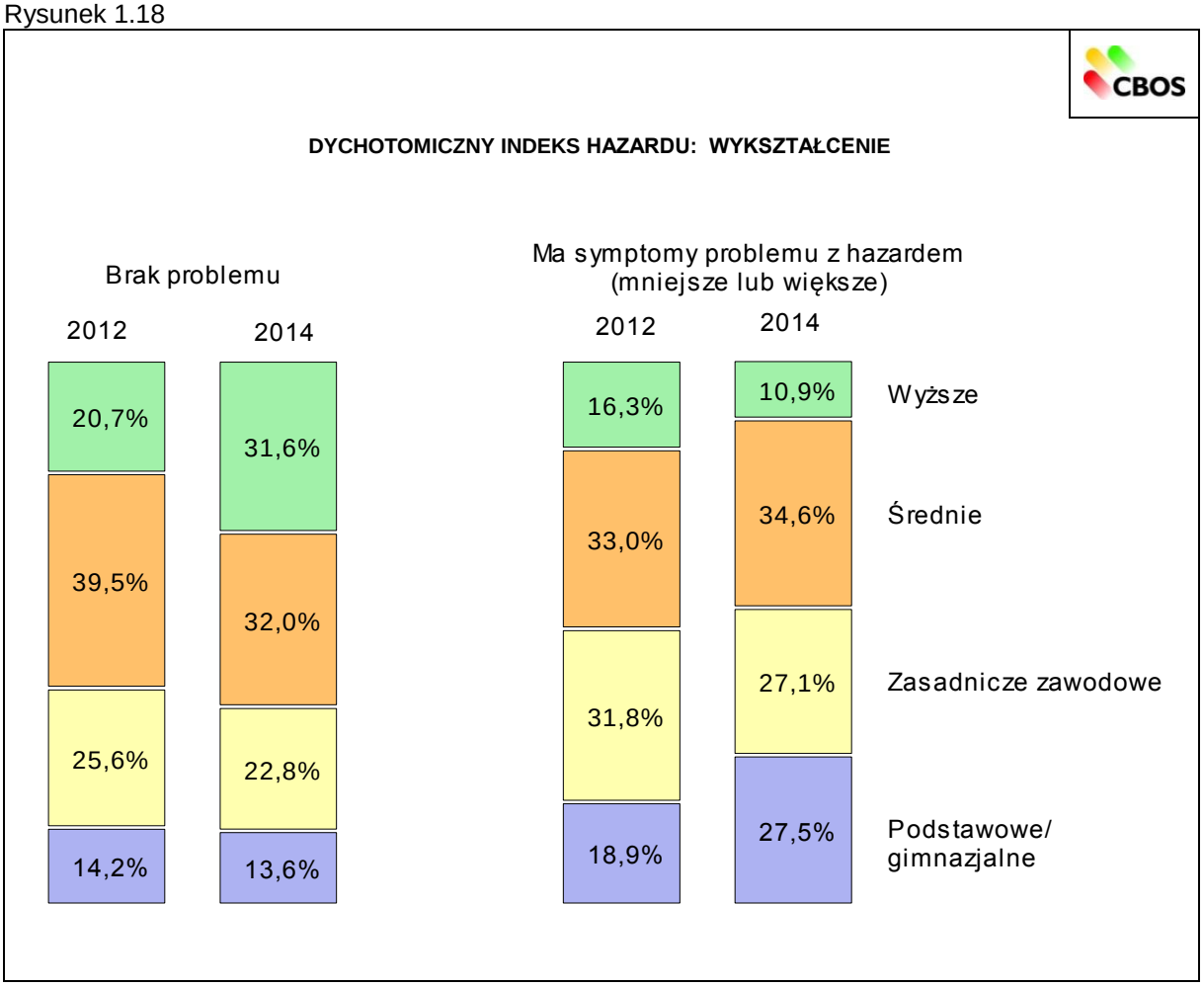
Relatywnie nieduży wzrost liczby osób mających problem z uzależnieniem od hazardu wśród mieszkańców wsi (o 4,1 punktu procentowego w stosunku do 2012 roku) w przełożeniu na strukturę udziałową pokazuje, że obecnie wśród zagrożonych są oni grupą najliczniejszą. Natomiast spadek liczby zagrożonych wśród mieszkańców największych miast o prawie 10 punktów procentowych spowodował, że w strukturze udziałowej te osoby są obecnie grupą najmniej liczną (rys. 1.17). Ta zmiana jest zapewne wywołana różnymi czynnikami i wymaga głębszego zbadania.

Rysunek 1.17



Porównując udziały w grupie zagrożonych w relacji do poziomu wykształcenia, można stwierdzić, że największe zmiany – podobnie jak w innych przypadkach – mają charakter spolaryzowany: dotyczą graczy o najwyższym i najniższym poziomie wykształcenia. Udział tych pierwszych spada, a drugich – rośnie. Udziały osób z wykształceniem średnim lub zasadniczym zawodowym zmieniły się bardzo nieznacznie (rys. 1.18). Charakter tych zmian sugeruje zwiększanie się różnic w stylu życia – w tym różnic w traktowaniu gier na pieniądze – między najlepiej i najgorzej wykształconymi.

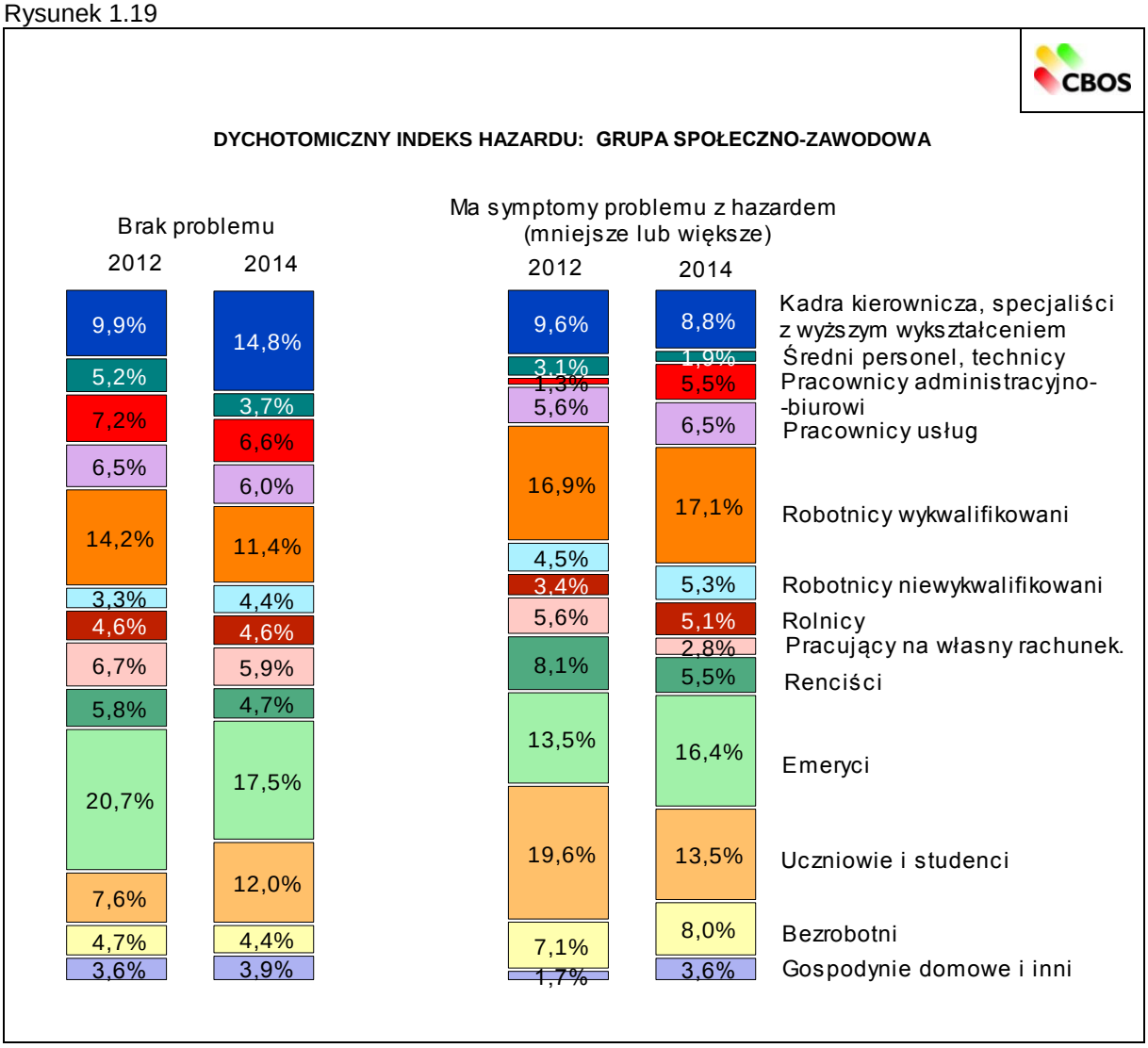
Rysunek 1.18



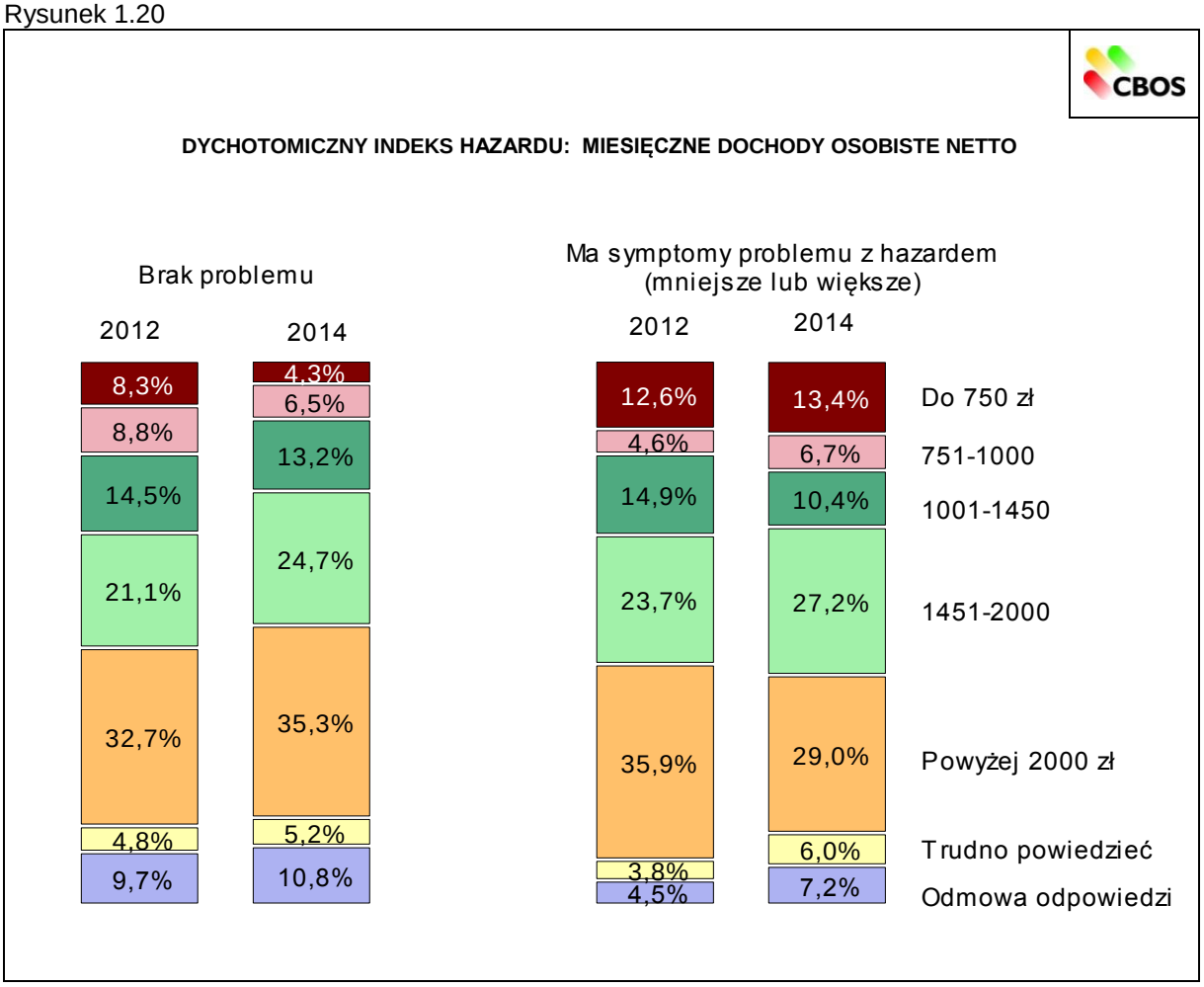
Wiążący się z poziomem wykształcenia status społeczno-zawodowy pokazuje, że zmiany udziału poszczególnych grup są nieduże, ale też wykonywanie większości wyodrębnionych zawodów nie wymaga posiadania wyższego wykształcenia (rys. 1.19)

Czynnikiem związanym z poziomem wykształcenia i statusem zawodowym są osobiste dochody netto. Chociaż wśród graczy o najwyższych dochodach osoby mające problemy z hazardem stanowią obecnie tylko 13,2%, to w strukturze udziałowej – mimo tendencji spadkowej – nadal jest ich dużo (29,0%). Jednocześnie notuje się wzrost udziału osób mniej zarabiających. A zatem zagrożenie uzależnieniem staje się w większym stopniu niż przedtem problemem graczy biedniejszych (rys. 1.20).

Rysunek 1.19

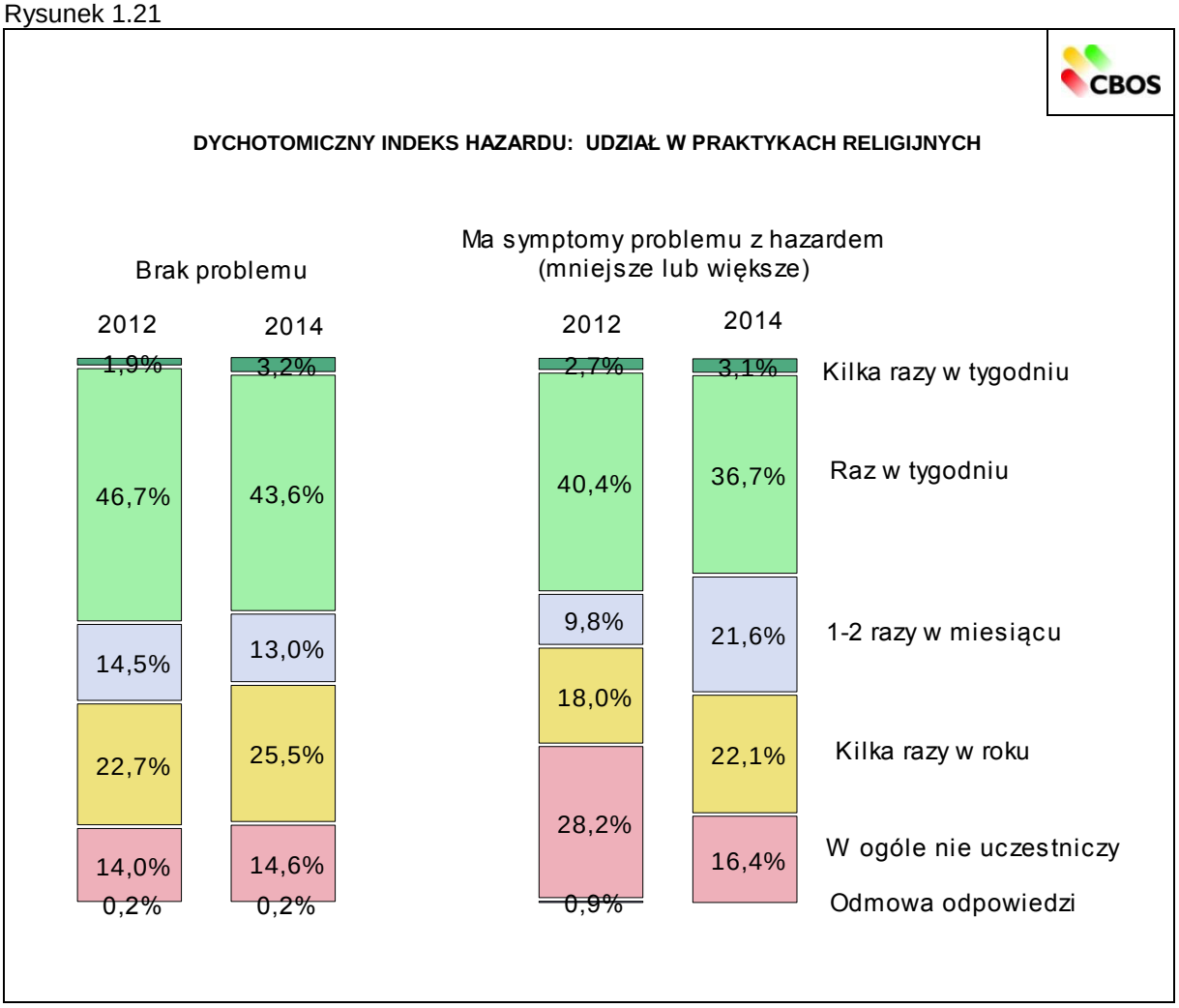

CBOS
DYCHOTOMICZNY INDEKS HAZARDU: GRUPA SPOŁECZNO-ZAWODOWA
Brak problemu
2012
2014
Ma symptomy problemu z hazardem (mniejsze lub większe)
2012
2014
9,9%
5,2%
7,2%
6,5%
14,2%
3,3%
4,6%
6,7%
5,8%
20,7%
7,6%
4,7%
3,6%
14,8%
3,7%
6,6%
6,0%
11,4%
4,4%
4,6%
5,9%
4,7%
17,5%
12,0%
4,4%
3,9%
9,6%
3,1%
1,3%
5,6%
16,9%
4,5%
3,4%
5,6%
8,1%
13,5%
19,6%
7,1%
1,7%
8,8%
1,9%
5,5%
6,5%
17,1%
5,3%
5,1%
2,8%
5,5%
16,4%
13,5%
8,0%
3,6%
Kadra kierownicza, specjaliści z wyższym wykształceniem
Średni personel, technicy
Pracownicy administracyjno-biurowi
Pracownicy usług
Robotnicy wykwalifikowani
Robotnicy niewykwalifikowani
Rolnicy
Pracujący na własny rachunek.
Renciści
Emeryci
Uczniowie i studenci
Bezrobotni
Gospodynie domowe i inni

Rysunek 1.20



Słabnie związek między uczestnictwem w praktykach religijnych a ryzykiem uzależnienia od hazardu. W 2014 roku w grupie „problemowej" znacząco zwiększył się udział osób praktykujących nieregularnie (1–2 razy w miesiącu) i zmniejszył osób w ogóle niepraktykujących (rys.1.21). Wśród graczy „bezproblemowych", czyli z zerową liczbą punktów na skali uzależnienia, odsetek niepraktykujących był względnie niski w obu pomiarach, obecnie jest prawie taki sam wśród graczy „problemowych".

Rysunek 1.21



1.2. POZIOM RYZYKA UZALEŻNIENIA A RODZAJ UPRAWIANYCH GIER NA PIENIĄDZE

Poziom ryzyka uzależnienia wiąże się z rodzajem gier uprawianych przez graczy. Najbezpieczniejsze są gry liczbowe Totalizatora Sportowego – zdecydowana większość graczy nie ma żadnych symptomów uzależnienia od hazardu. Relatywnie bezpieczne są także zdrapki oraz uczestnictwo w loteriach lub konkursach SMS-owych – odsetki graczy zagrożonych uzależnieniem są niewielkie. Te trzy gry są w dużym stopniu „bezproblemowe".

Pozostałe gry – w kasynie, na automatach, zakłady bukmacherskie, wyścigi konne lub innych zwierząt oraz gry w internecie – mają znaczny potencjał uzależniający. Co trzecia lub co druga osoba uprawiająca którąś z tych gier ma już jakieś symptomy uzależnienia.

W przypadku gier „problemowych” zaznaczyły się różnice wyników w zależności od roku badania. W roku 2012 symptomy uzależnienia częściej notowano u osób grających na automatach, w 2014 – u grających w kasynach. Zmniejszył się odsetek zagrożonych grających w internecie. Mniejsze różnice pojawiły się w przypadku grających na wyścigach, prywatnie w karty oraz zawierających zakłady bukmacherskie.

Tabela 1.5

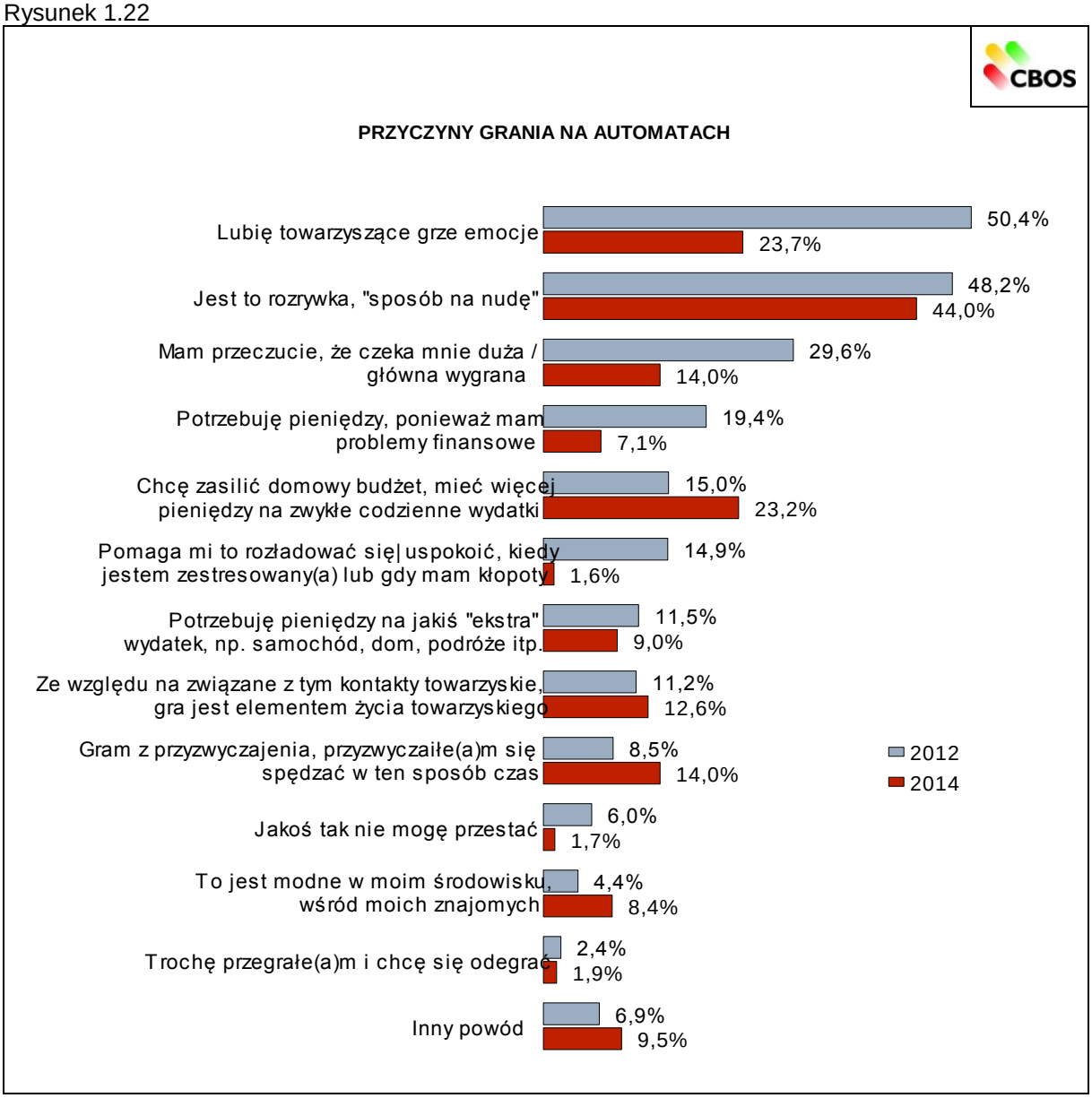
Uczestnictwo w grach na pieniądze w ciągu ostatnich 12 miesięcy	**Indeks hazardu – Gracze**			
	2012		**2014**	
	brak problemu	ma symptomy problemu z hazardem (mniejsze lub większe)	brak problemu	ma symptomy problemu z hazardem (mniejsze lub większe)
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	39,5%	60,5%	68,5%	31,5%
Gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	87,8%	12,2%	86,1%	13,9%
Zdrapki	71,7%	28,3%	85,3%	14,7%
Loterie/konkursy SMS-owe	75,3%	24,7%	84,5%	15,5%
Gry w kasynie (poza internetem) – ruletka, karty i inne	55,8%	44,2%	39,3%	60,7%
Karty prywatnie (poza kasynem i poza internetem)	62,0%	38,0%	69,0%	31,0%
Wyścigi konne lub innych zwierząt – na torze	40,7%	59,3%	52,9%	47,1%
Zakłady bukmacherskie poza internetem	53,2%	46,8%	59,7%	40,3%
Gry i zakłady bez względu na rodzaj w internecie	39,0%	61,0%	66,7%	33,3%

W pewnej mierze przyczyną zmienności czy fluktuacji danych są niewielkie liczebności osób grających w niektóre gry – np. w 2012 roku tylko 5 osób zadeklarowało, że gra na wyścigach, a w 2014 – 13 osób. Przy takich liczebnościach zmiana wyników ma charakter przypadkowy. Drugą przyczyną może być dokonana w 2014 roku zmiana metodologii pytania o rodzaj gier, w które się gra – na bardziej szczegółowe, na skutek czego liczba graczy – w tym graczy okazjonalnych – jest wyższa. Przykładem pokazującym, jak zmiana ta wpłynęła na wyniki w zakresie psychologicznego wymiaru gier, jest porównanie przyczyn, dla których grają osoby grające na automatach.

Jedyną ważną przyczyną podobnie często wymienianą w 2012 i 2014 roku jest traktowanie gry na automatach jako rozrywki i „sposobu na nudę”. O ile jednak w 2014 roku była to

główna przyczyna, wskazywana dwukrotnie częściej niż kolejna, to w 2012 roku taką kluczową rolę odgrywał inny powód: przyjemność płynąca z towarzyszących grze emocji. Także następna istotna psychologicznie przyczyna: przeczucie gracza, że czeka go duża lub główna wygrana, była wymieniana dwukrotnie częściej. Mniej precyzyjne pytanie spowodowało, że prawdopodobnie w 2012 roku wśród graczy było więcej *heavy userów* niż w badaniu aktualnym.

Rysunek 1.22

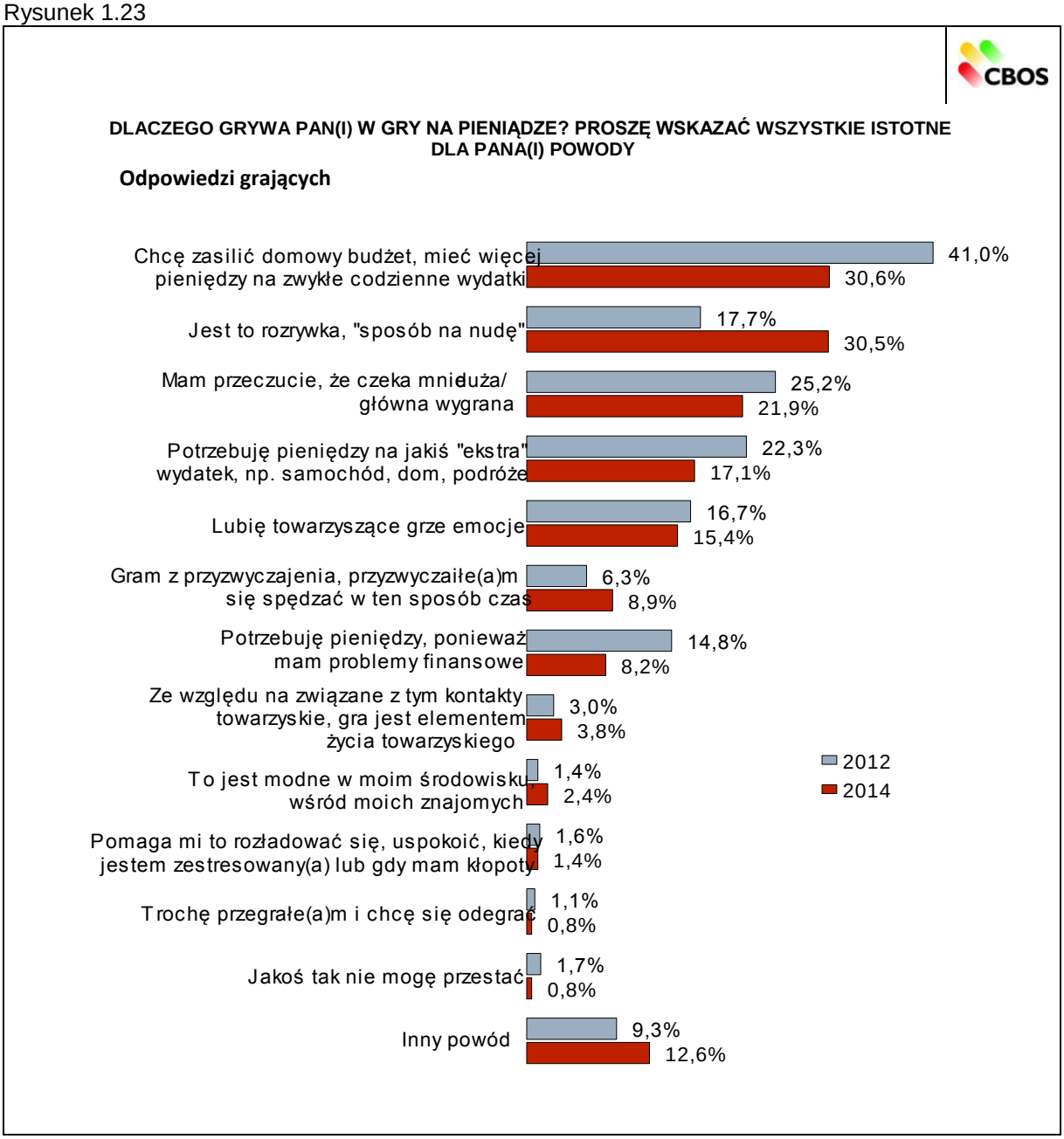


Przytoczony przykład pokazuje, że przy porównywaniu zmiany poziomu ryzyka w zależności od rodzaju gry należy kierować się pewną ostrożnością. Miarodajna ocena będzie możliwa wtedy, gdy zastosuje się taką samą metodę identyfikowania graczy, czyli użyje się takiego samego pytania.

1.3. PRZYCZYNY GRANIA

Najsilniejszym bodźcem są czynniki natury finansowo-konsumpcyjnej. Dla jednych graczy jest to możliwość zdobycia większych pieniędzy na codzienne wydatki, dla innych – na wydatki „ekstra". W badaniu zrealizowanym w 2014 roku drugim spośród często wskazywanych typów motywacji było szukanie rozrywki, traktowanie gry jako sposobu spędzania wolnego czasu. W roku 2012 ten motyw był słabszy (rys. 1.23).

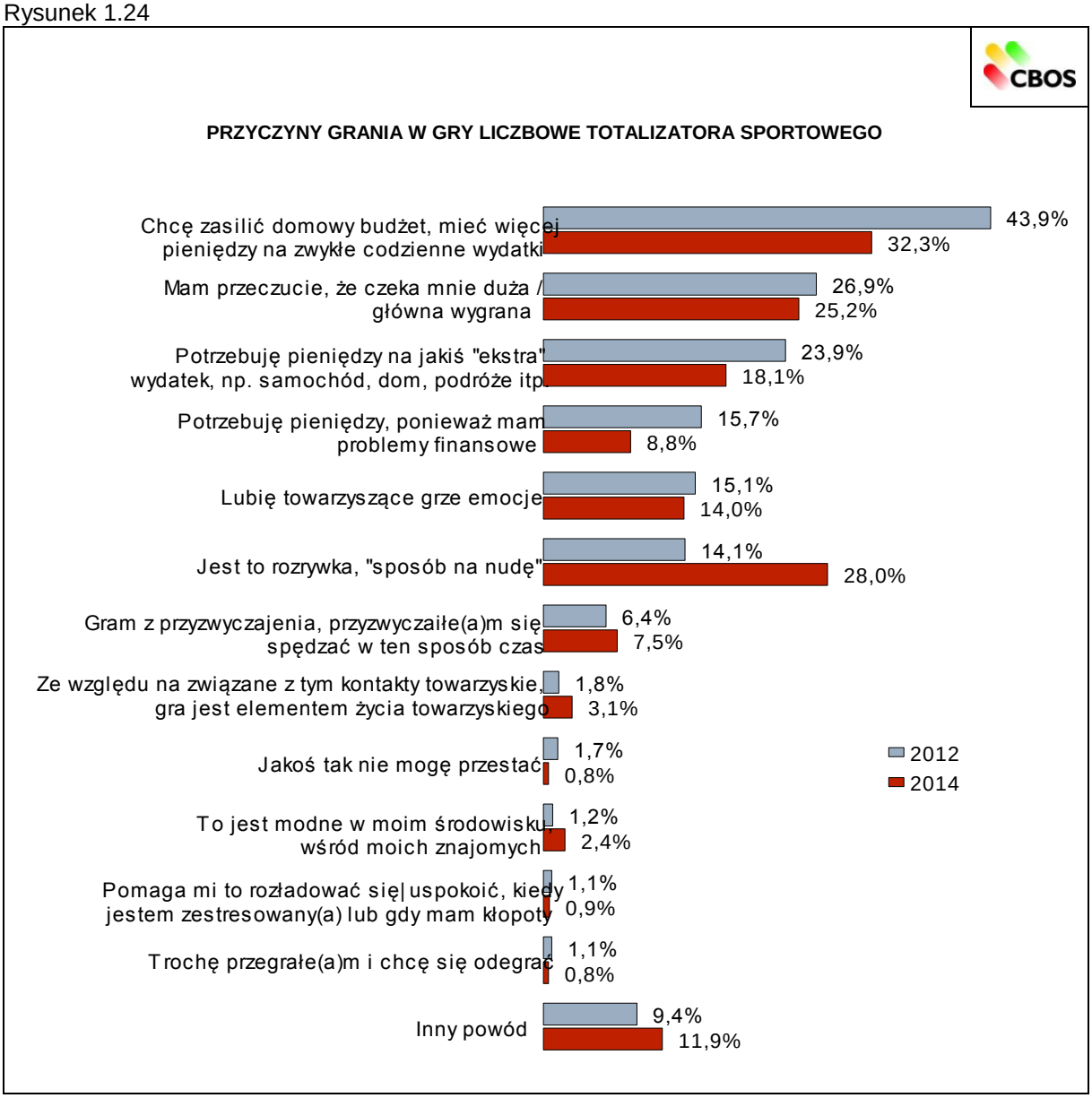
Rysunek 1.23



Przyczyny grania różnią się w zależności od rodzaju uprawianej gry – np. osoby preferujące automaty i osoby wybierające gry liczbowe Totalizatora kierują się innymi motywacjami.

Niezależnie od różnic stwierdzonych w badaniach w 2012 i 2014 roku można powiedzieć, że w motywacjach osób grających na automatach kluczową rolę odgrywają czynniki psychologiczne, to znaczy towarzyszące grze emocje oraz potrzeba zabicia nudy – żeby „coś się działo" (rys. 1.22). W motywacjach osób grających w gry Totalizatora Sportowego taką pierwszoplanową rolę odgrywają czynniki finansowe. Z powodu niedużych liczebności nie można zaprezentować analogicznych danych dla osób grających w kasynach czy w internecie. Można natomiast powiedzieć, że tzw. gry „bezproblemowe" lub bezpieczniejsze w znacznie mniejszym stopniu angażują gracza emocjonalnie niż gry „problemowe".

Rysunek 1.24



W roku 2014 zapytano osoby grające na automatach i w kasynach o towarzyszące grze substancje psychoaktywne. Grający w kasynach dużo częściej niż grający na automatach palą papierosy i piją alkohol w czasie gry. I mimo, że liczebność grających w kasynie była w badaniu nieduża (N=19), to prowadzona w 2012 roku obserwacja miejsc gry potwierdza ten wniosek.

Wiadomo, że kontakty towarzyskie rzadko są motywacją zachęcającą do grania. Jest odwrotnie – gra toczy się w samotności i gracze niechętnie nawiązują relacje z innymi w jej trakcie. W roku 2014 zapytano, czy podczas gry badani rozmawiają z jakimiś graczami – połowa z nich nie robi tego nigdy.

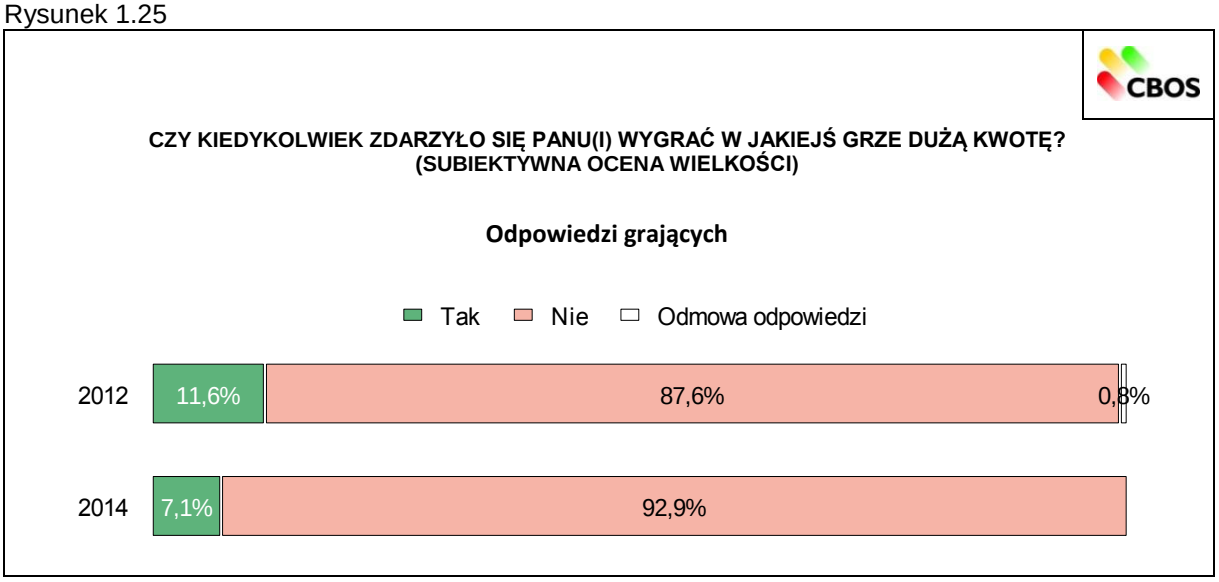
Tabela 1.6

	Zawsze	czasem	nigdy	trudno powiedzieć	odmowa odpowiedzi	Ogółem
Czy podczas gry na automatach: pali Pan(i) papierosy?	2,5%	17,9%	68,8%	1,7%	9,1%	100,0%
Czy podczas gry na automatach: pije Pan(i) napoje alkoholowe?	0,5%	25,0%	65,4%	0,0%	9,1%	100,0%
Czy podczas gry na automatach: rozmawia Pan(i) z innymi graczami?	10,1%	30,2%	49,5%	1,0%	9,1%	100,0%
Czy podczas gry w kasynie: pali Pan(i) papierosy?	28,5%	14,2%	57,3%	0,0%	0,0%	100,0%
Czy podczas gry w kasynie: pije Pan(i) napoje alkoholowe?	16,1%	26,6%	57,4%	0,0%	0,0%	100,0%
Czy podczas gry w kasynie: rozmawia Pan(i) z innymi graczami?	38,4%	11,4%	50,2%	0,0%	0,0%	100,0%

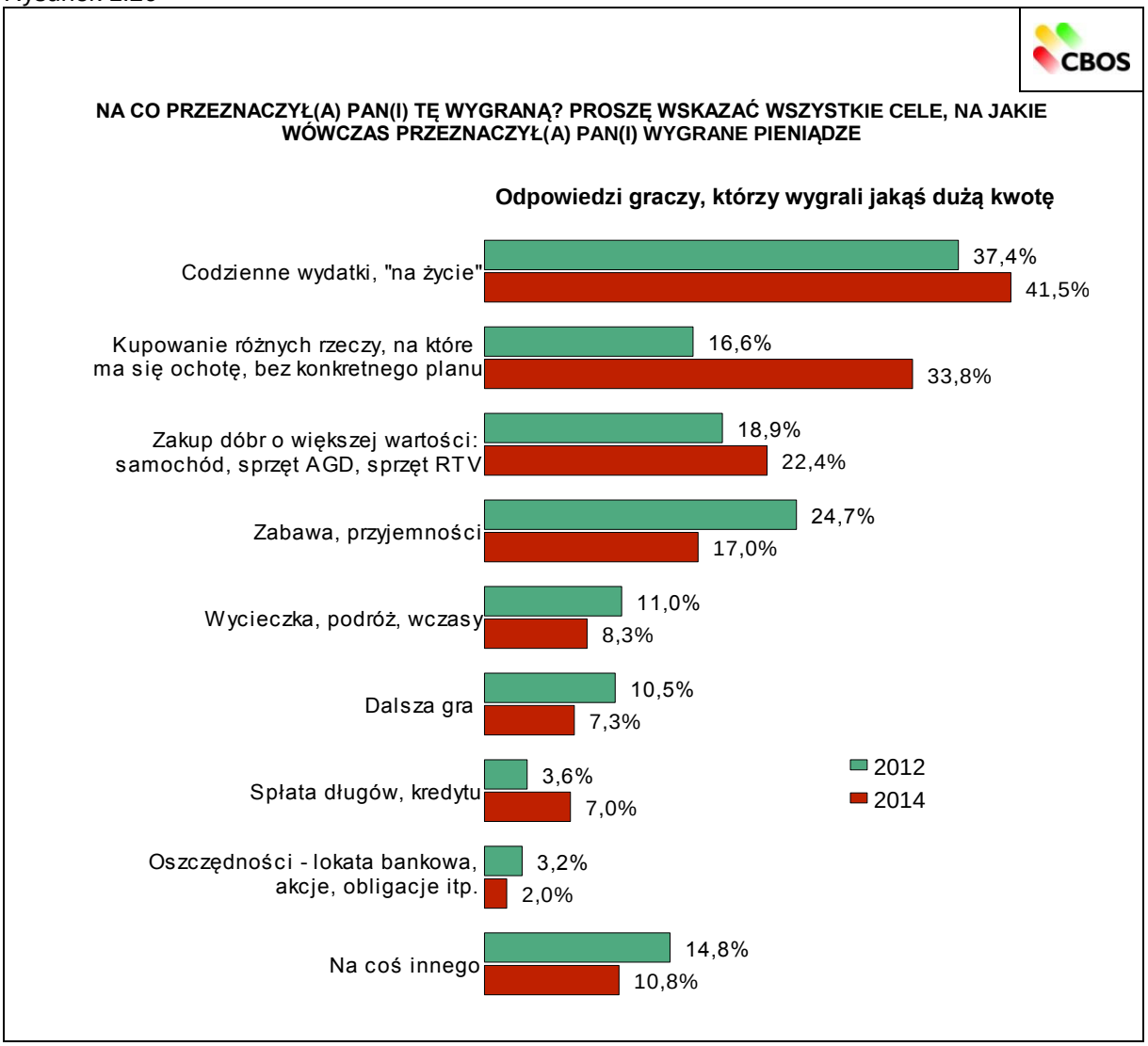
1.3.1. DUŻA WYGRANA I JEJ PRZEZNACZENIE

Niewielu graczy wygrało relatywnie wysoką kwotę (rys. 1.25). Jeśli im się to udało, najczęściej przeznaczali ją na codzienne wydatki lub na rzeczy czy przyjemności „ekstra" (rys. 1.26). Ta dwutorowość wykorzystywania wygranej jest także dobrą ilustracją potrzeb i motywacji graczy: jednym gra dała możliwość uzupełnienia domowego budżetu, dla drugich stała się okazją do dorobienia się, wzbogacenia lub uzyskania dodatkowych pieniędzy na jakieś atrakcje. Oba badania pokazują, że stosunkowo niewielka grupa wydała wygrane pieniądze na dalszą grę.

Rysunek 1.25



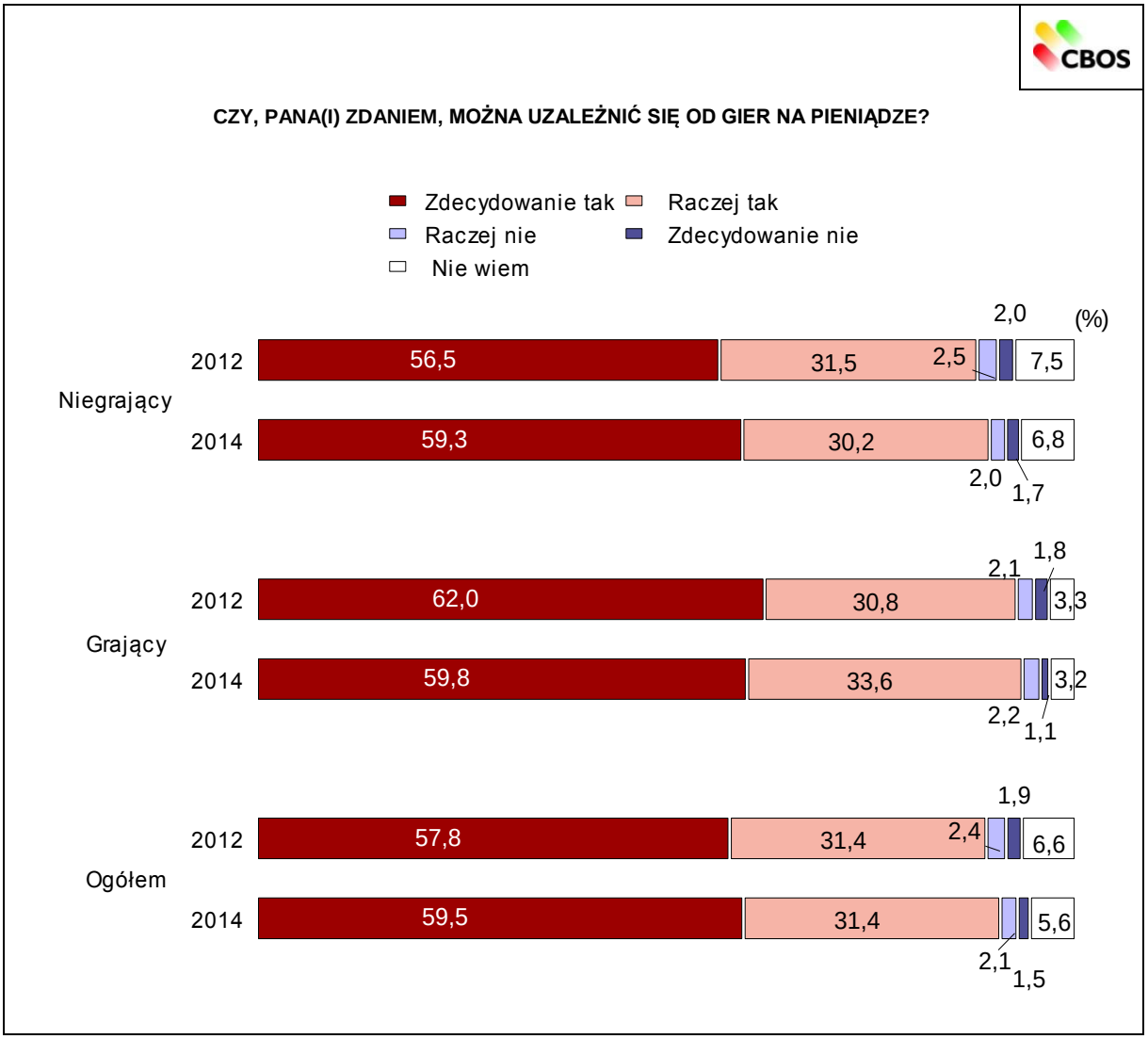
Rysunek 1.26



1.4. PERCEPCJA PROBLEMU UZALEŻNIENIA

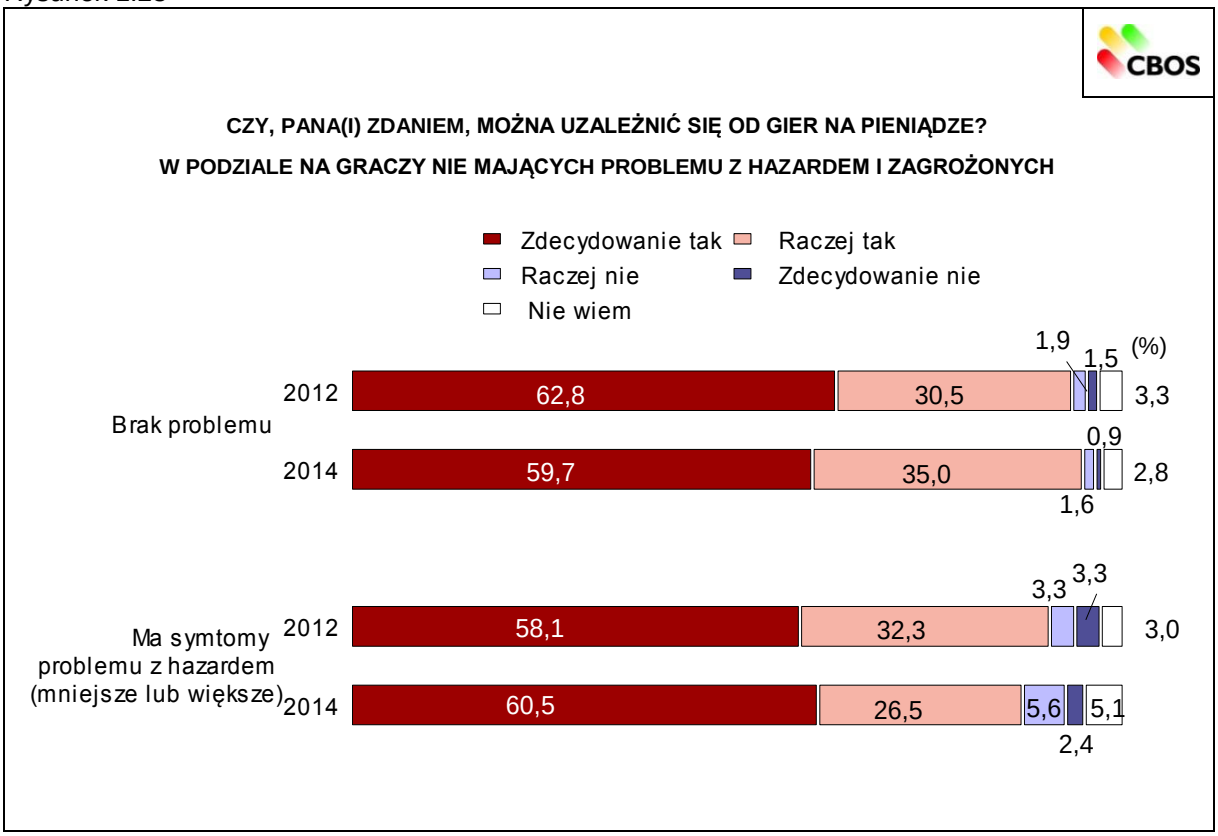
Wydawałoby się, że możliwość uzależnienia się od gier na pieniądze jest wiedzą powszechną, wskazywałby na to wysoki odsetek odpowiedzi twierdzących na pytanie tego dotyczące, zarówno wśród grających, jak i niegrających (rys. 1.27). Przyjmując, że tylko odpowiedzi w formie kategorycznej, czyli „zdecydowanie tak", dowodzą rzeczywistej świadomości zagrożeń łączących się z grami na pieniądze, upowszechnienie tej wiedzy trzeba uznać za niewystarczające. Wprawdzie blisko 60% Polaków w sposób jednoznaczny twierdzi, że od takich gier można się uzależnić, lecz grupę tych, którzy deklarują miękkie podejście („raczej tak") bądź nie mają zdanie w tej sprawie, można uznać za liczną – w sumie jest to ponad 1/3 badanych.

Rysunek 1.27



Percepcja graczy niezagrożonych ryzykiem uzależnienia („brak problemu”) nie różni się istotnie od percepcji graczy „problemowych” (rys. 1.28). W obu grupach „miękki” stosunek do ryzyka uzależnienia charakteryzuje 1/3 lub 1/4 graczy - pozostali to ryzyko w ogóle wypierają.

Rysunek 1.28



1.4.1. POTENCJAŁ UZALEŻNIAJĄCY POSZCZEGÓLNYCH GIER

Na pytanie, czy są rodzaje gier lub zakładów, od których można się łatwiej uzależnić, czy też wszystkie one uzależniają w jednakowym stopniu, odpowiadali wyłącznie ci respondenci, którzy uważali, że od gier na pieniądze można się uzależnić.

Do analizy wyników wykorzystano różne miary tendencji centralnych. Do porównania różnicy średnich zastosowano test t Studenta.

W 2012 i w 2014 roku za gry o największym potencjale uzależniającym badani uznali: pokera i ruletkę w kasynie, grę na automatach oraz zakłady bukmacherskie. W roku 2012 różnice średnich ocen między niegrającymi i grającymi nie były istotne statystycznie, natomiast w 2014 roku w przypadku ruletki w kasynie i zakładów bukmacherskich różnice są istotne statystycznie (tab. 1.7 i tab. 1.8).

Potencjał uzależniający gier liczbowych Totalizatora Sportowego, zdrapek, loterii i konkursów SMS-owych, pokera w gronie znajomych (rodziny) oraz gry na pieniądze w internecie jest oceniany wyżej w grupie niegrających, a niżej wśród grających. Występujące różnice średnich są istotne statystycznie.

Tabela 1.7

2012 rok	**Czy są rodzaje gier, od których można się łatwiej uzależnić?** Ocena na skali od 1 („ta gra w ogóle nie uzależnia") do 10 („ta gra uzależnia w bardzo dużym stopniu")					
	Niegrający			**Grający**		
	średnia	mediana	modalna	Średnia	mediana	Modalna
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	**7,83**	8	10	**7,91**	8	10
Gry Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	6,79	7	10	6,15	6	5
Zdrapki	5,15	5	5	4,59	5	5
Loterie i konkursy SMS-owe	5,50	5	5	5,19	5	5
Ruletka w kasynie	**8,12**	9	10	**8,11**	9	10
Poker w kasynie	**8,35**	9	10	**8,33**	9	10
Poker w gronie znajomych, rodziny	6,28	6	10	5,92	6	10
Wyścigi konne	6,90	7	10	7,10	8	10
Zakłady bukmacherskie	**7,40**	8	10	**7,48**	8	10
Gry na pieniądze w internecie	7,22	8	10	6,81	7	10

Tabela 1.8

2014 rok	**Czy są rodzaje gier, od których można się łatwiej uzależnić?** Ocena na skali od 1 („ta gra w ogóle nie uzależnia") do 10 („ta gra uzależnia w bardzo dużym stopniu")					
	Niegrający			**Grający**		
	średnia	mediana	modalna	Średnia	mediana	Modalna
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	**7,71**	**8**	**10**	**7,65**	8	10
Gry Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	6,78	7	10	6,16	6	5
Zdrapki	5,58	5	5	5,02	5	5
Loterie i konkursy SMS-owe	5,61	5	5	5,01	5	5
Ruletka w kasynie	**8,11**	**9**	**10**	**7,83**	9	10
Poker w kasynie	**8,27**	**9**	**10**	**8,08**	9	10
Poker w gronie znajomych, rodziny	6,62	7	10	6,01	6	5
Wyścigi konne	7,03	7	10	6,60	7	10
Zakłady bukmacherskie	**7,59**	8	10	**7,25**	8	10
Gry na pieniądze w internecie	7,43	8	10	7,02	7	10

Podobnie jak w 2012 roku, największy problem z oceną pojawił się przy grach na pieniądze podejmowanych w internecie – w aktualnym badaniu 16,3% respondentów nie potrafiło ocenić ich potencjału uzależniającego (w 2012 roku – 22,2%).

Analogiczną analizę wykonano dla wyodrębnionych grup graczy „bezproblemowych" i „problemowych". Do porównania różnicy średnich także zastosowano test t Studenta. (tab.1.9 i tab. 1.10).

W każdej grupie, niezależnie od roku badania. za gry o największym potencjale uzależniającym uznano: pokera i ruletkę w kasynie, grę na automatach oraz zakłady bukmacherskie. W 2012 roku występujące różnice średnich ocen są istotne statystycznie – gracze zagrożeni problemem uzależnienia mieli skłonność do nieco niższej oceny potencjału uzależniającego tych gier niż gracze „bezproblemowi". W 2014 roku różnice ocen są bardziej zbliżone i nieistotne statystycznie.

W przypadku pozostałych gier roku różnice ocen w pomiarze wykonanym w 2014 też są mniejsze. Jedyną różnicą istotną statystycznie jest ocena loterii i konkursów sms-owych.

Tabela 1.9

2012 rok	**Czy są rodzaje gier, od których można się łatwiej uzależnić?** Ocena na skali od 1 („ta gra w ogóle nie uzależnia") do 10 („ta gra uzależnia w bardzo dużym stopniu")					
	Gracze – zagrożenie uzależnieniem od hazardu					
	brak problemu			ma symtomy problemu (mniejsze lub większe)		
	średnia	mediana	modalna	Średnia	Mediana	Modalna
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	7,91	8	10	7,97	9	10
Gry Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	6,05	6	5	6,73	7	10
Zdrapki	4,54	5	5	4,80	5	1
Loterie i konkursy SMS-owe	5,25	5	5	4,88	5	1
Ruletka w kasynie	8,20	9	10	7,66	9	10
Poker w kasynie	8,40	9	10	7,99	9	10
Poker w gronie znajomych, rodziny	5,92	6	10	5,91	6	10
Wyścigi konne	7,25	8	10	6,25	7	10
Zakłady bukmacherskie	7,58	8	10	6,98	8	10
Gry na pieniądze w internecie	6,90	7	10	6,41	7	10

Tabela 1.10

2014 rok	Czy są rodzaje gier, od których można się łatwiej uzależnić? Ocena na skali od 1 („ta gra w ogóle nie uzależnia”) do 10 („ta gra uzależnia w bardzo dużym stopniu”)					
	Gracze – zagrożenie uzależnieniem od hazardu					
	brak problemu			ma symtomy problemu (mniejsze lub większe)		
	średnia	mediana	modalna	Średnia	mediana	modalna
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	7,67	8	10	7,55	8	10
Gry Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	6,21	6	5	5,88	6	5
Zdrapki	5,06	5	5	4,83	5	5
Loterie i konkursy SMS-owe	5,13	5	5	4,29	4	3
Ruletka w kasynie	7,88	9	10	7,55	8	10
Poker w kasynie	8,10	9	10	7,99	9	10
Poker w gronie znajomych, rodziny	6,01	6	5	6,00	6	10
Wyścigi konne	6,61	7	10	6,55	7	10
Zakłady bukmacherskie	7,25	8	10	7,23	7	10
Gry na pieniądze w internecie	6,99	7	10	7,16	8	10

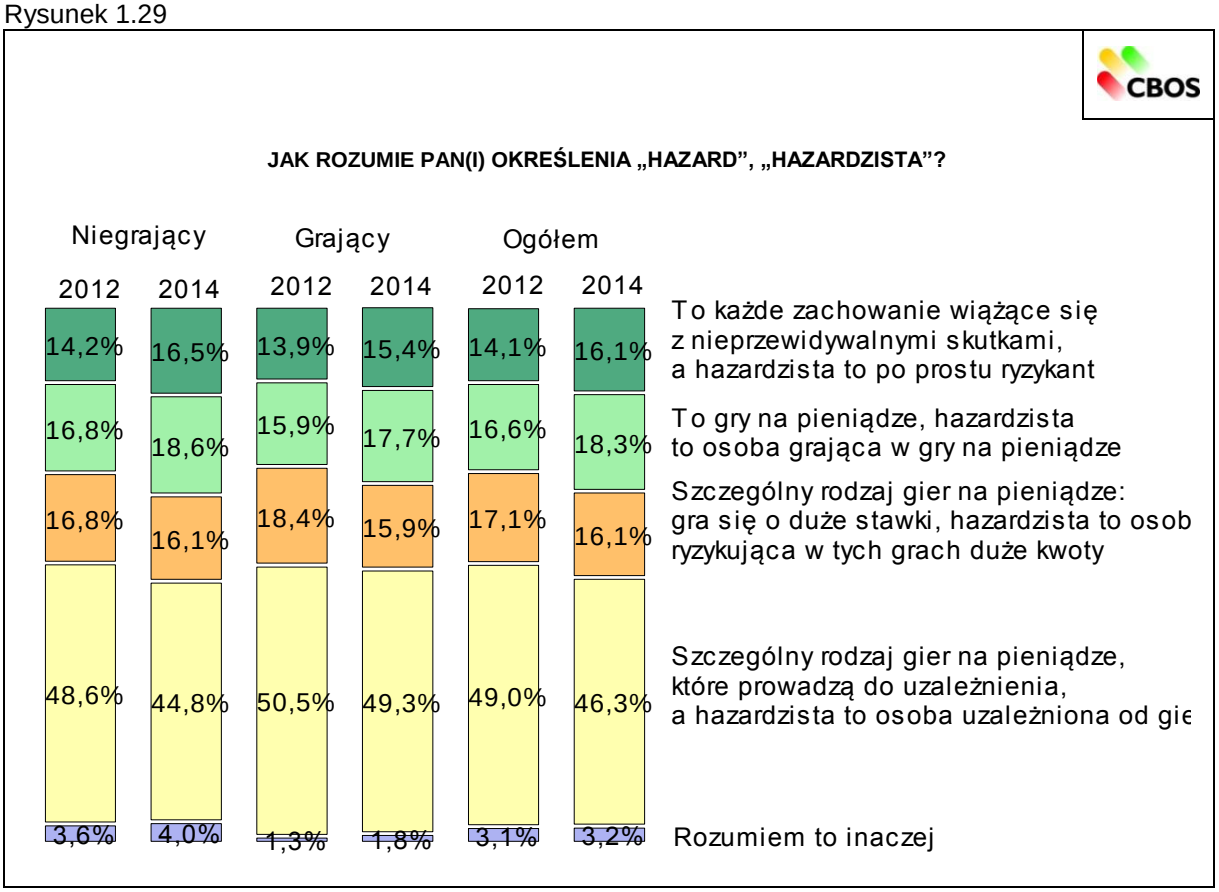
Przeprowadzone analizy dowodzą, że gracze mają, przynajmniej teoretycznie, świadomość wysokiego potencjału uzależniającego niektórych gier. Mają jednak też skłonność do *wypierania* wiedzy na ten temat, na co wskazuje porównanie ich opinii z opiniami niegrających.

1.5. ROZUMIENIE TERMINÓW „HAZARD” I „HAZARDZISTA”

Z wcześniej przeprowadzonych wśród graczy badań jakościowych (FGI w 2012 roku) wiadomo było, że terminy „hazard” i „hazardzista” są różnie interpretowane, niejednoznaczne. Przede wszystkim niechętnie operowano określeniami „nałogowiec” i „uzależniony”, żartowano, że „życie to też hazard” – tylko gracze w fazie leczenia nie mieli w tej kwestii żadnych wątpliwości czy oporów.

Wyniki badań ilościowych potwierdzają wieloznaczność terminów „hazard” i „hazardzista” – przez połowę respondentów „hazardzista” nie jest określany jako osoba uzależniona od gier. Podobne wyniki uzyskano zarówno w grupie grających, jak i niegrających (rys. 1.29).

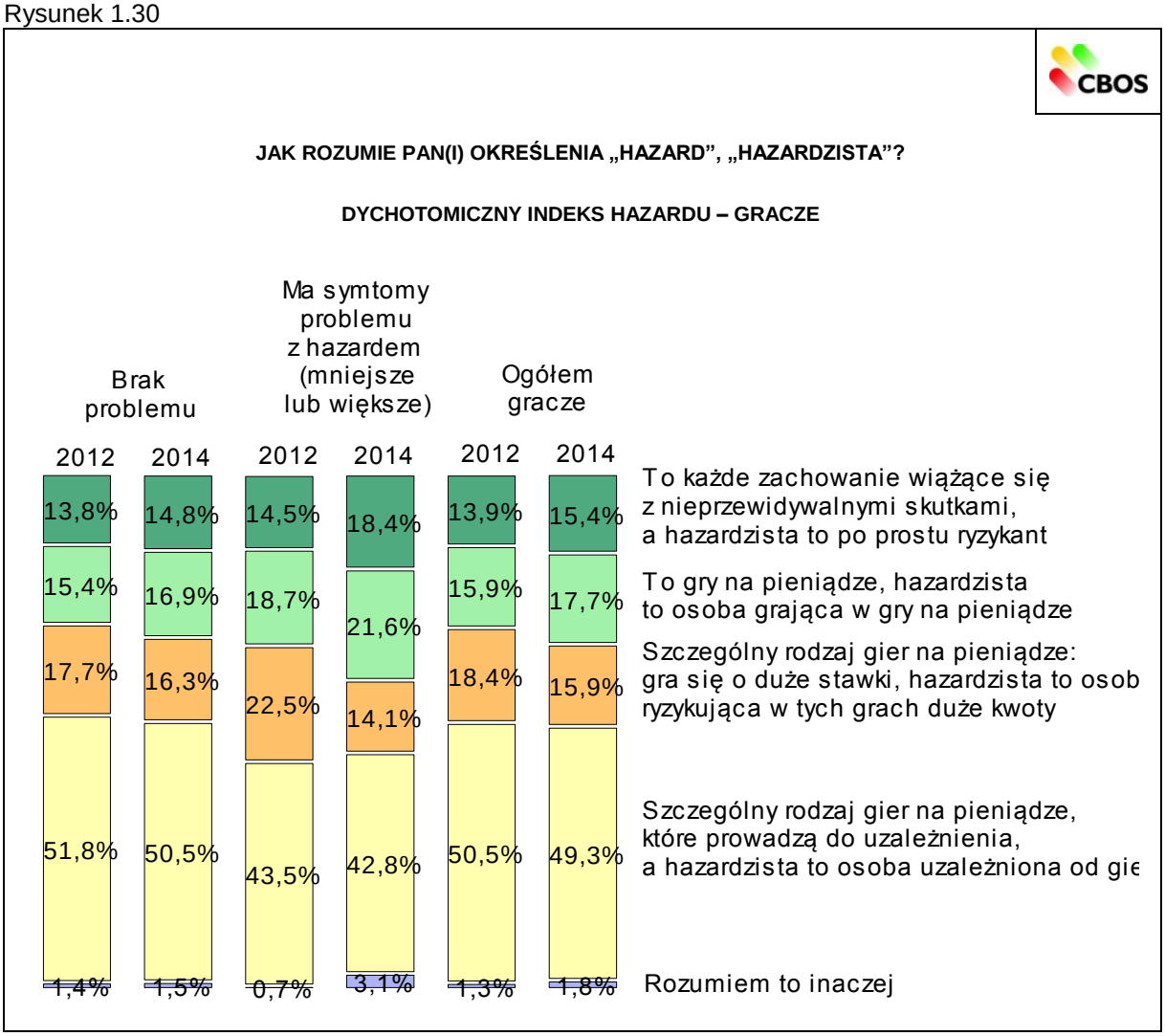
Rysunek 1.29



Bardziej zróżnicowane są opinie wśród samych graczy. Po raz kolejny zwraca uwagę skłonność części graczy zagrożonych ryzykiem uzależnienia do *wypierania* tego zagrożenia. W obu badaniach ponad połowa takich graczy nie definiuje hazardu jako szczególnego rodzaju gier na pieniądze, które prowadzą do uzależnienia.

Sposób definiowania „hazardu” i „hazardzisty” potwierdza tezę, że wiedza na temat zagrożeń związanych z grami na pieniądze jest niewystarczająca i powierzchowna. Rozdzielanie „hazardu” i „uzależnienia” to dosyć popularny sposób myślenia. I nie ma na to większego wpływu fakt, iż zdecydowana większość badanych uważa, że można się uzależnić od gier na pieniądze.

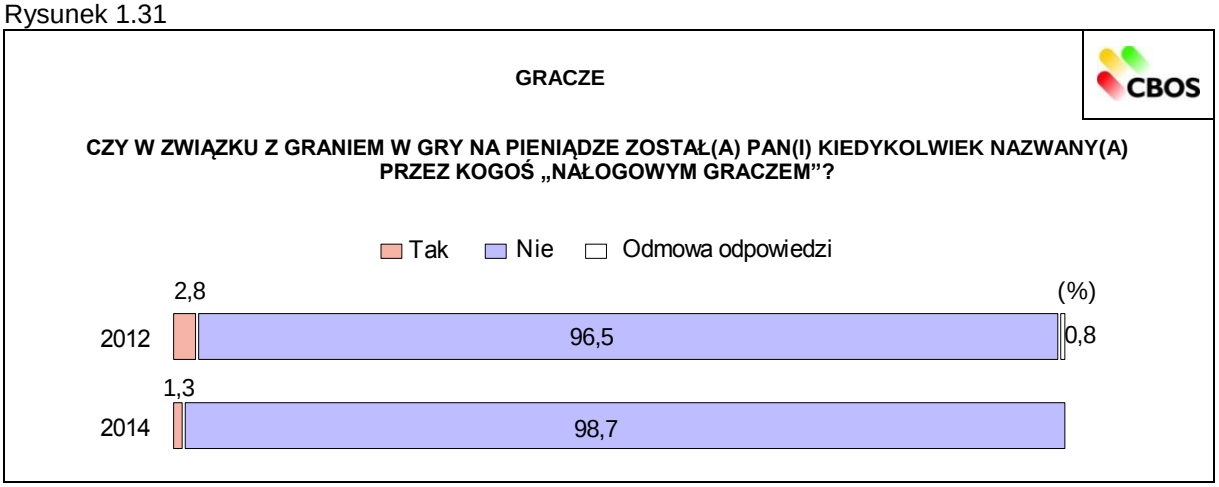
Rysunek 1.30



1.5.1. Reakcja otoczenia na grę

Z badań jakościowych wiadomo, że gracze z reguły ukrywają przed otoczeniem, jak często grają i ile przegrywają; na ogół dowiaduje się ono o problemie w sytuacjach krytycznych, np. gdy konto rodziny lub firmy okazuje się puste. To między innymi z tych powodów niewielu graczy miało w ogóle okazję usłyszeć od kogoś nieprzyjemne zarzuty i uwagi (rys. 1.31).

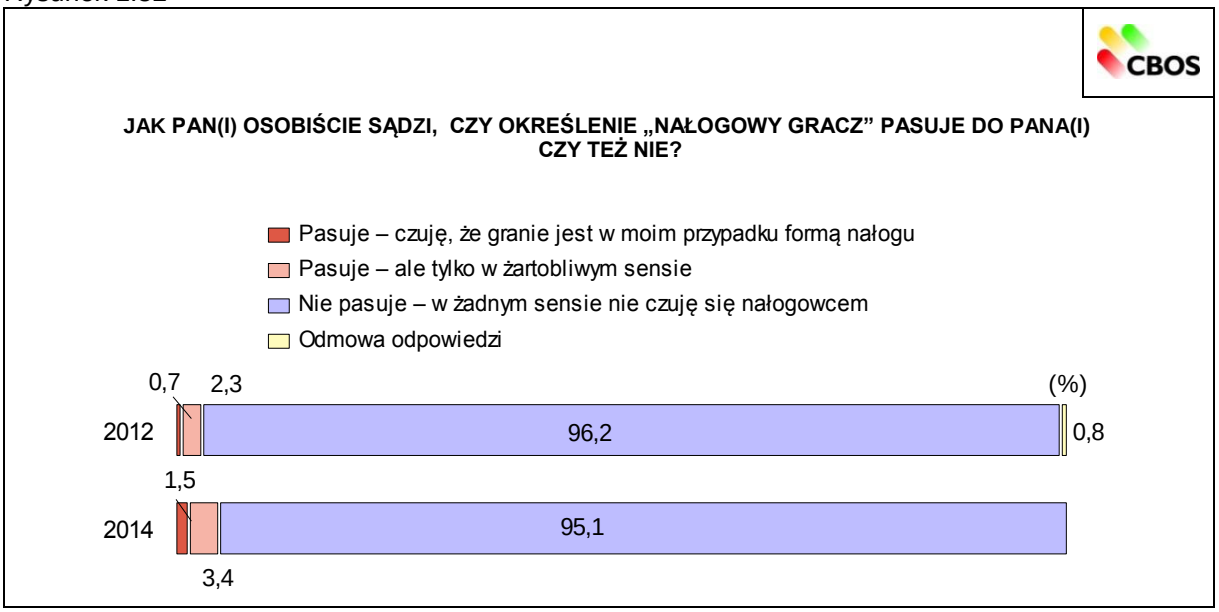
Rysunek 1.31



1.5.2. AUTODEFINICJA GRACZY

W roku 2012 sami gracze jeszcze rzadziej niż ich otoczenie przyznawali, że mają problem z grą, że stała się ona formą nałogu (rys. 1.32). Z badań jakościowych, a zwłaszcza z relacji graczy, którzy się leczą, wynika, że dojrzewanie do przyznania się przed samym sobą do uzależnienia od gier jest procesem długotrwałym, może trwać wiele lat, aż do całkowitego wyczerpania się źródeł finansowania gry. W badaniu z 2014 roku wskaźnik autodefinicji jako osoby uzależnionej lekko „drgnął", co jest spójne z lekkim wzrostem odsetka zagrożonych uzależnieniem według indeksu CPGI.

Rysunek 1.32



1.6. CZYNNIKI RYZYKA I CZYNNIKI CHRONIĄCE PRZED PATOLOGICZNYM HAZARDEM

Kluczowymi czynnikami ryzyka są motywacje psychologiczne i finansowe graczy. Osoby potrzebujące adrenaliny, lubiące emocje towarzyszące grze, traktujące ją jako „sposób na nudę", które uważają, że dzięki grze uzyskają wymierne korzyści finansowe, najczęściej są zagrożone ryzykiem uzależnienia. Te motywacje w większym stopniu charakteryzują mężczyzn niż kobiety.

Czynnikiem chroniącym przed patologicznym hazardem powinna być powszechna świadomość, że wszystkie gry na pieniądze mogą uzależniać, a niektóre z nich mają duży potencjał uzależniający. Obecnie jest to wiedza w znacznej mierze teoretyczna, co pokazuje m.in. sposób definiowania „hazardu" i „hazardzisty". Specjalna oferta edukacyjna powinna być skierowana do graczy, ponieważ mają oni skłonność do *wypierania* wiedzy na temat zagrożeń i lekceważenia ryzyka.

Dalsza praca nad upowszechnianiem wiedzy na temat uzależnień jest na pewno czynnikiem koniecznym, ale można zakładać, że niewystarczającym. Dlatego istotne jest monitorowanie funkcjonowania istniejących rozwiązań prawnych: czy ograniczenie dostępu do automatów jest realne, czy nie przenoszą się one do szarej strefy, czy zakaz gry w internecie jest skuteczny, jakie są rzeczywiste konsekwencje jego łamania itd.

W ostatnich latach korzystano z różnych modeli ograniczania zjawisk patologicznych. Na przykład w kwestii dopalaczy zastosowano model radykalnego „cięcia", likwidując sklepy i przeprowadzając w trybie pilnym nowelizację ustawy *o przeciwdziałaniu narkomanii* oraz ustawy *o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.* W przypadku papierosów zastosowano wieloczynnikowy model „ewolucyjny": na papierosach pojawiły się odpowiednie napisy, w ramach kampanii edukacyjnej publikowano zdjęcia płuc palaczy, najpierw ograniczano, a potem likwidowano możliwość palenia w różnych miejscach publicznych itd. Na pewno przy planowaniu działań przeciwdziałających patologicznemu hazardowi warto wykorzystywać doświadczenia z innych obszarów.

1.7. OSZACOWANIE LICZBY OSÓB UPRAWIAJĄCYCH PATOLOGICZNY HAZARD

Od początku lat dziewięćdziesiątych XX wieku oferta gier hazardowych na polskim rynku szybko rosła. Pojawiły się kasyna, potem automaty do gry, wreszcie szeroka gama gier hazardowych dostępnych w Internecie. Oprócz rosnącej podaży zwiększał się także popyt na hazard. Gospodarka rynkowa otworzyła, nieznane przedtem, możliwości konsumpcyjne. Pojawiły się nowe, atrakcyjne, aprobowane społecznie cele konsumpcyjne. Jednak środki do ich realizacji pozostają poza zasięgiem wielu ludzi, których transformacje gospodarcze skazały na bezrobocie lub na niskie place. Jedną z nielicznych aprobowanych społecznie dróg osiągnięcia tych celów są dla wielu Polaków gry; dla milionów - gry liczbowe, dla setek tysięcy – hazard.

Jak wiadomo hazard, oprócz konsekwencji dla kieszeni grającego (wygranych i przegranych) niesie za sobą ryzyko poważnych zaburzeń psychicznych klasyfikowanych w X Rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD X) jako hazard patologiczny. Oszacowanie liczby ludzie cierpiących z powodu patologicznego hazardu nie jest proste. Liczba leczonych z rozpoznaniem „hazard patologiczny" jest zapewne o wiele mniejsza niż rzeczywista ich liczba. Podobnie jak w przypadku innych uzależnień, ludzie szukają pomocy medycznej w ostateczności, żeby uniknąć stygmatyzacji związanej z podjęciem leczenia. Dodatkowo, leczenie patologicznego hazardu jest jeszcze w Polsce słabo rozwinięte, a dostępność nowoczesnych, wyspecjalizowanych form leczenia – niewielka. Oszacowania na podstawie badań ankietowych w populacji generalnej mają też swoje ograniczenia. Z jednej strony, mimo sporego postępu w testach skrinigowych, które można zastosować w badaniach ankietowych w populacji generalnej, ich właściwości nie pozwalają na precyzyjne oszacowania. Wyniki tych oszacowań często zmieniają się z badania na badanie w zależności od wielu czynników metodologicznych, jakich nie jesteśmy w stanie w pełni kontrolować. Szacowane odsetki są bardzo małe, wahają się od ułamków procenta do masymalnie dwóch-trzech procent i są narażone na duży błąd.

Alternatywną metodologią szacowania tak rzadkich w populacji zjawisk są metody muliplikacyjne, które rozwinięto między innymi do szacowania liczby „narkomanów" (lub jak kto woli „problemowych konsumentów narkotyków") lub użytkowników jakiegoś jednego narkotyku. Jedną z nich jest metoda punktu referencyjnego lub *benchmark.* Metoda ta wymaga znajomości punktu referencyjnego, czyli - w przypadku szacowania liczby patologicznych hazardzistów - liczby osób leczonych z tego powodu w danym roku oraz wartości multiplikatora (współczynnika oszacowania) określającego, o ile razy należy przemnożyć *benchmark*, aby uzyskać oszacowanie liczby wszystkich patologicznych hazardzistów. Wartość mnożnika można uzyskać w badaniach ankietowych na próbie

losowej populacji generalnej, w których pytamy respondentów czy znają ludzi spełniających kryteria „bycia hazardzistą” oraz czy osoby te leczyły się z powodu problemów z hazardem.

O ile nam wiadomo, metoda punktu referencyjnego nie była dotychczas stosowana dla oszacowania liczby osób cierpiących na zaburzenia psychiczne związane z hazardem. Obecne badanie ma charakter pionierski, przynajmniej jeśli chodzi o Polskę, bowiem możliwość zastosowania tej metody pojawiła się stosunkowo niedawno, kiedy to liczba osób leczących się z powodu hazardu przekroczyła kilka tysięcy, a fakt leczenia mógł być znany względnie dużej liczbie ludzi z otoczenia hazardzisty.

Liczbę hazardzistów szacować będziemy na podstawie pytania „*Czy w 2014 roku znał(a) Pan(i) osobiście hazardzistów, tzn. ludzi, którzy grają regularnie, w sposób rodzący poważne problemy*?”, kilku dodatkowych pytań o charakterystyki demograficzne takiej osoby/osób oraz pytania czy ta osoba/y leczyła się w 2104 roku stacjonarnie lub ambulatoryjnie z powodu hazardu.

Pytania te pozwoliły na stworzenie zbioru znanych respondentom hazardzistów, który w sumie liczył 858 osób. W zbiorze tym było tylko 8,5% kobiet, obserwowano niewielką nadreprezentację osób ze średniego i starszego pokolenia i również niewielką niedoreprezentację dwudziestolatków, ale w zasadzie struktura wieku nie odbiegała od struktury w populacji generalnej.

Blisko połowa „nominowanych” hazardzistów pochodziła ze wsi, a prawie dwie trzecie – z małych miast do 50 tysięcy mieszkańców (tab. 1.11).

Tabela 1.11. Podstawowe cechy społ.-demograficzne „nominowanych” hazardzistów

Cechy społeczno-demograficzne	Rozkłady brzegowe	
	N	%
Płeć		
Mężczyzna	785	91,5
Kobieta	73	8,5
Wiek		
Do 19 lat	51	5,9
20-29 lat	250	29,1
30 lat lub więcej	557	84,9
Klasa miejscowości zamieszkania		
Wieś	409	47,7
Miasto do 19 999 mieszkańców.	116	13,5
Miasto 20 000 – 49 999 .	113	13,2
Miasto 50 000 – 99 999.	74	8,6
Miasto 100 000 – 499 999.	110	12,8
Miasto 500 tys. i więcej mieszkańców.	36	4,2
Ogółem	858	100,0

Wg naszych respondentów, spośród 858 nominowanych „hazardzistów” z powodu hazardu leczyło się w roku 2014 stacjonarnie 51 osób (5,9%), 56 osób (6,5%) – ambulatoryjnie, a w obu typach placówek leczyło się 36 „nominowanych” osób (4,2%). W sumie, wg informacji naszych respondentów, z powodu hazardu leczyło się 71 „nominowanych”; w przypadku jednej czwartej (225) „nominowanych” nie podano informacji na temat leczenia.

Tabela 1.12. Informacja nt leczenia „nominowanych” hazardzistów

Typ leczenia	Rozkłady brzegowe	
	N	%
Leczeni ogółem	71	11,2
Nieleczeni w ogóle	562	88,8
Ogółem	633	100,0

Odsetek leczonych wśród nominowanych, w przypadku których pozyskaliśmy informacje na temat leczenia, wynosi 11,2%. Można zatem przyjąć, że liczba hazardzistów jest 8,9 razy większa niż liczba leczonych. Innymi słowy współczynnik oszacowania dla naszego badania wyniesie 8,9 (tab. 1.12).

Punktem referencyjnym w naszym oszacowaniu będzie liczba leczonych z powodu patologicznego hazardu w roku 2013, którą otrzymaliśmy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Liczba leczonych z roku na rok rośnie (obrazuje to tabela 1.13). W roku 2008 w leczeniu finansowanym przez NFZ było mniej niż tysiąc pacjentów; w pięć lat później ich liczba przekroczyła trzy tysiące. Dane za rok 2014, które powinny być punktem referencyjnym do badania ankietowego w 2014 roku, nie są jeszcze dostępne.

Tabela 1.13. Liczba leczonych z rozpoznaniem głównym ICD 10: F63.0 patologiczny hazard w latach 2010 – 2013

Rok	Liczba pacjentów
2008	969
2009	2 139
2010	2 677
2011	2 708
2012	3 079
2013	3 141

Źródło: NFZ

Mając do dyspozycji punkt referencyjny (liczba leczonych w roku 2013) oraz współczynnik oszacowania uzyskany w badaniach ankietowych można oszacować liczbę osób uprawiających patologiczny hazard w Polsce jako iloczyn liczby leczonych oraz współczynnika oszacowania.

Liczba leczonych = 3 141

Współczynnik oszacowania = 8,9

Liczba osób uprawiających patologiczny hazard: 3 141 x 8,9 = 27 955

Oszacowanie to jest zapewne oszacowaniem konserwatywnym, zaniżającym rzeczywistą liczbę, bowiem odpowiedni punkt referencyjny (liczba leczonych za rok 2014) będzie przypuszczalnie większy, choć tempo wzrostu liczby leczonych w ostatnich latach nie jest już tak duże.

Oprócz oszacowania liczby patologicznych hazardzistów, badanie metodą punktu referencyjnego przyniosło przynajmniej kilka innych interesujących wyników. Bazując na nominacjach naszych respondentów można powiedzieć, że podobnie jak w przypadku

uzależnienia od substancji, a może w jeszcze większym stopniu, patologiczny hazard jest przede wszystkim domeną mężczyzn. Może to wynikać z tradycyjnego modelu rodziny, w której dochód mężczyzny stanowi podstawę utrzymania. Ułatwia to mężczyźnie dostęp do pieniędzy na hazard, a w sytuacjach kryzysowych, np. utraty pracy lub gwałtownego pogorszenia warunków finansowych, hazard może być postrzegany przez mężczyzn jako jedyna droga przezwyciężenia kryzysu.

Wg naszych nominacji, zachowania hazardowe prowadzące do poważnych problemów nie koncentrują się w jakichś konkretnych kategoriach wiekowych (np. nastolatki lub ludzie młodzi – jak w przypadku uzależnienia od substancji nielegalnych), ale rozkładają się względnie równomiernie w strukturze wiekowej społeczeństwa.

Najciekawszym, choć wymagający potwierdzenia, wynikiem jest, że dwie trzecie nominowanych hazardzistów mieszka na wsi lub w małych miastach, z czego zdecydowana większość na wsi. Może to świadczy o tym, że hazard staje się ważnym elementem stylu życia na wsi i w społecznościach małomiasteczkowych, w których brak innych rozrywek i w których perspektywy awansu materialnego są ograniczone. Nie można też wykluczyć, że te społeczności stały się grupą docelową przemysłu hazardowego (zwłaszcza automatów do gier), który dostrzegł w nich drzemiący popyt. Można jednak postawić hipotezę, że dużo nominacji z tych środowisk wiąże się z ciągle wysokim poziomem kontroli społecznej, dzięki której wiadomo, kto gra hazardowo i podejmuje leczenie.

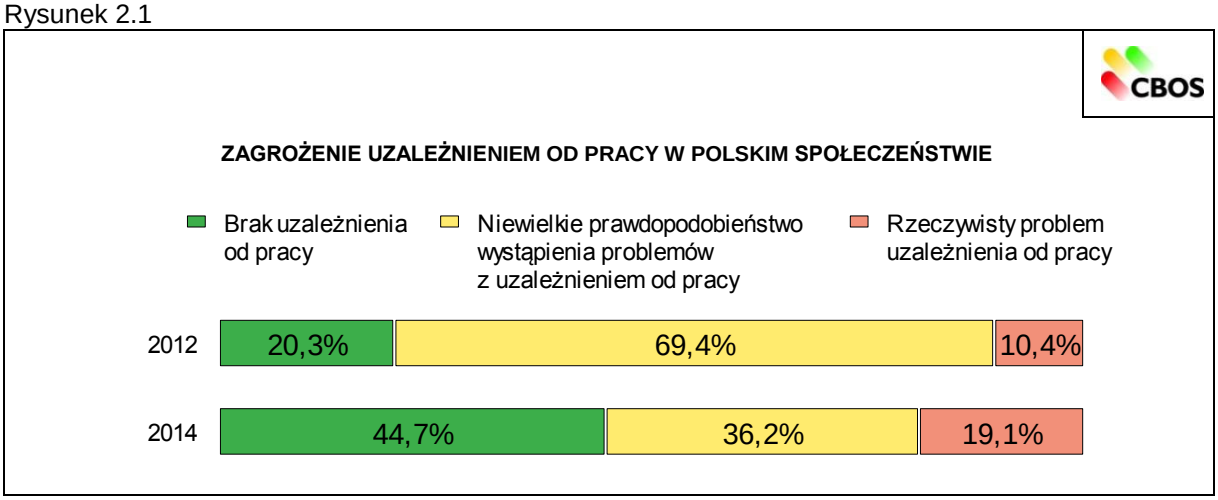
2. PRACA

2.1. ZASIĘG ZJAWISKA

Zagrożenie pracoholizmem w polskim społeczeństwie zdiagnozowane zostało za pomocą testu Bryana E. Robinsona[9], który pozwolił podzielić badaną populację na trzy grupy ze względu na zagrożenie uzależnieniem od pracy:

- respondentów wykazujących brak uzależnienia od pracy;
- respondentów wykazujących niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy;
- respondentów wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy.

Rysunek 2.1



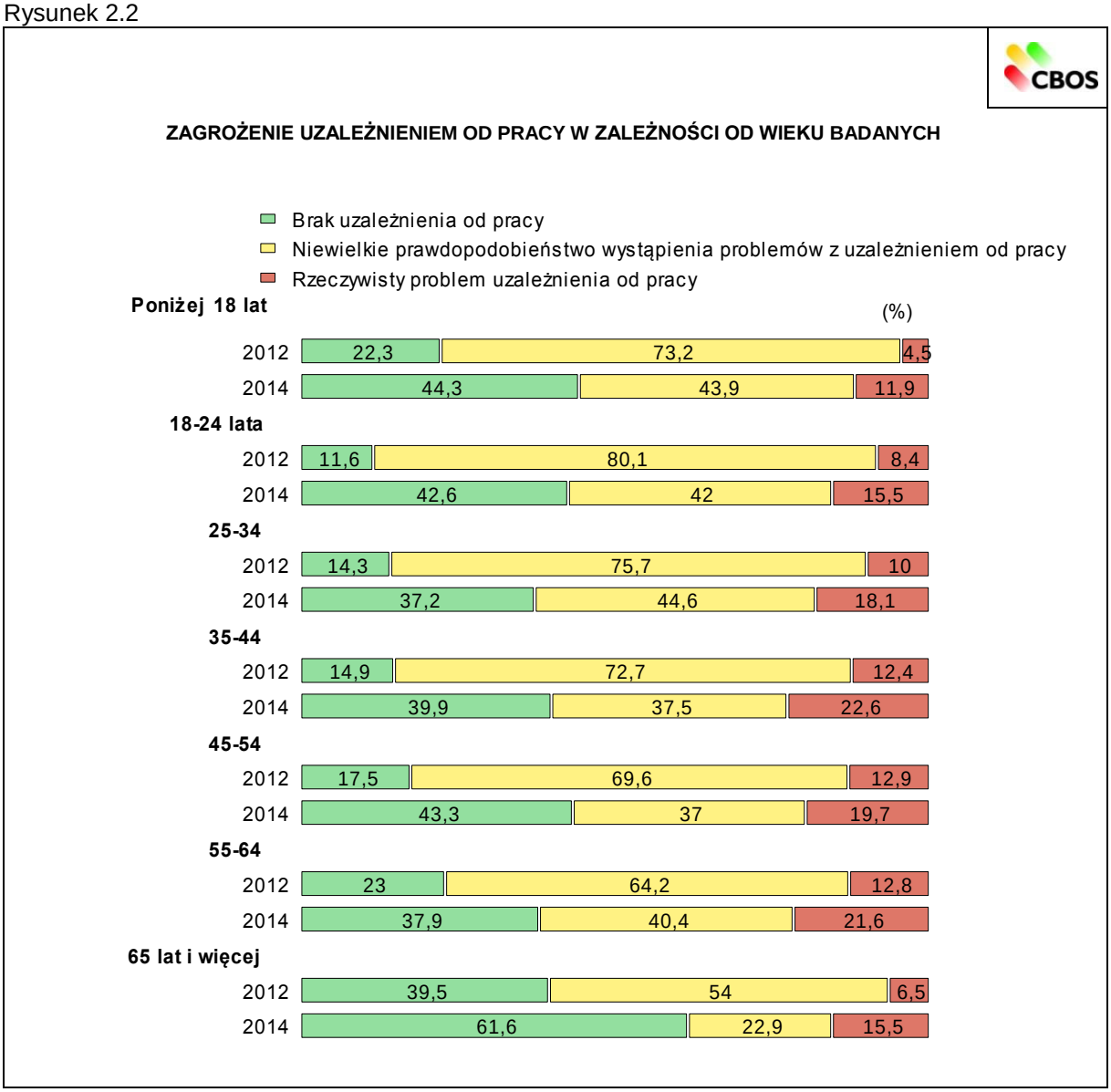
Test Bryana E. Robinsona został skonstruowany w taki sposób, że pozwala na zdiagnozowanie pracoholizmu także u osób, które nie pracują zawodowo. Na podstawie wyników tego testu można powiedzieć, iż obecnie blisko jedną piątą Polaków mających 15 lat i więcej (19,1%) można zaliczyć do grupy tych, dla których uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem (rys. 2.1). W ciągu dwóch lat od 2012 roku odsetek ten niemal się podwoił (wzrost o 8,7 punktu procentowego). W przypadku ponad jednej trzeciej (36,2%) ankietowanych istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia takiego problemu, jednak w porównaniu z 2012 rokiem grupa Polaków w wieku 15+ zagrożonych uzależnieniem od pracy zmniejszyła się niemal o połowę (spadek o 33,2 punktu). W 2014 roku, tak jak dwa lata wcześniej, największa grupa badanych nie wykazuje symptomów uzależnienia od pracy (44,7%). Należy zauważyć, iż w porównaniu z 2012 rokiem ta grupa badanych znacząco się zwiększyła (o 24,4 punktu).

[9] C. Guerreschi, *Nowe uzależ*nienia, Salwator, Kraków 2010, s. 153-155.

2.2. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD PRACY A WIEK

Obecnie tak jak przed dwoma laty zagrożenie uzależnieniem od pracy wykazuje związek z wiekiem badanych.

Rysunek 2.2



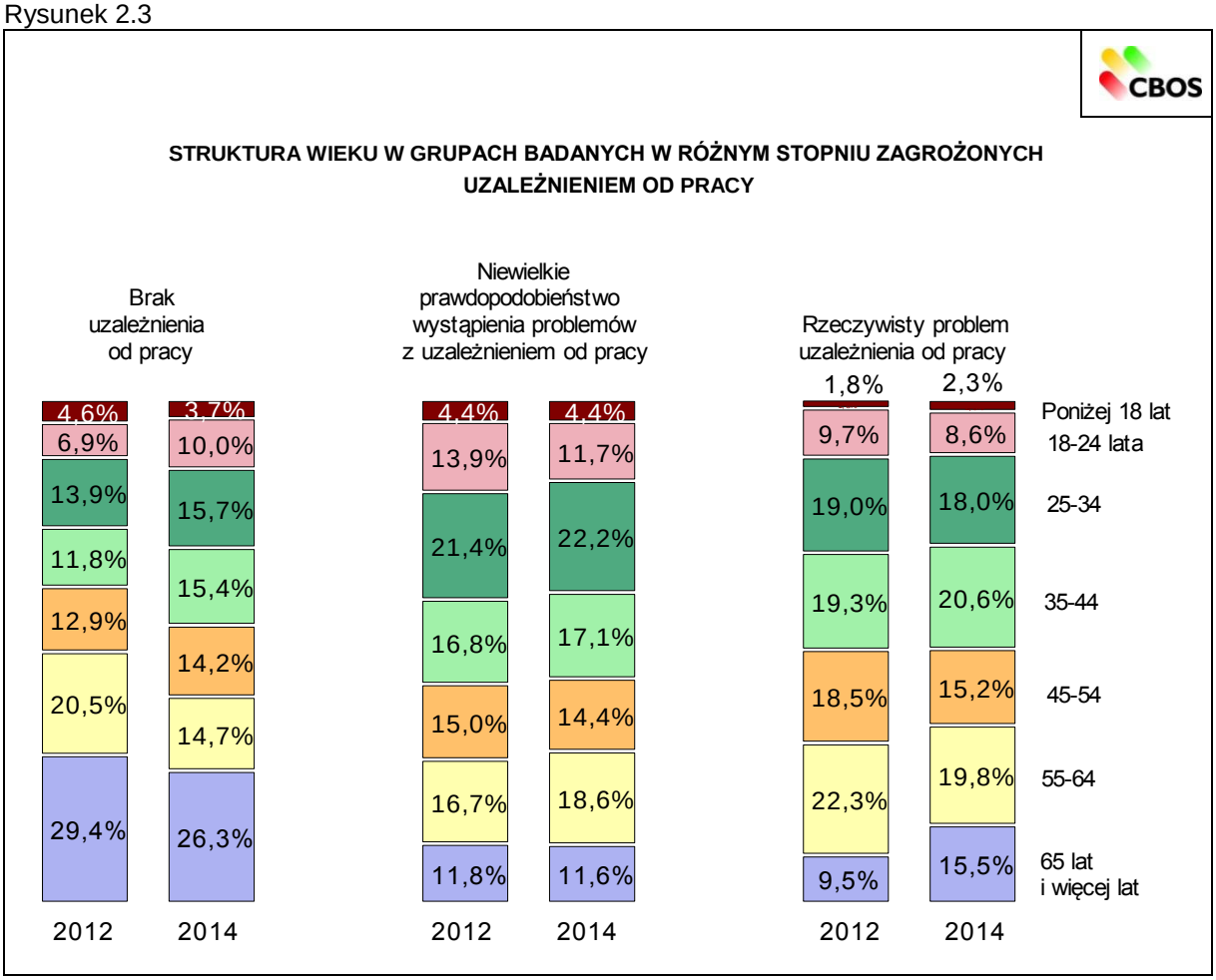
W 2014 roku, tak jak w roku 2012, największy odsetek badanych cechujących się brakiem symptomów pracoholizmu jest wśród osób, które ukończyły 65 rok życia. (rys. 2.2).

Tak jak przed dwoma laty, największy odsetek badanych wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy odnotowano wśród osób w wieku produkcyjnym, a w szczególności w grupie wiekowej 35–64 lata.

Warto też szczególnie zwrócić uwagę na osoby w wieku 25-34 lata, wśród których odsetek osób wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy nie jest co prawda najwyższy, ale jedynie 37,2% z nich charakteryzuje się brakiem uzależnienia od pracy natomiast szczególnie często w tej grupie wiekowej występuje niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy (44,6%).

W 2014 roku, tak jak przed dwoma laty, wśród osób, których wyniki testu wskazują na rzeczywisty problem uzależnienia od pracy – w porównaniu z całą populacją Polaków mających 15 lat i więcej – widoczna jest nadreprezentacja osób w wieku 35–64 lata (rys. 2.3). Badani w wieku 35-64 lata stanowią 55,6% grupy pracoholików natomiast w całej badanej populacji jest ich 48,5%. Tak jak w 2012 roku wśród osób wykazujących niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia uzależnienia od pracy zwraca uwagę nieco wyższy niż wśród ogółu badanych odsetek osób w wieku 18–34 lata (33,9% z tej grupy w porównaniu z 28,9% w całej populacji). Wśród respondentów niewykazujących symptomów uzależnienia od pracy znacznie większą niż wśród ogółu badanych grupę stanowią natomiast osoby, które ukończyły 65 rok życia (26,3% w stosunku do 18,8% w całej populacji).

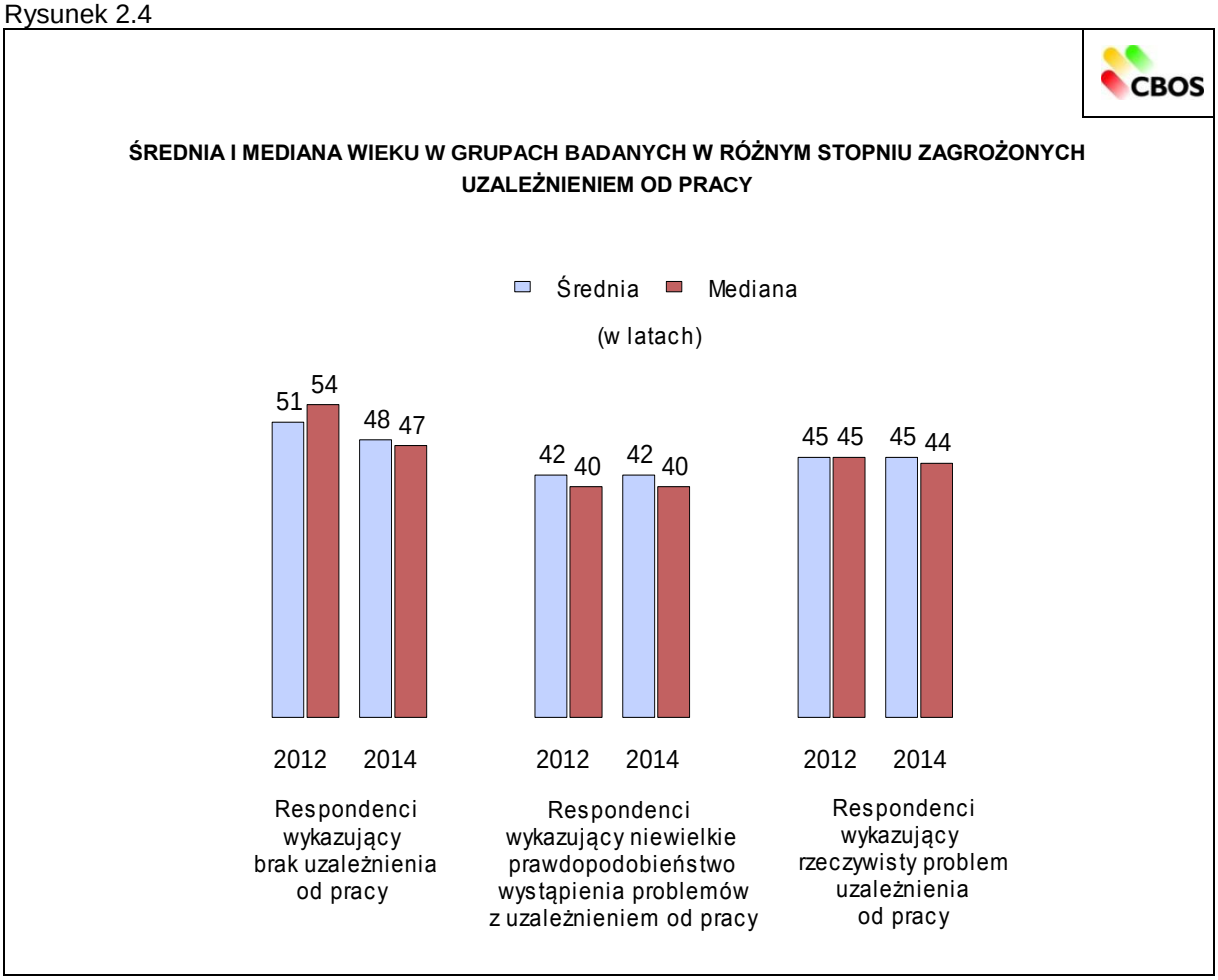
Rysunek 2.3



Obecnie, tak jak w badaniu przeprowadzonym w 2012 roku, opisane wcześniej różnice w strukturze wieku osób wykazujących różny stopień podatności na uzależnienie od pracy (rys. 2.3) znajdują odzwierciedlenie w wartościach miar tendencji centralnej rozkładów wieku w wyróżnionych grupach (rys. 2.4). Porównanie średnich arytmetycznych wieku[10] wskazuje, iż osoby wykazujące brak uzależnienia od pracy są na ogół znacznie starsze niż respondenci wykazujący rzeczywisty problem uzależnienia od pracy oraz ci, u których istnieje pewne prawdopodobieństwo wystąpienia tego problemu.

Porównanie struktury wieku, średnich oraz median w poszczególnych grupach wskazuje, iż rozwinięty pracoholizm dotyka przede wszystkim Polaków w średnim wieku (średnia wieku: 45 lat, mediana: 44 lata). Jednocześnie zagrożenie pracoholizmem najczęściej wykazują badani będący w tej fazie życia, w której większość pokolenia jest „na dorobku".

Rysunek 2.4

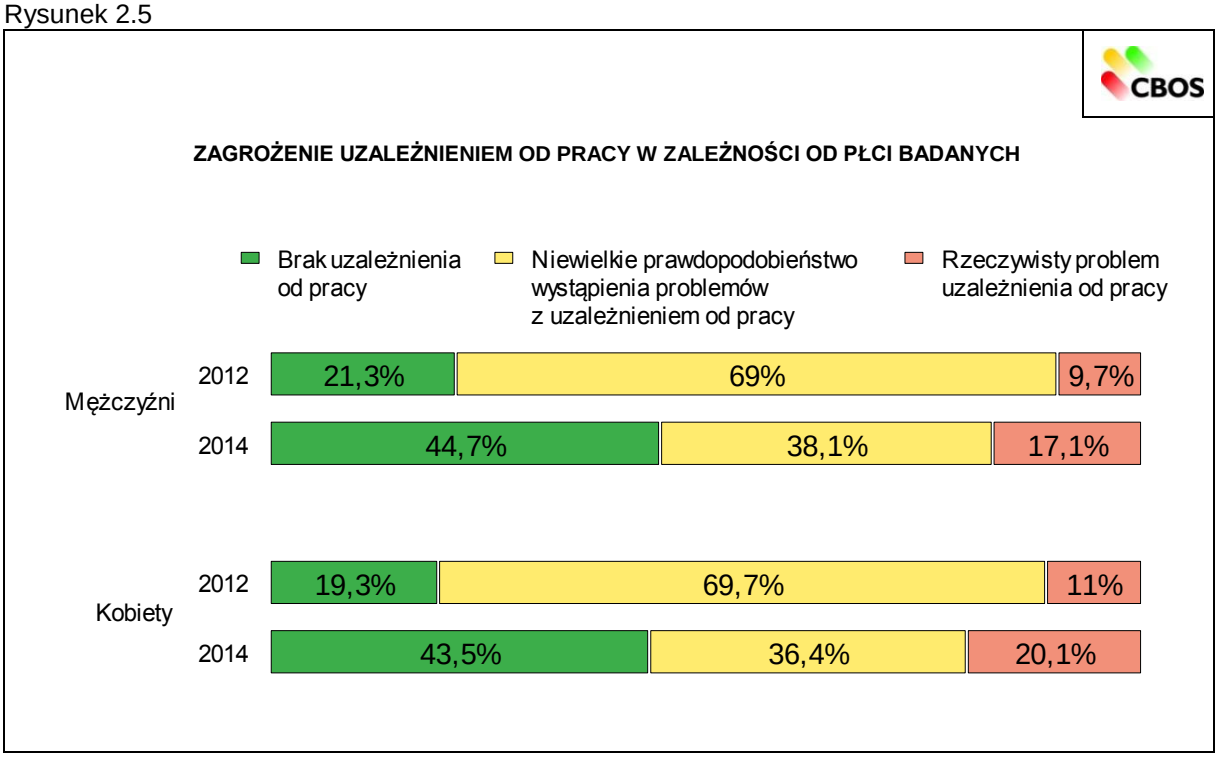


[10] ANOVA. Test Duncana.

2.3. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD PRACY A PŁEĆ

Wyniki badania przeprowadzonego w 2014 roku wskazują, iż obecnie zagrożenie pracoholizmem dotyka kobiety i mężczyzn w zbliżonym stopniu (różnice są nieistotne statystycznie). W porównaniu z rokiem 2012 zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn przybyło tych, dla których uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem (odpowiednio o 9,1 i 7,4 punktu) oraz niewykazujących symptomów uzależnienia od pracy (odpowiednio o 24,2 i 23,4 punktu). Pomimo tego, że ze statystycznego punktu widzenia różnice pomiędzy płciami są nieistotne, to - podobnie jak poprzednio - można powiedzieć, że kobiety są nieznacznie bardziej zagrożone pracoholizmem niż mężczyźni (rys. 2.5).

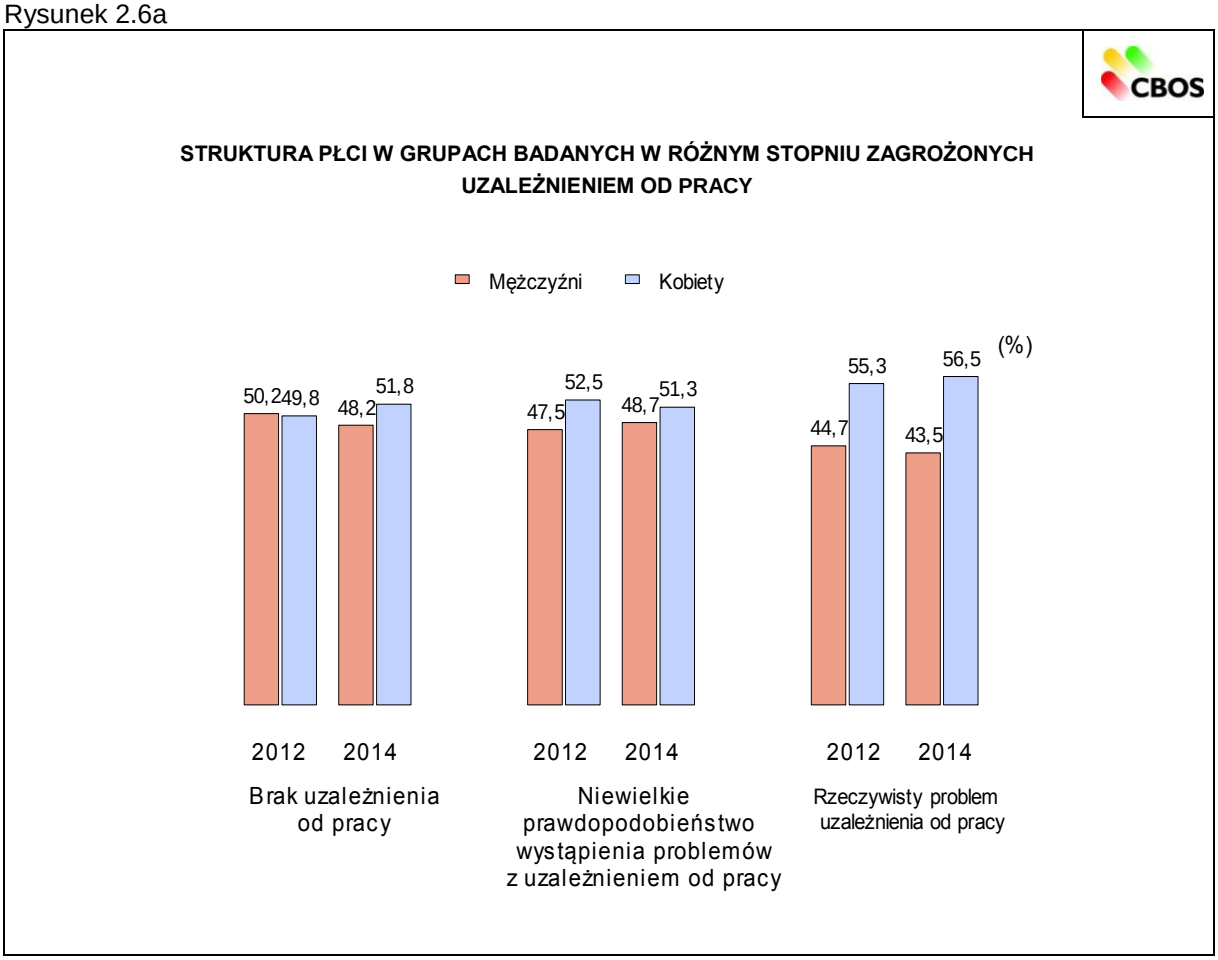
Rysunek 2.5



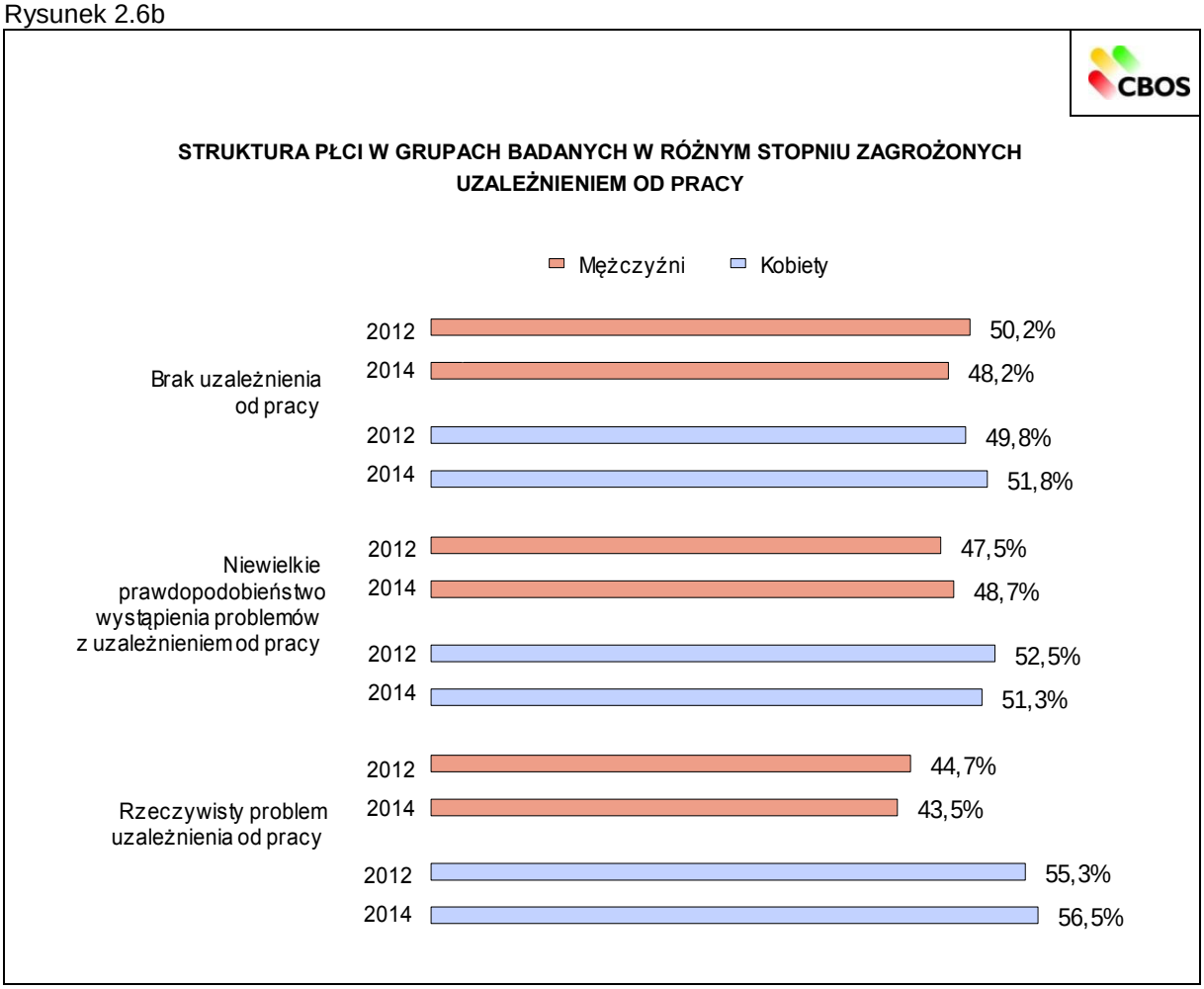
W 2012 roku nieco większą skłonność kobiet do pracoholizmu obrazowała m.in. struktura płci w poszczególnych grupach badanych wyróżnionych ze względu na zagrożenie pracoholizmem. O ile w grupie osób niewykazujących symptomów uzależnienia od pracy było więcej mężczyzn, a mniej kobiet niż wśród ogółu Polaków w wieku 15+, to wśród osób, które uzyskały w teście wyniki wskazujące na problem uzależnienia od pracy, liczebna przewaga kobiet nad mężczyznami była większa niż w całej populacji.

W 2014 roku zbliżoną (z niewielką nadreprezentacją mężczyzn i niedoreprezentowaniem kobiet) strukturę płci jak cała populacja osób w wieku 15+ mają grupy badanych niewykazujących symptomów uzależnienia od pracy oraz charakteryzujących się niewielkim prawdopodobieństwem wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy. Wśród badanych, którzy w oparciu o test Bryana E. Robinsona wykazują rzeczywisty problem uzależnienia od pracy jest nieco natomiast więcej kobiet a mniej mężczyzn (po 4 punkty procentowe) niż wśród ogółu Polaków mających ukończone 15 lat (rys. 2.6a i 2.6b).

Rysunek 2.6a



Rysunek 2.6b



Przeprowadzone wielozmiennowe[11] analizy statystyczne pokazują też, iż w najbardziej dotkniętej problemem uzależnienia od pracy grupie wiekowej 35–64 lata, znacznie częściej świadczące o pracoholizmie wyniki w teście Bryana E. Robinsona uzyskują kobiety niż mężczyźni.

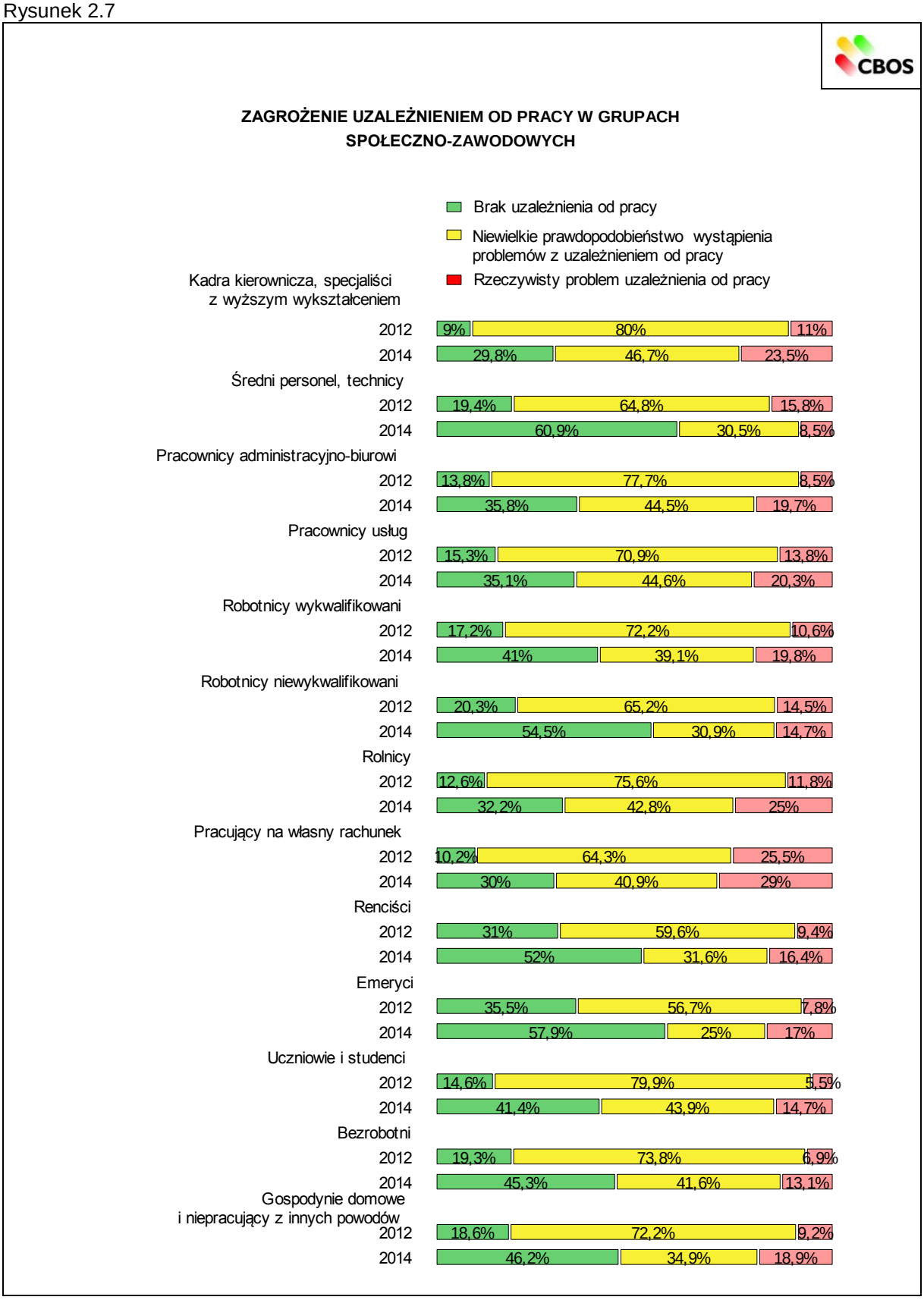
2.4. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD PRACY A AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

Odsetek osób wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy jest różny w poszczególnych grupach społeczno-zawodowych (rys. 2.7)[12]. Na uwagę zasługuje fakt, iż 2014 roku ponownie ponadprzeciętnie wysoki odsetek osób, dla których uzależnienie od pracy to rzeczywisty problem stwierdzamy wśród pracujących na własny rachunek poza rolnictwem (obecnie 29,0%). Rzeczywisty problem uzależnienia od pracy odnotowaliśmy obecnie również u co czwartego rolnika indywidualnego (25,0%). Obecnie obie te grupy są do siebie bardzo zbliżone pod względem zagrożenia pracoholizmem.

[11] Wykorzystano moduł IBM SPSS Decision Trees.

[12] Grupy wyróżnione na podstawie autodeklaracji respondentów.

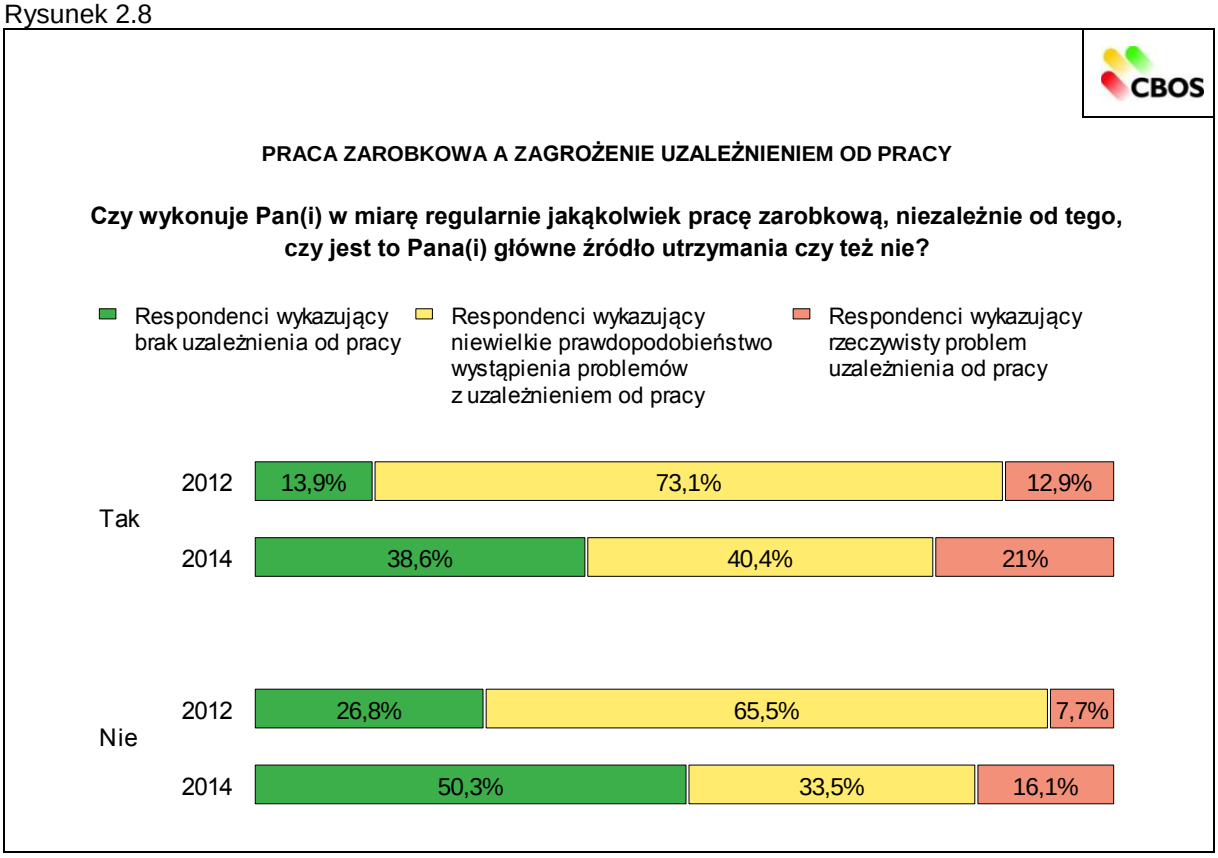
Rysunek 2.7


CBOS
ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD PRACY W GRUPACH SPOŁECZNO-ZAWODOWYCH
Brak uzależnienia od pracy
Niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy
Rzeczywisty problem uzależnienia od pracy
Kadra kierownicza, specjaliści z wyższym wykształceniem
2012 9% 80% 11%
2014 29,8% 46,7% 23,5%
Średni personel, technicy
2012 19,4% 64,8% 15,8%
2014 60,9% 30,5% 8,5%
Pracownicy administracyjno-biurowi
2012 13,8% 77,7% 8,5%
2014 35,8% 44,5% 19,7%
Pracownicy usług
2012 15,3% 70,9% 13,8%
2014 35,1% 44,6% 20,3%
Robotnicy wykwalifikowani
2012 17,2% 72,2% 10,6%
2014 41% 39,1% 19,8%
Robotnicy niewykwalifikowani
2012 20,3% 65,2% 14,5%
2014 54,5% 30,9% 14,7%
Rolnicy
2012 12,6% 75,6% 11,8%
2014 32,2% 42,8% 25%
Pracujący na własny rachunek
2012 10,2% 64,3% 25,5%
2014 30% 40,9% 29%
Renciści
2012 31% 59,6% 9,4%
2014 52% 31,6% 16,4%
Emeryci
2012 35,5% 56,7% 7,8%
2014 57,9% 25% 17%
Uczniowie i studenci
2012 14,6% 79,9% 5,5%
2014 41,4% 43,9% 14,7%
Bezrobotni
2012 19,3% 73,8% 6,9%
2014 45,3% 41,6% 13,1%
Gospodynie domowe i niepracujący z innych powodów
2012 18,6% 72,2% 9,2%
2014 46,2% 34,9% 18,9%

Warto też zwrócić uwagę, iż na podstawie wyników testu Robinsona, tak jak poprzednio, największy odsetek zagrożonych uzależnieniem od pracy odnotowaliśmy wśród kadry kierowniczej i specjalistów z wyższym wykształceniem (46,7%). Brak uzależnienia od pracy najczęściej wykazują natomiast respondenci zaliczający się do średniego personelu i techników (60,9%) oraz emeryci (57,9%). Przeprowadzone wielozmiennowe[13] analizy statystyczne wskazują, iż przynależność do określonej grupy społeczno-zawodowej jest kluczową zmienną różnicującą poziom zagrożenia uzależnieniem od pracy w polskim społeczeństwie.

W 2014 roku utrzymuje się, stwierdzona przed dwoma laty, zależność statystyczna pomiędzy zagrożeniem pracoholizmem a wykonywaniem w miarę regularnie jakiejkolwiek pracy zarobkowej. Uzależnionych od pracy i zagrożonych tym uzależnieniem jest znacznie więcej wśród osób wykonujących regularnie jakiekolwiek prace zarobkowe niż wśród niepracujących zarobkowo i o ile wśród podejmujących prace zarobkowe większość (61,4%) stanowią osoby w mniejszym lub większym stopniu zagrożone pracoholizmem, to wśród niepodejmujących w miarę regularnie pracy zarobkowej dominują (50,3%) osoby wykazujące brak uzależnienia od pracy (rys. 2.8).

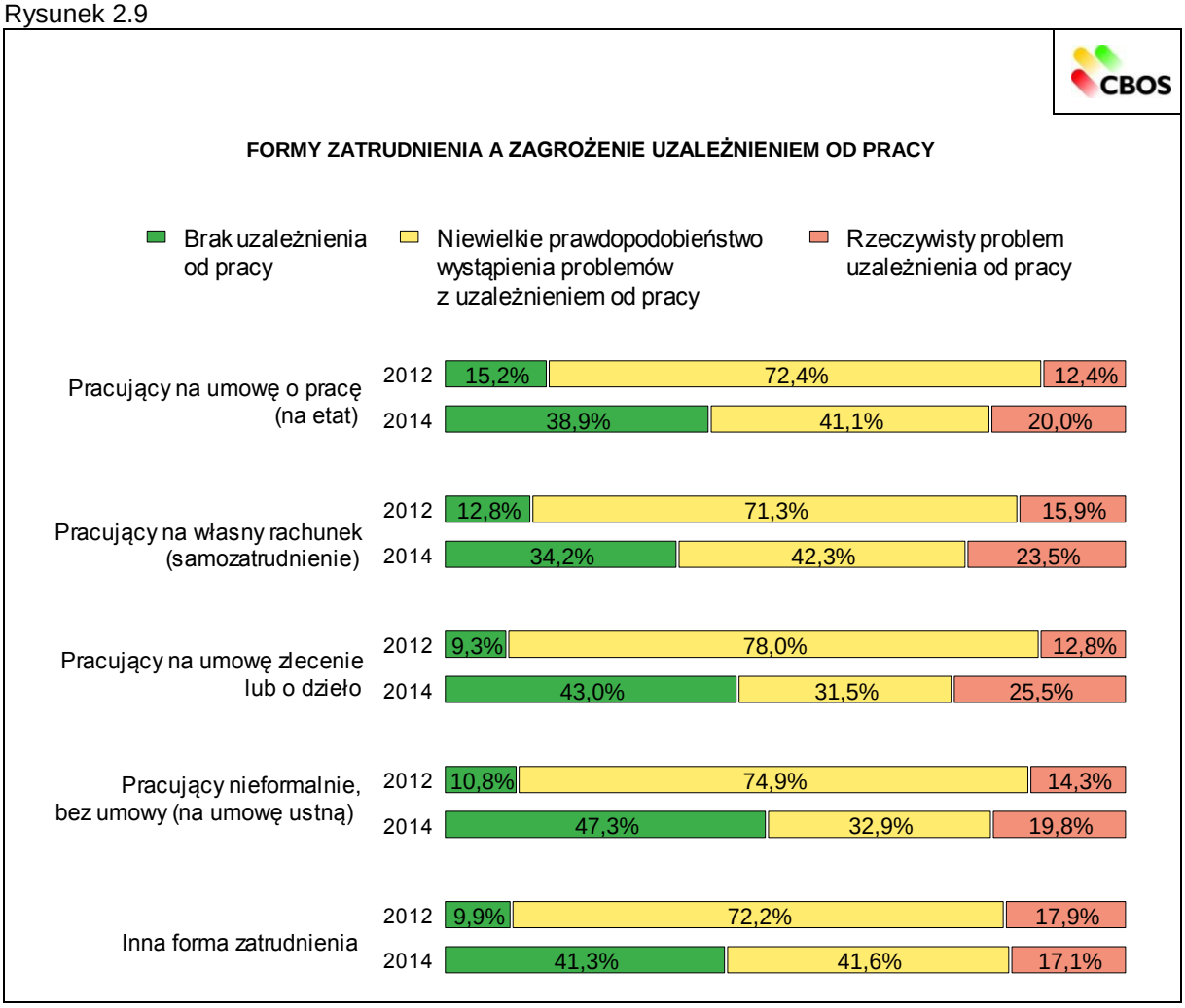
Rysunek 2.8



[13] Wykorzystano moduł IBM SPSS Decision Trees.

Uzyskane w 2014 roku wyniki potwierdzają też wnioski z badania przeprowadzonego w 2012 roku, że wystąpieniu uzależnienia od pracy sprzyja nie tylko praca na własny rachunek, ale także zatrudnienie na umowę zlecenie lub umowę o dzieło. Z punktu widzenia wystąpienia ryzyka rzeczywistego uzależnienia od pracy najbezpieczniejszym rodzajem zatrudnienia wydaje się być nadal umowa o pracę (na etat), choć nie jest to już tak wyraźnie widoczne jak przed dwoma laty. Warto też zauważyć, iż pracujący w "szarej strefie", na umowy ustne oraz w innych formach są obecnie mniej zagrożeni pracoholizmem niż ogół w miarę regularnie pracujących zarobkowo (rys. 2.9).

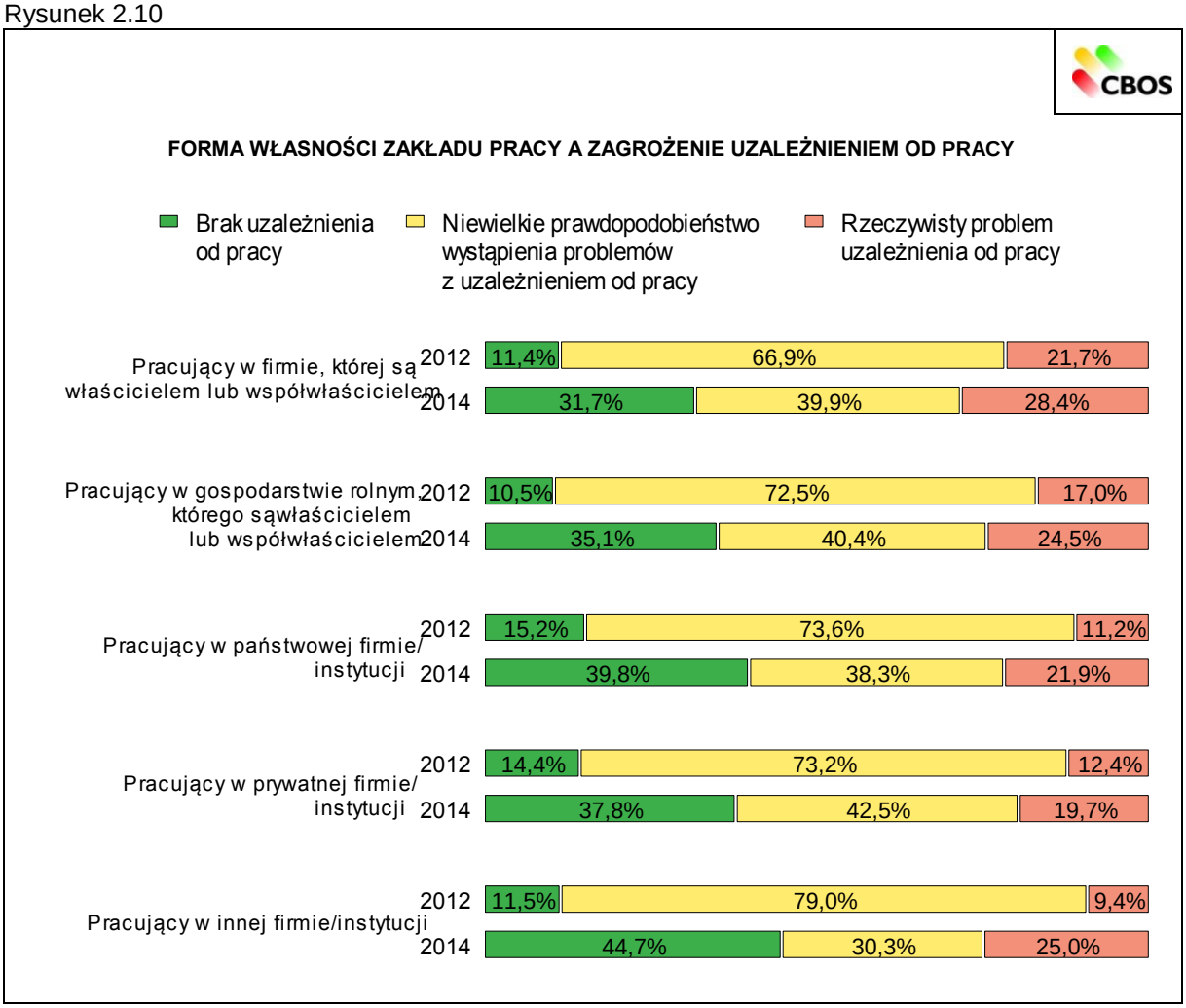
Rysunek 2.9



Analiza wyników badania z 2014 roku potwierdza też wnioski wysunięte przed dwoma laty, że uzależnieniu od pracy sprzyja bycie właścicielem firmy lub gospodarstwa rolnego, w którym się pracuje (rys. 2.10). Potwierdza to też - wcześniej opisaną - zależność pomiędzy stopniem zagrożenia pracoholizmem a przynależnością do grupy zawodowej. Wśród pracujących właścicieli i współwłaścicieli firm wynik w teście Robinsona wskazujący na rzeczywisty problem uzależnienia od pracy uzyskało 28,4% badanych (dla przypomnienia:

29% wśród deklarujących prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej na własny rachunek). Wśród pracujących w gospodarstwie rolnym, którego są właścicielem lub współwłaścicielem rzeczywisty problem uzależnienia od pracy wykazuje 24,5% (25% wśród badanych zaliczających się do grupy „rolnicy indywidualni i pomagający im członkowie rodzin").

Rysunek 2.10

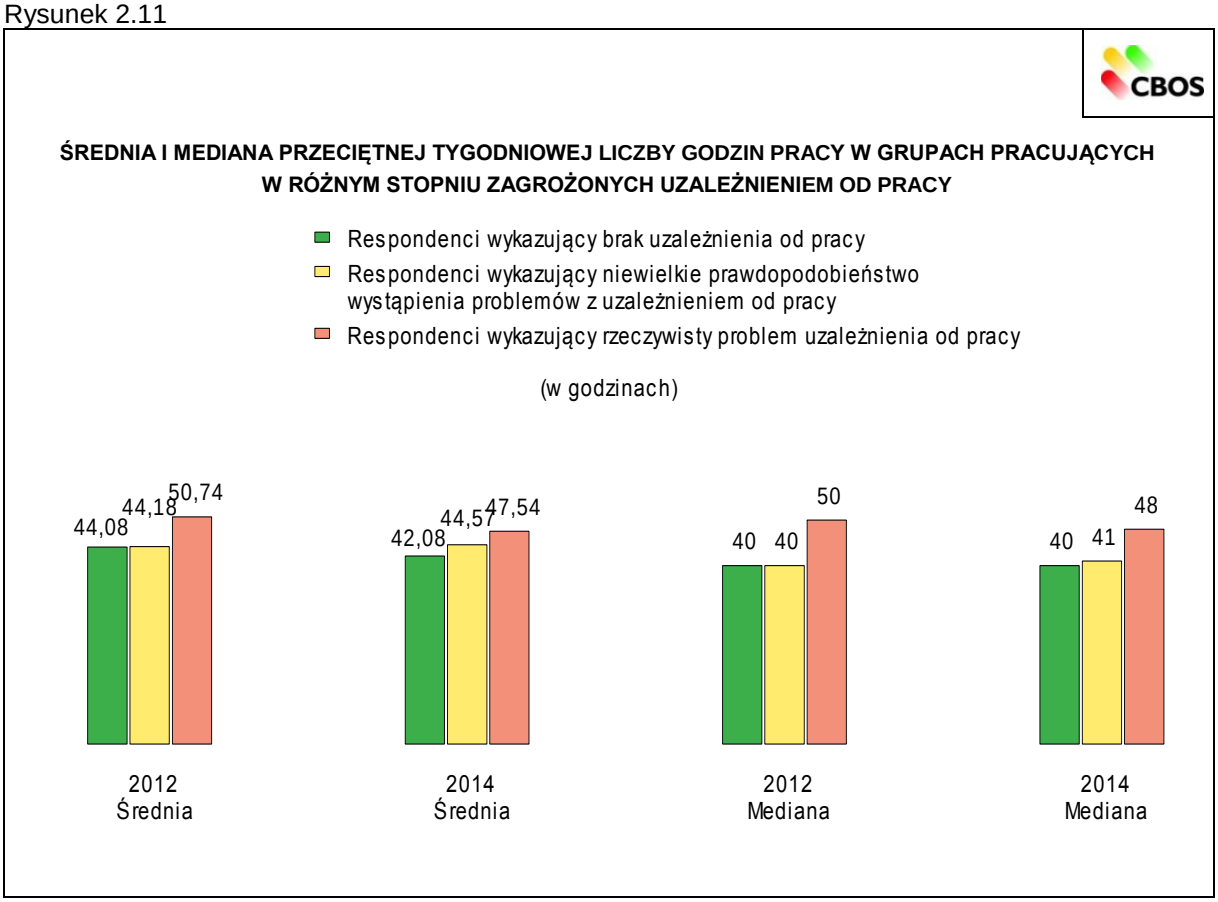


Porównanie deklaracji dotyczących godzin pracy w poszczególnych grupach badanych pracujących zarobkowo w różnym stopniu zagrożonych uzależnieniem od pracy pokazuje, iż liczba godzin przeznaczanych przeciętnie tygodniowo na pracę zarobkową jest tym większa im większe jest zagrożenie pracoholizmem. Respondenci, dla których takie uzależnienie stanowi rzeczywisty problem, przeciętnie tygodniowo pracują o trzy godziny dłużej (średnio nieco ponad 47 i pół godziny) niż ci, którzy wykazują niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy i ponad pięć godzin dłużej niż nieuzależnieni (średnie tygodniowe w tych grupach to odpowiednio blisko 45 godzin i nieco

ponad 42 godziny). Stwierdzone różnice średnich arytmetycznych są istotne statystycznie[14]. Warto tu przypomnieć, iż w 2012 roku - na tle pozostałych – wyróżniały się jedynie osoby wykazujące rzeczywisty problem uzależnienia od pracy (rys. 2.11).

Również porównanie wartości median w trzech wyróżnionych grupach potwierdza ten wniosek. O ile w przypadku 48,7% badanych pracujących zarobkowo i wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy przeciętny tygodniowy czas pracy przekracza 48 godzin, to wśród tych, którzy nie wykazują tego problemu trzy piąte (60,3%) pracuje najwyżej 40 godzin tygodniowo, natomiast przeciętny tygodniowy czas pracy 50,9% osób w niewielkim stopniu zagrożonych tym uzależnieniem nie przekracza 41 godzin.

Rysunek 2.11



[14] ANOVA. Test Duncana.

2.5. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD PRACY A MOTYWACJE DO PRACY

Porównanie deklaracji dotyczących motywacji do pracy w grupach badanych pracujących zarobkowo w różnym stopniu zagrożonych pracoholizmem pokazuje, iż w 2014 roku są one - podobnie jak w roku 2012 - ogólnie rzecz biorąc zbliżone (rys. 2.12a i rys. 2.12b). Niezależnie od stopnia zagrożenia uzależnieniem od pracy badani deklarowali i deklarują, iż najważniejszą motywacją do pracy jest dla nich konieczność zaspokojenia codziennych podstawowych potrzeb, pokrycia kosztów utrzymania, „zarobienie na chleb". Na drugim miejscu pod względem ważności we wszystkich grupach znalazło się osiągnięcie wyższego lub utrzymanie wysokiego statusu materialnego (swojego lub rodziny). Kolejną pozycję zajęło osiągnięcie wyższej pozycji zawodowej, awans, natomiast najmniej ważnym źródłem motywacji do pracy okazała się spłata kredytu, wyjście z długów. Również wartości średnich uzyskanych przez trzy grupy respondentów wyróżnione ze względu na stopień zagrożenia pracoholizmem są na poszczególnych skalach w obu pomiarach zbliżone (rys. 2.12c - rys. 2.12e).

Analizy statystyczne[15] wykazały, że w 2014 roku - tak jak w poprzednim pomiarze - istotne różnice motywacji między grupami wyróżnionymi ze względu na zagrożenie uzależnieniem od pracy występują jedynie w przypadku kierowania się chęcią zdobycia wyższej pozycji zawodowej, awansu oraz osiągnięcia wyższego lub utrzymania wysokiego statusu materialnego (swojego lub rodziny), przy czym siła tych motywacji dzieli badaną populację na dwie grupy[16]. Pierwszą stanowią osoby niemające problemu z uzależnieniem od pracy, a drugą – osoby uzależnione lub zagrożone uzależnieniem od pracy.

Podsumowując można powiedzieć, że różnice motywacji do pracy w trzech wyróżnionych grupach widoczne są przede wszystkim w ich natężeniu. Zarówno uzależnieni od pracy, zagrożeni tym uzależnieniem, jak i niewykazujący symptomów uzależnienia motywowani są tym samym zestawem potrzeb, przy czym osoby uzależnione bądź zagrożone uzależnieniem są bardziej niż nieuzależnione zmotywowane do zdobycia wyższej pozycji zawodowej, awansu oraz osiągnięcia wyższego lub utrzymania wysokiego statusu materialnego.

[15] Anova.

[16] Test Duncana.

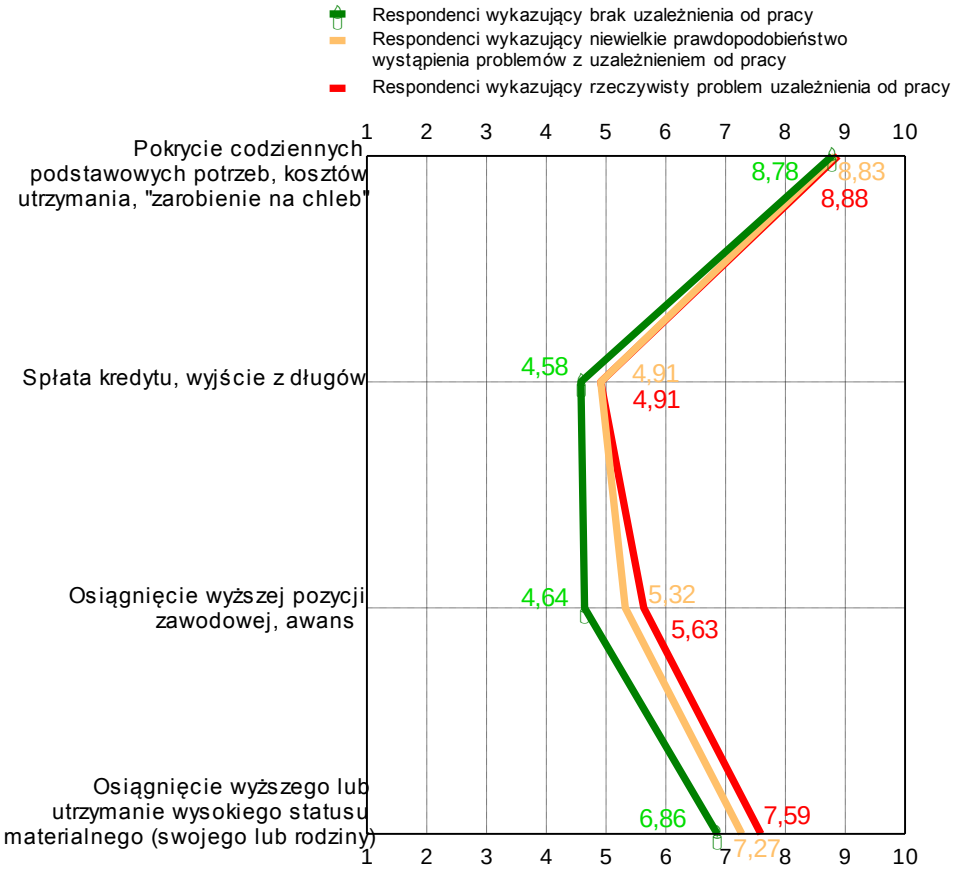
Rysunek 2.12a

DEKLAROWANE MOTYWACJE DO PRACY W GRUPACH BADANYCH W RÓŻNYM STOPNIU ZAGROŻONYCH UZALEŻNIENIEM OD PRACY

Deklaracje osób wykonujących w miarę regularnie jakąkolwiek pracę zarobkową

2012 rok

Średnie na skali, na której 1 oznacza „nie ma to dla mnie znaczenia”, a 10 – „jest to dla mnie bardzo ważne”



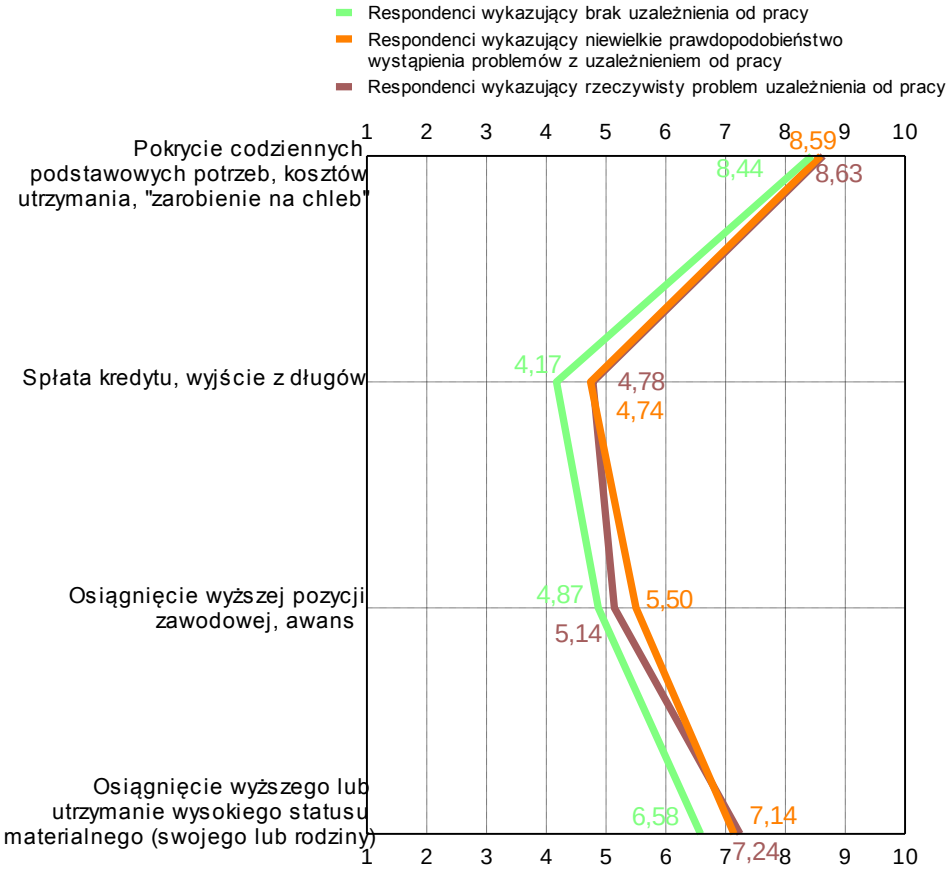
Rysunek 2.12b

DEKLAROWANE MOTYWACJE DO PRACY W GRUPACH BADANYCH W RÓŻNYM STOPNIU ZAGROŻONYCH UZALEŻNIENIEM OD PRACY

Deklaracje osób wykonujących w miarę regularnie jakąkolwiek pracę zarobkową

2014 rok

Średnie na skali, na której 1 oznacza „nie ma to dla mnie znaczenia”, a 10 – „jest to dla mnie bardzo ważne”



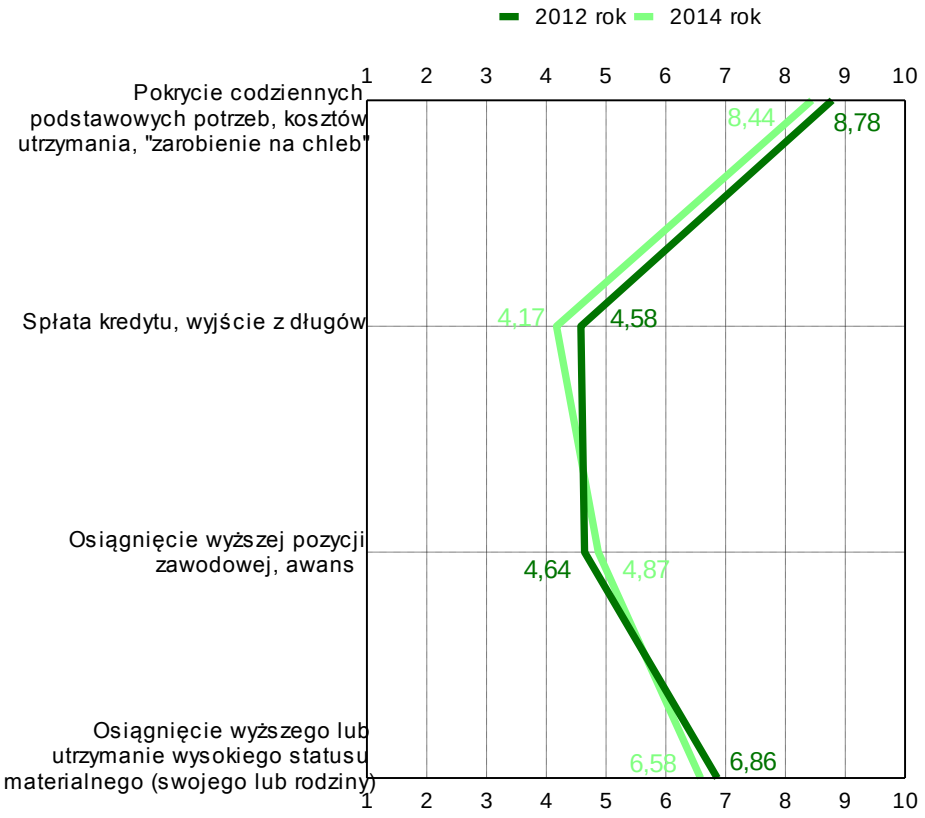
Rysunek 2.12c

DEKLAROWANE MOTYWACJE DO PRACY W GRUPACH BADANYCH W RÓŻNYM STOPNIU ZAGROŻONYCH UZALEŻNIENIEM OD PRACY

Deklaracje osób wykonujących w miarę regularnie jakąkolwiek pracę zarobkową

Średnie na skali, na której 1 oznacza „nie ma to dla mnie znaczenia”, a 10 – „jest to dla mnie bardzo ważne”

Respondenci wykazujący brak uzależnienia od pracy



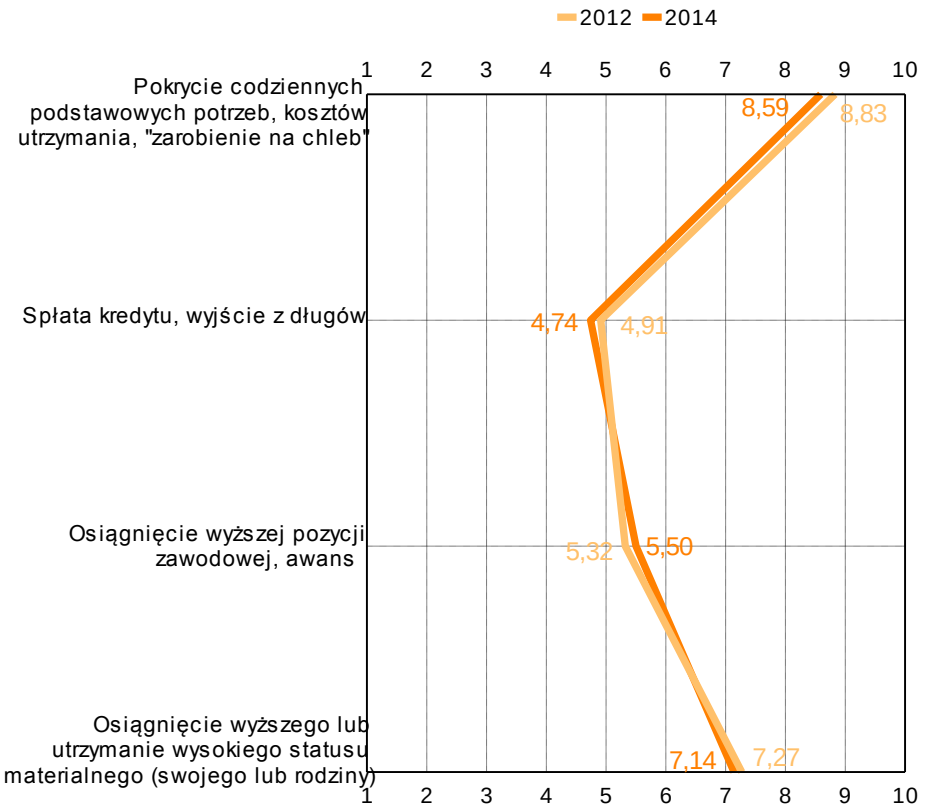
Rysunek 2.12d

DEKLAROWANE MOTYWACJE DO PRACY W GRUPACH BADANYCH W RÓŻNYM STOPNIU ZAGROŻONYCH UZALEŻNIENIEM OD PRACY

Deklaracje osób wykonujących w miarę regularnie jakąkolwiek pracę zarobkową

Średnie na skali, na której 1 oznacza „nie ma to dla mnie znaczenia”,
a 10 – „jest to dla mnie bardzo ważne”

Respondenci wykazujący niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia problemów
z uzależnieniem od pracy



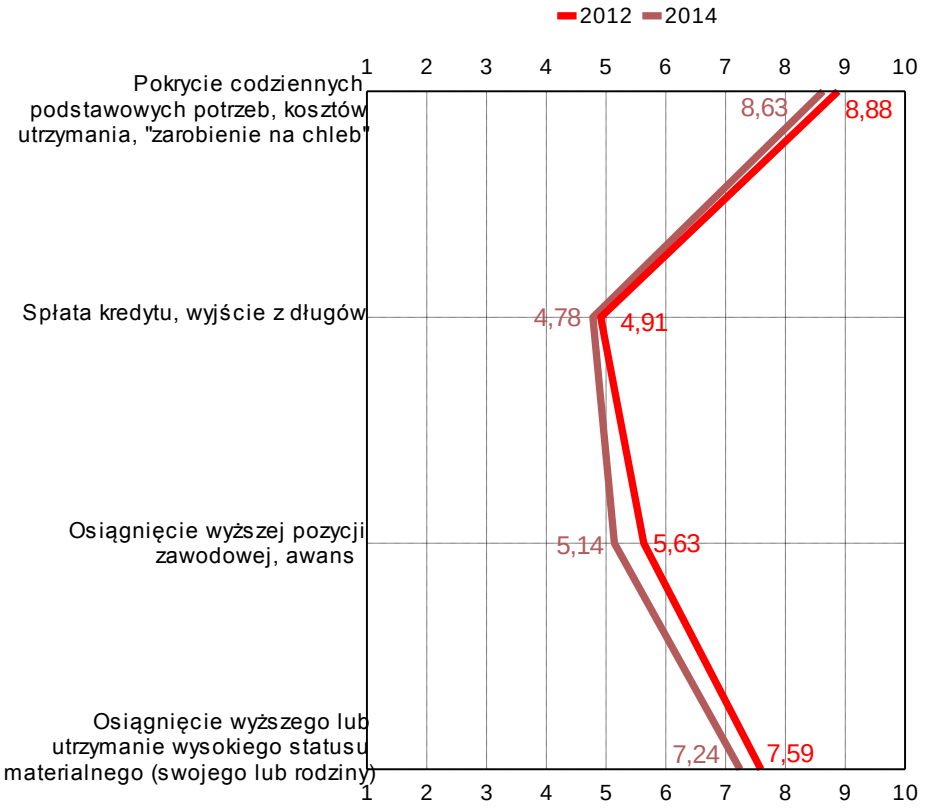
Rysunek 2.12e

DEKLAROWANE MOTYWACJE DO PRACY W GRUPACH BADANYCH W RÓŻNYM STOPNIU ZAGROŻONYCH UZALEŻNIENIEM OD PRACY

Deklaracje osób wykonujących w miarę regularnie jakąkolwiek pracę zarobkową

Średnie na skali, na której 1 oznacza „nie ma to dla mnie znaczenia”, a 10 – „jest to dla mnie bardzo ważne”

Respondenci wykazujący rzeczywisty problem uzależnienia od pracy



2.6. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD PRACY W OPINII OTOCZENIA

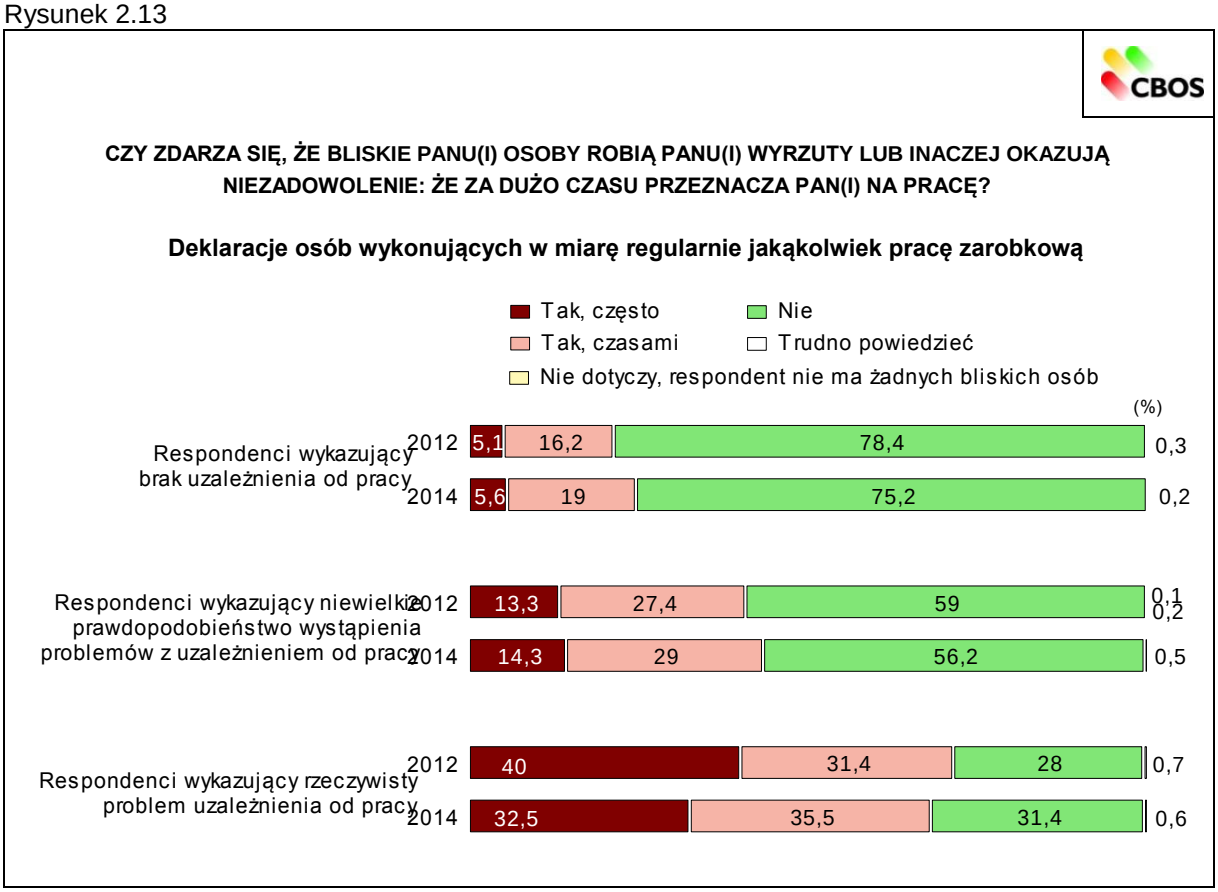
Uzależnienie od pracy (pracoholizm) należy do grupy problemów niezwiązanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Z uwagi na to oraz na fakt, że we współczesnym społeczeństwie praca wartościowana jest pozytywnie, pomimo istnienia problemu osoby uzależnione oraz ich otoczenie często nie dostrzegają związanych z nim zagrożeń. Z deklaracji badanych pracujących zarobkowo wynika jednak, że taki symptom uzależnienia od pracy, jakim jest zbyt długi jej czas, jest często zauważany przez ich bliskich (rys. 2.13).

Warto podkreślić, że w 2014 roku podobnie, jak dwa lata wcześniej, zdecydowana większość (68%) pracujących zarobkowo wykazujących w teście Robinsona symptomy rzeczywistego uzależnienia od pracy przyznała, iż zdarza się, że bliskie im osoby twierdzą, że za dużo czasu przeznaczają na pracę, robią im z tego powodu wyrzuty lub inaczej okazują niezadowolenie, przy czym w przypadku niemal co trzeciego (32,5%) uzależnionego od pracy takie wyrzuty czy inne objawy niezadowolenia bliskich pojawiają się często. Należy jednak zauważyć, iż w porównaniu z rokiem 2012 obecnie mniejsza część w miarę regularnie zarobkujących pracoholików deklaruje, że często spotyka się z zarzutami czy innymi przejawami niezadowolenia z powodu poświęcania zbyt długiego czasu na pracę (spadek o 7,5 punktu procentowego).

Tak jak w poprzednim badaniu, w porównaniu z osobami uzależnionymi, respondenci, którzy uzyskali w teście wynik wskazujący jedynie na prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy, znacznie rzadziej deklarowali, że ich bliscy mają im za złe zbyt długi czas pracy, przy czym jedynie 14,3% mówiło, że zdarza się to często. Wśród pracujących niewykazujących żadnych problemów z uzależnieniem od pracy o takich uwagach bliskich mówi jedynie niespełna jedna czwarta, przy czym tylko 5,6% słyszało je często. Różnice w deklaracjach trzech wyróżnionych grup respondentów są istotne ze statystycznego punktu widzenia.

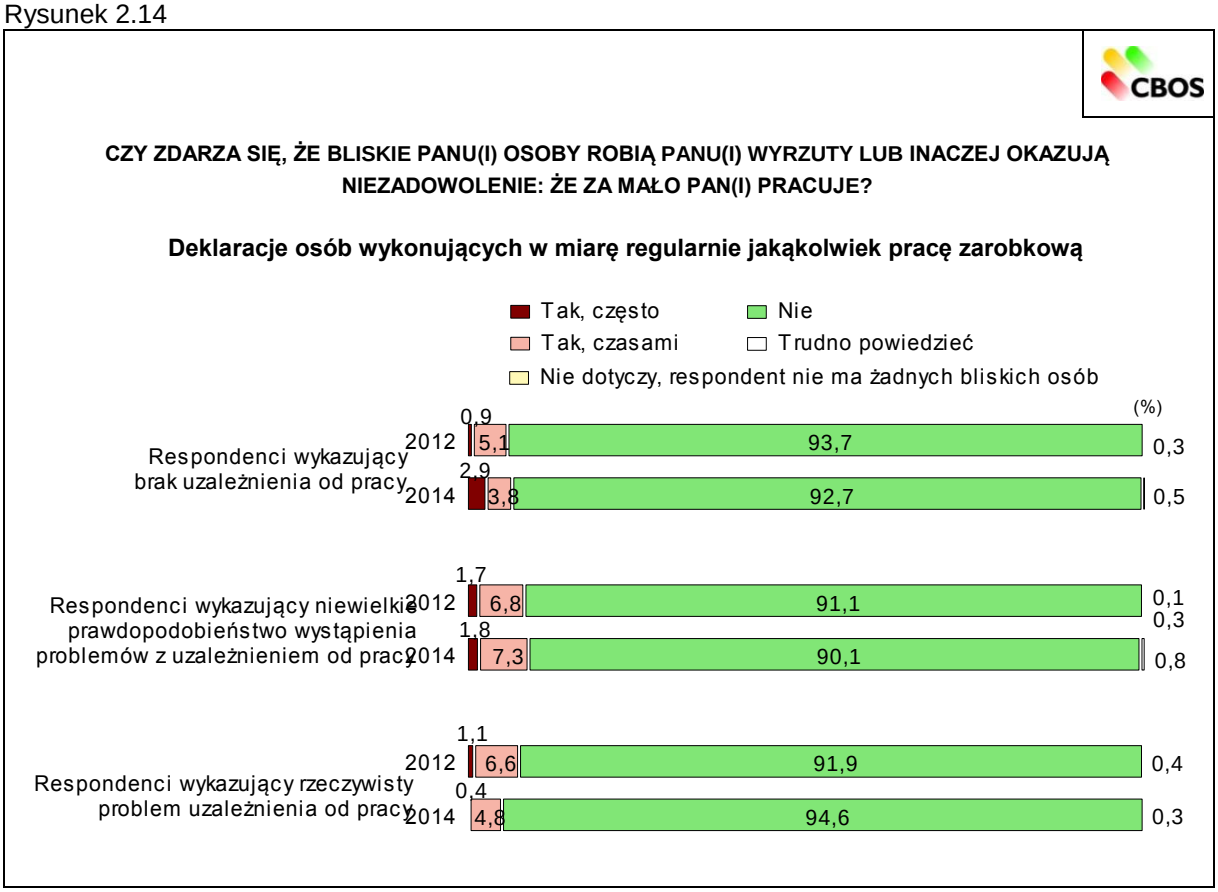
Warto też zauważyć, iż wśród pracujących zarobkowo we wszystkich grupach wyróżnionych ze względu na wynik testu Robinsona w ciągu dwóch lat oddzielających badania odsetki osób deklarujących, że nie zdarza się, aby bliskie im osoby okazywały jakiekolwiek niezadowolenie ze zbyt dużej ilości czasu poświęcanego przez nich na pracę zmieniły się w niewielkim stopniu. O ile jednak wśród wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy ten odsetek nieco wzrósł (o 3,4 punktu procentowego), to wśród tych, którzy charakteryzują się niewielkim prawdopodobieństwem wystąpienia problemu oraz wolnym od niego te odsetki nieco zmalały (odpowiednio o 2,8 i 3,2 p.p.).

Rysunek 2.13



Patrząc na problem uzależnienia od pracy od drugiej strony można zauważyć, iż w 2014 roku wśród badanych w miarę regularnie pracujących zarobkowo najrzadziej z wyrzutami bliskich lub innymi objawami ich niezadowolenia z powodu zbyt małej ilości czasu poświęcanego na pracę spotykały się osoby, które w teście Robinsona uzyskały wynik wskazujący na uzależnienie od pracy (5,2%, z czego tylko 0,4% deklaruje, że zdarza się to często). W grupie zarobkujących pracoholików najczęściej też padały deklaracje, iż takie sytuacje nigdy się nie zdarzają (94,6%). Opisana zależność jest słaba, ale istotna ze statystycznego punktu widzenia, natomiast w 2012 roku różnice pomiędzy wyróżnionymi grupami były nieistotne statystycznie. Stwierdzone w 2014 roku różnice są nadal niewielkie, ale charakterystyczne jest, że najwyższy odsetek deklarujących, że często spotykają się z zarzutami lub innymi formami niezadowolenia ze zbyt małego zaangażowania w pracę notujemy wśród zarobkujących respondentów wykazujących brak uzależnienia od pracy a najniższy wśród tych, którzy w teście Robinsona uzyskali wynik wskazujący na rzeczywisty problem uzależnienia od pracy (rys. 2.14).

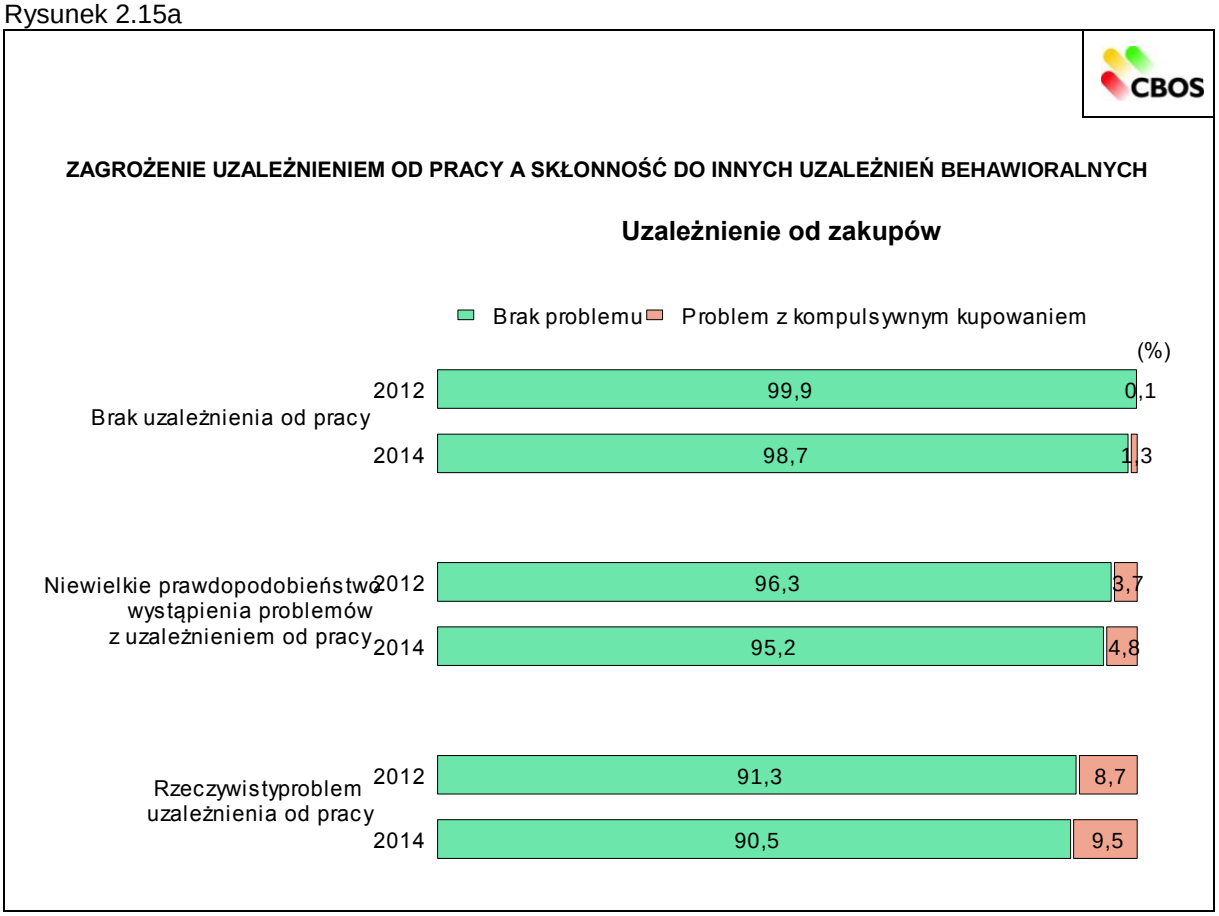
Rysunek 2.14



2.7. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD PRACY A SKŁONNOŚĆ DO INNYCH UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH

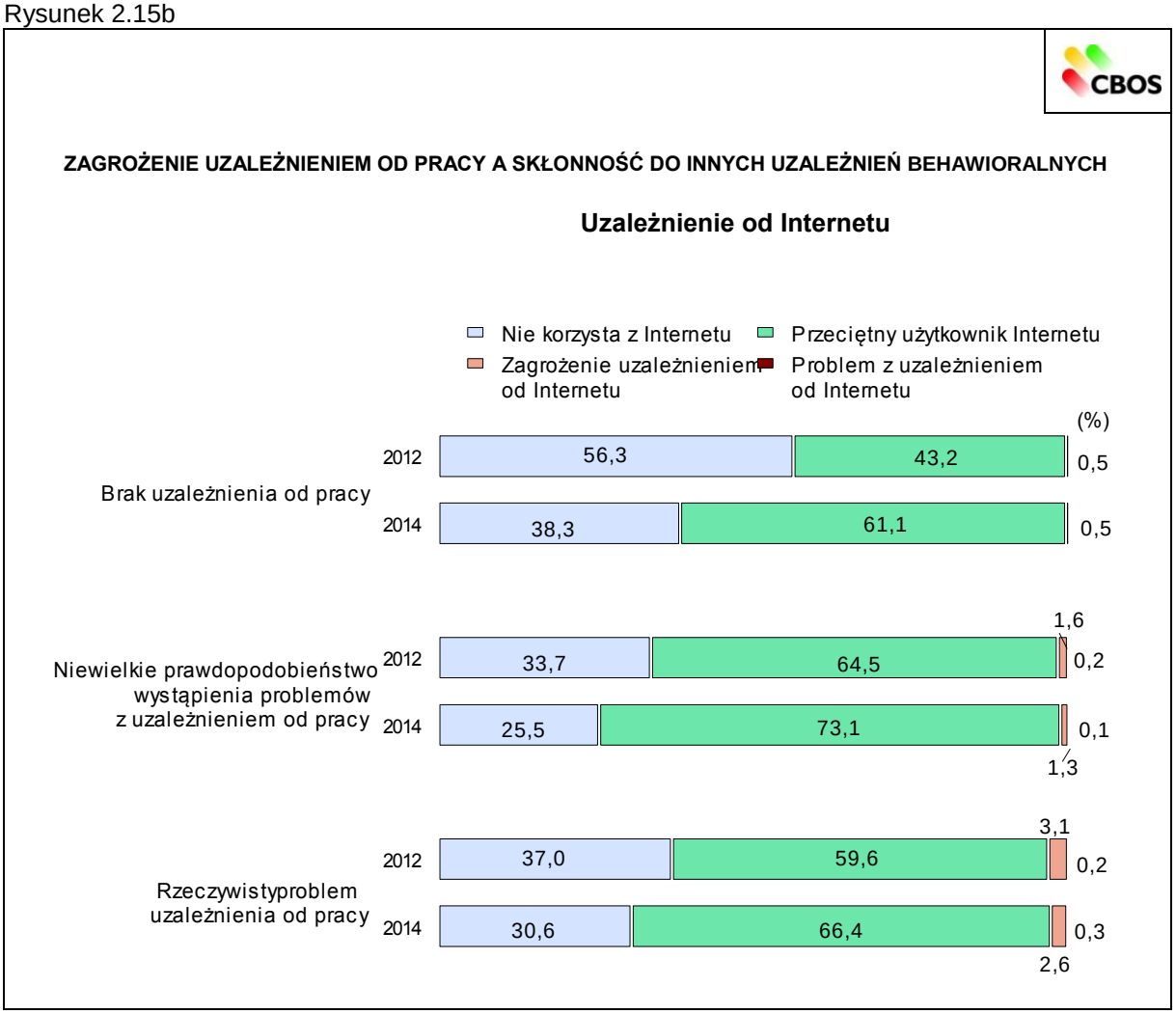
Przeprowadzone analizy statystyczne dowodzą, że skłonność do uzależnienia od pracy wykazuje istotny związek z podatnością na inne uzależnienia behawioralne. W szczególności jest to widoczne w przypadku uzależnienia od zakupów (rys. 2.15a). W 2014 roku, tak jak w poprzednim badaniu, problem z kompulsywnym kupowaniem najczęściej występował wśród osób uzależnionych od pracy (9,5% tej grupy). O połowę rzadziej dotyka on badanych charakteryzujących się na podstawie testu Robinsona niewielkim prawdopodobieństwem wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy (4,8%). Wśród osób niewykazujących w teście Robinsona, problemów z uzależnieniem od pracy problem z kompulsywnym kupowaniem dotyka jedynie 1,3%. Warto jednocześnie zauważyć, iż w 2014 roku, w porównaniu z rokiem 2012, nieco zwiększył się odsetek "zakupoholików" we wszystkich grupach wyróżnionych ze względu na stopień zagrożenia pracoholizmem.

Rysunek 2.15a



Podobnie zagrożenie uzależnieniem od Internetu jest tym częstsze, im większe prawdopodobieństwo uzależnienia od pracy (rys. 2.15a). Jednocześnie warto zauważyć, iż stwierdzonemu w 2014 roku, w porównaniu z 2012 rokiem, większemu rozpowszechnieniu korzystania z sieci we wszystkich grupach badanych wyróżnionych ze względu na ich wynik w teście Robinsona nie towarzyszy wzrost odsetków uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem od Internetu.

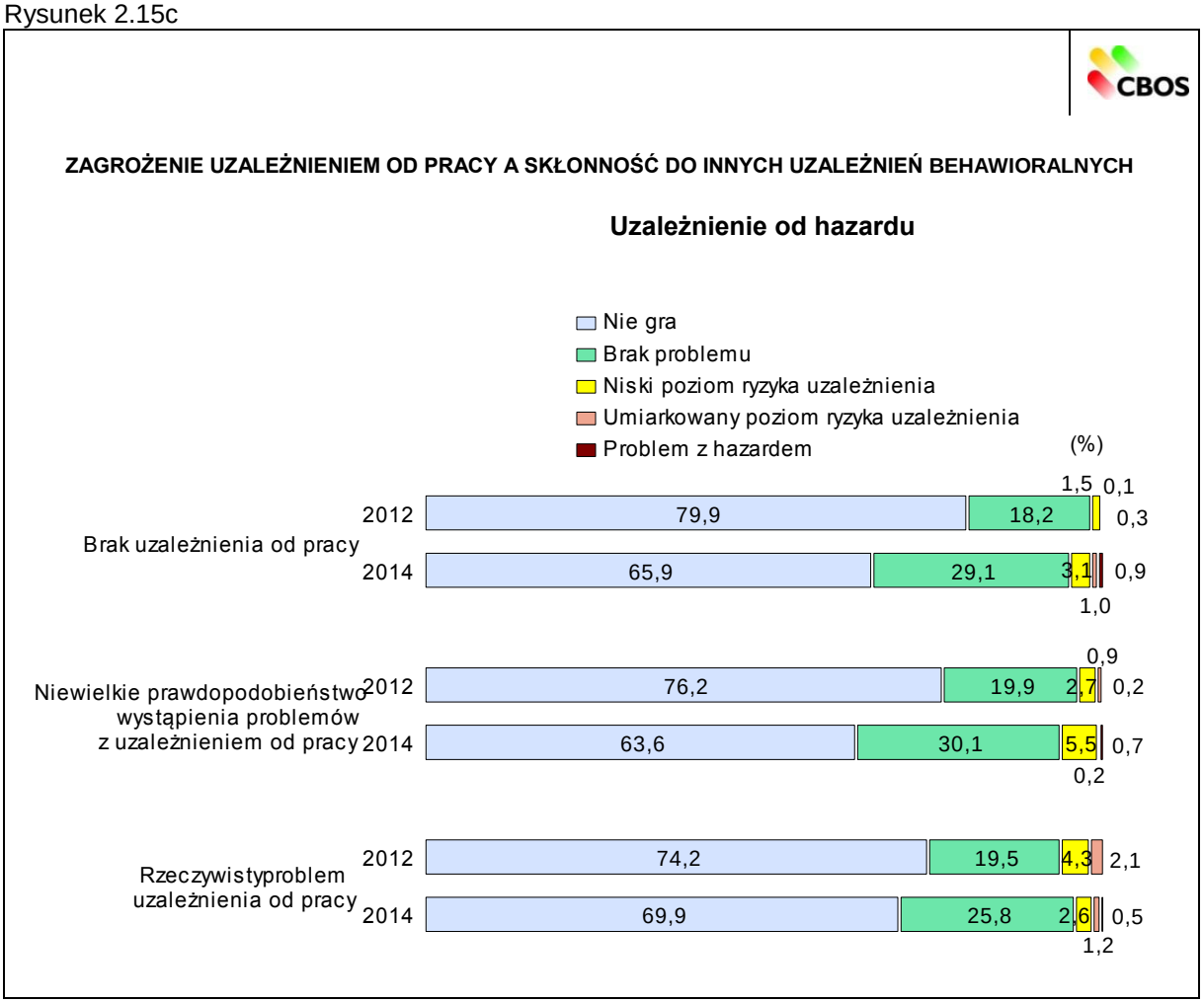
Rysunek 2.15b



Nieco inaczej wygląda zależność zagrożenia pracoholizmem i ryzyka uzależnienia od hazardu (rys. 2.15c). W tym przypadku najbardziej zagrożeni są badani, którzy w teście Robinsona uzyskali wynik wskazujący na niewielkie prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy, spośród których 6,4% dotyka różny stopień ryzyka uzależnienia od hazardu. Jednocześnie spośród wyróżnionych trzech grup jest to ta, w której gry hazardowe są najbardziej popularne (gra w nie 36,4% osób z tej grupy).

Warto też zauważyć iż w 2014 w porównaniu z rokiem 2012 we wszystkich grupach wyróżnionych ze względu na ryzyko uzależnienia od pracy zwiększyły się odsetki grających w gry hazardowe, przy czym w najmniejszym stopniu dotknęło to badanych wykazujących rzeczywisty problem uzależnienia od pracy.

Rysunek 2.15c



3. INTERNET

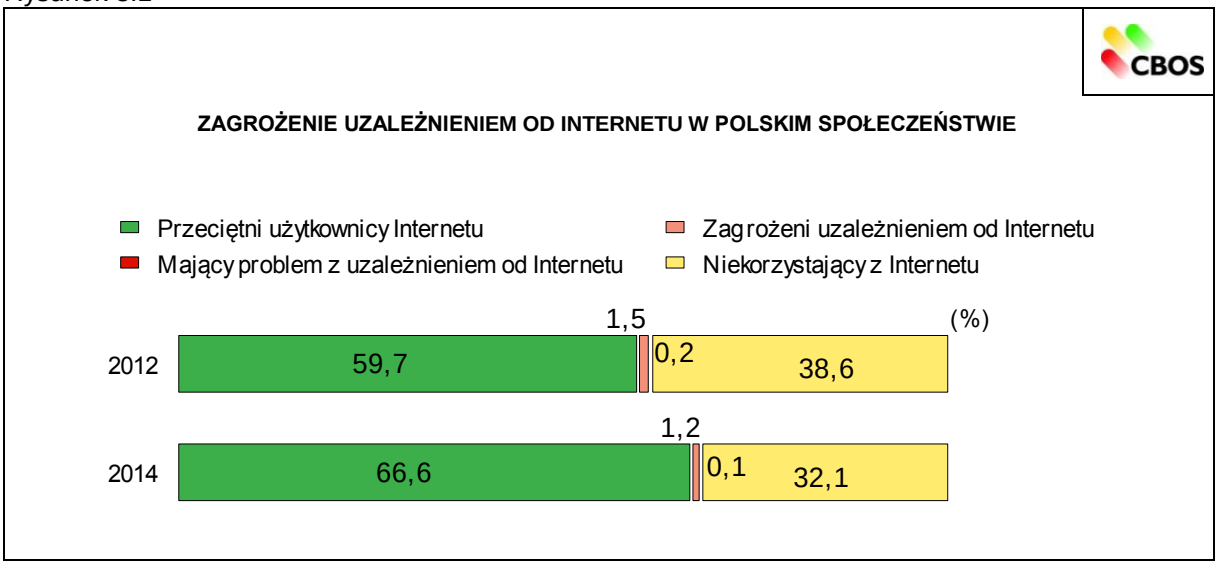
3.1. ZASIĘG ZJAWISKA

Zagrożenie uzależnieniem od Internetu zdiagnozowane zostało za pomocą testu Internet Addiction Test (Young, 1998), na podstawie którego wyróżniono wśród użytkowników Internetu trzy następujące grupy:

- przeciętni użytkownicy Internetu;
- użytkownicy mający sporadycznie lub często problemy z uzależnieniem od Internetu;
- użytkownicy mający poważny problem z uzależnieniem od Internetu.

W 2014 roku przynajmniej sporadyczne korzystanie z Internetu zadeklarowała zdecydowana większość (67,9%) Polaków w wieku 15 lat i więcej. W porównaniu z rokiem 2012 nastąpił znaczący (o 6,5 punktu procentowego) wzrost upowszechnienia korzystania z Internetu. Obecnie, tak jak dwa lata wcześniej, przeważająca większość korzystających z sieci (98,1% z nich) to przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów w związku z korzystaniem z Internetu. Problem z uzależnieniem od Internetu według ww. testu przejawia w 2014 roku 0,08% badanej populacji, co stanowi 0,12% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od Internetu jest 1,2% ogółu badanych, co stanowi 1,8% korzystających z Internetu (rys. 3.1).

Rysunek 3.1



Z przedstawionych danych widać zatem, że upowszechnienie korzystania z Internetu skutkuje przyrostem grupy, którą określamy jako przeciętni użytkownicy Internetu, nie spowodowało natomiast wzrostu liczby zagrożonych uzależnieniem.

Z uwagi na niewielkie liczebności grup respondentów mających problem z uzależnieniem od Internetu i zagrożonych tym uzależnieniem obie te kategorie - tak jak poprzednio - w dalszej analizie przedstawiono łącznie. W efekcie w niniejszym rozdziale prezentowane są wyniki dla dwóch grup – przeciętnych użytkowników Internetu oraz zagrożonych uzależnieniem, w tym osoby, które w zastosowanym teście (*Internet Addiction Test*) uzyskały wynik wskazujący na rozwinięte uzależnienie.

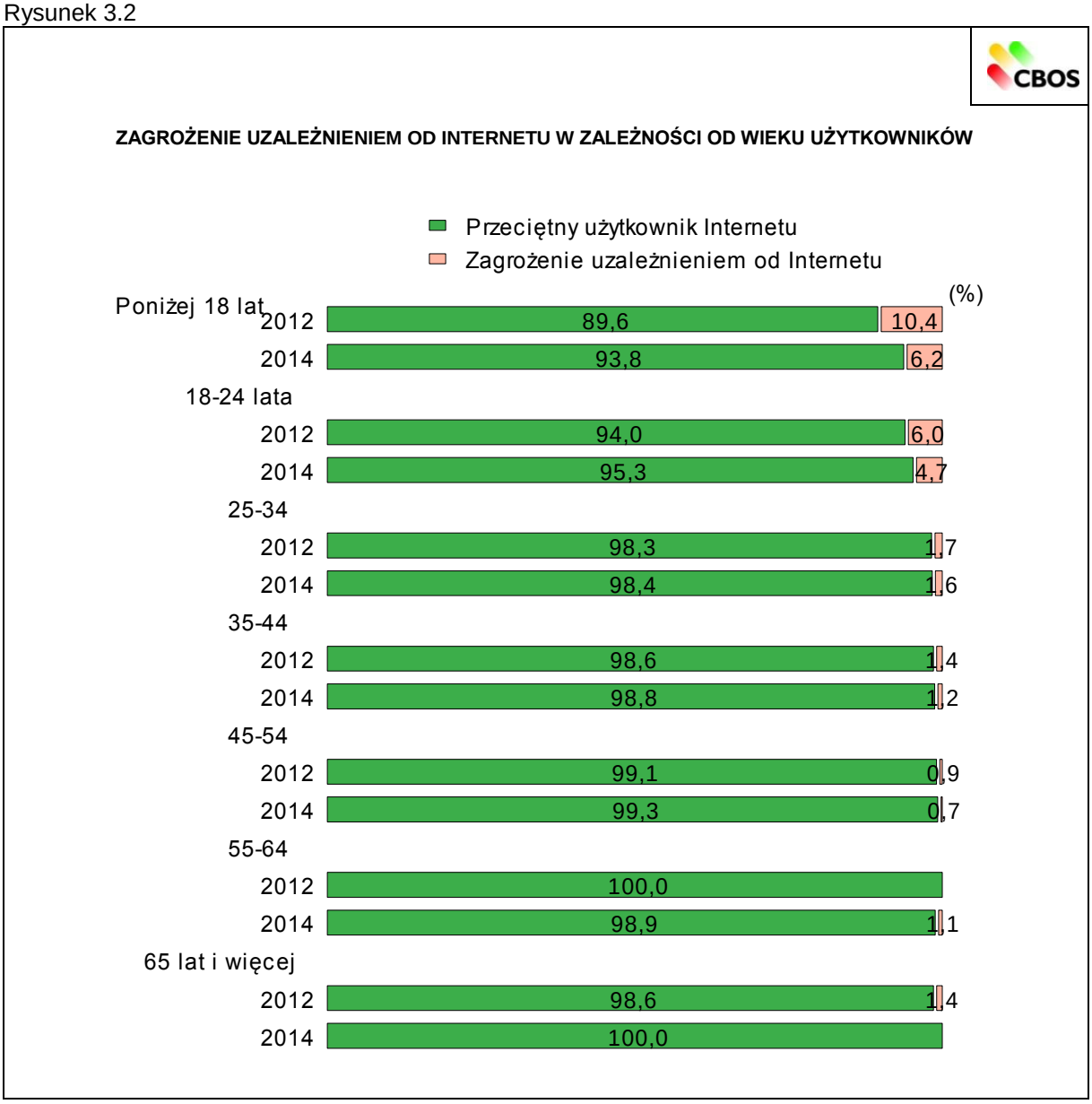
3.3. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD INTERNETU A WIEK

Zagrożeni uzależnieniem od Internetu to najczęściej badani poniżej 25 roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni. Wśród najmłodszych badanych użytkowników Internetu, czyli osób w wieku 15-17 lat, 6,2% w zastosowanym teście (*Internet Addiction Test*), wykazuje zagrożenie uzależnieniem bądź uzależnienie od sieci, natomiast wśród użytkowników z grupy wiekowej 18-24 lata zagrożonych uzależnieniem jest 4,7%.

Wśród starszych internautów, mających 25 lub więcej lat, prawdopodobieństwo bycia zagrożonym uzależnieniem od sieci jest znacznie mniejsze, a wśród osób, które ukończyły 65 rok życia nie zostało ono w 2014 roku w ogóle stwierdzone.

Warto też zauważyć, iż w 2014 roku w porównaniu z rokiem 2012 wśród użytkowników sieci, którzy nie ukończyli jeszcze 18 lat zmniejszył się odsetek internautów wykazujących zagrożenie uzależnieniem bądź uzależnienie od sieci. W nieco mniejszym stopniu dotyczy to też badanych z grupy wiekowej 18-24 lata (rys. 3.2).

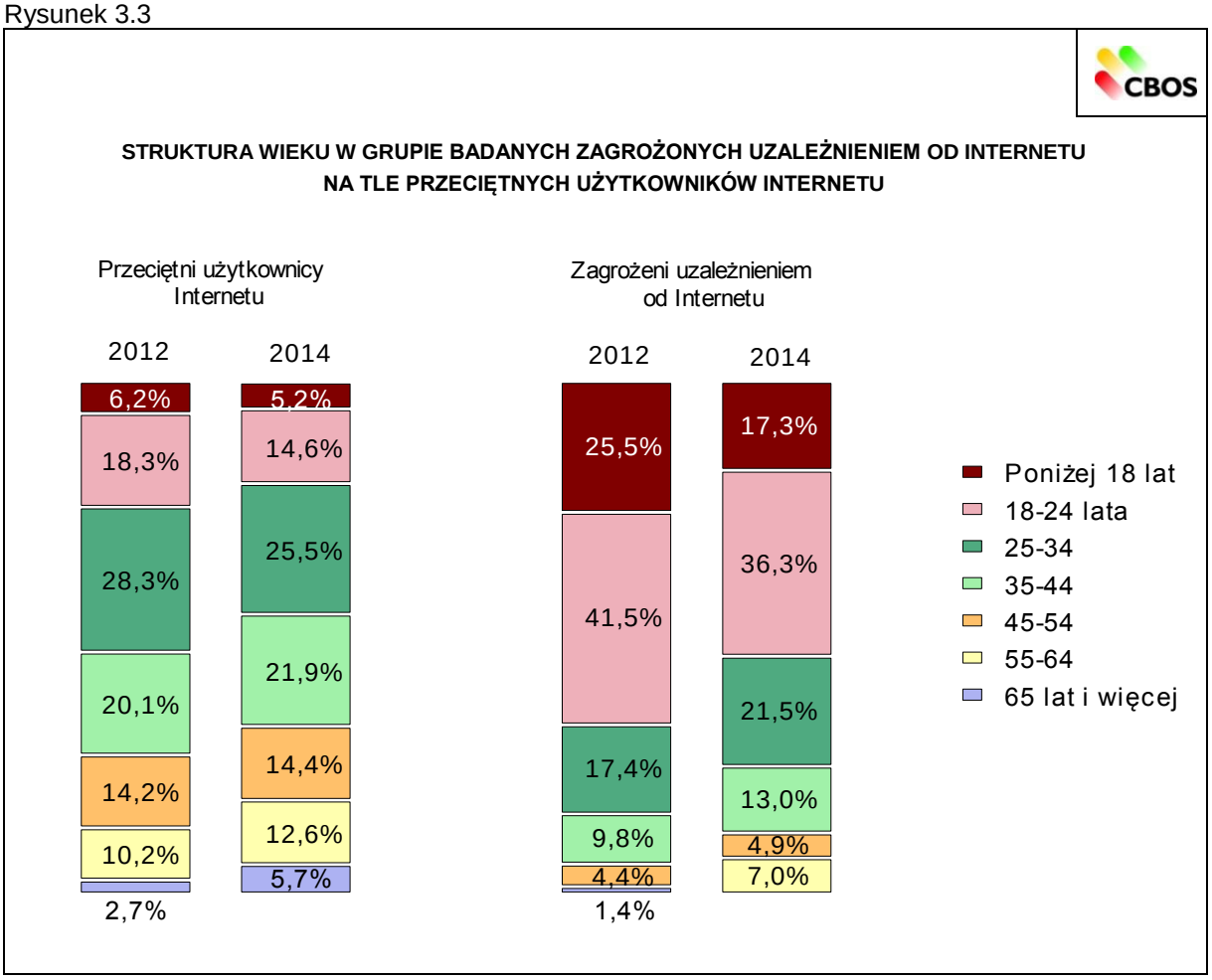
Rysunek 3.2



Przewaga młodych ludzi wśród osób zagrożonych uzależnieniem od Internetu znajduje odzwierciedlenie w strukturze wieku osób, które w teście (*Internet Addiction Test*) uzyskały wyniki wskazujące na co najmniej zagrożenie uzależnieniem od Internetu (rys. 3.3). Ponad połowa (53,6%) z nich nie ukończyła jeszcze 25 roku życia, podczas gdy wśród przeciętnych użytkowników Internetu ta grupa wiekowa stanowi tylko niespełna jedną piątą (19,8%), a najwięcej wśród przeciętnych internautów jest osób w wieku 25–34 lata (25,5%). Należy jednak podkreślić, iż w 2014 roku, w porównaniu z rokiem 2012, wśród zagrożonych uzależnieniem od Internetu zmniejszył się udział badanych poniżej 25 roku życia, zwiększył się natomiast w tej grupie udział starszych roczników. Warto też zauważyć, iż upowszechnienie korzystania z Internetu skutkuje upodabnianiem się struktury wieku

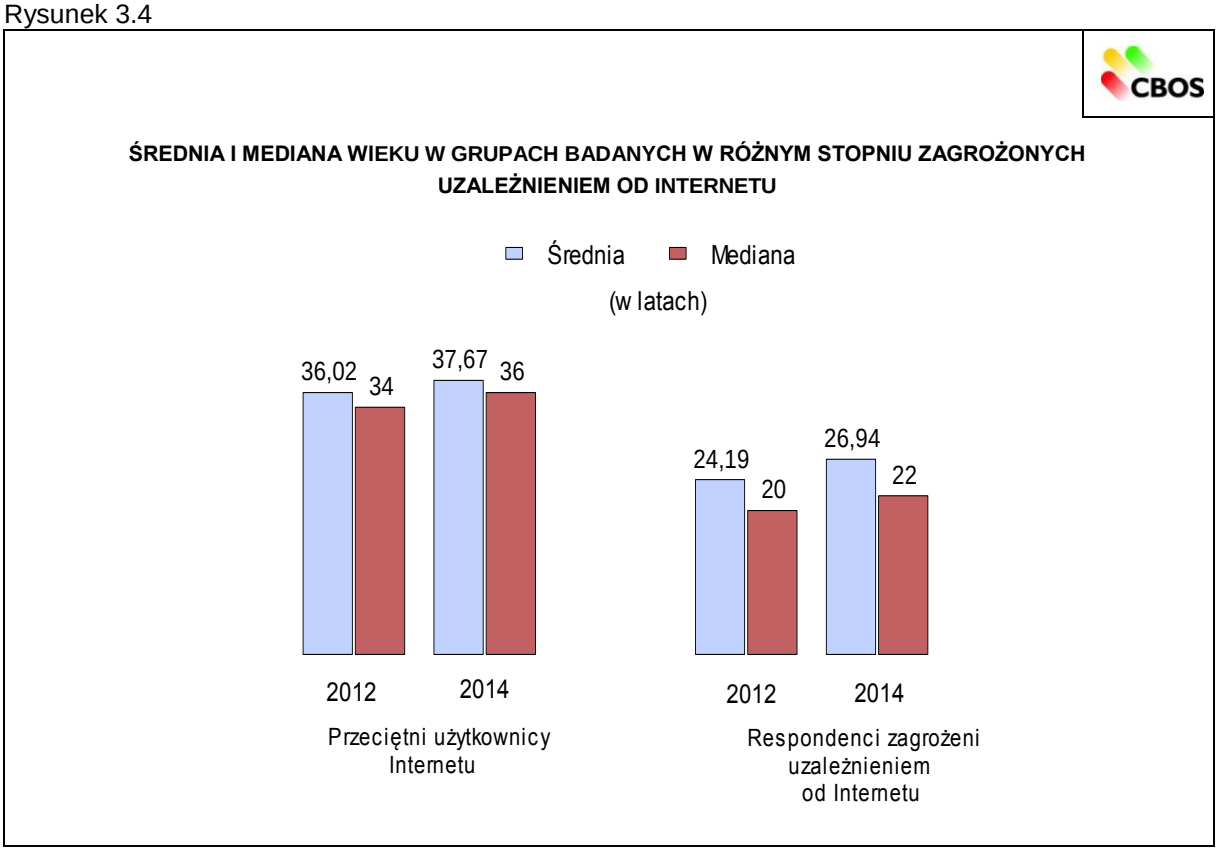
internautów do struktury wieku w całej populacji Polaków w wieku 15+, a w szczególności dotyczy to tzw. przeciętnych użytkowników sieci, niezagrożonych uzależnieniem, choć nadal niedoreprezentowani są najstarsi badani, którzy ukończyli co najmniej 65 lat.

Rysunek 3.3



Przewagę młodych ludzi wśród osób zagrożonych uzależnieniem od Internetu obrazują też obliczone wartości miar tendencji centralnej (średniej arytmetycznej i mediany) rozkładów wieku w grupach przeciętnych użytkowników sieci i zagrożonych uzależnieniem (rys. 3.4). Ponad połowa badanych wykazujących zagrożenie uzależnieniem od Internetu (53,6%) nie przekroczyła 22 roku życia (mediana), a średnia wieku w tej grupie to niespełna 27 lat, podczas gdy średni wiek przeciętnego użytkownika Internetu wynosi blisko 38 lat, a mediana wieku w tej grupie to 36 lat. Dla porównania mediana wieku badanych niekorzystających z Internetu wynosi 62 lata, a średnia w tej grupie to ponad 61 lat. Wzrosty wartości miar tendencji centralnej rozkładów wieku internautów z lat 2012 i 2014 są efektem upowszechnienia korzystania z sieci wśród starszych roczników badanych.

Rysunek 3.4

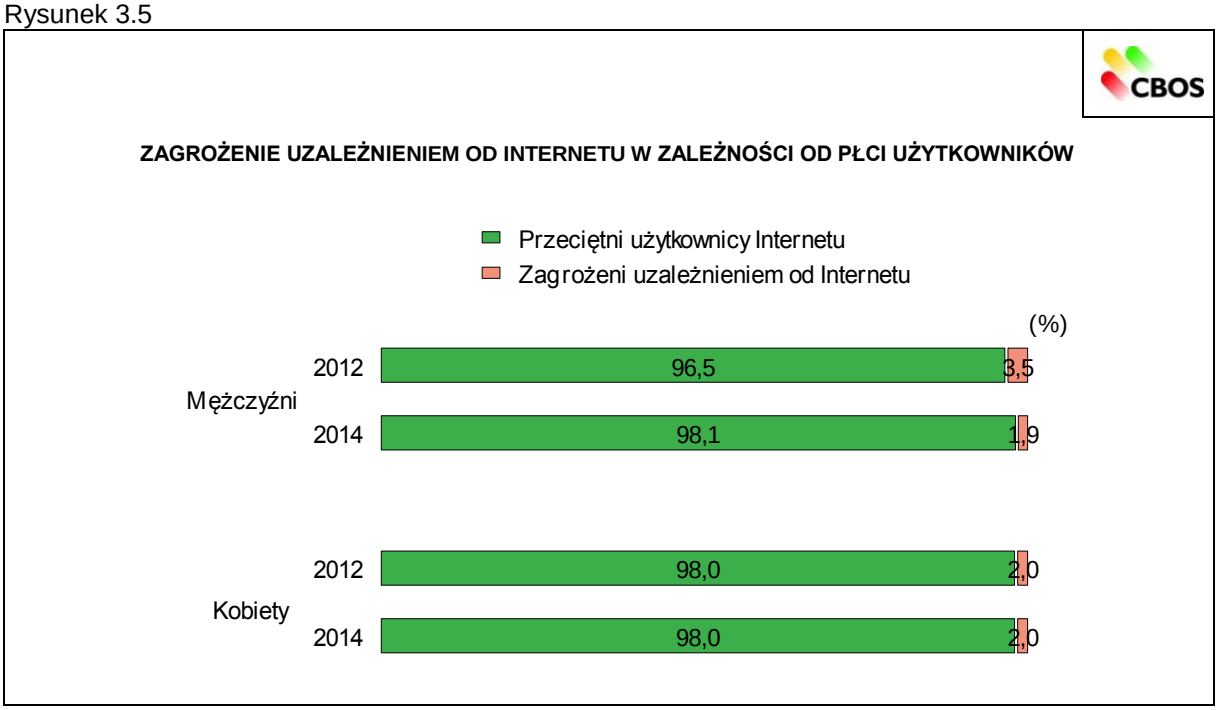


3.3. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD INTERNETU A PŁEĆ

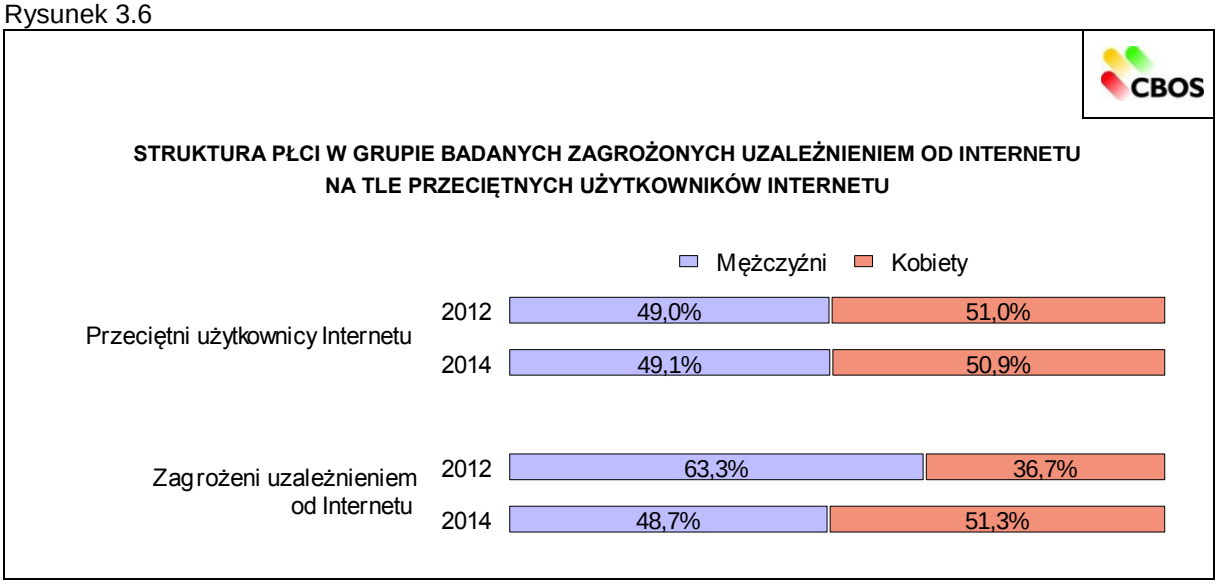
W 2012 roku wśród użytkowników Internetu zagrożenie uzależnieniem od sieci częściej dotyczyło mężczyzn niż kobiet. W efekcie wśród osób zagrożonych uzależnieniem bądź uzależnionych od Internetu w 2012 roku przeważali badani płci męskiej, natomiast struktura płci wśród przeciętnych użytkowników Internetu była zbliżona do struktury w całej populacji.

Obecnie nie ma statystycznie istotnych różnic pomiędzy użytkowniczkami i użytkownikami sieci - zagrożenie uzależnieniem od Internetu obie płcie korzystających z sieci dotyka w tym samym zakresie (rys. 3.5). W efekcie również aktualna struktura płci wśród osób zagrożonych uzależnieniem bądź uzależnionych od Internetu jest zbliżona do struktury w grupie przeciętnych użytkowników Internetu oraz do struktury całej populacji Polaków w wieku 15+ (rys. 3.6).

Rysunek 3.5



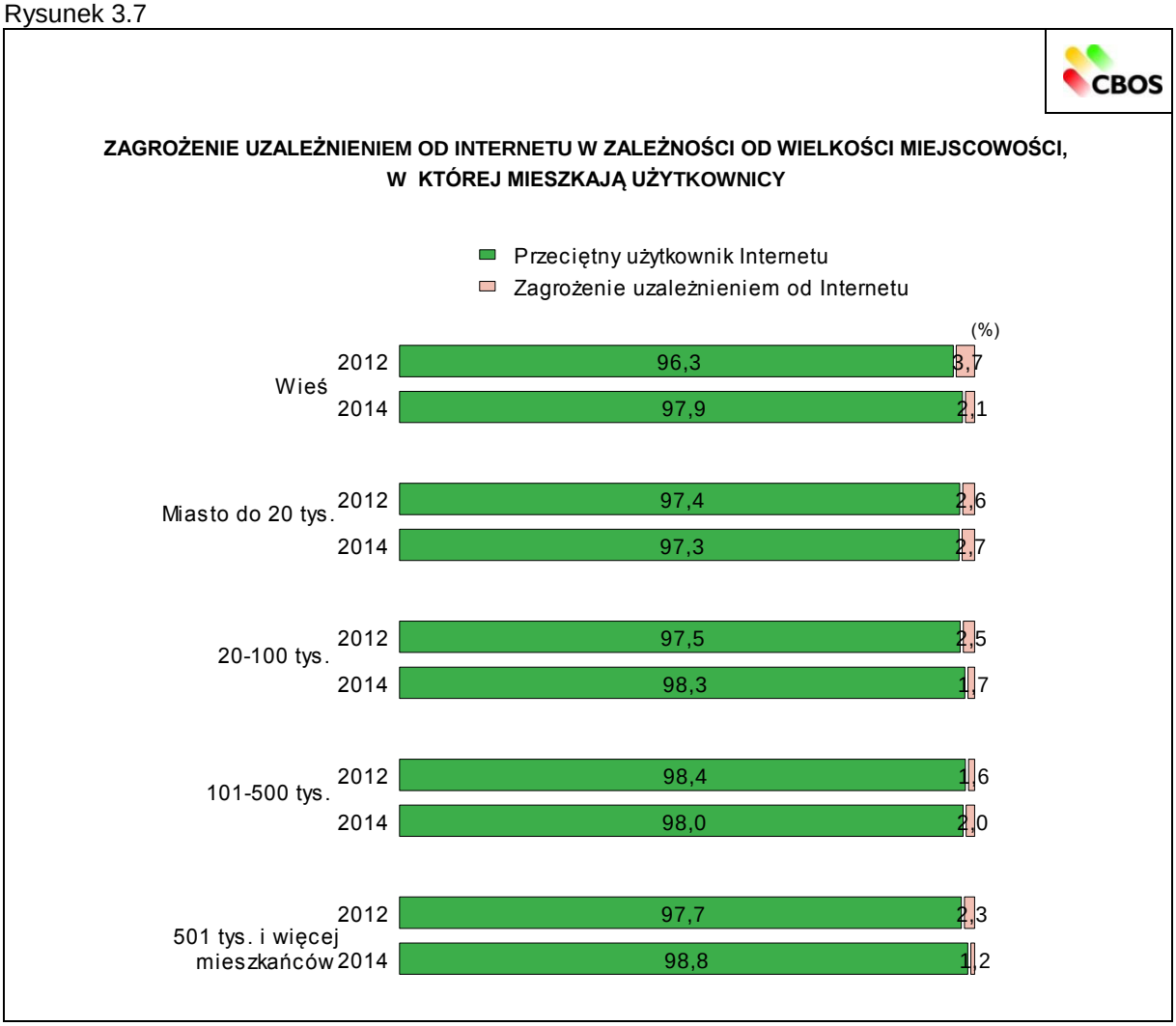
Rysunek 3.6



3.4. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a miejsce zamieszkania

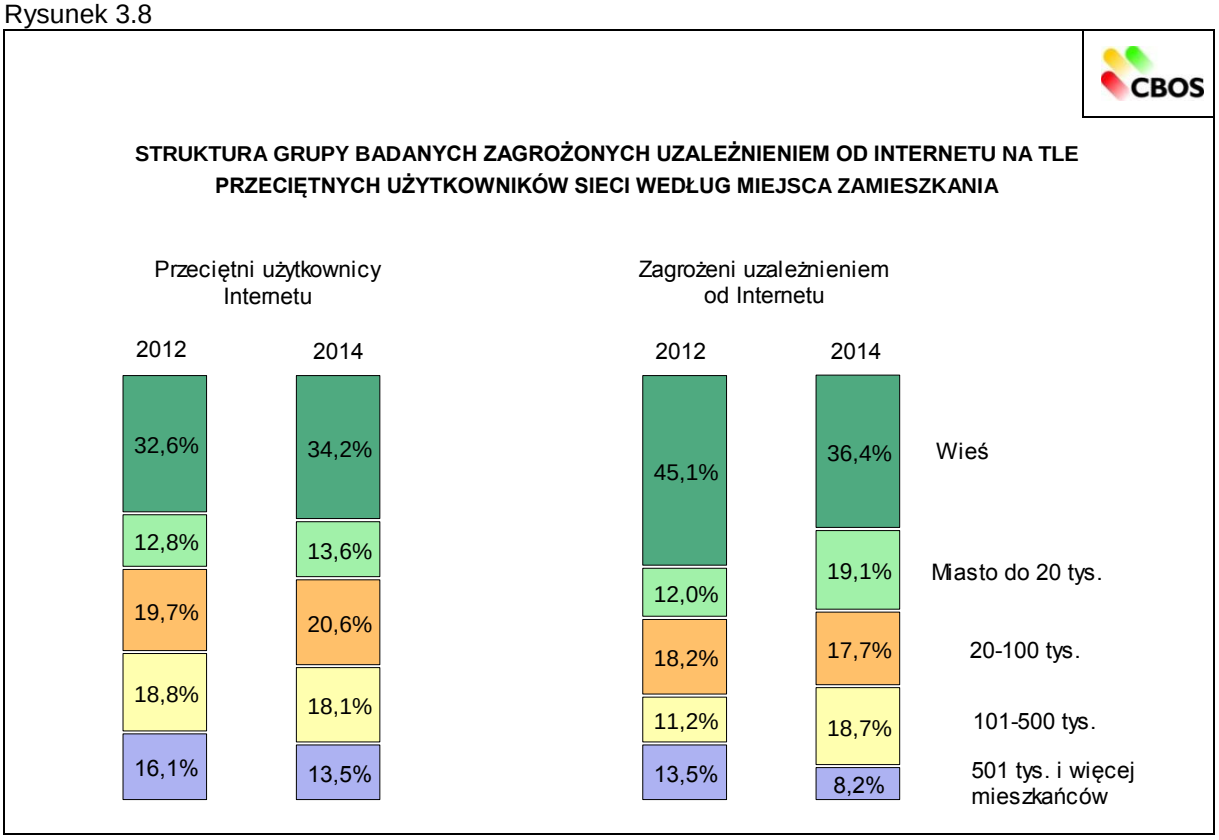
Porównanie odsetka zagrożonych uzależnieniem od Internetu wśród użytkowników sieci mieszkających w różnych typach miejscowości pokazuje, że w 2014 roku nie ma statystycznie istotnej zależności pomiędzy wielkością miejscowości a podatnością na ten typ uzależnienia, choć nieznacznie częściej niż w pozostałych typach miejscowości problem ten występuje w miastach do 20 tysięcy mieszkańców (rys. 3.7). Dla przypomnienia warto dodać, iż w 2012 roku problemy tego rodzaju nieco częściej niż pozostali mieli użytkownicy sieci mieszkający na wsi.

Rysunek 3.7



Porównanie struktury przeciętnych użytkowników Internetu i osób zagrożonych uzależnieniem według wielkości miejscowości zamieszkania pokazuje jednak, iż w 2014, tak jak dwa lata wcześniej, wśród internautów co najmniej zagrożonych uzależnieniem od sieci jest nieco więcej niż wśród przeciętnych jej użytkowników osób ze wsi i małych ośrodków miejskich. Obecnie, podobnie jak w 2012 roku, ponad połowę (55,5%) grupy osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem od sieci stanowią mieszkańcy wsi i miast do 20 tysięcy mieszkańców (rys. 3.8). Porównanie struktury obu grup nasuwa też wniosek, iż nadal mniej zagrożeni uzależnieniem od Internetu niż pozostali użytkownicy sieci są mieszkańcy miast powyżej 100 tys. ludności. Można to tłumaczyć faktem, że duże miasta oferują wiele różnych możliwości spędzania wolnego czasu, które mogą być konkurencyjne wobec Internetu. Czynnikiem ryzyka jest natomiast zamieszkiwanie w ośrodku mającym do 20 tysięcy mieszkańców, czyli w typie miejscowości, które często pozbawione są szerszej oferty kulturalnej i edukacyjnej, ale oferują dostęp do ogólnoświatowej sieci.

Rysunek 3.8



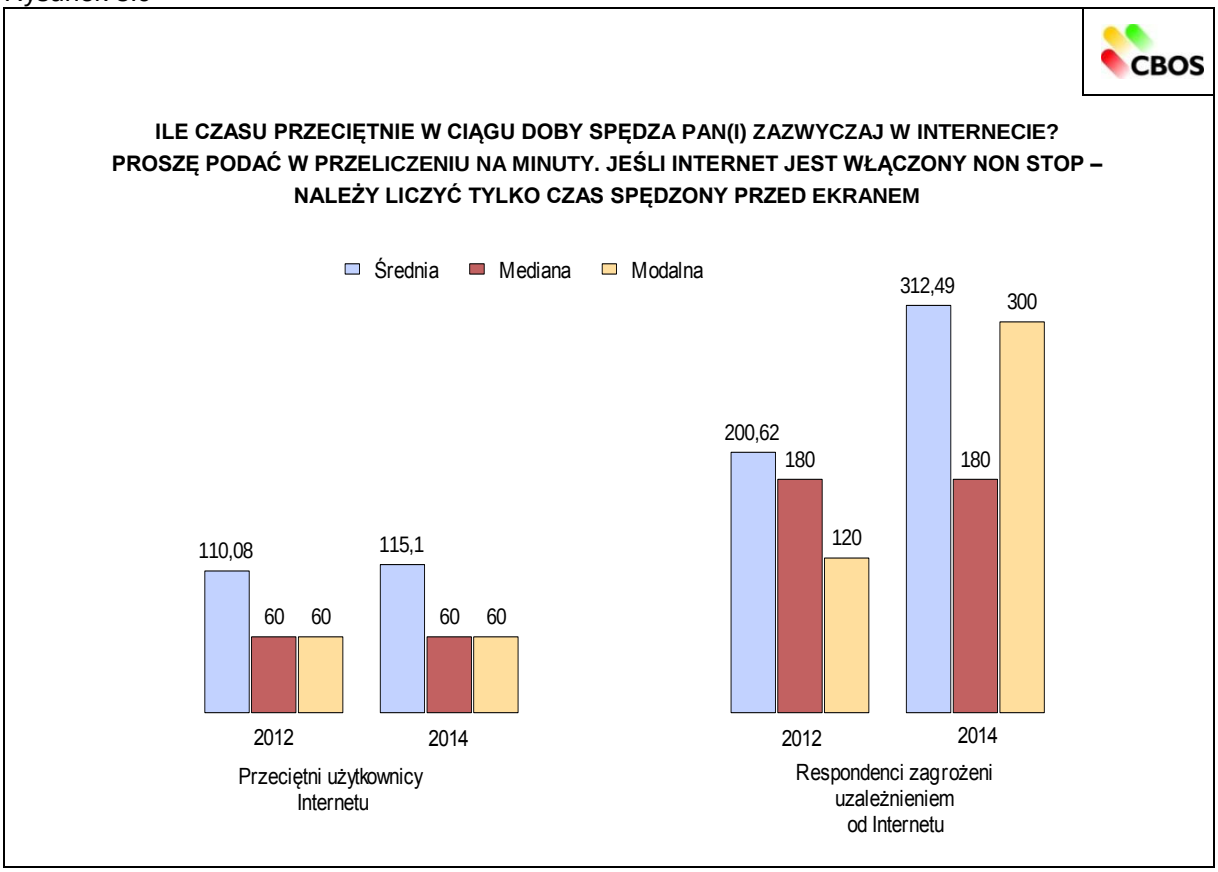
3.5. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu a czas spędzany w sieci i sposób łączenia

W 2014 roku, podobnie jak dwa lata wcześniej, osoby zagrożone uzależnieniem od Internetu lub już uzależnione istotnie różnią się od przeciętnych jego użytkowników średnią długością czasu spędzanego na surfowaniu w sieci. Podczas gdy ponad połowa (53,3%) przeciętnych użytkowników sieci spędza w Internecie średnio w ciągu doby nie więcej niż godzinę (mediana 60 minut), to w przypadku zagrożonych uzależnieniem dotyczy to tylko jednej trzeciej (33,1), natomiast większość (52,9%) zagrożonych uzależnieniem od sieci korzysta z niej przez co najmniej trzy godziny na dobę.

Różnice ilości czasu spędzanego w Internecie uwidaczniają się w wartościach miar tendencji centralnej rozkładów w obu wyróżnionych grupach użytkowników Internetu, co zaprezentowano na wykresie (rys. 3.9). Warto też zauważyć, iż pomimo tego, że w 2014 roku większość badanych zagrożonych uzależnieniem bądź już uzależnionych od Internetu spędza w nim, podobnie jak przed dwoma laty, najwyżej 180 minut na dobę, to jednocześnie – w porównaniu z 2012 rokiem - w tej grupie badanych znacząco wydłużył się średni czas korzystania z sieci (obecnie jest to nieco ponad 312 minut na dobę wobec blisko 201 minut

w 2012 roku) oraz najczęściej deklarowany dobowy czas surfowania w sieci (wartość modalna obecnie wynosi 300 minut a w 2012 roku wynosiła 120 minut).

Rysunek 3.9



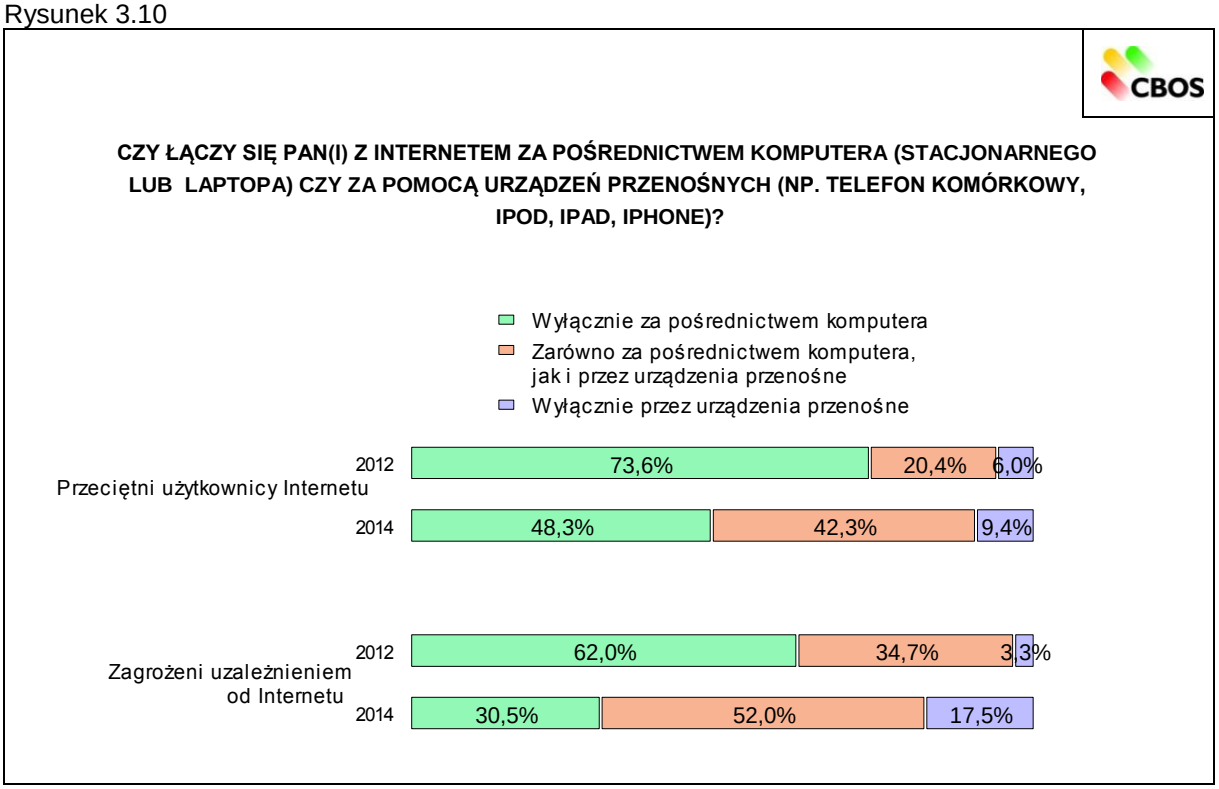
Porównanie sposobu korzystania z sieci przez przeciętnych jej użytkowników i osoby zagrożone uzależnieniem (rys. 3.10) pokazuje, iż w 2014 roku, tak jak dwa lata wcześniej:

- przeciętni użytkownicy Internetu znacząco częściej od zagrożonych uzależnieniem korzystają z niego wyłącznie za pośrednictwem komputera (stacjonarnego lub laptopa);
- zagrożeni uzależnieniem i uzależnieni od Internetu częściej od przeciętnych użytkowników łączą się z siecią za pomocą urządzeń przenośnych (np. telefon komórkowy, smatfon, tablet);
- zagrożeni uzależnieniem i uzależnieni od Internetu częściej od przeciętnych użytkowników korzystają z niego zarówno za pośrednictwem komputera, jak i urządzeń przenośnych.

Warto ponadto zwrócić uwagę na fenomen rozpowszechnienia korzystania z Internetu za pośrednictwem urządzeń przenośnych. Dotyczy to zarówno przeciętnych internautów, jak i użytkowników sieci zagrożonych uzależnieniem bądź już uzależnionych. W 2014 roku przy pomocy urządzeń przenośnych surfowało w sieci 69,5% badanych co najmniej

zagrożonych uzależnieniem od Internetu i 51,7% przeciętnych internautów, natomiast w 2012 roku w obu wyróżnionych grupach korzystała z nich wyraźna mniejszość (odpowiednio 38,0% i 26,4%).

Rysunek 3.10

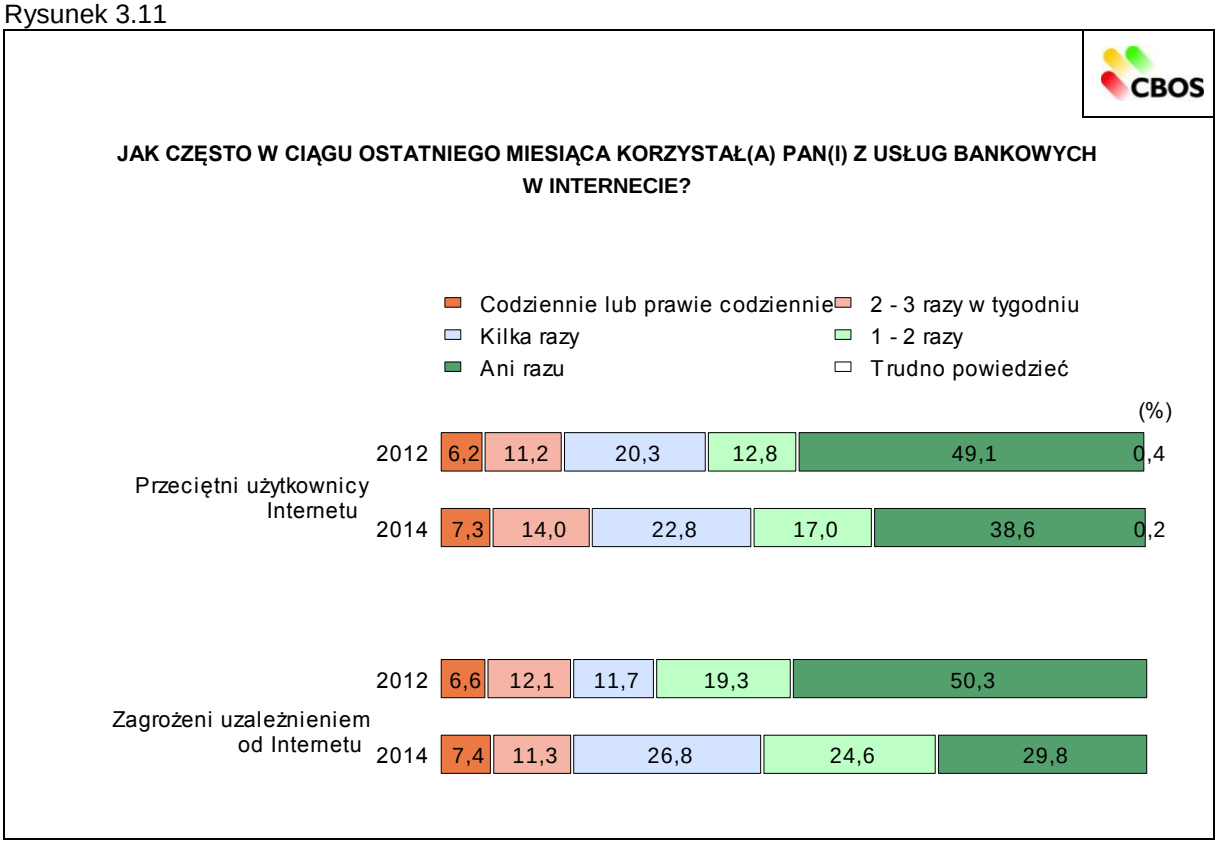


3.6. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD INTERNETU A RODZAJE AKTYWNOŚCI PROWADZONEJ W SIECI

W 2014 roku, podobnie jak dwa lata wcześniej, wśród form aktywności prowadzonej w Internecie można wyróżnić takie, które z podobną częstością realizują zarówno osoby zagrożone uzależnieniem lub uzależnione od Internetu, jak i przeciętni użytkownicy, oraz takie, w przypadku których aktywność uzależnionych i zagrożonych odbiega od przeciętnej.

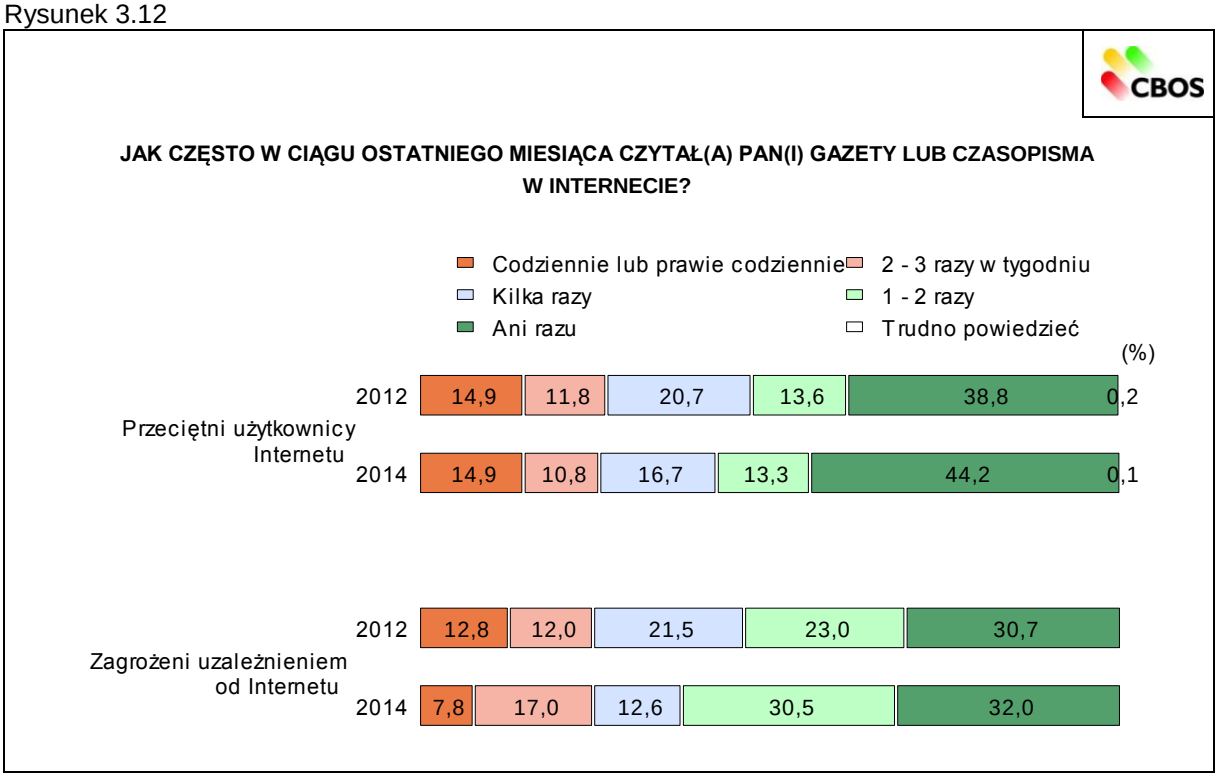
Tak jak poprzednio internetową aktywnością realizowaną z podobną częstością zarówno przez osoby zagrożone uzależnieniem bądź już uzależnione od Internetu, jak i przez przeciętnych użytkowników sieci jest korzystanie z usług bankowych. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na wzrost w ciągu dwóch lat oddzielających pomiary rozpowszechnienia korzystania z bankowości internetowej w obu grupach internautów wyróżnionych ze względu na zagrożenie uzależnieniem od sieci (rys. 3.11).

Rysunek 3.11



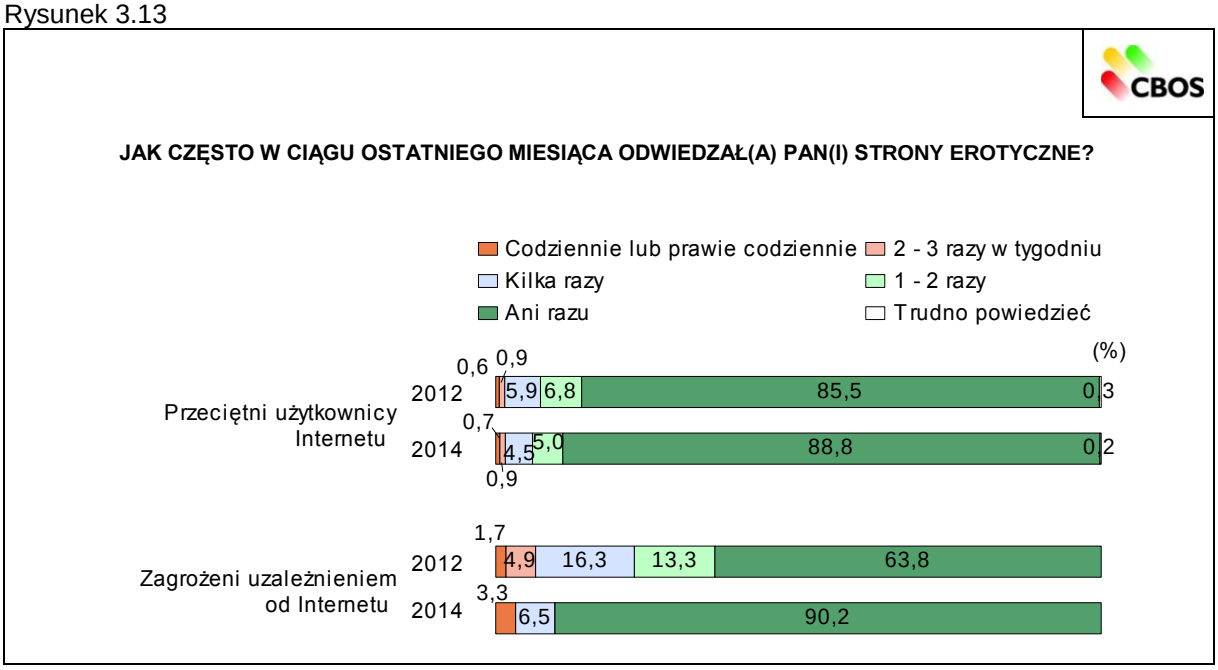
Obecnie, tak jak w 2012 roku podobieństwo grupy zagrożonych uzależnieniem od Internetu i przeciętnych jego użytkowników występuje także w przypadku czytania gazet i czasopism w Internecie (rys. 3.12). Warto jednak zauważyć niewielkie zwiększenie się odsetka nieczytających gazet i czasopism w Internecie wśród przeciętnych użytkowników sieci i zmniejszenie częstotliwości lektury prasy w Internecie wśród osób zagrożonych uzależnieniem i już uzależnionych.

Rysunek 3.12

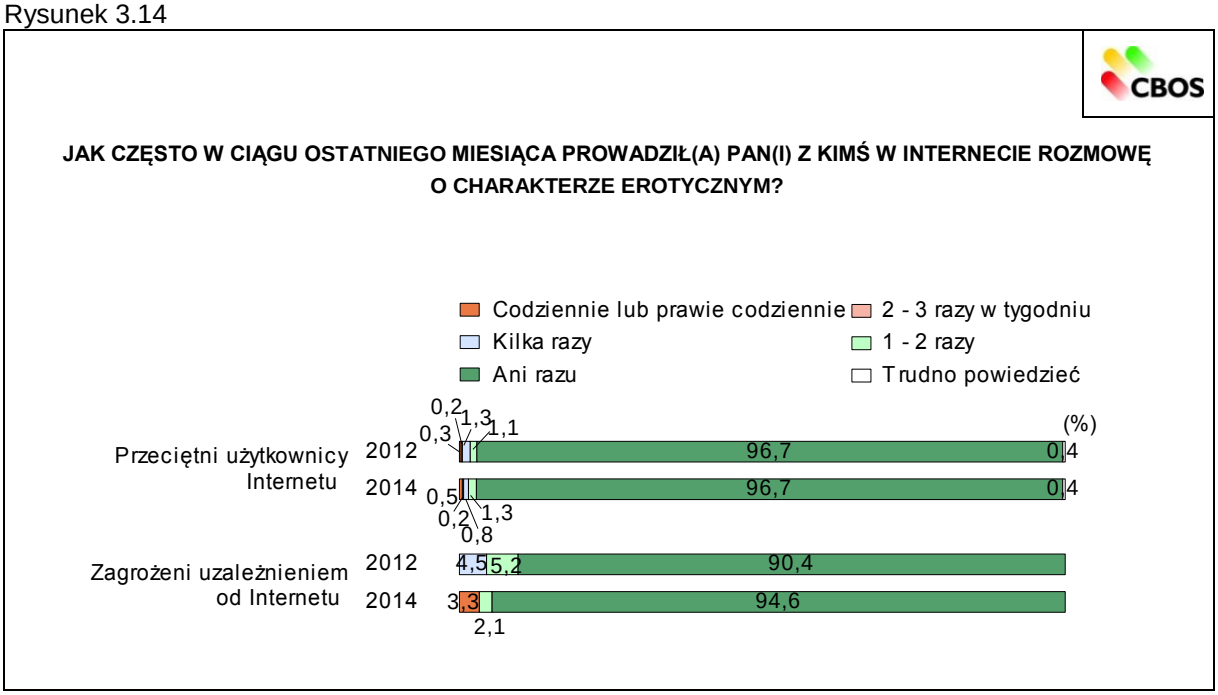


W 2014 roku, w odróżnieniu od poprzedniego pomiaru, nie stwierdzono także istotnych statystycznie różnic pomiędzy przeciętnymi użytkownikami Internetu a uzależnionymi od sieci i zagrożonymi uzależnieniem jeżeli chodzi o odwiedzanie stron erotycznych oraz prowadzenie w sieci rozmów o charakterze erotycznym (rys. 3.13 i rys 3.14).

Rysunek 3.13

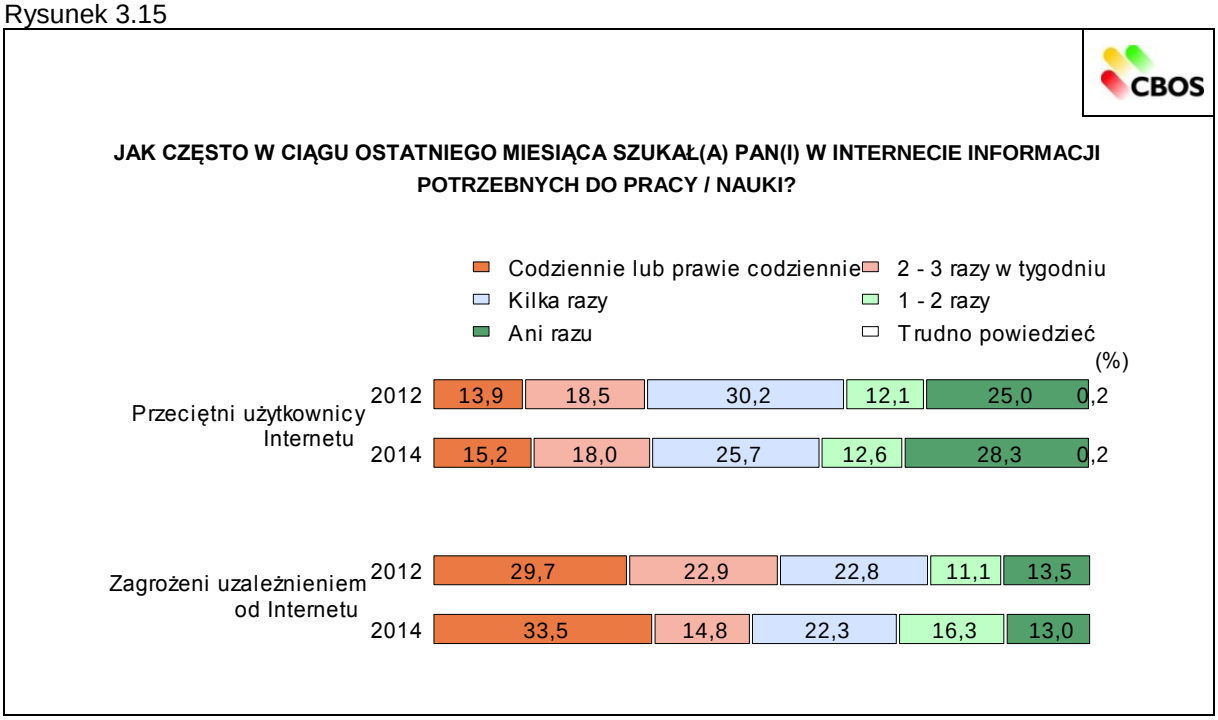


Rysunek 3.14



W 2014 roku aktywnością realizowaną w Internecie ze statystycznego punktu widzenia z podobną częstością przez osoby zagrożone uzależnieniem lub uzależnione od Internetu i przeciętnych użytkowników sieci jest poszukiwanie informacji potrzebnych do pracy lub nauki (rys. 3.15). Jednocześnie należy zauważyć, iż wśród badanych z grupy ryzyka znacznie większa grupa niż wśród przeciętnych internautów korzysta z Internetu w celach zawodowych lub edukacyjnych codziennie lub prawie codziennie.

Rysunek 3.15



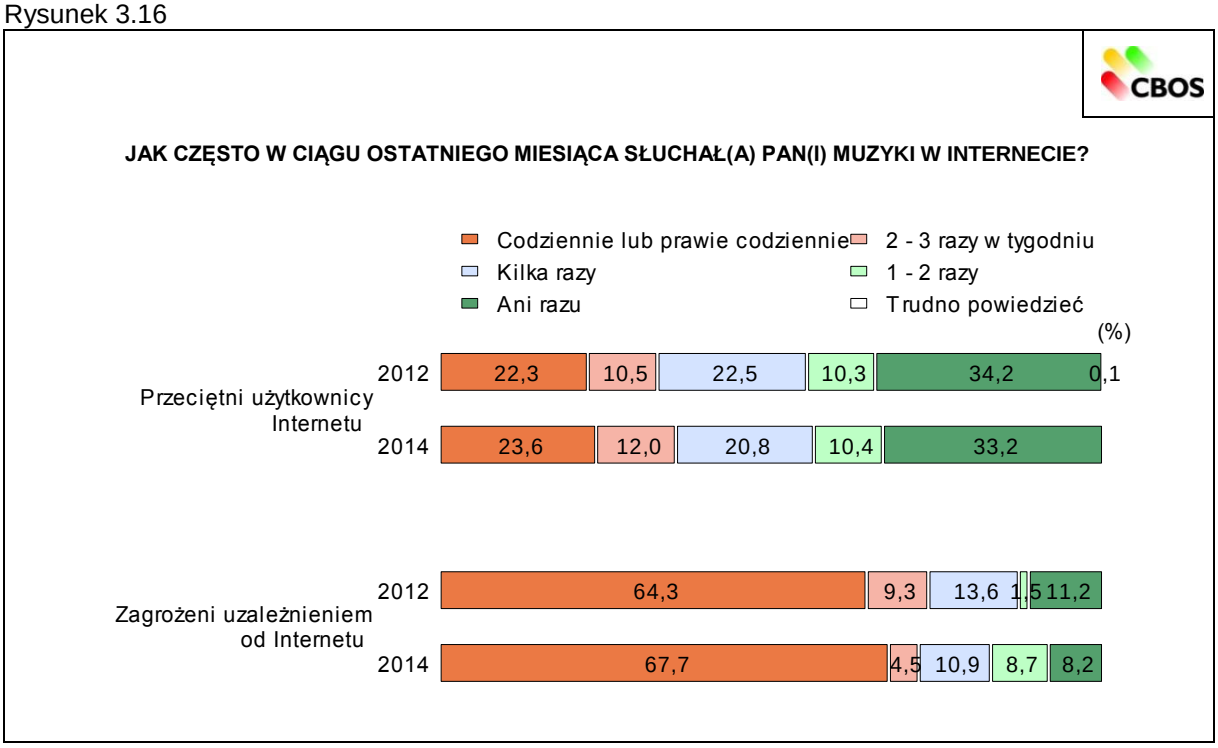
Wśród rodzajów internetowych aktywności różnicujących przeciętnych użytkowników sieci i osoby w różnym stopniu zagrożone uzależnieniem od Internetu w 2014 roku na pierwszy plan - tak jak poprzednio - wysuwa się słuchanie muzyki dostępnej w Internecie (rys. 3.16). Należy podkreślić, iż istotne statystycznie różnice dotyczą zarówno podejmowania tej aktywności, jak i jej częstotliwości. O ile wśród przeciętnych internautów w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie 66,8% przynajmniej raz słuchało muzyki w Internecie, to wśród zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od Internetu robiło to 91,8%. Ponadto - tak jak poprzednio - zdecydowana większość badanych z grupy ryzyka (67,7%) deklaruje codzienne lub prawie codzienne słuchanie muzyki dostępnej w sieci, natomiast wśród przeciętnych użytkowników Internetu takie osoby stanowią mniej niż jedną czwartą (23,6%).

Podobne różnice między zagrożonymi uzależnieniem i uzależnionymi od Internetu a przeciętnymi jego użytkownikami stwierdzono także w przypadku kontaktów ze znajomymi na portalach społecznościowych (rys. 3.17). Codzienny lub prawie codzienny kontakt ze znajomymi na portalach społecznościowych deklaruje 64,5% Internautów z grupy ryzyka uzależnienia od sieci i 23,8% przeciętnych jej użytkowników. W miesiącu poprzedzającym badanie ani razu nie podejmowało takiej aktywności jedynie 15,8% badanych w różnym stopniu zagrożonych uzależnieniem od sieci i aż 42,4% przeciętnych Internautów.

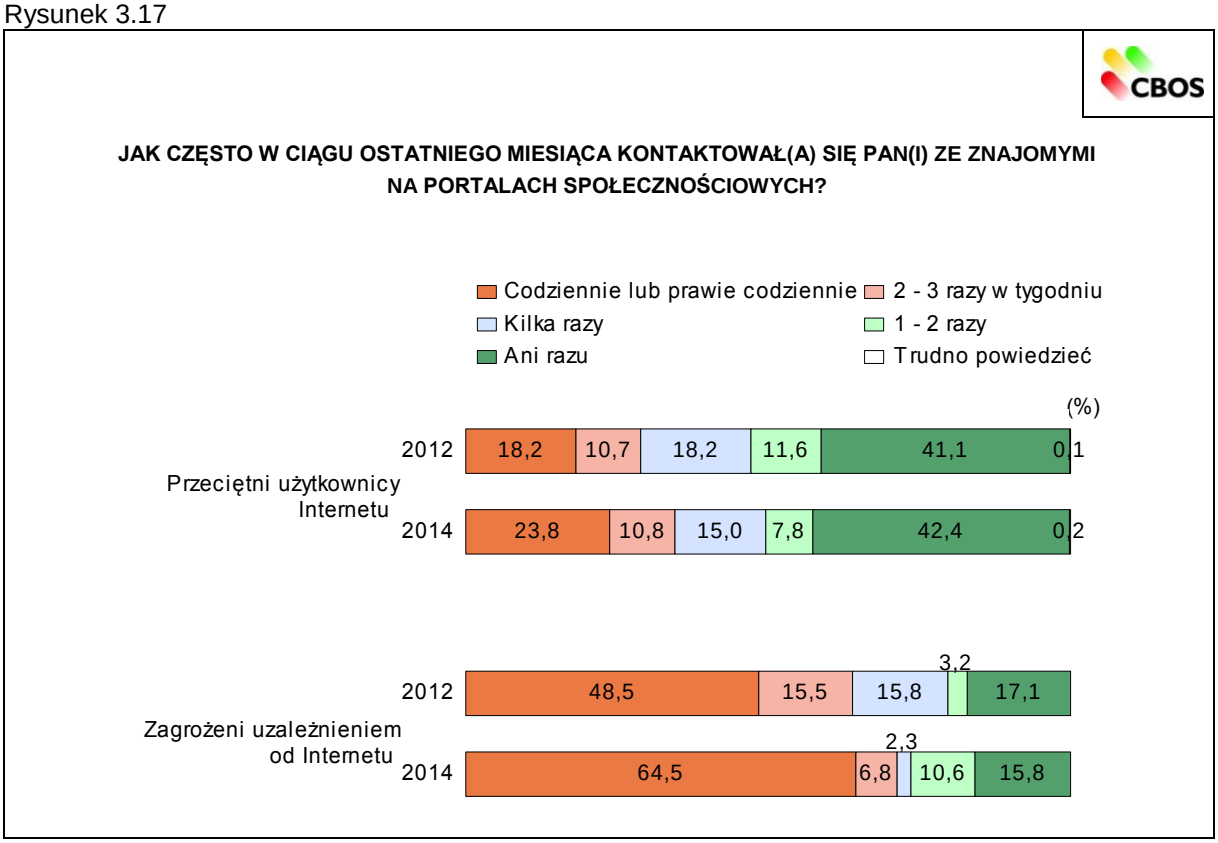
Warto też zwrócić uwagę, iż słuchanie muzyki za pośrednictwem Internetu oraz kontakty ze znajomymi na portalach społecznościowych, to najczęstsze codzienne aktywności zarówno osób zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od Internetu, jak i przeciętnych użytkowników sieci.

Aktywnością podejmowaną przez zbliżony odsetek zagrożonych uzależnieniem od Internetu lub już uzależnionych jak w przypadku utrzymywania kontaktów towarzyskich za pośrednictwem portali społecznościowych jest też oglądanie telewizji, filmów i seriali w Internecie - codziennie lub prawie codziennie robi to 40,3 % z tej grupy, a kolejne 18,5% 2-3 razy w tygodniu (rys. 3.18). Dla porównania: Oglądanie telewizji, filmów i seriali w Internecie w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie deklaruje nieco ponad połowa (50,9%) przeciętnych użytkowników Internetu, ale tylko 9,5% z nich robi to codziennie lub prawie codziennie, a 11,5% 3-3 razy w tygodniu.

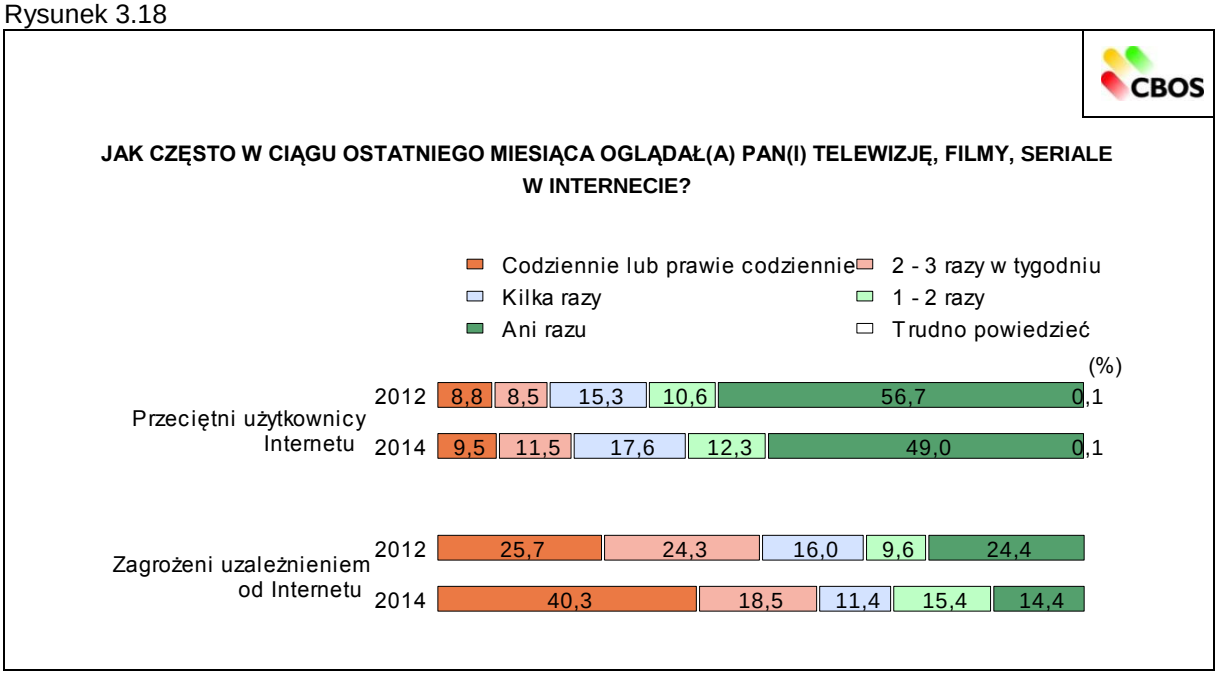
Rysunek 3.16



Rysunek 3.17

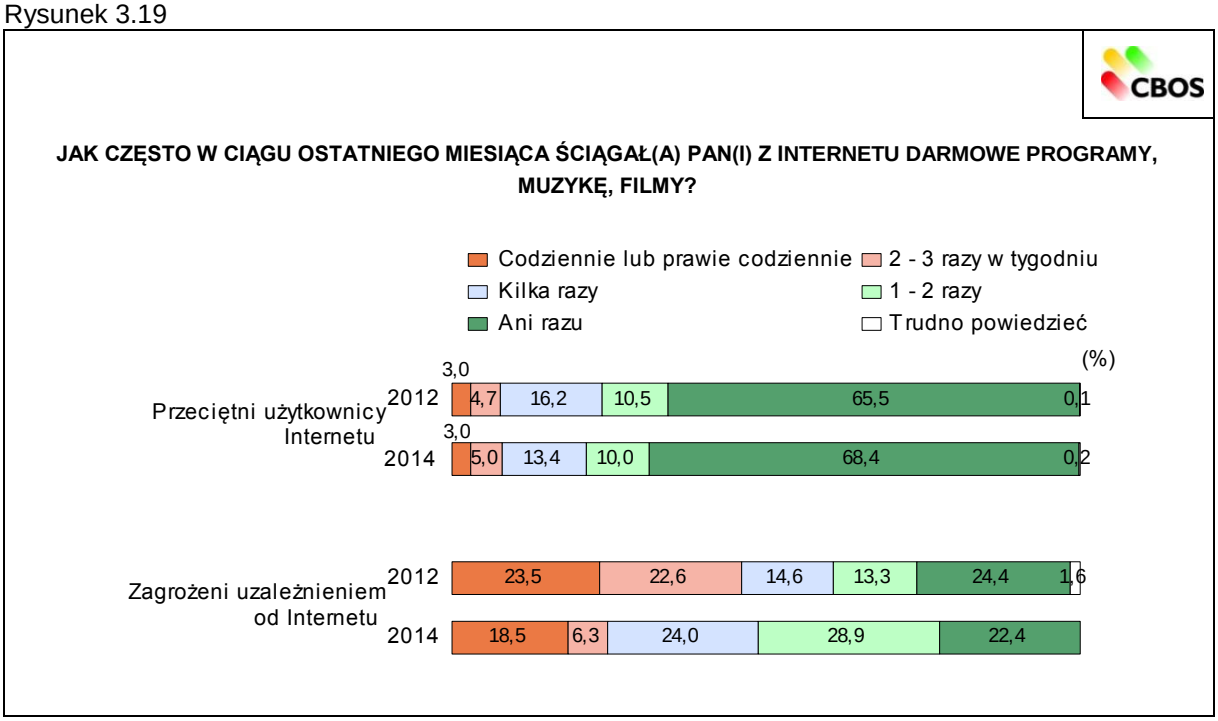


Rysunek 3.18



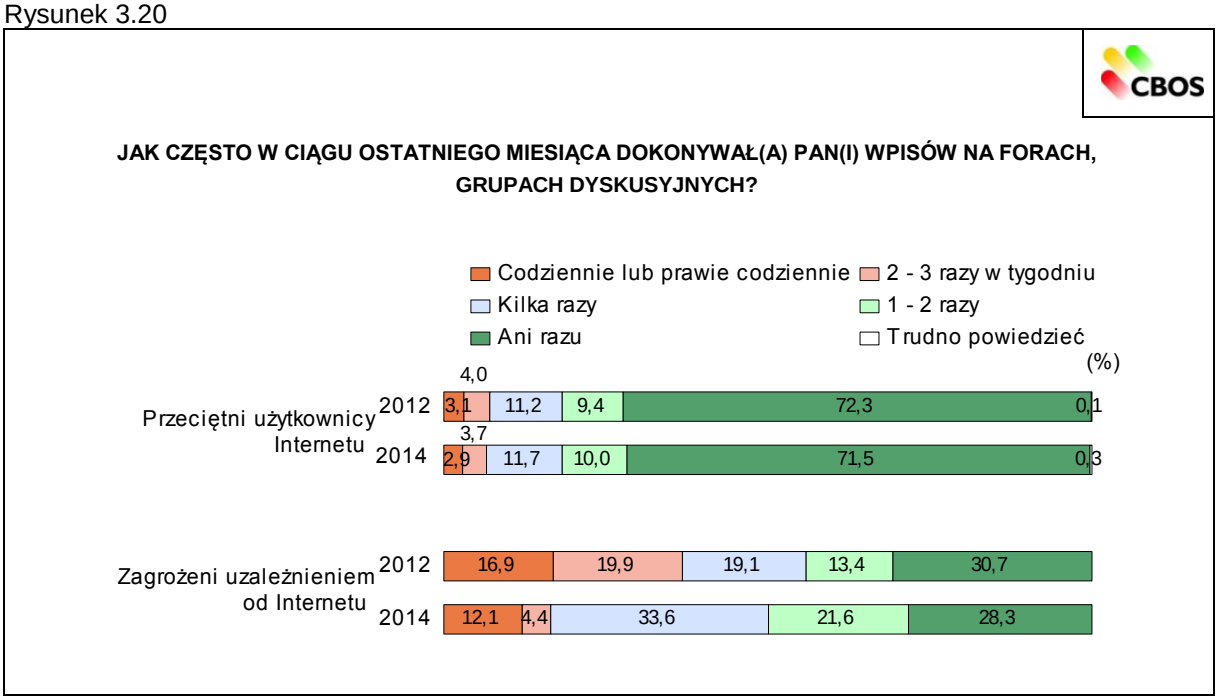
Podobne różnice między zagrożonymi uzależnieniem i uzależnionymi od Internetu a przeciętnymi jego użytkownikami stwierdzono ponownie także w przypadku ściągania z Internetu darmowych programów, muzyki lub filmów (rys. 3.19). Warto też zauważyć, iż w 2014 roku czynności te podejmowały podobne odsetki badanych jak dwa lata wcześniej, jednak badani należący do grupy zagrożonych uzależnieniem od Internetu i już uzależnionych robili to ze znacznie mniejszą częstością niż w 2012 roku.

Rysunek 3.19



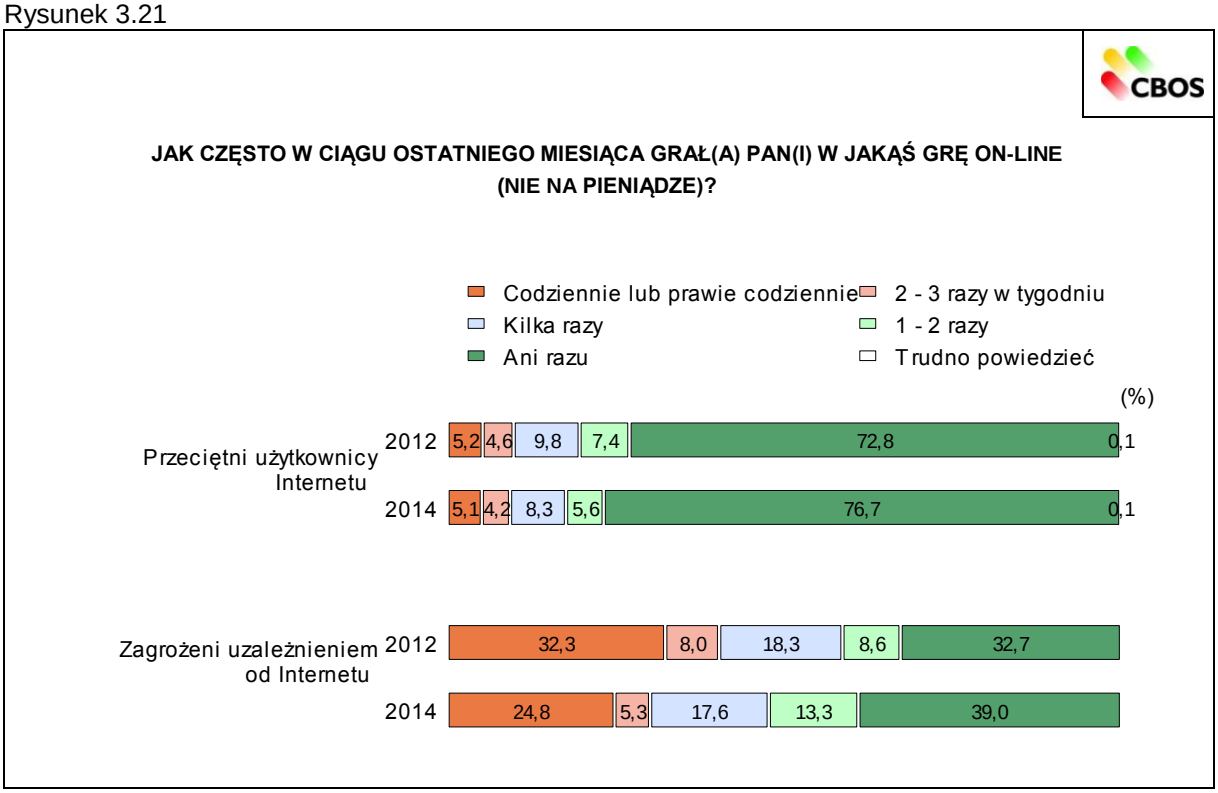
Tak jak poprzednio, duża różnica pomiędzy przeciętnymi użytkownikami Internetu a Internautami z grupy ryzyka występuje także w przypadku aktywności na forach, grupach dyskusyjnych - o ile w miesiącu poprzedzającym badanie przynajmniej raz wpisów dokonywała zdecydowana większość (71,7%) badanych co najmniej zagrożonych uzależnieniem od Internetu, to dominująca większość (71,5%) przeciętnych Internautów ani razu w tym okresie tego nie robiła (rys. 3.20). Warto jednak zauważyć, iż ten rodzaj aktywności był w 2014 roku podejmowany przez badanych z grupy ryzyka z mniejszą częstotliwością niż dwa lata wcześniej. Być może mamy do czynienia z przeniesieniem tego rodzaju aktywności na portale społecznościowe.

Rysunek 3.20



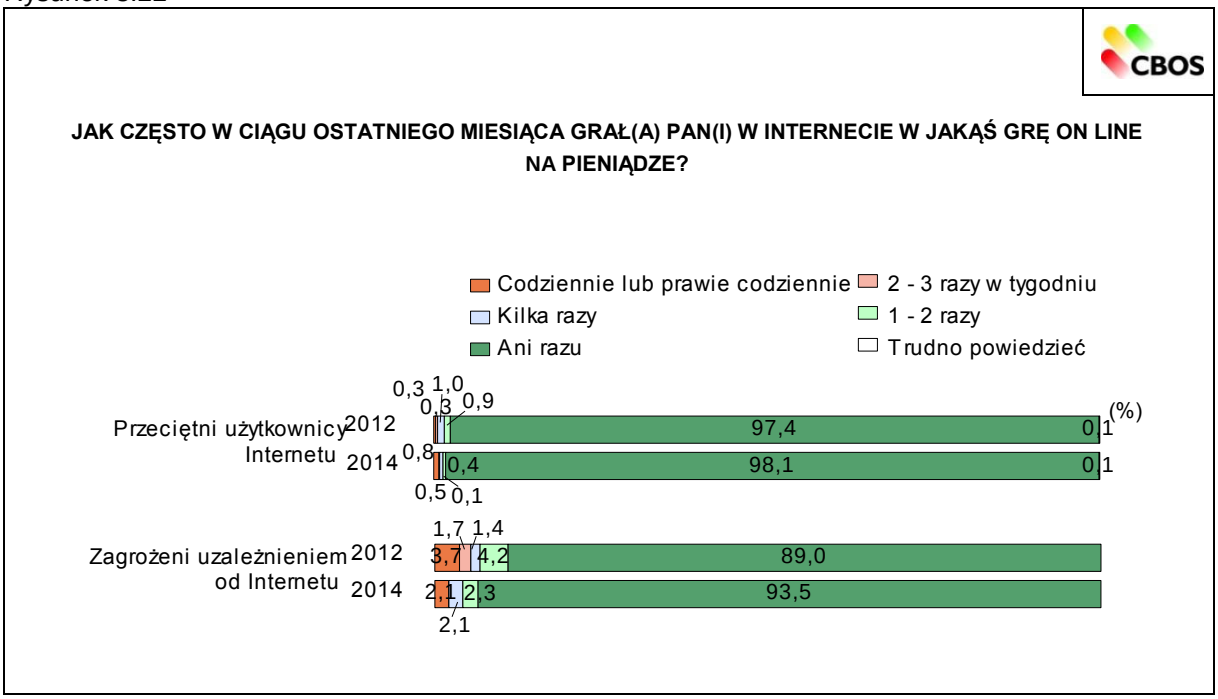
Znaczące różnice ponownie dotyczą także gier on-line (nie na pieniądze), zarówno jeśli chodzi o podejmowanie takiej aktywności, jak i jej częstotliwość (rys. 3.21). O ile większość zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych od Internetu w ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego badanie przynajmniej raz grała w takie gry, to wśród przeciętnych internautów większość nie miała takich doświadczeń. Ponadto w grupie ryzyka niemal co czwarty (24,8%) deklaruje, że gra w takie gry codziennie lub prawie codziennie a wśród przeciętnych użytkowników tylko co dwudziesty (5,1%).

Rysunek 3.21



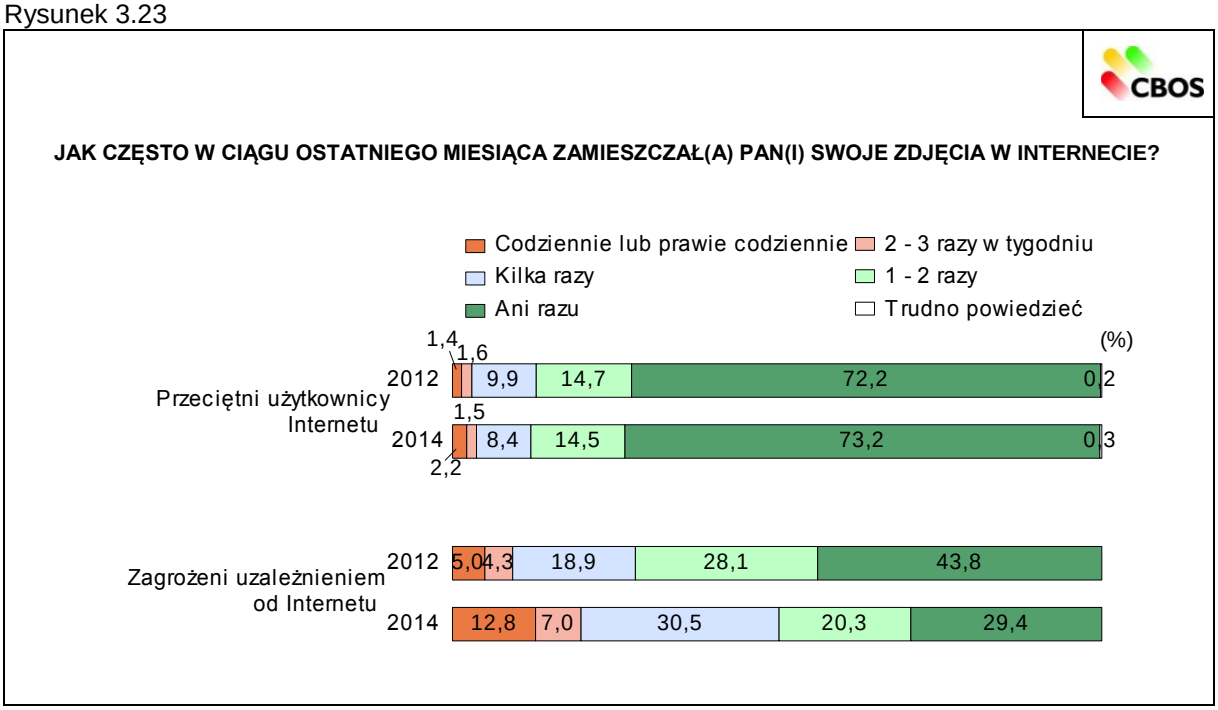
Słaba zależność statystyczna występuje także w przypadku uczestnictwa w grach on-line na pieniądze w Internecie (rys. 3.22) - częściej niż przeciętni internauci podejmują je badani uzależnieni od Internetu bądź zagrożeni tym uzależnieniem.

Rysunek 3.22

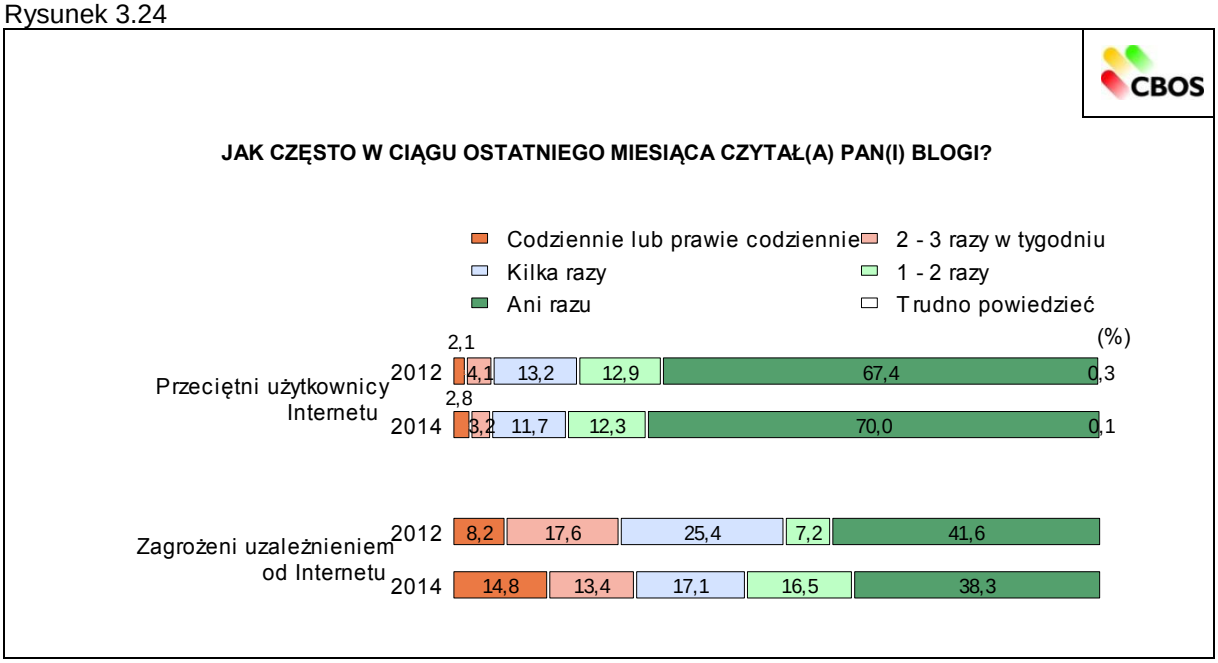


Tak jak poprzednio istotna różnica pomiędzy przeciętnymi użytkownikami Internetu a internautami z grupy ryzyka występuje także w przypadku zamieszczania własnych zdjęć w Internecie, czytania blogów, handlu internetowego oraz nawiązywania nowych znajomości w sieci. Różnice występują zarówno w przypadku odsetka badanych deklarujących podejmowanie tych aktywności, jak i deklarowanej ich częstości (rys. 3.23-3.27).

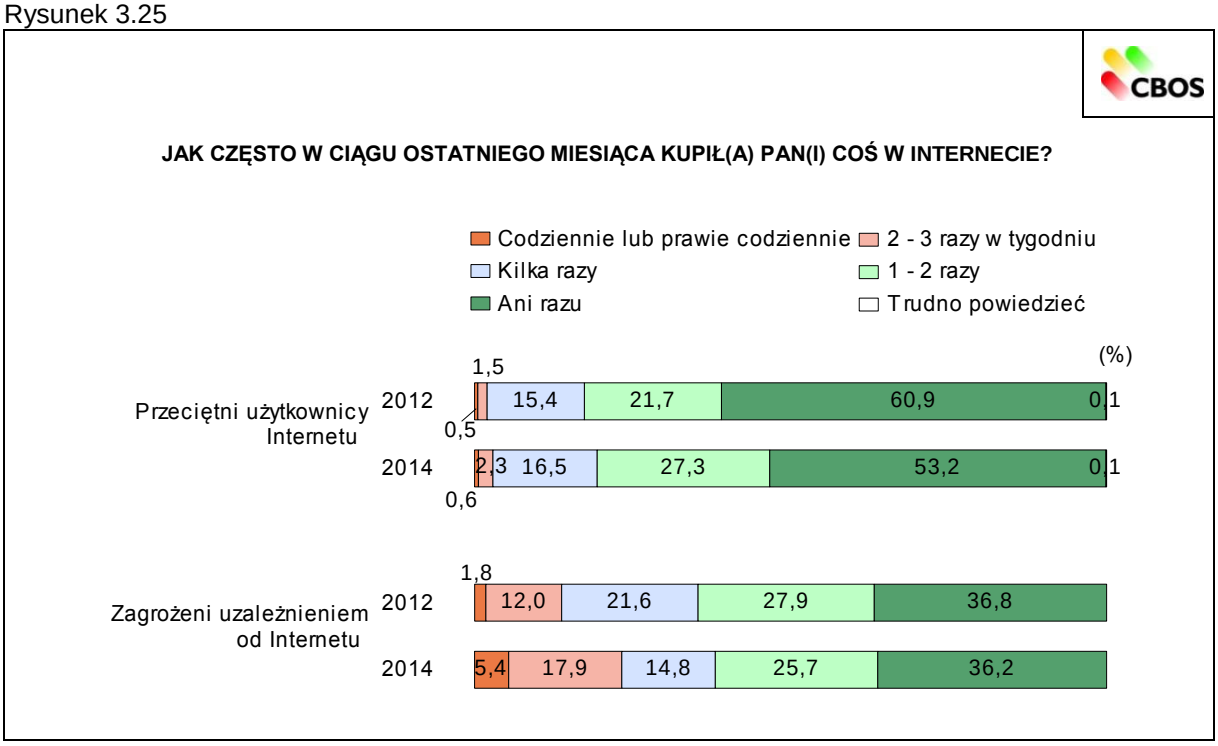
Rysunek 3.23



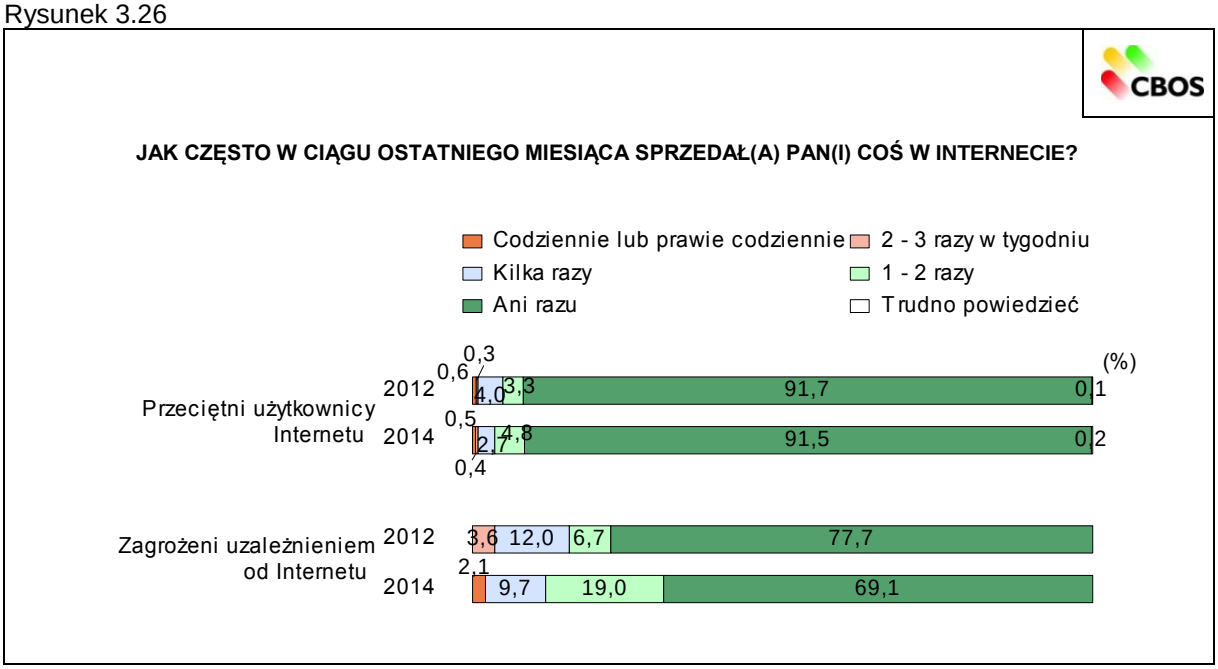
Rysunek 3.24



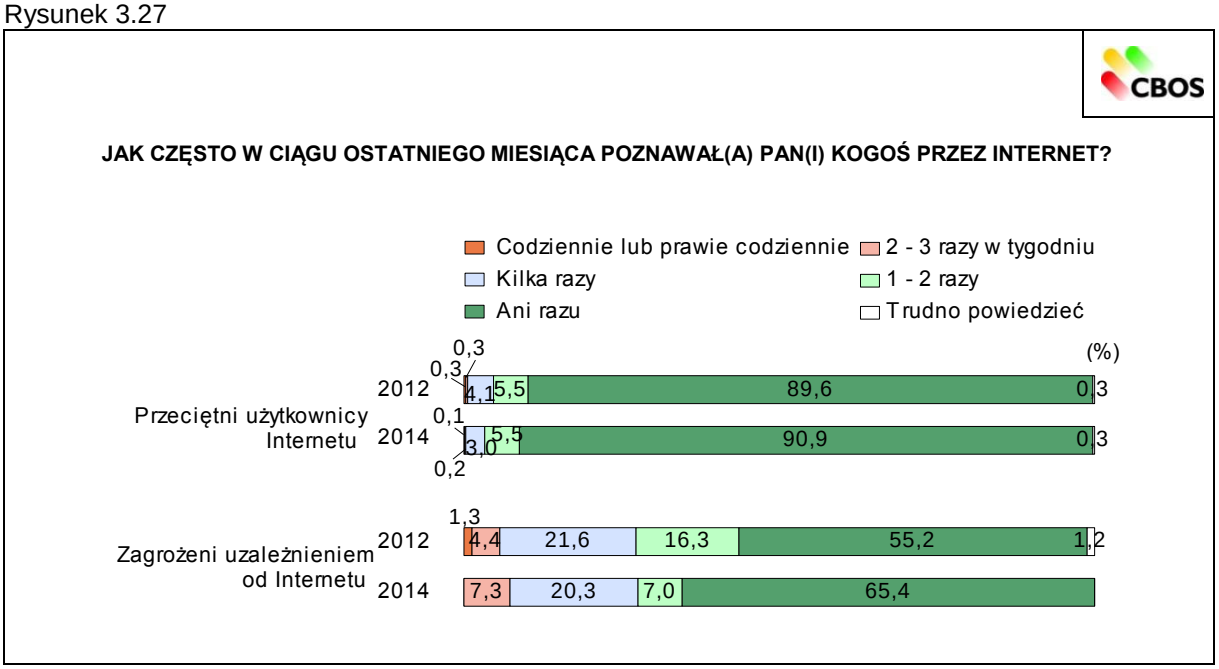
Rysunek 3.25



Rysunek 3.26



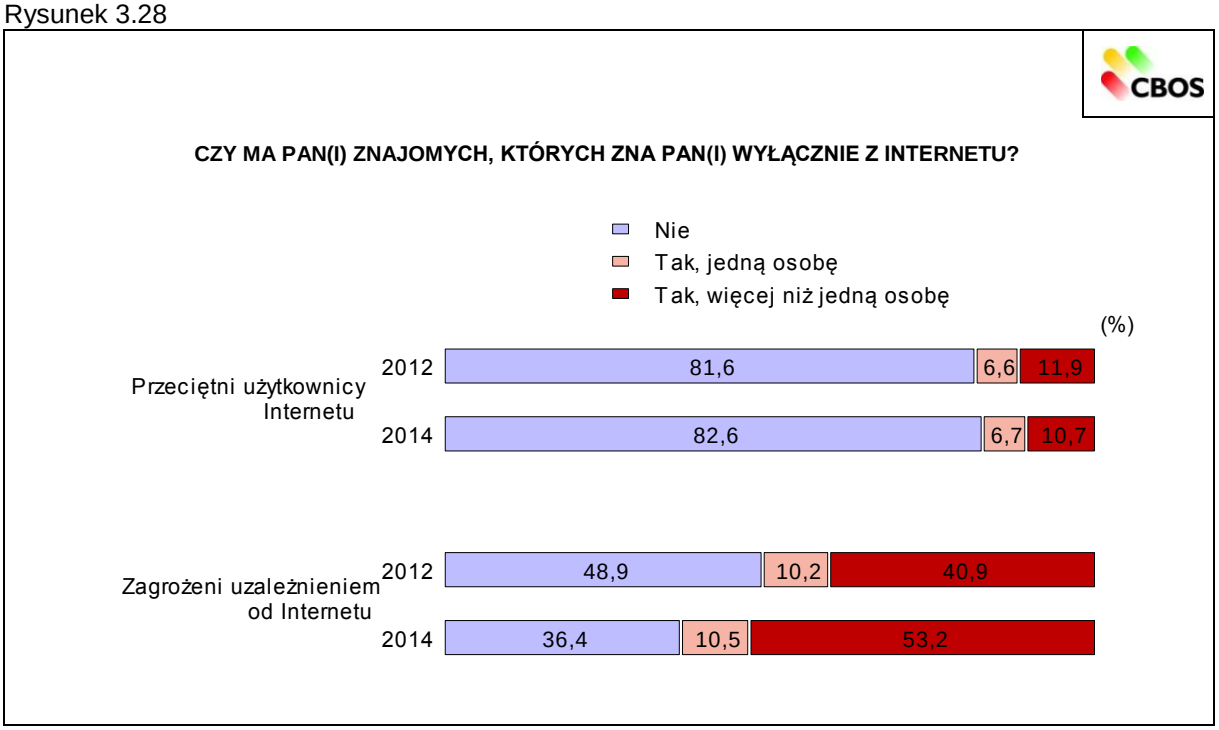
Rysunek 3.27



3.7. ZAGROŻENIE UZALEŻNIENIEM OD INTERNETU A NAWIĄZYWANIE RELACJI MIĘDZYLUDZKICH W SIECI

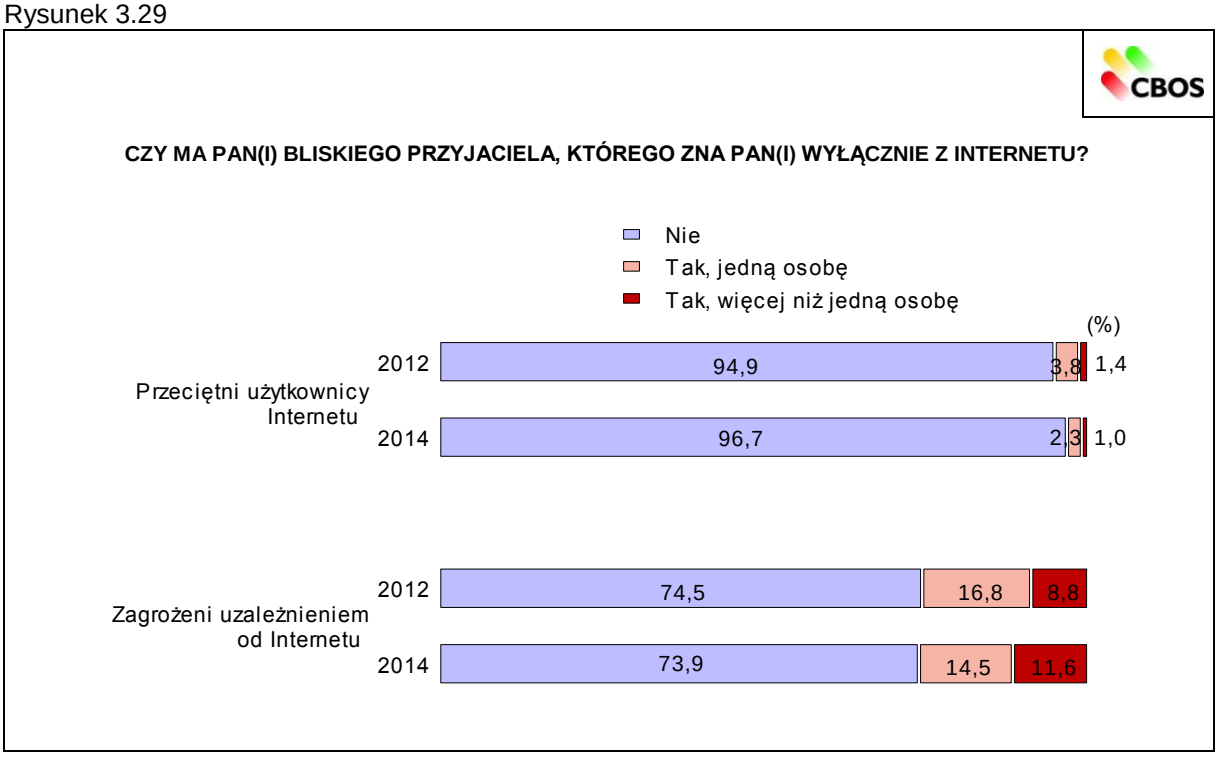
W 2014 roku, podobnie jak dwa lata wcześniej, stwierdzić można istotną statystycznie zależność pomiędzy przynależnością do grupy ryzyka a nawiązywaniem i podtrzymywaniem internetowych znajomości. Obecnie blisko dwie trzecie (63,7%) badanych zagrożonych uzależnieniem bądź uzależnionych od Internetu deklaruje, iż wśród znajomych ma przynajmniej jedną osobę, którą zna wyłącznie z sieci, z czego przeważająca większość ma więcej niż jednego internetowego znajomego. Warto też zwrócić uwagę, iż w grupie ryzyka w ciągu dwóch lat oddzielających badania zwiększył się odsetek osób nawiązujących internetowe znajomości i podtrzymujący je wyłącznie w sieci (rys. 3.28). Wśród przeciętnych użytkowników Internetu, tak jak w 2012 roku, osoby mające znajomych znanych wyłącznie z sieci stanowią mniej niż jedną piątą.

Rysunek 3.28



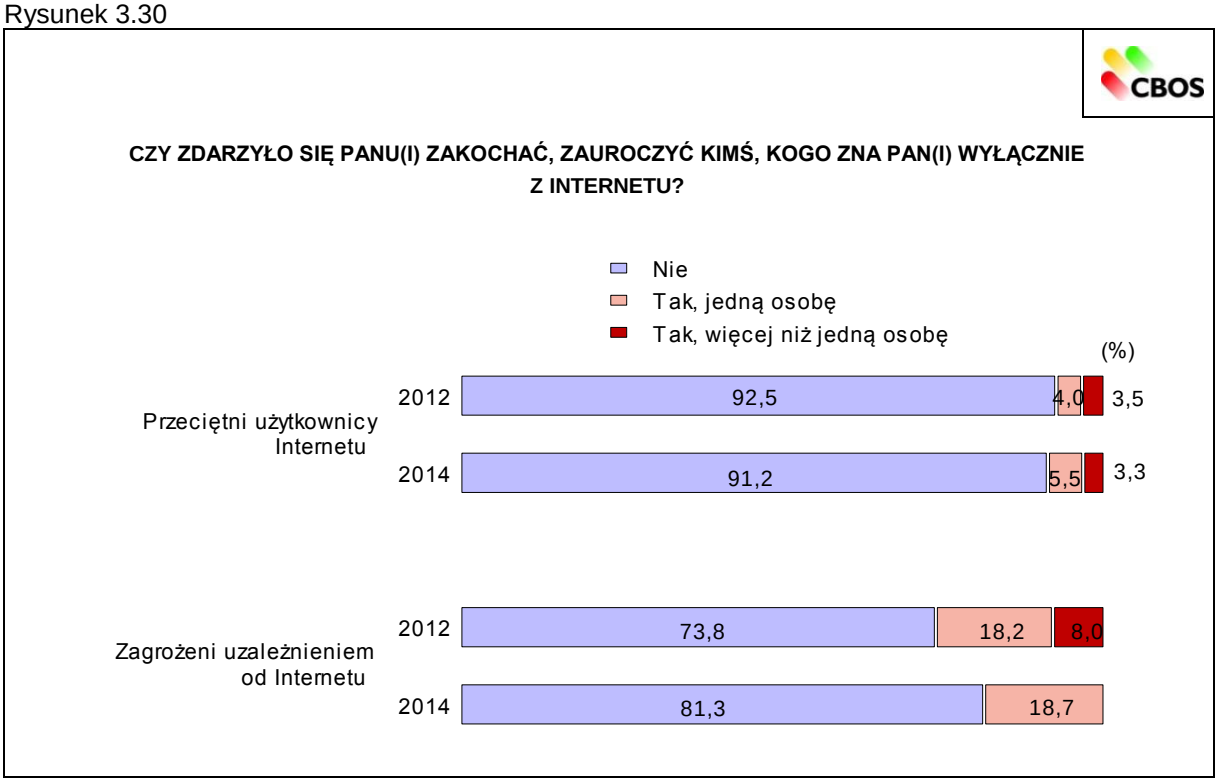
Nawiązywanie i podtrzymywanie relacji przyjacielskich wyłącznie w Internecie nadal nie jest zjawiskiem częstym (rys. 3.29). Zwraca jednak uwagę fakt, że w 2014 roku wśród zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od Internetu aż ponad jedna czwarta (26.1%) utrzymuje przyjacielskie relacje przynajmniej z jedną osobą znaną wyłącznie z sieci, natomiast w grupie przeciętnych użytkowników Internetu jedynie 3,3% deklaruje, iż ma co najmniej jednego bliskiego przyjaciela, którego zna wyłącznie z sieci. W porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2012 roku deklaracje internautów zmieniły się w niewielkim stopniu, ale zwraca uwagę fakt zwiększenia się różnicy pomiędzy wyróżnionymi grupami internautów oraz zwiększenie się odsetka deklarujących posiadanie więcej niż jednego przyjaciela znanego wyłącznie z Internetu wśród osób zagrożonych uzależnieniem lub już uzależnionych od sieci.

Rysunek 3.29



Podobnie jak w przypadku internetowych przyjaźni, osoby zagrożone uzależnieniem lub uzależnione od Internetu częściej niż przeciętni użytkownicy sieci deklarują, że doświadczyły zauroczenia kimś, kogo znają tylko z Internetu (rys. 3.30).

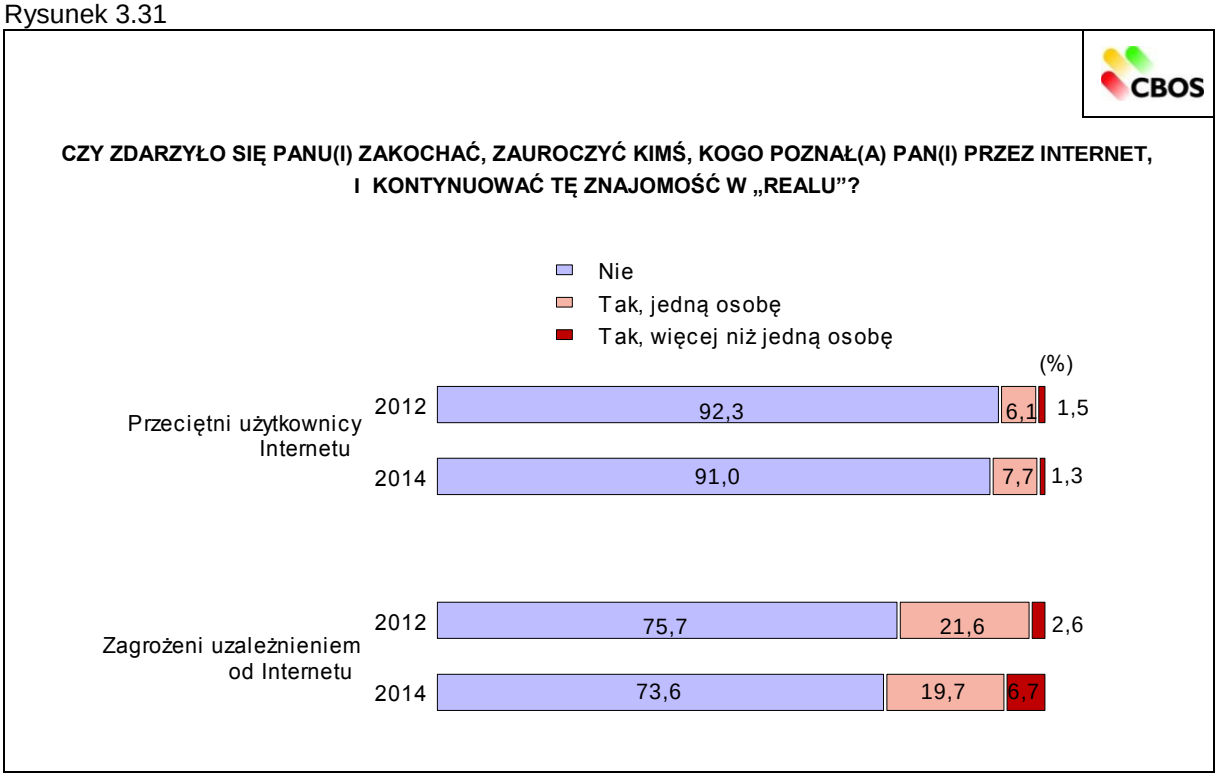
Rysunek 3.30



Z badania przeprowadzonego w 2014 roku wynika, że internauci nieco częściej niż przed dwoma laty kontynuują w "realu" relacje romantyczne, które miały swój początek w Internecie.

Także w przypadku internetowej fascynacji innym użytkownikiem sieci, która miała podłoże romantyczne, osobom zagrożonym uzależnieniem bądź uzależnionym od Internetu zdarzało się znacznie częściej niż jego przeciętnym użytkownikom przenosić taką znajomość do świata realnego. O ile wśród zagrożonych uzależnieniem lub już uzależnionych więcej niż jedna czwarta deklaruje, że zdarzyło im się zakochać w kimś, kogo poznali przez Internet, i kontynuować tę znajomość w „realu", to wśród przeciętnych użytkowników sieci twierdzi tak niespełna co dziesiąty.

Rysunek 3.31



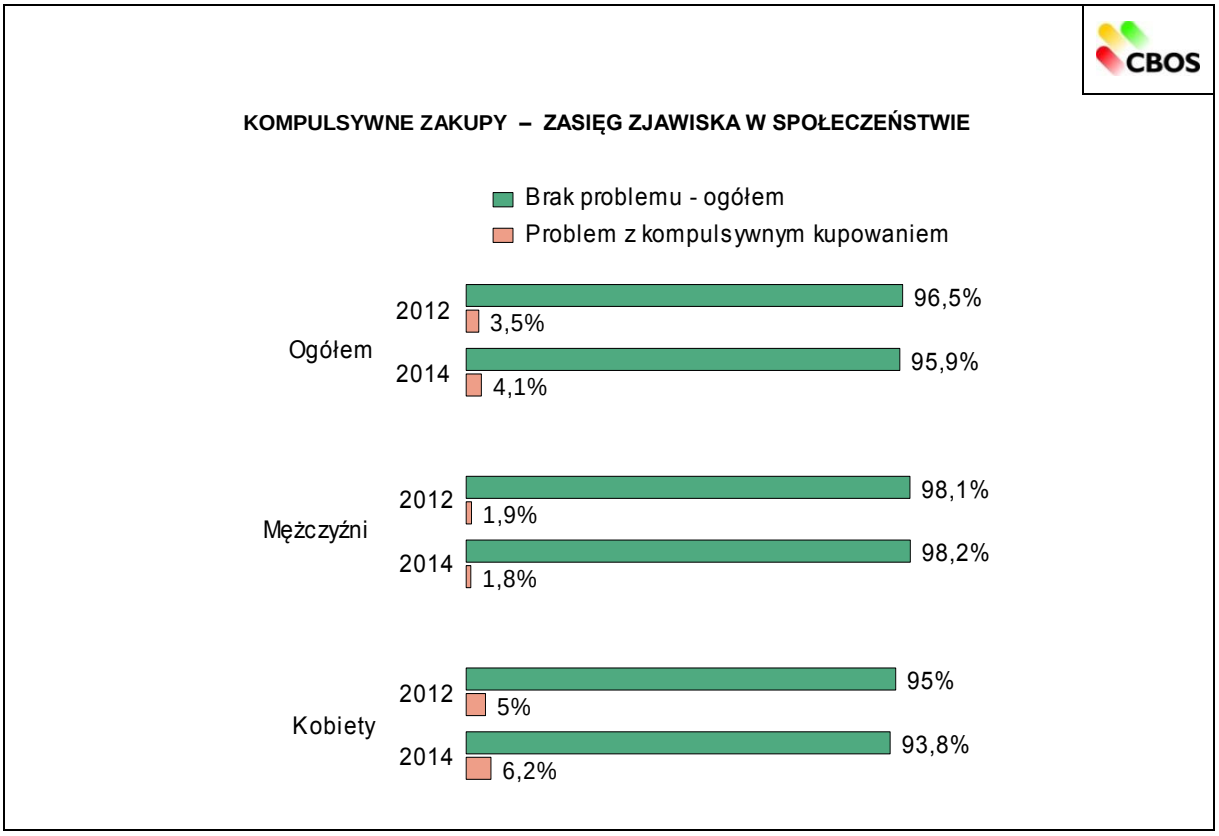
4. ZAKUPY

4.1. ZASIĘG ZJAWISKA I CECHY SPRZYJAJĄCE

Do badania zasięgu zjawiska uzależnienia od zakupów użyty został – podobnie jak przed dwoma laty - test Valence, d'Astous and Fortier Compulsive Buying Scale.

Problem kompulsywnego kupowania dotyczyć może obecnie 4,1% populacji Polaków od 15 roku życia – w stosunku do roku 2012 notujemy niewielki wzrost (o 0,6 punktu procentowego). Warto zwrócić uwagę na różnice pomiędzy liczbą zagrożonych uzależnieniem od zakupów kobiet i mężczyzn: o ile odsetek mężczyzn wykazujących symptomy problemowego kupowania nie uległ zmianie w ciągu ostatnich dwóch lat i zarówno w 2012 roku, jak i obecnie sięga około 2%, o tyle odsetek zagrożonych uzależnieniem od zakupów kobiet – już w 2012 roku ponad dwukrotnie wyższy – zwiększył się jeszcze (o 1,2 punktu procentowego) do poziomu 6,2% (rys. 4.1). Dane te potwierdzają tezę z poprzedniej edycji badań: płeć stanowi swego rodzaju czynnik ryzyka i kobiety są bardziej niż mężczyźni podatne na zagrożenie uzależnieniem od zakupów.

Rysunek 4.1

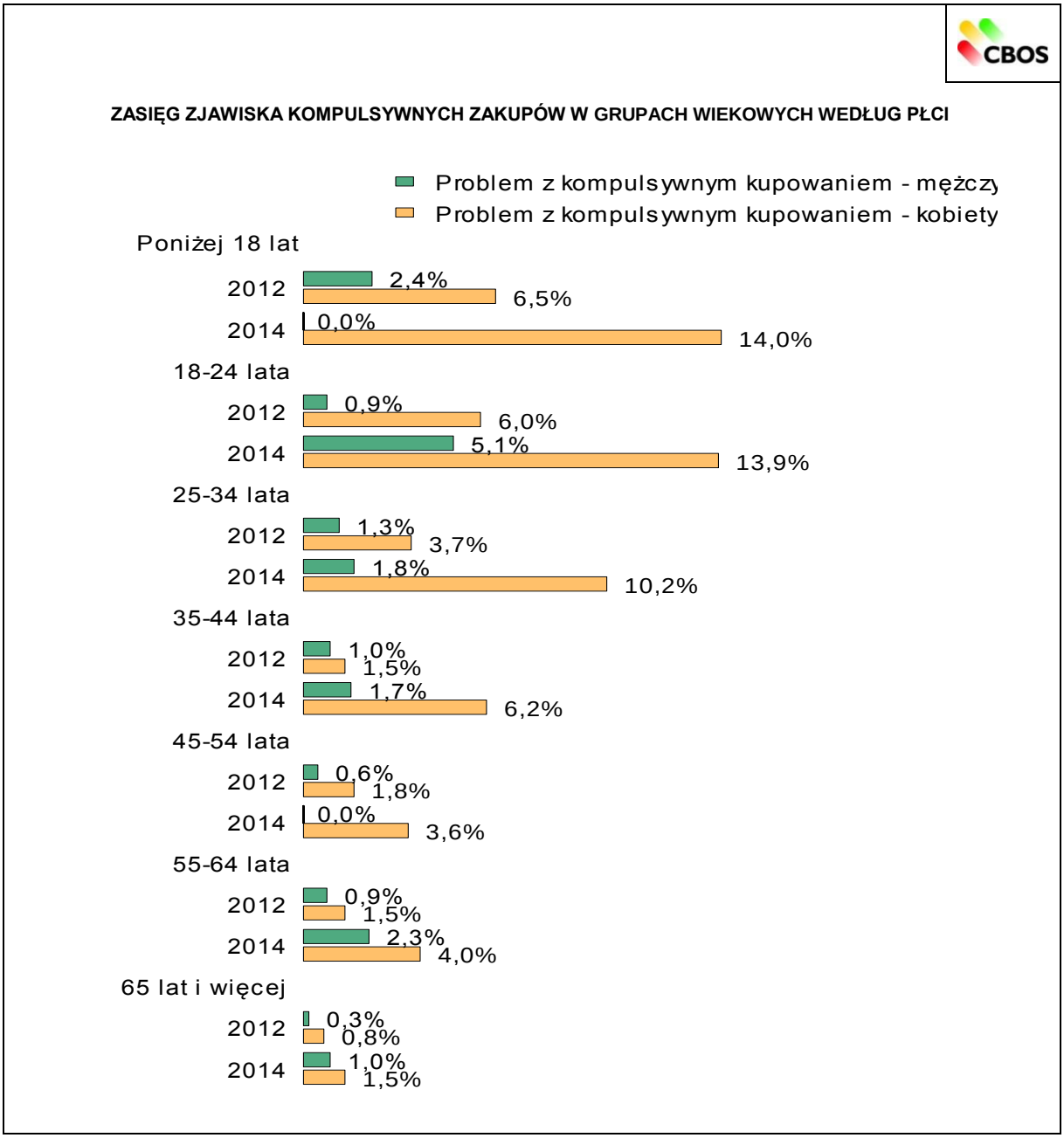


Analiza zmiennych społeczno-demograficznych wskazuje, że apogeum zjawiska kompulsywnych zakupów notujemy wśród kobiet w wieku do 24 lat (rys. 4.2); po przekroczeniu tego progu wiekowego problem stopniowo się zmniejsza, osiągając najniższy – i zbliżony wśród kobiet i mężczyzn - poziom w grupie wiekowej 65 lat i więcej.

Na przestrzeni ostatnich dwóch lat największy wzrost zagrożenia uzależnieniem od zakupów notujemy wśród młodych kobiet (do 34 roku życia) – problem kompulsywnego kupowania może obecnie dotyczyć ponad 10% osób w tej grupie. Warto też zwrócić uwagę, że wśród mężczyzn[17] jedyną grupą wiekową, w której notujemy znaczący wzrost zagrożenia (przy wspomnianym wcześniej średnim braku zmian dla ogółu populacji mężczyzn) są osoby w przedziale wiekowym 18 – 24 lata (wzrost o 4,2 punktu procentowego). Za drugi istotny czynnik o charakterze demograficznym, sprzyjającym uzależnieniu od zakupów, należy zatem uznać młody wiek.

[17] Ze względu na niewielką liczebność mężczyzn zagrożonych uzależnieniem od zakupów, analizy tej grupy należy traktować z ostrożnością.

Rysunek 4.2



4.2. CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNA OSÓB Z PROBLEMEM ZAKUPOWYM

Wśród ogółu osób zdefiniowanych jako mające problem z zakupami niemal 80% stanowią kobiety (w stosunku do 2012 roku wzrost udziału kobiet o blisko 4 punkty procentowe); porównanie proporcji płci wśród osób niezagrożonych uzależnieniem od zakupów potwierdza „damski" charakter tego problemu (tab. 4.1).

„Skład wiekowy” ogółu zagrożonych kompulsywnym kupowaniem potwierdza, że mamy tu do czynienia przede wszystkim z problemem dotyczącym ludzi młodych: osoby do 24 roku życia (od 15) stanowią w tej grupie aż 30,6%, kolejne 26,7% to osoby w przedziale wiekowym 25 – 34 lata; wśród niezagrożonych odsetki te wynoszą odpowiednio 13,4% i 18,2%. Co druga osoba mająca problem z kompulsywnym kupowaniem jest stanu wolnego (wśród niemających problemu – 26,8%).

Tabela 4.1

		brak problemu z kompulsywnym kupowaniem	problem z kompulsywnym kupowaniem
		100%	100%
Płeć	Mężczyźni	48,6	21,1
	Kobiety	51,4	78,9
Wiek	Poniżej 18 lat	3,5	7,7
	18-24 lata	9,9	22,9
	25-34	18,2	26,7
	35-44	17,0	16,4
	45-54	14,7	7,0
	55-64	17,3	13,6
	65 lat i więcej	19,4	5,8
Stan cywilny	Kawaler /panna	26,8	50,1
	Żonaty /mężatka	59,8	43,2
	Rozwiedziony(a)	4,8	0,9
	Wdowiec /wdowa	8,6	5,7

Interesująco wypadają charakterystyki finansowe osób zagrożonych uzależnieniem od zakupów (tab. 4.2). W porównaniu z niemającymi tego problemu częściej deklarują oni zarówno najniższe (do 750 zł), jak i najwyższe (powyżej 2000 zł) miesięczne dochody osobiste; jednocześnie zagrożeni częściej niż niezagrożeni oceniają swe materialne warunki życia jako „dobre” (51,5% do 39,2%). Można zatem ostrożnie wnioskować, że zagrożeni uzależnieniem od zakupów wydają własne pieniądze (pochodzące z osobistych dochodów), mając jednocześnie finansowe oparcie w rodzinie.

Tabela 4.2

		brak problemu z kompulsywnym kupowaniem	problem z kompulsywnym kupowaniem
		100%	100%
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	5,9	16,1
	751-1000	10,2	9,1
	1001-1450	15,0	15,5
	1451-2000	21,4	11,0
	Powyżej 2000 zł	26,6	36,7
	Trudno powiedzieć	7,4	3,0
	Odmowa odpowiedzi	13,4	8,5
Ocena własnych war. mater.	Złe	12,6	10,1
	Średnie	48,2	38,4
	Dobre	39,2	51,5

Na przestrzeni ostatnich dwóch lat charakterystyka społeczno-demograficzna osób z problemem zakupowym uległa pewnym zmianom w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć.

Wśród kobiet problem wciąż zaczyna się wcześniej niż wśród mężczyzn - co dziesiąta kobieta zagrożona uzależnieniem od zakupów nie ukończyła jeszcze 18 lat, podczas gdy wśród mężczyzn w tym wieku problem ten nie istnieje. Jednocześnie w porównaniu do 2012 roku znacząco wzrósł (z 9,1% do 16,2%) odsetek zagrożonych kobiet w przedziale wiekowym 35 – 44 lata. W grupie zagrożonych uzależnieniem od zakupów mężczyzn mamy natomiast do czynienia – poza zanikiem problemu w najmłodszej grupie wiekowej – z jego wzrostem zarówno wśród młodych mężczyzn (do 24 roku życia, jak i najstarszych (powyżej 55 lat). Pamiętając o ograniczeniach związanych z małą liczebnie grupą zagrożonych uzależnieniem mężczyzn wśród ogółu badanych, można traktować te zmiany jako symptom rozszerzania się zjawiska na starsze grupy wiekowe (zwłaszcza kobiety).

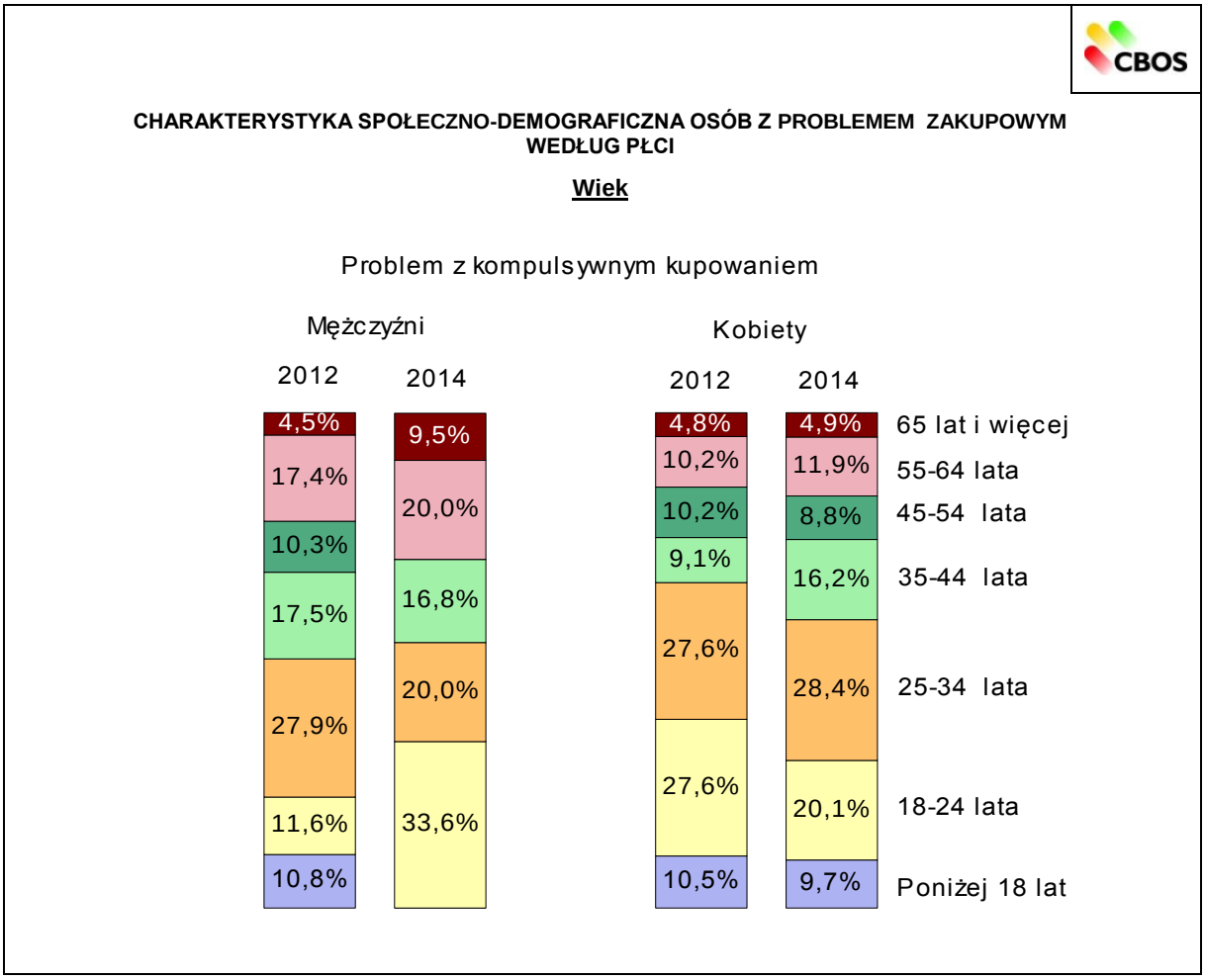
W stosunku do 2012 roku, wśród uzależnionych od zakupów mężczyzn zmniejszeniu uległ odsetek osób z wykształceniem wyższym lub zasadniczym zawodowym, zwiększyły natomiast swój udział osoby z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym. Tym samym wzrosła dysproporcja pomiędzy strukturą wykształcenia kobiet i mężczyzn zagrożonych uzależnieniem od zakupów; wśród kobiet bowiem zmiany są wprawdzie niewielkie, lecz idą w kierunku zwiększenia udziału osób z wyższym wykształceniem.

Interesujące w tym kontekście różnice między płciami można zaobserwować, jeśli wziąć pod uwagę dochody i ocenę materialnych warunków życia. Wśród mężczyzn z problemem

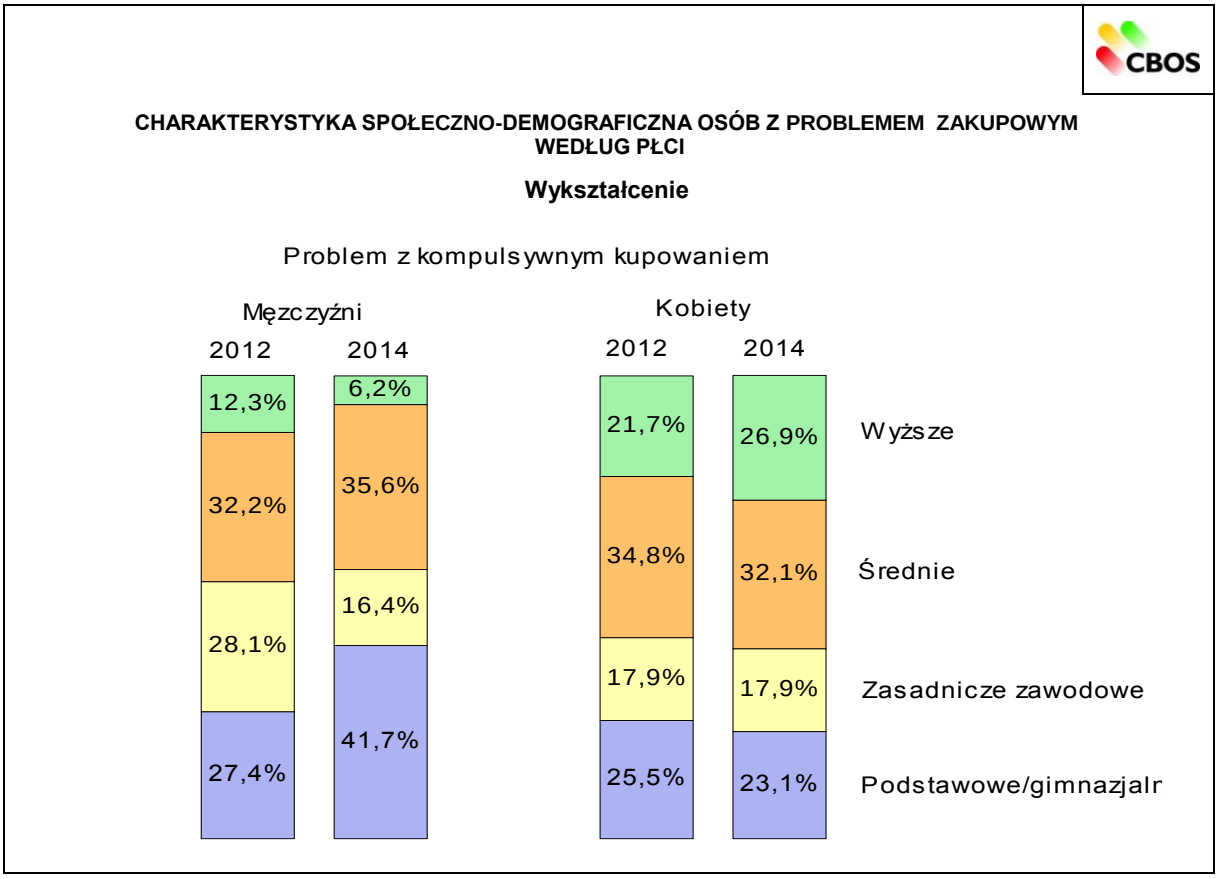
zakupowym zdecydowanie wzrósł udział deklarujących najwyższy dochód (zarówno osobisty, jak i na osobę w rodzinie) i oceniających jako „dobre” swe materialne warunki życia. Wśród kobiet zagrożonych uzależnieniem od zakupów rozkład zarówno dochodów osobistych, jak i na osobę w rodzinie jest - podobnie jak przed dwoma laty i inaczej niż wśród mężczyzn – dość równomierny; podobnie jak wcześniej, wciąż przeważają osoby pozytywnie oceniające swe materialne warunki życia. Dane wydają się wskazywać, że o ile w przypadku mężczyzn zagrożenie uzależnieniem od zakupów częściej ma związek (wynika) z dobrej sytuacji materialnej („stać ich na wydawanie pieniędzy”) – ma charakter niejako „elitarny”, o tyle w przypadku kobiet nierzadko realia finansowe pozostają w oderwaniu od skłonności do zakupów, a problem ma charakter bardziej „egalitarny”.

Poniższe wykresy prezentują szczegółową charakterystykę społeczno-demograficzną osób zdefiniowanych jako mające problem z kompulsywnym kupowaniem – według płci (rys. 4.3, 4.5, 4.6, 4.7).

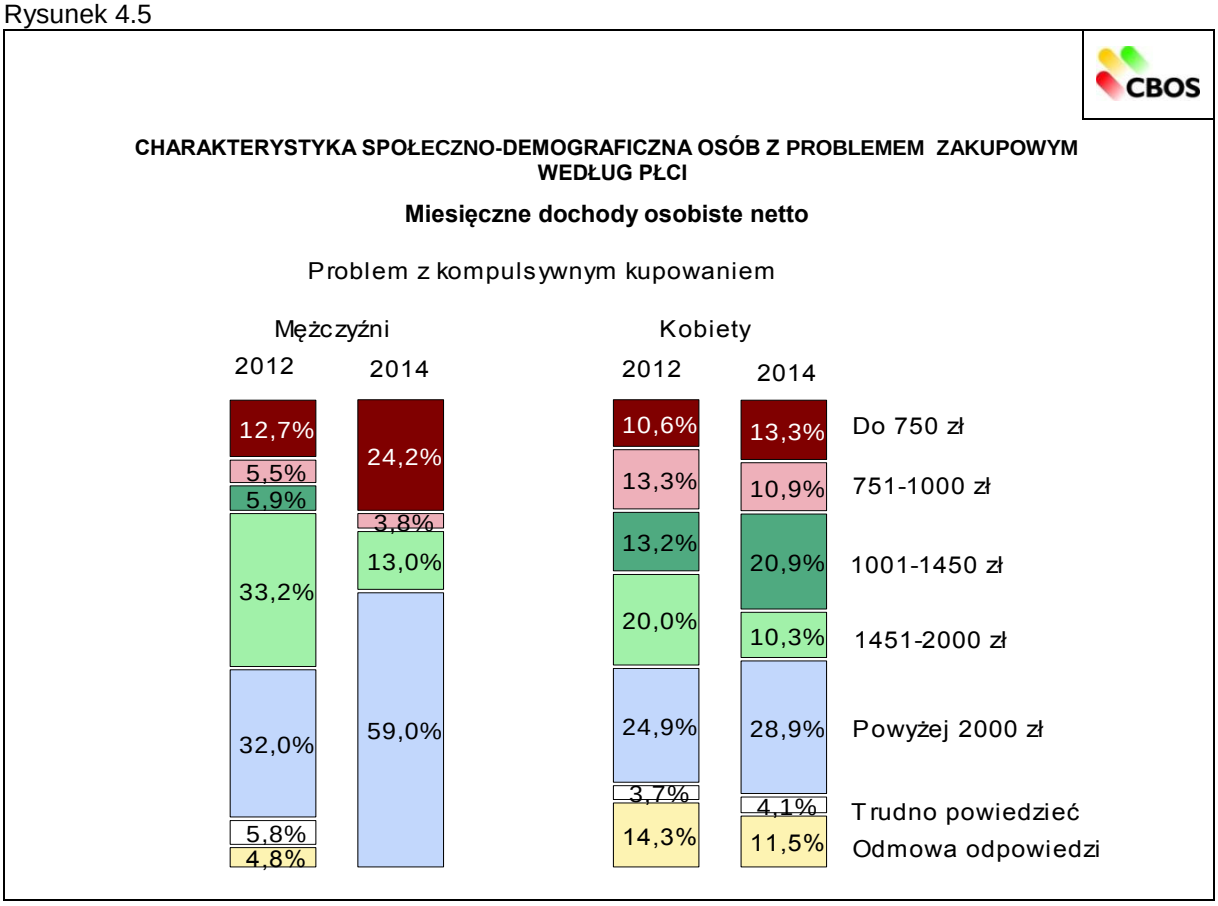
Rysunek 4.3



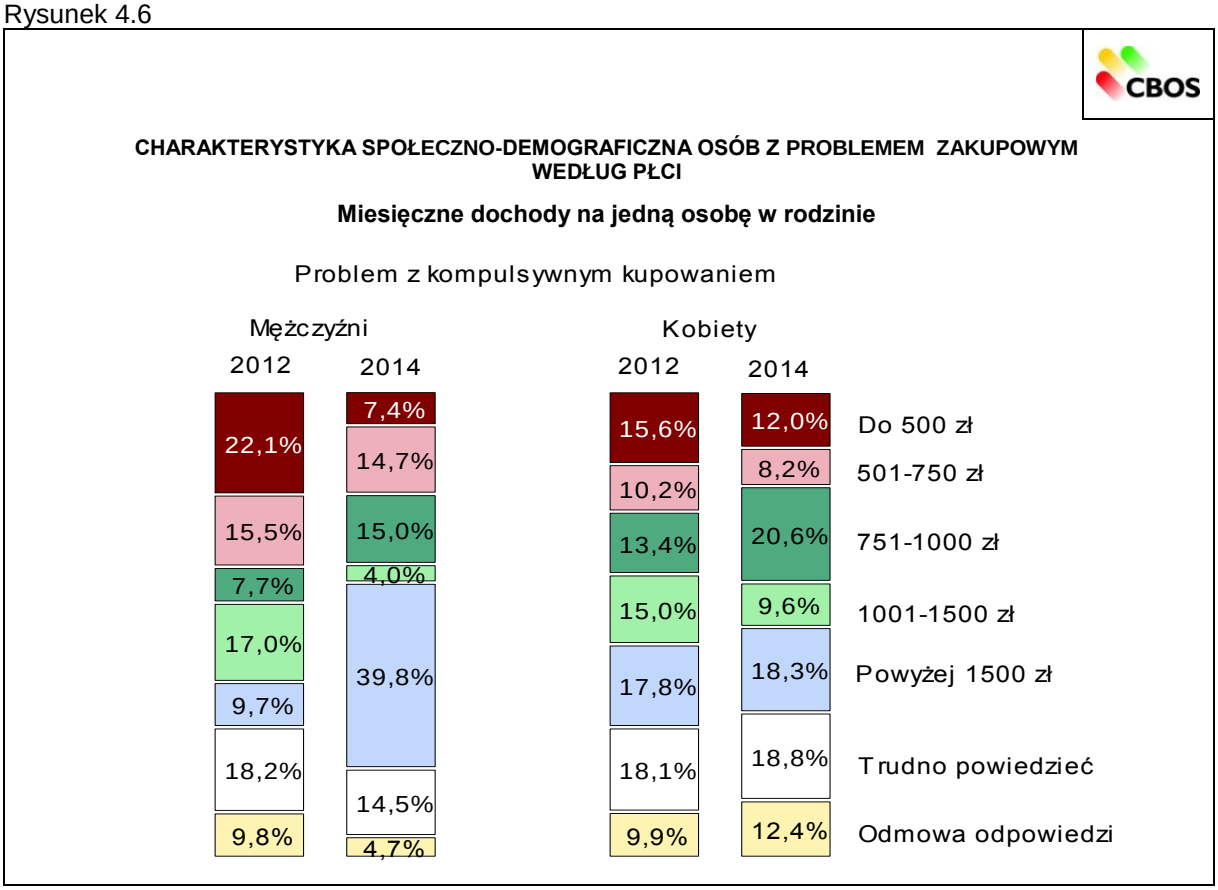
Rysunek 4.4



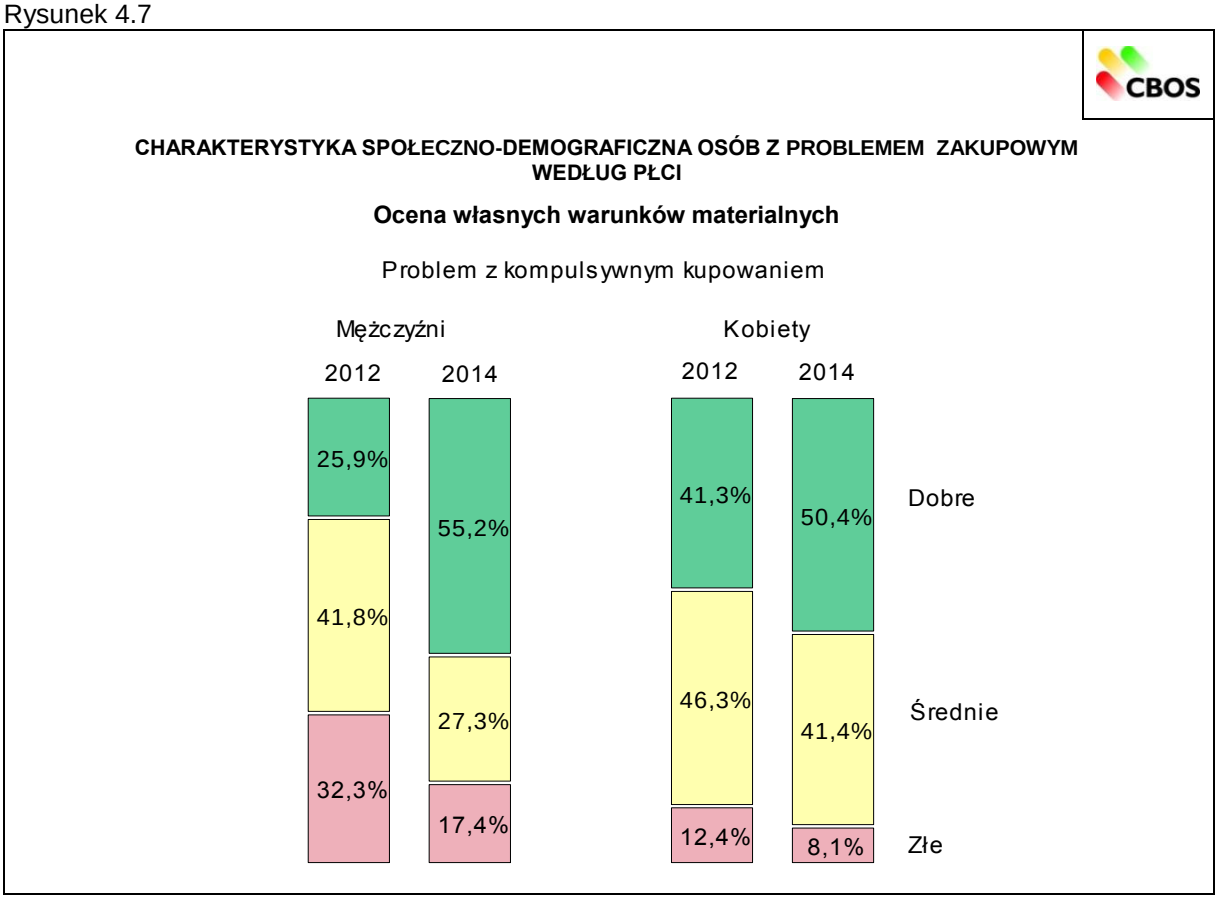
Rysunek 4.5



Rysunek 4.6



Rysunek 4.7

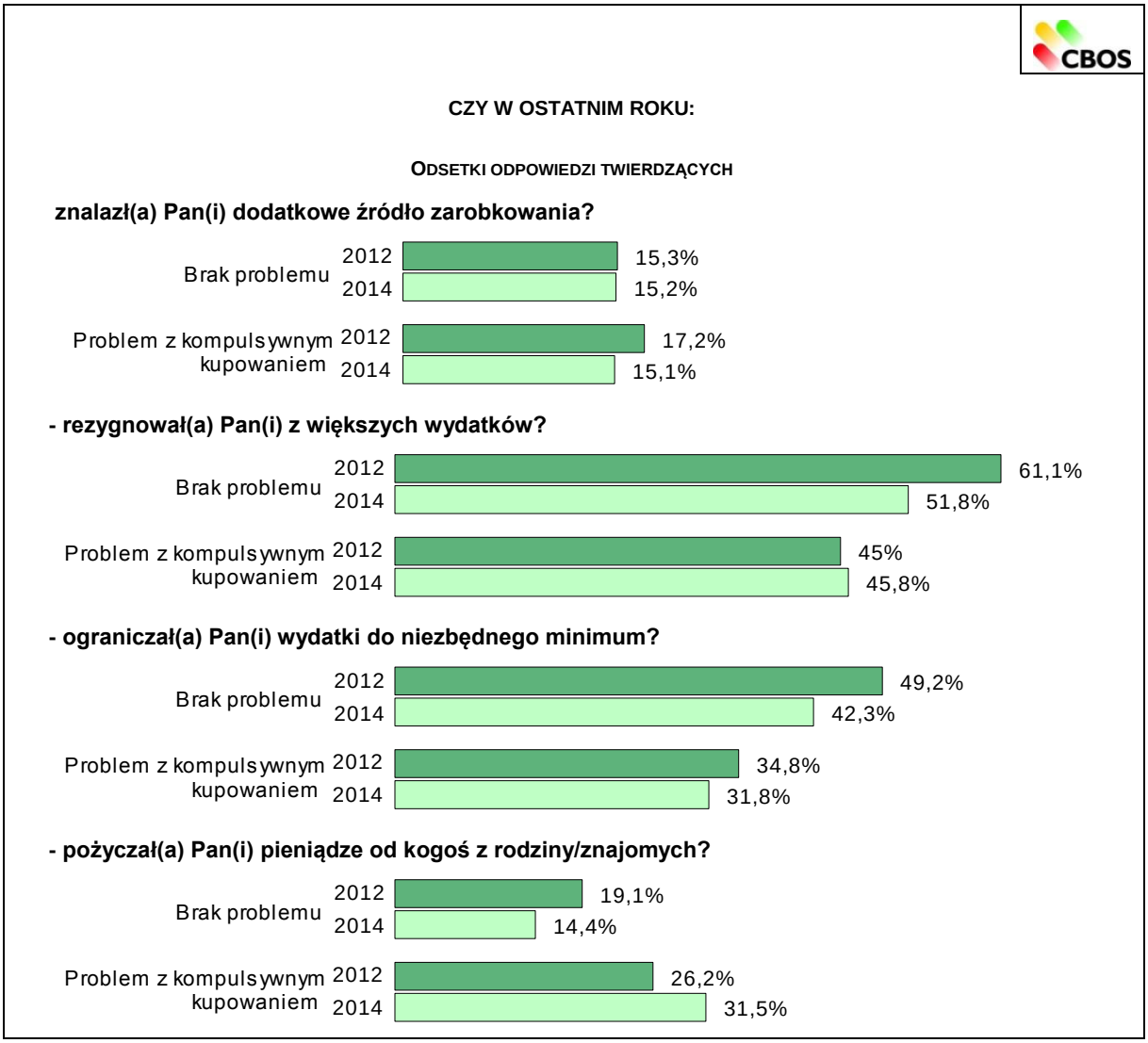


4.3. STRATEGIE FINANSOWE OSÓB Z PROBLEMEM ZAKUPOWYM

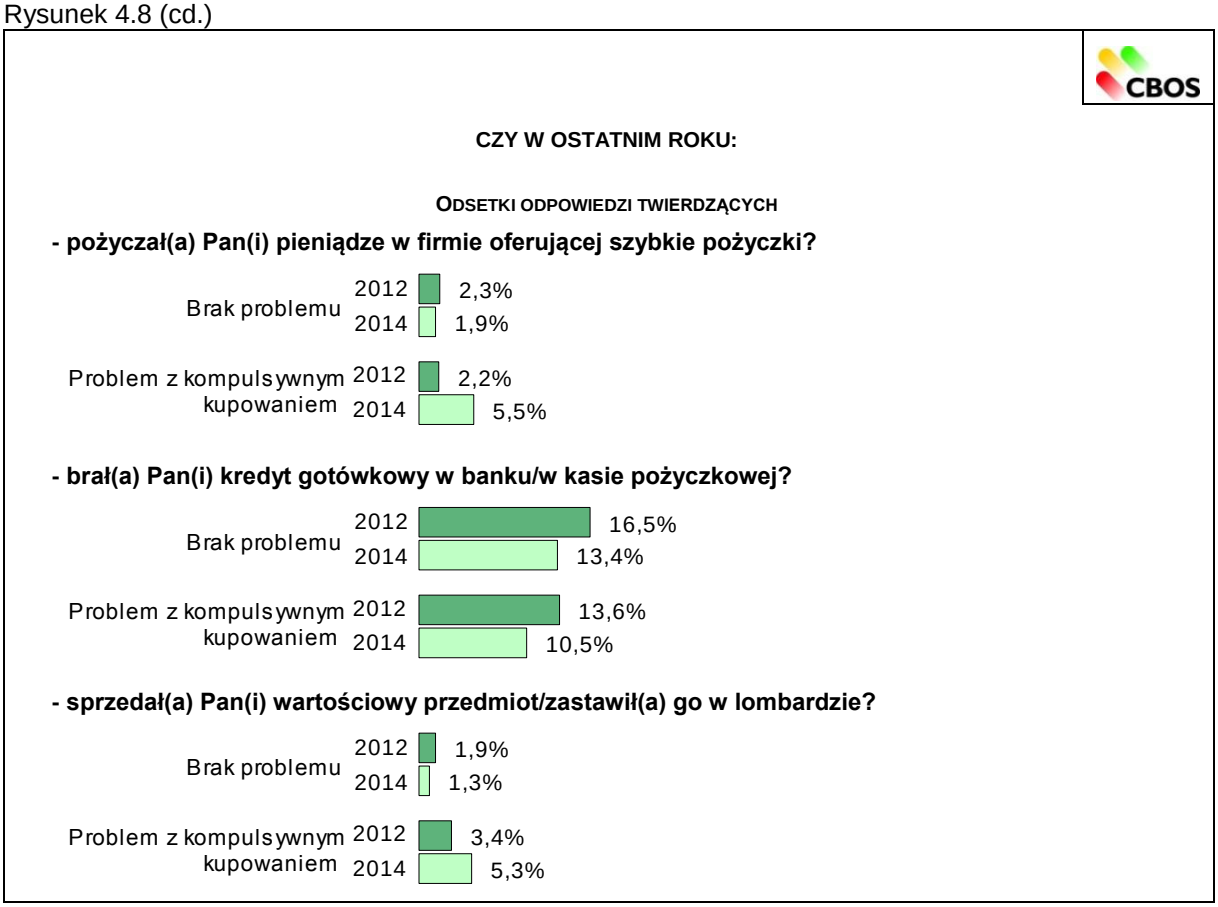
Deklarowany przez osoby zdradzające symptomy uzależnienia od zakupów sposób gospodarowania pieniędzmi potwierdza istnienie problemu z ich wydawaniem. Ogólnie rzecz ujmując, zakupoholicy cechują się niższą niż osoby niedoświadczające tego problemu skłonnością do ograniczania wydatków, częściej natomiast pożyczają pieniądze w sposób nieformalny. Również przypadki sprzedaży bądź zastawienia wartościowego przedmiotu, generalnie bardzo rzadkie, miały miejsce przede wszystkim w tej grupie.

Na przestrzeni ostatnich dwóch lat strategie finansowe osób zagrożonych uzależnieniem od zakupów nie uległy znaczącym zmianom – zauważalna jest jedynie nieco większa skłonność do pożyczania pieniędzy w sposób ryzykowny („szybkie pożyczki") bądź nieformalny (rodzina) oraz do korzystania z usług lombardu. (rys. 4.8).

Rysunek 4.8



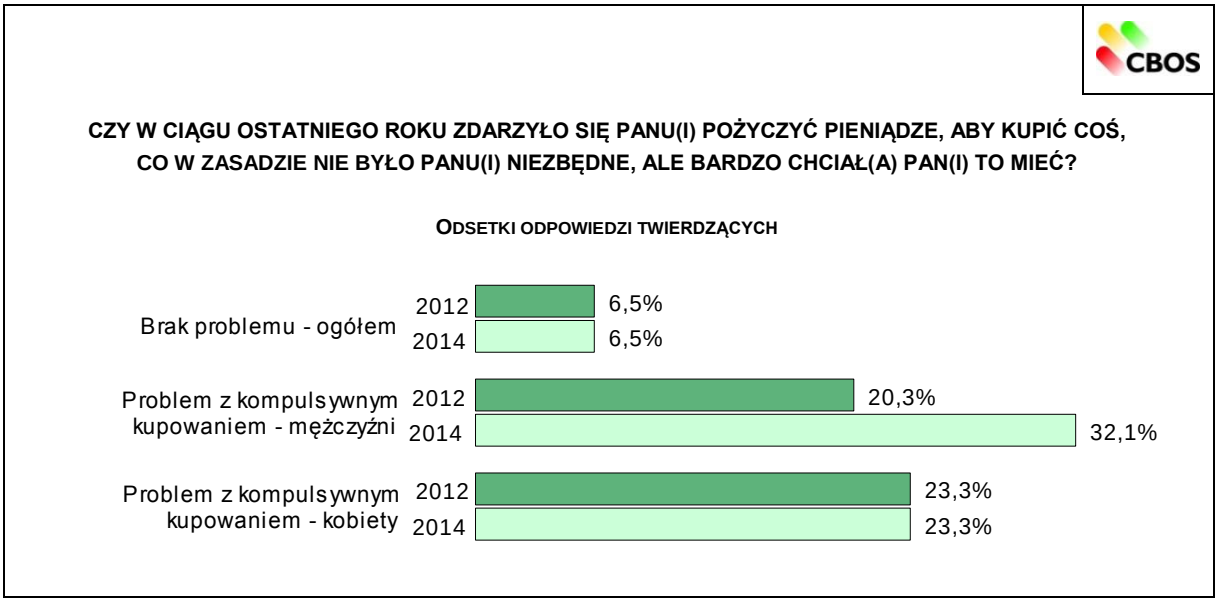
Rysunek 4.8 (cd.)



Potwierdzeniem problemu z kontrolą wydatków w grupie osób zagrożonych uzależnieniem od zakupów są deklaracje dotyczące pożyczania pieniędzy na zakup przedmiotów, które nie były im niezbędne, a jedynym motywem zakupu była trudna do opanowania chęć posiadania. O ile wśród osób niemających problemu z zakupami było w takiej sytuacji w ciągu ostatniego roku niespełna 7% respondentów, o tyle w grupie mających problem z kompulsywnym kupowaniem – więcej niż co piąty (25,2%).

W 2012 roku odsetki deklaracji wśród zagrożonych uzależnieniem kobiet i mężczyzn były w omawianym kontekście zbliżone; w ciągu dwóch lat znacznie wzrósł (do blisko 1/3) odsetek mężczyzn spełniających swe zakupowe pragnienia za pożyczone pieniądze (rys. 4.9).

Rysunek 4.9



4.4. ZWYCZAJE KONSUMENCKIE OSÓB Z PROBLEMEM ZAKUPOWYM

4.4.1. PREFERENCJE DOTYCZĄCE PRODUKTÓW

Aktualnie uzyskane dane potwierdzają[18] tezy z poprzedniej edycji badania:

- osoby zdradzające symptomy uzależnienia od zakupów zainteresowane są w sposób szczególny określonymi rodzajami produktów;
- zainteresowanie określonymi rodzajami produktów jest charakterystyczne dla płci.

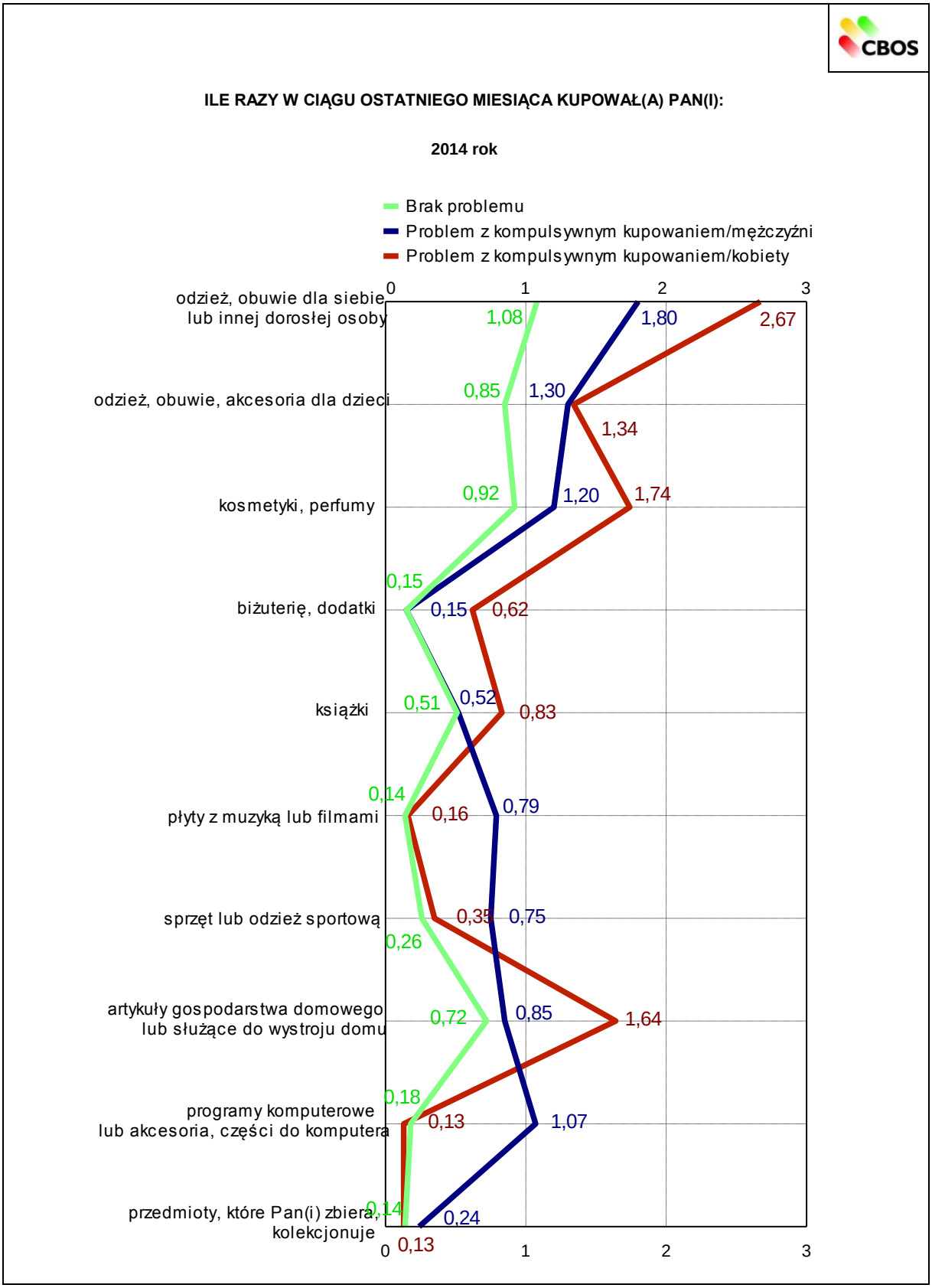
Na przestrzeni ostatnich dwóch lat nie uległy zmianie zarówno preferencje produktowe kobiet mających problem z zakupami, jak i średnia deklarowane częstości dokonywania przez nie określonych zakupów. W obszarze ich szczególnego zainteresowania leżą wciąż następujące grupy produktów:

- odzież, obuwie dla siebie lub innej dorosłej osoby,
- kosmetyki, perfumy,
- biżuteria, dodatki,
- artykuły gospodarstwa domowego lub służące do wystroju domu.

W przypadku mężczyzn zagrożonych uzależnieniem od zakupów notujemy obecnie brak specyficznych obszarów zainteresowań produktowych[19] - w swoich preferencjach zbliżeni są do osób niezagrożonych uzależnieniem (rys. 4.10, 4.10a, 4.10b, 4.10c).

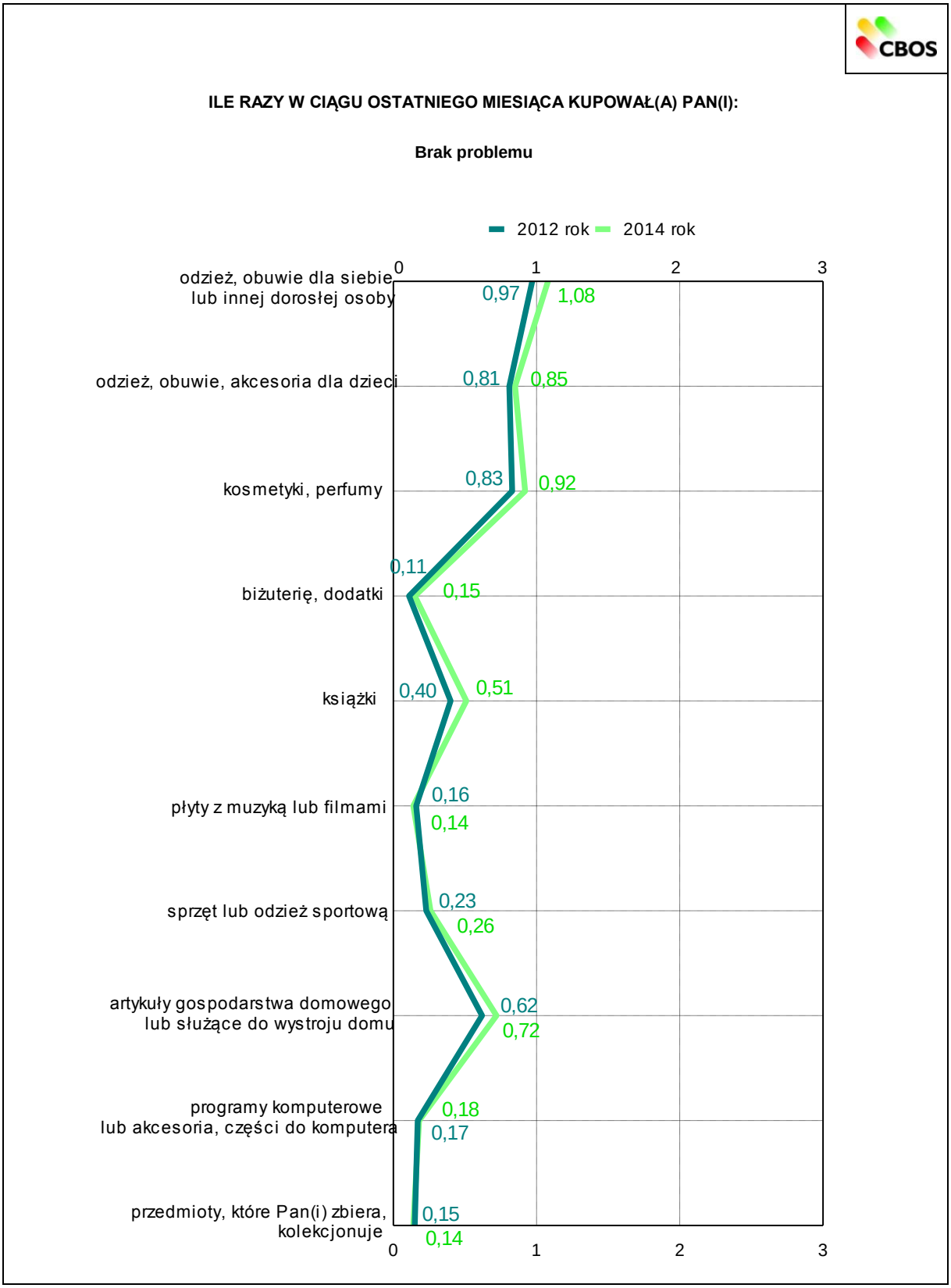
[18] ANOVA, test Duncana

Rysunek 4.10

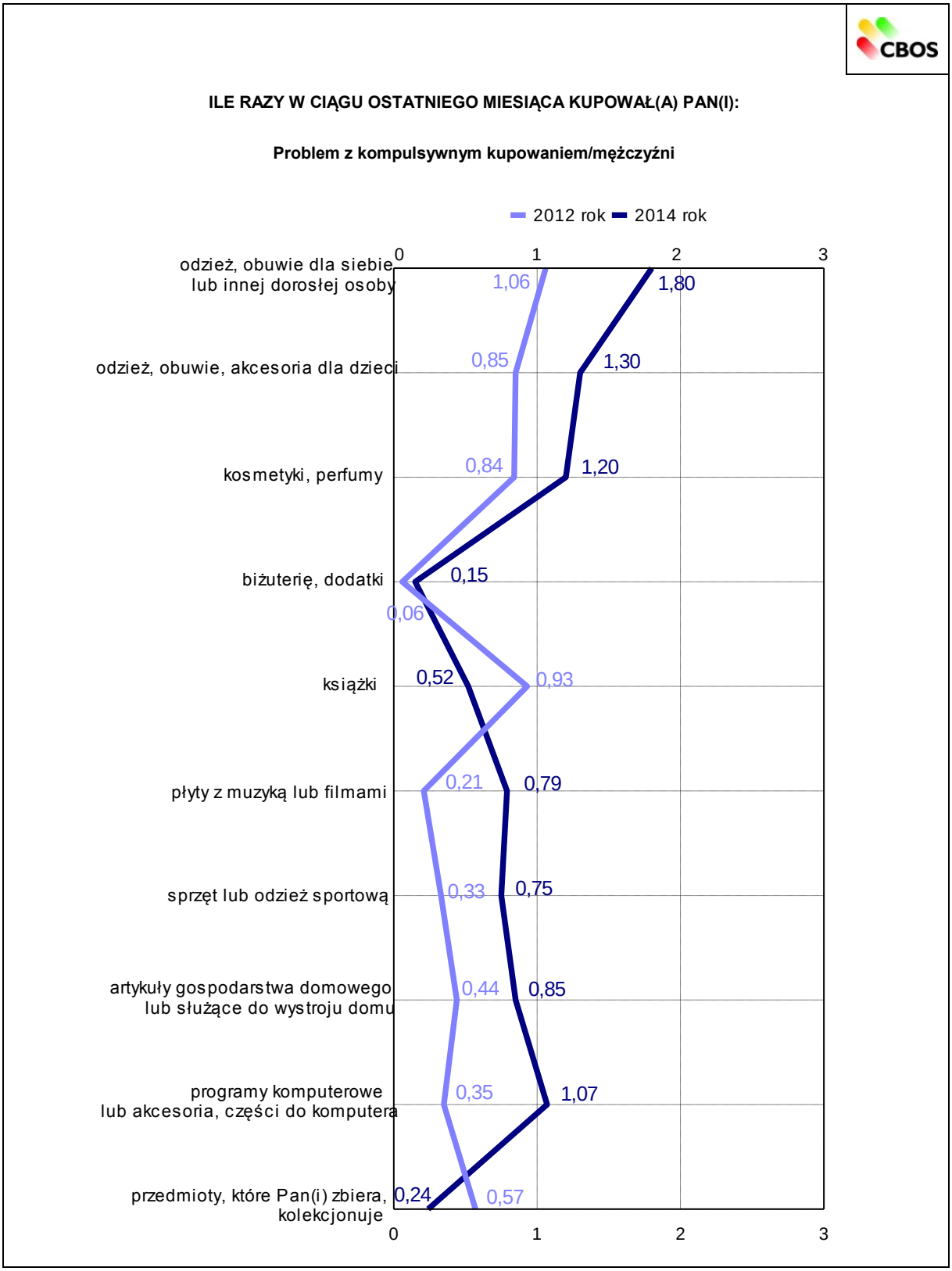


[19] Źródłem zmian może być ograniczona liczebność tej grupy (zbliżony odsetek, ale niższa podstawa procentowania, ze względu na znacznie mniejszą liczebność próby).

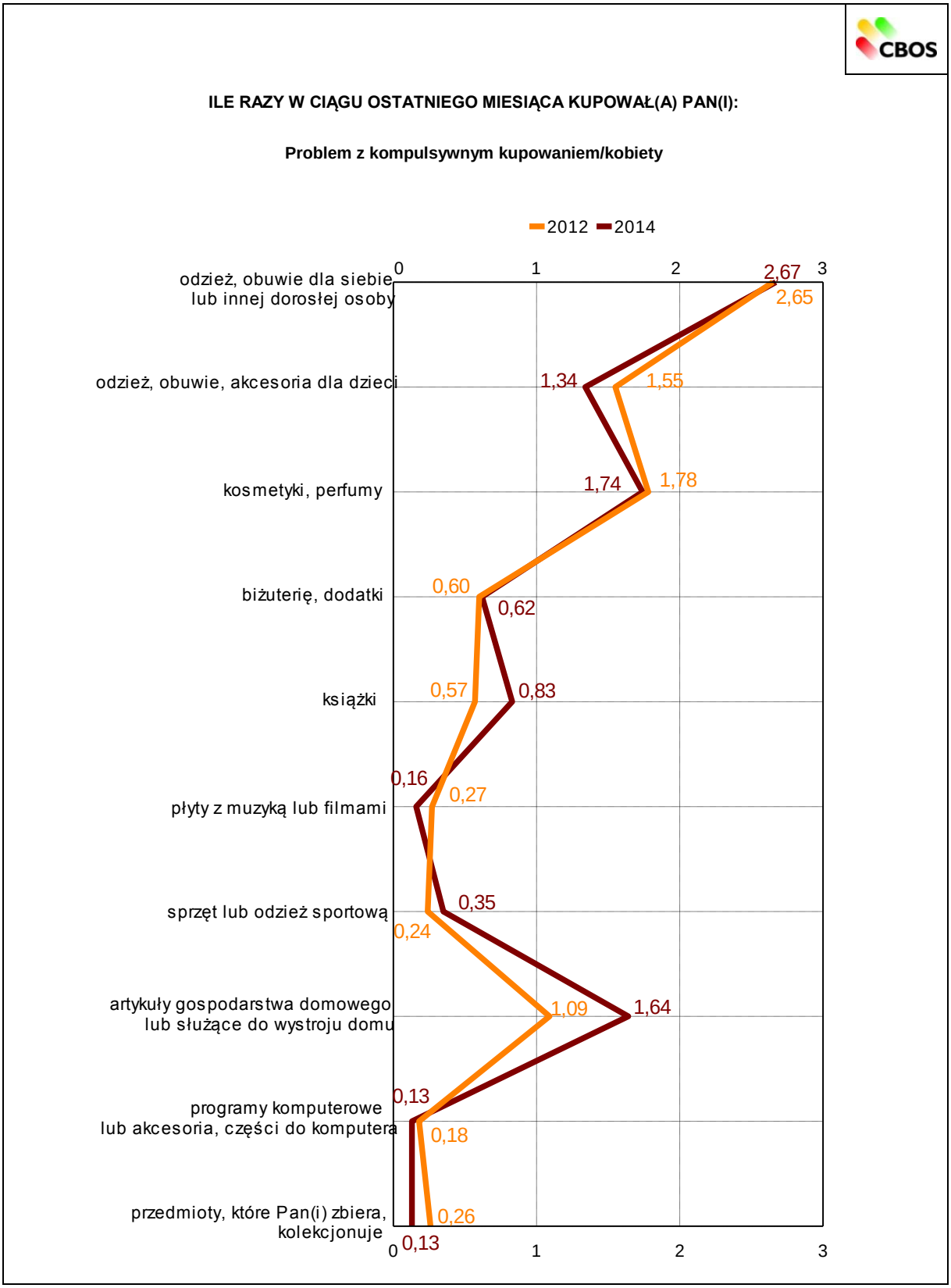
Rysunek 4.10a



Rysunek 4.10b



Rysunek 4.10c



4.4.2. MIEJSCA DOKONYWANIA ZAKUPÓW

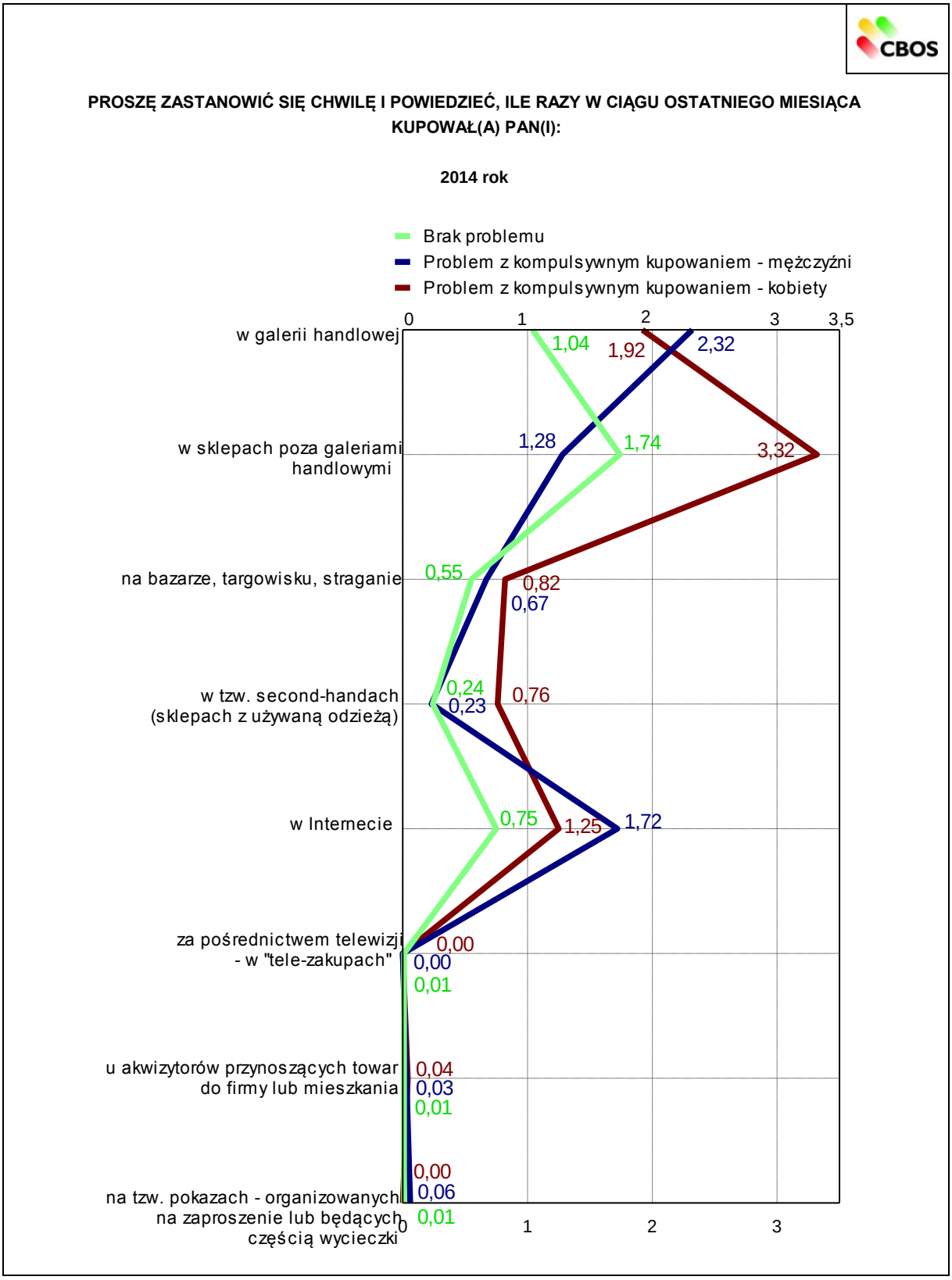
Osoby zdradzające symptomy uzależnienia od zakupów kupują generalnie w tych samych miejscach, co niemający tego problemu, jednak – biorąc pod uwagę średnią deklarowaną częstość kupowania – niektóre z nich preferują w sposób szczególny. Do miejsc, w których zagrożeni uzależnieniem robią zakupy istotnie częściej niż osoby niezagrożone[20] należą przede wszystkim galerie handlowe, a także sklepy poza galeriami handlowymi (kobiety), „second-handy" (kobiety) i Internet.

Mężczyźni mający problem z zakupami obecnie nieco chętniej niż w 2012 roku kupują w galeriach handlowych i w Internecie. Kobiety zagrożone uzależnieniem również nieco częściej dokonują zakupów w sieci; w pewnym stopniu przeniosły też swoje zainteresowanie z galerii handlowych, na sklepy działające poza nimi.

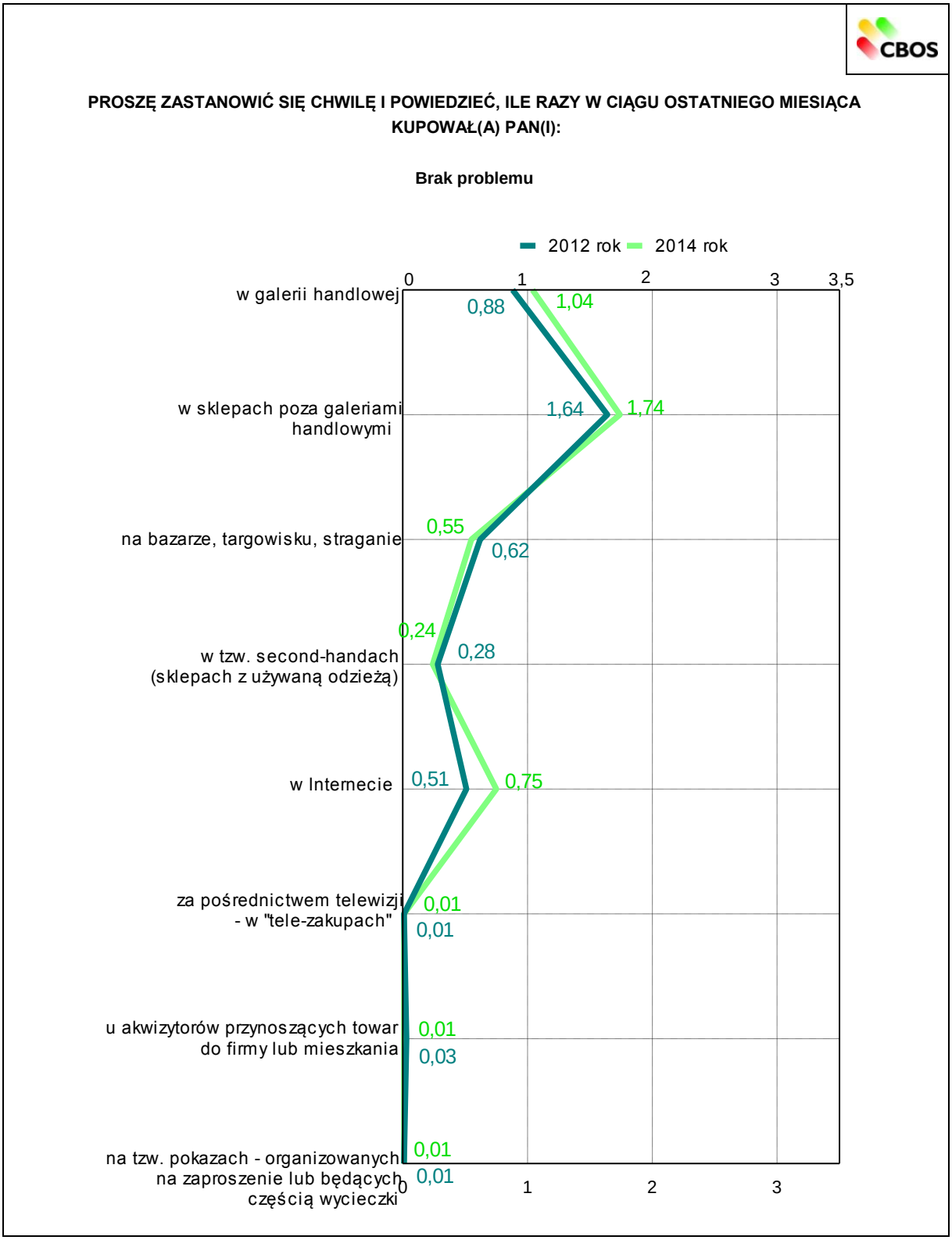
Zwyczaje osób wolnych od problemu kompulsywnych zakupów, w zakresie miejsc dokonywania zakupów, nie uległy zmianie na przestrzeni ostatnich dwóch lat (rys. 4.11, 4.11a, 4.11b, 4.11c).

[20] ANOVA, test Duncana

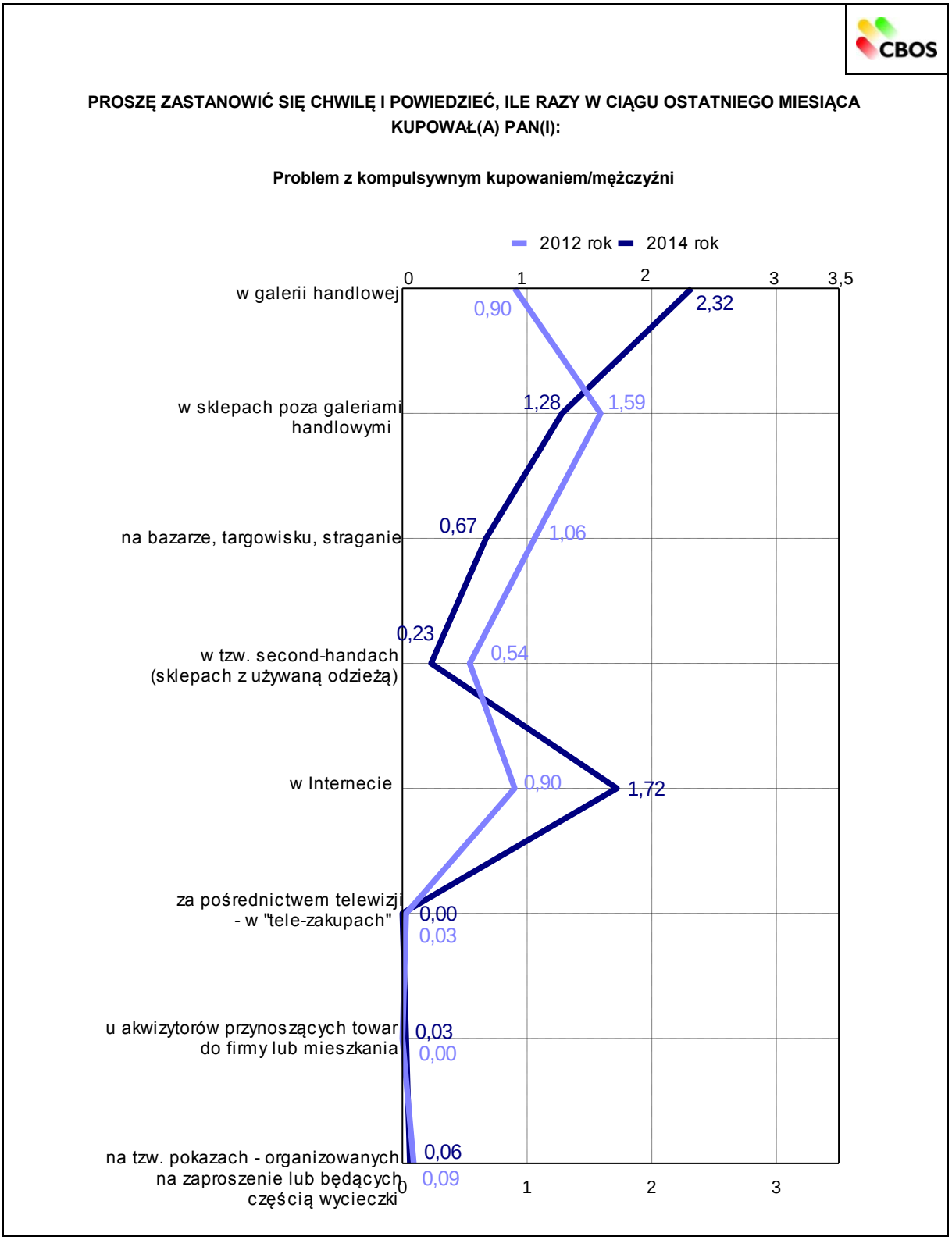
Rysunek 4.11


CBOS
PROSZĘ ZASTANOWIĆ SIĘ CHWILĘ I POWIEDZIEĆ, ILE RAZY W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA KUPOWAŁ(A) PAN(I):
2014 rok
Brak problemu
Problem z kompulsywnym kupowaniem - mężczyźni
Problem z kompulsywnym kupowaniem - kobiety
0
1
2
3
3,5
w galerii handlowej
1,04
1,92
2,32
w sklepach poza galeriami handlowymi
1,28
1,74
3,32
na bazarze, targowisku, straganie
0,55
0,82
0,67
w tzw. second-handach (sklepach z używaną odzieżą)
0,24
0,23
0,76
w Internecie
0,75
1,25
1,72
za pośrednictwem telewizji - w "tele-zakupach"
0,00
0,00
0,01
u akwizytorów przynoszących towar do firmy lub mieszkania
0,04
0,03
0,01
na tzw. pokazach - organizowanych na zaproszenie lub będących częścią wycieczki
0,00
0,06
0,01

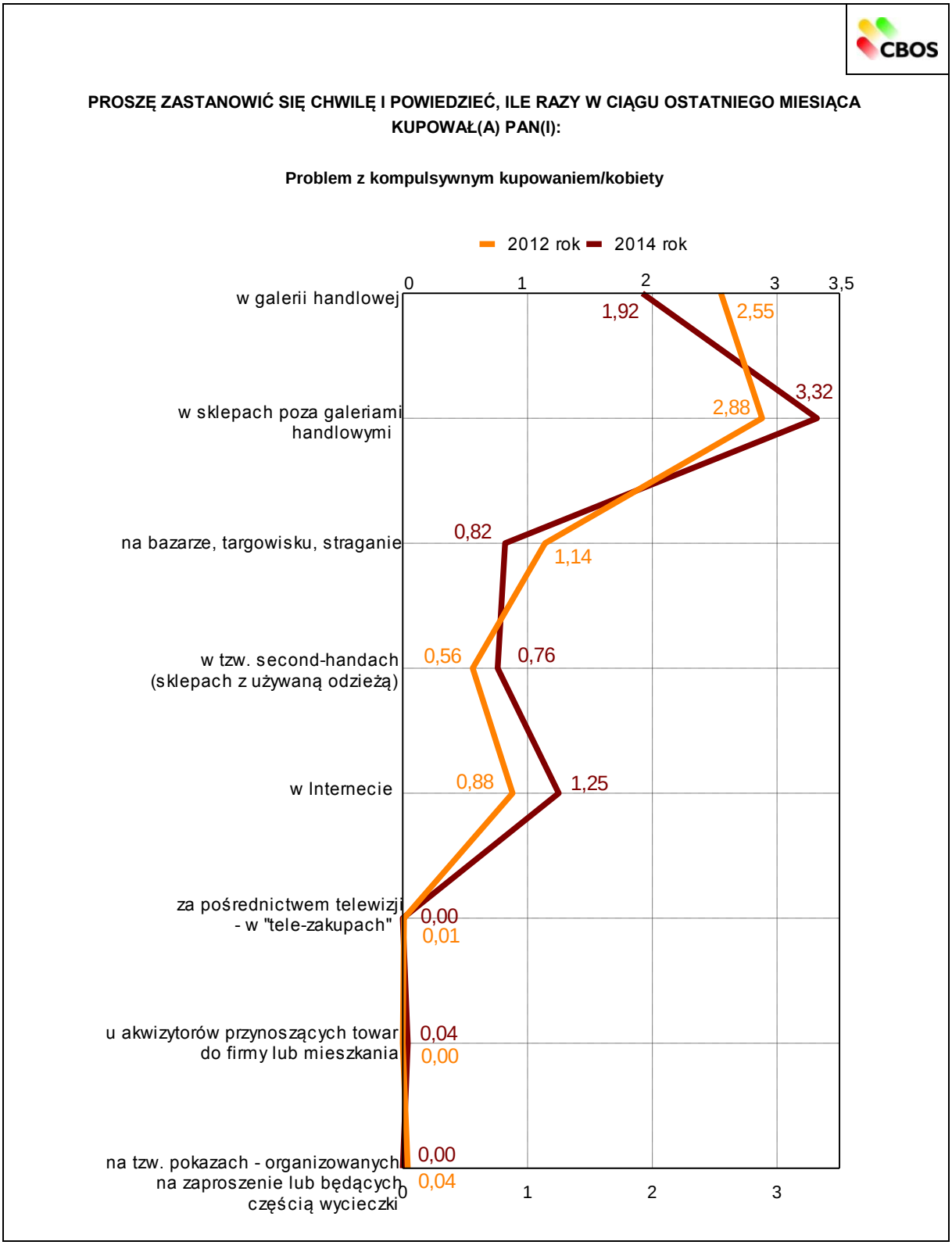
Rysunek 4.11a



Rysunek 4.11b



Rysunek 4.11c



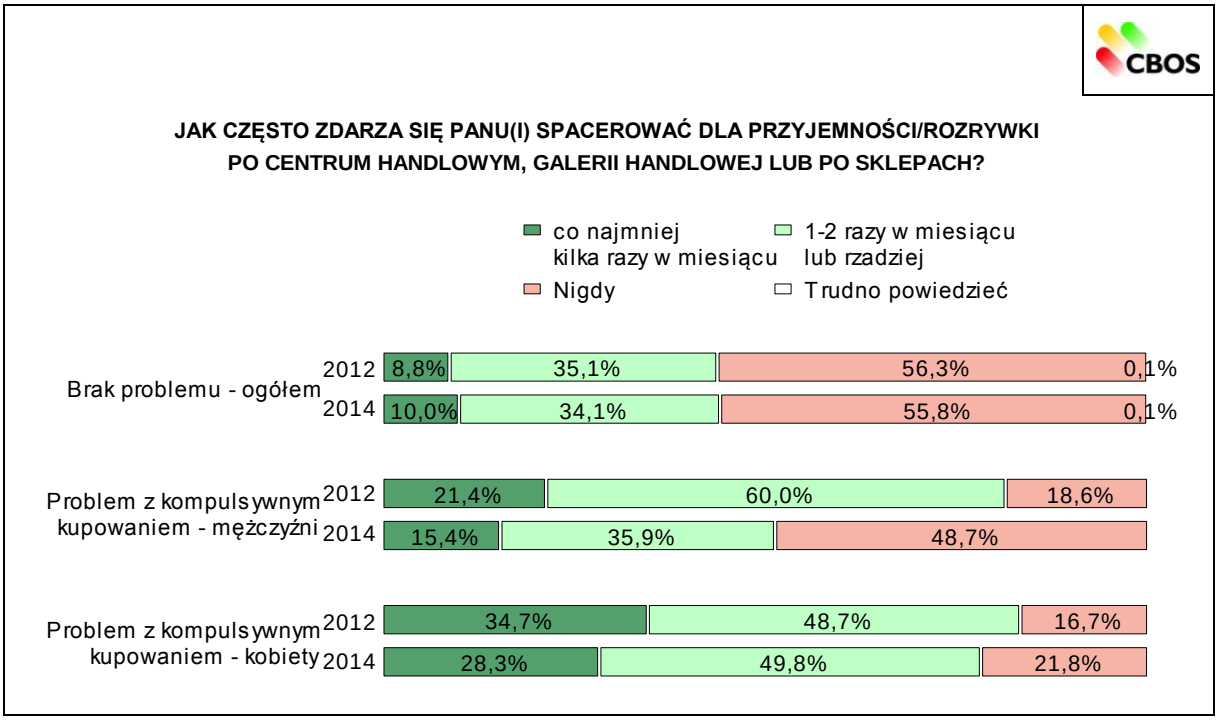
4.5. „WINDOWS – SHOPPING”

„Windows shopping” oznacza poświęcanie czasu na oglądanie towarów wystawionych na sprzedaż, bez zamiaru kupna. Według literatury przedmiotu, tego rodzaju zachowanie może towarzyszyć uzależnieniu od zakupów i być traktowane jako jeden z jego symptomów.

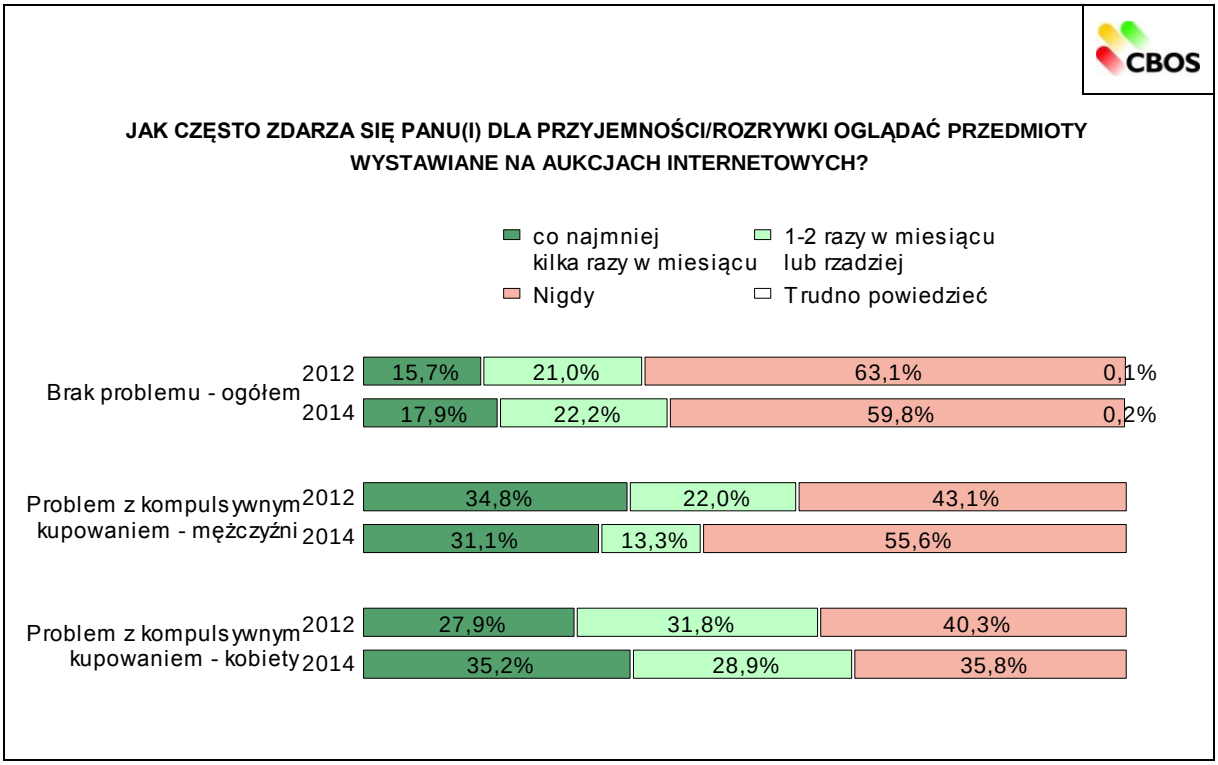
Niniejsze badanie potwierdza tę tezę: osoby zdradzające symptomy uzależnienia od zakupów zdecydowanie częściej w porównaniu z niemającymi tego problemu spędzają czas spacerując dla przyjemności po galeriach handlowych lub sklepach (72,5% wobec 44,2%); częściej również oglądają towary oferowane na aukcjach internetowych (60,0% wobec 40,2%) i w wirtualnych sklepach (61,2% wobec 39,9%).

Analiza osób z problemem zakupowym na poziomie ogólnym może być jednak nieco myląca, ponieważ w tym kontekście deklaracje badanych istotnie różnicuje płeć. W ciągu dwóch lat dzielących poprzednie i aktualne badanie spadła nieco aktywność w zakresie „windows shopping” uzależnionych od zakupów mężczyzn i obecnie nie różnią się oni w sposób znaczący od osób niemających problemu zakupowego. „Windows shopping” stało się domeną uzależnionych od zakupów kobiet – wprawdzie obecnie nieco rzadziej niż przed dwoma laty deklarują oglądanie dla przyjemności towarów wystawionych na sprzedaż w galeriach handlowych i sklepach (spadek o 5,1 punktu), niemniej jednak wciąż mniej lub bardziej regularnie robi to blisko 80% spośród nich. Towarzyszy temu zwiększenie o podobną wartość odsetków deklaracji monitorowania oferty handlowej na aukcjach internetowych (o 4,5 punktu) i w sklepach internetowych (o 4,3 punktu). Uzyskane dane stanowią kolejne potwierdzenie „damskiego” charakteru uzależnienia od zakupów (rys. 4.12, 4.13, 4.14).

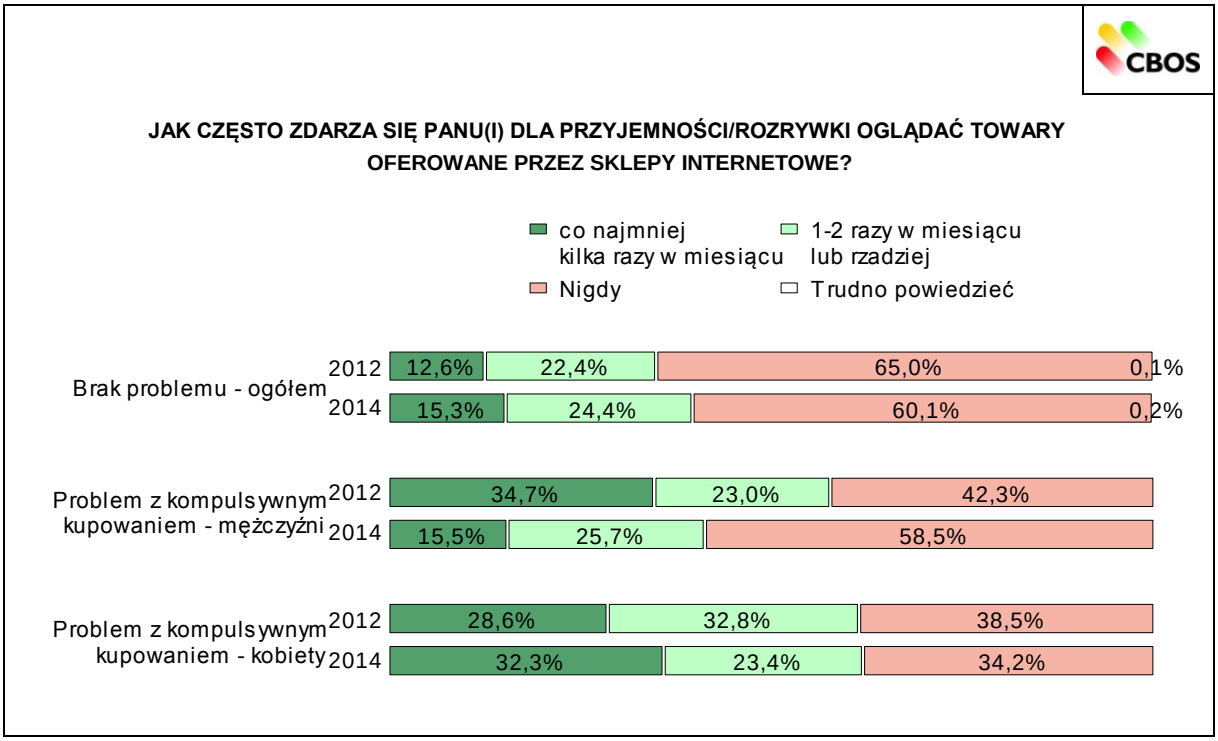
Rysunek 4.12



Rysunek 4.13



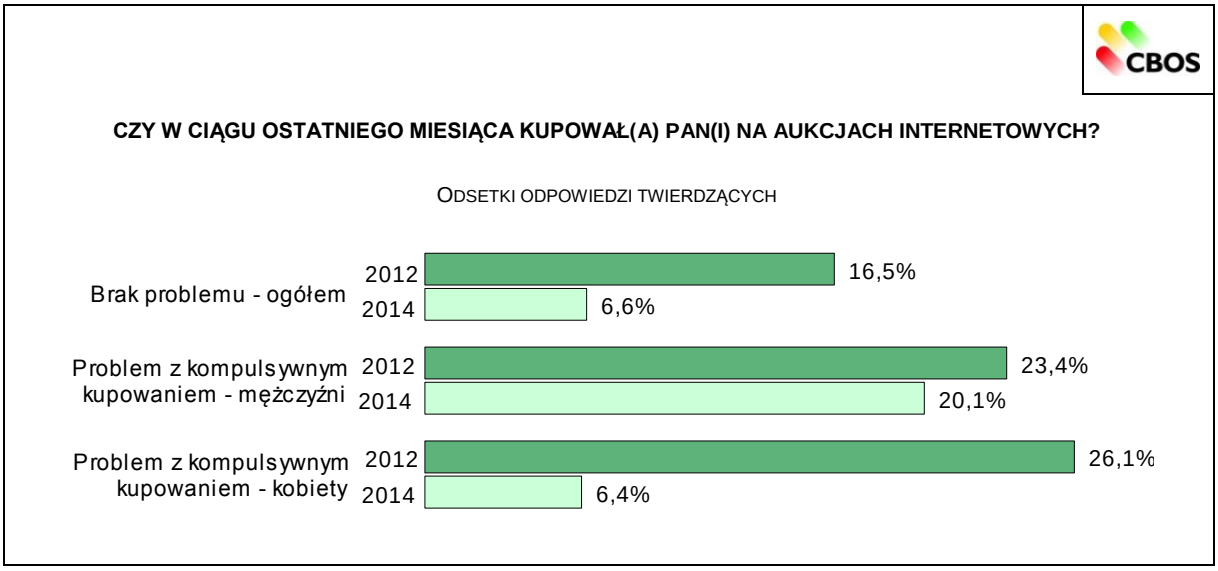
Rysunek 4.14



4.6. AUKCJE INTERNETOWE

Na poziomie analizy ogólnej osoby zdefiniowane jako mające problem z kompulsywnym kupowaniem nie różnią się w sposób znaczący od niemających tego problemu, jeśli chodzi o deklaracje zakupów dokonanych w ciągu ostatniego miesiąca na internetowych aukcjach z licytacją: odsetki deklaracji kształtują się odpowiednio na poziomie 9,3% i 6,6%. Podobnie jak w kwestii „windows shopping", istotnym czynnikiem różnicującym jest jednak w tym przypadku płeć. W stosunku do 2012 roku ta forma zakupów znacząco straciła na popularności wśród kobiet z problemem zakupowym (spadek o 19,7 punktów) – obecnie odsetek deklaracji w tej grupie jest niemal identyczny, jak wśród osób niemających problemu. Internetowe aukcje z licytacją stały się domeną mężczyzn zagrożonych uzależnieniem od zakupów – w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie z tej formy zakupów skorzystał co piąty spośród nich (rys. 4.15).

Rysunek 4.15



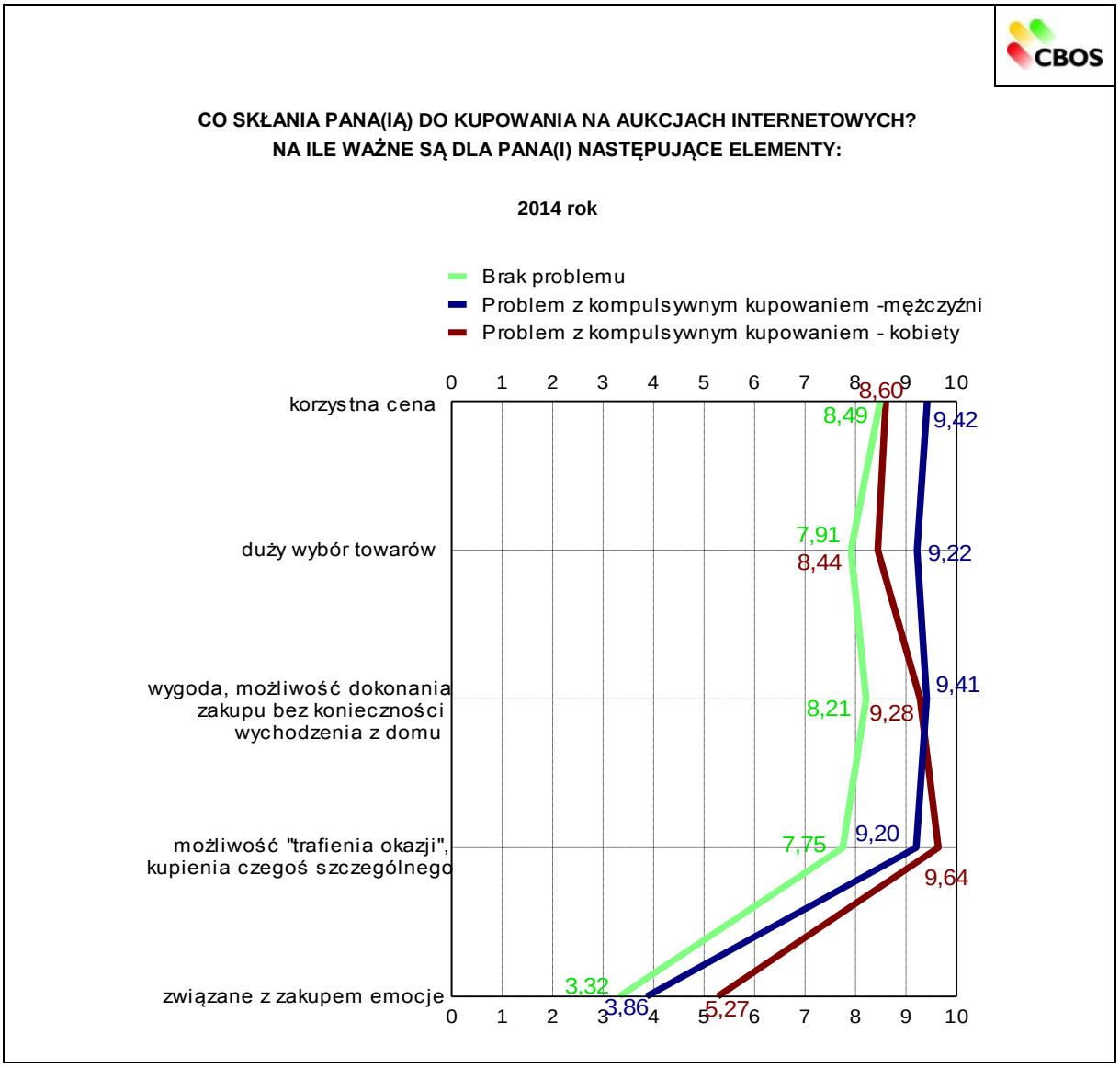
Czynnikami, które w zbliżonym stopniu skłaniają do kupowania na aukcjach internetowych są: korzystna cena, duży wybór towarów, wygoda i możliwość „trafienia okazji"; mniejszą „moc przyciągającą" mają natomiast związane z zakupem emocje.

Średnie oceny czterech z pięciu ujętych w pytaniu cech nie różnicują w sposób istotny[21] osób mających problem z zakupami (także w podziale na płeć) i pozostałych kupujących na aukcjach internetowych. Wyjątkiem jest motyw „trafienia okazji", wyróżniający osoby mające problem zakupowy, ale nawet w tym przypadku mamy do czynienia ze słabą zależnością. Oznacza to, że kupując na akcjach internetowych ludzie kierują się podobnymi motywami, niezależnie od osobistego zagrożenia uzależnieniem od zakupów i od płci.

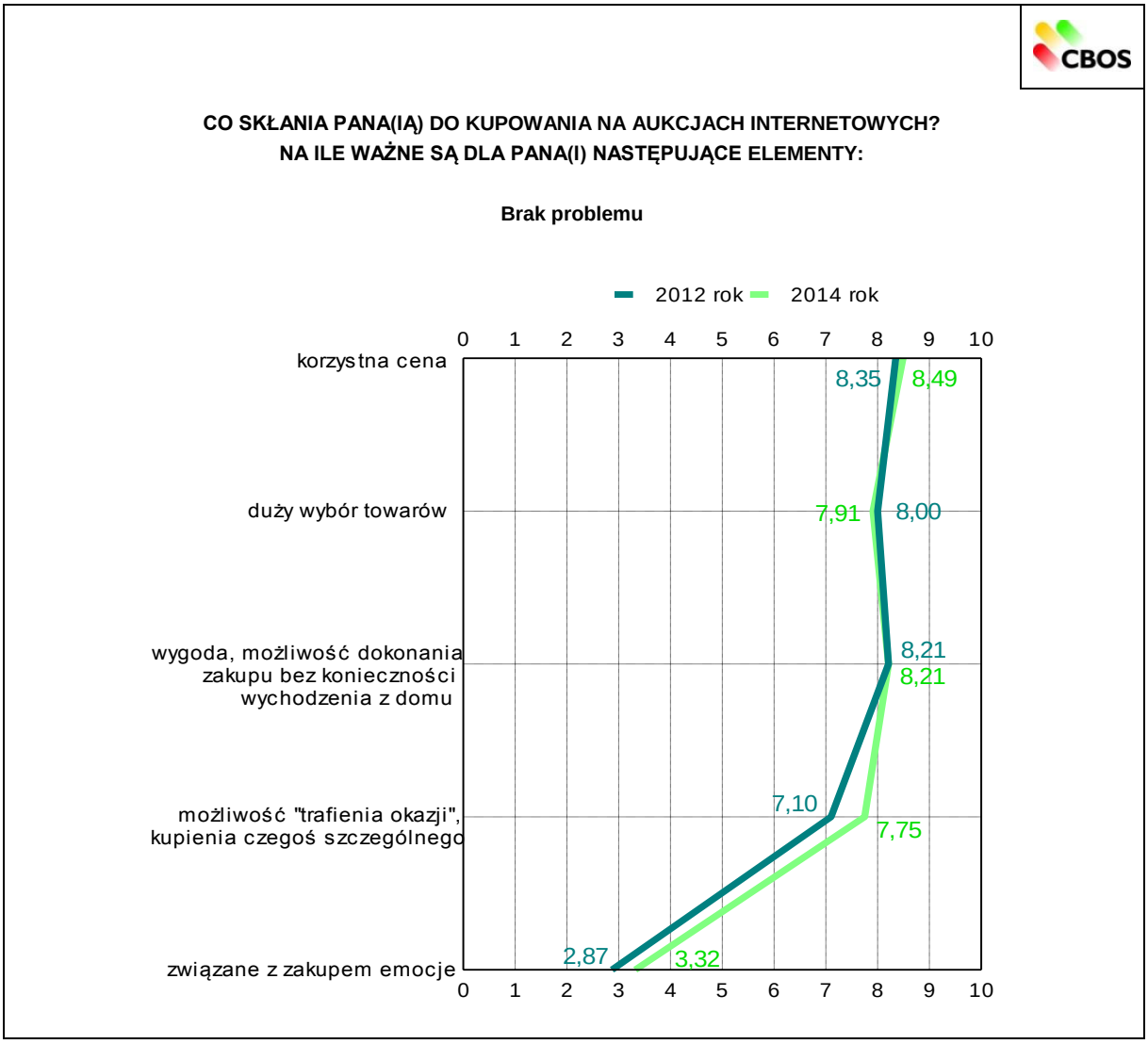
Konkluzja ta stanowi różnicę w porównaniu z poprzednimi badaniami – dwa lata temu bowiem w tym kontekście istotnie wyróżniali się mężczyźni zagrożeni uzależnieniem od zakupów, dla których kupowanie na aukcjach internetowych miało szczególny urok ze względu na związane z tym emocje. (rys. 4.16, 4.16a, 4.16b, 4.16c).

[21] ANOVA, test Duncana.

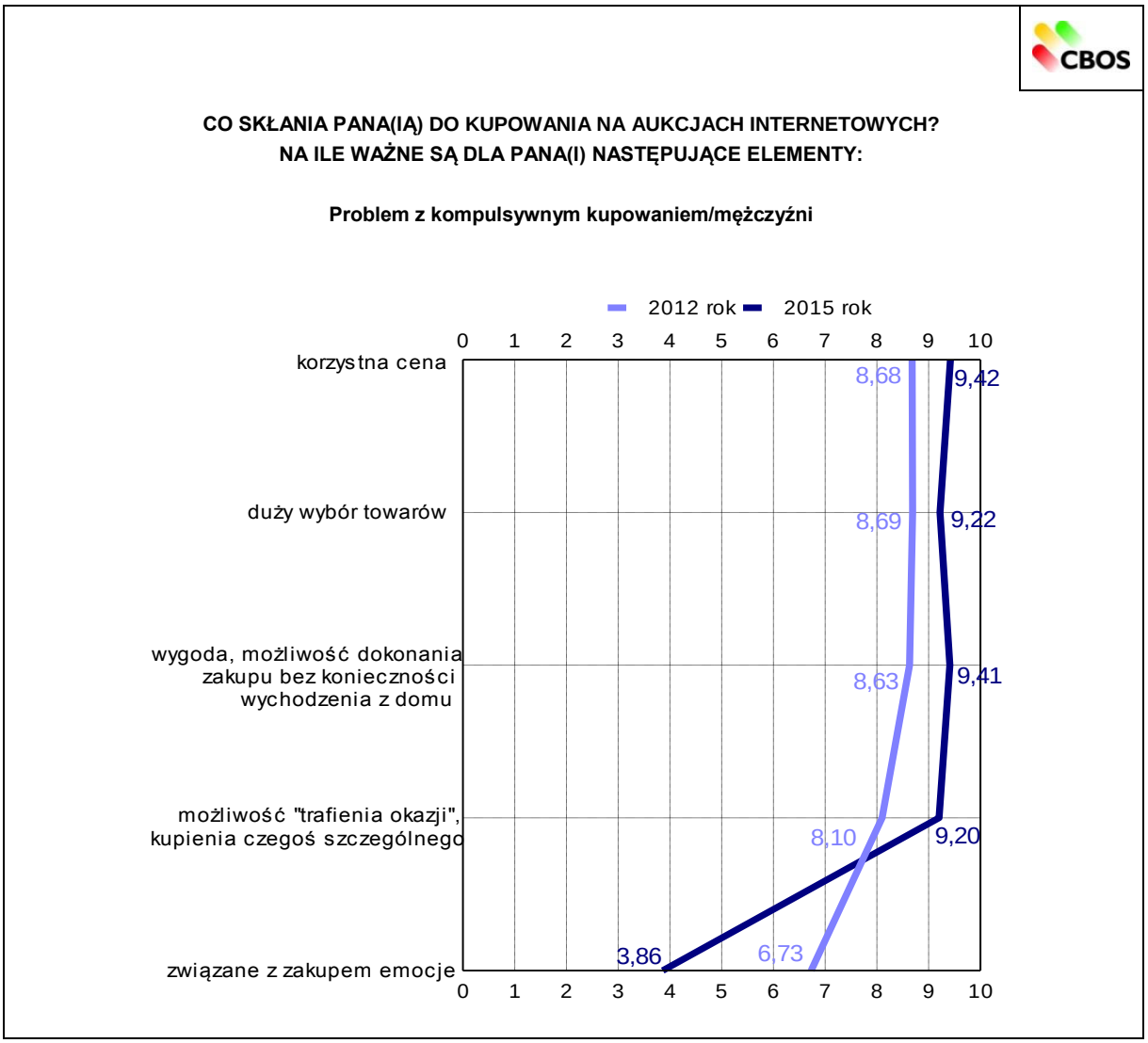
Rysunek 4.16


CBOS
CO SKŁANIA PANA(IĄ) DO KUPOWANIA NA AUKCJACH INTERNETOWYCH?
NA ILE WAŻNE SĄ DLA PANA(I) NASTĘPUJĄCE ELEMENTY:
2014 rok
Brak problemu
Problem z kompulsywnym kupowaniem -mężczyźni
Problem z kompulsywnym kupowaniem - kobiety
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
korzystna cena
duży wybór towarów
wygoda, możliwość dokonania zakupu bez konieczności wychodzenia z domu
możliwość "trafienia okazji", kupienia czegoś szczególnego
związane z zakupem emocje
8,49
8,60
9,42
7,91
8,44
9,22
8,21
9,28
9,41
7,75
9,20
9,64
3,32
3,86
5,27

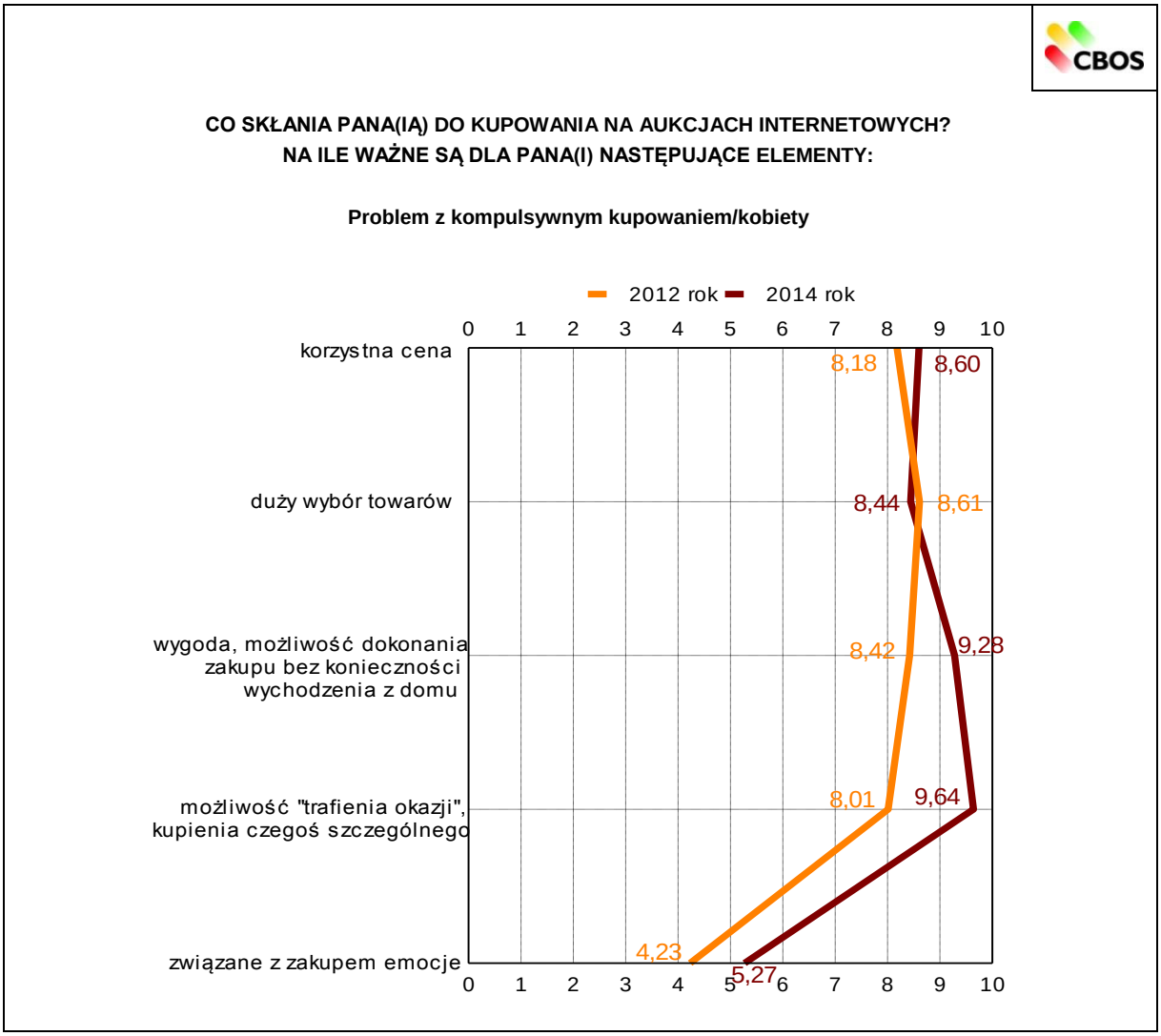
Rysunek 4.16a



Rysunek 4.16b



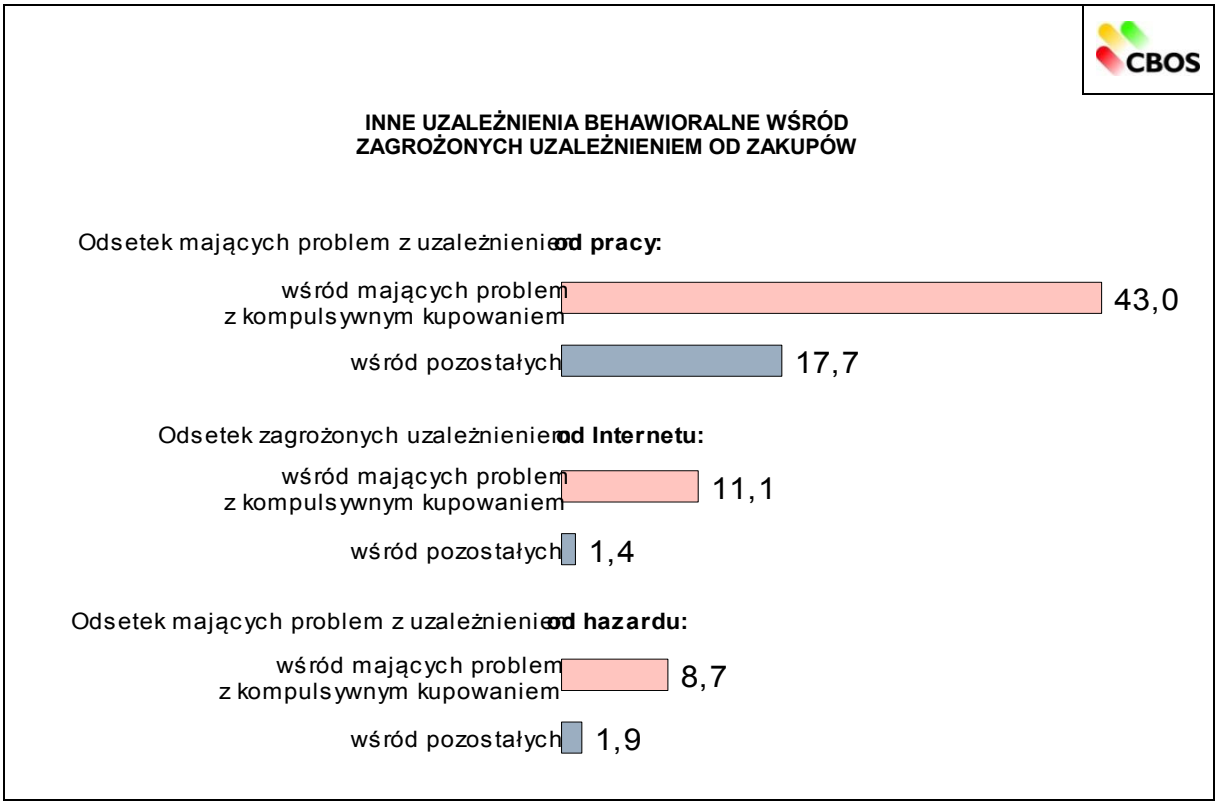
Rysunek 4.16c



4.7. KOMPULSYWNE ZAKUPY A INNE UZALEŻNIENIA

Niniejsze badanie potwierdza istnienie zjawiska współwystępowania uzależnień behawioralnych - osoby zdradzające symptomy uzależnienia od zakupów zdecydowanie częściej niż wolni od tego zagrożenia zdradzają bowiem jednocześnie objawy innego problemu. Ponad dwie piąte „zakupoholików" to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy; co dziesiąta jest zagrożona uzależnieniem od Internetu, niemal tyle samo ma problem z uzależnieniem od hazardu. W przypadku osób niezagrożonych uzależnieniem od zakupów odsetki te są niższa i sięgają odpowiednio 17,7%, 1,4% i 1,9% (rys. 4.17).

Rysunek 4.17



W kwestii współwystępowania uzależnień behawioralnych, w grupie „patologicznych zakupowiczów" notujemy różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami, zwłaszcza w odniesieniu do hazardu i siecioholizmu[22]. Kobiety mające problem z zakupami są bardziej niż mężczyźni zagrożone jednoczesnym uzależnieniem od Internetu (odpowiednio 13,7% i 0,0%). W przypadku mężczyzn natomiast, problemowi zakupowemu częściej wydaje się towarzyszyć problem z hazardem (40,0% wobec 0,0% wśród uzależnionych od zakupów kobiet).

[22] Dane należy traktować z ostrożnością, że względu na małą liczebność grup.

5. ANALIZA KORELACJI POMIĘDZY WYSTĘPOWANIEM UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH, A UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Swoisty efekt aureoli, polegający na stygmatyzacji osób uzależnionych poprzez przypisywanie im oprócz uzależnień, na które rzeczywiście są podatni, innych zachowań problemowych – uzależnień behawioralnych, czy od substancji chemicznych, zdaje się nie w pełni znajdować swoje odbicie w stanie faktycznym. W szczególności w zakresie współwystępowania uzależnień od substancji psychoaktywnych, a uzależnień behawioralnych.

5.1. POCHODNE THC, INNE NARKOTYKI, LEKI PSYCHOAKTYWNE

W poniższym rozdziale przedstawiono zależności między występowaniem uzależnień behawioralnych, takich jak uzależnienie od zakupów, pracy, hazardu i sieci a przyjmowaniem narkotyków (marihuany i haszyszu, LSD, amfetaminy, grzybów halucynogennych, ecstasy, kokainy, heroiny, kompotu, sterydów anabolicznych, środków wziewnych i dopalaczy) oraz leków uspokajających i nasennych wydawanych na receptę.

5.1.1. MARIHUANA I HASZYSZ

Spośród innych będących przedmiotem analizy substancji psychoaktywnych na uwagę zasługuje przede wszystkim marihuana i haszysz. Dzieje się tak zarówno z uwagi na rozpowszechnienie tej substancji w populacji, jak również związki z uzależnieniami behawioralnymi.

Ogólnie rzecz biorąc, osoby u których występuje choć jedno z omawianych uzależnień behawioralnych częściej niż osoby nie mające tego typu skłonności kiedykolwiek w życiu miały kontakt z marihuaną lub haszyszem.

Tabela 5.1

		Występowanie co najmniej jednego uzależnienia behawioralnego	
		nie	tak
Używanie marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu	nie	87,8%	82,9%
	tak	12,2%	17,1%

W grupie uzależnionych udział osób mających doświadczenia z THC wynosi 17,1%, podczas gdy wśród pozostałych 12,2%.

Jednocześnie osoby, które są uzależnione od poszczególnych omawianych zachowań o charakterze problemowym, częściej niż badani, w przypadku których odnotowano brak uzależnienia mieli w swoim życiu kontakt z marihuaną lub haszyszem. I tak wśród osób uzależnionych od pracy odsetek zażywających kiedykolwiek THC wynosi 16,8%, wśród zakupoholików jest to 30,4%, hazardzistów 24,0%, a zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od sieci aż 44,0%. Wśród osób nieuzależnionych od zachowań marihuany lub haszyszu używało nie więcej niż 13%.

Tabela 5.2

		Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem	
		Brak	Występuje	Brak	Występuje	Brak	Występuje	Brak	Występuje
Używanie marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu	nie	87,5%	83,2%	87,4%	69,6%	86,8%	76,0%	87,1%	56,0%
	tak	12,5%	16,8%	12,6%	30,4%	13,2%	24,0%	12,9%	44,0%

Doświadczenie korzystania z marihuany i haszyszu nie pozostaje bez wpływu na występowanie symptomów uzależnienia od tych substancji. Ryzykowne zachowania związane z THC w pewnym stopniu wiążą się również z występowaniem symptomów uzależnień behawioralnych.

Tabela 5.3

		Symptomy uzależnienia od marihuany	
		brak	występują
Indeks uzależnienia od pracy	brak pracoholizmu, wydajny pracownik	98,7%	1,3%
	zagrożenie uzależnieniem od pracy	98,4%	1,6%
	problem z uzależnieniem od pracy	98,4%	1,6%
Indeks uzależnienia od zakupów	brak problemu	98,6%	1,4%
	problem z kompulsywnym kupowaniem	97,2%	2,8%
Indeks uzależnienia od hazardu	brak problemu	98,4%	1,6%
	niski poziom ryzyka uzależnienia	96,4%	3,6%
	umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia i problem z hazardem	92,7%	7,3%
Indeks uzależnienia od internetu	przeciętny użytkownik Internetu	98,6%	1,4%
	zagrożenie uzależnieniem od Internetu i uzależnienie od internetu	95,0%	5,0%

W przypadku każdego z omawianych uzależnień behawioralnych, odsetek osób przejawiających symptomy uzależnienia od marihuany i haszyszu jest większy w grupach ryzyka i wśród osób już uzależnionych niż wśród badanych wolnych od problemu.

W przypadku pracoholizmu symptomy uzależnienia przejawia nie więcej niż dwóch na stu badanych, niezależnie od grupy ryzyka, w której się znajduje.

Zakupoholicy częściej przejawiają symptomy uzależnienia od marihuany niż osoby nie mające tego problemu. W przypadku kompulsywnie kupujących przesłanki nałogu można zaobserwować u 2,8% badanych, podczas gdy u nieuzależnionych - u mniej więcej jednego na stu (1,4%).

W grupie nałogowych hazardzistów i osób cechujących się umiarkowanym poziomem ryzyka uzależnienia od hazardu 7,3% to osoby mające symptomy uzależnienia od marihuany. Jest to blisko dwa razy więcej niż wśród osób z niskim poziomem ryzyka i ponad trzykrotnie więcej niż wśród osób niemających problemu z grą.

Uzależnione od marihuany są również częściej osoby będące w grupie ryzyka związanej z nadmiernym korzystaniem z Internetu. Wśród nich symptomy uzależnienia można zaobserwować u co dwudziestego (5,0%), podczas gdy wśród przeciętnych użytkowników - u 1,4%.

Tabela 5.4

		Uzależnienie od pracy	Uzależnienie od zakupów	Uzależnienie od hazardu	Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem
Czy w ciągu całego życia zdarzyło się Panu(i) używać marihuany lub haszyszu?	Korelacja Pearsona	,082**	,101**	,111**	,096**
	Istotność (dwustronna)	,000	,000	,001	,000
	N	2491	2491	854	2491

* Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

** Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Ogólnie rzecz biorąc, analizując wartości współczynników korelacji między częstotliwością przyjmowania marihuany a indeksami uzależnienia od pracy, zakupów, hazardu i sieci, należy uznać, że choć pewna zależność występuje, to nie jest ona silna. Niemniej osoby uzależnione od pewnych zachowań nieco częściej przejawiają symptomy uzależnienia od kannabinoli, niż badani nie mający takich problemów.

5.1.2. POZOSTAŁE NARKOTYKI

Trudno jest dostrzec zależność między doświadczeniem przyjmowania narkotyków a uzależnieniami behawioralnymi w przypadku konkretnych substancji psychoaktywnych, ze względu na ich niewielkie rozpowszechnienie w badanej próbie.

Tabela 5.5

		Występowanie co najmniej jednego uzależnienia behawioralnego	
		nie	tak
Używanie LSD kiedykolwiek w życiu	nie	99,30%	99,20%
	tak	0,70%	0,80%
Używanie amfetaminy kiedykolwiek w życiu	nie	98,30%	97,30%
	tak	1,70%	2,70%
Używanie grzybów halucynogennych kiedykolwiek w życiu	nie	99,30%	98,50%
	tak	0,70%	1,50%
Używanie ecstasy kiedykolwiek w życiu	nie	99,20%	99,70%
	tak	0,80%	0,30%
Używanie kokainy kiedykolwiek w życiu	nie	99,40%	99,50%
	tak	0,60%	0,50%
Używanie heroiny kiedykolwiek w życiu	nie	99,90%	100,00%
	tak	0,10%	0,00%
Używanie kompotu kiedykolwiek w życiu	nie	99,70%	100,00%
	tak	0,30%	0,00%
Używanie sterydów anabolicznych kiedykolwiek w życiu	nie	99,60%	99,50%
	tak	0,40%	0,50%
Używanie substancji wziewnych kiedykolwiek w życiu	nie	99,30%	99,50%
	tak	0,70%	0,50%
Używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu	nie	98,60%	98,70%
	tak	1,40%	1,30%

Doświadczenia z narkotykami, poza marihuaną, są w społeczeństwie na tyle jednostkowe, że ich współwystępowanie z uzależnieniami behawioralnymi trudno traktować jako zjawiska skorelowane. Jest to raczej rodzaj koincydencji.

Tabela 5.6

		Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem	
		Brak	Występuje	Brak	Występuje	Brak	Występuje	Brak	Występuje
Używanie LSD kiedykolwiek w życiu	nie	99,3%	99,1%	99,3%	100,0%	99,3%	100,0%	99,3%	100,0%
	tak	,7%	,9%	,7%	0,0%	,7%	0,0%	0,7%	0,0%
Używanie amfetaminy kiedykolwiek w życiu	nie	98,2%	97,6%	98,2%	94,9%	98,2%	86,4%	98,2%	94,3%
	tak	1,8%	2,4%	1,8%	5,1%	1,8%	13,6%	1,8%	5,7%
Używanie grzybów halucynogennych kiedykolwiek w życiu	nie	99,3%	98,3%	99,1%	100,0%	99,1%	100,0%	99,1%	97,6%
	tak	,7%	1,7%	,9%	0,0%	,9%	0,0%	0,9%	2,4%
Używanie ecstasy kiedykolwiek w życiu	nie	99,2%	99,7%	99,4%	98,2%	99,3%	100,0%	99,3%	100,0%
	tak	,8%	,3%	,6%	1,8%	,7%	0,0%	0,7%	0,0%
Używanie kokainy kiedykolwiek w życiu	nie	99,4%	99,6%	99,4%	99,3%	99,4%	100,0%	99,4%	100,0%
	tak	,6%	,4%	,6%	,7%	,6%	0,0%	0,6%	0,0%
Używanie heroiny kiedykolwiek w życiu	nie	99,9%	100,0%	99,9%	100,0%	99,9%	100,0%	99,9%	100,0%
	tak	,1%	0,0%	,1%	0,0%	,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Używanie „kompotu” kiedykolwiek w życiu	nie	99,7%	100,0%	99,7%	100,0%	99,8%	100,0%	99,7%	100,0%
	tak	,3%	0,0%	,3%	0,0%	,2%	0,0%	0,3%	0,0%
Używanie sterydów anabolicznych kiedykolwiek w życiu	nie	99,6%	99,4%	99,5%	100,0%	99,5%	100,0%	99,5%	100,0%
	tak	,4%	,6%	,5%	0,0%	,5%	0,0%	0,5%	0,0%
Używanie substancji wziewnych kiedykolwiek w życiu	nie	99,3%	99,4%	99,3%	100,0%	99,3%	100,0%	99,3%	100,0%
	tak	,7%	,6%	,7%	0,0%	,7%	0,0%	0,7%	0,0%
Używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu	nie	98,6%	98,7%	98,7%	97,8%	98,6%	100,0%	98,7%	94,3%
	tak	1,4%	1,3%	1,3%	2,2%	1,4%	0,0%	1,3%	5,7%

Pewne istotne zależności da się zauważyć pomiędzy doświadczeniami z używaniem amfetaminy a uzależnieniem od gier hazardowych. Osoby uzależnione od hazardu częściej deklarują, że brały kiedyś amfetaminę (1,8% do 13,6%), podobnie jak zakupo- i siecioholicy (odpowiednio 1,8% do 5,1% i 1,8% 5,7%), którzy również częściej deklarują doświadczenie z dopalaczami (1,3% do 5,7%).

Jedyną zależnością potwierdzoną w analizie korelacji jest związek hazardu z amfetaminą. Choć niewielki, jest on istotny statystycznie (r Pearsona=0,17; p<0,01).

Tabela 5.7

		Uzależnienie od pracy	Uzależnienie od zakupów	Uzależnienie od hazardu	Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem
Używanie LSD kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	-,018	-,011	,015	-,006
	Istotność (dwustronna)	,376	,580	,662	,757
	N	2492	2492	852	2492
Używanie amfetaminy kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	,022	,037	,170**	,006
	Istotność (dwustronna)	,275	,068	,000	,748
	N	2498	2498	855	2498
Używanie grzybów halucynogennych kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	,056**	-,019	,013	,020
	Istotność (dwustronna)	,005	,345	,711	,321
	N	2500	2500	857	2500
Używanie ecstasy kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	-,027	,031	,046	-,009
	Istotność (dwustronna)	,172	,117	,183	,645
	N	2500	2500	857	2500
Używanie kokainy kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	-,015	,004	,093**	-,009
	Istotność (dwustronna)	,466	,839	,006	,668
	N	2501	2501	857	2501
Używanie heroiny kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	-,023	-,005	----	-,003
	Istotność (dwustronna)	,247	,809	----	,893
	N	2501	2501	857	2501
Używanie „kompotu” kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	-,012	-,008	-,012	-,004
	Istotność (dwustronna)	,565	,694	,734	,826
	N	2499	2499	857	2499
Używanie sterydów anabolicznych kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	,015	-,013	,036	-,007
	Istotność (dwustronna)	,468	,508	,297	,712
	N	2501	2501	856	2501
Używanie substancji wziewnych kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	,003	-,016	,085*	-,009
	Istotność (dwustronna)	,875	,415	,012	,650
	N	2501	2501	857	2501
Używanie dopalaczy kiedykolwiek w życiu	Korelacja Pearsona	,010	,018	,017	,046
	Istotność (dwustronna)	,617	,382	,610	,022
	N	2499	2499	856	2499

* Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

** Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Gdyby podzielić badanych na tych, którzy w ciągu życia zażywali jakiekolwiek narkotyki z wyjątkiem marihuany i haszyszu i tych, którzy nie mieli takich doświadczeń okazałoby się, że mimo niewielkich zależności między uzależnieniami behawioralnymi a zażywaniem konkretnych substancji, w przypadku niektórych uzależnień istnieją pewne tendencje w ujęciu zbiorczym.

Tabela 5.8

		Używanie kiedykolwiek w życiu narkotyków bez marihuany	
		nie	tak
Indeks uzależnienia od pracy	brak pracoholizmu, wydajny pracownik	95,7%	4,3%
	zagrożenie uzależnieniem od pracy	95,2%	4,8%
	problem z uzależnieniem od pracy	94,8%	5,2%
Indeks uzależnienia od zakupów	brak problemu	95,4%	4,6%
	problem z kompulsywnym kupowaniem	94,9%	5,1%
Indeks uzależnienia od hazardu	brak problemu	95,5%	4,5%
	niski poziom ryzyka uzależnienia	89,0%	11,0%
	umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia i problem z hazardem	81,8%	18,2%
Indeks uzależnienia od internetu	przeciętny użytkownik Internetu	95,4%	4,6%
	zagrożenie uzależnieniem od Internetu i uzależnienie od internetu	91,9%	8,1%

O ile różnice między odsetkiem osób biorących narkotyki wśród nieuzależnionych, zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych, w przypadku pracoholizmu i zakupoholizmu nie są duże, to w przypadku hazardu należy uznać je za znaczne. Wśród ankietowanych kwalifikowanych do grupy niskiego ryzyka udział osób mających doświadczenie z narkotykami jest ponad dwukrotnie większy, niż w przypadku nieuzależnionych. W przypadku nałogowych hazardzistów różnica ta jest czterokrotna (odpowiednio 4,5%, 11,0% i 18,2%).

Podobnie wśród zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych od sieci – w przypadku tego uzależnienia, w grupie ryzyka styczność z narkotykami miało 8,1% badanych, a wśród przeciętnych użytkowników 4,6%.

5.1.3. LEKI PSYCHOAKTYWNE DOSTĘPNE NA RECEPTĘ

Ankietowani klasyfikowani jako uzależnieni od któregokolwiek z zachowań problemowych częściej niż inni przyjmowali kiedykolwiek w życiu leki uspokajające lub nasenne dostępne tylko na receptę.

Tabela 5.9

		Występowanie co najmniej jednego uzależnienia behawioralnego	
		nie	tak
Używanie leków psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu	nie	79,2%	74,4%
	tak	20,8%	25,6%

W grupie uzależnionych, leków psychoaktywnych (z zalecenia lekarza lub samowolnie) używał kiedykolwiek co czwarty ankietowany (25,6%), podczas gdy wśród nieuzależnionych już tylko co piąty (20,8%).

Tabela 5.10

		Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem	
		nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak
Używanie leków psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu	nie	79,0%	74,4%	78,2%	77,1%	78,2%	73,4%	78,0%	88,7%
	tak	21,0%	25,6%	21,8%	22,9%	21,8%	26,6%	22,0%	11,3%

Częściej niż osoby nieuzależnione leki psychotropowe zażywali pracoholicy i hazardziści. W przypadku uzależnienia od zakupów nie odnotowano tego rodzaju zależności.

Wśród uzależnionych od pracy leki kiedykolwiek przyjmował co czwarty (25,6%), podczas gdy wśród nieuzależnionych już tylko co piąty (21,0%). Podobnie stosunek ten kształtuje się wśród hazardzistów, wśród których zażywanie tego rodzaju substancji jest powszechniejsze niż wśród osób wolnych od nałogowego grania (26,6% do 21,8%).

W przypadku Internetu obserwujemy odwrotną zależność. Leki zażywają częściej przeciętni użytkownicy Internetu niż osoby z grupy ryzyka (22,0% do 11,3%). Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w strukturze wiekowej siecioholików, wśród których przeważają ludzie młodzi, rzadziej niż dorośli korzystający z farmaceutyków.

5.2. SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE A UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE – SYNTEZA

W celu syntetycznego zobrazowania zależności między zażywaniem substancji psychoaktywnych a uzależnieniami behawioralnymi posłużono się indeksem uzależnień. Przyjęto, że dla respondentów, którzy kiedykolwiek w życiu zażywali jakiekolwiek narkotyki (marihuanę lub haszysz, LSD, amfetaminę, grzyby halucynogenne, ecstasy, kokainę, heroinę, kompot, sterydy, substancje wziewne, metadon lub dopalacze) lub sięgali po leki psychoaktywne (zarówno bez jak i z zalecenia lekarza) indeks będzie przyjmował wartość „1", w przeciwnych wypadkach – „0". Tak skonstruowaną miarę skonfrontowano z miarami określającymi przynależność do grup uzależnionych od pracy, zakupów i hazardu.

Tabela 5.11

		Występowanie co najmniej jednego uzależnienia behawioralnego	
		nie	tak
Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu	nie	67,9%	60,0%
	tak	32,1%	40,0%

Okazuje się, że osoby, u których występuje choć jedno z omawianych uzależnień behawioralnych częściej niż osoby nie mające tego typu nałogów kiedykolwiek w życiu zażywały substancje psychoaktywne. Wśród osób uzależnionych jakieś substancje psychoaktywne zażywało dwóch na pięciu ankietowanych (40,0%), podczas gdy wśród nieuzależnionych co trzeci (32,1%).

Tabela 5.12

		Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem	
		nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak
Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu	nie	67,6%	60,3%	66,9%	50,8%	66,3%	55,1%	66,4%	53,5%
	tak	32,4%	39,7%	33,1%	49,2%	33,7%	44,9%	33,6%	46,5%

Zarówno w przypadku pracoholizmu, uzależnienia od zakupów, hazardu i siecioholizmu odsetki badanych mających doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi są wyższe w przypadku osób uzależnionych niż dla niemających problemu z nałogiem.

Wśród osób mających zaburzenia zachowania związane z pracą, jakieś substancje psychoaktywne zażywało dwóch na pięciu ankietowanych (39,7%), podczas gdy wśród nieuzależnionych - co trzeci (32,4%).

W przypadku hazardu kontrast ten jest jeszcze większy. Spośród hazardzistów substancje psychoaktywne zażywało 44,9%, a więc o 11 punktów więcej niż w przypadku osób niegrających (33,7%). W grupie zakupoholików doświadczenie z używaniem środków psychoaktywnych ma blisko co drugi (49,2%), nieznacznie więcej niż wśród siecioholików (46,5%).

Tabela 5.13

		Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu
Uzależnienie od pracy	Korelacja Pearsona	,083**
	Istotność (dwustronna)	,000
	N	2502
Uzależnienie od zakupów	Korelacja Pearsona	,067**
	Istotność (dwustronna)	,001
	N	2502
Uzależnienie od hazardu	Korelacja Pearsona	,078*
	Istotność (dwustronna)	,023
	N	857
Uzależnienie od internetu	Korelacja Pearsona	,036
	Istotność (dwustronna)	,136
	N	1699
Występowanie co najmniej jednego uzależnienia behawioralnego	Korelacja Pearsona	,069**
	Istotność (dwustronna)	,001
	N	2502

** Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

* Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

W przypadku każdego z omawianych uzależnień, istnieją istotne związki między doświadczeniem używania substancji psychoaktywnych a uzależnieniami behawioralnymi, które należy jednak uznać za niewielkie (w każdym przypadku r Pearsona >$0,1$).

*

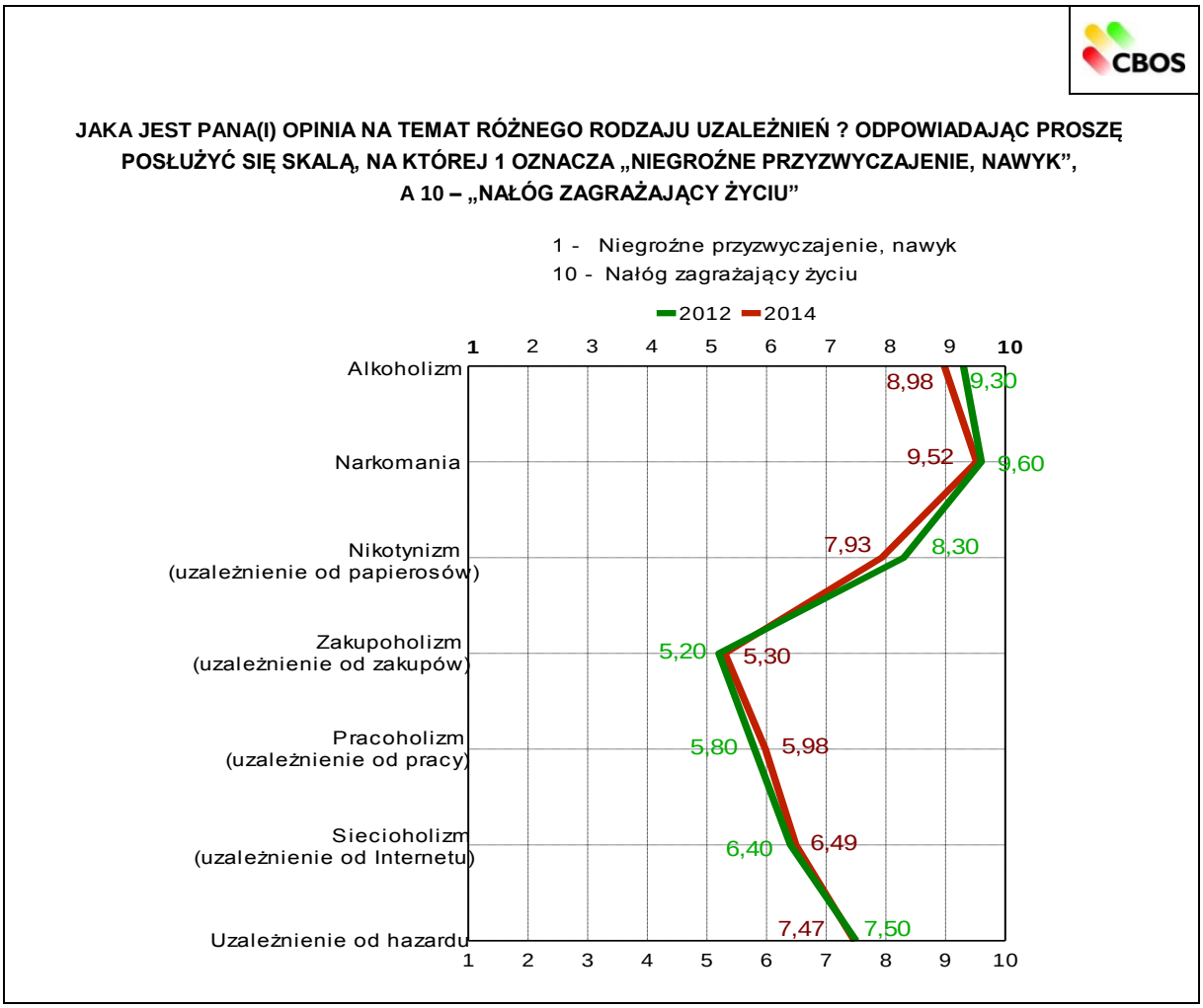
Osoby mające problem z uzależnieniami behawioralnymi częściej miały doświadczenia z marihuaną, w przypadku hazardzistów i siecioholików częściej przejawiały też symptomy uzależnienia od tej substancji. Podobne tendencje dają się zaobserwować również w przypadku amfetaminy, którą kiedykolwiek w życiu częściej zażywały osoby uzależnione od pewnego rodzaju zachowań, w szczególności hazardu. Ogólnie (z wyjątkiem siecioholików) osoby zdradzające symptomy zaburzeń zachowania częściej przyjmowały również leki psychotropowe i uspokajające. Wnioski te nie upoważniają jednak do postawienia tezy o zależnościach między uzależnieniami behawioralnymi a chemicznymi.

6. UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE W OPINII SPOŁECZNEJ

Podobnie jak przed dwoma laty, badani poproszeni zostali o ocenę stopnia szkodliwości wybranych uzależnień za pomocą 10-stopniowej skali, na której wartości skrajne oznaczały: *niegroźne przyzwyczajenie, nawyk* oraz *nałóg zagrażający życiu*. Ocenie poddane zostały: hazard, pracoholizm, zakupoholizm i siecioholizm, a jako tło - trzy uzależnienia o charakterze chemicznym: alkoholizm, narkomania i nikotynizm.

Funkcjonująca w społecznej świadomości hierarchia uzależnień nie uległa zmianie na przestrzeni ostatnich dwóch lat; nie jest to zaskakujące - ze względu na stereotypowy sposób postrzegania uzależnień[23] nie należało spodziewać się zmian w tym zakresie w tak krótkiej perspektywie czasowej (rys. 6.1).

Rysunek 6.1



[23] Istotna rola stereotypów w postrzeganiu uzależnień behawioralnych została dowiedziona w poprzedniej edycji badania.

Jako groźniejsze niezmiennie postrzegane są uzależnienia o charakterze chemicznym, wśród nich przede wszystkim narkomania i alkoholizm (średnie wartości ocen powyżej 9). Uzależnienia behawioralne odbierane są jako przypadłości o zdecydowanie mniejszym ciężarze gatunkowym; wśród nich tylko hazard lokuje się relatywnie bliżej „*nałogów zagrażających życiu*", natomiast patologiczne zakupy – najbliżej „*niegroźnych przyzwyczajeń*".

Społecznie postrzegana hierarchia uzależnień według stopnia ich szkodliwości:

1) narkomania,
2) alkoholizm,
3) nikotynizm,
4) uzależnienie od hazardu,
5) siecioholizm,
6) pracoholizm,
7) zakupoholizm.

Zmienną najsilniej różnicującą opinie badanych w omawianej kwestii jest płeć: w przypadku wszystkich uwzględnionych w pytaniu typów uzależnień mężczyźni prezentują postawę bardziej permisywną, natomiast kobiety – bardziej restryktywną.

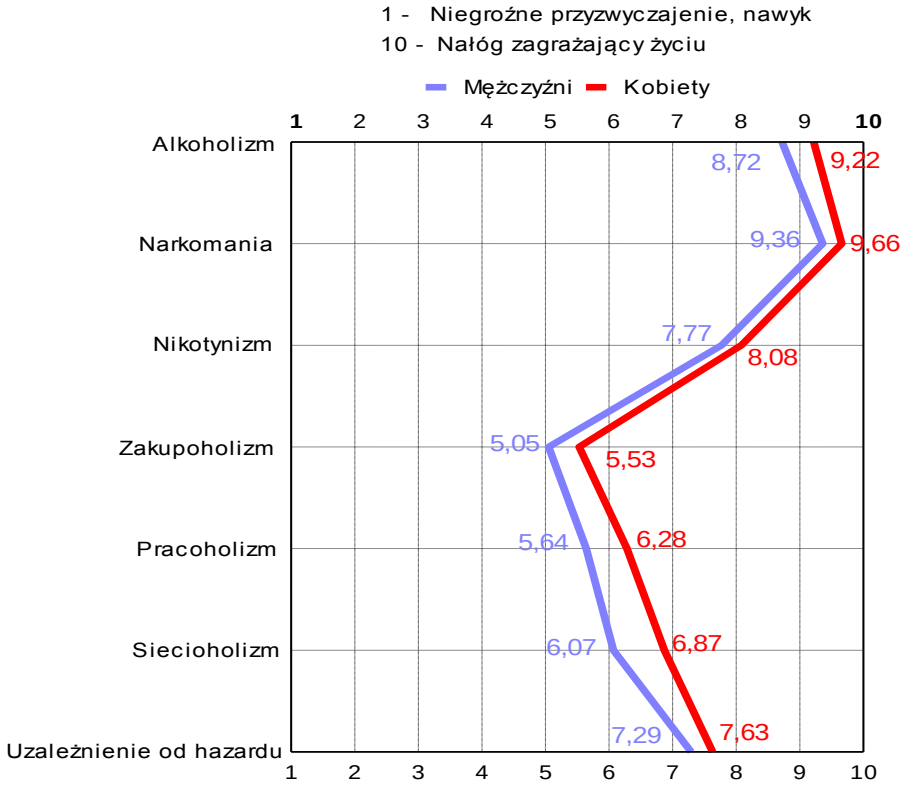
Inne zmienne społeczno-demograficzne słabo różnicują średnie oceny badanych, zwłaszcza w odniesieniu do uzależnień o charakterze chemicznym (alkohol, narkotyki, papierosy), gdzie notujemy wysoki poziom zgodności poglądów, niezależnie od wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania oceniających.

Nieco większe zróżnicowanie ocen w zależności od cech społeczno-demograficznych zachodzi w odniesieniu do uzależnień behawioralnych: ogólnie rzecz biorąc, wzrostowi świadomości wagi problemu sprzyja zamieszkiwanie w mieście i wyższy poziom wykształcenia (rys. 6.2, 6.3, 6.4).

Rysunek 6.2

POSTRZEGANE UZALEŻNIEŃ W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI

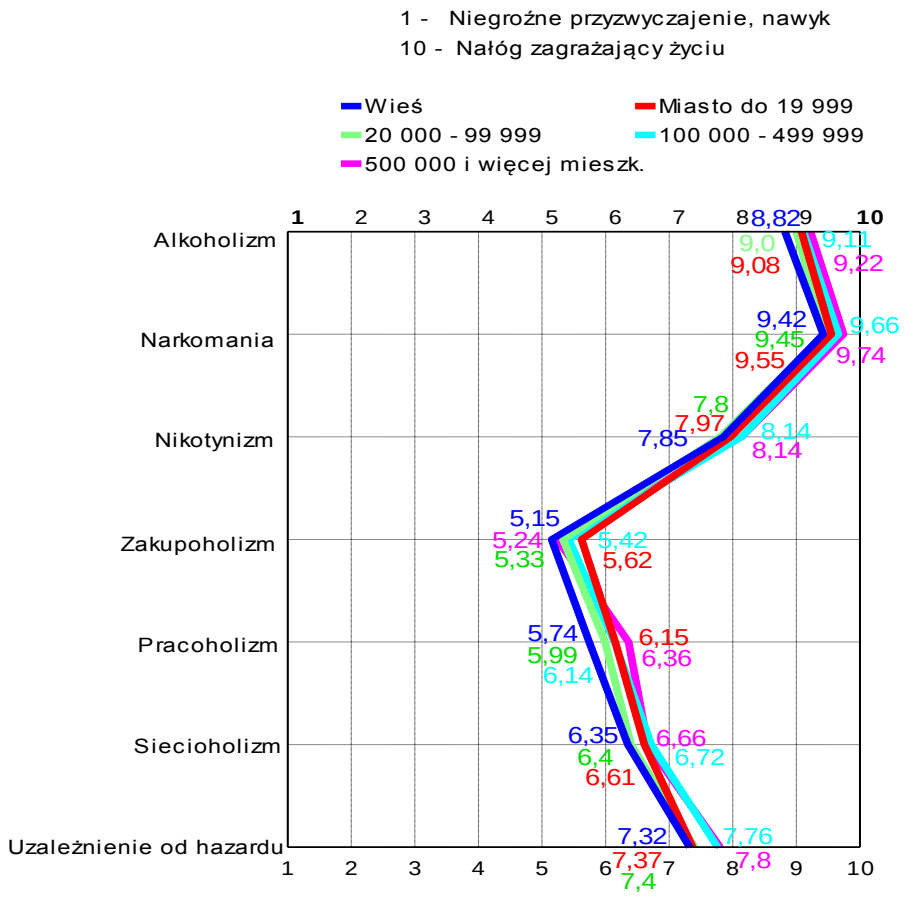
PROSZĘ POSŁUŻYĆ SIĘ SKALĄ, NA KTÓREJ 1 OZNACZA „NIEGROŹNE PRZYZWYCZAJENIE, NAWYK", A 10 – „NAŁÓG ZAGRAŻAJĄCY ŻYCIU"



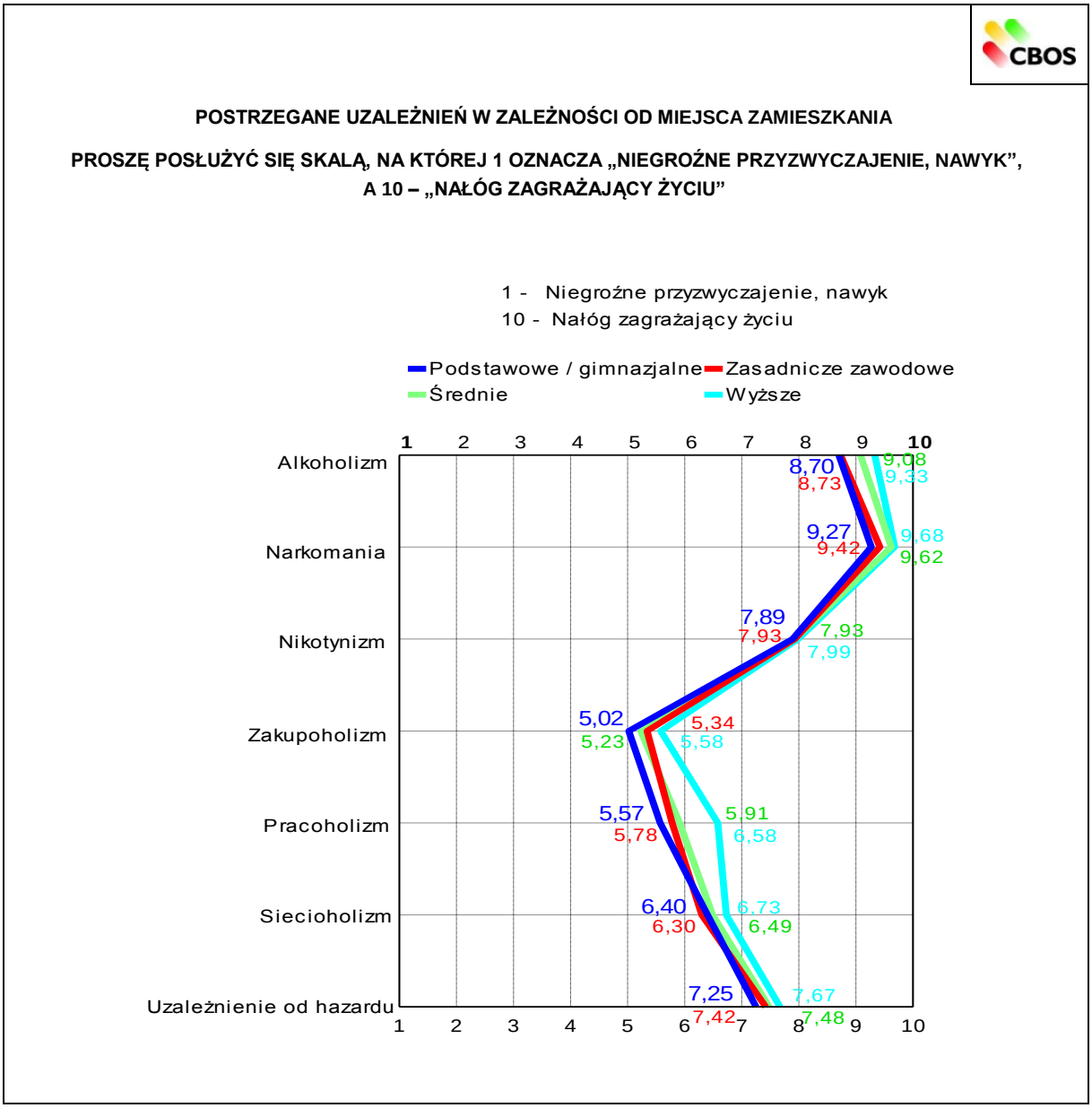
Rysunek 6.3

POSTRZEGANE UZALEŻNIEŃ W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA ZAMIESZKANIA

PROSZĘ POSŁUŻYĆ SIĘ SKALĄ, NA KTÓREJ 1 OZNACZA „NIEGROŹNE PRZYZWYCZAJENIE, NAWYK”, A 10 – „NAŁÓG ZAGRAŻAJĄCY ŻYCIU”



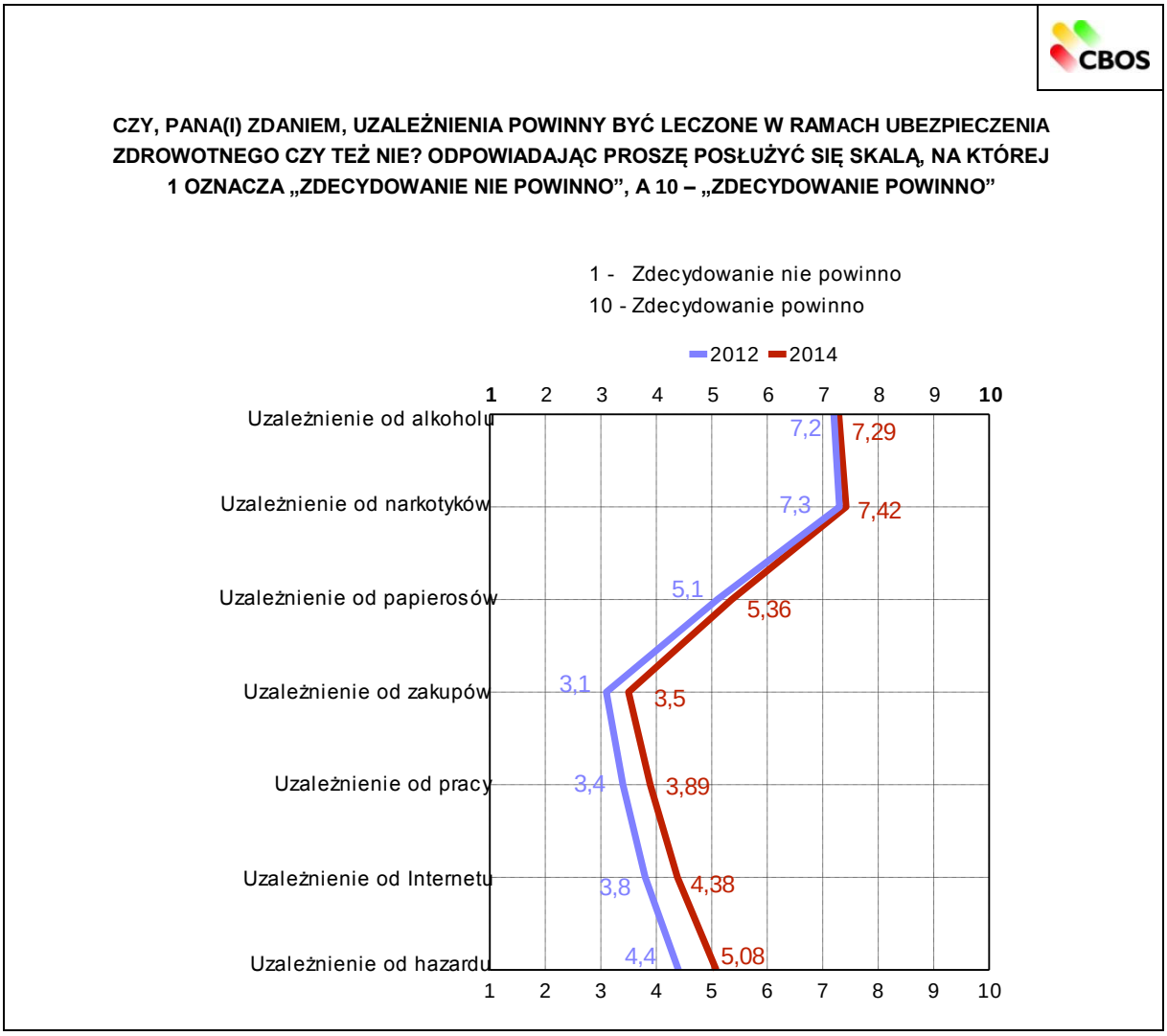
Rysunek 6.4



Poglądy Polaków na temat ewentualnego leczenia uzależnień w ramach ubezpieczenia zdrowotnego są naturalną konsekwencją sposobu postrzegania uzależnień behawioralnych na tle chemicznych oraz społecznej hierarchii uzależnień według stopnia ich szkodliwości.

O społecznej akceptacji „darmowego” leczenia mówić można w zasadzie wyłącznie w odniesieniu do alkoholików i narkomanów, czyli ofiar uzależnień postrzeganych jako najgroźniejsze. Średnie poparcie dla leczenia nałogowych palaczy i hazardzistów lokuje się w okolicach środka skali (5,5), co oznacza ograniczoną akceptację. Jeszcze niższy jest poziom społecznej akceptacji finansowania ze środków NFZ terapii osób uzależnionych od Internetu, natomiast w odniesieniu do zakupoholików i pracoholików można mówić o faktycznym braku poparcia dla „darmowego” ich leczenia (rys. 6.5).

Rysunek 6.5



Pomimo wciąż niskiej społecznej akceptacji leczenia uzależnień behawioralnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, w stosunku do danych z 2012 roku zanotowany został wzrost akceptacji takiego rozwiązania. Dotyczy on wszystkich uwzględnionych w pytaniu typów uzależnień, ale – co warto podkreślić – w największym stopniu odnosi się do uzależnień behawioralnych. Zmianę tę można interpretować w kategoriach wzrostu empatii społecznej wobec ofiar uzależnień. Jak wiadomo z poprzedniej edycji badania, dla braku akceptacji leczenia uzależnień behawioralnych w ramach składki ubezpieczenia zdrowotnego istotny jest funkcjonujący w społecznej świadomości niekorzystny wizerunek osób uzależnionych. Znaczna część społeczeństwa hołduje opinii, że osoba uzależniona sama ponosi odpowiedzialność za swe uzależnienie – jest „sama sobie winna", a zatem nie zasługuje na terapię w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku uzależnienia od zakupów, pracy i Internetu dodatkową kwestią generującą brak poparcia dla leczenia uzależnionych jest brak przekonania co do istnienia tego rodzaju uzależnień w ogóle bądź lokowanie ich raczej

w kategoriach „fanaberii” (lub – w przypadku pracoholizmu – zjawiska wręcz pozytywnego) niż poważnego problemu. Zanotowany obecnie wzrost poparcia dla leczenia osób uzależnionych w ramach środków z NFZ może sygnalizować, że nastąpił „krok” w kierunku przełamywania tych stereotypów. Badania realizowane w kolejnych latach przyniosą odpowiedź na pytanie, czy mamy tu do czynienia z trwałym trendem.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W przypadku zaburzeń zachowania związanych z pracą, zakupami, korzystaniem z Internetu czy grami istotne czynniki ryzyka należą do sfery emocjonalnej bądź społeczno-kulturowej, są zatem słabo modyfikowalne z zewnątrz (wnioski z wcześniejszych badań jakościowych). W tym kontekście trudno mówić o skutecznej ochronie przed uzależnieniami behawioralnymi. Realną szansą na taką ochronę wydaje się jedynie zapobieganie im poprzez popularyzację informacji o zagrożeniach: czynnikiem chroniącym może być zatem wiedza o istnieniu tego rodzaju uzależnień i o mechanizmach nimi rządzących, a w efekcie – możliwość zdefiniowana problemu u siebie bądź bliskiej osoby i szukanie specjalistycznej pomocy.

Szacowana na ok. 28 000 osób liczba patologicznych hazardzistów jest zapewne niższa od rzeczywistej. Podobnie jak w przypadku innych uzależnień, ludzie szukają pomocy medycznej w ostateczności, aby uniknąć stygmatyzacji związanej z podjęciem leczenia. Ponadto, leczenie patologicznego hazardu jest jeszcze w Polsce słabo rozwinięte, a dostępność nowoczesnych, wyspecjalizowanych form leczenia – niewielka. Pewne zaniżenie szacunków wynika też z tego, że wobec braku danych za rok 2014, analiza została oparta na danych z roku poprzedniego (2013), a faktem jest coroczny wzrost liczby hazardzistów poddawanych terapii.

Głównym czynnikiem chroniącym przed patologicznym hazardem powinna być powszechna świadomość, że wszystkie gry na pieniądze mogą uzależniać, a niektóre z nich mają duży potencjał uzależniający. Specjalna oferta edukacyjna powinna być skierowana do graczy, ponieważ mają oni skłonność do wypierania wiedzy na temat zagrożeń i lekceważenia ryzyka. Edukacja w zakresie profilaktyki przeciwdziałającej patologicznemu hazardowi powinna opierać się na cyklicznie przeprowadzanych badaniach monitorujących skalę i zasięg zagrożeń oraz ich społeczne uwarunkowania. Inaczej niż w przypadku pozostałych zaburzeń zachowania, czynnikiem chroniącym przed uzależnieniem od hazardu są również działania instytucjonalne, ograniczające dostęp do gier na pieniądze; dlatego istotne jest również monitorowanie skuteczności funkcjonujących w tej dziedzinie rozwiązań.

W przypadku zaburzeń zachowania związanych z pracą lub zakupami działania profilaktyczne powinny koncentrować się przede wszystkim na dążeniu do zmiany istniejących w tej mierze stereotypów i sposobu postrzegania osób uzależnionych: aby móc się chronić, Polacy muszą uwierzyć, że zagrożenie jest realne, a jego konsekwencje bardzo negatywnie wpływają na dobrostan fizyczny i psychiczny człowieka. Jak wynika z wcześniejszych badań jakościowych, negatywne skutki patologicznego podejścia do pracy lub kupowania bywają bowiem lekceważone, a w przypadku pracy – nawet pozytywnie wartościowane, dzięki temu, że praca i pracowitość lokują się wysoko w społecznej hierarchii

wartości. W tym kontekście istotna wydaje się też promocja idei zachowania równowagi między pracą a życiem osobistym (*working balance*).

Jeszcze inna jest specyfika zagrożenia uzależnieniem od Internetu. Po pierwsze – w przypadku tego zaburzenia zachowania problemy pojawiają się relatywnie najwcześniej – zagrożone są nastolatki, a nawet dzieci. Po drugie - Internet to nie tylko narzędzie służące do poznawania świata i podtrzymywania kontaktów z innymi ludźmi, ale też jedno z pól, na których współcześnie realizuje się człowiek; we współczesnym świecie nie da się uniknąć kontaktu z siecią, która stała się elementarną częścią wielu obszarów życia. Jest to przy tym medium ogólnodostępne, z którego można korzystać już nie tylko za pomocą komputera (badania wskazują, iż czynnikiem ryzyka jest rozszerzanie się możliwości korzystania z niego za pomocą urządzeń mobilnych). Dla młodych ludzi zawartość sieci może stanowić obiekt fascynacji, co może być wstępem do uzależnienia. Fascynacji sprzyja dynamika tego medium, w którym dostępne są wciąż nowe, różnorodne treści (jego zasoby są zatem praktycznie nieograniczone) i łatwość nawiązywania relacji z innymi użytkownikami. Dodatkowo w sieci nie istnieją realne mechanizmy kontroli treści udostępnianej użytkownikom – to, co poza Internetem reglamentowane, w nim jest dostępne dla wszystkich. Ponadto korzystanie z sieci jest zajęciem łatwym - nie wymaga nadzwyczajnych kompetencji, które należałoby rozwijać w celu optymalizacji rezultatów; jednocześnie wielość możliwości spędzania czasu w Internecie jest właściwie nieograniczona. Sieć zaspokaja potrzebę przynależności, bycia w grupie, co zwłaszcza w przypadku młodych ludzi jest znaczącym czynnikiem ryzyka. Z wcześniejszych badań jakościowych wynika, że uczestnictwo w społecznościach internetowych jest wśród młodych ludzi powszechne i oczekiwane; Internet to dla wielu z nich podstawowe źródło informacji i narzędzie organizacji życia codziennego; jednostka nieobecna w sieci naraża się na marginalizację i stygmatyzację. Wobec opisanych powyżej uwarunkowań, profilaktyka uzależnienia od Internetu wśród dzieci i młodzieży powinna bezwzględnie uzyskać status priorytetu wśród działań ukierunkowanych na zapobieganie zaburzeniom zachowania. Skuteczne dotarcie informacją o zagrożeniach i metodach zapobiegania uzależnieniu od sieci do dzieci i młodzieży oraz do ich rodziców jest koniecznością i pierwszym krokiem w tym kierunku. W tym kontekście niezbędne jest zdefiniowanie potencjalnie skutecznych kanałów dotarcia do młodych ludzi i specyfiki akceptowalnych przez nich treści przekazu.

Mimo pewnego współwystępowania uzależnień behawioralnych i używania środków psychoaktywnych nie powinno mówić się tu o przyczynowości, wpływie, czy nawet jednoznacznej zależności. Choć osoby uzależnione mają na ogół większe doświadczenia, jeżeli chodzi o zażywanie środków psychoaktywnych, jest to raczej pewna koincydencja,

wynikająca, być może, z tych samych powodów, z których biorą się uzależnienia behawioralne, ale nie będąca ich skutkiem, ani przyczyną.

Wtórność zależności między uzależnieniami behawioralnymi a chemicznymi wobec innych czynników ilustruje przykład siecioholików, którzy częściej niż osoby nieuzależnione od Internetu korzystają z marihuany i mają symptomy uzależnienia od tej substancji, rzadziej natomiast niż nieuzależnieni przyjmują leki psychotropowe. Zależności te są jednak związane z wiekiem osób uzależnionych od Internetu, a nie korelacją uzależnień chemicznych i behawioralnych.

Wydaje się, że uzależnienia behawioralne i chemiczne, w szczególności w przypadku tzw. twardych narkotyków, nie mogą współwystępować przez dłuższy czas, po części bowiem wykluczają się wzajemnie. Uzależnienia chemiczne ograniczają nałogowca, eliminując go z podstawowych form aktywności – w tym pracy i zakupów. Ograniczają też wydolność ekonomiczną, uniemożliwiając konsumpcję czy grę.

Społeczna świadomość zagrożeń, jakie niosą zaburzenia behawioralne wciąż jest naszym społeczeństwie niska, zwłaszcza jeśli zestawimy ją ze społecznymi przekonaniami na temat szkodliwości uzależnień chemicznych. Można jednak mówić o niewielkim wzroście społecznej empatii wobec osób borykających się z problemem zaburzeń zachowania, co jest krokiem w dobrym kierunku, jeśli okaże się trwałym trendem. Zanotowany wzrost empatii, wyrażający się w zwiększeniu aprobaty finansowania terapii uzależnionych ze środków ubezpieczenia społecznego, może być efektem działań podjętych na przestrzeni ostatnich dwóch lat w kierunku popularyzacji problemu uzależnień behawioralnych.

REKOMENDACJE BADAWCZE

1. Cykliczne badania monitorujące skalę zjawiska uzależnień behawioralnych, strukturę społeczno – demograficzną zagrożonych uzależnieniami oraz społeczne uwarunkowania uzależnień:

- powtarzanie badania ilościowego na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej w cyklu 2 – 3 letnim
- rekomendowany powrót do większej liczebności próby – próba zrealizowana min. 4 000 wywiadów (większe liczebnie grupy zagrożonych obciążone mniejszym błędem statystycznym).

2. Modułowe badania monograficzne, poświęcone zjawisku uzależnienia od Internetu wśród młodzieży:

2a. Badania jakościowe realizowane metodą zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) z młodzieżą, w celu:

- identyfikacji specyficznych dla młodzieży wewnętrznych i zewnętrznych czynników zagrażających /chroniących (osobowościowe / środowiskowe / kulturowe);

2b. Badania ilościowe na reprezentatywnej próbie młodzieży (13 – 17 lat), w celu:

- zdefiniowania struktury społeczno – demograficznej młodzieży zagrożonej uzależnieniami;
- ilościowego zweryfikowania wybranych wyników badania jakościowego w zakresie społecznych, osobowościowych i kulturowych uwarunkowań uzależnienia od Internetu;

Zjawisko uzależnienia od Internetu wśród młodzieży powinno podlegać monitorowaniu - rekomendujemy powtarzanie badania ilościowego w cyklu 2 – 3 letnim.

3. Badania jakościowe realizowane metodą zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) z osobami zagrożonymi wybranymi zaburzeniami zachowania, w celu:

- zdiagnozowania rozwoju zaburzeń zachowania w ich początkowych stadiach, a tym samym dopełnienia obrazu uzależnień behawioralnych uzyskanego w badaniach jakościowych w 2011 roku o kwestie koncentrujące się na początkowych etapach ich rozwoju (stadium „zagrożenia”);

- zdefiniowania potencjalnie skutecznych kanałów dotarcia z wiedzą na temat uzależnień behawioralnych i związanych z nimi zagrożeń do różnych grup społecznych, przede wszystkim do osób, które – ze względu na specyficzne cechy społeczno–demograficzne – są w grupach ryzyka;
- zdefiniowania cech treści przekazu ze względu na jego potencjalną skuteczność w odniesieniu do adresatów z poszczególnych grup ryzyka;
- jakościowego zdiagnozowania przyczyn zmian, jakie na przestrzeni ostatnich dwóch lat zaszły w skali występowania w społeczeństwie poszczególnych typów uzależnień behawioralnych i struktury osób zagrożonych uzależnieniem, zwłaszcza w odniesieniu do problemowego hazardu, pracy i korzystania z Internetu;

4. Badania jakościowe realizowane metodą zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) z osobami reprezentatywnymi dla społeczeństwa polskiego, w celu:

- pogłębienia i uszczegółowienia wiedzy na temat społecznego obrazu uzależnień behawioralnych i dotarcie do źródeł konstytuujących funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy osób uzależnionych;
- zdefiniowania cech przekazu, mającego na celu zmianę niekorzystnych /nieprawdziwych stereotypów, a w efekcie wzrost społecznej świadomości zagrożeń związanych z uzależnieniami behawioralnymi i wzrost empatii w stosunku do uzależnionych.

BIBLIOGRAFIA

1. Gerstein DR, Murphy SA, Toce MT, Hoffmann J, Palmer A, Johnson RA, Larison C, Chuchro L, Buie T, Engelman L, Volberg R, Harwood A, Tucker A, Christiansen E, Cummings W, Sinclair S. Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago: National Opinion Research Center at the University of Chicago; 1999. http://cloud9.norc.uchicago.edu/dlib/ngis.htm)
2. Grant J. E., Kim S. W. (2001) Demographic and Clinical Features of 131 Adult Pathological Gamblers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(12), 957-962
3. Grant J.E., Kushner M.G., Kim S.W. (2002) Pathological gambling and alcohol use disorder. *Alcohol Research and Health*, 26, 2, 143-150.
4. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, Petukhova M, Sampson NA, Winters K, Shaffer H.(2008) DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine,* 38(9), 1351–1360.
5. Ledgerwood DM, Downey KK. (2002) Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population. *Addictive Behavior,* 27(4),483–491
6. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry,* 66(5), 564–574.
7. Petry NM. (2007) Gambling and substance use disorders: Current status and future directions. *American Journal on Addictions*. 2007, 16:1–9.
8. Shaffer H.J., Hall M.N. Vander Bilt J. (1999) Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. American Journal of Public Health, 89 (9) 1369-1375.
9. Stucki S., Rihs-Middel M. (2007) Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23, 245–257
10. Sussman S., Lisha N., Griffiths M. (2011) Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority? *Evaluation and the Health Professions*, 34(1): 3–56

TABELE ZRÓŻNICOWAŃ SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNYCH

Tabela 1. Indeks **hazard**

		dychotomiczny indeks hazardu		Liczba osób
		brak problemu	ma symtomy problemu z hazardem (mniejsze lub większe)	
		%	%	
Ogółem		100,0	100,0	857
Płeć	Mężczyźni	50,4	73,5	463
	Kobiety	49,6	26,5	394
Wiek	Poniżej 18 lat	2,9	2,6	24
	18-24 lata	11,6	22,7	114
	25-34	18,8	17,6	159
	35-44	19,1	13,3	156
	45-54	15,1	12,3	125
	55-64	19,1	14,5	157
	65 lat i więcej	13,4	17,2	120
Miejsce zamieszkania	Wieś	33,9	39,8	298
	Miasto do 19 999	13,6	14,7	118
	20 000 - 99 999	19,5	16,7	163
	100 000 - 499 999	20,0	24,1	177
	500 000 i więcej mieszk.	13,1	4,6	101
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	13,6	27,5	135
	Zasadnicze zawodowe	22,8	27,1	201
	Średnie	32,0	34,6	278
	Wyższe	31,6	10,9	243
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	14,8	8,8	119
	Średni personel, technicy	3,7	1,9	29
	Pracownicy adm.-biurowi	6,6	5,5	55
	Pracownicy usług	6,0	6,5	52
	Robotnicy wykwalifikowani	11,4	17,1	105
	Robotnicy niewykwalifik.	4,4	5,3	39
	Rolnicy	4,6	5,1	40
	Pracujący na własny rach.	5,9	2,8	46
	Bezrobotni	4,4	8,0	42
	Emeryci	17,5	16,4	149
	Renciści	4,7	5,5	41
	Uczniowie i studenci	12,0	13,5	105
	Gospodynie domowe i inni	3,9	3,6	33
Stan cywilny	Kawaler /panna	28,0	38,0	254
	Żonaty /mężatka	60,8	51,5	508
	Rozwiedziony(a)	4,8	5,6	42
	Wdowiec /wdowa	6,4	4,9	53
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	4,3	13,4	42
	751-1000	6,5	6,7	48
	1001-1450	13,2	10,4	93
	1451-2000	24,7	27,2	183
	Powyżej 2000 zł	35,3	29,0	251
	Trudno powiedzieć	5,2	6,0	39
	Odmowa odpowiedzi	10,8	7,2	75
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	9,4	15,0	87
	501-750	8,7	10,7	76
	751-1000	13,4	12,6	113
	1001-1500	16,6	16,0	139
	Powyżej 1500 zł	29,7	19,5	238
	Trudno powiedzieć	10,9	18,8	103
	Odmowa odpowiedzi	11,2	7,3	90
Ocena własnych war. mater.	Złe	10,0	12,3	89
	Średnie	45,2	50,2	393
	Dobre	44,8	37,5	373
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	3,2	3,1	27
	Raz w tygodniu	43,6	36,7	364
	1-2 razy w miesiącu	13,0	21,6	123
	Kilka razy w roku	25,5	22,1	214
	W ogóle nie uczestniczy	14,6	16,4	127
	Odmowa odpowiedzi	,2		1
Wiara	Głęboko wierzący(a)	14,0	11,1	116
	Raczej wierzący(a)	76,8	78,4	660
	Raczej niewierzący(a)	5,2	8,7	49
	Całkowicie niewierzący(a)	3,2	1,8	25
	Odmowa odpowiedzi	,8		6

Tabela 2. Indeks **hazard**

		Nie gra	Gra	Liczba osób
		%	%	
Ogółem		65,8	34,2	2502
Płeć	Mężczyźni	61,0	39,0	1188
	Kobiety	70,0	30,0	1314
Wiek	Poniżej 18 lat	73,7	26,3	92
	18-24 lata	56,0	44,0	260
	25-34	65,7	34,3	464
	35-44	63,3	36,7	425
	45-54	65,3	34,7	361
	55-64	63,3	36,7	429
	65 lat i więcej	74,5	25,5	471
Miejsce zamieszkania	Wieś	70,2	29,8	1002
	Miasto do 19 999	65,5	34,5	341
	20 000 - 99 999	66,4	33,6	485
	100 000 - 499 999	55,9	44,1	401
	500 000 i więcej mieszk.	63,1	36,9	273
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	73,4	26,6	508
	Zasadnicze zawodowe	67,3	32,7	615
	Średnie	63,4	36,6	760
	Wyższe	60,8	39,2	619
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	58,2	41,8	284
	Średni personel, technicy	63,6	36,4	81
	Pracownicy adm.-biurowi	66,7	33,3	166
	Pracownicy usług	59,5	40,5	128
	Robotnicy wykwalifikowani	62,5	37,5	281
	Robotnicy niewykwalifik.	60,2	39,8	98
	Rolnicy	70,3	29,7	135
	Pracujący na własny rach.	62,7	37,3	125
	Bezrobotni	63,1	36,9	115
	Emeryci	73,3	26,7	556
	Renciści	69,3	30,7	134
	Uczniowie i studenci	62,4	37,6	279
	Gospodynie domowe i inni	72,5	27,5	120
Stan cywilny	Kawaler /panna	63,5	36,5	695
	Żonaty /mężatka	65,6	34,4	1479
	Rozwiedziony(a)	63,5	36,5	115
	Wdowiec /wdowa	75,1	24,9	212
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	68,5	31,5	133
	751-1000	77,9	22,1	215
	1001-1450	70,7	29,3	319
	1451-2000	59,0	41,0	446
	Powyżej 2000 zł	56,0	44,0	571
	Trudno powiedzieć	74,7	25,3	154
	Odmowa odpowiedzi	73,1	26,9	280
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	69,8	30,2	287
	501-750	66,5	33,5	228
	751-1000	69,4	30,6	368
	1001-1500	62,5	37,5	372
	Powyżej 1500 zł	58,1	41,9	567
	Trudno powiedzieć	67,3	32,7	315
	Odmowa odpowiedzi	72,1	27,9	322
Ocena własnych war. mater.	Złe	71,6	28,4	311
	Średnie	67,0	33,0	1190
	Dobre	62,2	37,8	988
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	76,9	23,1	117
	Raz w tygodniu	67,3	32,7	1112
	1-2 razy w miesiącu	63,4	36,6	335
	Kilka razy w roku	59,8	40,2	533
	W ogóle nie uczestniczy	67,6	32,4	393
	Odmowa odpowiedzi	87,3	12,7	12
Wiara	Głęboko wierzący(a)	74,0	26,0	445
	Raczej wierzący(a)	64,1	35,9	1839
	Raczej niewierzący(a)	56,9	43,1	115
	Całkowicie niewierzący(a)	68,2	31,8	80
	Odmowa odpowiedzi	74,6	25,4	24

Tabela 3. Indeks **praca**

		Indeks_praca			Liczba osób
		brak pracoholizmu, wydajny pracownik	zagrożenie uzależnieniem od pracy	problem z uzależnieniem od pracy	
		%	%	%	
Ogółem		100,0	100,0	100,0	2502
Płeć	Mężczyźni	48,2	48,7	43,5	1188
	Kobiety	51,8	51,3	56,5	1314
Wiek	Poniżej 18 lat	3,7	4,4	2,3	92
	18-24 lata	10,0	11,7	8,6	260
	25-34	15,7	22,2	18,0	464
	35-44	15,4	17,1	20,6	425
	45-54	14,2	14,4	15,2	361
	55-64	14,7	18,6	19,8	429
	65 lat i więcej	26,3	11,6	15,5	471
Miejsce zamieszkania	Wieś	39,0	39,6	43,3	1002
	Miasto do 19 999	15,0	13,5	10,7	341
	20 000 - 99 999	19,8	19,5	18,0	485
	100 000 - 499 999	16,9	14,9	16,2	401
	500 000 i więcej mieszk.	9,3	12,5	11,7	273
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	24,3	18,5	14,6	508
	Zasadnicze zawodowe	24,9	22,8	27,4	615
	Średnie	30,2	30,1	31,1	760
	Wyższe	20,5	28,6	27,0	619
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	7,7	14,3	14,3	284
	Średni personel, technicy	4,5	2,7	1,5	81
	Pracownicy adm.-biurowi	5,4	7,9	7,0	166
	Pracownicy usług	4,1	6,1	5,6	128
	Robotnicy wykwalifikowani	10,4	11,8	11,9	281
	Robotnicy niewykwalifik.	4,9	3,3	3,1	98
	Rolnicy	3,9	6,2	7,2	135
	Pracujący na własny rach.	3,4	5,5	7,7	125
	Bezrobotni	4,7	5,1	3,2	115
	Emeryci	29,2	14,9	20,2	556
	Renciści	6,3	4,6	4,7	134
	Uczniowie i studenci	10,5	13,1	8,8	279
	Gospodynie domowe i inni	5,0	4,5	4,9	120
Stan cywilny	Kawaler /panna	28,1	30,9	20,7	695
	Żonaty /mężatka	54,2	60,8	67,3	1479
	Rozwiedziony(a)	5,3	3,8	4,8	115
	Wdowiec /wdowa	12,4	4,5	7,2	212
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	6,4	6,2	6,2	133
	751-1000	12,4	8,0	8,8	215
	1001-1450	17,6	12,4	14,3	319
	1451-2000	20,5	21,4	21,7	446
	Powyżej 2000 zł	24,2	29,3	28,8	571
	Trudno powiedzieć	6,1	8,6	7,5	154
	Odmowa odpowiedzi	12,8	14,0	12,7	280
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	12,4	10,6	12,1	287
	501-750	9,7	9,3	8,1	228
	751-1000	15,9	13,6	15,4	368
	1001-1500	15,5	14,6	15,3	372
	Powyżej 1500 zł	21,8	23,8	24,5	567
	Trudno powiedzieć	12,0	13,9	12,5	315
	Odmowa odpowiedzi	12,7	14,1	12,2	322
Ocena własnych war. mater.	Złe	12,7	12,6	11,8	311
	Średnie	47,6	47,1	49,6	1190
	Dobre	39,7	40,2	38,7	988
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	4,8	4,3	5,2	117
	Raz w tygodniu	44,9	46,8	38,6	1112
	1-2 razy w miesiącu	14,3	12,6	12,9	335
	Kilka razy w roku	20,5	20,5	24,6	533
	W ogóle nie uczestniczy	14,9	15,5	18,1	393
	Odmowa odpowiedzi	,5	,3	,7	12
Wiara	Głęboko wierzący(a)	18,7	16,8	17,7	445
	Raczej wierzący(a)	73,9	72,8	73,8	1839
	Raczej niewierzący(a)	3,8	6,1	3,3	115
	Całkowicie niewierzący(a)	2,5	3,6	4,0	80
	Odmowa odpowiedzi	1,1	,7	1,1	24

Tabela 4. Indeks **praca**

		Indeks_praca			Liczba osób
		brak pracoholizmu, wydajny pracownik	zagrożenie uzależnieniem od pracy	problem z uzależnieniem od pracy	
		%	%	%	
Ogółem		44,1	37,2	18,7	2502
Płeć	Mężczyźni	44,7	38,1	17,1	1188
	Kobiety	43,5	36,4	20,1	1314
Wiek	Poniżej 18 lat	44,3	43,9	11,9	92
	18-24 lata	42,6	42,0	15,5	260
	25-34	37,2	44,6	18,1	464
	35-44	39,9	37,5	22,6	425
	45-54	43,3	37,0	19,7	361
	55-64	37,9	40,4	21,6	429
	65 lat i więcej	61,6	22,9	15,5	471
Miejsce zamieszkania	Wieś	43,0	36,8	20,2	1002
	Miasto do 19 999	48,4	36,9	14,7	341
	20 000 - 99 999	45,1	37,4	17,4	485
	100 000 - 499 999	46,4	34,6	18,9	401
	500 000 i więcej mieszk.	37,4	42,5	20,1	273
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	52,7	33,8	13,4	508
	Zasadnicze zawodowe	44,7	34,4	20,9	615
	Średnie	43,9	37,0	19,2	760
	Wyższe	36,6	43,0	20,4	619
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	29,8	46,7	23,5	284
	Średni personel, technicy	60,9	30,5	8,5	81
	Pracownicy adm.-biurowi	35,8	44,5	19,7	166
	Pracownicy usług	35,1	44,6	20,3	128
	Robotnicy wykwalifikowani	41,0	39,1	19,8	281
	Robotnicy niewykwalifik.	54,5	30,9	14,7	98
	Rolnicy	32,2	42,8	25,0	135
	Pracujący na własny rach.	30,0	40,9	29,0	125
	Bezrobotni	45,3	41,6	13,1	115
	Emeryci	57,9	25,0	17,0	556
	Renciści	52,0	31,6	16,4	134
	Uczniowie i studenci	41,4	43,9	14,7	279
	Gospodynie domowe i inni	46,2	34,9	18,9	120
Stan cywilny	Kawaler /panna	44,7	41,4	13,9	695
	Żonaty /mężatka	40,4	38,3	21,3	1479
	Rozwiedziony(a)	50,3	30,4	19,4	115
	Wdowiec /wdowa	64,4	19,7	15,9	212
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	45,2	35,7	19,1	133
	751-1000	54,4	28,7	16,9	215
	1001-1450	51,8	29,7	18,5	319
	1451-2000	43,3	36,7	20,0	446
	Powyżej 2000 zł	39,9	39,3	20,7	571
	Trudno powiedzieć	37,0	43,0	20,0	154
	Odmowa odpowiedzi	43,0	38,3	18,7	280
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	46,7	33,7	19,6	287
	501-750	46,3	37,2	16,5	228
	751-1000	46,9	33,7	19,5	368
	1001-1500	45,1	35,8	19,1	372
	Powyżej 1500 zł	41,6	38,2	20,1	567
	Trudno powiedzieć	41,5	40,1	18,4	315
	Odmowa odpowiedzi	42,6	39,8	17,6	322
Ocena własnych war. mater.	Złe	44,7	37,6	17,6	311
	Średnie	43,9	36,7	19,4	1190
	Dobre	44,1	37,7	18,2	988
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	45,3	34,0	20,7	117
	Raz w tygodniu	44,6	39,2	16,3	1112
	1-2 razy w miesiącu	46,9	35,0	18,0	335
	Kilka razy w roku	42,5	35,9	21,6	533
	W ogóle nie uczestniczy	41,9	36,6	21,5	393
	Odmowa odpowiedzi	49,4	24,3	26,3	12
Wiara	Głęboko wierzący(a)	46,3	35,2	18,6	445
	Raczej wierzący(a)	44,3	36,9	18,8	1839
	Raczej niewierzący(a)	36,7	49,8	13,5	115
	Całkowicie niewierzący(a)	34,7	41,6	23,7	80
	Odmowa odpowiedzi	50,0	27,7	22,3	24

Tabela 5. Indeks **sieć**

		Indeks_sieć			Liczba osób
		przeciętny użytkownik Internetu	zagrożenie uzależnieniem od Internetu	problem z uzależnieniem od Internetu	
		%	%	%	
Ogółem		100,0	100,0	100,0	1699
Płeć	Mężczyźni	49,1	52,0		834
	Kobiety	50,9	48,0	100,0	864
Wiek	Poniżej 18 lat	5,2	13,6	70,7	92
	18-24 lata	14,6	38,8		255
	25-34	25,5	23,0		432
	35-44	21,9	13,9		369
	45-54	14,4	3,2	29,3	242
	55-64	12,6	7,5		213
	65 lat i więcej	5,7			95
Miejsce zamieszkania	Wieś	34,2	36,9	29,3	581
	Miasto do 19 999	13,6	20,4		233
	20 000 - 99 999	20,6	19,0		349
	100 000 - 499 999	18,1	15,1	70,7	307
	500 000 i więcej mieszk.	13,5	8,7		228
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	14,1	24,7	70,7	244
	Zasadnicze zawodowe	18,0	22,7		307
	Średnie	33,4	25,7	29,3	565
	Wyższe	34,4	26,9		582
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	16,5	7,5		278
	Średni personel, technicy	4,2	3,2	29,3	72
	Pracownicy adm.-biurowi	9,1	9,9		155
	Pracownicy usług	6,5	7,5		111
	Robotnicy wykwalifikowani	11,9	5,4		200
	Robotnicy niewykwalifik.	3,8	2,7		63
	Rolnicy	4,6	11,9		81
	Pracujący na własny rach.	6,9	2,6		115
	Bezrobotni	4,6			76
	Emeryci	8,4			140
	Renciści	2,8			46
	Uczniowie i studenci	15,7	42,0	70,7	276
	Gospodynie domowe i inni	5,0	7,4		85
Stan cywilny	Kawaler /panna	35,6	66,7	70,7	615
	Żonaty /mężatka	57,8	29,3	29,3	973
	Rozwiedziony(a)	4,4	4,0		75
	Wdowiec /wdowa	2,2			36
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	6,2			86
	751-1000	5,2	12,3		73
	1001-1450	10,3	16,9		145
	1451-2000	22,5	17,7	100,0	314
	Powyżej 2000 zł	34,9	31,3		487
	Trudno powiedzieć	7,5	21,8		106
	Odmowa odpowiedzi	13,4			184
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	10,4	11,4		172
	501-750	8,5	6,0	29,3	141
	751-1000	13,9	13,4		230
	1001-1500	14,0	4,2		231
	Powyżej 1500 zł	27,3	17,1	70,7	453
	Trudno powiedzieć	12,5	33,9		212
	Odmowa odpowiedzi	13,4	14,0		223
Ocena własnych war. mater.	Złe	8,3	14,0		143
	Średnie	43,0	27,7	29,3	721
	Dobre	48,7	58,2	70,7	826
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	4,3		70,7	73
	Raz w tygodniu	41,3	33,9	29,3	700
	1-2 razy w miesiącu	13,0	11,3		220
	Kilka razy w roku	23,7	21,9		402
	W ogóle nie uczestniczy	17,0	33,0		294
	Odmowa odpowiedzi	,6			11
Wiara	Głęboko wierzący(a)	15,7	5,4		264
	Raczej wierzący(a)	73,1	72,6	100,0	1242
	Raczej niewierzący(a)	5,8	10,7		100
	Całkowicie niewierzący(a)	4,0	11,3		70
	Odmowa odpowiedzi	1,4			23

Tabela 6. Indeks **sieć**

		Indeks_sieć			Liczba osób
		przeciętny użytkownik Internetu	zagrożenie uzależnieniem od Internetu	problem z uzależnieniem od Internetu	
		%	%	%	
Ogółem		98,1	1,8	,1	1699
Płeć	Mężczyźni	98,1	1,9		834
	Kobiety	98,0	1,7	,2	864
Wiek	Poniżej 18 lat	93,8	4,5	1,6	92
	18-24 lata	95,3	4,7		255
	25-34	98,4	1,6		432
	35-44	98,8	1,2		369
	45-54	99,3	,4	,3	242
	55-64	98,9	1,1		213
	65 lat i więcej	100,0			95
Miejsce zamieszkania	Wieś	97,9	2,0	,1	581
	Miasto do 19 999	97,3	2,7		233
	20 000 - 99 999	98,3	1,7		349
	100 000 - 499 999	98,0	1,5	,5	307
	500 000 i więcej mieszk.	98,8	1,2		228
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	96,3	3,1	,6	244
	Zasadnicze zawodowe	97,7	2,3		307
	Średnie	98,5	1,4	,1	565
	Wyższe	98,6	1,4		582
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	99,2	,8		278
	Średni personel, technicy	97,8	1,4	,9	72
	Pracownicy adm.-biurowi	98,0	2,0		155
	Pracownicy usług	97,9	2,1		111
	Robotnicy wykwalifikowani	99,2	,8		200
	Robotnicy niewykwalifik.	98,7	1,3		63
	Rolnicy	95,5	4,5		81
	Pracujący na własny rach.	99,3	,7		115
	Bezrobotni	100,0			76
	Emeryci	100,0			140
	Renciści	100,0			46
	Uczniowie i studenci	94,8	4,7	,5	276
	Gospodynie domowe i inni	97,3	2,7		85
Stan cywilny	Kawaler /panna	96,4	3,3	,2	615
	Żonaty /mężatka	99,0	,9	,1	973
	Rozwiedziony(a)	98,4	1,6		75
	Wdowiec /wdowa	100,0			36
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	100,0			86
	751-1000	97,4	2,6		73
	1001-1450	98,2	1,8		145
	1451-2000	98,9	,9	,2	314
	Powyżej 2000 zł	99,0	1,0		487
	Trudno powiedzieć	96,8	3,2		106
	Odmowa odpowiedzi	100,0			184
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	98,5	1,5		172
	501-750	98,6	1,0	,4	141
	751-1000	98,7	1,3		230
	1001-1500	99,6	,4		231
	Powyżej 1500 zł	98,8	,9	,3	453
	Trudno powiedzieć	96,3	3,7		212
	Odmowa odpowiedzi	98,5	1,5		223
Ocena własnych war. mater.	Złe	97,0	3,0		143
	Średnie	98,7	1,2	,1	721
	Dobre	97,6	2,2	,2	826
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	97,9		2,1	73
	Raz w tygodniu	98,4	1,5	,1	700
	1-2 razy w miesiącu	98,4	1,6		220
	Kilka razy w roku	98,3	1,7		402
	W ogóle nie uczestniczy	96,5	3,5		294
	Odmowa odpowiedzi	100,0			11
Wiara	Głęboko wierzący(a)	99,4	,6		264
	Raczej wierzący(a)	98,0	1,8	,2	1242
	Raczej niewierzący(a)	96,7	3,3		100
	Całkowicie niewierzący(a)	95,0	5,0		70
	Odmowa odpowiedzi	100,0			23

Tabela 7. Indeks **zakupy**

		Indeks_zakupy		Liczba osób
		brak problemu	problem z kompulsywnym kupowaniem	
		%	%	
Ogółem		100,0	100,0	2502
Płeć	Mężczyźni	48,6	21,1	1188
	Kobiety	51,4	78,9	1314
Wiek	Poniżej 18 lat	3,5	7,7	92
	18-24 lata	9,9	22,9	260
	25-34	18,2	26,7	464
	35-44	17,0	16,4	425
	45-54	14,7	7,0	361
	55-64	17,3	13,6	429
	65 lat i więcej	19,4	5,8	471
Miejsce zamieszkania	Wieś	40,3	34,4	1002
	Miasto do 19 999	13,5	16,3	341
	20 000 - 99 999	19,2	23,0	485
	100 000 - 499 999	16,1	13,9	401
	500 000 i więcej mieszk.	10,9	12,5	273
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	20,0	27,0	508
	Zasadnicze zawodowe	24,9	17,6	615
	Średnie	30,3	32,8	760
	Wyższe	24,8	22,5	619
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	11,3	11,6	284
	Średni personel, technicy	3,2	3,2	81
	Pracownicy adm.-biurowi	6,6	8,1	166
	Pracownicy usług	5,1	6,7	128
	Robotnicy wykwalifikowani	11,3	9,9	281
	Robotnicy niewykwalifik.	3,9	5,2	98
	Rolnicy	5,6		135
	Pracujący na własny rach.	5,0	5,0	125
	Bezrobotni	4,6	4,7	115
	Emeryci	22,8	9,0	556
	Renciści	5,3	6,7	134
	Uczniowie i studenci	10,6	24,5	279
	Gospodynie domowe i inni	4,8	5,3	120
Stan cywilny	Kawaler /panna	26,8	50,1	695
	Żonaty /mężatka	59,8	43,2	1479
	Rozwiedziony(a)	4,8	,9	115
	Wdowiec /wdowa	8,6	5,7	212
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	5,9	16,1	133
	751-1000	10,2	9,1	215
	1001-1450	15,0	15,5	319
	1451-2000	21,4	11,0	446
	Powyżej 2000 zł	26,6	36,7	571
	Trudno powiedzieć	7,4	3,0	154
	Odmowa odpowiedzi	13,4	8,5	280
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	11,7	11,0	287
	501-750	9,2	9,6	228
	751-1000	14,8	19,4	368
	1001-1500	15,4	8,4	372
	Powyżej 1500 zł	23,1	23,0	567
	Trudno powiedzieć	12,6	17,9	315
	Odmowa odpowiedzi	13,2	10,8	322
Ocena własnych war. mater.	Złe	12,6	10,1	311
	Średnie	48,2	38,4	1190
	Dobre	39,2	51,5	988
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	4,7	4,7	117
	Raz w tygodniu	45,0	32,7	1112
	1-2 razy w miesiącu	13,7	7,3	335
	Kilka razy w roku	21,2	22,9	533
	W ogóle nie uczestniczy	15,1	29,5	393
	Odmowa odpowiedzi	,4	2,9	12
Wiara	Głęboko wierzący(a)	18,0	13,6	445
	Raczej wierzący(a)	73,4	75,5	1839
	Raczej niewierzący(a)	4,6	4,6	115
	Całkowicie niewierzący(a)	3,1	5,0	80
	Odmowa odpowiedzi	,9	1,3	24

Tabela 8. Indeks **zakupy**

		Indeks_zakupy		Liczba osób
		brak problemu	problem z kompulsywnym kupowaniem	
		%	%	
Ogółem		95,9	4,1	2502
Płeć	Mężczyźni	98,2	1,8	1188
	Kobiety	93,8	6,2	1314
Wiek	Poniżej 18 lat	91,5	8,5	92
	18-24 lata	90,9	9,1	260
	25-34	94,1	5,9	464
	35-44	96,0	4,0	425
	45-54	98,0	2,0	361
	55-64	96,7	3,3	429
	65 lat i więcej	98,7	1,3	471
Miejsce zamieszkania	Wieś	96,5	3,5	1002
	Miasto do 19 999	95,1	4,9	341
	20 000 - 99 999	95,1	4,9	485
	100 000 - 499 999	96,4	3,6	401
	500 000 i więcej mieszk.	95,3	4,7	273
Wykształcenie	Podstawowe / gimnazjalne	94,5	5,5	508
	Zasadnicze zawodowe	97,1	2,9	615
	Średnie	95,5	4,5	760
	Wyższe	96,2	3,8	619
Grupa społeczna i zawodowa	Kadra kier., spec. z wyższym wykszt.	95,8	4,2	284
	Średni personel, technicy	95,9	4,1	81
	Pracownicy adm.-biurowi	95,0	5,0	166
	Pracownicy usług	94,6	5,4	128
	Robotnicy wykwalifikowani	96,4	3,6	281
	Robotnicy niewykwalifik.	94,6	5,4	98
	Rolnicy	100,0		135
	Pracujący na własny rach.	95,9	4,1	125
	Bezrobotni	95,8	4,2	115
	Emeryci	98,3	1,7	556
	Renciści	94,8	5,2	134
	Uczniowie i studenci	90,9	9,1	279
	Gospodynie domowe i inni	95,5	4,5	120
Stan cywilny	Kawaler /panna	92,6	7,4	695
	Żonaty /mężatka	97,0	3,0	1479
	Rozwiedziony(a)	99,2	,8	115
	Wdowiec /wdowa	97,2	2,8	212
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	91,0	9,0	133
	751-1000	96,9	3,1	215
	1001-1450	96,4	3,6	319
	1451-2000	98,2	1,8	446
	Powyżej 2000 zł	95,2	4,8	571
	Trudno powiedzieć	98,5	1,5	154
	Odmowa odpowiedzi	97,7	2,3	280
Dochody na jedną osobę	Do 500 zł	96,2	3,8	287
	501-750	95,8	4,2	228
	751-1000	94,7	5,3	368
	1001-1500	97,7	2,3	372
	Powyżej 1500 zł	95,9	4,1	567
	Trudno powiedzieć	94,3	5,7	315
	Odmowa odpowiedzi	96,6	3,4	322
Ocena własnych war. mater.	Złe	96,7	3,3	311
	Średnie	96,7	3,3	1190
	Dobre	94,7	5,3	988
Udział w prakt. religijnych	Kilka razy w tygodniu	95,8	4,2	117
	Raz w tygodniu	97,0	3,0	1112
	1-2 razy w miesiącu	97,8	2,2	335
	Kilka razy w roku	95,6	4,4	533
	W ogóle nie uczestniczy	92,3	7,7	393
	Odmowa odpowiedzi	74,3	25,7	12
Wiara	Głęboko wierzący(a)	96,8	3,2	445
	Raczej wierzący(a)	95,8	4,2	1839
	Raczej niewierzący(a)	95,9	4,1	115
	Całkowicie niewierzący(a)	93,5	6,5	80
	Odmowa odpowiedzi	94,6	5,4	24

Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

CZĘŚĆ II

SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – POSTAWY I ZACHOWANIA

RAPORT Z OGÓLNOPOLSKICH BADAŃ ANKIETOWYCH ZREALIZOWANYCH W 2014 ROKU

OPRACOWANIE RAPORTU

Janusz Sierosławski
Artur Malczewski
Anna Misiurek
Anna Strzelecka
Łukasz Jędruszak
Magdalena Leszczyńska

STRESZCZENIE

Na przełomie 2014 i 2015 roku zrealizowano badania ankietowe na reprezentatywnej próbie mieszkańców naszego kraju na temat używania substancji psychoaktywnych. Przedmiotem badania były zarówno postawy jak zachowania w tym obszarze.

Marihuana oraz kokaina okazały się dwoma najlepiej znanymi w Polsce substancjami psychoaktywnymi. Marihuanę znało 96,6% badanych. Niewiele mniejszy odsetek, bo 89,0% respondentów posiadało wiedzę o istnieniu kokainy. Ponadto 86,5% badanych deklarowało znajomość amfetaminy, która jest częściej używana od kokainy.

Najbardziej popularnymi wśród badanych substancjami są marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich. Do kontaktów z tymi substancjami psychoaktywnymi kiedykolwiek w życiu przyznało się 16,3% badanych. Pozostałe substancje charakteryzuje o wiele niższy poziom rozpowszechnienia. Na drugim miejscu pod tym względem odnotowujemy amfetaminę i ecstazy (po 1,7%), a dalej kokainę (1,4%) oraz „dopalacze" i LSD (po 1,3%). Do okazjonalnych użytkowników marihuany i haszyszu (w ciągu ostatnich 12 części) zaliczamy 4,6% respondentów. Rozpowszechnienie używania pozostałych substancji utrzymywało się na poziomie poniżej 0,5%. Jakikolwiek narkotyk zażywało 16,4% badanych kiedykolwiek w życiu a w ciągu ostatniego roku 4,7%.

Wyniki badania wskazują, że mężczyźni o wiele częściej sięgają po substancje psychoaktywne niż kobiety. Wśród badanych 22,6% mężczyzn używało już marihuany lub haszyszu, podczas gdy wśród kobiet 10,5%. W ciągu ostatniego roku częściej po narkotyki sięgały osoby niezamężne/nieżonate (12,4%) niż zamężne/żonate (4,8%), a także częściej wychowane w mieście (6,7%) niż na wsi (2,7%). Analizując status społeczno-zawodowy respondentów można stwierdzić, że najwyższe odsetki aktualnych użytkowników odnotowano wśród uczniów i studentów (11,5%). Dane dotyczące wykształcenia wskazują na największą popularność używania narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród gimnazjalistów (10,0%) oraz osób z wykształceniem wyższym (8,1%).

Problemowe używanie marihuany jest udziałem 0,2-0,3% respondentów, można zatem szacować, iż liczba problemowych użytkowników tej substancji w wieku 15-64 lata mieści się w przedziale 54 000-108 000 osób.

Do używania „dopalaczy" przyznał się niewielki odsetek badanych – około 2%. W ciągu ostatniego roku „dopalaczy" używało 0,5% badanych, a w ciągu miesiąca – 0,2%. Połowa badanych (46%), którzy używali „dopalaczy" w ciągu ostatniego roku, używała ich w formie proszku lub tabletek.

Po leki uspokajające i nasenne dostępne tylko na receptę z przepisu lekarza sięgało w czasie ostatnich 12 miesięcy 5,5% badanych. Takich samych leków w celach niemedycznych używało 1,0% badanych. Używanie tych leków jest bardziej rozpowszechnione wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Napoje alkoholowe są najbardziej powszechnie używaną substancją psychoaktywną. Do konsumentów alkoholu zalicza się 89,7% badanych.

W strukturze spożycia, w podziale według typu napoju przeważa piwo. Na drugim miejscu plasują się napoje spirytusowe, stawkę zamyka wino. Każdy z tych napojów alkoholowych pija się według innego wzoru i każdy z nich pełni inną funkcje kulturową. Wino wydaje się pełnić raczej funkcje symboliczne. Wódka pozostaje w swojej tradycyjnej roli podstawowego okazjonalnego napoju alkoholowego, dla wielu pełni funkcje intoksykacyjne. Picie piwa ma bardziej codzienny charakter.

Kształt rozkładu średniego spożycia alkoholu wykazuje silnie skośny charakter. W miarę przechodzenia do coraz wyższych kategorii średniego spożycia maleją odsetki konsumentów.

Osoby pijące nadmiernie, tj. przekraczające 16 litrów rocznego spożycia czystego alkoholu w przypadku mężczyzn i 9 litrów w przypadku kobiet stanowią 5,2% populacji w wieku 15-64 lata. Nadmiernie pijących częściej spotykamy wśród mężczyzn niż wśród kobiet. nadmiernemu piciu sprzyja w sensie statystycznym następujący zestaw cech: wiek 25-44 lata, stan cywilny – rozwiedziony, zamieszkiwanie w wielkim mieście (pow. 500 tys. mieszkańców), status bezrobotnego, szczególnie wysokie lub szczególnie niskie dochody na osobę w gospodarstwie domowym. Odsetek pijących nadmiernie jest pięciokrotnie wyższy w grupie osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące, niż wśród pozostałych.

Picie nadmierne przy jednej okazji, tzw. bing drinking, zdarzało się 43,1% badanych, 3,1% respondentów piło w ten sposób przynajmniej raz w tygodniu.

Na podstawie testu przesiewowego oszacowano liczbę osób nadużywających alkoholu na ok. 2 mln. (7,4%) mieszkańców Polski w wieku 15-64 lata.

Palenie tytoniu jest znacznie mniej rozpowszechnione niż picie alkoholu. Do aktualnie palących zalicza się 30,2% badanych, 32,8% badanych kiedyś paliło, ale obecnie już nie pali, a 37,0% respondentów nigdy nie paliło tytoniu.

Co czwarty respondent określał możliwość zdobycia leków uspokajających lub nasennych jako bardzo łatwą lub dosyć łatwą i jednocześnie blisko co czwarta badana osoba wskazywała, że zdobycie tych substancji jest dosyć trudne, bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Spośród nielegalnych substancji stosunkowo najbardziej dostępne są przetwory

konopi. Otrzymywanie propozycji poszczególnych substancji ma przeważnie charakter incydentalny – respondenci najczęściej otrzymywali 1–2 propozycje poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Spośród różnych sposobów zaopatrywania się w przetwory konopi badani najczęściej wskazywali na otrzymanie ich od kogoś lub zakup. Deklarowane przez badanych miejsce pozyskania ww. substancji ostatnim razem to głównie otwarte miejsca publiczne (park, dworzec, ulica) oraz dom prywatny, a także bar, pub, klub, dyskoteka, koncert muzyki młodzieżowej itp. Rzadko zdarza się to w miejscu pracy czy nauki.

Badani zostali zapytani, jak duża grupa ich znajomych używa różnego rodzaju substancji psychoaktywnych – 5% respondentów zadeklarowało, że co najmniej połowa ich znajomych używa marihuany lub haszyszu, a znajomość od jednej do kilku osób używających tych substancji zadeklarowało 21% badanych. Narkomania w ocenie respondentów nie jest traktowana jako zjawisko szczególnie poważne, gdy respondenci byli proszeni o ocenę poszczególnych problemów (7 pozycja, z alkoholizmem). Jednakże przy wskazaniu jednego tylko problemu narkomania i alkoholizm plasowały się razem na trzeciej pozycji, wybierane przez co dziesiątego badanego spośród kilkunastu problemów.

W ramach realizowanych wywiadów kwestionariuszowych poruszona została kwestia ważności różnych problemów społecznych. Na pierwszym miejscu w skali kraju według oceny respondentów lokuje się zjawisko bezrobocia. Najwyższy odsetek badanych uznał je za bardzo ważny lub ważny problem (95,3%). Ponadto badani wymieniali bezrobocie jako problem najważniejszy przy jednym wskazaniu (27,8%). Na drugim miejscu odnotowujemy przemoc w rodzinie (90,4%). Problem ten przy wyborze najważniejszego, czyli tylko jednego problemu, zajął szóstą pozycję (6,9%). Na trzecim miejscu uplasowała się przemoc i agresja na ulicach (89,7%), która została wskazana jako najważniejszy problem przez 3,7% badanych. W opinii badanych, odpowiadających na pytanie o ocenę poszczególnych problemów, bezrobocie oraz przemoc i agresja na ulicach były problemami najbardziej istotnymi.

Analiza rozkładów odpowiedzi na pytanie o ocenę ryzyka związanego z używaniem różnych substancji psychoaktywnych wedle różnych wzorów, wskazuje na nasilenie używania jako główne źródło zróżnicowania ryzyka, w mniejszym stopniu rolę tę pełni rodzaj substancji. Na przykład eksperymentowanie z marihuaną lub haszyszem traktowane jest w sumie jako mniej ryzykowne niż regularne palenie papierosów lub regularne picie napojów alkoholowych. Ryzyko związane z poszczególnymi substancjami jest jednak również różnicowane przez badanych, chociaż w mniejszym stopniu.

Większość badanych jest zdania, że w Polsce niewiele się robi, aby przeciwdziałać narkomanii, ale jednocześnie dominuje pogląd, że w ostatnich latach w naszym kraju podejmuje się coraz więcej działań.

Przeważająca większość badanych uważa, że uzależnienie od narkotyków jest wyleczalne, wielu jest przekonanych, że w ostatnich latach zwiększyła się skuteczność leczenia. Respondenci gotowi są obdarzyć szacunkiem narkomana, który przestał używać narkotyków.

Badani w większości nie są zwolennikami radzenia sobie z problemem używania narkotyków przy użyciu represji.

Większość badanych kwestionuje stwierdzenie, że po narkotyki sięga tylko młodzież zdeprawowana. Jednocześnie respondenci w zdecydowanej większości uznali, że w sprzyjających okolicznościach każdy młody człowiek może sięgnąć po narkotyk.

Jednym z elementów poddawanych ocenie w ramach realizowanego badania była widoczność działań związanych z pomocą osobom uzależnionym. Zdecydowana większość badanych słyszała o funkcjonowaniu grup anonimowych alkoholików. Nie jest to wynik zaskakujący, ponieważ jest to ciągle jedna z bardziej rozpoznawalnych w Polsce form wsparcia osób uzależnionych od alkoholu. Zdecydowanie mniej, bo 37,5% ankietowanych słyszało o funkcjonowaniu grup anonimowych narkomanów, a 22,9% respondentów słyszało o istnieniu grup anonimowych hazardzistów. O punktach konsultacyjnych słyszało 52,6% respondentów, natomiast 68,8% o funkcjonowaniu poradni dla osób uzależnionych od narkotyków, a 45,3% osób ankietowanych wiedziało o istnieniu antynarkotykowego telefonu zaufania. O Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych słyszało 38,8% respondentów. Mniejszy odsetek słyszał o Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii – 37,8%

Osoby używające narkotyków problemowo postrzegane są głównie jako osoby chore, nieszczęśliwe, wymagające wsparcia, pomocy i leczenia. Należy jednak odnotować, że istnieje grupa respondentów utożsamiająca narkomana z przestępcą mającym zdecydowanie negatywny wpływ na swoje otoczenie. Dla stosunkowo wielu badanych preferowanym sposobem postępowania z narkomanami jest karanie oraz izolacja.

WPROWADZENIE

Używanie substancji psychoaktywnych, zarówno nielegalnych, takich jak narkotyki, jak i legalnych, takich jak alkohol czy tytoń, stanowi wyzwanie dla zdrowia publicznego. Problemy związane z używaniem tych substancji obciążają społeczeństwo oraz generują znaczne koszty społeczne, przyczyniając się do obniżenia jakości życia. Racjonalna polityka społeczna i zdrowotna w tym obszarze wymaga stałego monitorowania rozmiarów tego zjawiska oraz postaw wobec niego. Wyniki takiego monitorowania są zatem nie tylko interesujące z poznawczego punktu widzenia, ale pozwalają również na formułowanie wniosków przydatnych w praktyce. Dogodnym narzędziem monitorowania są badania ankietowe na reprezentatywnych próbach mieszkańców. Badania ankietowe, których wyniki są przedmiotem tego raportu, mają pełnić tę funkcję.

Pierwsze próby postawienia pytań o doświadczenia z narkotykami podjęto przy okazji ogólnopolskich badań nad wzorami picia napojów alkoholowych w 1984 r. i 1988 r. Potwierdzały one brak takich doświadczeń (Sierosławski, Zieliński 1998). W kilkutysięcznych próbach znajdowało się co najwyżej kilka osób, które próbowały narkotyków, zwykle przy okazji pobytu za granicą. Kolejne takie badanie o charakterze lokalnym podjęto w 1997 r. w Warszawie z inspiracji Grupy Pompidou (Sierosławski, Zieliński 1998). Pierwsze kompleksowe badanie ogólnopolskie skoncentrowane na kwestii narkotyków zostało zrealizowane w lecie 2002 r. z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Sierosławski 2004). Badanie to powtórzono w 2006 r. (Sierosławski 2006) oraz w 2010 r. (Malczewski, Struzik 2012). Obecne badanie jest czwartym z kolei. Podjęto je z intencją monitorowania zmian w obszarze używania narkotyków oraz śledzenia trendów w postawach wobec tego zjawiska. Oprócz wspomnianych badań pytania o używanie narkotyków pojawiały się wielokrotnie w badaniach o innej tematyce, np. w badaniu Stanu Zdrowia Ludności zrealizowanym przez GUS w 2004 r. czy w serii 13 badań realizowanych w latach 1992–2013 w ramach Diagnozy Społecznej (Czapiński 2013).

Badania ankietowe populacji generalnej na temat alkoholu mają w Polsce powojennej jeszcze dłuższą tradycję, bo sięgającą początku lat sześćdziesiątych (Święcicki 1964). Wyniki badań ogólnopolskich, których nazbierało się już kilkanaście, nie są w pełni porównywalne. Decydują o tym różnice w populacjach objętych badaniem, schematach pobierania próby, sposobach pytania o picie i w algorytmach szacowania spożycia, wreszcie w szczegółach procedur zbierania danych, takich jak stopień przygotowania ankieterów, rodzaj ich szkolenia, stopień szczegółowości instrukcji, poziom kontroli ich pracy itp. Ten sam problem, chociaż, jak się wydaje, w mniejszym stopniu dotyczy badań nad problemem narkotyków.

METODOLOGIA

Data realizacji badania	24. listopada 2014 – 05. lutego 2015 r.
Metoda badawcza	bezpośredni wywiad ankieterski wspomagany komputerowo (CAPI)
Zasięg badania	ogólnopolski
Próba	reprezentatywna próba mieszkańców gospodarstw domowych w wieku 15 i więcej lat
Liczba zrealizowanych wywiadów	N = 1379
Maksymalny błąd oszacowania na poziomie ufności 0,95	+-2,61

Badania zostały przeprowadzone metodą wywiadów kwestionariuszowych, realizowanych przez ankieterów w drodze indywidulanych, osobistych kontaktów (face-to-face interview). Wywiady realizowano przy wsparciu komputerowym (Computer Assisted Personal Interview – CAPI).

Kwestionariusz składał się z pytań zamkniętych. Przy jego konstruowaniu zadbano o porównywalność wyników z wynikami badań szkolnych (ESPAD), w części dotyczącej postaw wobec narkotyków oraz doświadczeń z ich używaniem (Sierosławski 2011; Hibell et al. 2000) oraz z wcześniejszymi badaniami lokalnymi przeprowadzonymi wśród dorosłych, w części dotyczącej postaw wobec narkomanii (Sierosławski, Zieliński 1998). W kwestionariuszu zastosowano wskaźniki zgodne ze standardem wypracowanym przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii – European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (EMCDDA 2002).

Do pomiaru rozpowszechnienia używania substancji nielegalnych zastosowano pytania zamknięte. Respondentom przedstawiono w ankiecie listę środków z prośbą o zaznaczenie tych, które kiedykolwiek używali. Ponadto proszono ich o zaznaczenie środków, które przyjmowali w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem oraz ostatnich 30 dni przed badaniem. Potwierdzenie używania danego środka kiedykolwiek w życiu oznacza, że badany ma już za sobą pierwsze doświadczenia, nie przesądza natomiast kwestii aktualnego używania narkotyków. Za wskaźnik aktualnego używania przyjmuje się zwykle używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Używanie narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego, chyba że wiąże się z uzależnieniem. Dlatego nie można mieć pewności, że wszyscy badani, którzy zadeklarowali kontakt z danym środkiem w czasie ostatnich 30 dni,

na pewno używają go co najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z dużym przybliżeniem, że proporcje używających alkoholu raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali go w ostatnim miesiącu są zbliżone do proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu proporcja używających w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem odpowiadałaby w bardzo dużym przybliżeniu proporcji używających, co najmniej raz na miesiąc.

Pomiaru spożycia alkoholu dokonano metodą „częstość-ilość" w wersji pytania o różne typy napojów alkoholowych z osobna (Beverage Specific Quantity Frequency – BSQF), bazującą na pytaniach o przeciętną częstotliwość picia poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz typowe ilości wypijane jednego dnia. Średnie spożycie roczne alkoholu wylicza się poprzez przemnożenie średnich ilości przez liczbę przypadków picia każdego z typów napojów alkoholowych w czasie ostatnich 12 miesięcy, estymowaną na podstawie częstotliwości picia, a następnie przeliczeniu na stuprocentowy alkohol i zsumowaniu. Ten sposób pomiaru spożycia alkoholu został przetestowany w 10 krajach Europy, w tym w Polsce, w ramach unijnego projektu „Standardized measurement of alcohol-related troubles" – SMART) i został zaproponowany jako standard (Moskalewicz, Sierosławski 2010). W projekcie tym sprawdzono w sumie cztery metody pomiaru konsumpcji alkoholu, spośród których ta metoda okazała się najlepszą.

W celu dokładniejszego przyjrzenia się zjawisku incydentalnego nadmiernego picia („binge drinking") pytano o częstotliwość wypijania przy jednej okazji 6 lub więcej standardowych porcji alkoholu. Pytanie to, także zawarte w standardzie proponowanym przez projekt SMART, ma na świecie dość długą tradycję i w różnych wariantach stosowane jest w wielu badaniach (Eurobarometer 2007; Sierosławski, Foster, Moskalewicz 2011), a także rekomendowane przez instytucje międzynarodowe (WHO 2000; EMCDDA 2002).

DOBÓR PRÓBY

Dobór respondentów składał się z kilku etapów. Pierwszy polegał na losowaniu w CBOS zadanej liczby miejscowości z wcześniej wyznaczonych warstw, z prawdopodobieństwami proporcjonalnymi do liczby znajdujących się w nich gospodarstw domowych. Następnie w PESEL, w każdej miejscowości, losowano mały obszar stanowiący jedną lub kilka sąsiednich ulic, a w przypadku wsi – teren całej wsi, ewentualnie kilka ulic lub sąsiednich przysiółków). W kolejnym kroku z każdego wylosowanego wcześniej małego obszaru dobierano 15 gospodarstw domowych . Ostatni etap polegał na przeprowadzeniu w każdym z nich po jednym wywiadzie z losowo wybranym mieszkańcem. Operat losowania stanowiły zbiory Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL).

Podział populacji na warstwy został przygotowany w dwóch etapach. Pierwszy polegał na wyodrębnieniu w każdym z 16 województw grup miejscowości z uwzględnieniem ich sześciu klas:

1. wieś;
2. miasta liczące do 20 tys. mieszkańców;
3. miasta liczące od 20 do 50 tys. mieszkańców;
4. miasta liczące od 50 do 100 tys. mieszkańców;
5. miasta liczące od 100 do 500 tys. mieszkańców;
6. miasta liczące powyżej 500 tys. mieszkańców.

Dodatkowo warstwy, w których liczba gospodarstw domowych była stosunkowo niska, połączono z większymi warstwami kierując się przy tym następującymi założeniami:

1. łączenie nie obejmowało warstw gospodarstw domowych znajdujących się na obszarze wiejskim;
2. łączenie odbywało się parami i miało charakter krokowy - w jednym kroku łączono tylko dwie warstwy;
3. łączone warstwy musiały należeć do tego samego województwa;
4. łączone warstwy musiały obejmować kolejne klasy wielkości miejscowości - po połączeniu dwóch warstw nie mogła istnieć trzecia, która zawierała miejscowości większe niż jedna i mniejsza niż druga z połączonych warstw;
5. warstwa była łączona z inną tylko jeżeli jej liczebność wynosiła mniej niż 75 tys. gospodarstw domowych;

Algorytm zakładał w pierwszym kroku sprawdzenie wielkości (liczebności) każdej warstwy. Następnie, gdy któraś okazywała się mniejsza od zakładanego minimum, łączoną ją z jedną z spośród dwóch mniej liczebnych warstw, które skupiają gospodarstwa domowe odpowiednio w mniejszych oraz większych miejscowościach.

Tabela 1. Liczba wyodrębnionych warstw w poszczególnych województwach

Województwo	Liczba warstw	Udział warstw w populacji
1) dolnośląskie	5	8%
2) kujawsko-pomorskie	3	5,2%
3) lubelskie	3	5,4%
4) lubuskie	3	2,6%
5) łódzkie	5	7,2%
6) małopolskie	4	8,1%
7) mazowieckie	6	15,4%
8) opolskie	2	2,5%
9) podkarpackie	4	4,6%
10) podlaskie	3	3,1%
11) pomorskie	3	5,9%
12) śląskie	5	12,4%
13) świętokrzyskie	3	3,1%
14) warmińsko-mazurskie	4	3,6%
15) wielkopolskie	5	8,3%
16) zachodniopomorskie	4	4,5%
Ogółem	62	100,0%

Próba została alokowana między warstwy z uwzględnieniem ich liczebności oraz danych historycznych o poziomie realizacji prób w poszczególnych warstwach w badaniach statutowych CBOS.

Respondenci byli dobierani do próby w sposób losowy przez ankieterów spośród mieszkańców wcześniej dobranych gospodarstw domowych, którzy w czasie trwania realizacji badania mieli ukończonych 15 lub więcej lat.

Procedura doboru respondentów przebiegała w kilku etapach. Przed rozpoczęciem wywiadu ankieter tworzył w systemie komputerowym listę wszystkich członków wybranego gospodarstwa domowego wraz z datami urodzin. Były to osoby, które same zadeklarowały, że w okresie badania mieszkają pod wskazanym adresem lub osoby wskazane jako członkowie gospodarstwa domowego przez osobę udzielającą informacji ankieterowi.

Do próby mogli zostać dobrani:

- członkowie gospodarstwa domowego obecni w momencie wizyty ankietera;
- członkowie gospodarstwa domowego chwilowo nieobecni w momencie wizyty ankietera;

W losowaniu nie brali udziału:

- członkowie gospodarstwa domowego obecni w momencie wizyty ankietera, ale ze względu na stan zdrowia niezdolni do wzięcia udziału w badaniu.

Wszystkie osoby wskazane przez domowników jako członkowie gospodarstwa domowego lub w nim oficjalnie zameldowane, ale:

- w okresie realizacji badania przebywające w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej;
- w okresie realizacji badania przebywają przez długi okres poza gospodarstwem domowym;

nie były klasyfikowane jako członkowie gospodarstwa domowego.

Po przeprowadzeniu spisu wszystkich mieszkańców, system komputerowy losował jednego respondenta, którego data urodzin przypadała najbliżej dnia realizacji wywiadu i z tą osobą ankieter przeprowadzał wywiad.

METODA BADAWCZA

Badanie zrealizowano metodą bezpośredniego wywiadu ankieterskiego (face-to-face) wspomaganego komputerowo (CAPI). Kwestionariusz dla respondentów został opracowany w postaci skryptu elektronicznego - ankieter przeprowadzał wywiad posługując się laptopem, zaznaczając bądź zapisując na ekranie odpowiedzi respondenta na pytania kwestionariusza. Elektroniczna konstrukcja kwestionariusza ogranicza błędy ankieterskie, a fakt, że dane były przesyłane bezpośrednio do centrum informatycznego CBOS (z pominięciem etapu ich wprowadzania) skrócił czas opracowania wyników i niwelował możliwość popełnienia błędów podczas wprowadzania danych.

Wylosowane do badania gospodarstwa domowe zostały uprzedzone o wizycie ankietera Kartą Zapowiednią, przesyłaną drogą pocztową. Wysłanie kart bezpośrednio poprzedzało rozpoczęcie realizacji terenowej. Badanie realizowane było w terenie przez ogólnopolską sieć ankieterską CBOS, złożoną z 193, przeszkolonych ankieterów, nadzorowanych bezpośrednio przez 20 koordynatorów regionalnych.

Wywiady były realizowane wyłącznie pod wskazanymi adresami. W przypadku nieobecności wylosowanego do badania respondenta ankieter zobowiązany był do dwóch powtórnych wizyt (łącznie 3 wizyty). W sytuacji dłuższej niedostępności respondenta przyczyna niezrealizowania wywiadu została odnotowana.

Ze względu na tematykę badania, kwestionariusz zawierał pytania, które mogły zostać odebrane przez respondenta jako bardzo osobiste bądź krępujące. Szczególnie trudne mogło być zadawanie tego rodzaju pytań nastolatkom w sytuacji, kiedy treść pytania oraz ewentualna odpowiedź mogą być słyszane przez rodzica – w efekcie otrzymywalibyśmy odpowiedzi nieprawdziwe lub „ucieczkowe" (trudno powiedzieć, nie pamiętam). Ze względu na te przewidywane problemy zadecydowano, że odpowiedzi na niektóre pytania mogły być wpisywane samodzielnie przez respondenta, bezpośrednio na ekranie. Zadaniem ankietera było uprzedzenie respondenta o zakresie tematycznym pytań i poproszenie o decyzję, czy woli on odpowiadać na pytania ankietera czy wypełniać część kwestionariusza samodzielnie, pod kierunkiem ankietera. Jeśli respondent wolał odpowiadać na zadawane pytania, ankieter prosił o możliwość przeprowadzenia wywiadu bez obecności innych osób (wykluczenie wpływu osób trzecich na opinie i deklaracje).

POZIOM REALIZACJI I WAŻENIE WYNIKÓW

Wyjściowo próba badawcza liczyła 6060 adresów gospodarstw domowych. Spośród nich zrealizowano 1379 wywiadów z respondentami, co stanowi 22,8% liczebności wyjściowej. W celu zniwelowania efektu różnego poziomu realizacji w różnych kategoriach społeczno-demograficznych zastosowana została standardowa procedura tzw. ważenia stratyfikacyjnego do danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Ważenie dokonywane jest specjalnie do tego celu opracowanym, autorskim programem, który uwzględnia:

- udział poszczególnych warstw gospodarstw domowych w populacji;
- zróżnicowanie terenowe wskaźnika realizacji próby;
- zróżnicowanie wskaźnika realizacji próby w grupach dla wybranych zmiennych społeczno-demograficznych.

Zmienne użyte do ważenia:

- płeć;
- wiek w przedziałach;
- klasa miejscowości wg podziału miasto/wieś;
- wykształcenie w podziale na cztery poziomy;
- województwo.

Poniższe zestawienie prezentuje porównanie danych GUS z danymi z próby – surowymi i ważonymi.

Tabela 2. Rozkład płci

Płeć	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
Mężczyźni	57,72	5,60	52,12	52,11
Kobiety	42,28	-5,60	47,88	47,89

Tabela 3. Rozkład grup wiekowych

Grupy wiekowe	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
15-24	11,75	-2,46	14,21	14,27
25-34	13,78	-5,26	19,04	18,95
35-44	15,74	-1,46	17,19	17,12
45-54	18,56	3,68	14,89	14,89
55-64	21,83	4,79	17,03	17,08
65 i więcej	18,35	0,70	17,64	17,69

Tabela 4. Rozkład wykształcenia

Wykształcenie	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
Podstawowe i gimnazjalne	20,59	-0,11	20,71	20,71
Zasadnicze zawodowe	26,40	1,95	24,45	24,45
Średnie	34,88	4,07	30,81	30,81
Wyższe	18,13	-5,90	24,03	24,03

Tabela 5. Rozkład województw wśród gospodarstw domowych

Województwo	Dane surowe w %	Różnica względem danych GUS w %	Dane GUS w %	Dane ważone w %
dolnośląskie	7,83	-0,19	8,02	7,55
kujawsko-pomorskie	2,97	-2,23	5,21	5,44
lubelskie	8,70	3,28	5,42	5,54
lubuskie	2,76	0,16	2,59	2,67
łódzkie	7,25	0,09	7,16	6,48
małopolskie	2,25	-5,82	8,06	8,65
mazowieckie	15,81	0,37	15,44	13,80
opolskie	1,23	-1,28	2,52	2,62
podkarpackie	10,01	5,42	4,59	5,55
podlaskie	1,38	-1,74	3,12	3,11
pomorskie	4,50	-1,39	5,88	5,91
śląskie	11,31	-1,12	12,43	12,10
świętokrzyskie	5,00	1,88	3,13	3,25
warmińsko-mazurskie	4,28	0,69	3,59	3,78
wielkopolskie	11,89	3,60	8,30	9,02
zachodniopomorskie	2,83	-1,71	4,54	4,51

ZASTOSOWANE PROCEDURY KONTROLI

Kontrola terenowa	
Zakres:	69 wywiadów kontrolnych, co stanowi 5% zrealizowanej próby.
Metoda:	powtórny telefoniczny kontakt z respondentem
Narzędzia:	kwestionariusz kontroli, zawierający pytania o podstawowe zmienne społeczno-demograficzne i o zakres tematyczny badania
Osoba kontrolująca	specjaliści ds. Kontroli Badań
Termin:	24.01 – 13.02.2015
Wynik kontroli	1. dwa przypadki różnicy w wieku respondenta (korekta danych) 2. trzy przypadki rozbieżności w wykształceniu respondenta (korekta danych); 3. czternaście przypadków rozbieżności w liczbie osób (korekta danych);
Kontrola nieterenowa	
Zakres:	100% zrealizowanych wywiadów.
Metody:	merytoryczna analiza dokumentacji pracy ankietera; analiza czasów trwania wywiadów oraz dat i godzin realizacji
Osoba kontrolująca	specjaliści ds. Kontroli Badań
Narzędzia:	komputerowy program do wprowadzania danych uwzględniający wszystkie założenia merytoryczne i techniczne badania oraz komputerowa baza ankieterów.
Termin:	18.02.2015
Wyniki kontroli	nie stwierdzono nieprawidłowości; poniżej statystyki pokontrolne

- liczba ankieterów: 193
- przeciętna liczba wywiadów zrealizowana przez jednego ankietera: 7,15
- średni czas trwania wywiadu: 41 min 6 s
- czas realizacji w kolejnych dniach kalendarzowych: 73 dni (w tym święta Bożego Narodzenia)

Tabela 6. Realizacja badania w kolejnych tygodniach

Miesiąc	Dni	Liczba zrealizowanych wywiadów w kolejnych tygodniach	Odsetek w stosunku do ogółu zrealizowanych wywiadów
Listopad	24-30	47	3,41%
Grudzień	1 - 7	76	5,51%
Grudzień	8 - 14	144	10,44%
Grudzień	15 - 21	113	8,19%
Grudzień	22- 31 (6 dni)	38	2,76%
Styczeń	1 - 7	144	10,44%
Styczeń	8 - 14	137	9,93%
Styczeń	15 - 21	351	25,45%
Styczeń	22 - 28	197	14,29%
Luty	29.01 – 5.02 (7 dni)	132	9,57%

Wykres 1. Odsetki wywiadów zrealizowanych w poszczególnych godzinach

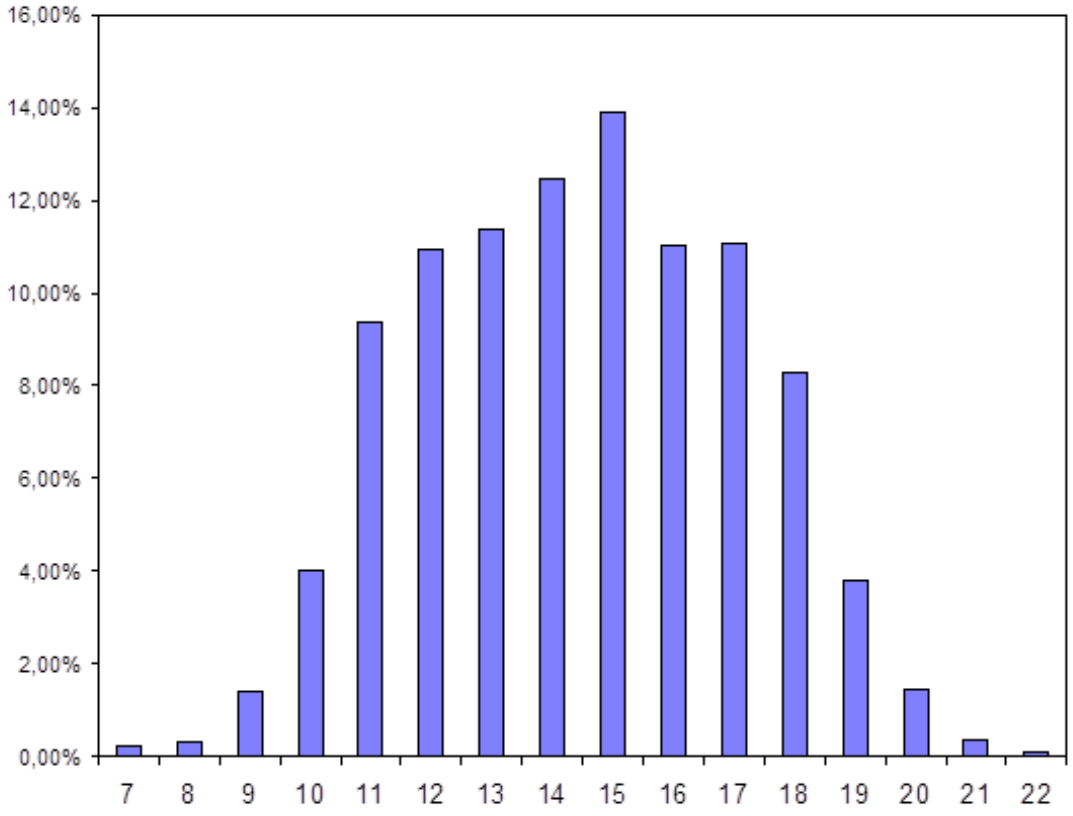


Tabela 7. Przyczyny niezrealizowania wywiadów w badaniu na podstawie kart realizacji badań (4681 przypadków) PRÓBA N=6060

Kod	Przyczyny niezrealizowania	Liczebności	% do 4681	% do 6060
01	Błędny adres (wskazany w próbie adres nie istnieje, bądź pod wskazanym adresem nie ma lokalu mieszkalnego, bądź lokal znajduje się pod wskazanym adresem jest pustostanem)	135	2,9 %	2,2 %
02	od wskazanym adresem nie można się było z nikim skontaktować - nikogo nie zastano przez cały okres realizacji badania	840	17,9 %	13,9 %
03	Nie wpuszczono ankietera do mieszkania lub odmówiono udzielenia informacji o osobach mieszkających w nim	1748	37,3 %	28,8 %
04	Pod wskazanym adresem mieszkały wyłącznie osoby niespełniające kryteriów badania - np. ciężko chore	109	2,3 %	1,8 %
05	Wylosowany respondent był nieuchwytny - nie można się było z nim skontaktować przez cały okres realizacji badania	41	0,9 %	0,7 %
06	Wylosowany respondent odmówił wzięcia udziału w badaniu	20	0,4 %	0,3 %
07	Inne przyczyny braku realizacji	1788	38,2 %	29,5 %

CHARAKTERYSTYKA PRÓBY

Wprawdzie badaniem objęto osoby w wieku 15 lat i więcej, to analizy zamieszczone w tym raporcie ograniczają się do badanych, którzy nie przekroczyli 65 lat. O takim ograniczeniu próby decyduje porównywalność z wcześniejszymi badaniami na temat narkotyków prowadzonych w Polsce oraz porównywalność z badaniami realizowanymi w innych krajach europejskich. Ten przedział wieku został przyjęty za standard przez EMCDDA.

Zestaw zmiennych służących do opisu próby, a następnie wykorzystywany do analiz w roli czynników wyjaśniających używanie substancji psychoaktywnych, nie odbiega od standardu wyznaczanego przez poprzednie badania ogólnopolskie.

Rozkład cech społeczno-demograficznych w ważonej próbie mieszkańców naszego kraju, która została poddana analizom w tym raporcie prezentuje tabela 8.

Zgodnie z rozkładem w populacji, w próbie znalazło się nieco więcej kobiet niż mężczyzn. Rozkład wieku w próbie również dość dobrze odzwierciedla rozkład wieku w populacji.

Badani w ponad połowie pozostawali w stanie małżeńskim, prawie jedna trzecia to kawalerowie i panny.

Istotnym dla analizy rozpowszechnienia używania narkotyków wydaje się czynnik urbanizacji. Narkotyki charakterystyczne są dla kultury miejskiej. Rozkład w próbie według wielkości miejscowości zamieszkania odpowiada w pewnym przybliżeniu rozkładowi w populacji – niemal 40% to mieszkańcy wsi, w wielkich miastach (ponad 500 tys. mieszkańców) zamieszkuje 7,5% respondentów.

Biorąc pod uwagę wykształcenie, najliczniejsza jest grupa osób, które ukończyły szkołę średnią, najmniej liczna tych, które w swojej karierze edukacyjnej nie wykroczyły poza szkołę podstawową lub gimnazjalną.

W kwestii stosunku do narkotyków istotnym czynnikiem wydaje się posiadanie dzieci. Dwie trzecie badanych ma bądź miało dzieci.

Zgodnie z rozkładem według wieku w próbie znalazła się dość liczna grupa uczniów i studentów – ok. 12% badanych, większość jednak to osoby pracujące – 60%. Emeryci i renciści stanowią tylko 11%.

Komentarza wymaga rozkład badanych według przynależności społeczno-zawodowej. Podstawowym kryterium był tu zawód wykonywany badanego. W przypadku emerytów, rencistów i bezrobotnych decydujący był zawód wykonywany w okresie ostatniej aktywności zawodowej, w przypadku innych osób niepracujących – jak np. uczniowie, studenci, kobiety zajmujące się domem – brano pod uwagę zawód osoby, na utrzymaniu której pozostawał badany, ze szczególnym wskazaniem na głowę rodziny. Tak skonstruowana zmienna pozwala na sklasyfikowanie wszystkich respondentów, bez względu na to, czy pracują, chociaż nie według dokładnie tego samego kryterium. Należy ją zatem traktować jako przybliżony wskaźnik statusu społecznego.

Jak pokazują dane z tabeli 2.1 ponad 33% respondentów stanowią osoby z rodzin o statusie pracowników umysłowych, a ponad 42% pracowników fizycznych, w zdecydowanej większości wykwalifikowanych.

Narkotyki, jak już wspomniano, to tradycyjnie problem przede wszystkim miast. Z danych zgromadzonych w tabeli wynika, że blisko połowa badanych wychowywała się właśnie w mieście, a ponad połowa – na wsi.

Status materialny badanych mierzony był przy pomocy dwóch zmiennych. Pierwsza z nich bazuje na pytaniu o sumę dochodów w rodzinie, które następnie zostały przeliczone na dochody na osobę w rodzinie. Podobnie jak w wielu innych badaniach, zmienna ta jest obarczona dużą liczbą braków danych (33%). Poziom dochodów należy do kwestii drażliwych, badani często, z różnych zresztą względów, niechętnie udzielają informacji na ten temat. Dlatego zastosowano także drugi wskaźnik – pytanie o ocenę, na ile osiągane

dochody są wystarczające, biorąc pod uwagę potrzeby rodziny. Tak skonstruowany wskaźnik nie mierzy wprawdzie wprost poziomu dochodów, jednak traktowany jest przez respondentów zazwyczaj jako znacznie mniej zagrażający (2,7% braków danych) i pozwala z pewnym przybliżeniem zaklasyfikować badanych według kryterium poziomu dochodów do trzech grup. Zgodnie z tym podziałem najliczniejsza jest grupa środkowa, tj. osoby oceniające swoje dochody jako wystarczające do zaspokojenia podstawowych potrzeb (55%). Badanych, którzy uważają, że ich dochody są więcej niż wystarczające, było 27%, zaś osób o dochodach niewystarczających mniej, bo 18%.

Dwie kolejne zmienne wykraczają poza standardowy zestaw cech społeczno--demograficznych. Pierwsza z nich to stosunek do religii. Jej uwzględnienie podyktowane było silną mocą predykcyjną tego czynnika w wyznaczaniu postaw i zachowań wobec substancji psychoaktywnych. Można też próbować interpretować go jako wskaźnik przywiązania do tradycyjnych wartości. Badani, którzy zadeklarowali się jako wierzący i praktykujący, stanowili 65% próby.

Kolejna cecha uwzględniona w tabeli, tj. obawa przed utratą pracy, znajduje uzasadnienie w wysokim poziomie bezrobocia, rodzącym dość powszechne obawy o stałość zatrudnienia. Większość badanych nie obawia się utraty podstaw egzystencji rodziny zapewnionych przez pracę, jednak takie obawy zgłasza 30% ankietowanych.

Tabela 8. Rozkład cech społeczno-demograficznych w badanej próbie (odsetki badanych)

Płeć	
Mężczyźni	52,2
Kobiety	47,8
Wiek	
15–24	17,3
25–34	23,0
34–44	20,8
45–54	18,1
55–64	20,7
Stan cywilny	
kawaler/panna	29,9
żonaty/zamężna	60,5
rozwiedziony/rozwiedziona	6,1
wdowiec/wdowa	3,6
Wielkość miejscowości	
wieś	39,8
miasto poniżej 20 tys. mieszkańców	10,1
miasto od 20 tys. do poniżej 50 tys. mieszkańców	14,7
miasto od 50 tys. do poniżej 100 tys.	10,5
miasto od 100 tys. do poniżej 500 tys.	17,3
miasto od 500 tys. mieszkańców	7,5

Tabela 8 (cd.). Rozkład cech społeczno-demograficznych w badanej próbie (odsetki badanych)

Wykształcenie	
od poniżej podstawowego do gimnazjalnego	17,7
zasadnicze zawodowe	25,2
średnie	30,8
wyższe	26,2
Posiadanie dzieci	
posiadający dziecko	66,5
bezdzietni	33,5
Status zawodowy	
praca zawodowa	59,6
rencista, emeryt	11,3
uczeń, student	11,6
osoba niepracująca zajmująca się domem	4,1
bezrobotny	12,9
inne	0,6
Status społeczno-zawodowy	
rolnik indywidualny	9,6
pracownik fizyczny niewykwalifikowany	6,0
pracownik fizyczny wykwalifikowany	36,3
prac. umysłowy bez wyższego wykszt.	11,9
prac. umysłowy z wyższym wykszt.	21,3
przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec itp.	6,9
inne	8,1
Miejsce wychowania	
w mieście	48,6
na wsi	51,4
Dochody na osobę w rodzinie	
do 499 zł	9,7
500–999 zł	34,9
1000–1499 zł	18,1
1500–1999 zł	17,9
2000 zł i więcej	15,1
Ocena sytuacji materialnej	
dochody nie są wystarczające	17,9
dochody są wystarczające	54,9
dochody są więcej niż wystarczające	27,1
Stosunek do religii	
wierzący i praktykujący	64,5
pozostali	35,5
Obawa przed utratą pracy	
zdecydowanie tak	9,8
raczej tak	20,3
raczej nie	31,2
zdecydowanie nie	31,7
rodzina bez pracy	6,9

WYNIKI

1. NARKOTYKI I LEKI

1.1. ZNAJOMOŚĆ NARKOTYKÓW

Pytania dotyczące kwestii związanych z narkotykami rozpoczynają się od badania znajomości wymienionych substancji psychoaktywnych. Respondentom przedstawiona została lista rozmaitych substancji. Następnie poproszeni zostali o określenie, czy słyszeli o wskazanych substancjach. Lista zawiera całą gamę legalnych oraz nielegalnych substancji psychoaktywnych, od tradycyjnych i dobrze znanych, takich jak marihuana czy amfetamina, po mało rozpowszechnione w Polsce GHB (tzw. pigułki gwałtu). Otrzymane wyniki zaprezentowano w tabeli 1.1.1

Tabela 1.1.1. Wiedza o substancjach psychoaktywnych (odsetki respondentów)

Marihuana	96,6
Haszysz	82,7
LSD	60,0
Grzyby halucynogenne	69,0
Ecstasy	68,3
Amfetamina	86,5
Kokaina	89,0
Heroina	86,1
"Kompot"	62,2
Sterydy anaboliczne	55,0
GHB	76,1
Substancje wziewne	75,3

Zdecydowanie największy odsetek respondentów posiadał wiedzę na temat tych substancji, które od lat są obecne na rynku. Marihuana oraz kokaina okazały się dwoma najlepiej znanymi substancjami psychoaktywnymi. Marihuanę znało 96,6% badanych. Niewiele mniejszy odsetek, bo 89,0% respondentów posiadało wiedzę o istnieniu kokainy. Znajomość amfetaminy, która jest częściej używana od kokainy, deklarowało 86,5% badanych. Wiedzę na temat heroiny deklarowało 86% respondentów. Niewiele mniej posiadało wiedzę o haszyszu – prawie 83%, 76% respondentów deklarowało znajomość GHB, które w Polsce jest bardzo słabo rozpowszechnione. Można przypuszczać, że jest to związane z zainteresowaniem massmediów, jakie towarzyszyło tematowi „pigułek gwałtu". Po części może być to także efekt prowadzonych kampanii informacyjnych. Tradycyjna polska heroina otrzymywana z maku, czyli „kompot", znana była 62,2% respondentów. Ecstasy oraz grzyby halucynogenne były znane około 70% ankietowanych. Do znajomości LSD przyznało się 60% respondentów. Sterydy anaboliczne znało 55% badanych.

1.2 UŻYWANIE NARKOTYKÓW

Jednym z głównych celów zrealizowanego pomiaru było określenie skali zjawiska używania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Respondentów pytano o kontakt z substancjami psychoaktywnymi w ciągu 30 dni przed badaniem, co jest wskaźnikiem używania bieżącego (ang. current use), ostatnich 12 miesięcy (używania ostatniego, czyli aktualnego – ang. recent use) oraz kiedykolwiek w życiu, co jest wskaźnikiem eksperymentowania z narkotykami (ang. lifetime experience). Osoby, które zadeklarowały używanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy określamy jako okazjonalnych użytkowników narkotyków, a te, które przyznały się do kontaktu z narkotykiem kiedykolwiek w życiu – eksperymentującymi z substancjami psychoaktywnymi. Badani w trakcie wywiadu proszeni byli o podanie liczby kontaktów z substancjami psychoaktywnymi. Jeżeli respondent nie pamiętał, ile razy zażył substancję, lub nie wiedział, jak często używał, a deklarował zażycie, również taka deklaracja zaliczana była do używania substancji psychoaktywnych.

W trakcie wywiadu pytano o każdą substancję oddzielnie, zaczynając od deklaracji używania kiedykolwiek w życiu, a następnie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 30 dni. Rozkłady odpowiedzi zostały przedstawione w tabeli 1.2.1. W przypadku bardzo niskich odsetków badanych, poniżej 0,1%, w tabeli zaznaczona jest odpowiedź „0”. Są to przypadki, gdy pojedyncze osoby przyznawały się do zażycia substancji. Jeżeli nikt w badaniu nie zadeklarował kontaktu z substancją psychoaktywną, w tabeli umieszczono symbol: „-”.

Najbardziej popularnymi wśród badanych substancjami są marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich. Do kontaktów z tą substancją psychoaktywną kiedykolwiek w życiu przyznało się 16,3% badanych. Pozostałe substancje są o wiele rzadziej używane. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia odnotowujemy amfetaminę i ecstazy (po 1,7%), a dalej kokainę (1,4%) oraz „dopalacze” i LSD (po 1,3%). Do używania grzybów halucynogennych przyznało się 1,1%. Konsumpcja pozostałych substancji nie przekroczyła poziomu 1,0%. Do używania jakiegokolwiek narkotyku przyznało się 16,4% badanych.

Przyjrzyjmy się rozkładom odpowiedzi na pytanie o używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku. Do okazjonalnych użytkowników marihuany i haszyszu zaliczamy 4,6% respondentów. Rozpowszechnienie używania pozostałych substancji utrzymywało się na poziomie poniżej 0,5%. Analizując odsetki dotyczące używania bieżącego (ostatnie 30 dni), stwierdziliśmy, że 2,1% respondentów zadeklarowało używanie marihuany i haszyszu.

Tabela 1.2.1. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (odsetki respondentów)

	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Jakikolwiek narkotyk	16,4	4,7	2,2
Marihuana lub haszysz	16,3	4,6	2,1
LSD	1,3	0,1	0,1
Amfetamina	1,7	0,2	-
Grzyby halucynogenne	1,1	0,3	-
Ecstasy	1,7	0,3	0,2
Kokaina	1,4	0,2	-
Heroina	0,2	-	-
Metadon	0,1	-	-
„Kompot”	-	-	-
GHB	0,2	-	-
Sterydy anaboliczne	0,2	0,2	0,2
Substancje wziewne	0,8	0,1	
Dopalacze	1,3	0,3	0,2
Inne	0,8	0,3	0,1

Przyjrzyjmy się, czy płeć jest zmienną różnicującą poziom konsumpcji substancji psychoaktywnych. Analizując dane z tabeli 1.2.2. odnotowujemy, że mężczyźni o wiele częściej niż kobiety sięgają po substancje psychoaktywne. Wśród badanych 22,6% mężczyzn używało kiedykolwiek marihuany lub haszyszu, podczas gdy wśród kobiet – 10,5%. O wiele mniej kobiet niż mężczyzn używało amfetaminy (3% mężczyzn oraz 0,5% kobiet). Podobne odsetki odnotowano w przypadku ecstazy. Substancją, której kobiety używały częściej od mężczyzn jest GHB, ale odsetki są tak niskie, że trudno jest wysnuć z tego jednoznaczny wniosek.

Tabela 1.2.2. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg płci badanych (odsetki respondentów)

	Mężczyźni	Kobiety
Jakikolwiek narkotyk	22,6	10,7
Marihuana lub haszysz	22,6	10,5
LSD	2,5	0,2
Amfetamina	3,0	0,5
Grzyby halucynogenne	1,9	0,4
Ecstasy	3,0	0,4
Kokaina	2,6	0,2
Heroina	0,1	0,2
Metadon	-	-
„Kompot"	-	-
GHB	-	0,4
Sterydy anaboliczne	0,3	-
Substancje wziewne	1,3	0,3
Dopalacze	2,5	0,1
Inne	1,1	0,4

Przyjrzyjmy się, jak wygląda skala zjawiska używania substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku, co pokazuje nam de facto poziom konsumpcji w 2014 roku, ponieważ badanie zostało przeprowadzone na przełomie 2014 i 2015. W tabeli 1.2.3 przedstawione zostały rozkłady odpowiedzi na pytanie o używanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poszczególnych substancji psychoaktywnych ze względu na płeć. Mężczyźni sięgali po marihuanę i haszysz czterokrotnie częściej niż kobiety.

Tabela 1.2.3. Używanie substancji psychoaktywnych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wg płci badanych (odsetki respondentów)

	Mężczyźni	Kobiety
Jakikolwiek narkotyk	7,9	1,7
Marihuana lub haszysz	7,8	1,7
LSD	0,2	-
Amfetamina	0,3	-
Grzyby halucynogenne	0,6	-
Ecstasy	0,7	-
Kokaina	0,4	-
Heroina	-	-
Metadon	-	-
„Kompot"	-	-
GHB	-	-
Sterydy anaboliczne	0,3	-
Substancje wziewne	0,3	-
Dopalacze	0,7	-
Inne	0,3	0,2

Czynnikiem różnicującym używanie substancji psychoaktywnych, oprócz płci, jest także wiek. W tabeli 1.2.4 przedstawione zostały wyniki dotyczące używania poszczególnych substancji psychoaktywnych w pięciu grupach wiekowych. Najwyższe odsetki użytkowników narkotyków odnotowano wśród badanych w wieku 25–34 lat. Prawie co trzeci respondent z tej grupy sięgał po przetwory konopi (30,8%), a wśród osób w wieku 15–24 – co czwarty (25,3%). Ecstazy używało w ciągu całego życia 5,3% respondentów, a niewiele mniej amfetaminy i kokainy – po 4,3%. Analizując starsze grupy wiekowe (ponad 34 lata) można stwierdzić, że używanie narkotyków dotyczy głównie marihuany. Co siódmy badany w wieku 35–44 lat miał kontakt z przetworami konopi. W przypadku amfetaminy odsetki wyniosły 3,3%, a grzybów halucynogennych – 2,1%. Używanie pozostałych substancji było na poziomie poniżej 2%.

Tabela 1.2.4. Używanie substancji psychoaktywnych kiedykolwiek w życiu wg wieku badanych (odsetki respondentów)

	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64
Marihuana lub haszysz	25,3	30,8	14,6	6,7	2,7
LSD	1,0	3,1	2,1	-	-
Amfetamina	0,0	4,3	3,3	0,0	0,0
Grzyby halucynogenne	0,9	2,2	2,1	0,0	0,0
Ecstasy	0,3	5,3	1,8	0,0	0,0
Kokaina	0,0	4,3	1,3	0,0	0,5
Heroina	0,0	0,2	0,6	0,0	0,0
Metadon	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
„Kompot"	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
GHB	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0
Sterydy anaboliczne	0,9	0,0	0,0	0,1	0,0
Substancje wziewne	0,8	1,1	0,7	1,3	0,0
Dopalacze	0,0	4,4	1,2	0,0	0,0
Inne	0,3	1,9	1,0	0,0	0,4

Wyniki dotyczące używania jakiekolwiek narkotyku kiedykolwiek w życiu oraz ostatnich 12 miesięcy przedstawione zostały w tabeli 1.2.5. Narkotyki dwukrotnie częściej zażywane są przez mężczyzn (22,5%) niż kobiety (10,8%). W przypadku wskaźnika konsumpcji w ciągu ostatniego roku ponad trzykrotnie częściej. Osoby w wieku 25–34 lat najczęściej deklarowały kontakt z narkotykami. Do używania ich kiedykolwiek przyznało się 30,7% badanych w tym wieku, a do zażywania w ciągu ostatniego roku 10,7%. W ciągu ostatniego roku częściej po narkotyki sięgały osoby niezamężne (12,4%) niż zamężnę (1,3%), jak również wychowane w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców (14,1%) niż na wsi (2,2%). Potwierdzają to także dane dotyczące miejsca zamieszkania badanych. Najmniejszy wskaźnik aktualnego używania narkotyków odnotowano na wsi (2,2%), im większa miejscowość, tym większe są odsetki. W przypadku rolników indywidualnych nie odnotowano używania narkotyków w ciągu ostatniego roku. Analizując status społeczno-zawodowy respondentów najwyższe odsetki aktualnych użytkowników odnotowano wśród uczniów i studentów (11,5%). Dane dotyczące wykształcenia wskazują na największą popularność używania narkotyków w ciągu ostatniego roku wśród gimnazjalistów (10,0%) oraz osób z wykształceniem wyższym (8,1%). Niewątpliwie czynnikiem chroniącym jest aktywny udział w praktykach religijnych. Wśród osób wierzących i praktykujących aktualnych użytkowników narkotyków jest tylko 1,8%, a wśród niewierzących i praktykujących 26%. Ocena atmosfery w domu ma także wpływ na poziom używania narkotyków. Co piąta osoba, która zażywała

narkotyki, oceniała sytuację w domu jako złą. Wyniki dotyczące oceny poziomu szczęścia należy traktować z ostrożnością, ponieważ tylko kilkanaście osób zadeklarowało, iż są nieszczęśliwe.

Tabela 1.2.5. Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy wg cech społeczno-demograficznych (odsetki respondentów)

Płeć	Kiedykolwiek	Ostatnie 12 miesięcy
mężczyźni	22,5	7,9
kobiety	10,8	1,7
Wiek		
15–24	25,4	9,2
25–34	30,7	10,7
35–44	15,3	2,1
45–54	6,8	0
55–64	2,6	0,8
Stan cywilny		
kawaler/panna	30,4	12,4
żonaty/zamężna	9,6	1,3
rozwiedziony/rozwiedziona	21,7	2,9
wdowiec/wdowa	5,0	2,4
Wielkość miejscowości		
miasto 500 tys. mieszkańców i powyżej	29,1	14,1
miasto od 100 000 do 499 999	20,8	7,1
miasto od 50 000 do 99 999	23,3	5,9
miasto od 20 000 do 49 999	21,6	3,6
miasto do 19 999 mieszkańców	11,4	3,5
wieś	9,7	2,2
Wykształcenie		
podstawowe	4,0	-
gimnazjalne	15,8	10,0
zasadnicze zawodowe	9,8	2,4
średnie	15,1	4,3
wyższe	29,5	8,1
Posiadanie dzieci		
bezdzietni	29,7	11,3
posiadający dziecko	9,7	1,3

Tabela 1.2.5. (cd.) Używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy wg cech społeczno-demograficznych (odsetki respondentów)

Status społeczno-zawodowy		
Rolnik indywidualny	1,4	-
Robotnik niewykwalifikowany	-	-
Robotnik wykwalifikowany	16,7	4,6
Pracownik umysłowy bez wyższego wykształcenia	8,5	2,8
Pracownik umysłowy z wyższym wykształceniem	29,1	8,3
Przedsiębiorca, rzemieślnik, kupiec	18,8	2,1
Wojskowy, policjant	38,5	7,7
Osoba prowadząca gospodarstwo domowe, zajmująca się domem, dziećmi itp.	10,6	-
Student, uczeń	27,5	11,5
Bezrobotny lub czasowo bez zatrudnienia	15,1	4,8
Emeryt lub rencista	3,1	-
Inny status	9,1	-
Miejsce wychowania		
w mieście	22,8	6,7
na wsi	10,3	2,7
Stosunek do religii		
wierzący i praktykujący	8,7	1,8
wierzący i niepraktykujący	26,4	7,0
niewierzący, ale przywiązany do niektórych praktyk religijnych	26,5	14,3
niewierzący i niepraktykujący	57,1	26,0
Trudno powiedzieć	60,0	-
Ocena atmosfery panującej w domu		
Bardzo dobra	18,9	5,9
Raczej dobra	11,9	2,0
Różnie bywa, czasem dobra, czasem zła	16,0	5,7
Raczej zła	30,0	20,0
Czy czuje się szczęśliwy		
Tak	15,3	3,6
Raczej tak	16,7	6,5
Ani tak, ani nie	24,1	6,5
Raczej nie	10,7	-
Nie	-	-

1.3. PROBLEMOWE UŻYWANIE MARIHUANY

Przetwory konopi jako najbardziej rozpowszechnione substancje nielegalne mogły stać się przedmiotem głębszych analiz skierowanych na identyfikację wzoru intensywnego używania. W populacji generalnej odsetki użytkowników innych substancji są zbyt małe, aby grupa bardziej intensywnych użytkowników była dostatecznie liczna.

W próbie analizy intensywnego używania przetworów konopi posłużono się pytaniami zaczerpniętymi z dwóch testów. Pierwszy z nich to test przesiewowy skonstruowany do identyfikacji problemowych użytkowników przetworów konopi (PUM) wśród nastolatków sięgających po tę substancję. Test ten został poddany walidacji dla populacji nastolatków naszego kraju, stąd też jego wykorzystanie w badaniach dorosłych napotyka na istotne ograniczenia. Rozkłady odpowiedzi na pytania testu zestawione w tabeli 1.3.1. mogą jednak przynieść sporo informacji o kilku aspektach używania przetworów konopi.

Tabela 1.3.1. Intensywne używanie przetworów konopi – rozkład odpowiedzi na pytanie: Jeśli używał(a) Pan(i) marihuany lub haszyszu w czasie ostatnich 12 miesięcy, to:

	Odsetki badanych w całej populacji	Odsetki badanych wśród użytkowników konopi
1. Czy zdarzyło się Panu(i) nie pójść lub spóźnić się do szkoły lub pracy z powodu używania marihuany?	1,0	20,7
2. Czy często odczuwa Pan(i) potrzebę użycia marihuany?	0,0	0,0
3. Czy zdarzyło się Panu(i) samodzielnie kupić marihuanę?	2,2	45,4
4. Czy zdarzało się Panu(i) palić marihuanę w samotności?	1,1	22,6

Okazjonalni użytkownicy przetworów konopi w 45,4% samodzielnie dokonują zakupu marihuany lub haszyszu. Oznacza to, że jedynie z powodu tej substancji z nielegalnym rynkiem narkotyków bezpośredni kontakt ma 2,2% populacji w wieku 15–64 lata. W przypadku 22,6% użytkowników konopi palenie jest nie tylko elementem życia towarzyskiego, ale zdarza się też w samotności. Warto zauważyć, że z powodu używania marihuany lub haszyszu 1,1% mieszkańców naszego kraju w wieku 15–64 lata chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy nie poszło lub spóźniło się do szkoły lub pracy. Osoby te stanowią 20,7% okazjonalnych użytkowników konopi. W próbie nie znalazł się nikt, kto często odczuwa potrzebę palenia marihuany.

Odpowiedź „tak” na każde z poszczególnych pytań testu oznacza potwierdzenie występowania odpowiedniego symptomu. W tabeli 1.3.2. zestawiono odsetki badanych, którzy potwierdzili wystąpienie kolejnych liczb symptomów począwszy od 0, czyli braku choćby jednego symptomu, aż po występowanie czterech symptomów.

Tabela 1.3.2. Intensywne używanie przetworów konopi – liczba symptomów

	Odsetki badanych w całej populacji	Odsetki badanych wśród użytkowników konopi
Brak symptomu	97,2	37,3
1 symptom	1,5	33,3
2 symptomy	1,1	25,5
3 symptomy	0,2	3,9
4 symptomy	-	-

Badanie walidacyjne testu przesiewowego PUM zrealizowane w 2003 r. wykazało, że wśród nastolatków wystąpienie 2 lub więcej symptomów świadczy o problemowym używaniu marihuany. Gdyby ten próg problemowego używania wyznaczony dla nastolatków zastosować do wszystkich użytkowników przetworów konopi niezależnie od wieku, to do problemowych trzeba by zaliczyć 29,4% użytkowników tej substancji, co stanowi 1,3% populacji generalnej w wieku 15–64 lata. Wydaje się, iż oszacowanie to jest zawyżone, bowiem w przypadku dorosłych zapewne próg trzeba by ulokować wyżej. Gdyby przyjąć za próg wystąpienie trzech symptomów, to odsetek problemowych użytkowników przetworów konopi trzeba by oszacować na 0,2% populacji mieszkańców naszego kraju w wieku 15-64 lata.

Można dodać, że przy użyciu osobnego pytania starano się ustalić, ilu badanych prowadziło samochód lub inny pojazd będąc pod wpływem marihuany lub innego narkotyku. Do prowadzenia pojazdu w takim stanie chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem przyznało się 0,3% respondentów, którzy kierowali w tym czasie jakimś pojazdem. Dla porównania można dodać, iż do prowadzenia pojazdu będąc pod wpływem alkoholu w czasie ostatnich 12 miesięcy przyznało się 2,1% badanych.

Drugim testem zastosowanym w tym badaniu jest krótka skala uzależnienia (Short Dependence Scale – SDS). Test ten został opracowany w Wielkiej Brytanii przez zespół z National Addiction Center (Gossop et al. 1995). Test ten w ogóle nie był walidowany w Polsce, stąd w tym raporcie do analizy wykorzystane zostaną głównie poszczególne pytania w nim zawarte. Podstawa oprocentowania w rozkładach odpowiedzi zawartych

w tabeli 1.3.3 są osoby, które chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem używały przetworów konopi.

Zdecydowana większość respondentów nie potwierdza występowania u siebie symptomów traktowanych w teście jako symptomy uzależnienia. Relatywnie najczęściej pojawia się symptom polegający na chęci zaprzestania używania marihuany (13,0% użytkowników konopi). W tym, chęć zaprzestania używania towarzyszyła zawsze lub prawie zawsze 6,5% użytkowników.

Dla 7,8% użytkowników konopi fakt używania był powodem zmartwienia, zaś 2,0% miewało wrażenie, że używanie wymknęło się im spod kontroli. U nikogo nie zdarzyło się, by te symptomy występowały zawsze. Objawy nerwowości lub obawy na myśl o braku możliwości używania marihuany nie pojawiły się u nikogo.

Wszyscy badani sięgających po marihuanę lub haszysz uważają, że przerwanie lub zaprzestanie używania nie sprawiłoby im żadnej trudności.

Tabela 1.3.3. Intensywne używanie przetworów konopi – rozkład odpowiedzi (odsetki badanych) na pytanie: Jeśli używał(a) Pan(i) marihuany lub haszyszu w czasie ostatnich 12 miesięcy, to:

	nigdy/ prawie nigdy	**czasami**	**często**	**zawsze/ prawie zawsze**
1. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy miał(a) Panu(i) wrażenie, że używanie marihuany wymknęło się spod Pana(i) kontroli?	98,0	2,0	-	-
2. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy odczuwał(a) Pan(i) obawę lub nerwowość na myśl o tym, że nie będzie Pan(i) miał(a) możliwości używania marihuany?	100,0	-	-	-
3. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy martwił(a) się Pan(i) swoim używaniem marihuany?	92,2	3,9	3,9	-
4. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy chciał(a) Pan(i) przestać używać marihuany	87,0	6,5	-	6,5
	w ogóle nie trudne	**trochę trudne**	**dość trudne**	**bardzo trudne**
5. Jak trudne bywało dla Pana(i) przerwanie lub zaprzestanie używania marihuany?	100,0	-	-	-

Test SDS walidowany był w kilku badaniach w zastosowaniu do użytkowników przetworów konopi. Trzy badania walidacyjne zrealizowano w Australii (Swift, Copeland, Hall 1998; Martin, Copeland, Gates, Gilmour 2006; Hides, Dave, Young, Kavanagh 2007) i jedno w Niemczech (Steiner, Baumeister, Kraus 2008). W badaniach tych wyznaczano próg punktacji wskazujący na uzależnienie od przetworów konopi. W każdym z nich próg ten

przypisywano innej liczbie punktów. W pierwszym australijskim badaniu były to 3 punkty, w drugim – 4, a w trzecim – 2. Badania niemieckie wskazują generalnie na 2 punkty jako próg uzależnienia, przy czym sugerują, iż dla mężczyzn ten prób powinien wynosić 4.

Tabela 1.3.4. Rozkład liczby punktów w teście SDS (odsetki badanych)

Liczba punktów	W całej populacji	Wśród użytkowników konopi
0 punktów	99,1	82,7
1 punkt	0,5	11,1
3 punkty	0,2	3,2
6 punktów	0,1	3,0

Wyniki tych badań przekonują, iż próg uzależnienia w testach przesiewowych powinien być wyznaczany w efekcie własnych badań walidacyjnych, a zastosowanie progu wyznaczonego w innych krajach jest niezwykle ryzykowne. Wyniki naszego badania sugerują, iż gdyby przyjąć próg dwóch punktów, to odsetek uzależnionych w populacji w wieku 15–64 lata wyniósłby 0,3%, zaś gdyby podnieść go do czterech punktów, to byłoby to 0,1%.

Podsumowując wyniki testów przesiewowych, można przyjąć, choć ze znaczną dozą niepewności, iż odsetek problemowych użytkowników przetworów konopi w Polsce mieści się w przedziale 0,2-0,3%. Oznaczałoby to, iż w dużym przybliżeniu liczba problemowych użytkowników zawiera się w przedziale 54 000-108 000 osób w wieku 15-64 lata.

Wyniki powyższych analiz wymagają wprowadzenia zastrzeżeń wynikających z małej liczby użytkowników konopi zidentyfikowanych w badaniu oraz braku walidacji zastosowanych w badaniu testów dla populacji mieszkańców naszego kraju.

1.4. UŻYWANIE „DOPALACZY”

W 2008 roku w Polsce rozpoczęto sprzedaż nowych substancji psychoaktywnych, które zaczęto nazywać „dopalaczami”. W roku 2010, czyli w szczytowym momencie rozwoju sklepów oferujących takie substancje, na rynku działało klika firm, które – wykorzystując franchising – rozbudowywały w szybkim tempie sieć sprzedaży. Pierwszą firmą działającą według tych zasad była firma o nazwie Dopalacze. Jej nazwa dałanajprawdopodobniej nazwę całej grupie nowych narkotyków. Warto podkreślić, że wśród „dopalaczy” jest wiele substancji, które nie mają działania pobudzającego, takich jak: syntetyczne kanabinoidy (np. UR-144 to sztuczna alternatywa dla marihuany), opioidy (np. AH-7921), czy środki

halucynogenne (np. 25I-NBOMe) (Malczewski 2015). Jednakże „dopalacze” działające podobnie do amfetaminy z grupy syntetycznych katynonów stanowią dużą grupę substancji na rynku nowych substancji psychoaktywnych. Po kilku latach od zamknięcia ponad 1300 sklepów, w 2010 roku, sprzedaż „dopalaczy” zaczęła ponownie rosnąć. Zlikwidowanie sklepów z „dopalaczami” spowodowało rozwój ich sprzedaży w internecie. W sieci sprzedawane są produkty, które bardzo często nie zawierają informacji, jakiego typu substancja psychoaktywna wchodzi w ich skład. Można również kupić czyste substancje, na stronach oferujących je jako materiały do analiz chemicznych, np. odczynniki chemiczne. Niektóre z tych stron funkcjonują w internecie pod hasłem: research chemicals (związki chemiczne do badań). Kolejnym źródłem zaopatrzenia są dilerzy, którzy oferują „dopalacze” obok tradycyjnych narkotyków. W niektórych miastach „dopalacze” sprzedawane są na telefon z dostawą. Warto zwrócić uwagę, że „dopalacze” ponownie są sprzedawane w ramach sieci sprzedaży sklepów detalicznych. Pod koniec 2014 roku działało około 100 sklepów sprzedających nowe substancje psychoaktywne, czyli „dopalacze”. W ramach badania poświęcono tym substancjom oddzielny blok pytań. Do ich używania kiedykolwiek w życiu przyznał się niewielki odsetek badanych (2,2%). W ciągu ostatniego roku „dopalacze” używało 0,5% badanych, a miesiąca – 0,2%. Połowa badanych (46%), którzy używali „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku, używała ich w formie proszku lub tabletek. W znacznie mniejszym zakresie zażywane były: mieszanki ziołowe (17%), „dopalacze” w formie płynu (17%) oraz w innej formie (17%). Co trzeci osoba kupiła „dopalacze” w internecie (32%). Były również osoby, które zaopatrzyły się w „dopalacze” w specjalnym sklepie (17%). Ponad połowa badanych zadeklarowała, iż kupiła lub dostała je od znajomego (60%). Ze względu na małą grupę użytkowników „dopalaczy” w ciągu ostatniego roku wyniki dotyczące formy „dopalaczy” oraz miejsca zakupu należy traktować z ostrożnością. Respondencie proszeni o nazwy „dopalaczy” podawali: Kryształ 3MMC oraz JHW. Pierwsza to substancja z grupy syntetycznych katynonów, druga należy do grupy syntetycznych kanabinoidów.

1.5. UŻYWANIE LEKÓW USPOKAJAJĄCY I NASENNYCH

Do tej pory zajmowaliśmy się narkotykami rozumiejąc pod tym pojęciem substancje nielegalne. Teraz przyjrzyjmy się rozpowszechnieniu używania legalnych leków uzależniających z grupy uspokajających i nasennych. Leki te przyjmowane są zazwyczaj w ramach leczenia z przepisu lekarza. Zdarza się jednak, że niektóre osoby sięgają po nie bez wskazań lekarskich, dla zmiany swojego samopoczucia. Mówimy wtedy o nadużywaniu, albo o używaniu w celach niemedycznych. Leki te przyjmowane bywają również przez osoby

używające narkotyków, czy to dla zintensyfikowania ich działania, czy to dla łagodzenia objawów zespołu abstynencyjnego w razie braku narkotyku. Niezależnie od tego, w jakim celu i w jaki sposób leki te są stosowane, zawsze istnieje większe lub mniejsze ryzyko uzależnienia. Jest ono oczywiście znacznie wyższe w przypadku nadużywania, a największe, gdy leki te są łączone z narkotykami.

W badaniu kwestia sięgania po leki legalne potraktowana została według podobnego schematu jak używanie narkotyków, z tym, że osobno pytano o używanie leków uspokajających i nasennych z przepisu lekarza i osobno o używanie bez wskazań lekarskich. Rozpowszechnienie używania tych leków w ciągu całego życia, w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem i ostatnich 30 dni przed badaniem prezentuje tabela 1.5.1.

Z danych zebranych w tabeli wynika, że odsetki osób sięgających po leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza są znacznie niższe niż odsetki osób przyjmujących te leki z przepisu lekarza. W przypadku używania kiedykolwiek w życiu „niemedyczne" używanie tych leków jest znacznie mniej powszechne niż używanie „medyczne".

Tabela 1.5.1. Używanie leków uspokajających lub nasennych dostępnych tylko na receptę kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni (odsetki badanych)

	Kiedykolwiek w życiu	W czasie ostatnich 12 miesięcy	W czasie ostatnich 30 dni
Z zalecenia lekarza	16,0	5,5	3,5
Bez zalecenia lekarza	3,6	1,0	0,5

Analiza rozpowszechnienia aktualnego sięgania po leki uspokajające i nasenne prowadzona ze względu na płeć pokazuje inne prawidłowości niż w przypadku narkotyków. Jak widać w tabeli 1.5.2. odsetki użytkowników są wyższe u kobiet niż u mężczyzn.

Tabela 1.5.2. Używanie leków uspokajających lub nasennych dostępnych tylko na receptę kiedykolwiek w życiu, w czasie ostatnich 12 miesięcy i w czasie ostatnich 30 dni wg płci badanych (odsetki badanych)

	W czasie ostatnich 12 miesięcy		W czasie ostatnich 30 dni	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Z zalecenia lekarza	3,4*	7,5*	2,8	4,1
Bez zalecenia lekarza	0,2	1,8	0,0*	0,9*

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05

Różnice w zależności od płci są jednak istotne statystycznie tylko w przypadku używania leków z zalecenia lekarza w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz bez zalecenia lekarza w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Zróżnicowanie wprowadzone przez wiek ma inny charakter. Istotne statystycznie jest tylko zróżnicowanie używania zgodnego z zaleceniami lekarza. W przypadku używania bez wskazań lekarskich nie stwierdza się różnic istotnych statystycznie. Dane z tabeli 1.5.3 ujawniają znaczne odsetki użytkowników w starszych grupach wieku. Odsetki użytkowników leków z zaleceń lekarza rosną wraz z wiekiem, skokowy wzrost występuje między kategoriami wiekowymi 25–34 i 35-44 lata. Następny wyraźny wzrost widać po przejściu do kategorii 55–64.

Tabela 1.5.3. Używanie leków uspokajających lub nasennych dostępnych tylko na receptę w czasie ostatnich 12 miesięcy wg wieku badanych (odsetki badanych)

	15–24	25–34	35–44	45–54	55–64
Z zalecenia lekarza*	3,7	2,9	5,4	5,7	10,0
Bez zalecenia lekarza	0,0	1,5	1,6	2,0	0,1

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05

Interesujące różnice we wpływie wieku na okazjonalne używanie leków ujawnia analiza prowadzona osobno dla kobiet i mężczyzn (tabela 1.5.4).

Tabela 1.5.4. Używanie leków uspokajających lub nasennych dostępnych tylko na receptę w czasie ostatnich 12 miesięcy wg płci i wieku badanych (odsetki badanych)

	Mężczyźni			Kobiety		
	15–24	25–34	35–64	15–24	25–34	35–64
Z zalecenia lekarza	2,5	2,4	4,1	5,4*	3,4*	9,5*
Bez zalecenia lekarza	0,0	0,0	0,4	0,0	2,9	1,8

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05

Istotne statystycznie różnice pojawiają się jedynie, gdy analizujemy związek wieku z używaniem leków z zalecenia lekarza wśród kobiet. Największe rozpowszechnienie występuje w kategorii wiekowej 35–64 lata. Wśród mężczyzn związek ten nie zachodzi. W przypadku używania leków w celach pozamedycznych nie stwierdza się różnic istotnych statystycznie ani wśród mężczyzn, ani wśród kobiet.

2. UŻYWANIE ALKOHOLU

Prezentację wyników badania odnoszących się do picia napojów alkoholowych przez badanych zaczniemy od ogólnej charakterystyki spożycia i wzorów picia, następnie przejdziemy do analizy spożycia według cech społeczno-demograficznych.

Tabela 2.1. Odsetki konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych (odsetki badanych)

Napoje alkoholowe ogółem	89,7
Piwo	76,5
Wino	70,6
Napoje spirytusowe	66,3

Za konsumenta danego napoju alkoholowego przyjmowano osobę, która piła dany napój chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy. Poszczególne napoje cieszą się zróżnicowaną popularnością (tabela 2.1). Najwyższym odsetkiem konsumentów cieszy się piwo (89,7%), nieco niższym wino (76,5%), najmniej popularne są napoje spirytusowe (66,3%). Odsetek konsumentów jakichkolwiek napojów alkoholowych wynosi 89,7%. Oznacza to, iż abstynenci od alkoholu, definiowani jako osoby, które w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem nie piły żadnego napoju alkoholowego, stanowią 10,3%.

Podstawowym, najbardziej ogólnym, wskaźnikiem wzoru picia jest wielkość rocznego spożycia napojów alkoholowych w przeliczeniu na stuprocentowy etanol. Na poziomie populacji operuje się wskaźnikiem średniego rocznego spożycia alkoholu na jednego mieszkańca.

W tabeli 2.2 przedstawiono wyniki oszacowania średniego spożycia trzech głównych typów napojów alkoholowych w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol oraz wszystkich napojów alkoholowych ogółem. Przypomnijmy, że podstawą oszacowań była metoda „częstość-ilość". Do napojów spirytusowych w tym oszacowaniu zostały włączone wódki, koniaki, brandy itp., a także koktajle sporządzane na bazie napojów spirytusowych. Podobnie włączony został bimber. Do win, poza winem gronowym, zaliczone zostały wina owocowe, szampan oraz wino domowe. Do piw wszystkie gatunki tego napoju, włącznie z piwem ciemnym, ale z pominięciem piwa bezalkoholowego. Na potrzeby oszacowań przyjęto, że średnia zawartość alkoholu w piwie wynosi 5,8%, w winie – 12,5%, zaś w napojach spirytusowych – 40%.

Dane zawarte w tabeli wskazują, że w strukturze spożycia, w podziale według typu napoju przeważa piwo. Na drugim miejscu plasują się napoje spirytusowe, stawkę zamyka wino. Wyniki badania sugerują, że w ostatnich latach piwo znacznie zwiększyło swój udział w strukturze spożycia alkoholu w naszym kraju. Średnie spożycie wszystkich napojów alkoholowych ogółem oszacowane w badaniu jest bardzo niskie, znacznie poniżej spożycia rejestrowanego w statystykach sprzedaży. Taki wynik nie jest zaskoczeniem – metoda ankietowa zawsze daje znacznie niższe oszacowania (Jasiński 1990; Midanik 1982). Można natomiast założyć, że niedoszacowanie jest podobne w różnych grupach społeczno--demograficznych oraz że zaniżone wyniki z próby odzwierciedlają, przynajmniej w przybliżeniu, rozkład spożycia napojów alkoholowych.

Tabela 2.2. Średnie roczne spożycie w litrach stuprocentowego alkoholu i struktura konsumpcji napojów alkoholowych (w odsetkach)

Piwo	
Średnia dla wszystkich badanych	2,23
Średnia dla konsumentów piwa	2,95
Udział w spożyciu (odsetki)	66,2%
Wino	
Średnia dla wszystkich badanych	0,30
Średnia dla konsumentów wina	0,42
Udział w spożyciu (odsetki)	8,9%
Napoje spirytusowe	
Średnia dla wszystkich badanych	0,84
Średnia dla konsumentów napojów spirytusowych	1,27
Udział w spożyciu (odsetki)	24,9%
Napoje alkoholowe ogółem	
Średnia dla wszystkich badanych	3,38
Średnia dla konsumentów napojów alkoholowych	3,77

Prowadząc dalej analizę zobaczmy, jak wyglądają wzory picia piwa, wina i napojów spirytusowych. Wzory picia są tu analizowane na wymiarach częstości picia i wielkości spożycia przy jednej okazji, definiowanego jako ilość danego napoju wypitego jednego dnia. Te dwa wymiary wydają się tu bowiem decydujące.

Dane o rozkładzie częstotliwości picia poszczególnych napojów alkoholowych zawarto w tabeli 2.3.

Tabela 2.3. Częstotliwość picia poszczególnych napojów alkoholowych oraz wszystkich napojów ogółem (odsetki badanych)

	Piwo	Wino	Napoje spirytusowe	Napoje alkoholowe ogółem
Codziennie lub prawie codziennie	2,5	0,5	0,1	3,1
5–6 razy w tygodniu	1,5	0,1	0,8	2,4
3–4 razy w tygodniu	4,2	0,3	0,2	4,5
1–2 razy w tygodniu	14,0	2,7	2,3	15,9
2–3 razy w miesiącu	14,7	5,7	7,1	18,2
Raz w miesiącu	12,5	7,1	9,3	12,7
6–11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy	7,3	5,3	12,5	9,6
2–5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy	13,1	20,7	26,9	15,5
Raz w czasie ostatnich 12 miesięcy	6,8	28,2	7,2	8,1
Ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	23,5	29,4	33,7	10,1

Dane z tabeli przekonują, że napoje spirytusowe pije się najczęściej 2–5 razy w roku, a następnie 6–11 razy w roku lub 1 raz w miesiącu. Rozkład częstotliwości picia wina ma swoje maksimum na poziomie 1 raz w roku. Często spotyka się też picie 2–5 razy w roku. Inaczej jest z rozkładem częstotliwości picia piwa. Tutaj maksimum występuje na poziomie 2–3 razy w miesiącu. Niewiele mniej rozpowszechnione jest picie piwa 1–2 razy w tygodniu. Częstotliwość picia piwa odznacza się znacznie wyższym poziomem na tle częstotliwości picia wina i napojów spirytusowych. Rozkład częstotliwości picia jakiegokolwiek napoju alkoholowego jest zbliżony do częstotliwości picia piwa. Można powiedzieć, że najczęściej spotykana częstotliwość picia napojów alkoholowych ogółem to 2–3 razy w miesiącu.

Dalszą analizę poprowadzimy tylko dla konsumentów poszczególnych napojów alkoholowych, eliminując spośród nich osoby, które danego napoju nie piły w czasie ostatnich 12 miesięcy. Dane o średniej częstotliwości picia poszczególnych napojów oraz odsetkach osób, które piją średnio, co najmniej raz w tygodniu, poszczególne napoje alkoholowe zawarto w tabeli 2.4.

Tabela 2.4. Częstotliwość picia poszczególnych napojów alkoholowych oraz wszystkich napojów ogółem (konsumenci danego napoju alkoholowego)

	Średnia liczba dni picia w roku	Odsetek pijących, co najmniej raz w tygodniu
Piwo	51	29,0
Wino	12	5,1
Napoje spirytusowa	15	5,0
Napoje alkoholowe ogółem	52	28,7

Ogólna średnia liczba dni, w których pito jakikolwiek napój alkoholowy wynosi 52. Można zatem powiedzieć, że przeciętny konsument alkoholu pije, z grubsza, co 7 dni, czyli raz na tydzień. Ta średnia częstotliwość przybiera różne wartości dla poszczególnych napojów alkoholowych. Najczęściej pije się piwo, konsumenci tego trunku piją go także średnio co 7 dni. Konsumenci wina sięgają po ten napój rzadziej, bo średnio co 30 dni. Wódkę natomiast pije się średnio co 24 dni. Do podobnych wniosków prowadzi analiza odsetków badanych, którzy piją co najmniej raz w tygodniu. Odsetek ten jest wielokrotnie większy w przypadku piwa niż wina czy napojów spirytusowych.

Odsetek pijących piwo co najmniej raz w tygodniu niewiele odbiega od odsetka pijących jakikolwiek napój alkoholowy z taką częstotliwością.

W tabeli 2.5 zestawiono dane o ilościach poszczególnych napojów alkoholowych wypijanych zwykle przeciętnego dnia, kiedy w ogóle się taki napój piło.

Średnia dzienna konsumpcja piwa wynosi 757 ml; 39,0% konsumentów tego napoju pije go w ilościach równych jednej półlitrowej butelce czy puszce. Odsetki konsumentów przekraczających tę miarę są podobne jak odsetki wypijających mniej niż pół litra. Powyżej litra przy jednej okazji wypija prawie 11,0% badanych.

Średnia konsumpcja wina przypadająca na 1 dzień wynosi 246 ml. Ponad połowa konsumentów wina (54,1%) wypija średnio 101–300 ml tego napoju. Odsetek wypijających mniej jest wyższy niż odsetek badanych, którzy przekraczają tę miarę.

Tabela 2.5. Wielkość konsumpcji dziennej (odsetki wśród konsumentów danego napoju oraz średnie dla konsumentów danego napoju)

	Piwo
Poniżej 0,5 litra	31,9 %
0,5 litra	39,0 %
0,51–1,0 litra	18,1 %
Powyżej 1 litra	11,0 %
Średnia w ml	**757**

	Wino
Do 100 ml	27,8 %
101–300 ml	54,1 %
Powyżej 300 ml	18,1 %
Średnia w ml.	**246**

	Napoje spirytusowe
Poniżej 100 ml	25,8 %
100–200 ml	32,7 %
201–300 ml	28,0 %
Powyżej 300 ml	13,5 %
Średnia w litrach	**187**

Jeśli pije się napoje spirytusowe, to średnio jednego dnia wypija się jej 187 ml. Największa grupa badanych (32,7%) wypija średnio między 100 ml a 200 ml. Odsetki tych, którzy wypijają więcej niż 200 ml jednego dnia są wyższe niż tych, którzy wypijają mniej niż 100 ml.

Porównanie częstotliwości picia oraz wielkości spożycia jednorazowego wina i wódki wskazuje na wyraźną przewagę tego drugiego napoju. Napoje spirytusowe pije się nieco częściej niż wino. Wprawdzie miary spożycia w ciągu przeciętnego dnia picia nie są ze sobą bezpośrednio porównywalne ze względu na inną zawartość alkoholu, to jednak po przeliczeniu na stuprocentowy alkohol, wyraźnie widać, że w postaci wódki wypijana jest znacznie większa ilość alkoholu (75 ml stuprocentowego alkoholu) niż w postaci wina (31 ml stuprocentowego alkoholu). Ilość alkoholu wypijanego jednego dnia pod postacią piwa (44 ml stuprocentowego alkoholu) jest nieco większa niż analogiczna ilość wypijana pod postacią wina i znacznie mniejsza w porównaniu z napojami spirytusowymi. Jednak znacznie większa częstotliwość picia piwa powoduje, że spożycie tego napoju przewyższa spożycie napojów spirytusowych w sensie ilości stuprocentowego alkoholu.

Generalnie z rozkładów przedstawionych w tabelach można wyczytać, że poszczególne napoje pełnią różne role. Wino wydaje się pełnić raczej funkcje symboliczne. Wódka pozostaje w swojej tradycyjnej roli podstawowego okazjonalnego napoju alkoholowego, dla wielu pełni funkcje intoksykacyjne. Picie piwa ma bardziej codzienny charakter i, jak się wydaje, czasem zastępuje napoje orzeźwiające.

Średnia konsumpcja alkoholu szacowana na wstępie tej części raportu kryje bardzo silne zróżnicowania widoczne, gdy uwzględnimy na cały rozkład. Na jej podstawie nie dowiemy się, ile pije przeciętny mieszkaniec naszego kraju. W tabeli 2.6 przedstawiono odsetki badanych przyporządkowane do poszczególnych poziomów konsumpcji.

Kształt rozkładu wykazuje silnie skośny charakter. Ograniczając analizę tylko konsumentów napojów alkoholowych, stosunkowo niskie spożycie, nie przekraczające 1,2 litra czystego alkoholu rocznie stwierdzamy u 52,2% konsumentów alkoholu. Na poziomie 1,2–6,0 litra rocznego spożycia stuprocentowego alkoholu lokuje się 32,0% jego konsumentów. Znaczne ilości, powyżej 12 litrów stuprocentowego alkoholu rocznie spożywa 7,0% pijących. Jeśli przypomnimy sobie, że średnie spożycie dla pijących wynosiło 3,77 litra, to oszacować możemy, że poniżej tego poziomu pije znacznie ponad połowa konsumentów. Osoby, których roczną konsumpcję oblicza się na poziomie przekraczającym 12 litrów, traktuje się jako nadmiernie pijące. Jeśli tę grupę odniesiemy do wszystkich badanych, to możemy oszacować odsetek nadmiernie pijących na 6,3%.

Tabela 2.6. Konsumenci napojów alkoholowych wg poziomu rocznego spożycia w przeliczeniu na 100% alkoholu (odsetki badanych)

	Wśród wszystkich	Wśród konsumentów
	Odsetki pijących napoje alkoholowe rocznie w ilościach:	Odsetki pijących napoje alkoholowe rocznie w ilościach:
Abstynenci*	10,5	X
Do 1,2 l	46,8	52,2
Pow. 1,2 do 6,0 l	28,6	32,0
Pow. 6,0 do 12,0 l	7,8	8,8
Pow. 12,0 l	6,3	7,0

* Odsetek abstynentów policzony po odrzuceniu braków danych co do wielkości spożycia alkoholu

Granica picia nadmiernego na poziomie 12 litrów została przyjęta arbitralnie. Podstawy empiryczne ma natomiast próg picia zróżnicowany ze względu na płeć. Czynniki biologiczne decydują o różnicach w metabolizmie alkoholu, a to z kolej skłania do zróżnicowania progów.

Wyniki wielu badań wskazują, że względne ryzyko doświadczania problemów zdrowotnych związanych z alkoholem rośnie wraz ze wzrostem konsumpcji. To względne ryzyko zaczyna rosnąć wykładniczo, gdy dzienna konsumpcja napojów alkoholowych u mężczyzny przekracza poziom 40 gramów czystego etanolu, zaś u kobiet – 20 gramów (WHO 2000). Odpowiada to w dużym przybliżeniu 16 litrom rocznego spożycia alkoholu dla mężczyzn i 9 litrom dla kobiet. Takie też granice picia nadmiernego przyjęto dla dalszych analiz. Wedle takich kryteriów do nadmiernie pijących zalicza się 5,2% wszystkich badanych oraz 5,8% konsumentów alkoholu.

Przeciwieństwem pijących nadmiernie są abstynenci, czyli osoby, które w ogóle nie piją żadnych napojów alkoholowych. Abstynenci zawsze byli w Polsce w mniejszości. Ich odsetek może się jednak znacznie zmieniać. Niepijący mogą być sprzymierzeńcami w realizacji polityki nastawionej na ograniczanie konsumpcji alkoholu. Przypomnijmy, że w naszym badaniu odnotowaliśmy 10,3% abstynentów.

W tabeli 2.7 znajdujemy dane dotyczące rozpowszechnienia abstynencji, picia umiarkowanego oraz nadmiernego picia alkoholu w różnych grupach wyróżnionych ze względu na cechy społeczno-demograficzne.

Mężczyźni w prawie cztery razy większym odsetku niż kobiety zaliczają się do grona pijących nadmiernie. Jednocześnie odsetek abstynentów jest w obu grupach podobny.

Rozpowszechnienie abstynencji oraz picia nadmiernego wiąże się z wiekiem. Odsetek abstynentów jest najniższy w środkowych grupach wiekowych: 34–44, a następnie 25–34 lata. Najwięcej abstynentów spotykamy wśród osób w wieku 55–64 lata. Najwyższe rozpowszechnienie picia nadmiernego występuje w grupie wiekowej 35–34 lata. W miarę przechodzenia do starszych grup wiekowych odsetek pijących nadmiernie powoli spada. Najniższy odsetek pijących nadmiernie znajdujemy w najmłodszej grupie wiekowej – 15–24 lata.

Rozpowszechnienie picia nadmiernego zależne jest też od stanu cywilnego badanych. Za to zróżnicowanie odpowiedzialna jest kategoria rozwiedzionych, w której obserwujemy wyraźnie niższy odsetek abstynentów oraz znacznie wyższy odsetek nadmiernie pijących niż w pozostałych kategoriach.

Wielkość miejscowości zamieszkania respondentów także wiąże się statystycznie z abstynencją oraz piciem nadmiernym, jednak kształt tej zależności ma charakter nieregularny. Abstynencja jest najbardziej rozpowszechniona wśród mieszkańców małych miast (do 20 tys. mieszkańców), najmniej zaś w miastach o liczbie ludności od 500 tys. Najwyższym odsetkiem pijących nadmiernie odznaczają się miasta liczące ponad 500 tys.

mieszkańców, a następnie miasta z liczbą mieszkańców z przedziału 20–50 tys., najniższym zaś miasta poniżej 20 tys. mieszkańców.

Wykształcenie badanych jest statystycznie związane z abstynencją w sposób niemal liniowy. Najwyższy odsetek abstynentów spotykamy wśród najniżej wykształconych. W miarę przechodzenia do coraz wyższych kategorii wykształcenia odsetek abstynentów jest coraz niższy. Najniższy jest wśród osób z wykształceniem wyższym. Pijących nadmiernie spotykamy w podobnym odsetku we wszystkich kategoriach wykształcenia.

Fakt posiadania dzieci nie różnicuje badanych ani co do rozpowszechnienia abstynencji, ani co do nadmiernego picia.

Tabela 2.7. Abstynencja oraz picie nadmierne (w przypadku mężczyzn co najmniej 16 litrów i w przypadku kobiet co najmniej 9 litrów stuprocentowego alkoholu rocznie) wg cech społeczno-demograficznych (odsetki badanych)

	Abstynenci	Pijacy w normie	Pijacy nadmiernie
Ogółem	10,5	84,4	5,2
Płeć*			
mężczyźni	9,9	81,6	8,6
kobiety	11,0	86,9	2,1
Wiek*			
15–24	12,4	85,4	2,2
25–34	7,3	85,2	7,6
34–44	6,9	87,1	6,0
45–54	10,2	86,0	3,8
55–64	16,3	78,4	5,3
Stan cywilny*			
kawaler/panna	10,4	84,0	5,6
żonaty/zamężna	11,1	84,6	4,2
rozwiedziony/rozwiedziona	3,4	83,9	12,7
wdowiec/wdowa	12,5	83,2	4,3
Wielkość miejscowości*			
wieś	12,7	83,9	3,4
miasto poniżej 20 tys. mieszkańców	20,2	77,2	2,6
miasto od 20 tys. do poniżej 50 tys. mieszkańców	5,8	87,0	7,2
miasto od 50 tys. do poniżej 100 tys.	11,5	84,1	4,4
miasto od 100 tys. do poniżej 500 tys.	6,7	88,0	5,3
miasto od 500 tys. mieszkańców	2,3	83,0	14,8

Tabela 2.7 (cd.). Abstynencja oraz picie nadmierne (w przypadku mężczyzn co najmniej 16 litrów i w przypadku kobiet co najmniej 9 litrów stuprocentowego alkoholu rocznie) wg cech społeczno-demograficznych (odsetki badanych)

Wykształcenie*			
podstawowe	19,9	76,1	4,0
zasadnicze zawodowe	11,4	83,0	5,6
średnie	8,8	86,1	5,1
wyższe	5,1	89,2	5,7
Posiadanie dzieci			
posiadający dziecko	10,6	84,4	5,0
bezdzietni	10,2	84,3	5,5
Status zawodowy*			
praca zawodowa	7,6	86,3	6,1
rencista, emeryt	22,5	73,2	4,3
uczeń, student	15,5	83,4	1,1
osoba niepracująca zajmująca się domem	9,7	89,3	1,1
bezrobotny	8,4	84,5	7,1
Status społeczno-zawodowy*			
rolnik	15,1	82,6	2,3
pracownik fizyczny	13,3	80,3	6,4
pracownik umysłowy	7,2	86,9	5,9
przedsiębiorca	5,1	93,1	1,8
inne	8,5	89,3	2,2
Miejsce wychowania*			
w mieście	8,9	84,5	6,6
na wsi	12,0	84,2	3,8
Dochody na osobę w rodzinie			
do 499 zł	12,9	81,0	6,0
500–999 zł	11,7	83,9	4,4
1000–1499 zł	12,2	84,7	3,1
1500–1999 zł	14,7	85,7	0,9
2000 zł i więcej	5,0	84,0	9,2
Ocena sytuacji materialnej*			
dochody nie są wystarczające	11,1	79,7	9,2
dochody są wystarczające	12,3	84,9	2,8
dochody są więcej niż wystarczające	6,0	89,1	4,9

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05

Rozpowszechnienie abstynencji wedle statusu zawodowego jest najwyższe wśród rencistów i emerytów, a następnie w grupie uczniów i studentów. Najmniej abstynentów spotykamy wśród pracujących zawodowo. Pod względem rozpowszechnienia picia nadmiernego na czoło wysuwają się bezrobotni. Najniższe odsetki pijących nadmiernie spotykamy wśród osób niepracujących zajmujących się domem oraz emerytów i rencistów.

Picie nadmierne oraz abstynencja wiążą się w sposób istotny statystycznie z przynależnością społeczno-zawodową. Najwyższy udział abstynentów notuje się wśród rolników, a następnie wśród pracowników fizycznych. Najwyższe rozpowszechnienie picia nadmiernego trzeba odnotować w grupie osób z rodzin pracowników fizycznych oraz pracowników umysłowych. Najniższe rozpowszechnienie występuje wśród osób z rodzin przedsiębiorców.

Miejsce wychowania różnicuje badanych – wśród tych, którzy wychowywali się w mieście obserwujemy nieco niższy odsetek abstynentów i trochę wyższy udział pijących nadmiernie, natomiast wśród tych, którzy wychowywali się na wsi te proporcje są odwrócone.

Oba wskaźniki sytuacji materialnej zastosowane w badaniu sugerują, że picie nadmierne wiąże się bądź z kiepską sytuacją materialną, bądź z bardzo dobrą. Wskaźnik wielkości dochodów na osobę w rodzinie wskazuje także na wyższy odsetek pijących nadmiernie w grupie o najwyższych dochodach. Generalnie rozpowszechnienie picia nadmiernego jest najniższe w grupie środkowej. Inaczej jest z abstynencją, którą najrzadziej spotkać można wśród osób najbardziej zamożnych.

Pewnym uzupełnieniem powyższych analiz są dane zawarte w tabeli 2.8, które pokazują zależność abstynencji oraz picia nadmiernego od stosunku do religii.

Tabela 2.8. Abstynencja oraz picie nadmierne (w przypadku mężczyzn co najmniej 16 litrów i w przypadku kobiet co najmniej 9 litrów 100% alkoholu rocznie) wg stosunku do religii (odsetki badanych)

	Abstynenci	Pijacy w normie	Pijacy nadmiernie
Stosunek do religii *			
wierzący i praktykujący	12,9	84,8	2,2
pozostali	6,4	83,0	10,6

* Różnice istotne statystycznie na poziomie istotności 0,05

Wśród osób deklarujących się jako wierzące i praktykujące odsetek pijących nadmiernie jest niemal pięciokrotnie niższy niż wśród pozostałych badanych. Jednocześnie odsetek abstynentów jest w tej grupie prawie dwukrotnie wyższy niż wśród pozostałych.

Nadmierne picie mierzone roczną konsumpcją alkoholu przekraczającą w przypadku mężczyzn 16 litrów i kobiet 9 litrów czystego alkoholu w ciągu roku odnosi się do ogólnej wielkości spożycia alkoholu. Inną miarą nadmiernego picia jest częstotliwość picia ekscesywnego, które może prowadzić do nietrzeźwości. Przyjmuje się, że takim progiem nadmiernego spożycia przy jednej okazji jest wypicie co najmniej 6 standardowych porcji alkoholu (10 g stuprocentowego alkoholu), czyli w sumie 60 gramów stuprocentowego alkoholu. Odpowiada to w przybliżeniu sześciu szklankom piwa o pojemności 250 ml (1,5 l) lub sześciu kieliszkom wina o pojemności 100 ml (0,6 l) lub sześciu kieliszkom o pojemności 30 ml wódki lub innego napoju spirytusowego.

W tabeli 2.9 zaprezentowano rozkład częstotliwości picia nadmiernego przy jednej okazji.

Picie nadmierne przy jednej okazji zdarzało się 43,1% badanych. Dla większość z nich miało ono incydentalny charakter. Jednak 3,1% respondentów piło w ten sposób co najmniej raz w tygodniu, w tym 1,8% co najmniej co drugi dzień. Średnia liczba nadmiernych konsumpcji przypadająca na badanego, który doświadczał „binge drinking" wynosi 20, co oznacza iż tego typu konsumpcja zdarzała się średnio prawie co 18 dni.

Tabela 2.9. Częstotliwość nadmiernej konsumpcji alkoholu przy jednej okazji – „binge drinking" (odsetki badanych)

Codziennie lub prawie codziennie	0,2
5–6 razy w tygodniu	0,8
3–4 razy w tygodniu	0,8
1–2 razy w tygodniu	1,3
2–3 razy w miesiącu	4,5
Raz w miesiącu	7,3
6–11 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy	7,4
2–5 razy w czasie ostatnich 12 miesięcy	15,1
Raz w czasie ostatnich 12 miesięcy	5,8
Ani razu w ciągu ostatnich 12 miesięcy	56,9

Do oszacowania rozpowszechnienia nadużywania alkoholu zastosowano krótki czteropytaniowy test przesiewowy o nazwie The Rapid Alcohol Problem Screen (RAPS) opracowany w USA dla potrzeb identyfikacji osób z problemem alkoholowym w placówkach pierwszej pomocy medycznej (Cherpitel 2000). Test ten sprawdził się w projekcie SMART

w 10 krajach, w tym w Polsce, i jest rekomendowany jako standard do badań ankietowych (Moskalewicz, Sierosławski 2010). Odsetki badanych, którzy odpowiedzieli pozytywnie na poszczególne pozycje testu, przedstawiono w tabeli 2.10.

Tabela 2.10. Odsetki badanych potwierdzających wystąpienie poszczególnych doświadczeń alkoholowych w czasie ostatnich 12 miesięcy

1. Badany odczuwał poczucie winy lub wyrzuty sumienia po wypiciu alkoholu	15,2
2. Przyjaciel lub członek rodziny powiedział badanemu o czymś, co badany mówił lub robił w trakcie picia alkoholu, a czego nie pamiętał	9,8
3. Badany z powodu picia nie zrobił czegoś, czego się normalnie od niego oczekuje	5,7
4. Badany pił czasami rano, zaraz po wstaniu z łóżka	3,7

Spośród czterech symptomów nadużywania alkoholu najczęściej potwierdzano poczucie winy lub wyrzuty sumienia po wypiciu alkoholu (15,2%), najrzadziej zaś picie alkoholu rano, zaraz po wstaniu z łóżka (3,7%).

Każde z doświadczeń alkoholowych jest punktowane jednym punktem, zatem zakres zmienności testu wyznaczany jest przez 0 oraz 4 punkty. W tabeli 2.11 zaprezentowano rozkład punktacji testu.

Tabela 2.11. Rozkład punktacji testu przesiewowego RAPS (odsetki badanych)

0 punktów	78,3
1 punkt	14,3
2 punkty	3,7
3 punkty	2,4
4 punkty	1,3

Test nie był walidowany w Polsce dla populacji generalnej, jednak doświadczenia projektu SMART sugerują, iż uzyskanie 2 lub więcej punktów wskazuje na problem alkoholowy. Próg dwóch punktów osiągnęło 7,4% badanych. Oznacza to, iż problemem alkoholowym może być dotkniętych ok. 2 mln. mieszkańców naszego kraju w wieku 15-64 lata.

3. UŻYWANIE TYTONIU

Palenie tytoniu jest znacznie mniej rozpowszechnione niż picie alkoholu. Do aktualnie palących zalicza się 30,2% badanych (tabela 3.1). Wśród osób niepalących wyróżnić można dwie grupy: takich, którzy kiedyś palili, ale obecnie nie palą, oraz takich, którzy nigdy nie palili. Na pierwszą grupę składa się 32,8% badanych, a na drugą – 37,0% badanych.

Tabela 3.1. Palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych kiedykolwiek w życiu (odsetki badanych)

Nigdy nie paliłem	37,0
Kiedyś paliłem, ale obecnie nie palę	32,8
Tak, obecnie palę	30,2

Jeśli przyjrzymy się okresowi ostatnich 30 dni przed badaniem, to zauważymy, że w tym czasie paliło 37,8% badanych (tabela 3.2).

Respondenci w 3,3% zaliczają się do grupy palących rzadziej niż raz dziennie. Najwięcej badanych deklarowało palenie tytoniu na poziomie 11–20 papierosów dziennie (15,3%). Palący dziennie więcej niż zawiera przeciętna paczka (20 papierosów) stanowili 5,4% badanych.

Tabela 3.2. Palenie papierosów lub innych wyrobów tytoniowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem

Wcale nie paliłem(łam) w czasie ostatnich 30 dni	62,2
Mniej niż 1 papieros lub inny wyrób tytoniowy na tydzień	2,1
Mniej niż 1 papieros lub inny wyrób tytoniowy dziennie	1,1
1–5 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie	5,6
6–10 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie	8,2
11–20 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie	15,3
Więcej niż 20 papierosów lub innych wyrobów tytoniowych dziennie.	5,4

Na podstawie powyższych wyników zestawionych z wynikami zawartymi w tabeli 3.1 można przypuszczać, że niektórzy z wypalających w czasie ostatnich 30 dni mniej niż 1 papierosa dziennie deklarują się już jako osoby palące, podczas gdy inni z tej grupy jeszcze z palącymi się nie identyfikują.

4. DOSTĘPNOŚĆ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

4.1. OGÓLNY STOPIEŃ ŁATWOŚCI ZDOBYCIA POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI W OCENIE BADANYCH

Dane na temat dostępności wybranych substancji psychoaktywnych pozyskano dzięki wykorzystaniu pytań dotyczących tego, jak trudne byłoby dla respondentów zdobycie każdej z nich, gdyby tego chcieli. Odpowiedzi na sześciostopniowej skali wyznaczała na jednym na jej krańcu odpowiedź: „niemożliwe", na drugim – „bardzo łatwe". Badanym pozostawiono również możliwość wybrania opcji: „nie wiem". Opinii respondentów poddano dostępność leków uspokajających i nasennych, poszczególnych środków nielegalnych, a także „dopalaczy". Zebrane dane przedstawia tabela 4.1.1.

Tabela 4.1.1 Ocena dostępności substancji psychoaktywnych: rozkład odpowiedzi na pytanie, jak trudne byłoby zdobycie każdej z wymienionych substancji (odsetki respondentów)

	Niemożliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem	Brak danych
Leki uspokajające lub nasenne	10,7	11,7	15,6	28,7	12,7	20,5	0,1
Marihuana lub haszysz	22,3	13,4	10,6	18,5	9,1	26,0	0,0
LSD	27,5	14,6	10,1	8,6	2,2	37,0	0,0
Grzyby halucynogenne	28,6	14,0	8,5	8,2	2,4	38,2	0,2
Ecstasy	27,4	13,7	8,5	10,1	2,5	37,6	0,3
Amfetamina	26,9	13,9	9,2	12,1	4,5	33,4	0,0
Kokaina	30,1	15,4	8,3	7,5	2,1	36,5	0,0
Heroina	30,6	16,4	7,0	6,3	1,3	38,4	0,0
Sterydy anaboliczne	27,2	13,0	7,9	11,3	5,2	35,3	0,0
GHB	31,4	13,4	5,8	7,0	1,5	40,8	0,2
„Kompot"	29,6	13,6	6,7	7,5	1,9	40,7	0,0
Bimber	16,4	7,7	9,2	24,3	19,1	23,2	0,0
„Dopalacze"	22,1	11,8	7,0	18,8	8,6	31,4	0,2

Możliwość zdobycia leków uspokajających lub nasennych 41,4% respondentów uznało za bardzo łatwą lub dosyć łatwą i równocześnie 38% określiło zdobycie tych substancji jako dosyć trudne, bardzo trudne lub wręcz niemożliwe. Warto przy tym zaznaczyć, że odsetek badanych wybierających odpowiedź „niemożliwe" był najniższy spośród wszystkich kategorii

substancji psychoaktywnych właśnie w przypadku leków uspokajających i nasennych (10,7%).

Więcej trudności przysporzyła respondentom ocena dostępu do substancji nielegalnych, przy czym najniższe odsetki odpowiedzi „nie wiem” dotyczyły marihuany lub haszyszu (26%). Należy zatem podkreślić, że w przypadku marihuany lub haszyszu, które należą w Polsce do substancji o najwyższym rozpowszechnieniu, badani mieli mniej trudności w zadeklarowaniu łatwości ich zdobycia. Odsetki osób, które uchyliły się od oceny pozostałych substancji wyniosły od 23,2% w przypadku bimbru do blisko 41% w przypadku GHB i polskiej heroiny („kompotu”). Na zbliżonym poziomie pozostawały odsetki badanych wykazujących trudności z oceną dostępności heroiny (38,4%), grzybów halucynogennych (38,2%), ecstasy (37,6%) oraz LSD (37%).

Analiza odpowiedzi dotyczących możliwości dosyć łatwego lub bardzo łatwego zdobycia substancji nielegalnych wskazuje na najwyższe odsetki w przypadku bimbru (42,3%), wspomnianych wcześniej leków uspokajających i nasennych (41,4%). W dalszej kolejności respondenci wskazywali przetwory konopi (27,6%) oraz „dopalacze” (27,4%), następnie amfetaminę i sterydy anaboliczne (odpowiednio 16,6% i 16,5%). Kolejną grupę substancji bardziej jednorodną pod względem łatwego dostępu stanowią: kokaina, grzyby halucynogenne oraz LSD (odsetki wahają się od około 10% do około 11%). Pomiędzy dwoma ww. grupami substancji, w przypadku których odsetki badanych wskazujących je jako stosunkowo łatwe do zdobycia nie przekroczyły 20%, uplasowała się ecstasy – prawie 13% badanych zadeklarowało jej zdobycie jako dosyć łatwe lub bardzo łatwe.

Najwięcej respondentów deklarujących trudność lub brak możliwości zdobycia danej substancji wskazywało na heroinę (54%) i kokainę (blisko 54%), a także ecstasy, „kompot”, amfetaminę, GHB, grzyby halucynogenne i LSD – odsetki respondentów wskazujących na ww. substancje mieściły się w przedziale od około 50% do 52%. Najniższe odsetki badanych dotyczyły bimbru (33,3%) oraz leków uspokajających i nasennych (38%).

W przypadku „dopalaczy” ponad 1/3 badanych uchyliła się od odpowiedzi. Blisko 30% badanych wskazało zdobycie „dopalaczy” jako bardzo lub dosyć łatwe, natomiast co czwarty badany deklarował ograniczoną dostępność tych substancji w swojej ocenie.

4.2. LICZBA OTRZYMYWANYCH PROPOZYCJI POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Otrzymywanie propozycji poszczególnych substancji ma przeważnie incydentalny charakter (tabela 4.2.1). Respondenci najczęściej otrzymywali 1–2 propozycje poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Otrzymanie do 5 propozycji łącznie dotyczyło przede wszystkim bimbru (blisko 18%), przetworów konopi (około 8%), leków uspokajających i nasennych (prawie 4%) oraz „dopalaczy" (niecałe 3%).

Odsetki respondentów, którzy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem otrzymali propozycje wybranych substancji więcej niż 5 razy nie przekroczyły 2%, z wyjątkiem bimbru – 2,6%.

Tabela 4.2.1. Propozycje substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (odsetki respondentów)

	Ani razu	1–2 razy	3–5 razy	6–9 razy	10–19 razy	20 razy lub więcej	Trudno powie-dzieć	Odmowa odpo-wiedzi
Leki uspokajające i nasenne	94,8	2,7	0,8	0,3	0,1	0,6	0,9	0,0
Marihuana lub haszysz	90,8	5,5	1,5	0,6	0,4	0,7	0,3	0,1
LSD	99,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0
Grzyby halucynogenne	98,8	0,7	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0
Ecstasy	98,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2
Amfetamina	97,8	1,2	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0
Kokaina	98,7	0,8	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Heroina	99,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,0
Sterydy anaboliczne	98,6	0,9	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0
GHB (pigułka gwałtu)	99,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Polska heroina, tzw. kompot	99,2	0,6	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Bimber	81,2	12,1	4,1	1,6	0,3	0,7	0,2	0,0
„Dopalacze"	96,9	2,2	0,4	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0

4.3. POZYSKIWANIE PRZEZ RESPONDENTÓW PRZETWORÓW KONOPI

Informacje na temat sposobów zdobywania przetworów konopi zostały zebrane wśród osób, które miały za sobą doświadczenie ich używania kiedykolwiek w życiu. Uzyskane w powyższym zakresie dane mogą posłużyć również analizie skali dostępności substancji psychoaktywnych. Użytkowników przetworów konopi zapytano, w jaki sposób, od kogo i gdzie, weszli w posiadanie marihuany lub haszyszu ostatnim razem, gdy używali tej substancji.

Spośród różnych sposobów zaopatrywania się w przetwory konopi (tabela 4.3.1) badani najczęściej wskazywali na otrzymanie ich od kogoś (blisko 64%) lub zakup (około 28%). Żaden z respondentów nie wskazał na odpowiedź dotyczącą samodzielnej hodowli. Dodatkowo 15% badanych wskazało na inny niż wymieniony w kafeterii odpowiedzi sposób zdobycia przetworów konopi – tu respondenci najczęściej deklarowali, że zostali poczęstowani (około 70%).

Tabela 4.3.1. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to jak je Pan(i) zdobył(a), kiedy używał(a) ich Pan(i) ostatnim razem? (odsetki respondentów)

	Odsetki dla użytkowników konopi
1. Kupiłem	27,8
2. Dostałem	63,9
3. Wyhodowałem sobie	0,0
4. Inny sposób	15,0

W przypadku użytkowników konopi zdarzały się odpowiedzi, w których respondent wskazywał różne sposoby pozyskania

Spośród różnych źródeł zaopatrywania się w przetwory konopi (tabela 4.3.2) badani najczęściej wskazywali na pozyskanie od przyjaciela, przyjaciółki lub kogoś znajomego (blisko 54,0%). W dalszej kolejności wskazywano na pozyskanie przetworów konopi od kogoś nieznajomego (nieco ponad 13%), bezpośrednio od dilera (niecałe 8% użytkowników) oraz krewnego (4,2%). Rzadko zdarza się natomiast zdobywanie przetworów konopi z wykorzystaniem internetu czy przesyłek (odpowiednio: 2,1% i 1,1%).

Tabela 4.3.2. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to od kogo lub przy czyjej pomocy je Pan(i) zdobył(a), gdy używał(a) ich Pan(i) ostatnim razem? (odsetki respondentów)

	Odsetki badanych
1. Przyjaciel, przyjaciółka	53,6
2. Krewny	4,2
3. Ktoś inny, znajomy	53,6
4. Ktoś nieznajomy	13,3
5. Diler	7,6
6. Internet	2,1
7. Poczta, przesyłka kurierska	1,1
8. Inne	3,9

W przypadku użytkowników konopi zdarzały się odpowiedzi, w których respondent wskazywał różne źródła pozyskania

Biorąc pod uwagę miejsce, w którym respondenci używający przetworów konopi ostatnim razem pozyskali ww. substancje (tabela 4.3.3), badani najczęściej wskazywali: otwarte miejsca publiczne (park, dworzec, ulica) – blisko 39%, dom prywatny – około 37%, a także bar, pub, klub, dyskotekę czy koncert muzyki młodzieżowej itp. – 23,4%.

Tabela 4.3.3. Jeśli używał(a) Pan(i) kiedykolwiek przetworów konopi (marihuana lub haszysz), to gdzie je Pan(i) zdobył(a), gdy używał(a) ich Pan(i) ostatnim razem? (odsetki respondentów)

	Odsetki badanych
1. Dom prywatny	36,6
2. Otwarte miejsce publiczne (park, dworzec, ulica)	38,8
3. Miejsce pracy lub nauki (szkoła, uniwersytet, zakład pracy itp.)	4,9
4. Bar, pub, klub, dyskoteka, koncert muzyki młodzieżowej itp.	23,4
5. Inne	0,8

W przypadku użytkowników konopi zdarzały się odpowiedzi, w których respondent wskazywał różne miejsca pozyskania

Badani zostali zapytani, jak duża grupa ich znajomych używa różnego rodzaju substancji psychoaktywnych. Z deklaracji 5% badanych wynika, że co najmniej połowa ich znajomych używa marihuany lub haszyszu, a znajomość od jednego do kilku osób używających takich substancji zadeklarowało 21% badanych. Zdaniem respondentów wśród ich znajomych rzadziej używane są leki uspokajające i nasenne.

Tabela 4.3.4. Osoby używające substancji psychoaktywnych w otoczeniu badanego (odsetki)

	Nikt	Nie więcej niż kilka	Około połowy	Większość	Wszyscy
Leki uspokajające lub nasenne	55,5	10,5	0,3	0,3	-
Marihuana lub haszysz	48,5	20,8	3,3	1,3	-
LSD	65,4	2,6	-	0,1	-
Grzyby halucynogenne	67,0	2,9	-	0,1	-
Ecstasy	67,0	2,4	-	0,3	-
Amfetamina	61,6	8,3	-	0,4	-
Kokaina	67,7	2,3	-	0,3	-
Heroina	70,0	1,4	-	0,1	-
„Kompot”	68,6	1,3	0,1	-	-
Sterydy anaboliczne	61,3	8,8	0,3	0,2	-
GHB	71,0	0,1	-	-	-
Substancje wziewne	68,1	2,7	0,1	-	-

5. NARKOMANIA JAKO PROBLEM SPOŁECZNY

5.1. SPOŁECZNIE POSTRZEGANA WAGA PROBLEMU

W ramach realizowanych wywiadów kwestionariuszowych poruszona została kwestia ważności różnych problemów społecznych. Lista problemów społecznych poruszonych w omówionym badaniu po raz pierwszy została wykorzystana w ogólnopolskich badaniach dotyczących nielegalnych i legalnych substancji psychoaktywnych w 2002 roku. Respondenci zostali zapytani o ocenę ważności każdego z problemów na poziomie kraju oraz w ich miejscowości. Badanych poproszono o ocenę ważności każdego z podanych problemów społecznych na pięciostopniowej skali. W sumie zaprezentowanych zostało 14 problemów, w tym „alkoholizm" i „narkomania". Wartościami skrajnymi skali były odpowiedzi „bardzo ważny" i „nieważny". Ponadto pozostawiono badanym możliwość odpowiedzi „trudno powiedzieć". W kolejnym kroku proszono ich o wybór jednego problemu, ich zdaniem najważniejszego. Analizę przeprowadzono na podstawie odsetków odpowiedzi oceniających problem jako „bardzo ważny" lub „ważny". Wszystkie rozkłady zostały przedstawione w tabeli 5.1.1. Spośród wymienionych problemów społecznych na pierwszym miejscu w skali kraju według oceny respondentów lokuje się zjawisko bezrobocia. Najwyższy odsetek badanych uznał je za bardzo ważny lub ważny problem (95,3%). Ponadto badani wymieniali bezrobocie jako problem najważniejszy przy jednym wskazaniu (27,8%; tabela 5.1.2). Na drugim miejscu odnotowujemy przemoc w rodzinie (90,4%). Problem ten przy wyborze najważniejszego, czyli tylko jednego problemu, zajął szóstą pozycję (6,9%). Na trzecim miejscu uplasowała się przemoc i agresja na ulicach (89,7%), która została wskazana jako najważniejszy problem przez 3,7% badanych. W opinii badanych, odpowiadających na pytanie o ocenę poszczególnych problemów, bezrobocie oraz przemoc i agresja na ulicach były problemami najbardziej istotnymi.

Tabela 5.1.1. Ocena ważności różnych problemów społecznych na poziomie kraju (odsetki respondentów)

	Bardzo ważne	Ważne	Średnio ważne	Mało ważne	Nie-ważne	Trudno powiedzieć
1) Przestępczość gospodarcza	33,2	47,2	13,3	3,7	1,4	1,2
2) Przestępczość pospolita	33,9	50,5	11,9	2,3	0,7	0,7
3) Narkomania	54,5	31,9	8,1	3,4	1,1	1,0
4) Zanieczyszczenie środowiska	38,5	41,6	15,1	4,0	0,7	0,2
5) Alkoholizm	48,4	38,4	9,7	2,8	0,6	0,1
6) Kryzys moralny	21,9	42,3	23,2	8,1	1,5	3,0
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	45,7	41,5	8,7	3,0	0,3	0,8
8) Spadek stopy życiowej	47,6	39,6	10,2	1,6	0,5	0,5
9) Sytuacja mieszkaniowa	39,1	43,2	14	2,2	0,4	1,2
10) Przemoc w rodzinie	55,4	35	6,5	1,5	0,2	1,3
11) Przemoc i agresja na ulicach	50,9	38,8	7,9	1,8	0,2	0,3
12) Picie alkoholu przez młodzież	52,8	35	9,0	2,2	0,5	0,5
13) Bezrobocie	70,8	24,5	4,0	0,3	0	0,5
14) AIDS	30,1	38,7	17,8	7,9	2,1	3,4

W przypadku wyboru tylko jednego problemu ranking wyglądał trochę inaczej: bezrobocie (27,8%), przestępczość gospodarcza (12,1%), alkoholizm (10,2%), narkomania (10,1%), a potem spadek stopy życiowej (7,9%). Narkomania w ocenie respondentów nie jest traktowana jako zjawisko szczególnie poważne, gdy respondenci proszeni byli o ocenę poszczególnych problemów (7 pozycja, z alkoholizmem). Jednakże przy wskazaniu jednego problemu narkomania i alkoholizm plasowały się razem na trzeciej pozycji, wskazywane przez co dziesiątego badanego spośród kilkunastu problemów.

Tabela 5.1.2. Najważniejszy problem społeczny w Polsce w ocenie badanych (odsetki respondentów)

1) Przestępczość gospodarcza	12,1
2) Przestępczość pospolita	3,8
3) Narkomania	10,1
4) Zanieczyszczenie środowiska	3,1
5) Alkoholizm	10,2
6) Kryzys moralny	2,0
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	6,5
8) Spadek stopy życiowej	7,9
9) Sytuacja mieszkaniowa	2,8
10) Przemoc w rodzinie	6,9
11) Przemoc i agresja na ulicach	3,7
12) Picie alkoholu przez młodzież	2,0
13) Bezrobocie	27,8
14) AIDS	0,6

Ponadto respondentów poproszono o ocenę poszczególnych problemów społecznych we własnej miejscowości. Spośród wymienionych problemów społecznych na pierwszym miejscu w skali kraju, według oceny respondentów, lokuje się zjawisko bezrobocia. Najwyższy odsetek badanych uznał je za bardzo ważny lub ważny problem (83,6%). Ponadto badani wymieniali bezrobocie (36,9%) jako problem najważniejszy przy jednym wskazaniu (tabela 5.1.4). Na drugim miejscu odnotowujemy spadek stopy życiowej (74%). Problem ten przy wyborze najważniejszego, czyli tylko jednego problemu, zajął trzecią pozycję (7,5%). Na trzecim miejscu uplasował się alkoholizm (68%), który został wskazany jako najważniejszy problem przez 13,5% badanych (trzecie miejsce), jak również zły stan zdrowia społeczeństwa (66,7%) – siódma pozycja przy wyborze problemu najważniejszego. Problem narkomanii nie była kluczowy w opinii badanych, ponieważ mniej niż połowa respondentów oceniła go jako ważny lub bardzo ważny (44,2%). W przypadku wyboru jednego problemu 5% respondentów wybrało go jako najważniejszy problem w ich miejscowości.

Tabela 5.1.3. Ocena ważności różnych problemów społecznych w skali lokalnej (odsetki respondentów)

	Bardzo ważne	Ważne	Średnio ważne	Mało ważne	Nieważne	Trudno powiedzieć
1) Przestępczość gospodarcza	11,6	25,0	24,5	19,6	10,3	8,9
2) Przestępczość pospolita	11,6	31,6	26,2	20,1	6,8	3,8
3) Narkomania	18,1	26,1	17,1	19,2	12,8	6,5
4) Zanieczyszczenie środowiska	18,6	32,3	26,4	15,5	6,0	1,2
5) Alkoholizm	26,3	41,7	20,1	8,0	2,2	1,7
6) Kryzys moralny	11,8	32,2	29,0	16,8	5,7	4,6
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	25,7	41,0	21,1	7,0	1,9	3,3
8) Spadek stopy życiowej	34,0	40,0	18,1	5,2	1,0	1,6
9) Sytuacja mieszkaniowa	25,9	37,3	18,8	12,2	4,3	1,5
10) Przemoc w rodzinie	26,7	30,6	18,1	13,6	4,5	6,4
11) Przemoc i agresja na ulicach	21,9	29,4	19,5	16,8	9,9	2,5
12) Picie alkoholu przez młodzież	29,8	36,4	19,0	9,6	3,7	1,4
13) Bezrobocie	51,4	32,2	9,8	4,2	1,4	1,0
14) AIDS	10,5	17,9	16,5	21,8	21,6	11,6

Tabela 5.1.4. Najważniejszy problem społeczny w skali lokalnej w ocenie badanych (odsetki respondentów)

1) Przestępczość gospodarcza	4,4
2) Przestępczość pospolita	2,8
3) Narkomania	5,2
4) Zanieczyszczenie środowiska	5,3
5) Alkoholizm	13,5
6) Kryzys moralny	1,5
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	4,8
8) Spadek stopy życiowej	7,5
9) Sytuacja mieszkaniowa	4,9
10) Przemoc w rodzinie	3,6
11) Przemoc i agresja na ulicach	2,7
12) Picie alkoholu przez młodzież	4,7
13) Bezrobocie	36,9
14) AIDS	0,0

5.2. WIEDZA I PRZEKONANIA NA TEMAT SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Używanie substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe czy tytoń, jak nielegalnych, takich jak narkotyki, niesie za sobą ryzyko pojawienia się szkód zdrowotnych i społecznych. Ryzyko to jest szczególnie duże, gdy po substancje te sięgają ludzie nieświadomi tego, co może im grozić. Pewne znaczenie profilaktyczne może tu mieć świadomość wielorakich niebezpieczeństw związanych z ich używaniem. Nie tylko dlatego, że uświadomienie sobie ryzyka skłaniać powinno do ograniczania konsumpcji, ale również dlatego, że stwarza ono szansę zadbania o to, aby zminimalizować niebezpieczeństwo powikłań. Zobaczmy zatem, na ile badani zdają sobie sprawę z ryzyka związanego z używaniem różnych substancji.

W ankiecie przedstawiono badanym listę środków legalnych i nielegalnych, prosząc o ocenę, na czterostopniowej skali, ryzyka zaszkodzenia sobie w wyniku używania każdego z nich. W przypadku większości substancji pytano osobno o ryzyko związane z podejmowaniem prób oraz ryzyko wynikające z regularnego używania. Tylko przy napojach alkoholowych, traktowanych zresztą łącznie, oraz przy konopiach wprowadziliśmy trzy poziomy nasilenia używania. W przypadku alkoholu odpowiadają one trzem stylom picia: „małe ilości jednorazowo, ale często", „duże ilości jednorazowo, ale rzadko" oraz „dużo jednorazowo i często". W odniesieniu do konopi trzy poziomy używania odpowiadają eksperymentowaniu, używaniu okazjonalnemu i regularnemu. Rozkłady odpowiedzi przedstawia tabela 5.2.1.

Badani w przeważającej większości dostrzegają ryzyko szkód związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Tylko bardzo nieliczni stwierdzają, że ich używanie nie pociąga za sobą żadnego ryzyka. Stosunkowo najwięcej takich odpowiedzi padło przy paleniu papierosów od czasu do czasu oraz przy próbach z marihuaną. Jednak regularne palenie tytoniu w ilości co najmniej jednej paczki dziennie traktowane jest jako bardzo ryzykowne.

Analiza rozkładów odpowiedzi wskazuje na nasilenie używania jako główne źródło zróżnicowania ryzyka, w mniejszym stopniu rolę tę pełni rodzaj substancji. Na przykład eksperymentowanie z marihuaną lub haszyszem traktowane jest w sumie jako mniej ryzykowne niż regularne palenie papierosów lub regularne picie napojów alkoholowych. Ryzyko związane z poszczególnymi substancjami jest jednak również różnicowane przez badanych, chociaż w mniejszym stopniu. Jeśli wziąć pod uwagę tylko odsetki respondentów wybierających odpowiedź „duże ryzyko", to na plan pierwszy wysuwa się regularne używanie heroiny, a następnie kokainy lub cracku, „dopalaczy" i ecstasy. W przypadku wszystkich tych substancji odsetek respondentów przypisujących regularnemu używaniu duże ryzyko przekracza 90%. Niewiele niższe odsetki badanych wiążą duże ryzyko z regularnym

paleniem marihuany, częstym piciem napojów alkoholowych w znacznych ilościach oraz codzienne wypalanie co najmniej jednej paczki papierosów.

Przy ocenie ryzyka związanego z różnymi stylami picia napojów alkoholowych, za najbardziej niebezpieczny badani uznali częste picie w dużych ilościach. Na drugim miejscu pod względem ryzyka znalazł się wzór polegający na częstym, tzn. prawie codziennym piciu małych ilości, a dopiero na trzecim wzór picia większy ilości, ale jeden lub dwa razy w czasie weekendu.

Tabela 5.2.1. Ocena ryzyka związanego z różnymi wzorami używania wybranych substancji psychoaktywnych (odsetki badanych)

	Nie ma ryzyka	**Małe ryzyko**	**Umiarkowane ryzyko**	**Duże ryzyko**	**Nie wiem**
1. Palenie papierosów od czasu do czasu	2,9	28,4	36,4	31,1	1,2
2. Wypalanie jednej lub więcej paczek papierosów dziennie	0,5	2,8	9,8	86,1	0,8
3. Wypijanie jednego lub dwóch „drinków" prawie codziennie	1,8	11,3	26,6	58,2	2,1
4. Wypijanie czterech lub pięciu „drinków" prawie codziennie	1,0	1,7	7,9	88,3	1,1
5. Wypijanie pięciu lub więcej „drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	2,7	17,0	36,0	42,9	1,5
6. Próbowanie marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	15,0	30,0	22,0	30,6	2,4
7. Palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu	5,9	13,8	29,2	48,1	3,1
8. Palenie marihuany lub haszyszu regularnie	1,5	3,7	4,8	88,5	1,5
9. Próbowanie ecstasy 1 lub 2 razy w życiu	5,3	19,3	26,3	43,1	6,0
10. Używanie ecstasy regularnie	1,6	0,7	1,9	93,6	2,1
11. Próbowanie heroiny 1 lub 2 razy w życiu	3,0	15,1	19,7	59,5	2,6
12. Używanie heroiny regularnie	1,4	0,6	0,4	96,6	1,0
13. Próbowanie kokainy lub cracku 1 lub 2 razy w życiu	2,8	14,5	24,0	55,6	3,0
14. Używanie kokainy lub cracku regularnie	1,2	0,5	0,7	95,7	1,8
15. Używanie regularnie leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarskich	1,3	4,1	14,7	76,6	3,3
16. Próbowanie „dopalaczy" 1 lub 2 razy w życiu	4,6	19,6	29,4	43,0	3,3
17. Używanie „dopalaczy" regularnie	1,3	0,8	3,2	93,9	0,8

Wyniki odnoszące się do postrzegania ryzyka szkód w efekcie używania substancji psychoaktywnych prowadzą do wniosku, że badani są dość dobrze zorientowani w skali zagrożeń. Wyniki wskazują też, że przestał być aktualny stereotyp, wedle którego pojedyncze eksperymenty z narkotykami budzą znacznie większe zagrożenie niż częste używanie w dużych ilościach substancji legalnych, takich jak alkohol czy tytoń.

W różnych kwestiach dotyczących używania narkotyków i społecznych reakcji na narkomanię ludzie mają zwykle zróżnicowane przekonania i opinie. Kształt ich rozkładów może stanowić, jak się wydaje, ważny czynnik skuteczności strategii zapobiegawczych. W badaniu poddaliśmy ocenie respondentów kilkanaście takich opinii, prosząc, by przy użyciu skali od „zdecydowanie tak" do „zdecydowanie nie" określili, na ile zgadzają się z każdą z nich. Pozostawiono też możliwości uchylenia się od odpowiedzi. Wyniki zestawiono w tabeli 5.2.2.

Pierwsza kwestia poddana ocenie badanych to zainteresowanie władz szczebla lokalnego przeciwdziałaniem zjawisku używania narkotyków w miejscowości zamieszkania badanego. Badani w znacznej części (42,7%) uznali, że ich władze lokalne są zainteresowane przeciwdziałaniem zjawisku używania narkotyków. Jednak 30,4% respondentów było przeciwnego zdania. W aktualnych warunkach prawnych, gdy polityka wobec narkotyków kształtowana jest w znacznym stopniu na poziomie lokalnym, zagadnienie to ma szczególne znaczenie. Kwestią otwartą pozostaje trafność społecznych odczuć w tej materii.

Gorzej wypadły oceny badanych, gdy ich przedmiotem było ogólne stwierdzenie, że „w Polsce niewiele się robi, aby przeciwdziałać narkomanii". Teza ta zdobyła 53,9% zwolenników wobec 26,3% przeciwników. Jednocześnie znaczna część badanych dostrzega zmiany na lepsze. Ze stwierdzeniem, że „w ostatnich latach w naszym kraju podejmuje się coraz więcej działań w zakresie zapobiegania narkomanii" zgodziło się 44,8% respondentów, wobec 28,0%, którzy byli przeciwnego zdania.

W kwestii roli społeczności lokalnej w niesieniu pomocy ofiarom problemu narkotyków znaczna część badanych zajęła pozytywne stanowisko; 69,1% respondentów uważa, że jeśli ktoś używa narkotyków i nie zapewnia środków do życia żonie i dzieciom, to miejscowa społeczność powinna im pomóc. Przeciwnego zdania było 20,6% badanych, pozostali wybrali odpowiedź „trudno powiedzieć".

Warunkiem skorzystania z pomocy w zakresie problemu narkotyków jest pełna wiedza o jej dostępności. Na pytanie o to, czy respondenci wiedzieliby, gdzie można szukać pomocy dla osoby z tym problemem, 62,7% badanych odpowiedziało twierdząco.

Istotnym warunkiem decyzji o zwróceniu się po pomoc jest przekonanie, że może być ona skuteczna. Tylko 5,7% badanych uważa, że uzależnienie od narkotyków jest niewyleczalne,

a 90,0% odrzuca ten pogląd. Trzeba dodać, że 40,9% badanych jest zdania, iż w ostatnich latach zwiększyła się skuteczność leczenia, wobec 19,5% badanych, którzy dostrzegają brak postępu w tym zakresie. Obraz ten zdaje się powoli odbiegać od dominującego w latach poprzednich „pesymizmu terapeutycznego", który mógł odwodzić znaczną część potencjalnych pacjentów od decyzji o podjęciu leczenia lub przynajmniej dostarczać samousprawiedliwienia dla trwania w uzależnieniu.

Ważnym czynnikiem wpływającym na zgłaszanie się do leczenia wydają się też być postawy społeczne wobec osób, które trud leczenia podjęły. Na pytanie o to, czy narkoman, który przestał używać narkotyków, zasługuje na wiele szacunku, twierdząco odpowiedziało 83,8% badanych, w tym 44,0% – zdecydowanie. Odsetek badanych przeciwnego zdania wyniósł 11,3%, w tym zdecydowanie – 4,2%.

Kwestię stosunku do używania narkotyków jako przyczyny zachowań odbiegających od społecznej normy badano prosząc o ocenę poglądu głoszącego, że używanie narkotyków jest jedną z głównych przyczyn, z powodu których ludzie robią to, czego nie powinni. Okazało się, że 82,5% badanych zgodziło się z tym poglądem, podczas gdy przeciwnego zdania było jedynie 11,6%. Nic zatem dziwnego, że tylko 18,7% badanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że używanie narkotyków to osobista sprawa człowieka, który to robi, i nikt nie powinien się wtrącać. Przeciwnicy takiego poglądu stanowili 75,2% badanej próby.

W budzącej wiele społecznych kontrowersji kwestii traktowania marihuany inaczej niż innych narkotyków poglądy respondentów przechylają się na stronę przeciwników takiego rozwiązania. Tylko 27,5% badanych uważa, że marihuana zasługuje na łagodniejsze traktowanie niż inne narkotyki, podczas gdy aż 64,9%respondentów jest przeciwnego zdania.

Do niedawna w Polsce przeważał pogląd, że narkotyków używa tylko młodzież z problemami, niedostosowana społecznie, żyjąca na marginesie życia społecznego, zaś dobrze wychowany, przystosowany społecznie, młody człowiek po narkotyk nie sięgnie. Obecnie pogląd ten został zakwestionowany. Większość badanych nie zgodziła się ze stwierdzeniem, że po narkotyki sięga tylko młodzież zdeprawowana – 85,6%. Przeciwnicy takiego poglądu stanowili 8,6% badanych. Jednocześnie respondenci w większości (83,9%) uznali, że w sprzyjających okolicznościach każdy młody człowiek może sięgnąć po narkotyk, zaś jedynie 11,2% było przeciwnego zdania.

Tabela 5.2.2. Opinie w wybranych kwestiach dotyczących narkotyków (odsetki badanych)

	Zdecy-dowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecy-dowanie nie	Trudno powie-dzieć
1. W mojej miejscowości władze są zainteresowane przeciwdziałaniem zjawisku używania narkotyków	14,9	27,8	21,9	8,5	26,9
2. Gdyby ktoś z moich bliskich miał problemy z narkotykami, wiedziałbym, gdzie szukać pomocy	24,0	38,7	20,4	9,8	7,0
3. W ostatnich latach wzrosła skuteczność leczenia osób uzależnionych od narkotyków	11,2	29,7	16,0	3,5	39,7
4. Kogoś, kto ciągle używa narkotyków, powinno się karać	7,9	19,5	41,4	20,5	10,7
5. Używanie narkotyków jest jedną z głównych przyczyn, z powodu których ludzie robią to, czego nie powinni	42,7	39,8	8,2	3,4	5,9
6. W Polsce niewiele się robi, aby przeciwdziałać narkomanii	16,1	37,8	22,0	4,3	19,8
7. W sprzyjających okolicznościach każdy młody człowiek może sięgnąć po narkotyk	41,2	42,7	7,7	3,5	4,9
8. Używanie narkotyków to osobista sprawa człowieka, który to robi, i nikt nie powinien się w to wtrącać	6,4	12,3	38,9	36,3	6,1
9. Marihuana powinna być traktowana łagodniej niż inne narkotyki	9,9	17,6	23,6	41,3	7,7
10. Narkoman, który przestał używać narkotyków, zasługuje na wiele szacunku	44,0	39,8	7,1	4,2	5,0
11. Jeśli ktoś używa narkotyków i z tego powodu nie zapewnia środków do życia żonie i dzieciom, miejscowa społeczność powinna im pomóc	26,1	43,0	13,3	7,3	10,3
12. Uzależnienie od narkotyków jest niewyleczalne, nie warto zatem podejmować leczenia	2,1	3,6	33,1	56,9	4,3
13. Po narkotyki sięga tylko młodzież zdeprawowana	2,4	6,2	32,0	53,6	5,8
14. W ostatnich latach w naszym kraju podejmuje się coraz więcej działań w zakresie zapobiegania narkomanii	9,9	34,9	20,5	7,5	27,2
15. Ktoś, kto używał narkotyków, wywarł wpływ na moje życie	3,3	5,2	15,7	73,2	2,6

Badani w większości nie są zwolennikami radzenia sobie z problemem używania narkotyków przy użyciu represji. Na pytanie o to, czy kogoś, kto ciągle używa narkotyków, należy karać, mała część respondentów odpowiedziała pozytywnie (27,4%). Przeciw karaniu w takich

przypadkach opowiedziało się znacznie więcej badanych – 61,9%. Ostatni punkt z tego bloku dotyczył osobistych doświadczeń badanych z osobami z problemem narkotyków. Brzmiał on następująco: „Ktoś, kto używał narkotyków, wywarł wpływ na moje życie". Co dwunasty badany uznał, że osoba z problemem narkotyków wywarła wpływ na jego życie. W tej grupie wpływ taki zdecydowanie potwierdziło 3,3% badanych.

Z tym wynikiem koresponduje niski odsetek badanych (1,0%), którzy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem poszukiwali pomocy w sprawie problemu narkotyków – własnego lub kogoś z rodziny. Dla porównania dodajmy, że pomocy w zakresie własnego lub ulokowanego w rodzinie problemu alkoholowego pomocy szukało 4,3% badanych, zaś problemu hazardu – 0,6%.

5.3. WIDOCZNOŚĆ DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH

Jednym z elementów poddawanych ocenie w ramach realizowanego badania była widoczność działań związanych z pomocą osobom uzależnionym. Badani byli pytani, czy słyszeli o istnieniu rozmaitych instytucji pomagających osobom uzależnionym, zajmujących się problemem alkoholizmu i narkomanii. W tabeli 5.3.1 zostały przedstawione wyniki przeprowadzonych analiz odpowiedzi.

Tabela 5.3.1. Widoczność poszczególnych instytucji – odsetki badanych, którzy słyszeli lub nie słyszeli o wskazanych poniżej instytucjach lub działaniach

	Słyszeli	**Nie słyszeli**
1. Punkty konsultacyjne dla osób uzależnionych od narkotyków	52,6	47,3
2. Poradnie dla osób uzależnionych od narkotyków	68,5	31,4
3. Grupy Anonimowych Alkoholików	92,1	7,8
4. Grupy Anonimowych Narkomanów	37,5	62,4
5. Grupy Anonimowych Hazardzistów	22,9	77,0
6. Ogólnopolski telefon zaufania „Narkotyki – narkomania"	45,3	54,6
7. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	38,8	61,1
8. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	37,8	61,5

Zdecydowana większość badanych słyszała o funkcjonowaniu grup anonimowych alkoholików. Nie jest to wynik zaskakujący, ponieważ jest to ciągle jedna z bardziej rozpoznawalnych w Polsce form wsparcia osób uzależnionych od alkoholu. Zdecydowanie mniej, bo 37,5% ankietowanych słyszało o funkcjonowaniu grup

anonimowych narkomanów, a 22,9% respondentów słyszało o istnieniu grup anonimowych hazardzistów. O punktach konsultacyjnych słyszało 52,6% respondentów, natomiast 68,8% o funkcjonowaniu poradni dla osób uzależnionych od narkotyków, a 45,3% osób ankietowanych wiedziało o istnieniu antynarkotykowego telefonu zaufania. O Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych słyszało 38,8% respondentów. Mniejszy odsetek słyszał o Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii – 37,8%. Ponadto badanych pytano, gdzie w czasie ostatniego miesiąca zauważyli informacje na temat problemu narkotyków i narkomanii. Wyniki zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 5.3.2. Widoczność informacji na temat problemu narkotyków i narkomanii (odsetki respondentów)

1. Telewizja	65,0
2. Radio	19,9
3. Prasa codzienna	21,7
4. Tygodniki, miesięczniki	8,0
5. Tablice reklamowe na ulicach	16,7
6. Internet	54,6
7. Inne miejsce	20,3
8. Zauważyłem, ale nie pamiętam gdzie	3,2

Najwięcej, bo ponad 65,5% ankietowanych natknęło się na informacje o problemie narkotykowym w telewizji. Na drugim miejscu znalazł się internet (54,%), na trzecim – prasa codzienna – 21,7%. W radio takie informacje odnotowało ponad 19,9% respondentów, 16,7% zauważyło je na tablicach reklamowych. Rzadziej informacje o problemie narkotyków i narkomanii docierały do ankietowanych za pośrednictwem tygodników i miesięczników (8,0%). W ramach badania ankietowani proszeni byli też o ocenę widoczności różnych form realizowanych działań z zakresu profilaktyki w środowisku lokalnym. Pytanie dotyczyło zetknięcia się badanego z różnymi wymienionymi formami działań profilaktycznych.

Najbardziej zauważalną formą profilaktyki w opinii respondentów były programy profilaktyczne w szkołach (32,5%). W mniejszym stopniu odnotowano akcje policji (21,5%), a na trzecim miejscu uplasowały się plakaty i ulotki (15,9%). Najmniej zauważone zostały spotkania i prelekcje (9,8%).

Tabela 5.3.3. Widoczność działań profilaktycznych w miejscowości zamieszkania (odsetki respondentów)

1. Plakaty, ulotki itp.	15,9
2. Spotkania, prelekcje	9,8
3. Akcje, kampanie profilaktyczne	11,8
4. Punkty konsultacyjne, poradnie	14,8
5. Programy profilaktyczne w szkołach	32,5
6. Akcje policyjne	21,5
7. Inne - jakie?	1,7

5.4. POSTAWY WOBEC NARKOMANII

Istotnym elementem przy ocenie postaw wobec osób uzależnionych jest określenie obrazu użytkownika narkotyków (narkomana) w społeczności. W tym celu w badaniu zawarto pytania pomagające określić, kim jest dla respondentów użytkownik narkotyków. Pytanie zawierało szereg stwierdzeń, spośród których badani proszeni byli o wybór tych, z którymi się zgadzają. Następnie proszono ich o wskazanie jednego określenia najbardziej pasującego do narkomana. Otrzymane wyniki zaprezentowano odpowiednio w tabelach 5.4.1 oraz 5.4.2.

Tabela 5.4.1. Sposób postrzegania użytkowników narkotyków (narkomanów) – rozkład odpowiedzi na pytanie, kim jest przede wszystkim narkoman (wszystkie wskazania, odsetki respondentów)

1) Człowiekiem chorym	91,3
2) Przestępcą	18,1
3) Człowiekiem nieszczęśliwym	85,9
4) Osobą mającą zły wpływ na innych	72,7
5) Osobą o dużej wrażliwości	33,0
6) Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	46,6
7) Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	35,8
8) Awanturnikiem, chuliganem	30,6
9) Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	59,8
10) Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	59,2
11) Kimś innym	5,9

Zdecydowana większość respondentów (ponad 91%) traktuje narkomana jako osobę chorą. Ponad 85% ankietowanych uważa, że osoby uzależnione od narkotyków są ludźmi nieszczęśliwymi. Znaczny odsetek respondentów, bo 72,7% uważa, że osoby uzależnione od narkotyków mają zły wpływ na swoje otoczenie, a ponad 46% ankietowanych uważa, że są one dziwakami wyróżniającymi się wyglądem i zachowaniem. Blisko 60% ankietowanych wskazało, że narkoman to osoba, której nie powiodło się w życiu. Podobny odsetek respondentów uważa osoby uzależnione od narkotyków za osoby niezrozumiane przez swoje otoczenie. Ponad 18% respondentów uznała narkomanów za przestępców. Prawie 31% ankietowanych uznało ich za awanturników i chuliganów. Określeniem „niebieski ptak" nazwało narkomanów blisko 36% respondentów.

Tabela 5.4.2. Sposób postrzegania użytkowników narkotyków (narkomanów) – rozkład odpowiedzi na pytanie, „kim jest przede wszystkim narkoman?" (wybór najważniejszego, odsetki respondentów)

1) Człowiekiem chorym	62,2
2) Przestępcą	0,5
3) Człowiekiem nieszczęśliwym	18,1
4) Osobą mającą zły wpływ na innych	4,5
5) Osobą o dużej wrażliwości	1,3
6) Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	2,5
7) Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	0,7
8) Awanturnikiem, chuliganem	0,5
9) Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	2,8
10) Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	5,3
11) Kimś innym Trudno powiedzieć	1,2

Przy wyborze jednego określenia najlepiej pasującego do użytkowników narkotyków (narkomanów) ponad 60% respondentów wskazało, że traktuje ich głównie jako osoby chore.

Odsetek respondentów postrzegających narkomana jako przestępcę wynosi jedynie 0,5%, natomiast 4,5% badanych uznaje ich za osoby mające zły wpływ na otoczenie. Wśród respondentów znalazło się 5,3% osób postrzegających narkomana jako osobę, której nie powiodło się w życiu, a 18,1% ankietowanych traktuje użytkowników narkotyków jak ludzi nieszczęśliwych. Narkoman jako awanturnik i chuligan postrzegany jest przez 0,5% respondentów, podczas gdy „niebieskimi ptakami" nazywa ich 0,7%. Osobami nierozumianymi przez otoczenie, obdarzonymi dużą wrażliwością i wyróżniających się wyglądem czy zachowaniem nazywa narkomanów odpowiednio 2,8%, 1,3% i 2,5% ankietowanych.

Opinie na temat tego, kim jest narkoman, w dużej mierze determinują postępowanie z osobami uzależnionymi od narkotyków. Badani pytani byli także o tę kwestię. Wyniki zaprezentowano w tabelach 5.4.3 oraz 5.4.4.

Tabela 5.4.3. Preferowana strategia postępowania wobec użytkowników narkotyków (narkomanów) – rozkład odpowiedzi na pytanie, jak postępować z narkomanami (wybór najważniejszego, odsetki respondentów)

1) Leczyć	94,4
2) Izolować od społeczeństwa	31,8
3) Karać	23,9
4) Pomagać, otoczyć opieką	91,0
5) Pozostawić samym sobie	5,1
6) Dawać narkotyki	1,8

Zdecydowanie najczęściej respondenci wskazywali leczenie, opiekę i pomoc jako właściwe sposoby postępowania z uzależnionymi. Na leczenie wskazało ponad 94% ankietowanych, a na pomoc oraz otaczanie opieką – ponad 90% respondentów. Wynik ten jest spójny z najczęściej wskazywanym przez respondentów wizerunkiem narkomana jako osoby chorej, nieszczęśliwej oraz wymagającej pomocy. Jedynie 31% badanych uznało, że najwłaściwszym sposobem postępowania z osobami uzależnionymi od narkotyków jest izolowanie ich od społeczeństwa. Zdaniem niemal 24% respondentów właściwym sposobem postępowania z narkomanami jest karanie. Koncepcja pozostawiania narkomanów samym sobie zyskała przychylność tylko 5,1% badanych, natomiast jedynie 1,8% respondentów uznało za słuszne dawanie narkotyków osobom uzależnionym.

Tabela 5.4.4. Preferowana strategia postępowania wobec użytkowników narkotyków (narkomanów) – rozkład odpowiedzi na pytanie, jak postępować z narkomanami (wszystkie wskazania, odsetki respondentów)

1) Leczyć	72,8
2) Izolować od społeczeństwa	4,0
3) Karać	0,6
4) Pomagać, otoczyć opieką	18,7
5) Pozostawić samym sobie	2,2
6) Dawać narkotyki	0,1
7) Nie wiem	1,6

Badani proszeni byli także o wybór jednej, najwłaściwszej strategii postępowania z osobami uzależnionymi od narkotyków – ok 73% respondentów uznało leczenie za najwłaściwszy sposób postępowania z narkomanami. Izolowanie i karanie jako najwłaściwszy sposób postępowania zostały wskazane przez zdecydowanie mniejszy odsetek respondentów (odpowiednio 4% i 0,6%). Niemal 19% ankietowanych wybrało pomaganie oraz otaczanie opieką jako najwłaściwszy sposób postępowania z uzależnionymi od narkotyków. Jedynie 0,1% ankietowanych uznało, iż należy dawać narkotyki osobom ich używającym, podczas gdy 1,6 % respondentów nie było w stanie wskazać najwłaściwszej strategii postępowania.

Tabela 5.4.5. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Czy dostrzega Pan/Pani w narkomanie bardziej kryminalistę czy pacjenta? (odsetki respondentów)

Bardziej kryminalistę	5,0
Bardziej pacjenta	71,4
Ani kryminalistę, ani pacjenta	10,3
I kryminalistę, i pacjenta	10,8
Trudno powiedzieć	2,5

Zdecydowana większość badanych, ponad 71,4%, uznaje użytkowników narkotyków (narkomanów) za pacjentów. Zdecydowanie rzadziej traktowani są oni jak kryminaliści – 5%. Stosunkowo niewielki odsetek badanych, 11,5%, „ucieka” od jednoznacznego określenia narkomanów bądź jako pacjentów, bądź jako przestępców, wybierając odpowiedzi wymijające („trudno powiedzieć” czy „ani kryminalistą, ani pacjentem”).

5.5. OSZACOWANIE LICZBY PROBLEMOWYCH UŻYTKOWNIKÓW NARKOTYKÓW

Badanie ankietowe dostarczyło danych do oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków. Oszacowania takiego nie można dokonać bezpośrednio, bowiem w próbie populacji ogólnej trudno spotkać problemowych użytkowników narkotyków, nawet gdy owa próba jest bardzo liczna. Rozpowszechnienie problemowego używania narkotyków jest zbyt nikłe, a ponadto ten fenomen zalicza się do zjawisk ukrytych. Ze względu na społeczne potępienie oraz status prawny problemowi użytkownicy narkotyków zwykle unikają ujawnienia swojego problemu. Dokonanie oszacowań wymaga sięgnięcia po metody pośrednie. W tym badaniu zastosowano metodą punktu odniesienia (benchmark method) (Taylor 1997). Należy ona do szerszej klasy metod multiplikacyjnych (multiplayer method) (EMCDDA 2004) i polega na określeniu w drodze badań terenowych proporcji osób posiadających cechę, co do której zbierane są dane statystyczne (np. podjęcie leczenia,

zakażenie HIV itp.). Proporcja ta służy do wyliczenia wskaźnika oszacowanie, który – po przemnożeniu przez liczbę pochodzącą ze statystyk – daje estymowaną wielkość.

W celu rozszerzenia próby oraz uniknięcia identyfikowania problemowych użytkowników narkotyków w próbie, w badaniu ankietowym zbierano dane o problemowych użytkownikach narkotyków znanych osobiście respondentom. Zatem zbierano dane nie o samych respondentach, ale o znanych im problemowych użytkownikach narkotyków. W ten sposób uzyskano więcej informacji, niż gdyby pytano jedynie o doświadczenia samych respondentów. Trafienie w próbie badawczej populacji ogólnej, nawet bardzo licznej, na problemowych użytkowników narkotyków jest mało prawdopodobne. Zbierano informacje o podejmowaniu leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego przez osoby wskazywane przez respondentów, a także o płci i wieku każdej z tych osób oraz o używaniu opioidów, amfetaminy, a także o iniekcyjnym używaniu narkotyków.

Punktami odniesienia (benchmarks) w tym oszacowaniu są liczby osób leczonych stacjonarnie oraz ambulatoryjnie w 2013 r. z powodu nadużywania narkotyków lub uzależnienia od nich, pochodzące ze statystyk lecznictwa (Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach w 2013 r. 2015). Dane za 2014 r., którego dotyczyły pytania ankiety, nie są jeszcze dostępne, stąd też poniższe oszacowania należy traktować jako wstępne przybliżenie. Oszacowanie zostanie skorygowane, gdy tylko będą dostępne dane z lecznictwa za 2014 r. Nie należy się jednak spodziewać, aby po tej korekcie oszacowanie uległo znacznej zmianie.

Oszacowań dokonano osobno dla problemowych użytkowników opioidów (heroina, polska heroina, morfina, kodeina itp.) oraz problemowych użytkowników innych narkotyków.

Statystyki lecznictwa w naszym kraju nie zawierają danych o wzorach używania narkotyków, dostępna jest tylko informacja o diagnozie wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10). Wedle tej klasyfikacji użytkownicy opioidów pojawiają się w kategorii F11 (opioidy) oraz F19 (inne i mieszane). O ile pierwsza z tych kategorii nie budzi wątpliwości, o tyle druga nie pozwala na zidentyfikowanie użytkowników opioidów. Na podstawie danych z pilotażowego programu raportowania zgłaszalności do leczenia, realizowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii wg metodologii opracowanej przez Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) (EMCDDA 2007), oszacowano proporcję użytkowników opioidów wśród leczonych z diagnozą F19. Ich zestaw zawiera bowiem zarówno informacje o wzorze używania narkotyków, jak i dane o diagnozie. Odsetek

użytkowników opioidów wśród osób z diagnozą F19 oszacowano na 26,0% wśród leczonych stacjonarnie i 20,7% wśród leczonych ambulatoryjnie.

Określenie liczby leczonych użytkowników opioidów w każdym z obu typów lecznictwa polegało na zsumowaniu liczby osób z diagnozą F11 oraz oszacowanej liczby pacjentów z diagnozą F19, używających opioidów.

W tabeli 5.5.1 zestawiono liczby wszystkich leczonych rejestrowanych w statystkach lecznictwa, liczby leczonych z diagnozą F11 oraz F19 wedle tego samego źródła, odsetek osób z problemem opioidów wśród diagnozowanych jako F19, oszacowany na podstawie danych z pilotażowego programu zbierania danych o zgłaszalności do leczenia oraz oszacowane liczby osób leczonych w Polsce z powodu problemu opioidów.

W efekcie oszacowania określono liczbę leczonych stacjonarnie użytkowników opioidów na 4584 osób oraz leczonych ambulatoryjnie – na 7733 osób. Liczby te przyjęto jako punkty referencyjne do dokonania oszacowań liczby problemowych użytkowników opioidów w naszym kraju.

Tabela 5.5.1. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów w lecznictwie w 2014 r.

	Liczba leczonych ogółem (ICD-10: F11-F12, F14–F16, F18, F19)	Liczba leczonych z diagnozą F11	Liczba leczonych z diagnozą F19	Odsetek używających opioidów wśród pacjentów z diagnozą F19	Liczba używających opioidów w lecznictwie ogółem
Lecznictwo stacjonarne	16 763	1317	14 083	23,2%	4584
Lecznictwo ambulatoryjne*	25 891	4301	15 460	22,2%	7733

Źródło: Obliczenia własne

* Wykorzystano dane z tabeli: Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych wg rozpoznania - Dział V.B. (Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach w 2013 r. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawa 2015, s. 45–46).

W badaniu ankietowym uzyskano 551 „nominacji", tzn. badani przekazali informacje o tylu znanych im problemowych użytkownikach narkotyków. Wśród problemowych użytkowników opioidów zarówno odsetek leczonych stacjonarnie, jak odsetek leczonych ambulatoryjnie, wyniósł 42,0% (tabela 5.5.2). Wśród problemowych użytkowników narkotyków innych niż opioidy odsetek leczonych stacjonarnie wyniósł 19,8%, zaś leczonych ambulatoryjnie – 16,6%

Z faktu, że 42,0% użytkowników opioidów podejmuje leczenie stacjonarne można wyliczyć, że wszystkich takich osób jest 2,38 razy więcej niż leczonych stacjonarnie. Stosując przelicznik określający relację między liczbą leczonych użytkowników opioidów a liczbą wszystkich dotkniętych tym problemem do danych statystycznych lecznictwa stacjonarnego za 2013 r. otrzymujemy oszacowanie na poziomie 10 915 osób.

Analogiczny współczynnik oszacowania dla danych z lecznictwa ambulatoryjnego wyniósł również 2,38. Zastosowanie go do danych z poradni za 2013 r. przyniosło oszacowanie na poziomie 18 412 osób.

Tabela 5.5.2. Oszacowanie liczby problemowych użytkowników opioidów oraz narkotyków innych niż opioidy w Polsce w 2014 r.

		Dane statystyczne (IPiN)	Odsetek leczonych stwierdzony w badaniach terenowych	Współczynnik oszacowania	Oszacowania
Problemowi użytkownicy opioidów	Lecznictwo stacjonarne	4979	42,0	2,38	10915
	Lecznictwo ambulatoryjne	7501	42,0	2,38	18412
Problemowi użytkownicy innych narkotyków	Lecznictwo stacjonarne	11784	19,8	6,02	61509
	Lecznictwo ambulatoryjne	18390	16,6	5,05	109385

Można zatem przyjąć, że liczba problemowych użytkowników opioidów mieści się w szerokim przedziale 10 915–18 412. Środkowy punkt przedziału przypada na wartość 14 664 osób.

Analogiczne oszacowanie liczby problemowych użytkowników narkotyków innych niż opioidy dają w wyniku przedział 61 509–109 385 osób. Punkt środkowy tego przedziału wynosi 85 447.

Próba wspólnego oszacowania liczby problemowych użytkowników narkotyków w naszym kraju daje wynik mieszczący się w szerokim przedziale 72 424–127 794. Można zatem przyjąć z ogromnym przybliżeniem, iż w Polsce mamy ok. 100 tys. problemowych użytkowników narkotyków, z czego ok. 15 tys. zalicza się do problemowych użytkowników opioidów.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Marihuana oraz kokaina okazały się dwoma najlepiej znanymi w Polsce substancjami psychoaktywnymi, natomiast najczęściej używanymi substancjami są marihuana i haszysz, czyli przetwory konopi indyjskich. Do kontaktów z tymi substancjami psychoaktywnymi kiedykolwiek w życiu przyznało się 16,3% badanych. Pozostałe substancje charakteryzuje o wiele niższy poziom rozpowszechnienia. Na drugim miejscu pod tym względem odnotowujemy amfetaminę i ecstazy. Marihuana jest również najbardziej popularną substancją wśród młodzieży – w tym środowisku odnotowuje się o wiele wyższe odsetki niż w populacji generalnej. Według badań z 2013 r. na uczniach ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, 40% badanych deklarowało używanie marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu (Malczewski 2014, s. 170). Wyniki badań pokazują zatem, że działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii powinny zostać ukierunkowane przede wszystkim na przeciwdziałanie używania marihuany. Powinny to być działania dotyczące głównie osób młodych (uczniów i studentów) ze szczególnym uwzględnieniem mężczyzn z dużych miast. Jednym ze skutecznych programów profilaktycznych realizowanych w szkołach dotyczących m.in. marihuany jest program Unplugged, który z powodzeniem wdrażany jest w kilku krajach europejskich w tym również w Polsce.

Wzrost popularności marihuany ma również swoje odzwierciedlenie w statystykach leczniczych. Co druga osoba, która zgłasza się do leczenia z powodu narkotyków ma problemy z powodu używania marihuany.

Liczbę problemowych użytkowników przetworów konopi w Polsce oszacowano na 61 000-110 000 osób. Oznacza to, iż większość z nich pozostaje poza systemem leczenia. Wprawdzie nie wszyscy z nich wymają już leczenia, to jednak zapewne w przypadku większości podjęcie interwencji z zakresu profilaktyki wskazującej byłoby pożądane. Rozmiary zjawiska problemowego używania przetworów konopi stanowi zatem wyzwanie dla systemu profilaktyki i lecznictwa w naszym kraju, któremu niełatwo będzie sprostać, mimo iż oferta w zakresie jest ciągle rozwijana.

Liczba problemowych użytkowników opioidów jest znacznie mniejsza i lokuje się w przedziale 11 000-18 000 osób. Zwiększająca się w ostatnich latach dostępność leczenia substytucyjnego, najbardziej komfortowej dla pacjentów metody leczenia, której skuteczność została naukowo potwierdzona, zdaje się jednak nadal nie zaspakajać potrzeb w tym zakresie.

Warto zwrócić uwagę, że marihuana jest najbardziej dostępnym narkotykiem na nielegalnym rynku. Działania z zakresu redukcji podaży przeciwko handlarzom i producentom narkotyków

powinny wspierać działania z zakresu redukcji popytu w celu ograniczenia niepokojących zjawisk na scenie narkotykowej. Wyniki nie pokazują, że handlarze stosują aktywne sposoby docierania do użytkowników. Otrzymywanie propozycji poszczególnych substancji ma przeważnie charakter incydentalny – respondenci najczęściej otrzymywali 1–2 propozycje poszczególnych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Deklarowane przez badanych miejsce pozyskania ww. substancji ostatnim razem to głównie otwarte miejsca publiczne (park, dworzec, ulica) oraz dom prywatny, a także bar, pub, klub, dyskoteka, koncert muzyki młodzieżowej itp. Rzadko zdarza się to w miejscu pracy czy nauki. Warto zwrócić uwagę, że w opinii respondentów szkoła nie jest częstym miejsce zakupu narkotyków, co może oznaczać, iż w wyniku działań podejmowanych w szkołach mających na celu podniesienie bezpieczeństwa, sprzedawcy narkotyków wybierają inne miejsca do dystrybucji.

Narkomania według ocen respondentów nie lokuje się na pierwszych miejscach rankingu problemów społecznych, gdy respondentów proszono o ocenę poszczególnych problemów (7 pozycja, z alkoholizmem). Jednakże przy wskazaniu tylko jednego problemu narkomania i alkoholizm plasowały się razem na trzeciej pozycji. Spośród kilkunastu problemów, każdy z tych dwóch problemów wybierany był jako najważniejszy przez co dziesiątego badanego. Wzrastająca popularność marihuany oraz powrót rynku „dopalaczy" mogły mieć wpływ na zwiększenie widoczności problemu narkotyków w społecznej świadomości.

Analiza opinii i przekonań w kwestii problemu narkotyków oraz społecznych reakcji sugeruje, iż respondenci dostrzegają, iż problem przestał mieć marginalny charakter i dotyczyć może każdego. Badani w zdecydowanej większości nie zgadzają się z poglądem, że narkotyki to osobista sprawa jednostki i oczekują od społeczeństwa i jego instytucji przeciwdziałania, przy czym raczej o charakterze pomocowym, a nie represyjnym. Narkomania postrzegana jest bardziej w kategoriach choroby niż przestępstwa, a zatem większe nadzieje wiązane są z leczeniem niż karaniem. Taki obraz postaw społecznych zdaje się sprzyjać realizowanej w naszym kraju strategii przeciwdziałania narkomanii, która w znacznej mierze bazuje na koncepcjach zdrowia publicznego.

Wyniki odnoszące się do postrzegania ryzyka szkód, jakich można doświadczyć w efekcie używania substancji psychoaktywnych wskazują, że badani są dość dobrze zorientowani w skali zagrożeń. Respondenci dokonując oceny ryzyka w większym stopniu kierowali się intensywnością używania niż rodzajem substancji psychoaktywnej. Pojedyncze eksperymenty z najcięższym narkotykiem, jakim jest heroina, lokowały się niżej na skali ryzyka niż codzienne wypalanie co najmniej jednej paczki papierosów. Taki obraz przekonań co do szkodliwości substancji psychoaktywnych łamie stereotypy wedle których używanie substancji legalnych, takich jak alkohol, czy tytoń, jest względnie bezpieczne, natomiast

sięganie po narkotyki musi prowadzić do natychmiastowej tragedii. Bardzo wysokie odsetki badanych przekonanych o dużym ryzyku szkód związanym z regularnym paleniem tytoniu wskazuje na osiągnięcia oświaty zdrowotnej w tym zakresie. Sukces profilaktyki antytytoniowej potwierdza znaczny odsetek respondentów, którzy rzucili palenie (32,8% ogółu badanych i ponad połowa spośród tych, którzy kiedykolwiek palili).

BIBLIOGRAFIA

1. *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union - 1995*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. Lisbon 1996.
2. *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union - 2009*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. Lisbon 2010.
3. Bradley BP (1990) Behavioural addictions: common features and treatment implications. British Journal of Addiction, 85: 1417-1419
4. Centrum Badania Opinii Społecznej, Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych, Warszawa 2012
5. Cherpitel C. (2000) A brief screening instrument for problem drinking in the emergency room: The RAPS4. „Journal of Studies on Alcohol", 61.
6. Czapiński J. (2013) Indywidualna jakość i styl życia. Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i Jakość Życia Polaków - Raport. [Special issue]. „Contemporary Economics", 7, 172-278.
7. Dickson L, Derevensky J, Gupta R (2002) The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. Journal of Gambling Studies, 18: 97-159
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA) (1997) Improving the Comparability of General Population Surveys on Drug Use in the European Union. Lisbon: EMCDDA, December 1997
9. EMCDDA (2002) Handboo*k for surveys on drug use among the general population, Final Report*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
10. EMCDDA (2004) *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use*. Lisbon: EMCDDA, July.
11. EMCDDA (2007) *Guidance for the measurement of drug treatment demand*. Global Assessment Programme on Drug Abuse (GAP). Toolkit Module 8. UNODC, Vienna: EMCDDA, March.
12. Eurobarometer (2007) *Attitudes towards Alcohol*. Special Eurobarometer 272b / Wave 66.2 – TNS Opinion & Social

13. Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR (2010) Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint? Annals of New York Academy of Sciences, 1187: 294-315

14. Decorte T., Mortelmans D., Tieberghien J., De Moor S. (2009) *Drug use: an overview of general population surveys in Europe*. EMCDDA, Lisbon.

15. Bloomfield K., Hope A., Kraus L. (2013) *Alcohol survey measures for Europe: A literature review*. „Drugs: education, prevention, and policy", vol. 20, nr 5, 348–360.

16. Hibell et al. (2000) The 1999 ESPAD report : alcohol and other drug use among students in 30 Euro*pean countries*.

17. Hides L., Dave S., Young R. M. & Kavanagh D. J. (2007) *The reliability and validity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in psychosis*. „Addiction", 102 (1), 35–40.

18. Jasiński J. (1990) *Podstawowe problemy metodologiczne badań nad spożyciem alkoholu przeprowadzonych w populacji generalnej*. „Alkoholizm i Narkomania", Zima 1990.

19. Korf D. J. (1997) *Comparison of different estimation methods in the Netherlands*. W: Stimson G. W., Hickman M., Quirk A., Fischer M., Taylor C. (red.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Lisbon: EMCDDA, 199–212.

20. *Licit and Illicit Drugs in Canada*. *Health and Welfare Canada*. Published by authority of the Minister of National Health and Welfare. Canada 1989

21. Martin G., Copeland J., Gates P. & Gilmour S. (2006) *The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off*. „Drug and Alcohol Dependence", 83 (1), 90–93.

22. Midanik L. (1982) *The validity of Self-Reported Alcohol Consumption and Alcohol Problems: A Literature Review*. „British Journal of Addiction", vol. 7.

23. Malczewski A., Struzik M. (2012) *Używanie substancji psychoaktywnych w Polsce*. „Serwis Informacyjny NARKOMANIA", nr 2 (58), 29–31.

24. Malczewski A. (2014) *Młodzież a substancje psychoaktywne* W: Grabowska B. i inni (2014) *Młodzież 2013*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej

25. Malczewski A. (2015) *„Dopalacze" A.D. 2014 – nowe otwarcie*. „Remedium", nr 1, 24–25.

26. Moskalewicz J., Sierosławski J. (2010) *Drinking population survey – guidance document for standardized approach*. Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw.

27. *Preliminary Estimates From The 1994 National Household Survey On Drug Abuse*. U.S.Department of Health and Human Services. Public Health Service. Advace Report Number 10, September 1995, ss. 1–79.

28. *Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach w 2013 r*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawa 2015.

29. Sierosławski J. (2004) *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania Polaków. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych 2002*. W: *Postawy i zachowania Polaków wobec alkoholu i problemów alkoholowych*. Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, PARPA. ss. 11–74.

30. Sierosławski J. (2006) *Substancje psychoaktywne, postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 r*. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (National Focal Point, National Bureau for Drug Prevention), Warsaw 2007. (http://www.narkomania.gov.pl/)

31. Sierosławski J. (2011) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.* Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD. Warszawa. Instytut Psychiatrii i Neurologii. (http://www.narkomania.gov.pl/)

32. Sierosławski J., Zieliński A. (1998) *Dorośli warszawiacy a substancje psychoaktywne*. „Alkoholizm i Narkomania", Nr 1(30), ss. 57–72.

33. Sierosławski J., Foster J., Moskalewicz J. (2013) *Survey of European drinking surveys. Alcohol survey experiences of 22 European countries*. „Drugs: education, prevention, and policy", vol. 20, nr 5, 383–398.

34. Steiner S., Baumeister S. E. & Kraus L. (2008) *Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population*. „Sucht", 54, 557–563.

35. Swift W., Copeland J. &, Hall W. (1998) *Choosing a diagnostic cut-off point for cannabis dependence*. „Addiction", 93(11), 1681–1692.

36. Święcicki A. (1964) *Spożycie napojów alkoholowych w Polsce w świetle badań ankietowych*. „Archiwum Kryminologii", t. II.

37. Taylor C. (1997) *Estimating the prevalence of drug use using nomination techniques: an overview*. W: Stimson G. W., Hickman M., Quirk A., Fischer M., Taylor C. (red.) *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe*. Lisbon: EMCDDA, 157–170.

38. Wald I. (1986) *Zagadnienia polityki wobec alkoholu*. W: I. Wald (red) *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*. Warszawa, PWN.

39. WHO (2000) *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization. Geneva