

**Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu**

**Katedra Medycyny Społecznej**

**Zakład Higieny**

**ANNA BAJEK**

**Specyfika używania  
substancji psychoaktywnych  
przez studentów szkół wyższych**

**Rozprawa doktorska**

**Promotor:**

dr hab. med. JERZY T. MARCINKOWSKI prof. UM

**POZNAŃ 2012**

*Serdeczne podziękowania składam  
dr hab. Jerzemu T. Marcinkowskiemu prof. UM  
za pomoc i cenne wskazówki, które pomogły mi  
w napisaniu niniejszej pracy.*

# SPIS TREŚCI

<b>1</b>	<b>WSTĘP</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>WYZNACZANIE OBSZARU BADAŃ</b> .....	<b>7</b>
2.1	PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ W NARODOWYM PROGRAMIE ZDROWIA .....	10
2.2	ZAPOTRZEBOWANIE WŁADZ SZCZEBLA LOKALNEGO NA BADANIA NAUKOWE DIAGNOZUJĄCE PROBLEMATYKĘ UZALEŻNIEŃ .....	11
2.3	UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WŚRÓD Kobiet .....	11
2.3.1	<i>Przyczyny sięgania po substancje psychoaktywne przez kobiety</i> .....	12
2.3.2	<i>Poważniejsze niż wśród mężczyzn następstwa zdrowotne zażywania substancji psychoaktywnych przez kobiety</i> .....	13
2.3.3	<i>Substancje psychoaktywne a prokreacja</i> .....	15
2.3.4	<i>Niepokojący wizerunek wielu współczesnych młodych kobiet</i> .....	16
2.4	HISTORIA PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH .....	16
2.5	DIAGNOZA W PROGRAMACH PROFILAKTYCZNYCH .....	17
2.6	NA JAKIM POZIOMIE SZKOLNICTWA DIAGNOZA UZALEŻNIEŃ JEST NAJLEPSZA? .....	18
2.7	POZIOMY PROFILAKTYKI.....	18
2.8	STRATEGIE STOSOWANE W PROFILAKTYCE .....	19
2.9	PREZENTACJA PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH .....	19
2.10	EWALUACJA PROGRAMÓW PROFILAKTYKI.....	24
2.11	CO POWINNO BYĆ EWALUOWANE?.....	25
2.12	KTO POWINIEN PRZEPROWADZAĆ EWALUACJĘ?.....	25
2.13	JAK PROWADZIĆ EWALUACJĘ?.....	25
2.14	NIESKUTECZNOŚĆ PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH.....	25
2.15	MODELE ZAPOBIEGANIA UZALEŻNIENIOM .....	26
<b>3</b>	<b>ZAŁOŻENIA I CELE PRACY</b> .....	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAŁ I METODY</b> .....	<b>30</b>
4.1	MATERIAŁ .....	30
4.2	METODA BADANIA .....	31
4.3	METODA OCENY STATYSTYCZNEJ WYNIKÓW .....	32
4.3.1	<i>Wykorzystane testy statystyczne</i> .....	32
4.3.2	<i>Dobór poziomu istotności</i> .....	33
4.3.3	<i>Przekształcenia rezultatów ankiet niezbędne do badań statystycznych</i> .....	33
4.3.4	<i>Przekształcenia tabel kontyngencji dla testów chi-kwadrat Pearsona</i> .....	36
4.3.5	<i>Wykorzystanie technologii informatycznych w procesie analizy</i> .....	38
<b>5</b>	<b>WYNIKI BADAŃ</b> .....	<b>40</b>
5.1	CHARAKTERYSTYKA OGÓLNA BADANYCH .....	40
5.2	STOSUNEK ANKIETOWANYCH DO PROBLEMU UZALEŻNIEŃ.....	45
5.3	SPOŻYWANIE ALKOHOLU.....	55
5.4	ZĄŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH .....	69
5.4.1	<i>Wiek pierwszego zażycia substancji psychoaktywnej</i> .....	69
5.4.2	<i>Rodzaje zażywanych substancji psychoaktywnych</i> .....	73
5.5	OKOLICZNOŚCI ZĄŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH .....	77

5.6	WIEDZA NA TEMAT SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH .....	88
5.7	PROFILAKTYKA SPOŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH .....	140
5.7.1	<i>Profilaktyka uzależnień na uczelni i w domu rodzinnym .....</i>	<i>140</i>
5.7.2	<i>Możliwość wprowadzania przez uczelnie sankcji wobec studentów zażywających lub rozprowadzających substancje psychoaktywne .....</i>	<i>148</i>
<b>6</b>	<b>DYSKUSJA.....</b>	<b>151</b>
<b>7</b>	<b>PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ .....</b>	<b>160</b>
<b>8</b>	<b>WNIOSKI .....</b>	<b>161</b>
<b>9</b>	<b>STRESZCZENIE .....</b>	<b>162</b>
<b>10</b>	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>165</b>
<b>11</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>168</b>
<b>12</b>	<b>SPIS TABEL .....</b>	<b>177</b>
<b>13</b>	<b>SPIS RYCIN.....</b>	<b>181</b>
<b>14</b>	<b>ANEKS .....</b>	<b>182</b>

## Wykaz skrótów

K – kobiety

M – mężczyźni

OSUWU – Ogólnopolska Sieć Uczelni Wolnych od Uzależnień

PWSZ – Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

UAM – Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu (filia w Kaliszu)

Tab. – Tabela

Ryc. - Rycina

# 1 WSTĘP

Uzależnienia, a wśród nich specyfika używania substancji psychoaktywnych wykazuje dużą **dynamikę** – także z uwagi na fakt coraz częstszego pojawiania się nowych środków, w tym tzw. dopalaczy. Dlatego pożądane są ciągle nowe badania. Takie badania w przeszłości zrealizowała tzw. „Ogólnopolska Sieć Uczelni Wolnych od Uzależnień” (OSUWU). Warto tutaj przypomnieć cele OSUWU, którymi było tworzenie standardów profilaktycznych w szkołach wyższych, promowanie zdrowego stylu życia na uczelni, prowadzenie badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych i ich ewaluacja. Sieć ta działała do 2006 roku, a wykonane wówczas badania z różnych ośrodków pokazały, że istnieje duże zapotrzebowanie na działania profilaktyczne w szkołach wyższych. Dlatego też obecnie wskazane byłoby reaktywowanie tej formy współpracy.

W ramach OSUWU organizowane były m.in. konferencje naukowe z obszaru tematycznego swej działalności. Na jednej z takich konferencji prof. *Jan Pach* z Uniwersytetu Jagiellońskiego przedstawił reprezentantom uczelni wyższych na spotkaniu plenarnym pełnomocników OSUWU w dniu 19.06.2006 r. w Politechnice Warszawskiej wyniki badań zebranych w roku akademickim 2004/2005 w ramach działalności OSUWU. Był to okres świetności OSUWU, któremu patronowali wówczas prezydenci RP (*Aleksander Kwaśniewski* i *Śp. Lech Kaczyński*) oraz Konferencja Rektorów Akademickich Szkół Polskich (KRASP). Niestety, po tym okresie działalność OSUWU praktycznie zaniknęła a liczba publikacji z tego okresu tematycznego wyraźnie zmalała. To było główną przesłanką do zajęcia się tą problematyką w niniejszej pracy.

## 2 WYZNACZANIE OBSZARU BADAŃ

### (Podstawowe pojęcia związane z substancjami psychoaktywnymi)

**Uzależnienie** to „nabyta silna potrzeba wykonania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji w celu uzyskania pewnych doznań” [1].

**Uzależnienie od substancji psychoaktywnej** – jest to „psychiczny i fizyczny stan wynikający z interakcji między żywym organizmem a substancją chemiczną (alkohol, narkotyki, nikotyna), charakteryzujący się zmianami zachowania i innymi reakcjami, do których należy konieczność przyjmowania danej substancji w sposób ciągły lub okresowy w celu doświadczenia jej wpływu na psychikę lub by uniknąć przykrych objawów towarzyszących brakowi substancji” [2].

**Uzależnienie psychiczne** ma miejsce wówczas, „gdy w psychice dochodzi do takich zmian, że poszukiwanie substancji psychoaktywnej, potrzeba jej zażycia staje się główną czynnością spychającą na drugi plan inne działania. Zaspokojenie tych pragnień sprawia, że napięcie zmniejsza się, ale w momencie, gdy środek przestaje działać, pojawia się znów” [3].

**Uzależnienie fizyczne** jest „rezultatem włączenia danego środka lub jego metabolitów w cykl przemian tkankowych. Tego rodzaju zależność polega na potrzebie brania środka nabytej przez uczenie się. Człowiek uzależniony przestaje być wolny w stosunku do środka, od którego się uzależnił. Brany środek chemiczny zostaje wbudowany do metabolizmu organizmu i staje się niezbędny dla zachowania homeostazy biologicznej. Organizm fizycznie uzależniony od danego środka „potrzebuje” go, chociaż środek ten jest szkodliwy dla organizmu” [4]. Na nagłe odstawienie środka lub zmniejszenie jego dawki, uzależniony organizm reaguje zaburzeniami. Pojawia się wówczas zespół abstynencyjny, polegający na wielu przykrych zmianach w organizmie i psychice człowieka uzależnionego. Mogą występować takie objawy, jak: brak apetytu, wymioty, biegunka, bezsenność, napady drgawkowe, niekiedy zaburzenia świadomości, przygnębienie, obniżony nastrój, a nawet myśli samobójcze [5].

Z uzależnieniem fizycznym wiąże się zjawisko tolerancji.

**Tolerancja** to „osłabienie reakcji na działanie substancji odurzającej lub farmakologicznej pod wpływem przewlekłego jej przyjmowania”. Po osiągnięciu planowanych efektów, wywołanych początkowo niewielkimi dawkami danej substancji, konieczne jest sukcesywne zwiększanie dawek, aby osiągnąć zamierzony cel [6]. Rozróżnia się **tolerancję metaboliczną**, polegającą na nasileniu metabolizmu danego środka, który może być szybciej eliminowany z organizmu; **tolerancję funkcjonalną**, polegającą na obniżeniu reaktywności ośrodkowego układu nerwowego na działanie środka; **tolerancję behawioralną**, która jest zmianą w efektach działania środka zachodzącą na drodze uczenia się [7].

**Nadużywanie substancji** to „niewłaściwy wzorzec używania środka psychoaktywnego, który powoduje upośledzenie funkcjonowania, pogorszenie samopoczucia lub prowadzi do zagrożenia zdrowia fizycznego”. Aby postawić taką diagnozę, należy potwierdzić występowanie w ciągu ostatniego roku przynajmniej jednego z poniższych objawów: powtarzające się używanie substancji w sytuacjach, gdy jest to niebezpieczne, np. prowadzenie samochodu po zażyciu środków odurzających; powtarzające się niewypełnianie ważnych obowiązków; konflikty z prawem; konsekwentne przyjmowanie środków psychoaktywnych, mimo pojawiających się problemów w funkcjonowaniu społecznym i rodzinnym [8].

**Nałóg** wg definicji WHO z 1973 roku jest to „stan okresowego lub chronicznego oszołomienia, który wywołany jest powtarzającym się zażywaniem środka (narkotyku) naturalnego lub syntetycznego” [9].

**Substancje psychoaktywne** to „takie środki chemiczne, które przez swoje działanie na organizm człowieka powodują zmianę jego samopoczucia i zmieniony, zafałszowany odbiór rzeczywistości, a przyjmowanie ich wiąże się z możliwością uzależnienia”. Uzależnienie od tych środków nazywane jest alkoholizmem, niktynizmem i narkomanią [10].

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 – wśród substancji psychoaktywnych zostały wymienione: alkohol, opiaty, kanabinoles, leki uspokajające i nasenne, kokaina, substancje stymulujące, w tym kofeina, substancje halucynogenne, tytoń, rozpuszczalniki lotne [11].

**Narkotyki** to „związki chemiczne pochodzenia syntetycznego lub chemicznego, które powodują uspokojenie bądź euforię, zniesienie bólu, odurzenie” [12].

**Narkomania** to „stałe lub okresowe przyjmowanie w celach niemedycznych środków odurzających, substancji psychotropowych lub zastępczych, w wyniku czego może powstać od nich uzależnienie” [13].

**Dopalacze** to „w Polsce potoczna nazwa różnego rodzaju produktów, zawierających substancje psychoaktywne, których spożycie ma na celu wywołanie w organizmie efektu narkotycznego” [14, 15]. „Określenie „dopalacz” wywodzi się z lotnictwa, gdzie termin ten oznacza urządzenie stosowane w samolotach bojowych, rzadziej w cywilnych, w celu zwiększenia ciągu silnika turbodołrzutowego, poprzez spalanie dodatkowego paliwa za turbiną” [16, 17]. Daje to przyrost ciągu o kilkadziesiąt procent. „Środki tego rodzaju były produkowane głównie po to, aby ominąć obowiązujące zakazy narkotykowe, dlatego ich skład chemiczny ulegał ciągłej ewolucji. W Unii Europejskiej Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) wdrożyło system wczesnego ostrzegania, który gromadził informacje z poszczególnych krajów o pojawiających się na rynku substancjach psychoaktywnych. Do końca 2009 roku system ten odnotował 90 różnych związków” [15]. „Działania niepożądane po zażyciu dopalaczy to: bóle brzucha, nudności, wymioty, bóle głowy, kołatanie serca, brak apetytu, stany lękowe, bezsenność, zmiany nastroju, dezorientacja, rozdrażnienie, drgawki, bóle w okolicy klatki piersiowej, problemy z oddychaniem, zmęczenie, brak chęci do działania, problemy z koncentracją, obniżona potencja seksualna. Stanowią swoiste zagrożenie życia” [18]. Dnia 08.10.2010 roku Sejm przyjął nowelizację ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Nowelizacja to walka z tzw. dopalaczami. Dzięki temu prawu zakazana została reklama dopalaczy, włączając w to również reklamę skojarzeniową oraz handel szkodliwymi substancjami [19].

**Poppers** to „potoczne określenie różnych azotynów alkilu przyjmowanych wziewnie w celach rekreacyjnych. Zalicza się do nich w szczególności azotyn amylu, azotyn butylu i azotyn izobutylu. Azotyn amylu jest wykorzystywany w produktach, takich jak odświeżacz powietrza i spreje do czyszczenia głowic wideo. Wdychanie tych związków wywołuje relaksację mięśni gładkich w całym organizmie, rozszerzenie naczyń krwionośnych (co powoduje nagły spadek ciśnienia krwi), zwiększenie częstości akcji serca oraz wywołanie uczucia ciepła i podniecenia. Poppersy zwiększają również pobudzenie i pożądanie seksualne”. Prof. Jadwiga Jodynis-Liebiert, toksykolog z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu ostrzega przed zażywaniem poppersów, które stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi, podobnie jak inne substancje psychoaktywne [20, 21].

**Alkohole** –to „grupa organicznych związków chemicznych, pochodnych węglowodorów, do której obok alkoholu etylowego – etanolu, należą także: metanol, propanol, butanol” [22].

„Alkohol to skrócona nazwa alkoholu etylowego  $C_2H_5OH$ , który jest podstawowym składnikiem napojów alkoholowych. Pierwsze wzmianki o alkoholu pochodzą ze starożytnego Egiptu i Mezopotamii ok. 5000 roku p.n.e. Teksty pisma klinowego i egipskie papirusy wspominają o piwie i winie, które otrzymano przypadkowo na drodze fermentacji winogron i jęczmienia” [23, 24].



Alkohol pochodzi od słów arabskich al-kuhl (antymon, delikatny proszek) lub al-ghoul (zły duch) [19]. Jest bezbarwną cieczą o charakterystycznym zapachu, pięknym smaku, lżejszy od wody. Jest rozpuszczalnikiem dla wielu organicznych związków chemicznych. Otrzymuje się go podczas fermentacji skrobi z ziemniaków, żyta, ryżu, melasy, a także syntetycznie z etylenu i acetyleny. Ma zastosowanie w przemyśle farmaceutycznym, spożywczym i perfumeryjnym [25].

Po spożyciu alkohol bardzo szybko zostaje wchłonięty z przewodu pokarmowego do krwi, a wraz z nią dociera do wszystkich narządów organizmu człowieka [26]. Powoduje on upośledzenie funkcji komórek nerwowych i mózgu, zmniejsza się sprawność fizyczna i umysłowa, pojawia się chwiejny chód, bełkotliwa mowa, niemożność koncentracji, choć początkowo wydaje się, że alkohol poprawia nastrój, ułatwia relacje międzyludzkie [27, 28]. Szczególnie toksyczny dla tkanek jest główny metabolit alkoholu – aldehyd octowy, który wchodzi w reakcje z substancjami w tkankach, powodując niekorzystne zmiany [29]. Bardzo niebezpieczne jest łączenie alkoholu z innymi środkami odurzającymi lub też lekami [30].

**Tytoń** – (Nicotiana) to „rodzaj roślin zielonych, z rodziny psiankowatych, których jest ok. 100 gatunków. Do Europy został przywieziony w 1493 roku z Ameryki Południowej przez jeden z trzech statków dowodzonych przez Kolumba” [31].

Badania archeologiczne i wykopaliska wskazują jednak na to, że palenie tytoniu jest zjawiskiem tak starym, jak dzieje ludzkie. Potwierdzają to odkrycia w grobach amerykańskich Azteków i Majów, gdzie znaleziono papierosnice i fajki [32].

Polska nazwa tytoń pochodzi od tureckiego słowa „tutun”, co oznacza dym [33].

Do Polski używka ta dotarła w XVI wieku za pośrednictwem, kupców, rzemieślników i studentów uczących się w innych krajach. Do popularyzacji spożywania tytoniu przyczynił się poseł francuski Jean Nicot. On to też wprowadził dla tytoniu nazwę Nicotiana Tobaccum. Od nazwiska Nicot najbardziej trujący składnik tytoniu, w postaci alkaloidu, nazwano nikotyną [34], która jest silnie trująca, a uzyskana z jednej paczki papierosów powoduje zgon człowieka w ciągu 10 minut. Inne substancje to: tlenek węgla, smoły tytoniowe, metale lekkie, jak: sód, potas, wapń, glin, metale ciężkie, np. antymon, kobalt, ołów, miedź [25, 35].

**Steroidy anaboliczne** używane są w celu zwiększenia masy mięśniowej lub dla poprawy wydolności fizycznej. Stosują je głównie młodzi ludzie lub uprawiający sport. Substancje te wywołują początkowo euforię, wzmacniają aktywność, ale później pojawia się lęk, agresja, obniżenie nastroju. Somatyczne powikłania z powodu nadużywania steroidów anabolicznych to: przedwczesne łysienie, żółte zabarwienie skóry i oczu, zanik jąder, a u kobiet zaburzenia cyklu miesięczkowego i nadmierne owłosienie. Używanie ich prowadzi do uzależnienia [36].

Przez **profilaktykę** (zapobieganie) rozumie się „szereg działań, mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jej rozwinięciem się poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka” [37]. Do działań tych należy zaliczyć propagowanie zasad racjonalnego żywienia, prawidłowego łączenia pracy z wypoczynkiem oraz stwarzanie innych warunków sprzyjających rozwojowi organizmu [38].

Gdy chodzi o **profilaktykę uzależnień** wg O’Gormana jest to „kombinacja przepisów i strategii, zmierzających do eliminowania lub redukcji potencjalnych czynników, predestynujących do rozwoju uzależnienia. Przepisy te mają charakter reguł administracyjnych, prawych, ograniczających dostęp do środków odurzających” [39].

Wg Gold i Stewart **profilaktyka uzależnień** to „ciągły proces, prowadzący do redukcji dostępności, jak i zapotrzebowania na środki odurzające przez koncentrację na środkach

uzależniających, osobach zażywających te środki, ich podatności i wiedzy na temat uzależnień oraz miejscach, w których następuje odurzanie się” [40, 41].

Aby wszelkie działania profilaktyczne przyniosły planowane efekty, należy rozpocząć od tworzenia standardów. Wypracowanie standardów nie jest zabiegiem jednorazowym i powinno przebiegać w kilku etapach. Najpierw należy ustalić cele, zadania i priorytety, czyli co chcemy osiągnąć oraz określić odbiorcę naszego działania i sposób komunikowania się z nim. Następnie wskazane jest, aby rozpoznać potrzeby i oczekiwania odbiorców i ustalić sposób i miejsce realizacji tych potrzeb. Dobrze jest też, gdy ma miejsce porównanie dotychczasowych działań czy programów profilaktycznych z tymi ustalonymi do realizacji i ewentualna korekta w zależności od potrzeb. Ostatni etap to wprowadzenie wypracowanych standardów w życie. Standardy powinny być jasne, wyraźnie określone, wymierne i możliwe do osiągnięcia [42].

**Ewaluacja** (*ang.* evaluation) to „proces systematycznego gromadzenia informacji o rzeczywistości, których otrzymanie, przeanalizowanie umożliwia sformułowanie wniosków” [43]. W Polsce ewaluacja została zdefiniowana w 1928 roku przez Michała Arcta jako „ocenie, oszacowanie, określenie wartości” [44].

Ewaluację przeprowadza się nie tylko w szkole. Działania profilaktyczne czy też programy profilaktyczne powinny podlegać systematycznej kontroli – monitoringowi i ewaluacji. Na konieczność ewaluacji w tym zakresie zwrócono uwagę niedawno. Celem ewaluacji jest kontrola efektywności realizacji podejmowanych działań lub ewentualna ich korekta, a także czy działania te dały efekt zgodny z planem osoby realizującej lub oczekiwaniami odbiorców. Aby przeprowadzić ewaluację, należy przygotować odpowiednie narzędzia ewaluacyjne [42].

Przez **promocję zdrowia** rozumie się „działalność popularyzującą tzw. zdrowy tryb życia. Jej celem jest wychowanie świadomego i zdrowego społeczeństwa, zmniejszenie absencji chorobowej w pracy i szkołach oraz zmniejszenie wydatków państwa na opiekę zdrowotną”. Pierwsza Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia odbyła się w 1986 roku w Ottawie. Podczas niej określono działania promocyjne w sferze zdrowia, takie jak: budowanie prozdrowotnej polityki społecznej, tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, wzmacnianie działań zbiorowych, rozwijanie umiejętności indywidualnych, reorientacja służby zdrowia [45, 46].

Wg definicji O’Donnella „**promocja zdrowia** jest dyscypliną nauki i sztuką pomagania ludziom w dokonywaniu zmian w stylu ich życia, by mogli się zbliżyć do optimum swego życia” [47].

Istnieją przeto następujące możliwości promowania zdrowego stylu życia na uczelniach: zwiększenie aktywności ruchowej, edukacja w zakresie zasad zdrowego stylu życia, udostępnienie ośrodków sportowo-rekreacyjnych, współzawodnictwo międzyuczelniane, promowanie i nagradzanie osiągnięć sportowych, kształtowanie i rozwijanie umiejętności walki ze stresem, edukacja w zakresie konsekwencji uzależnień, organizowanie punktów informacyjnych w tym zakresie [48].

## **2.1 Profilaktyka uzależnień w Narodowym Programie Zdrowia**

Uzależnienia stają się coraz poważniejszym problemem zdrowotnym, a przez to i społecznym. Znajduje to dobitny wyraz w fakcie, że uzależnienia i używanie substancji psychoaktywnych zostały ujęte w obecnie obowiązującym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Narodowy Program Zdrowia w punkcie II zakłada:

- w celu operacyjnym nr 1 – zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu. Odpowiedzialnymi za realizację tego zadania są: administracja rządowa, administracja samorządowa, Narodowy Fundusz Zdrowia, media, organizacje pozarządowe, resortowe, instytuty naukowe:

Centrum Onkologii, Państwowy Zakład Higieny, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Kardiologii, Instytut Matki i Dziecka, zakłady opieki zdrowotnej;

- w celu operacyjnym nr 2 – zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenia szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Realizatorami są: administracja rządowa, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, administracja samorządowa, zakłady opieki zdrowotnej, policja, media;
- w celu operacyjnym nr 5 – ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych. Realizatorami są: administracja rządowa, administracja samorządowa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Narodowy Fundusz Zdrowia, policja, organizacje pozarządowe, zakłady opieki zdrowotnej [49].

Należy również zauważyć, że istnieje Program Ograniczenia Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce na lata 2010-2013 [50]. Został opracowany na podstawie art. 4 Ustawy z dn. 09.11.1995 r. O ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. Z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm., który określa politykę zdrowotną, społeczną i ekonomiczną zmierzającą do zmniejszenia używania wyrobów tytoniowych) [51]. Cele i zadania tego Programu opracowano w oparciu o badania przeprowadzone na wybranej grupie ludności w Polsce i ocenie stanu zdrowia ludności, uwarunkowanego paleniem tytoniu. Założenia te są zgodne z programem *WHO Tobacco Free Europe* Światowej Organizacji Zdrowia i polityką zdrowotną Unii Europejskiej (Program „*Europe Against Cancer*”). Uwzględniają także zobowiązania zawarte w Ramowej Konwencji WHO „*O Ograniczeniu Użycia Tytoniu*” (ratyfikowana przez Polskę we wrześniu 2006 roku) [51].

Na szczęście, w Polsce po długich debatach weszły w życie przepisy, zakazujące palenia w miejscach publicznych w dniu 15.11.2010 r. [51].

## ***2.2 Zapotrzebowanie władz szczebla lokalnego na badania naukowe diagnozujące problematykę uzależnień***

Poza działaniami na szczeblu centralnym bardzo istotne są także działania na niższych szczeblach w obszarze profilaktyki uzależnień. i tutaj należy podkreślić, że w Polsce wzrasta rola samorządów, także w dziedzinie zapobiegania rozwojowi różnego rodzaju uzależnień – i dobrze jest jeśli wszelkie działania w tym zakresie, na różnych szczeblach, znajdują aprobatę władz lokalnych. Dowodem tego jest podjęta współpraca autorki pracy z Wydziałem Spraw Społecznych i Mieszkaniowych Urzędu Miejskiego w Kaliszu i miejscowej policji. Efektem tej współpracy są badania przeprowadzone wśród studentów szkół wyższych w Kaliszu – gdyż wiadomo, że aby podjąć jakiegokolwiek skuteczne działania profilaktyczne (zaradcze) lub naprawcze potrzebna jest najpierw jak najdokładniejsza diagnoza danego zjawiska. Niniejsza praca badawcza wychodzi właśnie naprzeciw takim potrzebom, jakim jest rozpoznanie specyfiki używania substancji psychoaktywnych wśród studentów szkół wyższych.

Podjmując problematykę zbadania specyfiki używania substancji psychoaktywnych wśród studentów szkół wyższych na terenie miasta Kalisza, a więc na szczeblu lokalnym, założono, że rozpoznanie charakteru i skali tego zjawiska jest konieczne do zaplanowania a następnie prowadzenia działań profilaktycznych w uczelniach, a więc w środowiskach szczególnych, które – po sprawdzeniu ich skuteczności na tymże szczeblu lokalnym – mogłyby być następnie zalecane do wykorzystywania na poziomie krajowym, a także do przedyskutowania na konferencjach naukowych z tej dziedziny na forum międzynarodowym.

## ***2.3 Uzależnienia od substancji psychoaktywnych wśród kobiet***

W ostatnich latach na świecie obserwuje się wyraźny wzrost odsetka kobiet pijących alkohol, palących papierosy i zażywających narkotyki w sposób szczególnie szkodliwy dla ich zdrowia, tj.

Z objawami świadczącymi o uzależnieniu [10]. W tej sytuacji rodzi się pytanie: Dlaczego kobiety sięgają po substancje psychoaktywne – i to coraz częściej?

Badacze, terapeuci i inne osoby pracujące z kobietami uzależnionymi zgodnie twierdzą, że do lat osiemdziesiątych XX wieku kobiety konsumowały zdecydowanie mniej napojów alkoholowych. Zajmowały się tradycyjnie prowadzeniem gospodarstwa domowego, wychowywaniem dzieci. Nazywane były „strażniczkami ogniska domowego” lub – w dobrym znaczeniu tego określenia - „matką Polką”. Dopiero transformacje ustrojowe i związane z nimi przemiany społeczne ostatnich dekad wiele zmieniły w życiu i funkcjonowaniu kobiet [52]. Wiele z nich zmuszone było podjąć pracę zawodową, aby zasilić budżet rodziny, inne stały się jedynym żywicielem swoich bliskich. Niektóre z nich chciały dorównać mężczyznom, rywalizować z nimi, zrobić karierę zawodową. Nałożone lub dobrowolnie przyjęte obowiązki „przytłoczyły” kobietę. Coraz trudniej było być jednocześnie dobrą żoną, matką, pracownicą i gospodynią domową. W miarę upływu czasu następowała kumulacja negatywnych uczuć u kobiet pełniących jednocześnie wiele – wspomnianych wyżej – ról społecznych. Obserwowano u wielu kobiet narastanie zaburzeń w ich funkcjonowaniu, co określano potocznie jako „zestresowanie”, „spadek ochoty do życia”. To wszystko „przytłaczało” kobiety i „przekładało się” negatywnie na atmosferę w domu, w pracy, w relacjach z bliskimi. W tej sytuacji wiele kobiet szukało środka, który pozwoliłby im te negatywne uczucia „zniwelować”. Tym środkiem najczęściej okazywały się alkohol bądź papierosy. Gdy po nich choć na krótką chwilę kobieta doznawała pozytywnych doznań w obrębie sfery psychicznej, potocznie „ukojenia”, to zaczynała powtarzać to doświadczenie - i tak wchodziła w „pułapkę”, którą jest uzależnienie od jednej lub więcej substancji psychoaktywnych [52, 53, 54, 55].

### **2.3.1 Przyczyny sięgania po substancje psychoaktywne przez kobiety**

Wydaje się, że przyczyny sięgania po substancje psychoaktywne przez kobiety mogą być różne - w zależności od okresu ich życia. W związku z tym zasadne jest zapewne podzielenie okresu życia kobiet na następujące cztery etapy. Etap pierwszy obejmuje wiek 12-20 lat, drugi 20-40 lat, trzeci 40-60, czwarty powyżej 60 roku życia [53, 54, 55, 56]. Przyczyny sięgania po substancje psychoaktywne u kobiet przedstawiono w poniższej tabeli.

**Tab. 1.** Czynniki zwiększające ryzyko uzależnień wśród kobiet w poszczególnych okresach ich życia [52, 53]

Wiek	Czynniki ryzyka
12-20 lat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- problemy szkolne, absencja na zajęciach, słabe wyniki w nauce,</li> <li>- niska samoocena,</li> <li>- trudności adaptacyjne w grupie,</li> <li>- problemy rodzinne, rozwód rodziców, konflikty w rodzinach, euro sieroctwo, poczucie bycia niekochanym,</li> <li>- problemy behawioralne, wszelkie zachowania aspołeczne, odrzucenie wszelkich autorytetów, przejawianie zachowań agresywnych,</li> <li>- przekonanie, że środki psychoaktywne są „antidotum” na pojawiające się problemy,</li> <li>- inne czynniki, np. brak mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach trudnych i stresowych,</li> <li>- problemy środowiskowe, brak koleżanek, przyjaciół, poczucie bycia gorszym od innych</li> </ul>
20-40 lat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- problemy z płodnością, poronienia, niemożność zajścia w ciążę,</li> <li>- problemy małżeńskie,</li> <li>- problemy z dziećmi,</li> <li>- rozłąka z powodu wyjazdu za pracą,</li> <li>- sytuacja „singielek”,</li> <li>- częste spotkania integracyjne dla pracowników,</li> <li>- stres związany z pracą lub brak pracy,</li> <li>- załatwianie spraw przez bufet,</li> <li>- dla towarzystwa,</li> </ul>
40-60 lat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zmiana pracy lub brak pracy,</li> <li>- zespół „pustego gniazda”,</li> <li>- rozpad małżeństwa,</li> <li>- poczucie presji czasu,</li> <li>- uczucie osamotnienia,</li> <li>- uzależnienia u innych członków rodziny,</li> <li>- pojawienie się różnych problemów zdrowotnych,</li> <li>- traumatyzujące wydarzenia,</li> </ul>
60 lat i powyżej	<ul style="list-style-type: none"> <li>- przejście na emeryturę,</li> <li>- brak dobrego zagospodarowania wolnego czasu,</li> <li>- śmierć osoby bliskiej,</li> <li>- odejście męża/ partnera,</li> <li>- pogorszenie sytuacji finansowej,</li> <li>- problemy zdrowotne,</li> <li>- uczucie osamotnienia i pustki życiowej,</li> <li>- wczesne rozpoczęcie picia,</li> <li>- lęk przed śmiercią.</li> </ul>

### 2.3.2 Poważniejsze niż wśród mężczyzn następstwa zdrowotne zażywania substancji psychoaktywnych przez kobiety

Substancje psychoaktywne wpływają ujemnie zarówno na organizm kobiety, jak i mężczyzny [57]. Organizm kobiety jest jednak bardziej wrażliwy na niekorzystne następstwa, np. nadmiernego

spożycia alkoholu, gdyż wchłania i metabolizuje alkohol inaczej niż organizm mężczyzny. Po spożyciu tej samej dawki alkoholu przez mężczyznę i kobietę, w organizmie kobiety jest wyższe jego stężenie, co pociąga za sobą również większe szkody zdrowotne. Dzieje się tak dlatego, że w organizmie kobiety jest większa zawartość tłuszczu i mniejsza ilość płynów ustrojowych w stosunku do masy ciała (u kobiet stanowi ok. 60%, a u mężczyzn ok. 70%). Metabolizowanie alkoholu zmienia się też w zależności od etapów cyklu miesięczkowego. Badania przeprowadzone na przestrzeni wielu lat udowodniły, że kobiety są bardziej niż mężczyźni podatne np. na alkoholowe uszkodzenie mózgu [58, 59, 60] i wątroby, które – w przypadku znacznego zaawansowania klinicznego – może doprowadzić do śmierci z powodu marskości wątroby [61]. Zmiany patologiczne w układzie pokarmowym, będące konsekwencją nadmiernej konsumpcji alkoholu, to: zapalenie przełyku, jamy ustnej, żołądka, dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki jelit, zapalenie trzustki. W układzie krążenia nadmierna konsumpcja alkoholu może doprowadzić do takich zaburzeń, jak: nadciśnienie tętnicze, arytmia, kardiomiopatia, niewydolność krążenia. *Ptaszyńska* (1990) wskazała, że umiarkowane spożywanie alkoholu zapobiega występowaniu chorób sercowo-naczyniowych [62]. *Sygnowska* i *Waśkiewicz* (2003) wskazały, że dobowo dopuszczalna dawka spożycia alkoholu dla mężczyzn wynosi 30 g, a dla kobiet o połowę mniej - 15 g [63]. Wprawdzie są pozytywne wpływy przyjmowania małych dawek alkoholu, w szczególności czerwonego wina, to jednak nie powinno to zachęcać do systematycznego picia, ponieważ należy wziąć pod uwagę jeszcze indywidualne predyspozycje do uzależnienia. *Woronowicz* (2009) podaje, że „każda ilość alkoholu jest szkodliwa dla zdrowia, chociaż po jednorazowym spożyciu małej dawki, choć szkody mogą być od razu trudne do uchwycenia” [64], a *Kulisiewicz* (1982) pisze, że „nawet najmniejsza dawka zaburza czynności wszystkich narządów ustroju ludzkiego, powodując obniżenie sprawności psychofizycznych” [65]. Alkohol może wywoływać również stany depresyjne, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn [66].

Alkohol działa również toksycznie na układ moczowy. Spożywany w dużych dawkach może prowadzić do niewydolności nerek, sprzyjać wystąpieniu raka gruczołowego nerki. Substancje psychoaktywne upośledzają funkcje układu odpornościowego, przez co zwiększa się możliwość zachorowania na choroby zakaźne, zapalenie płuc, gruźlicę, nowotwory. Upośledzona zostaje także zdolność limfocytów do spełniania ich funkcji, np. do produkcji przeciwciał przeciw obcym antygenom. Substancje psychoaktywne sprzyjają powstawaniu różnego rodzaju infekcji i alergii, wykazują działanie toksyczne dla układu immunologicznego, szczególnie u dzieci i młodzieży [67].

Podobnie jak alkohol, dym tytoniowy (a w nim m.in. nikotyna) ujemnie wpływa na organizm człowieka. Szczególnie zmiany patologiczne powodowane przez dym tytoniowy są widoczne w układzie oddechowym. Dym tytoniowy powoduje zmniejszenie się liczby rzęsek w aparacie rzęskowym oskrzeli oraz osłabienie ruchów rzęsek, a nawet bezpośrednie ich porażenie po inhalacji. W wyniku działania drażniącego dochodzi do zwiększonego wydzielania śluzu, który nie jest usuwany przez aparat rzęskowy [68]. Zaleganie wydzieliny powoduje miejscowe oddziaływanie substancji, w tym rakotwórczych, na śluzówkę oskrzeli i jest doskonałą pożywką drobnoustrojów. Efektem jest powstawanie przewlekłych stanów zapalnych, które w stadium zaawansowania klinicznego prowadzą do duszności, niewydolności oddechowej i niewydolności krążenia [69]. Następstwem przewlekłego zapalenia oskrzeli może być rozedma płuc. Te dwa stany patologiczne objęte są nazwą Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc (POChP), która w Polsce jest trzecią pod względem częstości chorobą przewlekłą [70].

Nikotyna i tlenek węgla szybko wchłaniają się do krwiobiegu, uszkadzają śródbłonek ścian naczyń i sprzyjają w ten sposób odkładaniu się różnych substancji w ścianach tętnic. Powstają zmiany miażdżycowe, upośledzona zostaje drożność naczyń tętniczych, co przejawia się zwolnionym przez nie przepływem krwi, a w konsekwencji poważnego niedotlenienia może dojść do zawału serca [71].

Hasik (1991) wskazał na ujemny wpływ palenia tytoniu na układ pokarmowy. Prowadzi do refluksu żołądkowego, do powstania choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, a w dalszym etapie do nowotworów jamy ustnej, gardła, ślinianek, skóry, żołądka, płuc [32, 72, 73, 74, 75]. Wykazano również, że palenie tytoniu ma ujemny wpływ na zmysł wzroku, zmniejsza jego ostrość, ogranicza szybkość ruchu gałek ocznych ku górze i występuje przejściowy oczopląs [76]. Palenie obniża poziom wydolności fizycznej [67]. Badania kliniczne i epidemiologiczne wskazują również na niebezpieczeństwa dla zdrowia wynikające z biernego palenia. Na bierne palenie eksponowani są nierzadko niepalący, dzieci i płody [77].

### 2.3.3 Substancje psychoaktywne a prokreacja

Substancje psychoaktywne mogą powodować, zarówno u mężczyzn jak i u kobiet, różne zaburzenia hormonalne, np. U mężczyzn nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie liczby i ruchliwości plemników, hypogonadyzm i feminizację, osłabienie wydolności seksualnej. U uzależnionych kobiet wykazano osłabienie popędu płciowego, zmniejszenie ilości śluzu pochwowego, zaburzenia cyklu miesięczkowego. Często występują zmiany zanikowe jajników i zahamowanie owulacji, wczesna menopauza. Picie alkoholu przed okresem pokwitania może opóźnić dojrzewanie płciowe wskutek obniżenia poziomu hormonu wzrostu i hormonu luteinizującego LH [78]. W różnych badaniach potwierdzono również związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy spożywaniem alkoholu a występowaniem raka piersi [79].

Palenie tytoniu odbija się niekorzystnie na organizmie kobiety w ten sposób, że dym tytoniowy, według niektórych badaczy, zwiększa ryzyko występowania raka szyjki macicy. To ryzyko wzrasta wraz z ilością wypalanych papierosów i czasem inicjacji tytoniowej. Istnieją też dowody, że palenie tytoniu ma wpływ na występowanie raka trzonu macicy, zaburzenia miesięczkowania, zaburzenia funkcji motorycznej jajowodów, stany zapalne narządów płciowych [80], zwiększa ryzyko wystąpienia ciąż pozamacicznych [81], niepłodności i gorszych wyników w leczeniu niepłodności technikami wspomaganego rozrodu [82], poronień, urodzenia dziecka z mniejszą masą ciała [83].

Szczególnie niebezpieczne jest zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie ciąży i połogu. Alkohol, narkotyki i tytoń należą do czynników pozagenetycznych, mających wpływ na powstawanie wielu nieprawidłowości w rozwoju płodu. Dlatego nazywane są teratogenami [84]. Wpływ alkoholu na kobietę ciężarną i powstawanie wad u płodu opisywano już w mitologii greckiej i rzymskiej. Pierwszy naukowy opis bardzo charakterystycznych objawów u noworodków pochodzi z Francji z 1968 roku. Jones i Smith w 1973 roku nazwali ten zespół Alkoholowym Zespołem Płodowym – FAS (ang. *Fetal Alcohol Syndrome*) [84, 85]. Zespół ten charakteryzuje się niską masą urodzeniową noworodków, upośledzeniem rozwoju psychomotorycznego, obecnością wad rozwojowych w obrębie twarzoczaszki (mikrocefalia, płaska twarz, niedorozwinięta szczęka lub żuchwa, krótkie szpary powiekowe, małowocze, wąski rąbek czerwieni wargowej, rozszczep wargi i podniebienia, zez, opadanie powieki, zniekształcenie płatków usznego) oraz innych wad (wady nerek, serca, wady postawy, wady układu płciowego, przepukliny oponowo-mózgowej, stopa końsko-szpota, hipoplazja paznokci, brak palców, zaburzenia systemu odpornościowego) [86, 87, 88]. Dla określenia łagodniejszej formy tego syndromu zaczęto stosować od 1978 roku termin Płodowy Efekt Działania Alkoholu – FAE (ang. *Fetal Alcohol Effects*). W zespole tym objawy mogą występować pojedynczo [89, 90].

Palenie tytoniu stanowi kolejny czynnik ryzyka dla ciąży. W 1985 roku Nieburg dla określenia pewnych cech występujących u potomstwa matek palących papierosy zaproponował, analogicznie do FAS, nazwę Płodowy Zespół Tytoniowy – FTS (ang. *Fetal Tobacco Syndrome*) [91]. Objawy charakterystyczne dla tego zespołu to: wcześniactwo, zahamowanie wewnątrzmacicznego rozwoju

płodu [92], śmiertelność okołoporodowa [93], łożysko przodujące lub przedwczesne jego oddzielenie, krwawienia [94], zaburzenia rozwoju psychicznego i fizycznego [91].

Alkohol, papierosy, narkotyki mają nie tylko ujemny wpływ na życie prenatalne, ale i postnatalne. Może występować zespół dziecka nadpobudliwego, może być zaburzona percepcja wzrokowa i słuchowa, często występują trudności w nauce, ponieważ tlenek węgla i nikotyna zaburzają metabolizm komórek nerwowych, zmieniając koncentrację uwagi, zdolność zapamiętywania i myślenie abstrakcyjne. Obserwuje się także zapadalność na choroby układu oddechowego, choroby uszu, nosa i nowotwory [73, 95].

Używanie przez kobiety, zwłaszcza w ciąży, substancji psychoaktywnych jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia przyszłych pokoleń. Zagadnienia te należy poruszać zarówno z młodzieżą jak i dorosłymi – albowiem działania profilaktyczne są tańsze. Natomiast aby zniwelować już zaistniałe szkody zdrowotne, trzeba wygenerować olbrzymie nakłady finansowe z budżetu państwa [96, 97].

### **2.3.4 Niepokojący wizerunek wielu współczesnych młodych kobiet**

Kobieta współczesna często gubi swoją tożsamość, m.in. przez to, że usiłuje naśladować mężczyzn pod wieloma względami. Uprawia np. sporty ekstremalne. Doszło również do olbrzymich przemian między płciami, w odniesieniu do wielkości zażywanego alkoholu, narkotyków, palenia papierosów. Dawniej nałogi te dotyczyły głównie mężczyzn. Gdy pojawiała się wówczas kobieta zdradzająca swoim zachowaniem na nadmierne spożycie alkoholu, to wzbudzała litość wśród niektórych obserwatorów, a pogardę wśród innych. Była „odprowadzana wzrokiem” przez obserwujących. Czasami padał negatywny komentarz pod jej adresem. Teraz coraz częściej spotyka się kobiety, i to te bardzo młode, z papierosem w ręku, puszką piwa. Starają się dorównać rówieśnikom - chłopcom. Uważają, że te „rekwizyty” w ich rękach to atrybut dorosłości, wolności. „To nie służy do szpanowania, ale do zabijania” czyli niszczenia siebie, swojego zdrowia i innych. Kobieta dzisiejsza czuje się wyzwolona, ma zagwarantowane prawa, lubi „poszaleć”. Niestety, skutki tego szaleństwa widoczne są bądź zaraz, bądź po wielu latach. Dotyczy jej samej, przyszłej rodziny i dzieci [98].

## **2.4 Historia programów profilaktycznych**

Współcześnie bardzo dużo dyskutuje się o programach profilaktycznych, ocenia ich skuteczność. Nie jest to nowością, bo działania z obszaru profilaktyki uzależnień realizowane były dużo wcześniej. Woronowicz dokonał analizy takich działań na przestrzeni wieków i wykazał, że „już w Starym Testamencie znajdują się pierwsze informacje o próbach zapobiegania problemom alkoholowym. Wskazują na to teksty z Księgi Przysłów 20,1; Izajasza 5,11; 28,1. Mojżesz, który został wybrany, aby prowadzić Naród Wybrany do Ziemi Obiecanej znał konsekwencje spożywania alkoholu, że to droga do nikąd i zakazał jego spożywania” [64]. O rozpowszechnionym picu alkoholu, ale i restrykcjach związanych ze sprzedażą wina, świadczy Kodeks Hammurabiego<sup>1</sup>. Zakazał on wstępu do winiarni kapłanom i kryminalistom, wprowadził kontrolę cen wina. Osobom, które nie stosowały się do tych zasad, groziły surowe kary, aż do śmierci włącznie [10].

---

<sup>1</sup> Hammurabi – władca Babilonu od 1792 r. p.n.e. Kodeks Hammurabiego jest to jeden z najstarszych kodeksów świata wydany około 1792 r. p.n.e., dążył do unifikacji i systematyzacji obowiązującego prawa. Zawierał przepisy prawa karnego, prywatnego, procesowego. Był wyryty na steli Hammurabiego. Był to słup wysokości 2, 25 m. W górnej części był relief przedstawiający króla stojącego przed bogiem słońca i sprawiedliwości Szamaszem, poniżej był tekst praw zapisany pismem klinowym. Obecnie znajduje się Luwrze odnaleziony w 1901 r. W Suzie.



Woronowicz podaje, że w starożytnej Grecji pod karą grzywny zakazano sprzedaży wina w okolicy stadionu. W starożytnym Rzymie zakaz picia obowiązywał mężczyzn do 30 roku życia, a kobiet i niewolników całkowity zakaz. Mąż mógł zabić pijaną żonę. W starożytnych Indiach pijakom wypalano na czole kształt butelki. Chińczycy mieli bardziej racjonalne podejście do alkoholu, które uwidoczniło się w tym, że podjęto pierwsze „współczesne” próby zapobiegania problemom alkoholowym przez działalność oświatową. W VII wieku cesarz Tai-Tsung wydał broszurę, zawierającą wskazania, dotyczące właściwego spożywania alkoholu. Cesarz Tsi-Tsung wydał dekret, określający liczbę punktów sprzedaży alkoholu i określił też cechy dla osób ubiegających się o pozwolenie na handel alkoholem. W Anglii pijaków zmuszano do ciężkiej pracy. Musieli oni nosić tabliczkę z napisem „pijak”. Nieco później wprowadzono formę podawania do publicznej wiadomości danych alkoholików. W Niemczech w 1933 roku wydano ustawę, zezwalającą na sterylizację alkoholików, gdyż uważano, że alkoholizm jest dziedziczny. W Polsce bardzo ważną rolę w profilaktyce alkoholizmu odegrały bractwa trzeźwościowe, stowarzyszenia i koła abstynenckie [64].

Historia profilaktyki uzależnień pokazuje, że „już w starożytnych cywilizacjach znane były problemy związane z zażywaniem substancji zmieniających świadomość. Podejmowano też działania mające na celu ochronę społeczeństw w różnych krajach i na różne możliwe sposoby. Jednak działania w tym zakresie na szeroką skalę, o charakterze zorganizowanym, widoczne są dopiero w czasach współczesnych” [64].

## **2.5 Diagnostyka w programach profilaktycznych**

Wielu realizatorów programów profilaktycznych, zwłaszcza skierowanych do dzieci i młodzieży, korzysta z przygotowanych już wcześniej scenariuszy zajęć. Uważają, że skoro są one opracowane przez fachowców w tym zakresie, to pozostało tylko wprowadzić je w życie. Takie uproszczenie w działaniu nie jest jednak właściwe. Realizator bowiem powinien konkretny program profilaktyczny zaprojektować, co oznacza, że najpierw powinien przeprowadzić diagnozę środowiska, do którego program jest kierowany, następnie dokonać interpretacji tejże diagnozy, a dopiero na końcu uzyskane w ten sposób wyniki odnieść do przygotowywanego lub realizowanego programu [99].

Gaś (2003) wyjaśnia, że „diagnozę na potrzeby programu profilaktycznego można określić jako proces poznawania wszystkich znaczących aspektów funkcjonowania psychospołecznego potencjalnych odbiorców programu, które są istotne dla rozpoznawania przyczyn dysfunkcji i zaprojektowania przyszłych działań profilaktycznych” [99]. Przeprowadzenie diagnozy pozwoli poznać środowisko, w którym żyje i funkcjonuje odbiorca programu, także samego adresata, jego potrzeb, mechanizmów powstawania uzależnienia. Jest to bardzo ważne, ponieważ będą one różne w miastach, małych miasteczkach, czy na wsiach [100]. Ponadto diagnoza umożliwi ocenę skuteczności programu i podejmowanych działań profilaktycznych, czyli pozwoli na przeprowadzenie i dokonanie ewaluacji. Bez diagnozy realizacja danego programu będzie nieefektywna. Zainwestowane mogą być nawet duże nakłady finansowe, ale nie wprowadzą one istotnych zmian w życiu i funkcjonowaniu odbiorców [100].

Według Ziarko (2003) „projektowana diagnoza powinna być wielowymiarowa i obejmować charakterystykę uczestników programu, identyfikację czynników ryzyka, identyfikację czynników chroniących oraz charakterystykę zasobów i deficytów środowiska”. W tej sytuacji powstaje pytanie: skąd pozyskać te informacje [101]?

Źródłem interesujących nas danych może być dokumentacja, znajdująca się w instytucjach działających na rzecz odbiorców programu, także informacja pozyskana od osoby badanej oraz wnioski z konkretnych zachowań w różnych sytuacjach życiowych [99]. Diagnozę można przeprowadzić, posługując się też narzędziami badawczymi, takimi jak: ankiety, kwestionariusze, wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji, eksperyment, testy psychologiczne. Po zebraniu danych

należy dokonać ich interpretacji oraz poddać analizie statystycznej. Efektem końcowym powinno być określenie, które czynniki należy wzmocnić, a które wygasić. Mając powyższe dane, realizator może ustalić cel programu, zaplanować działania, zrealizować program i dokonać jego ewaluacji [100].

## **2.6 Na jakim poziomie szkolnictwa diagnoza uzależnień jest najlepsza?**

Działania profilaktyczne według Woronowicza (2009) powinny być podejmowane bardzo wcześnie, czyli w okresie, kiedy jeszcze dzieci nie próbowały alkoholu, nie paliły papierosów i nie mają wobec tych substancji jakichś oczekiwań – i w takiej sytuacji pojawiające się problemy życiowe starają się rozwiązywać w inny sposób. Gdy młody człowiek przyswoi sobie system norm i wartości oraz nabędzie umiejętność radzenia sobie ze stresem, zmniejszy się prawdopodobieństwo uzależnienia [64].

## **2.7 Poziomy profilaktyki**

W zależności od stopnia zagrożenia profilaktyka uzależnień (bądź odnosząca się do wielu innych chorób) może być prowadzona na trzech poziomach – wg ogólnie uznanych i przyjętych zasad.

**Profilaktyka pierwszorzędowa** (lub pierwszego stopnia) jest kierowana do grupy niskiego ryzyka. Działania mają na celu zbadanie przyczyn występującego zjawiska i zdiagnozowanie populacji. Głównym terenem działania jest szkoła. Profilaktyka pierwszorzędowa ma promować zdrowy styl życia i opóźnić wiek inicjacji oraz przekazać rzetelną wiedzę na temat środków psychoaktywnych i skutków ich przyjmowania oraz nauczyć młodego człowieka, jak może radzić sobie w sytuacjach trudnych. Realizatorami tego poziomu są nauczyciele, pedagodzy. Poprzez różne działania przekazuje się komunikat: „Poczekaj do dorosłości” [102].

**Profilaktyka drugorzędowa** (lub drugiej fazy) adresowana jest do grupy podwyższonego ryzyka. Celem jest zredukowanie doświadczanych problemów i czasu trwania dysfunkcji oraz umożliwienie wycofania się z zachowań ryzykownych poprzez poradnictwo indywidualne czy rodzinne, socjoterapię. Młody człowiek otrzymuje komunikat „Wycofaj się”. Realizatorami są profesjonaliści, a miejscem świetlica socjoterapeutyczna, poradnia psychologiczno-pedagogiczna [103].

**Profilaktyka trzeciorzędowa** (lub trzeciej fazy) jest adresowana do grupy wysokiego ryzyka. Jej celem jest przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego oraz degradacji społecznej. Umożliwia też powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Działania w tym zakresie to terapia indywidualna lub grupowa prowadzona przez lekarzy specjalistów, psychologów, psychoterapeutów prowadzone w poradniach specjalistycznych, placówkach wychowawczych i resocjalizacyjnych, klubach trzeźw ościowych. Im większy poziom profilaktyki, tym szkody jak i koszty są większe [104, 105].

Do tej pory badania dotyczące uzależnień nie były prowadzone wśród studentów w Kaliszu, gdy tymczasem badania takie były prowadzone wśród młodzieży ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, w tym w ramach europejskich badań ESPAD. Warto przypomnieć, że celem badania ESPAD była ocena zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych i porównywanie tych wyników z wcześniejszymi – dla określenia istniejących trendów w tym obszarze.

Ponadto warto przypomnieć pracę *Teresy Kобрzyńskiej* [106], która przeprowadziła badania na terenie woj. wielkopolskiego w roku szkolnym 1999/2000 obejmując nimi uczniów klas I i II szkół ponadpodstawowych: liceów ogólnokształcących, techników, liceów technicznych i zawodowych oraz uczniów zasadniczych szkół zawodowych – w znaczącej części z terenu Kalisza i okolic. *Kобрzyńska* stwierdziła wprawdzie, że wskutek realizacji programów profilaktyki problemów uzależnień poziom

wiedzy młodzieży szkolnej na temat problemów zagrożeń wynikających z używania alkoholu i innych środków odurzających był istotnie wyższy, ale – co znacznie ważniejsze - nie było istotnej statystycznie zależności pomiędzy oddziaływaniem programów profilaktyki problemów uzależnień a deklarowanymi postawami młodzieży szkolnej wobec problemów wynikających z używania alkoholu i innych środków odurzających. W świetle badań *Kobrzyńskiej* okazuje się niezmiernie ważne realizowanie programów profilaktyki uzależnień, bo – jak się okazuje – mogą one po prostu nie oddziaływać, co ma istotne znaczenie społeczne, gdyż są finansowane działania nie przynoszące pożądanych efektów. *Kobrzyńska* doszła do wniosku, że programy profilaktyczne, aby były skuteczne, powinny być znacznie wcześniej, tj. w młodszych klasach i powtarzane w kolejnych latach nauki.

## **2.8 Strategie stosowane w profilaktyce**

Na wszystkich – wspomnianych powyżej – poziomach profilaktyki stosuje się następujące strategie:

1. **Strategie informacyjne** – ich celem jest wyposażenie młodych ludzi w wiedzę na temat zachowań ryzykownych i ich konsekwencji dla zdrowia, bo uważa się, że jej brak jest przyczyną uzależnienia i dokonywania złych wyborów. Okazało się, że ta strategia jest nieskuteczna, bo np. służba zdrowia powinna posiadać wiedzę z tego zakresu, a w tej grupie zawodowej są osoby palące papierosy i nadużywające alkoholu [39].

2. **Strategie edukacyjne** – zakładają, że wiedza to jeszcze nie wszystko, ale trzeba posiadać jeszcze pewne umiejętności, takie jak np. nawiązywanie relacji interpersonalnych, radzenia sobie w sytuacjach stresowych, rozwiązywanie sytuacji konfliktowych, relaksacji. Strategie te mają za zadanie takie umiejętności kształtować [39].

3. **Strategie alternatyw** – to działania polegające na podawaniu alternatyw dla zachowań ryzykownych, pokazuje się, że dany cel można osiągnąć w różny sposób, a nie tylko poprzez działania destrukcyjne. Strategie te mają dużą skuteczność i mogą być realizowane, np. w klubach sportowych, różnych kołach zainteresowań [107].

4. **Strategie interwencyjne** – są praktycznie przeznaczone dla drugiego i trzeciego poziomu profilaktyki i skierowane do osób mających problemy w celu poszukiwania sposobów ich rozwiązania. Aby działania przyniosły oczekiwane efekty powinny być spełnione takie warunki jak: profesjonalizm w działaniu i odpowiednie cechy osobowości (wiarygodność, zaufanie) osoby udzielającej pomocy, a także włączenie w te działania osób z najbliższego otoczenia objętego opieką, tj. rodziców [102].

5. **Strategie zmniejszania szkód** – te skierowane są przede wszystkim do osób objętych profilaktyką trzeciorzędową. Skoro są osoby, które nie rezygnują z patologicznych zachowań, to należy podjąć działania zmniejszające zagrożenia poprzez np. pomoc socjalną, objęcie opieką medyczną uzależnionych, udostępnienie narkotyków na receptę [102].

## **2.9 Prezentacja programów profilaktycznych**

Na początku lat osiemdziesiątych XX wieku było zaledwie kilka programów profilaktycznych. Adresowane były głównie do dzieci i młodzieży. Miejscem ich realizacji była przede wszystkim szkoła. Celem tworzonych wówczas programów była pomoc w rozwiązywaniu problemów alkoholowych wśród młodych ludzi. W miarę upływu czasu, rosnących potrzeb i doświadczenia, programy te udoskonalano. Można to określić w ten sposób, że przeszły one swoistą ewolucję. Obecnie dotyczą różnego rodzaju uzależnień. Wskazują też mechanizmy innych zachowań ryzykownych, które wynikają z uzależnień, a są nimi np.: łamanie prawa, przemoc, agresja. „Na rynku” istnieją również programy przeznaczone dla grup młodzieżowych liderów, rodziców, nauczycieli, terapeutów. Potrzebą chwili jest też konieczność dostosowywania programów do problemów danego środowiska.

W ten sposób powstają projekty do realizacji w miastach, gminach, miasteczkach, a określa się je jako programy profilaktyki globalnej [108].

### **1. DRUGI ELEMENTARZ, CZYLI PROGRAM SIEDMIU KROKÓW**

Program został opracowany przez zespół pracowników Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w składzie: Agnieszka Arendarska, Jerzy Mellibruda, Alicja Pacewicz, Agnieszka Czapczyńska, Eliza Wierzejska. Program ma charakter ogólnopolski. W Polsce realizowany jest od 1993 roku w szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych, głównie przez nauczycieli, pedagogów szkolnych. Celem programu jest: dostarczenie informacji na temat substancji psychoaktywnych i zagrożeniach wynikających z ich przyjmowania; kształtowanie umiejętności odmawiania; promowanie zdrowego stylu życia; wskazanie różnych dróg, które prowadzą do osobistych satysfakcji i prawidłowych relacji interpersonalnych bez stosowania środków uzależniających.

Realizacja tego programu odbywa się w cyklu ośmiu zajęć, każde po dwie godziny z uczniami klas gimnazjalnych i trzy spotkania o charakterze warsztatowym z rodzicami. Wskazane jest też spotkanie z Radą Pedagogiczną danej szkoły, w której realizowany jest program. Autorzy programu przygotowali materiały pomocnicze, takie jak: ulotki, ankiety, kasety oraz podręczniki ze scenariuszami zajęć. Zajęcia prowadzone są metodami aktywizującymi [109, 110, 111].

### **2. ZANIM SPRÓBUJESZ**

Jest to program psychoedukacyjny autorów z Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: Barbara Jakubowska, Zofia Sobolewska, Alicja Pacewicz, Wiesława Serkowska. Celem programu jest: wyposażenie odbiorcy w wiedzę na temat substancji psychoaktywnych, mechanizmów rozwoju uzależnienia; wzmacnianie pozytywnego obrazu siebie; kształtowanie umiejętności odmawiania i odreagowywania napięć; promowanie zdrowego stylu życia.

Adresatami programu są uczniowie szkół podstawowych, gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych. Zajęcia mogą prowadzić nauczyciele, pedagodzy, psychologowie w ilości 12-19 spotkań jednogodzinnych. Pracę z uczniami należy prowadzić metodami aktywnymi, np. debata, burza mózgów, prezentacja scenek [112].

### **3. JAK ŻYĆ Z LUDŹMI?**

Jest to australijski program profilaktyczny w polskim opracowaniu Alicji Kobiątki. Celem programu jest: rozwinięcie najważniejszych umiejętności interpersonalnych w zakresie komunikowania się z ludźmi, empatii, budowania właściwego wizerunku swojej osoby, radzenia sobie ze stresem oraz dostarczenie informacji o substancjach psychoaktywnych. Przeznaczony jest dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjum. Realizatorami programu mogą być nauczyciele, psychologowie. Pomocą w realizacji tego programu jest podręcznik, zawierający zasady pracy z grupą, propozycje zajęć, zestawy ćwiczeń [102].

### **4. SPÓJRZ INACZEJ**

Jest to program wychowawczo-profilaktyczny autorstwa: Andrzeja Kołodziejczyka, Ewy Czeremierowskiej i Tomasza Kołodziejczyka. Celem programu jest wspomaganie dziecka w jego rozwoju osobowościowym oraz pomoc w przystosowaniu się do życia społecznego. Cel ten realizowany jest w kilku blokach tematycznych, takich jak: budowanie poczucia własnej wartości; rozpoznawanie, wyrażanie, rozumienie uczuć własnych i cudzych; rozwiązywanie problemów i akceptowanie różnic; troska o własne zdrowie, również problem uzależnień poruszany ze starszymi uczniami. Program ten realizowany jest podczas 24 spotkań, jeden raz w tygodniu z młodzieżą szkół podstawowych i gimnazjów. Według autorów wskazane jest spotkanie z rodzicami inaugurujące wprowadzenie programu w życie [113].

## **5. DZIĘKUJĘ, NIE**

Program ten ma charakter edukacyjno-treningowy. Autorami są: Stefan Nieszalski, Mirosław Szymański, Ewa Sobczyk, Jacek Morawski. Celem programu jest przygotowanie młodych ludzi do odpowiedzialności za swoje zachowania, przeciwstawiania się presji grupy rówieśniczej. Adresatami programu są uczniowie gimnazjum i klas ponadgimnazjalnych, a realizatorami nauczyciele, przeszkoleni przez odpowiednie instytucje [102].

## **6. DEBATA**

Autorem programu jest Krzysztof Wojcieszek. Celem tego programu jest zmiana pozytywnych oczekiwań dzieci i młodzieży, związanych z piciem alkoholu czy zażywaniem narkotyków oraz obalaniem mitów związanych z odurzaniem się. Na początku zajęć uczestnicy wypełniają ankietę, która następnie wykorzystana jest w ponownie w końcowej fazie. Zajęcia trzygodzinne prowadzone są metodami aktywizującymi np. burza mózgów nt. szkód i korzyści, debata sejmowa, psychodrama, warsztaty integracyjne. Ważne jest też wskazanie na zachowania promujące zdrowy styl życia i zabawy bez użycia środków psychoaktywnych np. alkoholu podczas imprez rodzinnych, jak wesela, chrzciny i inne. Można go realizować z młodzieżą i dorosłymi [102].

## **7. NOE**

Jest to drugi program autorstwa Krzysztofa Wojcieszka. Ma na celu zmianę norm środowiskowych związanych z piciem alkoholu. Przeznaczony jest dla młodzieży od gimnazjum wzwyż. Składa się z dwóch części. Pierwsza część to czterogodzinne spotkanie z dużą liczbą uczestników do ok. 150, w czasie którego stosuje się prelekcje, burzę mózgów, filmy, świadectwa trzeźwego alkoholika. Miting prowadzi 4 osoby. Część druga jest realizowana w małych grupach. Celem jest spojrzenie na problemy młodzieży oczyma rodziców, dlatego temat tej części brzmi „Ja i moje dziecko za 25 lat”. Program ten jest dobrze oceniany przez uczestników. Wzmacnia postawy abstynenckie [114].

## **8. SPÓJRZ INACZEJ NA AGRESJĘ**

Prezentowany program ma charakter wychowawczo-profilaktyczny. Autorami są: Andrzej Kołodziejczyk, Ewa Czeremierowska, Tomasz Kołodziejczyk. Przeznaczony jest dla szkół podstawowych i gimnazjum. Celem jest kształtowanie umiejętności radzenia sobie z negatywnymi emocjami i agresją. Spotkania mają charakter warsztatowy i prowadzi nauczyciele. Pomocą jest podręcznik, zawierający scenariusze zajęć i wskazówki metodyczne [102].

## **9. TAK, CZY NIE?**

Autorem jest Witold Skrzypczyk. Jest to program edukacyjno-treningowy, którego celem jest wyposażenie odbiorcy w wiedzę nt. konsekwencji uzależnień, ich wpływu na życie w rodzinie, a w szczególności na dzieci oraz kształtowane są umiejętności odmawiania i zachowań abstynenckich. Uczy pracy z własnymi emocjami. Zajęcia mogą stanowić cykl 6 spotkań jednogodzinnych, bądź może być realizowany w innym układzie, w zależności od potrzeb miejsca. Realizatorami są odpowiednio przygotowani nauczyciele. Program przewiduje również dwugodzinne spotkanie z rodzicami. Jest atrakcyjny dla młodzieży [102].

## **10. NASZE SPOTKANIA**

Jest to program psychoprofilaktyczny autorstwa Marii Król-Fijewskiej i Piotra Fijewskiego. Zadaniem programu jest nauczenie młodego człowieka, jak należy radzić sobie w sytuacjach trudnych, jak rozumieć siebie i innych, jak zachęcić do pomagania innym. Jego realizacja powinna przebiegać podczas 10 dwugodzinnych spotkań w małych grupach. Prowadzącymi spotkania są nauczyciele przeszkoleni przez liderów. Materiały pomocnicze zawierają scenariusze zajęć i instruktaż dla realizatorów [115].

### **11.ODCZUWAJ, MÓW, UFAJ**

Jest to program interwencyjny, autorstwa Barbary i Grzegorza Paziów. Przeznaczony jest dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, szczególnie dotkniętych problemem alkoholowym. Stanowi kontynuację programu „NOE” i może być etapem motywującym do szukania pomocy w grupach wsparcia. Jego realizacja odbywa się w małych grupach poza terenem szkoły, np. w świetlicach terapeutycznych. Główny cel programu to odblokowanie tłumionych emocji i potrzeb emocjonalnych młodego człowieka, powstałych wskutek nieprawidłowych komunikatów, otrzymanych w swoich rodzinach, w wyniku których budują przekonania „nie czuj, nie mów, nie ufaj”. Program składa się z czterech części. W części pierwszej prowadzone są ćwiczenia i zabawy integracyjne, wzmacniające poczucie podmiotowości. Części pozostałe są realizacją trzech słów z nazwy. i tak „ODCZUWAJ” – ma na celu przygotowanie do przeżywania swoich uczuć i ich werbalizację, czyli „MÓW”. „UFAJ” – ćwiczenia mają budować poczucie wartości i kształtować takie cechy, jak prawdomówność i dotrzymywanie słowa. Program realizują osoby, mające doświadczenie w pracy terapeutycznej [102].

### **12.PODAJ DŁOŃ**

Jest to amerykański program autorstwa Davida W. Johnsona. Celem programu jest kształtowanie umiejętności, takich jak: rozwiązywanie konfliktów, akceptacja siebie i innych, wyrażanie myśli i uczuć. Adresowany jest do osób, które chcą pomagać innym, do nauczycieli, wychowawców lub liderów grup młodzieżowych, odpowiednio przeszkolonych. Wydano również bogate materiały pomocnicze [116].

### **13.PROGRAM RÓWIEŚNICZEGO DORADZTWA**

Autorem tego programu jest Zbigniew B. Gaś, a adresatami młodzież szkół średnich. Celem tego programu jest wytypowanie grupy młodzieży i nauczycieli, którzy cieszą się zaufaniem wśród uczniów i przygotowanie ich jako doradców w lokalnym środowisku szkolnym. Młodzi ludzie, mający różne problemy, często nie zwracają się o pomoc do dorosłych, ale do rówieśników. Przygotowanie liderów szkolnych ułatwi dotarcie do tych, których niekiedy zalicza się do grup podwyższonego ryzyka. Realizacja założeń programu przebiega w trzech etapach. Etap pierwszy to wyłonienie osób do przeszkolenia, etap drugi to szkolenie w formie warsztatowej wyłonionych osób, etap trzeci to comiesięczne sesje monitorujące przebieg programu [102].

### **14.ODLOT**

Jest to program zapobiegania alkoholizmowi i narkomanii w społeczności lokalnej. Został opracowany przez zespół pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Celem jest diagnoza problemów danej społeczności lokalnej, wyposażenie w wiedzę nt. konsekwencji używania środków psychoaktywnych, pomoc w zorganizowaniu opieki dla osób uzależnionych, usprawnienie współpracy między lokalnymi instytucjami. Autorzy przygotowali bogaty zestaw materiałów pomocniczych dla realizatorów [117].

### **15.ZANIM NIE JEST ZA PÓŹNO**

Jest to program belgijski autorstwa Ernsta Servais'a. W Polsce znany jest pod nazwą „Kaskada”. Przeznaczony jest dla wszystkich grup społecznych w danej społeczności lokalnej, tj. rodziców, dzieci, młodzieży, nauczycieli, służby zdrowia, księży, dziennikarzy, rolników. Jest to program profilaktyki środowiskowej. Propaguje globalne podejście do uzależnień. Realizatorami są przygotowani nauczyciele. Opracowano również bogate materiały pomocnicze [118].

### **16.ŚNIEŻNA KULA**

Jest to program profilaktyki środowiskowej, opracowany na podstawie amerykańskiego programu „Snowball” przez Witolda Skrzypczyka. Głównym założeniem programu jest stworzenie systemu wsparcia dla potrzebujących w lokalnej społeczności, stworzenie w środowisku alternatyw

dla zachowań ryzykownych i tworzenie zdrowego środowiska lokalnego. Realizatorami są liderzy młodzieży, którzy potrafią skupić wokół siebie rówieśników. Dwa razy w roku organizowane są trzydniowe zloty. Spotkania takie integrują uczestników programu, są czasem zabawy i edukacji, wymiany poglądów i doświadczeń życiowych [102].

### **17.PROGRAM AKTYWIZACJI SAMORZĄDÓW UCZNIOWSKICH**

Autorem tego programu jest Zbigniew B. Gaś, a celem edukacja młodzieży, która pełni różne funkcje w samorządach szkolnych, w zakresie współpracy z pracownikami szkoły i odpowiedzialności za tworzenie zdrowego środowiska wychowawczego w szkole. Szkolenie ma charakter treningowo-warsztatowy. Program jest realizowany w ciągu 6 sesji weekendowych [102].

### **18.PROGRAM AKTYWIZACJI PROFESJONALNEJ NAUCZYCIELI I WYCHOWAWCÓW**

Autorem jest również Zbigniew B. Gaś. Celem programu jest wyposażenie nauczycieli w wiedzę z zakresu psychologii, która ułatwi im pobudzanie do samorozwoju i twórczą pracę z dzieckiem. Realizowany jest w ciągu 90 godzin zajęć o charakterze warsztatowym z podziałem na 15 bloków tematycznych z zakresu umiejętności porozumiewania się, wrażliwości wychowawczej, pracy indywidualnej z uczniem i organizowania zajęć profilaktycznych [102].

### **19.TRZY KOŁA**

Autorem programu jest Barbara Wolniewicz-Grzelak, a adresatami wychowawcy klas. Celem jest rozwijanie pozytywnych więzi między uczniami, nauczycielem i rodzicami, kształtowanie postaw prospołecznych i prozdrowotnych. Program ten można realizować w postaci projektu, a trzy koła symbolizują jego przesłanie. Koło zielone – klimat i więzi, koło pomarańczowe – sprawy i problemy, koło czerwone – zdrowie i zagrożenia [102].

### **20.SZKOŁA DLA RODZICÓW i WYCHOWAWCÓW**

Program ten ma charakter zajęć warsztatowych w zakresie umiejętności wychowawczych, autorstwa Joanny Sakowskiej i Zofii Śpiewak. Przeznaczony jest dla rodziców i wychowawców, a oparty na koncepcji „wychowania bez porażek” T. Gordona i koncentruje się na czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących przed zaburzeniami zachowania, wynikających z różnych sytuacji rodzinnych. Celem programu jest kształtowanie takich umiejętności wychowawczych, jak nawiązywanie efektywnej współpracy z dzieckiem, wspieranie procesu usamodzielniania dziecka, wyrażanie rodzicielskich oczekiwań w taki sposób, by były respektowane przez dziecko, modyfikowanie odpowiednich zachowań bez stosowania form przemocy, refleksja nad skutecznością określonych metod wychowawczych, umacnianie rodziny w jej prawidłowym funkcjonowaniu, naprawa i ochrona więzi emocjonalnych, budowanie klimatu zaspokajającego najważniejsze potrzeby miłości, akceptacji i bezpieczeństwa, tworzenie grup wsparcia. Zajęcia prowadzone są metodami aktywnymi w grupach do 15 osób i obejmują 10 spotkań czterogodzinnych [119].

### **21.JAK RADZIĆ SOBIE z TRUDNYMI ZACHOWANIAM I u DZIECI?**

Autorem programu jest Carole Sutton i kształtuje umiejętności wychowawcze rodziców w zakresie jak należy reagować na trudne zachowania dzieci i jak je zmienić. Uczestnicy mają możliwość dzielenia się doświadczeniem w tym zakresie. Realizatorami są osoby odpowiednio do tego przygotowane [102].

### **22.PRZYGOTOWANIE DO PROFILAKTYKI DOMOWEJ**

Autorami tego programu są Agnieszka Arendarska i Krzysztof Wojcieszek z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Skierowany jest głównie do rodziców dzieci, które biorą udział w PROGRAMIE SIĘDMIU KROKÓW. W ciągu 2-3 spotkań rodzice wprowadzeni są w tematykę zajęć z dziećmi, która dotyczy używek i ryzyka z nimi związanego. Rodzice są też zachęceni do rozmów z dziećmi, by nie bali się ich podejmować. Otrzymują też informację, że są najważniejszym czynnikiem

chroniącym młodego człowieka przed wchodzeniem w zachowania ryzykowne. Istnieje też możliwość wymiany myśli i doświadczeń rodziców w tym zakresie [120].

### **23.SMAK ŻYCIA, CZYLI DEBATA o DOPALACZACH**

Jest to jeden z najnowszych programów profilaktycznych, autorstwa Krzysztofa Wojcieszka. Powstał z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z tytułu potrzeby chwili. Adresowany jest do młodzieży 15-18 lat. Jego celem jest dostarczenie wiedzy młodemu człowiekowi nt dopalaczy i zagrożeń wynikających z ich używania. Realizatorem programu może być nauczyciel, pedagog, profilaktyk, doświadczony lider młodzieżowy. Zajęcia prowadzone są metodami aktywnymi [121].

### **24.PROGRAM „PUZZLE”**

Program ten może być realizowany w gimnazjum jak i szkole ponadgimnazjalnej. Głównym celem programu jest rozwijanie takich umiejętności jak: poczucie tożsamości osobistej i społecznej, regulacja emocji, komunikowanie werbalne i niewerbalne, radzenie sobie w sytuacjach trudnych, poznawanie i rozumienie siebie i innych oraz współpraca z różnymi instytucjami świadczącymi pomoc potrzebującym, np. niepełnosprawnym, bądź udział w zajęciach prowadzonych dla dzieci w świetlicach. Takie działania kształtują zachowania prospołeczne, uwrażliwiają na potrzeby drugiego człowieka. Zagadnienia przeznaczone do realizacji muszą być wcześniej omówione na spotkaniach z rodzicami i przez nich zaakceptowane. Rodzice mają też możliwość uzyskania informacji na temat dorastania, sposobów radzenia sobie z trudnościami wychowawczymi. Projekt jest realizowany metodami aktywnymi [122].

### **25.PROGRAM KLUCZ**

Nazwa tego programu ma dwojakie znaczenie. Realizowane treści mają przyczynić się do szczęśliwego życia, a także przygotować do podejmowania odpowiedzialności za swoje decyzje. Celem programu jest zapoznanie uczniów z normami regulującymi życie ludzi w społeczeństwie, wzbudzenie chęci bliższego poznania siebie i pracy nad sobą, pomoc w konkretyzowaniu przyszłych celów życiowych. W zajęciach powinny brać udział dwie klasy lub kilka grup. Czynności wykonywane przez uczniów mają charakter integracyjny „zdrowej rywalizacji”, wzbogacają wiedzę uczniów, kształtują bystrość kojarzenia i spostrzegawczość [123].

Jak widać z powyższego przeglądu, na naszym rynku funkcjonuje wiele programów profilaktycznych, przeznaczonych zarówno dla dzieci i młodzieży, jak i nauczycieli, rodziców oraz liderów grup młodzieżowych. Różne też mogą być miejsca ich realizacji. Trzeba tylko chcieć w nich uczestniczyć, bądź zająć się ich organizacją i realizacją, a wtedy szkody będą mniejsze.

## **2.10 Ewaluacja programów profilaktyki**

Wszelkie działania człowieka, aby były skuteczne, powinny być zaplanowane, mieć określony cel, sposób wykonania oraz efekt – skutek. Podobnie powinno być w przypadku programów profilaktycznych, które powinny być ewaluowane. Ewaluacja w zakresie programów profilaktycznych ma krótką historię - i przez to jest trudna do wykorzystania w praktyce.

Głównymi celami ewaluacji są: 1) rozwój wiedzy na temat programów, 2) rozwiązanie istniejących problemów podczas realizacji programu i 3) kontrola realizacji programu.

M. Q. Patton rozróżnia dwie ewaluacje:

- **ewaluację podsumowującą** (ang. *summative evaluation*), która jest oceną efektywności programu i stanowi podstawę do podjęcia decyzji o kontynuowaniu lub zakończeniu programu. Stosują ją głównie sponsorzy programów;



- **ewaluację kształtującą** (ang. *formative evaluation*), która skupia się na poprawie i wzmacnianiu programów nie tylko w początkowej fazie, ale też w każdej chwili realizacji. Jest ona bardzo pomocna dla twórców i realizatorów działań profilaktycznych [124].

Boyd natomiast rozróżnia:

- **ewaluację procesu** – czyli jak realizowano program, czy udało się go zrealizować, kto brał w nim udział, ilu było uczestników, które części były zasymilowane przez odbiorców, z którymi były trudności i dlaczego;

- **ewaluację wyników** – czy założone cele zostały osiągnięte i zrealizowane;

- **ewaluację wpływu** – czy program przyniósł efekty nie tylko związane z adresatami, ale w szerszym kręgu, np. W rodzinie uczestnika lub też w społeczności lokalnej [125, 126].

## **2.11 Co powinno być ewaluowane?**

Co ma podlegać ewaluacji, zależy od tego, jakich informacji potrzebujemy i do czego będą wykorzystane. Należy precyzyjnie określić przeznaczenie zbieranych informacji, gdyż to ułatwi prowadzenie ewaluacji [124].

## **2.12 Kto powinien przeprowadzać ewaluację?**

Ewaluacja powinna być prowadzona przez osoby „z zewnątrz”, bo wtedy ocena jest bardziej obiektywna – ewaluacja zewnętrzna. Ujemną stroną tej formy ewaluacji jest to, że odbywa się ona w określonym czasie i momencie realizacji programu i jest definitywna, a osoba jej dokonująca nie ma możliwości bliższego poznania tego, co dzieje się w programie. Ewaluację wewnętrzną prowadzi realizator. Dobrą stroną tej ewaluacji jest skupienie się bardziej na procesie realizacji programu niż na osiągniętych celach [124].

## **2.13 Jak prowadzić ewaluację?**

Nie ma konkretnego sposobu ewaluacji. Najczęściej stosowany jest „**model osiągnięcia zamierzonego celu**”. Polega on na określeniu celu i sprawdzeniu, czy został on osiągnięty. Zaletą jest to, że jest prosty i łatwy w stosowaniu. Wada polega na tym, że jest rezultat, ale nie do końca taki, jakiego się spodziewaliśmy. Inny model to **ewaluacja celów**, który uwzględnia oszacowanie efektów niezamierzonych w programie profilaktycznym. Wyniki ewaluacji umożliwiają wprowadzenie korekt do programów, wyeliminowanie zbędnych elementów i wprowadzenie ważniejszych. Nie ma gotowych technik, gotowych sposobów ewaluacji programu, warto jednak je prowadzić [124].

## **2.14 Nieskuteczność programów profilaktycznych**

Aktualnie duża liczba dzieci i młodzieży objęta jest programami profilaktycznymi dotyczącymi uzależnień. Opracowano bowiem wiele programów przez specjalistów z tego zakresu. Przeznaczone są duże nakłady finansowe na ich realizację. Różne instytucje organizują szkolenia dla realizatorów. Wydawałoby się, że wszystko jest w największym porządku, a tymczasem efekty są nieadekwatne do podejmowanych działań. Stąd rodzi się zasadne pytanie: dlaczego tak się dzieje?

Według Dziewieckiego (2000) przyczyną niskiej skuteczności programów profilaktycznych jest to, „że działania i programy opierają się na negatywnym modelu zapobiegania uzależnieniom. Przez profilaktykę negatywną rozumie on to, że program uczy młodego człowieka zajęcia dojrzałej postawy wobec substancji uzależniającej poprzez zakaz. W pierwszej chwili wydawałoby się, że to jest dobry cel, jednak realia życiowe pokazują, że jest to strategia nieskuteczna. Młodzi ludzie codziennie dostają dużo zakazów, ale niewiele im się mówi, co robić, jak postępować, by być szczęśliwym.

Kolejna sprawa to również to, że modele profilaktyki negatywnej chcą formować dojrzałą postawę młodych wobec substancji psychoaktywnej w oderwaniu od ich całego kontekstu życiowego” [127].

## **2.15 Modele zapobiegania uzależnieniom**

Istnieje kilka modeli zapobiegania uzależnieniom, które wyjaśniono poniżej.

**Model moralizujący:** Do niedawna istniało takie przekonanie, że młodzież sięga po substancje psychoaktywne, bo ma słabą lub złą wolę, jest słaba moralnie, nie ma sumienia, jest zdeprawowana. Zakładano też, że młody człowiek ma świadomość konsekwencji używania substancji, dlatego wiązało się to z winą i odpowiedzialnością moralną. W tym modelu profilaktyka polegała na stosowaniu metod kształtujących wrażliwość moralną – pogadanki moralizujące. Celem tych działań było spowodowanie przerażenia w odniesieniu do substancji psychoaktywnych. Wygłaszali je często trzeźwiejący alkoholicy bez przygotowania psychologicznego czy pedagogicznego. Od ich inwencji własnej zależał przekaz. Model ten był nieskuteczny. Czasami do tej formy odwołują się jeszcze w rozmowach z dziećmi rodzice [127].

**Model intelektualizujący:** Przedstawiciele tego modelu zakładali, że przyczyną wchodzenia w zachowania ryzykowne jest brak wiedzy w tym zakresie, dlatego pisano podręczniki, opracowywano scenariusze spotkań. Informowano odbiorców modelu o substancjach psychoaktywnych, ich składzie chemicznym, działaniu na organizm, mechanizmie powstawania uzależnienia, terapii. Realizatorzy tego modelu posługiwali się metodami aktywnymi, takimi jak: wykłady, pogadanki, scenki teatralne, testy, quizy. Przyczyniło się to do utrwalenia wiedzy w tym zakresie. Ujemną stroną tego modelu było przekonanie, jakoby postawa wobec substancji psychoaktywnych zależała tylko od wiedzy o tych substancjach i konsekwencjach ich stosowania. Tymczasem na działanie człowieka ma wpływ wiele czynników. Inna słaba strona polega na tym, że szczegółowa wiedza motywowała słuchaczy do jej sprawdzenia we własnym zakresie, do eksperymentowania ze środkami, a niekiedy do produkcji i handlu [127].

**Model biologizujący:** Zakłada, że problem z substancjami psychoaktywnymi ma podłoże genetyczne, nawet w tym kierunku były prowadzone badania w Stanach Zjednoczonych. Gdyby takie predyspozycje zostały wykryte, należało poinformować taką osobę i ostrzec, aby nie sięgała po alkohol czy narkotyki, bo może się szybko uzależnić. Teza ta jednak została odrzucona. Pozytywna strona tego modelu polega na tym, że podczas badań odkryto związek pomiędzy wiekiem inicjacji a ryzykiem uzależnienia. Im młodszy organizm, tym szybciej może się uzależnić. Ponadto pozostają jeszcze inne konsekwencje [127].

**Model psychologizujący:** Ukazuje człowiekowi związek między bolesnymi i trudnymi przeżyciami i emocjami a ryzykiem zażywania substancji psychoaktywnych oraz motywuje do pracy, by radzić sobie bez pomocy środków psychoaktywnych. Zaczęto tworzyć programy, np. NOE, PRZYGOTOWANIE DO PROFILAKTYKI DOMOWEJ. Szkolono przyszłych realizatorów, opracowano pomoce dydaktyczne. Stosowano metody aktywizujące. Dziewiecki podaje, że w tym modelu omawiano takie zagadnienia jak: szukanie szczęścia i radości życia jako wewnętrzna potrzeba każdego człowieka, uświadomienie sobie związku między przeżywanymi uczuciami a sięganiem po substancje psychoaktywne, uczenie sztuki odmawiania w sytuacji nacisku, wskazywanie na możliwość poszukiwania dobrego życia bez wsparcia jakimiś środkami. Model ten nie rozwiązuje sprawy do końca, bo nie ukazuje przyczyn złych emocji i jak sobie z nimi radzić [127].

Inną przyczyną nieskuteczności programów jest słabe przygotowanie merytoryczne realizatora programu oraz jego osobowość. Osoba, która sama jest uzależniona, nie jest autentyczna i wiarygodna, bo co innego mówi, a co innego czyni. Realizujący program powinni posiadać pewne predyspozycje - chociażby takie, jak: łatwość nawiązywania relacji interpersonalnych, poczucie

humoru, otwartość, zaufanie do uczestników programu, powinien znać zasady pracy z młodymi ludźmi [128].

Na skuteczność działań profilaktycznych mają wpływ postawy i zachowania rodziców. Rodzice, gdy sami zachowują się nieprawidłowo, budują dla swoich dzieci wzorzec zachowań problemowych. Gdy dziecko ich naśladuje, stosują upomnienia, a nawet kary. Dziecko wtedy buntuje się przeciw nakazom rodziców i analizuje dane sytuacje. Szczególnie małe dzieci ufają rodzicom, wierzą, że postępują oni dobrze, więc próbują ich naśladować. Wtedy pojawia się komunikat od rodzica „Rób to co ci mówię, a nie to, co ja robię” [102]. W takiej sytuacji rozbudza się pragnienie bycia szybko dorosłym, bo wtedy też będę mógł to robić. Podobnie też przedstawia się sytuacja z pracownikami służby zdrowia. Młodzi mówią, że ta grupa w szczególny sposób powinna być wolna od jakichkolwiek uzależnień i być abstynentami, bo znają choćby mechanizmy powstawania uzależnienia i konsekwencje zażywania środków psychoaktywnych. Skoro sami palą papierosy, czy spożywają alkohol, to widocznie nie jest to takie złe [64].

Realizatorzy programów profilaktycznych sygnalizowali też taki problem, że rodzice bądź inne osoby poddawały w wątpliwość informacje, które otrzymały dzieci w trakcie realizacji programów. Aby zapobiec takim sytuacjom działania powinny iść dwutorowo – i z dziećmi, i z rodzicami [102].

Innymi jeszcze przyczynami niedostatecznej skuteczności programów profilaktycznych są: jednokierunkowość programu, czyli skupienie się np. na czynnikach ryzyka bez uwzględnienia czynników chroniących; niedoskonałość metod, narzędzi diagnozy i ewaluacji [107]; nieuwzględnienie poziomu rozwoju adresata programu; brak akceptacji nauczycieli dla programu, szczególnie wtedy, gdy jest odgórnie narzucony; nieufność wobec osób realizujących program, a pochodzących spoza danej szkoły [129].

Po wielu analizach i przy braku skuteczności programów profilaktycznych postanowiono, aby przekształcić przekaz z negatywnego na pozytywny. W tym celu działania profilaktyczne zostały przekierowane na rozwijanie mocnych stron u odbiorców programów. Nowoczesna, czyli pozytywna profilaktyka uzależnień, powinna według Woronowicza (2009) polegać na wzmacnianiu własnych kompetencji młodego człowieka, poprawić jego relacje z rodzicami i otoczeniem oraz wpływać na tworzenie korzystnego klimatu w szkole, czy na uczelni. To może uchronić go przed eksperymentowaniem z niebezpiecznymi substancjami [64].

Aby program profilaktyczny był skuteczny i przyniósł zaplanowane efekty, powinien - wg Golda Stewart'a - posiadać 12 cech, takich jak: planowanie programu, cele i zadania, różnorodność działań, różnorodne cele i populacje, możliwość oceny skuteczności, wrażliwość na potrzeby uczestników, integracja z innymi działaniami wspierającymi zdrowie, włączenie lokalnej społeczności, długoterminowość, wielość poziomów i systemów, reklama i promocja, powtarzalność [130, 131].

Mimo zaangażowania wielu osób w realizowanie przyjętego programu, chęci - jakie przejawiają realizatorzy i odbiorcy programu - w działaniach profilaktycznych mogą szkodzić. Wskazuje na to Wojcieszek [102, 132] i wielu innych autorów. Szkodzić mogą też programy, które podają informacje na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych. Młodzi ludzie, którzy często cechują się przekorą, właśnie postanawiają sprawdzić, czy to jest prawda. Informacje te stanowią niejednokrotnie instruktaż do zachowań ryzykownych. Adresaci tych programów otrzymują często wiedzę, po którą substancję psychoaktywną sięgną w sytuacji pojawiających się problemów życiowych. Wiele szkód w obrębie sfery psychicznej i zachowaniu młodego człowieka może spowodować np. oglądanie nieodpowiednich – w odniesieniu do programów profilaktycznych - filmów, stosowanie nieodpowiednich gier i ćwiczeń podczas programu. Mogą one prowadzić do dezintegracji w grupie, klasie, nawet do odrzucenia, gniewu, żalu i rezygnacji z udziału w zajęciach. Takie „poranienie” przez niewłaściwe programy profilaktyczne często prowadzi do odległych w czasie negatywnych skutków

i kumuluje się, a przy osiągnięciu apogeum tych negatywnych skutków może skutkować nawet targnięciem się na własne życie. Zatem w programach profilaktycznych należy zachować daleko idącą refleksję i ostrożność w myśl zasady Hipokratesa „Po pierwsze nie szkodzić” [102].

Duży wpływ na skuteczność działań profilaktycznych ma człowiek, „bo nie programy pomagają, lecz ludzie dobrzy i mądrzy”, jak zauważa Wojcieszek [133]. A polskie adagium mówi: „Słowa pouczają, a przykłady pociągają” (łac. *Verba docent, exempla trahunt*).

### **3 ZAŁOŻENIA I CELE PRACY**

W oparciu o prace wielu autorów z dziedziny uzależnień i wyniki badań Sieci Uczelni Wolnych od Uzależnień zakłada się, że środowisko studentów nie jest wolne od narkotyków. Scena narkotykowa ulega ciągłym zmianom, dlatego konieczne jest monitorowanie i ocena rozmiarów zjawiska używania substancji psychoaktywnych w środowisku studentów oraz śledzenie trendów w tym zakresie. W związku z powyższymi założeniami, przyjęto cele pracy:

**Cel 1:** Określenie częstości i specyfiki przypadków zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów uczelni wyższych w Kaliszu.

**Cel 2:** Poznanie opinii studentów odnośnie zażywania substancji psychoaktywnych w ich środowisku, a także wzorów ich przyjmowana w celu:

- określenia skali tego zjawiska,
- poznania przesłanek do optymalizacji obecnych programów profilaktycznych.

## 4 MATERIAŁ I METODY

### 4.1 Materiał

Badaniami zostali objęci studenci trzech kaliskich uczelni wyższych: 1) Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu, 2) Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza – Filia w Kaliszu, 3) Wyższej Szkoły Finansów i Informatyki im. prof. J. Chechlińskiego w Łodzi – Wydział Zamiejscowy w Kaliszu. Te 3 szkoły wybrano spośród szkół wyższych na terenie Kalisza, kierując się tym, że były to szkoły grupujące najwięcej studentów. Badania przeprowadzono w roku akademickim 2008/2009. Badana grupa liczyła 800 ankietowanych (w tym 458 kobiet – 57,3% oraz 342 mężczyzn – 43,7%). Po wstępnej analizie wyników, zdecydowano o wyeliminowaniu niewielkiej części ankiet, wypełnionych przez studentów w istotny sposób zaburzających jednorodność badanej grupy, co zostało szczegółowo udokumentowane w rozdziale 4.3.3. Ostatecznie badania przeprowadzono na próbie 725 studentów (w tym 414 kobiet, 57,3% oraz 311 mężczyzn, 42,7%) uczących się w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu oraz na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza – Filia w Kaliszu.

Materiał do badań stanowiły anonimowe ankiety wypełnione przez studentów wymienionych wyżej uczelni. Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. Technika badawczą była anonimowa ankieta, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety opracowany przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie (p. aneks) – głównie dla potrzeb Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.<sup>2</sup> Zawierał on 40 pytań w części głównej oraz 13 pytań z tzw. „metryczki”. Do badań wykorzystano wszystkie pytania z głównej części ankiety i wszystkie pytania z metryczki.

Kwestionariusz zawierał 40 pytań dotyczących zażywania substancji psychoaktywnych m.in.:

- świadomości na temat istnienia problemu uzależnień w środowisku studenckim oraz jego wagi (pytania 1-4),
- spożywania alkoholu (pytania 5-10),
- przyjmowania substancji psychoaktywnych (pytania 11-22),
- szybkości i łatwości dostępu do substancji psychoaktywnych (pytania 23-27),
- oceny zagrożeń wiążących się z zażywaniem substancji psychoaktywnych (pytania 28-32),
- profilaktyki (pytania 33-40), w tym możliwości wyciągania przez uczelnie konsekwencji w stosunku do osób, które zażywają lub rozprowadzają substancje psychoaktywne na terenie uczelni (pytania 37-38).

Kwestionariusz ankiety kończyła „metryczka” zawierająca 13 pytań o:

- płeć,
- wiek,
- stan cywilny,
- posiadanie dzieci,
- rok studiów,
- miejsce zamieszkania w czasie studiów,
- osoby, z którymi mieszkają studenci w czasie studiów,
- miejsce stałego zamieszkania,
- wysokość i źródła dochodów studentów,
- dochody rodziców lub opiekunów studentów,
- wykształcenie rodziców.

---

<sup>2</sup> Kwestionariusz tej ankiety został udostępniony autorce przez dr Piotra Jabłońskiego – dyrektora Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Dodatkowo, choć pytanie to nie jest bezpośrednio zamieszczone w ankiecie, w badaniach uwzględniano uczelnię, na której studiowali respondenci (prowadząc badania wiedzano, które kwestionariusze zostały wypełnione przez studentów jakiej uczelni). Pełen tekst ankiety znajduje się w załączniku do niniejszej pracy. W ankiecie występują różnego rodzaju pytania (niektóre z nich dodatkowo rozszerzane o warianty): jednokrotnego wyboru, wielokrotnego wyboru, wymagające podania określonej wartości (np. wiek) – w tym enumeratywne (np. rok studiów), opisowe.

## 4.2 Metoda badania

### Przebieg badań:

Po uzyskaniu zgody przez władze 3 uczelni ww. na przeprowadzenie badań autorka skontaktowała się z działem dydaktyki poszczególnych uczelni i ustaliła harmonogram spotkań ze studentami celem przeprowadzenia wśród nich badań ankietowych.

W badaniach uczestniczyli studenci którzy w tych dniach brali udział w zajęciach dydaktycznych w swoich uczelniach. Po konsultacji z wykładowcą przystąpiono do przeprowadzenia badania. Poinformowano studentów o celu prowadzonych badań i sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety. W trakcie wypełniania ankiet nie udzielano żadnych wyjaśnień dotyczących wiedzy nt. substancji psychoaktywnych, zachowań ludzi młodych i dotychczasowych wyników badań. Aby też nie sugerować studentom odpowiedzi prowadząca badania nie przedstawiła swojego stanowiska w tym zakresie. Przeciętny czas wypełniania ankiety wynosił ok. 25-30 minut. Wszystkie kwestionariusze po ich wypełnieniu zostały zwrócone przez respondentów ankieterowi. Podczas ich analizy stwierdzono, że 30 ankiet wypełniono nieprawidłowo, dlatego nie zostały uwzględnione w badaniu. Na niektóre pytania nie udzielono żadnej odpowiedzi. W czasie trwania badania studentom zapewniono anonimowość. Zastosowano wymóg nieobecności wykładowcy na sali zajęć. Dane uzyskane będą udostępnione władzom uczelni lub innym instytucjom zajmującym się uzależnieniami wyłącznie w formie zbiorczych zestawień. Zebrany materiał badawczy i czas jego uzyskania przedstawiono w Tab. 2.

**Tab. 2.** Miejsce, czas przeprowadzenia badań oraz liczby rozdanych i zebranych ankiet

Nazwa szkoły wyższej	Data przeprowadzenia badań	Liczba wypełnionych ankiet:			
		Rozdanych studentom	Zebranych od studentów	Odrzuconych z powodu nieprawidłowego wypełnienia	Zakwalifikowanych do opracowania
PWSZ w Kaliszu	9-13.06.2009	600	600	19	581
UAM w Poznaniu (filia w Kaliszu)	28-31.05.2009	150	150	5	145
WSFiI w Łodzi (filia w Kaliszu)	2-5.06.2009	80	80	6	74
Ogółem		830	830	30	800

Respondenci, którzy nie mieli własnych doświadczeń z używaniem substancji psychoaktywnych, wypełniali jedynie część ankiety (pytania od numeru 1 do numeru 11 i od numeru 23 do numeru 40). Te fakty uwzględniono w obliczeniach statystycznych (np. podając liczby studentów, którzy wypowiadali się o uzależnieniach, nie mając własnych doświadczeń z zażywaniem substancji psychoaktywnych).

### **4.3 Metoda oceny statystycznej wyników**

W rozdziale tym zawarto informacje teoretyczne dotyczące wykonywanych testów, a także podstawowe informacje związane z charakterystyką prac przeprowadzonych w trakcie analizy. Omówiono m.in. oznaczenia konsekwentnie stosowane w poszczególnych tabelach, a także przedstawiono w jaki sposób uzyskano prezentowane wyniki badań (szczególnie w ujęciu wykorzystanych technologii informatycznych).

Wyniki ankiet wprowadzono do bazy danych i opracowano w dwojaki sposób:

- Analiza zbiorcza odpowiedzi na poszczególne pytania – przeprowadzono „jednowymiarowe” podsumowanie poszczególnych wariantów odpowiedzi, wysuwając w niektórych miejscach wnioski natury ogólnej.
- Analiza statystyczna – przy pomocy wybranych metod statystycznych, odpowiednich dla posiadanego materiału, przeprowadzono szereg testów pozwalających wykryć lub wykluczyć uzasadnione statystycznie powiązanie między poszczególnymi cechami (np. czy płeć jest statystycznie związana z częstotliwością zażywania substancji odurzających).

Wyniki analizy zbiorczej odpowiedzi na poszczególne pytania podzielono na dwie grupy. Pierwsza z nich obejmuje odpowiedzi z „metryczki”, dotyczące czynników socjodemograficznych. Rezultaty w tym zakresie przedstawiono w rozdziale 5.1 - Charakterystyka ogólna badanych. Natomiast pozostałe wyniki, łącznie z analizą statystyczną, pogrupowano zgodnie z podziałem kwestionariusza na grupy pytań wskazane w podrozdziale 4.1 i przedstawiono w poszczególnych rozdziałach od 5.2 do 5.7. Dyskusja wyników znajduje się w rozdziale 6.

#### **4.3.1 Wykorzystane testy statystyczne**

W badaniach realizowanych w ramach niniejszej pracy zastosowano podejście weryfikacji hipotez statystycznych zgodne z [134]. Zastosowano kilka różnych rodzajów testów statystycznych, które zostały krótko scharakteryzowane poniżej.

- Test chi-kwadrat Pearsona – korzystano z niego w ramach niniejszej pracy bardzo szeroko ze względu na fakt, że służy on do badania zależności dwóch zmiennych, z których przynajmniej jedna jest ujęta w skali jakościowej (niemożliwej do ujęcia przy pomocy osi z zaznaczonymi przedziałami wartości). Jest to zatem w zasadzie jedyny test nadający się do wykorzystania przy badaniu np. wielkości, których wartości uzyskano w wywiadach środowiskowych na zasadzie pytań typu „tak/nie” [135]. Badania realizowano przy pomocy tworzenia tabel kontyngencji, które wypełniano danymi pobranymi z kwestionariusza. Konstrukcja kwestionariusza zgadza się ponadto z warunkami stosowania testu – np. każda pojedyncza obserwacja powinna mieć wpływ tylko na jedną komórkę tabeli kontyngencji [65]. Założenie to jest spełnione dla pytań, w których można było wybrać tylko jedną odpowiedź. W razie potrzeby stosowano tzw. poprawkę Yatesa [136].
- Nieparametryczny test Manna Whitneya – test służący do porównywania dwóch grup danych, określane również często w piśmiennictwie zagranicznym jako test Wilcozona dla sumy rang [66]. Test wykorzystano, ponieważ w przypadkach, kiedy niezbędne było porównywanie 2 grup, nie było spełnione jedno z założeń wiarygodności testu t-Studenta nie jest spełnione (np. ze względu na cechy rozkładu zmiennej losowej).
- Test Kołmogorowa-Smirnowa – należy do grupy testów zgodności, które weryfikują określone założenia dotyczące postaci rozkładu zmiennej losowej dla jednej próby [137]. Pozwala on stwierdzić, czy rozkład badanej zmiennej jest rozkładem normalnym. Z kolei dużą zaletą jest istnienie odmiany testu Kołmogorowa – Smirnowa, która pozwala na stosowanie go dla mało



licznych prób [138] (z czego skorzystano w ramach niniejszej pracy). Test ten nie był stosowany jawnie – korzystało z niego użyte oprogramowanie statystyczne w celu stwierdzenia, czy do badania istotności różnic średnich arytmetycznych można zastosować test t-Studenta, czy test Manna – Whitneya.

### 4.3.2 Dobór poziomu istotności

Poziom istotności wyniku jest miarą dopuszczalnego błędu tzw. I rodzaju, polegającego na odrzuceniu hipotezy zerowej, mimo że jest ona prawdziwa. Hipoteza zerowa – dla testów chi-kwadrat Pearsona – mówi o braku statystycznie istotnego związku między badanymi wielkościami. Poziom istotności oznacza się grecką literą  $\alpha$  [134].

Przy weryfikacji hipotezy za pomocą oprogramowania komputerowego wprowadza się drugi poziom istotności (*ex post*, w odróżnieniu od poziomu istotności  $\alpha$  (*ex ante*). Zwany jest zwykle poziomem prawdopodobieństwa i oznaczany w pakietach komputerowych przez  $p$ . Autorzy badań naukowych podają zwykle tę wartość jako prawdopodobieństwo, że zaobserwowane różnice są dziełem przypadku. Jeżeli  $\alpha > p$ , to na danym poziomie istotności  $\alpha$  odrzuca się hipotezę zerową, a więc można mówić o istnieniu związku istotnego statystycznie [134].

Dobór poziomu istotności ma duże znaczenie, ponieważ wybierając niższy poziom istotności, trudniej odrzucić hipotezę zerową (a więc stwierdzić obecność związku istotnego statystycznie), jednak za to uzyskuje się wyższy poziom wiarygodności hipotezy alternatywnej (tj. przyjęcie istnienia wspomnianego związku jest mocniej uzasadnione). Niższy poziom istotności pozwoli więc na uzyskanie mniejszej liczby, ale bardziej wiarygodnych rezultatów. Poziom istotności należy ustalić przed rozpoczęciem testów. W naukach biologicznych jest to zwykle wartość 0,05 lub mniejsza (w bardziej krytycznych zastosowaniach – np. badania nad skutecznością nowego leku), w naukach społecznych – najczęściej 0,05. Nie jest jednak błędem założenie niższej wartości. Wartość 0,05 niesie w sobie dość dużą możliwość popełnienia błędu (5%). Wyniki istotne na poziomie  $p=0,01$  uważa się powszechnie za statystycznie istotne, zaś wyniki istotne na poziomie  $p=0,005$  lub  $p=0,001$  nazywane bywają wysoce istotnymi [139].

W ramach niniejszej pracy zdecydowano się na przyjęcie wartości  $\alpha$  równej **0,01**. Oznacza to, że istnieje tylko 1% szans na to, że wyciągnięty wniosek o istotnej statystycznej zależności nie jest rezultatem przypadkowego zaburzenia danych. W tekście pracy obliczone wartości  $p$  nie są podane jawnie, jednak jeżeli mówi się o wykrytej zależności, należy mieć pewność, że wyznaczona wartość *ex post* jest mniejsza od 0,01.

### 4.3.3 Przekształcenia rezultatów ankiet niezbędne do badań statystycznych

W toku analizy uzyskanych rezultatów zidentyfikowano dodatkowo pewne podgrupy, których uwzględnienie w obliczeniach mogłoby zaburzyć uzyskane wyniki. Czyniono tak w przypadkach, gdy mało liczne grupy respondentów cechowały się wyraźnie różną charakterystyką od pozostałych ankietowanych. Należy odnotować tutaj następujące modyfikacje:

- Wśród 800 ankiet zakwalifikowanych do badań zidentyfikowano 56 wypełnionych przez osoby studiujące w trybie niestacjonarnym. Podgrupa ta stanowiła 7,0% całości badanej próby, przy tym charakteryzując się wieloma odmiennymi cechami od jej reszty (np. wiek, stan cywilny, poziom dochodów). Zdecydowano się więc wykluczyć tę grupę z badań, zmniejszając liczebność badanej próby do 744. Nie zdecydowano się natomiast na usunięcie respondentów studiujących na IV oraz V roku studiów, z uwagi na to, że były to również studia stacjonarne.

- Po wykluczeniu grupy wspomnianej powyżej sprawdzono, że wśród ankietowanych pozostało jedynie 19 osób studiujących w kaliskiej filii WSFiI. Stanowią oni tylko 2,6% badanej grupy, a fakt studiowania na innej uczelni mógłby istotnie zaburzyć strukturę odpowiedzi. Zdecydowano się również te osoby usunąć z grupy ostatecznie zakwalifikowanej do badań, ustalając jej liczebność na 725 i realizując badania jedynie dla studentów dziennych 2 uczelni: PWSZ oraz UAM.

Ponadto zrealizowano pewne przekształcenia, których celem było zwiększenie prawdopodobieństwa spełnienia warunków wiarygodności testów chi-kwadrat Pearsona przy jednoczesnym minimalnym wpływie na szczegółowość wnioskowania. Postępowano tak w sytuacji, w której liczba odpowiedzi była duża, a jednocześnie nieróżnicująca drastycznie badanej grupy. Były to następujące przekształcenia:

1. Uproszczenie pytania m9, odnoszącego się do poziomu średnich miesięcznych dochodów ankietowanych.

Poniżej (Tab. 3) przedstawiono opcje zawarte w oryginalnej ankiecie oraz zagregowane odpowiedzi, zastosowane w badaniach. Niesymetryczny przydział klas oryginalnych do ostatecznie użytych wynika z liczności poszczególnych podgrup respondentów. Przesunięcie w górę progu dochodów kwalifikującego do ostatniej klasy spowodowałoby, że byłaby ona zbyt mało liczna. Z kolei obniżenie tego progu spowodowałoby, że różnica w dochodach w ramach zagregowanej klasy odpowiedzi byłaby zbyt rażąca. Mogłoby to istotnie zaburzyć proces wnioskowania statystycznego.

**Tab. 3.** Poziom średnich miesięcznych dochodów ankietowanych osób (forma uproszczona)

Lp.	Odpowiedź w ankiecie	Przekształcenie oryginalnych odpowiedzi zastosowane do badań
1.	do 100 PLN	do 300 PLN
2.	101-200 PLN	
3.	201-300 PLN	
4.	301-500 PLN	301-750 PLN
5.	501-750 PLN	
6.	751-1000 PLN	powyżej 750 PLN
7.	1001-1500 PLN	
8.	1501-2000 PLN	
9.	2001-3000 PLN	
10.	powyżej 3000 PLN	

2. Zintegrowanie oraz uproszczenie dwóch pytań metryczki, odnoszących się do wykształcenia (ukończonego) odpowiednio ojca/opiekuna oraz matki/opiekunki ankietowanych.

Rozważanie zależności istotnych statystyczne odmiennie dla wykształcenia każdego z rodziców (opiekunów) sugerowało, że może prowadzić do fałszywych wniosków – szczególnie w sytuacji, kiedy cechują się oni zróżnicowanym wykształceniem. Dlatego zdecydowano się na zmianę oraz przyznano każdemu z rodziców od 1 do 4 punktów w zależności od udzielonej odpowiedzi (por. Tab. 4).

**Tab. 4.** Poziom wykształcenia rodziców lub opiekunów respondentów – punkty przyznawane za wykształcenie każdego z rodziców

Lp.	Odpowiedź w ankiecie	Liczba punktów dla pojedynczego rodzica (opiekuna)
1.	podstawowe	1
2.	zawodowe	2
3.	średnie lub policealne	3
4.	wyższe	4

Punkty uzyskane przez obojga rodziców (opiekunów) następnie zsumowano. Nie ma w tym przypadku znaczenia, czy bierze się pod uwagę sumę, czy średnią dla obojga rodziców lub opiekunów, ponieważ ankietowani w każdym przypadku zaznaczyli obie odpowiedzi.

Dla zsumowanych punktów określono następnie finalne kategorie:

- „przeciętnie wykształceni rodzice” – od 2 do 5 pkt.
- „lepiej wykształceni rodzice” – powyżej 5 pkt.

Przyporządkowanie do powyżej zdefiniowanych kategorii odpowiedzi prezentuje Tab. 5. Definiując nazwy kategorii, nie zakładano w żaden sposób pejoratywnego charakteru określenia „przeciętne” – nie użyto określenia „średnie” ze względu na możliwe mylne odniesienie go do złożenia przez rodziców ankietowanego maturo.

**Tab. 5.** Poziom wykształcenia rodziców lub opiekunów respondentów – ustalenie przydziału do ostatecznych kategorii odpowiedzi

		Liczba punktów dla matki (opiekunki)			
		1	2	3	4
Liczba punktów dla ojca (opiekuna)	1	przeciętnie	przeciętnie	przeciętnie	przeciętnie
	2	przeciętnie	przeciętnie	przeciętnie	lepiej
	3	przeciętnie	przeciętnie	lepiej	lepiej
	4	przeciętnie	lepiej	lepiej	lepiej

Dodatkowo zdecydowano, że w ostatecznej wersji badań nie będą uwzględniane ewentualne zależności statystyczne między stosunkiem do substancji psychoaktywnych a stanem cywilnym ankietowanych. Motywem do takiego kroku był fakt, że spośród 725 osób, których ankiety uwzględniono ostatecznie w badaniach, tylko 14 (1,9%) okazało się pozostawać w związku małżeńskim. z drugiej strony, tych ankietowanych nie usuwano z dalszych analiz, ponieważ taki a nie inny stan cywilny nie tworzy istotnej różnicy dla badań realizowanych dla środowiska studenckiego (inaczej, niż ma to miejsce w przypadku trybu studiów czy nazwy uczelni, które to czynniki dla studentów tworzyć mogą zupełnie inne warunki ich funkcjonowania).

Z podobnych przyczyn nie zdecydowano się na analizowanie postaw i zachowań ankietowanych w odniesieniu do substancji psychoaktywnych w zależności od wieku ankietowanych. 559 ankietowanych (77,1%) jest w wieku 20-22 lata, a 678 (93,5%) – w wieku 19-23 lata. Powyżej 25 lat mają tylko pojedynczy ankietowani. Nie badano również postaw ankietowanych np. W zależności od faktu posiadania przez nich dzieci, ponieważ sytuację taką zadeklarowało tylko 14 badanych (1,93%).

#### 4.3.4 Przekształcenia tabel kontyngencji dla testów chi-kwadrat Pearsona

Jak wspomina się przy okazji poszczególnych testów, bardzo częstą była sytuacja, w której rozkład danych dla testów chi-kwadrat Pearsona nie spełniał kryteriów wiarygodności tego rodzaju testów. Czynniki sprzyjające występowaniu takich sytuacji to przede wszystkim:

- Duża liczba opcji możliwych do wyboru w odpowiedzi na pytanie (tzw. klas odpowiedzi),
- Nierównomierny rozkład odpowiedzi w ramach poszczególnych opcji (klas odpowiedzi),
- Duża liczba grup, na jakie dzielono ankietowanych (tzw. klas respondentów),
- Nierównomierny rozkład odpowiedzi w ramach poszczególnych klas respondentów,
- Niewielka liczba odpowiedzi (mimo, że w sumie respondentów – po przekształceniach opisanych w rozdziale 4.3.3 – było 725, na pytania związane z doświadczeniami związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych odpowiadała tylko część ankietowanych, która liczyła 175 osób).

Należy zwrócić uwagę, że w przypadku jednoczesnego wystąpienia dwóch lub więcej powyższych czynników, ryzyko konieczności modyfikacji znacznie wzrastało, a w wielu przypadkach należało dokonać kilku różnych przekształceń.

Pojęcie „klasy odpowiedzi” oraz „klasy respondentów” używa się w ramach niniejszej pracy dość często. Klasa odpowiedzi oznacza grupę ankietowanych, którzy udzielili na dane pytanie takiej samej odpowiedzi (np. wszyscy ankietowani, którzy odpowiedzieli „tak”). Klasa respondentów odnosi się do grupy osób o tej samej charakterystyce względem rozpatrywanego kryterium różnicującego respondentów (np. dla płci – tylko mężczyźni). Dla jasności, różnicę między klasami odpowiedzi a klasami respondentów (badanych, ankietowanych) przedstawia poniższa tabela (Tab. 6).

**Tab. 6.** Zobrazowanie pojęć „klas odpowiedzi” i „klas respondentów” dla przykładowej tabeli kontyngencji

		KLASY ODPOWIEDZI		
		tak	nie	trudno powiedzieć
KLASY RESPONDENTÓW	kobiety	odpowiedzi „tak” udzielone przez kobiety	odpowiedzi „nie” udzielone przez kobiety	odpowiedzi „trudno powiedzieć” udzielone przez kobiety
	mężczyźni	odpowiedzi „tak” udzielone przez mężczyzn	odpowiedzi „nie” udzielone przez mężczyzn	odpowiedzi „trudno powiedzieć” udzielone przez mężczyzn

W przypadku konieczności modyfikacji oryginalnej tabeli kontyngencji zwracano uwagę przede wszystkim na to, aby przekształcenia miały możliwie niewielki wpływ na wyciągnięte wnioski. Oczywiście jest bowiem, że końcowy rezultat i jego interpretacja zależą od tego, jaką postać miała zmodyfikowana tabela kontyngencji. Usuwanie klasy odpowiedzi lub klasy respondentów powoduje, że wnioski zmniejszają swój zasięg (np. zamiast reguł rządzących odpowiedziami „tak”, „nie” i „trudno powiedzieć”, można próbować usunąć klasę respondentów „trudno powiedzieć” i opisywać jedynie związki rządzące odpowiedziami twierdzącymi i przeczącymi – zatem wiedza związana z niezdolnością udzielenia konkretnej odpowiedzi zostaje utracona). Z kolei łączenie klas odpowiedzi i klas respondentów sprawia, że wnioski stają się mniej szczegółowe (np. nie można mówić osobno o mieszkańcach wsi, małych, średnich i większych miast, ale jedynie o mieszkańcach wsi oraz o mieszkańcach miast).

Dobierając rodzaj modyfikacji, zwracano uwagę przede wszystkim na następujące kwestie:

- Starano się w pierwszej kolejności łączyć klasy odpowiedzi, a dopiero potem klasy respondentów (aczkolwiek w niektórych rozdziałach – szczególnie tam, gdzie niektóre klasy respondentów były mało liczne – dokonywano agregacji klas respondentów wspólnie dla wszystkich testów;
- Usuwanie klas odpowiedzi stosowano jedynie wówczas, gdy miało to możliwie niewielki wpływ na wyciągane wnioski. Dla przykładu, z 3 klas odpowiedzi „tak”, „nie” oraz „trudno powiedzieć” dopuszczalne jest usunięcie odpowiedzi „trudno powiedzieć”, ponieważ dla interpretacji wyników kluczowe są odpowiedzi „tak” i „nie”. Z kolei dla zestawu odpowiedzi „małe ryzyko”, „średnie ryzyko” i „duże ryzyko” usunięcie którejkolwiek z klas bardzo znacznie zaburzyłoby równowagę rozkładu odpowiedzi (zostałyby utracone istotne informacje). W tym przypadku lepszym wyjściem byłoby łączenie klas respondentów.
- Starano się unikać usuwania klas respondentów, chyba że były mało znaczące. Za to niekiedy usuwano odpowiedzi udzielane przez bardzo niewielu ankietowanych (np. W przypadku pytania o pierwszy środek, zażyty przez badanych usuwano klasy odpowiedzi wybierane przez co najwyżej 1 ankietowanego). Naturalnie, usuwanie klas odpowiedzi (tak samo byłoby dla klas respondentów) nie było możliwe, jeżeli ich liczba była mniejsza niż 3.
- W przypadku łączenia klas odpowiedzi oraz klas respondentów starano się łączyć ze sobą klasy najmniej liczne. Dla przykładu, bardzo niewielu respondentów określało pewne zachowania jako nieobarczone ryzykiem, obarczone małym ryzykiem lub obarczone umiarkowanym ryzykiem, a znacznie większa liczba ankietowanych udzielała odpowiedzi „duże ryzyko” i „trudno powiedzieć”. W takim przypadku łączono klasy odpowiedzi „brak ryzyka”, „małe ryzyko” oraz „umiarkowane ryzyko” w umowną klasę odpowiedzi „co najwyżej umiarkowane ryzyko”. Pewnym wyjątkiem było kompleksowe wspólne uwzględnianie osób mieszkających w miastach o wielkości 50-200 tys. mieszkańców oraz w miastach powyżej 200 tys. mieszkańców, gdzie tylko tych drugich było bardzo mało.
- Jeżeli klasy odpowiedzi lub klasy respondentów można było umieścić na skali porządkowej (np. względem poziomu dochodów czy wykształcenia bądź wielkości miejscowości pochodzenia), łączono tylko przyległe na skali klasy odpowiedzi (respondentów) – np. można rozważyć połączenie klas respondentów mieszkających w miastach do 5 tys. mieszkańców oraz od 5 do 50 tys. mieszkańców, ale np. mieszkańców wsi nie połączono by z klasą respondentów mieszkających w miastach ponad 50 tys. mieszkańców, nawet gdyby te dwie klasy były najmniej liczne. Klasy te leżą bowiem na dwóch krańcach skali porządkowej. Jeżeli klas nie można było umieścić na skali porządkowej (np. gdy klasy opisywały różne rodzaje środków odurzających), łączenia unikano.
- Stosując reguły opisane powyżej, starano się wykonywać minimalną liczbę modyfikacji niezbędnych do spełnienia warunków wiarygodności testu. Pozwala to na wyciągnięcie maksymalnie szczegółowych wniosków.

Dokonane w ten sposób przekształcenia nie są w każdym przypadku szczegółowo opisane w tekście pracy, jednak analizując poszczególne tabele, zauważyć można często, zamieszczone w tabelach odpowiednie opisy. W niektórych przypadkach odpowiednie uwagi zawarto również w opisie tabel.

Przykład przekształconej tabeli przedstawiono poniżej (Tab. 7). W oryginalnym teście niektórych odpowiedzi udzielono bardzo rzadko i spowodowało to brak spełnienia warunków wiarygodności testu chi kwadrat Pearsona (z uwagi na niewielkie wartości w zbyt wielu komórkach tabeli kontyngencji). W celu wyeliminowania tego problemu najpierw zdecydowano się usunąć najmniej

znaczącą klasę odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Nie przyniosło to poprawy sytuacji. Wobec tego dokonano próby połączenia dwóch najmniej licznych klas odpowiedzi „nie ma ryzyka” i „małe ryzyko”. Utworzono zagregowaną klasę „co najwyżej małe ryzyko”, w której zsumowano obie odpowiedzi udzielone przez studentów na UAM i osobno na PWSZ. Tym razem warunki wiarygodności zostały spełnione. Odpowiednie oznaczenia zawarto w tabeli. Istotną kwestią jest, że pomimo usunięcia klasy odpowiedzi „trudno powiedzieć”, wielkości procentowe zawarte w tabeli nadal odnoszą się do wszystkich respondentów – nie sumują się więc w wierszu do 100%. Uczyniono tak w celu uczynienia wiarygodnymi porównania z testami, dla których nie usuwano klas odpowiedzi. Ponieważ podejście takie może nie być intuicyjne, odpowiednie zapisy zawarto w każdym przypadku w opisie poprzedzającym tabelę zawierającą test.

**Tab. 7.** Ilustracja przekształceń tabel kontyngencji (na przykładzie Tab. 116)

Zachowanie	Uczelnia	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	UAM	Połączono klasę odpowiedzi		6	4,2%	11	7,6%	122	84,7%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	PWSZ			21	3,6%	110	18,9%	430	74,0%		
	Wszyscy			27	3,7%	121	16,7%	552	76,1%		

#### 4.3.5 Wykorzystanie technologii informatycznych w procesie analizy

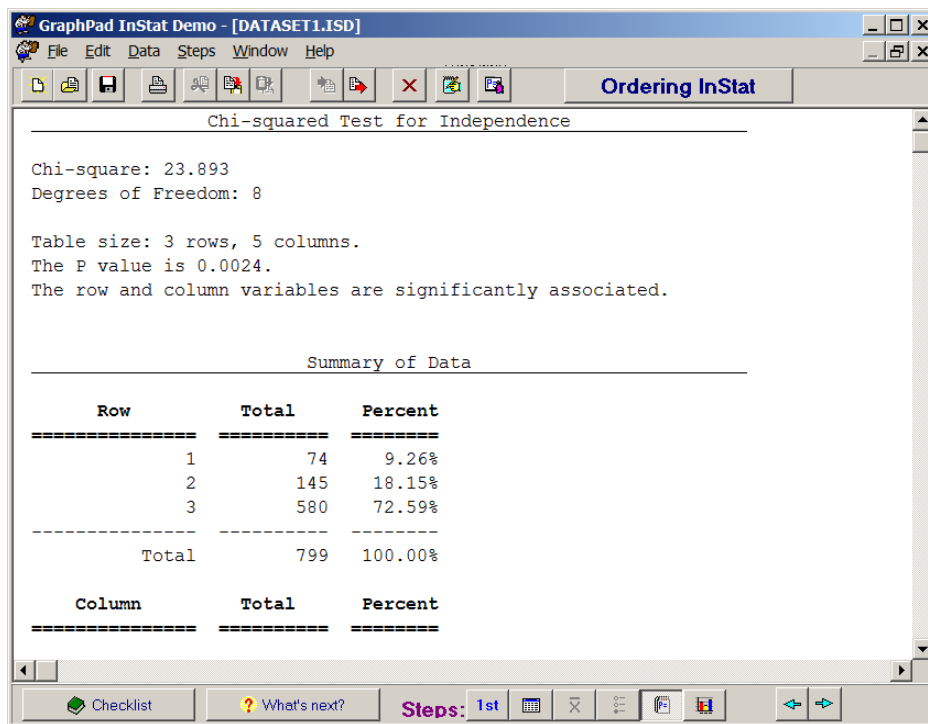
W związku z dużą ilością pytań do konfrontowania, zrezygnowano z prowadzenia ręcznych obliczeń w arkuszu kalkulacyjnym. W miejsce tej metody zdecydowano się na zakodowanie wszystkich 800 ankiet w arkuszu kalkulacyjnym, przekopiowanie ich do komputerowej bazy danych, a następnie – przy wykorzystaniu niezbędnych skryptów – wykonywanie zapytań do bazy danych. Bazę tę następnie dodatkowo przekształcono, usuwając z niej część rekordów, a pozostałe modyfikując, w celu wykonania przekształceń opisanych w rozdziale 4.3.3. Większość wyników uzyskanych z bazy danych zapisano w pliku tekstowym w formacie CSV [140] (pojedyncze rekordy zapisywane są w jednej linii, a poszczególne pola są rozdzielane przecinkami). Plik taki można następnie bardzo łatwo przekonwertować do formatu wykorzystywanego przez arkusz kalkulacyjny. W odniesieniu do niektórych szczególnie skomplikowanych zapytań odpowiednie wyniki z bazy danych uzyskano ręcznie.

Podczas pisania niniejszej pracy wykorzystano następujące oprogramowanie:

- Arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel 2007 [141] (przechowywanie wyników ankiet, praca na ustrukturalizowanych wynikach zapytań do serwera bazy danych, generowanie wykresów);
- Arkusz kalkulacyjny OpenOffice Calc w wersji 3.1.0 [142] (konwersja plików .CSV na pliki .XLS);
- Serwer baz danych MySQL w wersji 5.1.35 [143] (przechowywanie wyników ankiet i generowanie odpowiedzi na zadane zapytania);
- Serwer WWW Microsoft IIS w wersji 7.0 [144] (serwer umożliwiający uruchomienie aplikacji zadającej zapytania do serwera bazy danych);
- Interpreter języka stron PHP wersji 5.2.x [145] (język skryptowy do automatycznego zadawania zapytań);
- Edytory plików tekstowych Notepad++ w wersji 5.0.3 [146] oraz Notatnik (przygotowanie struktury bazy danych i poleceń ją wypełniających, przygotowanie skryptów w języku PHP automatycznie zadających zapytania do bazy danych);

- Edytor tekstu Microsoft Word 2007 [147] (edycja tekstu pracy);
- Przeglądarka internetowa Mozilla Firefox w wersji 3.5 [148] (uruchamianie aplikacji w języku PHP);
- Graph Pad InStat Demo w wersji 3.06 [149] (obliczenia statystyczne oraz ich częściowa interpretacja) – por. Ryc. 1.

Pracę niniejszą utworzono na komputerze pracującym pod kontrolą systemu operacyjnego Microsoft Vista Ultimate Edition [151].



**Ryc. 1.** Ekran programu do obliczeń statystycznych GraphPad InStat Demo.

Liczba pojedynczych testów statystycznych, jakie należało wykonać (rzędu kilku tysięcy) sprawiła, że wykorzystanie technologii informatycznych umożliwiło w ogóle realizację tak dużego wolumenu obliczeń na potrzeby niniejszej pracy.

## 5 WYNIKI BADAŃ

Szczegółowe wyniki badań przedstawiono w ten sposób, że najpierw zaprezentowano ogólną charakterystykę badanej próby pod kątem najbardziej istotnych czynników socjodemograficznych, takich jak płeć, wiek, miejsce pochodzenia, a także uczelni (rozdział 5.1), a następnie – w kolejnych rozdziałach – przedstawiono wyniki badań w odniesieniu do różnych aspektów poruszanej problematyki:

- Stosunek do problemu uzależnień (rozdział 5.2)
- Picie alkoholu (rozdział 5.3)
- Rodzaje zażywanych substancji psychoaktywnych i wiek w jakim doszło do pierwszego przyjęcia (rozdział 5.4)
- Okoliczności zażywania substancji psychoaktywnych (rozdział 5.5)
- Wiedza na temat substancji psychoaktywnych (rozdział 5.6)
- Profilaktyka problemu uzależnień w domu rodzinnym oraz na uczelni (rozdział 5.7)

W każdym z rozdziałów 5.2-5.7 uwzględniono zarówno najbardziej istotne odpowiedzi badanych na poszczególne pytania kwestionariusza ankietowego, jak również rezultaty analiz korelacyjnych pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi składającymi się na charakterystykę ogólną badanych, a rozkładem odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankietowym. Niektóre rozdziały podzielono ponadto na podrozdziały.

### 5.1 Charakterystyka ogólna badanych

W tym rozdziale przedstawiono odpowiedzi na pytania określające czynniki socjodemograficzne badanej grupy - takie jak: wiek, płeć, pochodzenie, poziom i strukturę dochodów, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców, a także uczelnię, na której studiował respondent. Pominięto dokładną analizę odpowiedzi na niektóre pytania, niemające dużego znaczenia dla badań.

Zgodnie z zapisami zawartymi w rozdziale 4.3.3, opisywanym niżej badaniom poddano 725 spośród ogólnej liczby 800 respondentów.

\* \* \*

Wśród ankietowanych dość wyraźnie przeważały kobiety (414 badanych, 57,1%) co przedstawiono w Tab. 8. Może wynikać to z faktu, że badano studentów z kierunków humanistycznych, ale też należy zauważyć iż obecnie obserwuje się postępującą feminizację wśród studiujących, np. aktualnie w Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu aż około 75% stanowią kobiety.

**Tab. 8.** Płeć respondentów

Lp.	Płeć	Liczba wskazań	
		n	%
1.	Kobieta	414	57,3
2.	Mężczyzna	311	42,9

Ponieważ wśród badanych liczba osób w wieku powyżej 22 lat gwałtownie spada, zdecydowano się na przedstawienie nieco inaczej ustrukturyzowanej struktury wieku ankietowanych, co przedstawiono w Tab. 9. Przeważająca większość badanych była w wieku 19-22 lat, (w sumie 636 osób, 87,7%), przy czym najbardziej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 21 lat (211 osób, 29,1%).



Z uwagi na fakt, że w badanej próbie było niewiele osób starszych, utworzono zagregowaną grupę wiekową: starsi niż 24 lata. Średnia wartość wieku ankietowanych wynosiła 21,1 roku (Tab. 9).

**Tab. 9.** Wiek badanych osób

Wiek	19	20	21	22	23	24	>24
Liczba	77	172	211	176	42	30	15
wskazań	10,6%	23,7%	29,1%	24,3%	5,8%	4,1%	2,0%

Bardzo znaczna większość respondentów (Tab. 10) była stanu wolnego (710 osób, 97,9%). Tylko 14 osób (1,9%) pozostawało w związku małżeńskim. Nie może to dziwić – badano ludzi młodych, a w ostatnim dziesięcioleciu średni wiek wstępowania w związki małżeńskie w Polsce rośnie [151]. Nie zanotowano wdowy, wdowca ani osoby rozwiedzionej.

**Tab. 10.** Stan cywilny respondentów

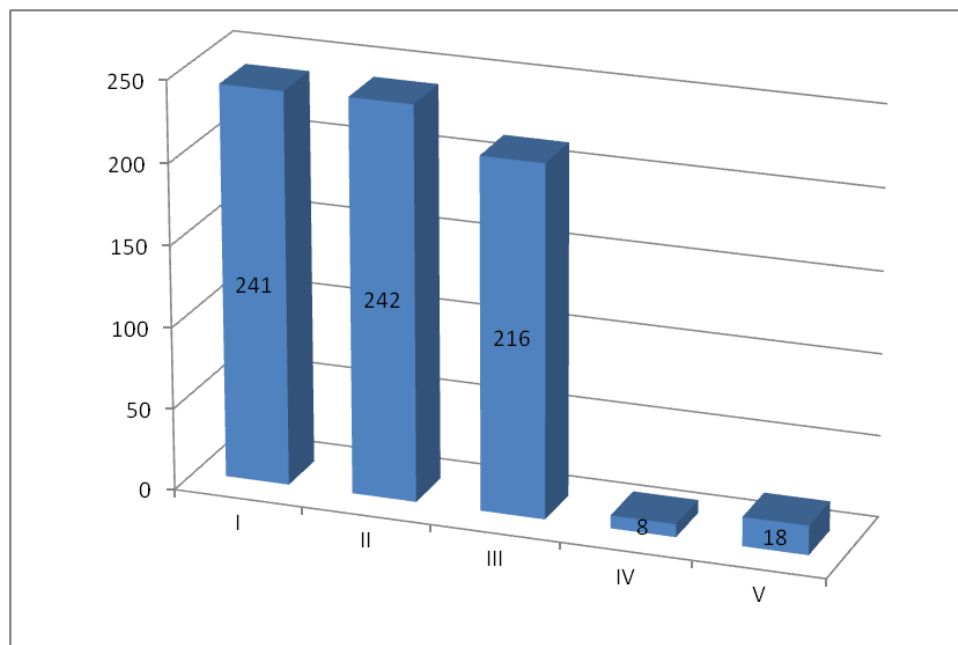
Lp.	Stan cywilny	Liczba wskazań	
		n	%
1.	kawaler / panna	710	97,9
2.	żonaty / mężatka	14	1,9
	Brak odpowiedzi	1	0,1

Bardzo niewiele osób (14; 1,9%) wskazało posiadanie jednego lub więcej dzieci. Największa zadeklarowana liczba dzieci wyniosła 3 (1 osoba). Należy to tłumaczyć niskim wiekiem przeważającej większości ankietowanych, a także faktem wzrostu średniego wieku rodzenia dziecka (w szczególności pierwszego dziecka) [151].

Kolejne pytanie metryczki osobowej odnosiło się do warunków studiowania ankietowanych. W ramach pytania wyodrębniono 4 różne informacje o studencie, wymienione na poniższej liście wraz ze stosowanymi oznaczeniami:

- (m5\_1) rok studiów,
- (m5\_2) tryb studiów,
- (m5\_3) czy otrzymujesz obecnie stypendium socjalne?
- (m5\_4) czy otrzymujesz obecnie stypendium naukowe?

Przeważają respondenci z pierwszych 3 lat studiów, przy czym najwięcej jest studentów I oraz II roku (odpowiednio 241, 33,2% oraz 242, 33,4%). Nie jest to zaskoczeniem, ponieważ wśród kaliskich uczelni przeważają te prowadzące studia I stopnia (licencjackie). Mniejsza liczba studentów III roku studiów może być tłumaczona niższym demograficznym, jak również wyjazdami studentów na studia II stopnia do większych ośrodków miejskich, takich jak Poznań, Wrocław lub Łódź. Tylko niewielka grupa respondentów (w sumie 26 osób, 3,6%) studiuje na IV lub V roku (Ryc. 2) – są jednak oni również studentami trybu dziennego, dlatego nie wykluczano ich z dalszych badań.



**Ryc. 2.** Rok studiów ankietowanych osób

Jak wspomniano wcześniej, do badań zakwalifikowano tylko słuchaczy studiów dziennych; nie było więc potrzeby rozróżniania w tym miejscu odpowiedzi na pytanie o tryb studiów.

Większość respondentów mieszkała w domu rodzinnym (503 osoby, 69,4% - Tab. 11). Sytuacja taka powodowana była tym, że w wielu przypadkach młodzi mieszkańcy Kalisza i najbliższych okolic wybierają uczelnie kaliskie (lub kaliskie filie uczelni np. poznańskich) m.in. dlatego, aby z różnych przyczyn (osobistych, rodzinnych, finansowych) nie zmieniać miejsca zamieszkania, a jednocześnie kontynuować edukację. Znaczniejszy odsetek studentów przyjezdnych występuje raczej w większych ośrodkach miejskich, takich jak Poznań, Łódź czy Wrocław.

Inne odpowiedzi wskazuje podobna pod względem rzędu wielkości liczba respondentów (od 27, 3,7% w przypadku własnego mieszkania, do 72, 9,9% dla stacji). Zwraca uwagę niewielki odsetek osób, które posiadają własne mieszkanie.

**Tab. 11.** Miejsce zamieszkania ankietowanych w czasie studiów

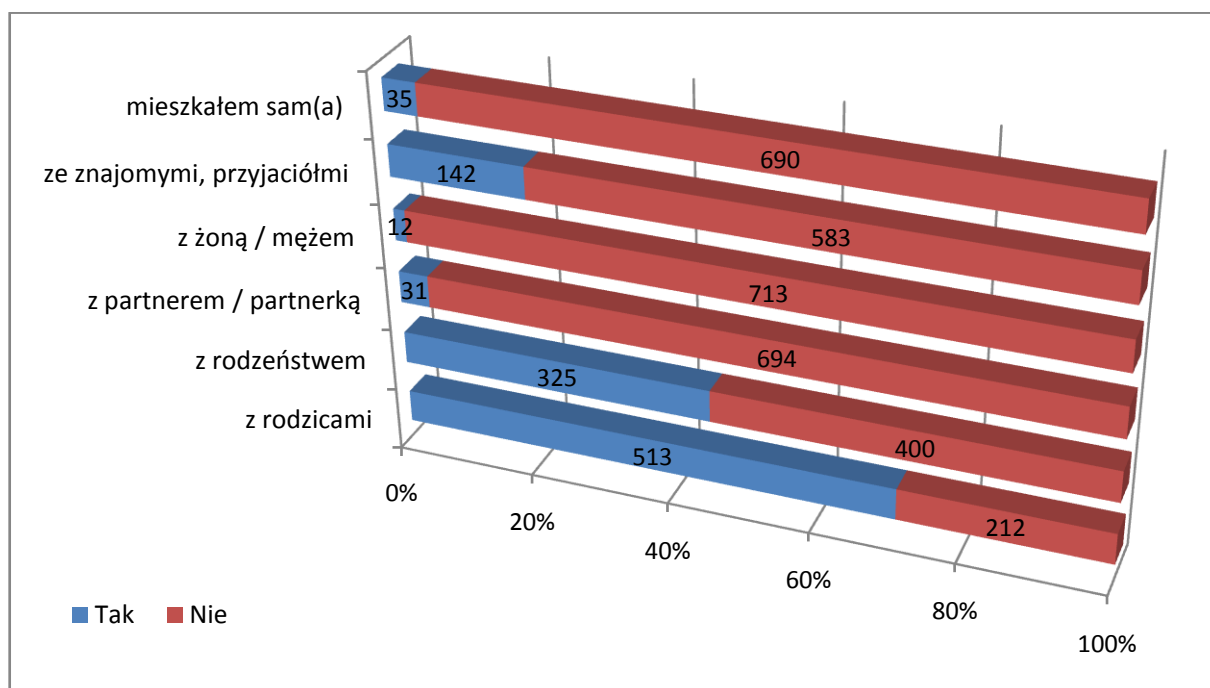
Lp.	Miejsce zamieszkania	Liczba wskazań	
		n	%
1.	dom rodzinny	503	69,4%
2.	akademik	55	7,6%
3.	stacja	72	9,9%
4.	mieszkanie wynajmowane/użyczane	67	9,2%
5.	mieszkanie własne	27	3,7%
6.	inne odpowiedzi	1	0,1%

Kolejne pytanie metryczki zawiera kilka opcji określających osoby, z którymi zamieszkuje ankietowany w trakcie nauki. Dla każdej z opcji możliwe są odpowiedzi „tak” i „nie”. Należy zwrócić uwagę, że możliwy jest wybór wielokrotny. Poniżej przedstawiono listę opcji tego pytania:

- (m7\_1) z rodzicami,
- (m7\_2) z rodzeństwem,

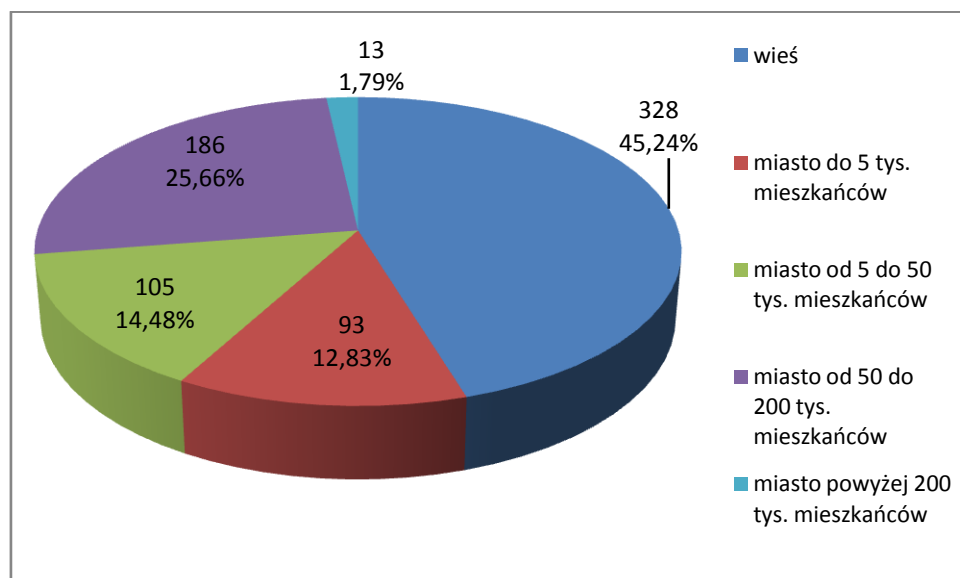
- (m7\_3) z partnerem / partnerką,
- (m7\_4) z żoną / mężem,
- (m7\_5) ze znajomymi, przyjaciółmi,
- (m7\_6) mieszkałem sam(a).

Najwięcej osób mieszkało z rodzicami (jest to zgodne z odpowiedziami uzyskanymi dla poprzedniego pytania, w którym 503 osoby odpowiedziały, iż mieszkają w domu rodzinnym). Tutaj liczba badanych mieszkająca z rodzicami wynosi 513 (70,8%) – prawdopodobnie różnica wynika z faktu, że kilkanaście osób mieszka w domu rodzinnym, ale ich rodzice wyjechali lub nie żyją. Duża jest także liczba osób zamieszkująca z rodzeństwem (co także wynika z wspólnego zamieszkiwania z rodziną) – 325, 44,8%). Interesujące spojrzenie na aktualny styl życia młodych ludzi stanowi fakt, że znacznie więcej osób mieszka z partnerem (31; 4,3%) niż z małżonkiem (12; 1,7%) – charakterystyczne dla dzisiejszych czasów jest wspólne zamieszkiwanie jeszcze przed formalizacją związku. Wydaje się, że 35 osób mieszkających samotnie nie stanowi zbyt dużego odsetka (4,8%). Jest to prawdopodobnie spowodowane również faktem, że w ośrodku wielkości Kalisza dużo młodych osób kontynuuje edukację nie zmieniając miejsca zamieszkania (jeżeli wyjeżdżają, to raczej do większych ośrodków), a jeżeli już to ma miejsce, np. W wyniku migracji z niewielkiej miejscowości – bardziej uzasadnione ekonomicznie jest wspólne wynajęcie stacji czy mieszkania. Ten drugi wniosek potwierdzany byłby przez fakt, że dość dużo respondentów (142; 19,6%) zamieszkuje ze znajomymi lub przyjaciółmi (Ryc. 3).



**Ryc. 3.** Osoby, z którymi mieszkają badani w czasie studiów

Największa liczba respondentów zamieszkuje na wsi (328, 45,2%); drugie miejsce zajęła odpowiedź „miasto od 50 do 200 tys. mieszkańców" (186 odpowiedzi, 25,7%) – odpowiadające wielkością Kaliszowi, w którym przeprowadzono badania. Bardzo niewiele jest osób zamieszkujących większe miasta (13; 1,8%) – co jest oczywiste, ponieważ młodzi ludzie bardzo rzadko, mieszkając w innym, większym ośrodku miejskim, studiują w mniejszym mieście (to właśnie w większych ośrodkach dostępna jest znacznie szersza oferta edukacyjna). Pewna liczba badanych mieszka w mniejszych, prawdopodobnie okolicznych, miastach i miasteczkach (w sumie 198 osób; 27,3% - Ryc. 4).



**Ryc. 4.** Miejsce stałego zamieszkania ankietowanych

Przeważająca większość respondentów osiągała dochody w granicach 301-750 PLN (378; 52,1%). Niewiele mniej osób zaznaczyło odpowiedź oznaczającą dochód w kwocie najwyżej 300 PLN miesięcznie (277, 38,2%). Do grupy o najwyższych dochodach zaliczyło się 69 osób (9,5%). Warto wskazać, że tylko po 15 osób (1,9%) osiąga dochody w granicach 2001-3000 PLN i powyżej 3000 PLN miesięcznie, natomiast niemal tyle samo osób, co wspomniane dwie grupy w sumie – 28 (3,5%) nie osiąga nawet pułapu 100 PLN miesięcznie. Wyniki te dowodzą, że sytuacja materialna większości studentów z badanej grupy nie jest korzystna.

Jak wspomniano w rozdziale 4.3.3, ponieważ opcje kwestionariusza ankietowego odnoszące się do poziomu dochodów były szczegółowe, co podzieliło badanych na większą liczbę grup o niewielkiej liczności, dla celów badań utworzono grupy zagregowane, których strukturę i licznosc przedstawiono w Tab. 12.

**Tab. 12.** Uproszczona struktura dochodów ankietowanych osób

Lp.	Średni miesięczny dochód ankietowanych	Liczba wskazań	
		n	%
1.	do 300 PLN	277	38,2%
2.	301-1000 PLN	378	52,1%
3.	powyżej 1000 PLN	69	9,5%

Także dochody rodziców lub opiekunów ankietowanych nie były w wielu przypadkach na najwyższym poziomie. Uzyskane wyniki wskazują, że najczęściej – niemal w połowie przypadków – wystarczały one tylko na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych (357 osób, 49,2%). Co prawda dość sporo osób deklarowało (242, 33,4%), że są wyższe od poziomu niezbędnego do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, jednak znalazła się również grupa osób (37, 5,1%), w których przypadku dochody rodziców nie osiągały nawet tego podstawowego poziomu. Duża liczba badanych (88, 12,1%) nie potrafiła w tym przypadku określić konkretnej odpowiedzi – co prowadzi do wniosku, że być może w wielu rodzinach rodzice nie rozmawiają na ten temat ze swoimi, dorosłymi już, dziećmi.

**Tab. 13.** Poziom dochodów rodziców lub opiekunów badanych osób

Lp.	Dochody rodziców lub opiekunów...	Liczba wskazań	
		n	%
1.	nie wystarczają na podstawowe potrzeby	37	5,1%
2.	wystarczają tylko na podstawowe potrzeby	357	49,2%
3.	pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb	242	33,4%
4.	nie wiem/trudno powiedzieć	88	12,1%
5.	odpowiedzi nieustalone	1	0,1%

Uproszczona (por. rozdział 4.3.3) klasyfikacja odnosząca się do poziomu wykształcenia rodziców lub opiekunów ankietowanych osób pozwala stwierdzić, że przeciętny poziom ich wykształcenia (do 5 pkt. W określonej skali, czyli np. jedno z rodziców posiada wykształcenie średnie, a drugie – zawodowe) reprezentują 423 przypadki (58,3%), a wyższy (od 6 pkt. W określonej skali, czyli np. jedno z rodziców z wykształceniem wyższym, a drugie – ze średnim, lub oboje rodzice z wykształceniem średnim) – 302 przypadki (41,7%) - Tab. 14.

**Tab. 14.** Poziom wykształcenia rodziców lub opiekunów respondentów

Lp.	Poziom wykształcenia	Liczba wskazań	
		n	%
1.	przeciętnie wykształceni (od 2 do 5 pkt. W określonej skali)	423	58,3%
2.	lepiej wykształceni (powyżej 5 pkt. W określonej skali)	302	41,7%

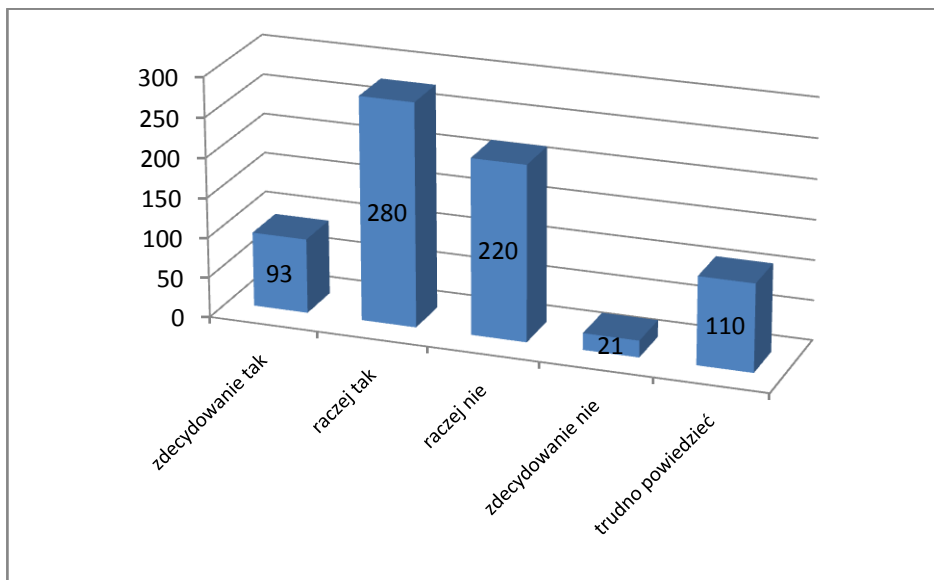
Większość spośród badanej grupy stanowili studenci Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu (581 osób, 80,1%). Słuchacze kaliskiej filii Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu stanowili ok. 1/5 badanej grupy (144 osoby, 19,9%). Do dalszych badań nie zakwalifikowano (z przyczyn wskazanych w rozdziale 4.3.3) respondentów uczących się w kaliskiej filii Wyższej Szkoły Finansów i Informatyki w Łodzi (Tab. 15).

**Tab. 15.** Uczelnia, z której rekrutowali się ankietowani.

Lp.	Nazwa uczelni	Liczba wskazań	
		n	%
1.	Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu (filia w Kaliszu)	144	19,9%
2.	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu	581	80,1%

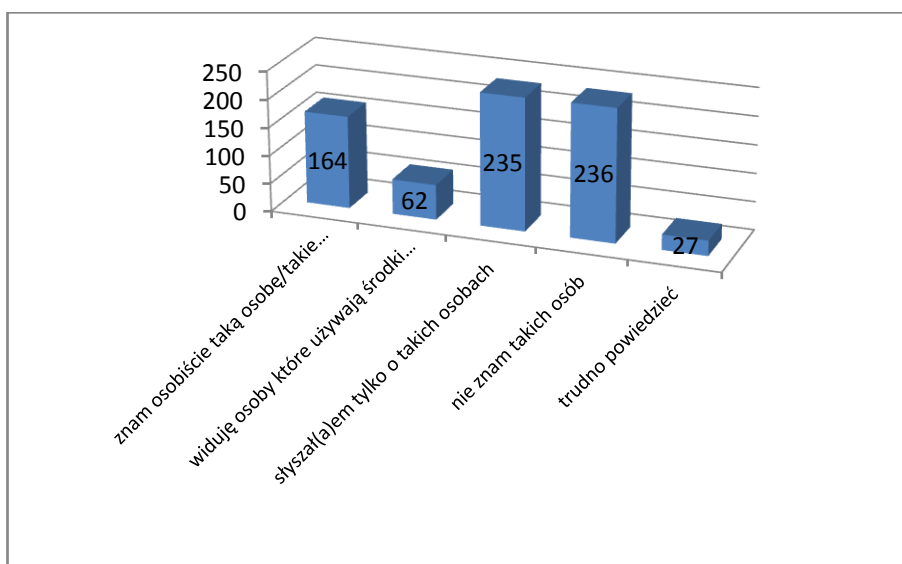
## 5.2 Stosunek ankietowanych do problemu uzależnień

Zażywanie substancji psychoaktywnych zostało ocenione przez ponad połowę ankietowanych jako poważny problem w środowisku studenckim. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 373 ankietowanych (51,4%), w tym 280 (38,6%) „raczej tak” oraz 93 (12,8%) „zdecydowanie tak”. Taki wynik daje podstawy do twierdzenia, że problem używania substancji psychoaktywnych wśród studentów należy w świetle wyników badań własnych ocenić jako z całą pewnością istniejący na poziomie wysoce niepokojącym. Jedynie 21 badanych (2,9%) nie postrzegają żadnego problemu związanego z uzależnieniami wśród studentów. Z drugiej strony, 110 ankietowanych (15,2%) nie miało na ten temat żadnego zdania, co – w kontekście społecznej wagi problemu – wydaje się wielkością znaczącą (Ryc. 5).



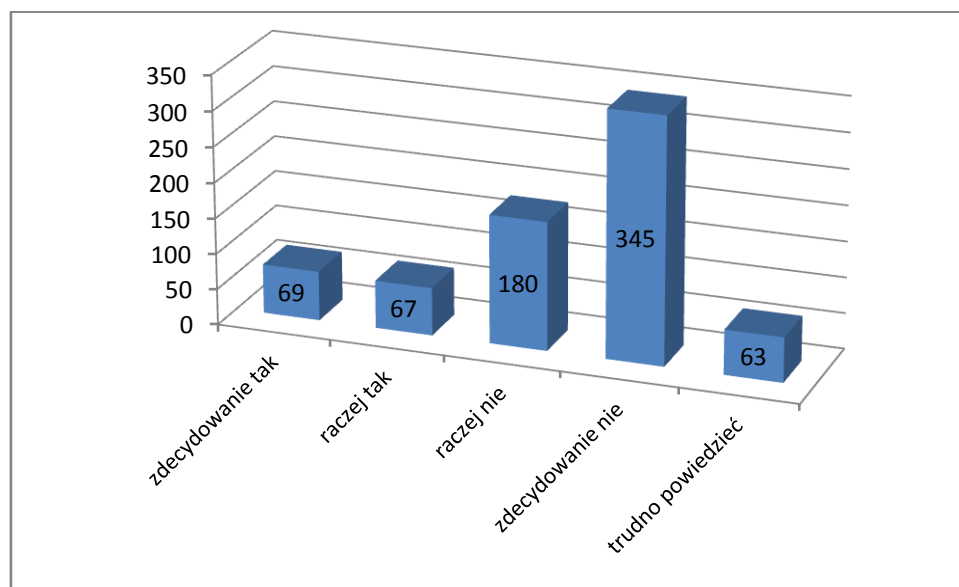
**Ryc. 5.** Istnienie problemu używania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim według ankietowanych

Prawie jedna trzecia ankietowanych (226 osób, 31,2%) zaznaczyła, że zetknęła się (w różny sposób) z osobami ze środowiska studenckiego, które używają substancje psychoaktywne (Ryc. 6).



**Ryc. 6.** Kontakt ankietowanych w środowisku studenckim z osobami używającymi środków odurzających

Ankietowanych pytano również, czy spotkali się z osobami, które zażywają substancje psychoaktywne w trakcie przygotowań do sesji czy egzaminów. Uzyskane odpowiedzi przedstawia (Ryc. 7) – najczęściej udzielono odpowiedzi „zdecydowanie nie” (345, 47,6%) i „raczej nie” (180, 24,8%). Jednak odpowiedzi twierdzącej udzieliło w sumie 136 respondentów (przy czym odpowiedzi zdecydowane i mniej konkretne rozłożyły się niemal po równo – odpowiednio 69, 9,5% oraz 67, 9,2%).



**Ryc. 7.** Kontakt ankietowanych w swoim środowisku studenckim z używaniem substancji psychoaktywnych w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium

Ankietowanych pytano również, czy kiedykolwiek mieli ochotę sięgnąć po substancje psychoaktywne, jeszcze bez wskazywania ich konkretnego rodzaju – wyniki przedstawia Tab. 16. Badaniami objęto następujące substancje psychoaktywne:

- kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne
- marihuana lub haszysz
- amfetamina (speed)
- ecstasy
- LSD
- grzyby halucynogenne
- crack
- heroina (w tym „brown sugar”)
- tzw. polska heroina, „kompot”
- kokaina
- sterydy anaboliczne
- wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające używane bez wskazań medycznych

Analiza tabeli (Tab. 16) wskazuje, że 157 ankietowanych (21,7%) miało ochotę spróbować którąś z wymienionych substancji psychoaktywnych, przy czym – co istotne – w 31 przypadkach (4,3%) była to chęć zdecydowana. Liczba osób odpowiadających na pytanie przecząco była większa (w sumie 500 osób – 69%). Interesujące, że aż 68 ankietowanych (9,4%) nie potrafiło wyrazić konkretnej opinii, prawdopodobnie zatem przynajmniej część z nich w jakimś stopniu rozważała przyjęcie substancji psychoaktywnej.

**Tab. 16.** Postawy względem możliwości spróbowania którejkolwiek z substancji psychoaktywnych objętych badaniami

Lp.	Postawy względem możliwości spróbowania substancji psychoaktywnej	Liczba wskazań	
		n	%
1.	zdecydowanie tak	31	4,3%
2.	raczej tak	126	17,4%
3.	raczej nie	174	24,0%
4.	zdecydowanie nie	326	45,0%
5.	trudno powiedzieć	68	9,4%

Zauważono statystycznie istotne zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a postrzeganiem problemu uzależnień (Tab. 17). Z najbardziej istotnych zależności wskazać można, że kobiety częściej niż mężczyźni twierdziły, że substancje psychoaktywne raczej nie są problemem w środowisku studenckim (36,2% do 22,5%). Z kolei mężczyźni znacznie częściej (49,5% do 30,4%) uważali to za problem. Mężczyźni znacznie częściej przyznawali się do zażywania substancji psychoaktywnych w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium (odpowiedź „zdecydowanie tak” – 12,2% do 7,5%, „raczej tak” – 15,8% do 4,3%, „zdecydowanie nie” – 36,7% do 55,8%). Także mężczyźni znacznie częściej mieli ochotę na spróbowanie jednej z substancji psychoaktywnych objętych badaniem (odpowiedź „zdecydowanie tak” – 5,8% do 3,1%, „raczej tak” – 28,3% do 9,2%, „zdecydowanie nie” – 22,2% do 62,1%). Występowały także w kilku przypadkach widoczne różnice odnoszące się do stopnia pewności w udzielaniu odpowiedzi (p. kolumna „Trudno powiedzieć”). Co ciekawe, mężczyźni częściej niż kobiety byli niezdecydowani odnośnie spróbowania którejś z substancji psychoaktywnych objętych badaniem, za to rzadziej nie byli w stanie określić, czy zjawisko zażywania tych substancji jest istotnym problemem w środowisku studenckim.

**Tab. 17.** Ocena zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim i postawa względem spróbowania takiej substancji – wg płci

Pytanie	Płeć	zdecydowanie tak		raczej tak		raczej nie		zdecydowanie nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zjawisko używania środków odurzających jest poważnym problemem w środowisku studenckim?	K	51	12,3%	126	<b>30,4%</b>	150	<b>36,2%</b>	8	1,9%	79	<b>19,1%</b>
	M	42	13,5%	154	<b>49,5%</b>	70	<b>22,5%</b>	13	4,2%	31	<b>10,0%</b>
	Wszyscy	93	12,8%	280	38,7%	220	30,4%	21	2,9%	110	15,2%
Czy zetknąłeś się w z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium?	K	31	<b>7,5%</b>	18	<b>4,3%</b>	101	24,4%	231	<b>55,8%</b>	33	8,0%
	M	38	<b>12,2%</b>	49	<b>15,8%</b>	79	25,4%	114	<b>36,7%</b>	30	9,6%
	Wszyscy	69	9,5%	67	9,3%	180	24,9%	345	47,7%	63	8,7%
Czy kiedykolwiek miałeś/aś ochotę spróbować któregoś ze środków objętych badaniem?	K	13	3,1%	38	<b>9,2%</b>	86	20,8%	257	<b>62,1%</b>	20	<b>4,8%</b>
	M	18	5,8%	88	<b>28,3%</b>	88	28,3%	69	<b>22,2%</b>	48	<b>15,4%</b>
	Wszyscy	31	4,3%	126	17,4%	174	24,0%	326	45,0%	68	9,4%

O wiele więcej kobiet niż mężczyzn nie знаło osób zażywających substancje psychoaktywne (42,3% do 19,6%). Z kolei więcej mężczyzn niż kobiet słyszało o problemie, lecz nie zetknęło się z nim osobiście (45,0% do 22,9%), bądź znało osobiście kogoś, kto zażywa substancje psychoaktywne (25,4% do 20,5%) – chociaż w odniesieniu do płci różnice te nie były wyraźne (Tab. 18).



**Tab. 18.** Znajomość w środowisku studenckim osób używających substancje psychoaktywne – wg płci

Pytanie	Płeć	znam osobiście taką osobę		widuję tylko takie osoby		słyszałem tylko o takich osobach		nie znam takich osób		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają środków odurzających?	K	85	20,5%	42	10,1%	95	22,9%	175	42,3%	17	4,1%
	M	79	25,4%	20	6,4%	140	45,0%	61	19,6%	10	3,2%
	Wszyscy	164	22,7%	62	8,6%	235	32,5%	236	32,6%	27	3,7%

Stwierdzono istotne statystycznie zależności odnoszące się do faktu otrzymywania stypendium socjalnego. Mianowicie studenci otrzymujący stypendium socjalne statystycznie znacznie rzadziej zetknęli się w swoim środowisku studenckim z używaniem substancji psychoaktywnych w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium (odpowiedzi twierdzące udzielone w mniejszej liczbie przypadków: „zdecydowanie tak” 6,8% do 11,4% i „raczej tak” 5,4% do 11,9%). Statystycznie częściej odpowiadali natomiast oni „zdecydowanie nie” (55,4% do 42,2%).

Badani, którym przyznano stypendium socjalne, statystycznie rzadziej udzielali odpowiedzi „zdecydowanie tak” (2,4% do 5,6%) i – szczególnie wyraźnie – „raczej tak” (9,9% do 22,6%) na pytanie, czy kiedykolwiek mieli ochotę spróbować określonego rodzaju substancji psychoaktywnych. Nieco częściej odpowiadali zaś „raczej nie” (27,2% do 21,9%) i „zdecydowanie nie” (52,4% do 39,9%) (Tab. 19).

Nie udało się wykryć podobnych istotnych statystycznie zależności odnoszących się do faktu otrzymywania (bądź nie) stypendium naukowego.

**Tab. 19.** Ocena zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim w trakcie nauki i postawa względem spróbowania takiego środka – przez osoby otrzymujące (T) i nieotrzymujące (N) stypendium socjalnego

Pytanie	Stypendium	zdecydowanie tak		raczej tak		raczej nie		zdecydowanie nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś się w z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium?	T	20	6,8%	16	5,4%	76	25,9%	163	55,4%	19	6,5%
	N	49	11,4%	51	11,9%	104	24,2%	181	42,2%	44	10,3%
	Wszyscy	69	9,5%	67	9,3%	180	24,9%	344	47,6%	63	8,7%
Czy kiedykolwiek miałeś/aś ochotę spróbować któregoś z środków objętych badaniem?	T	7	2,4%	29	9,9%	80	27,2%	154	52,4%	24	8,2%
	N	24	5,6%	97	22,6%	94	21,9%	171	39,9%	44	10,3%
	Wszyscy	31	4,3%	126	17,4%	174	24,0%	325	44,9%	68	9,4%

Postrzeżenie problemu uzależnień było istotnie statystycznie zależne również od tego, z kim ankietowani aktualnie zamieszkiwali. Szczególnie istotny był tutaj fakt zamieszkiwania – bądź nie – z rodzicami bądź mieszkania samotnie (podgrupy te badano w osobnych seriach testów).

Respondenci niezamieszkujący wspólnie z rodzicami statystycznie częściej niż pozostali uważali, że używanie substancji psychoaktywnych jest poważnym problemem w środowisku studenckim (odpowiedź „zdecydowanie tak” – 15,6% do 11,7% oraz „raczej tak” – 48,6% do 34,6%); znacznie rzadziej nie potrafili wyrazić opinii na ten temat (8,5% do 18,0%). Osoby nie mieszkające wspólnie z rodzicami statystycznie częściej zetknęły się z przypadkami używania substancji psychoaktywnych w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium niż pozostałe. Udzieliły tylko nieco większej liczby odpowiedzi „raczej nie” (27,8% do 23,6%), ale znacznie mniejszej liczby odpowiedzi „zdecydowanie nie (41,0% do 50,4%)”. Ankietowani nie mieszkający z rodzicami byli także znacznie lepiej zorientowani w tym fakcie (dużo mniej odpowiedzi „trudno powiedzieć” – 4,2% do 10,5%) (Tab. 20).

**Tab. 20.** Ocena zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim przez osoby zamieszkujące (T) oraz nie zamieszkujące (N) z rodzicami.

Pytanie	Mieszka	zdecydowanie tak		raczej tak		raczej nie		zdecydowanie nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zjawisko używania środków odurzających jest poważnym problemem w środowisku studenckim?	T	60	11,7%	177	<b>34,6%</b>	167	<b>32,6%</b>	16	3,1%	92	<b>18,0%</b>
	N	33	15,6%	103	<b>48,6%</b>	53	<b>25,0%</b>	5	2,4%	18	<b>8,5%</b>
	Wszyscy	93	12,8%	280	38,7%	220	30,4%	21	2,9%	110	15,2%
Czy zetknąłeś się w z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium?	T	42	8,2%	37	<b>7,2%</b>	121	23,6%	258	<b>50,4%</b>	54	<b>10,5%</b>
	N	27	12,7%	30	<b>14,2%</b>	59	27,8%	87	<b>41,0%</b>	9	<b>4,2%</b>
	Wszyscy	69	9,5%	67	9,3%	180	24,9%	345	47,7%	63	8,7%

Osoby mieszkające samotnie statystycznie o wiele częściej stykały się w swoim środowisku studenckim z używaniem substancji psychoaktywnych w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium niż pozostali ankietowani (42,9% do 17,6%). W tym przypadku należało połączyć pewne klasy odpowiedzi z uwagi na warunki wiarygodności testu – powstały tylko 3 klasy odpowiedzi (zarówno w odniesieniu do przeczenia, jak i twierdzenia nie rozróżniano odpowiedzi zdecydowanych oraz mniej konkretnych). W związku z tak dużą dysproporcją w odpowiedzi twierdzącej, w naturalny sposób osoby mieszkające samemu rzadziej udzielali na pytanie odpowiedzi przeczącej (54,3% do 73,4%), a niezwykle rzadko nie mieli opinii na wskazany temat (Tab. 21).

**Tab. 21.** Kontakt z osobami używającymi substancje psychoaktywne w trakcie nauki – wśród studentów mieszkających samotnie (T) oraz wraz z rodzicami (N)

Pytanie	Mieszka	tak		nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś się w z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium?	T	15	<b>42,9%</b>	19	<b>54,3%</b>	1	2,9%
	N	121	<b>17,6%</b>	506	<b>73,4%</b>	62	9,0%
	Wszyscy	136	18,8%	525	72,5%	63	8,7%

Ankietowani, którzy nie mieszkali razem z rodzicami, na pytanie o znajomość w swym środowisku studenckim osób zażywających substancje psychoaktywne, statystycznie częściej udzielali odpowiedzi „widuję osoby, które używają środki odurzające, ale nie znam ich osobiście” (13,7% do 6,4%) oraz „słyszałem tylko o takich osobach” (37,7% do 30,3%). Natomiast to osoby mieszkające z rodzicami znacznie częściej w ogóle nie znały takich osób (35,9% do 24,5%) – Tab. 22.

Respondenci mieszkający samotnie statystycznie znacznie częściej odpowiadali, że tylko słyszeli o osobach używających substancji psychoaktywnych w swym środowisku studenckim (65,7% do 30,8%). Statystycznie dużo rzadziej odpowiadali jednak, że nie znają takich osób (14,3% do 33,5%), a także – że znają je osobiście (11,4% do 23,2%).

**Tab. 22.** Znajomość osób używających substancje psychoaktywne wśród studentów mieszkających z rodzicami (RT – tak, RN – nie) i samotnie (ST – tak, SN – nie)

Pytanie	Mieszka	znam osobiście taką osobę		widuję tylko takie osoby		słyszałem tylko o takich osobach		nie znam takich osób		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają środków odurzających?	RT	115	22,5%	33	6,4%	155	30,3%	184	35,9%	25	4,9%
	RN	49	23,1%	29	13,7%	80	37,7%	52	24,5%	2	0,9%
	Wszyscy	164	22,7%	62	8,6%	235	32,5%	236	32,6%	27	3,7%
Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają środków odurzających?	ST	4	11,4%	3	8,6%	23	65,7%	5	14,3%	0	0,0%
	SN	160	23,2%	59	8,6%	212	30,8%	231	33,5%	27	3,9%
	Wszyscy	164	22,7%	62	8,6%	235	32,5%	236	32,6%	27	3,7%

Dodatkowo znaleziono istotne statystycznie zależności pomiędzy zamieszkiwaniem samotnie (oraz mieszkania lub nie z rodzeństwem) a chęcią spróbowania jednej z substancji psychoaktywnych objętych badaniem (Tab. 23). W przypadku rozważania faktu mieszkania samotnie należy zwrócić uwagę na fakt, że do spełnienia warunków wiarygodności testu chi-kwadrat Pearsona konieczne było usunięcie klasy odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Z obliczeń wynika, iż badani zamieszkujący samotnie nieco rzadziej chcieli spróbować substancji psychoaktywnych (nieco rzadziej udzielali odpowiedzi „raczej tak”. Odsetek odpowiedzi przeczących, jeżeli zsumować odpowiedzi mniej i bardziej zdecydowane, był w przybliżeniu równy (81,5% dla osób mieszkających samotnie i 75,8% dla pozostałych), ale także większy dla osób mieszkających samemu. Natomiast interesujący był fakt, że zdecydowanych odpowiedzi negatywnych udzielali znacznie częściej respondenci niezamieszkujący samotnie.

Wydaje się, że ankietowani zamieszkujący wspólnie z rodzeństwem rzadziej byli podatni na spróbowanie substancji psychoaktywnych (2,2% do 6,0%); wyraźnie częstsze były wśród nich odpowiedzi zdecydowanie przeczące (51,7% do 39,5%). Co ciekawe, podgrupa ta rzadziej nie umiała udzielić konkretnej odpowiedzi (4,9% do 13,0%) – Tab. 23.

**Tab. 23.** Postawy względem spróbowania substancji psychoaktywnych wśród studentów zamieszkujących (ST) oraz niezamieszkujących (SN) samotnie i zamieszkujących (RT) oraz niezamieszkujących (RN) z rodzeństwem

Pytanie	Mieszka	zdecydowanie tak		raczej tak		raczej nie		zdecydowanie nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy kiedykolwiek miałeś/aś ochotę spróbować któregoś z środków objętych badaniem?	RT	7	2,2%	57	17,5%	77	23,7%	168	51,7%	16	4,9%
	RN	24	6,0%	69	17,3%	97	24,3%	158	39,5%	52	13,0%
	Wszyscy	31	4,3%	126	17,4%	174	24,0%	326	45,0%	68	9,4%
Czy kiedykolwiek miałeś/aś ochotę spróbować któregoś z środków objętych badaniem?	ST	1	3,7%	4	14,8%	15	55,6%	7	25,9%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	SN	30	4,8%	122	19,4%	159	25,2%	319	50,6%		
	Wszyscy	31	4,7%	126	19,2%	174	26,5%	326	49,6%		

Stwierdzono szereg istotnych statystycznie związków w omawianym zakresie odnoszących się względem miejsca stałego zamieszkania ankietowanych. W poniższych tabelach (Tab. 24 oraz inne odnoszące się do wielkości miejsca zamieszkania respondentów) oznaczenie w kolumnie „Miejsce” oznaczono literą „w” dla wsi, oraz ciągami „<5” dla miasta o wielkości do 5 tys. mieszkańców, „5-50” dla miasta o wielkości od 5 do 50 tys. mieszkańców oraz „>50” dla miasta większego niż 50 tys. mieszkańców.

Wielkość miejscowości zamieszkiwania okazała się być istotnie statystycznie związana z opinią na temat istotności problemu używania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim. Wśród ankietowanych mieszkających w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców najczęściej padała odpowiedź „raczej nie” (39,4% - a odpowiedzi tej wyjątkowo rzadko udzielali mieszkańcy najmniejszych miast – 9,7%). Dla wszystkich innych typów miejscowości najczęściej udzielaną odpowiedzią była „raczej tak”. Relatywnie najwięcej odpowiedzi „trudno powiedzieć” odnotowano w grupie mieszkańców największych miejscowości (19,7%). Najmniej odpowiedzi „zdecydowanie tak” udzielono w grupie mieszkańców miast średnich i największych – odpowiednio 8,6% i 8,1% (Tab. 24).

Miejsce stałego zamieszkania okazało się też istotnie statystycznie związane z faktem zetknięcia się ze zjawiskiem używania substancji psychoaktywnych w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium. Tym razem we wszystkich podgrupach ankietowani najczęściej udzielali odpowiedzi „zdecydowanie nie”, ale zauważalne były tendencje charakterystyczne dla poszczególnych grup. i tak, respondenci zamieszkujący miasta o wielkości do 5 tys. mieszkańców względnie często odpowiadali „raczej tak” (30,1%), a statystycznie dużo rzadziej „raczej nie” (11,8%). Rozkład odpowiedzi właśnie w tej grupie okazał się najbardziej wyrównany (Tab. 24).

Także odpowiedź na pytanie, czy ankietowany kiedykolwiek chciał spróbować któreś z wskazanych substancji psychoaktywnych, okazała się statystycznie związana z wielkością miejscowości zamieszkania respondentów. Ponownie najbardziej wyrównany rozkład odpowiedzi uzyskano w grupie „miasto do 5 tys. mieszkańców”. Respondenci ci statystycznie najczęściej odpowiadali „raczej tak” (26,9%) oraz „trudno powiedzieć” (24,7%), a najrzadziej „zdecydowanie nie” (19,4%). Respondenci z wszystkich podgrup udzielili najczęściej właśnie odpowiedzi „zdecydowanie nie”. Interesujące, że inni respondenci niż ci z grupy „miasto do 5 tys. mieszkańców” znacznie rzadziej nie byli w stanie udzielić konkretnej odpowiedzi (Tab. 24).

**Tab. 24.** Ocena zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim i postawa względem spróbowania takiego środka – wg wielkości miejscowości zamieszkiwania

Pytanie	Miejsce	zdecydowanie tak		raczej tak		raczej nie		zdecydowanie nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zjawisko używania środków odurzających jest poważnym problemem w środowisku studenckim?	W	49	14,9	118	36,0	101	30,8	9	2,7	51	15,5
	<5	19	<b>20,4</b>	55	<b>59,1</b>	9	<b>9,7</b>	3	3,2	7	7,5
	5-50	9	8,6	51	<b>48,6</b>	32	30,5	0	0,0	13	12,4
	>50	16	8,1	56	28,3	78	<b>39,4</b>	9	4,5	39	<b>19,7</b>
	Wszyscy	93	12,8	280	38,7	220	30,4	21	2,9	110	15,2
Czy zetknąłeś się w z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium?	W	23	7,0	20	6,1	95	29,0	166	50,6	24	7,3
	<5	8	8,6	28	<b>30,1</b>	11	<b>11,8</b>	32	<b>34,4</b>	14	<b>15,1</b>
	5-50	16	<b>15,2</b>	9	8,6	27	25,7	45	42,9	8	7,6
	>50	22	11,1	10	5,1	47	23,7	102	51,5	17	8,6
	Wszyscy	69	9,5	67	9,3	180	24,9	345	47,7	63	8,7
Czy kiedykolwiek miałeś/aś ochotę spróbować któregoś z środków objętych badaniem?	W	14	4,3	50	15,2	72	22,0	174	<b>53,0</b>	18	5,5
	<5	4	4,3	25	<b>26,9</b>	23	24,7	18	<b>19,4</b>	23	<b>24,7</b>
	5-50	5	4,8	19	18,1	28	26,7	40	38,1	13	12,4
	>50	8	4,0	32	16,2	51	25,8	94	47,5	14	7,1
	Wszyscy	31	4,3	126	17,4	174	24,0	326	45,0	68	9,4

Miejsce zamieszkania okazało się istotnie statystycznie związane także z faktem zetknięcia się w środowisku studenckim z osobami zażywającymi substancje psychoaktywne. Ankietowani mieszkający na wsi oraz w największych miastach najczęściej zaznaczali odpowiedź „nie znam takich osób” (odpowiednio 36,0% i 33,3%), a pozostali – „słyszałem tylko o takich osobach” (mieszkańcy najmniejszych miast – aż 61,3%, średnich miast – 41,0%). Mieszkańcy najmniejszych i średnich

miasteczek najrzadziej nie umieli wyrazić opinii (tylko po 1 ankietowanym zaznaczyło tę odpowiedź). Osobiście znają takie osoby statystycznie najczęściej mieszkańcy największych miast oraz wsi – odpowiednio 31,8% oraz 21,0% (Tab. 25).

**Tab. 25.** Znajomość osób używających substancje psychoaktywne wśród osób zamieszkałych w miejscowościach różnej wielkości

Pytanie	Miejsce	znam osobiście taką osobę		widuję tylko takie osoby		słyszałem tylko o takich osobach		nie znam takich osób		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają środków odurzających?	W	69	21,0	35	10,7	93	28,4	118	36,0	13	4,0
	<5	13	14,0	6	6,5	57	<b>61,3</b>	16	<b>17,2</b>	1	1,1
	5-50	19	18,1	6	5,7	43	41,0	36	34,3	1	1,0
	>50	63	<b>31,8</b>	15	7,6	42	21,2	66	33,3	12	<b>6,1</b>
	Wszyscy	164	22,7	62	8,6	235	32,5	236	32,6	27	3,7

Postrzeżenie problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim jest istotnie statystycznie zależne również od poziomu zamożności rodzin, z których wywodzą się ankietowani (w kwestionariuszu padało pytanie o poziom dochodów rodziców ankietowanych). W najbliższych 2 tabelach (a także innych, w których poziom dochodów rodziców respondentów jest kryterium różnicującym) obowiązują następujące oznaczenia:

- -- „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”
- = – „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”
- + – „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb”
- ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”

Poziom dochodów rodziców (opiekunów) ankietowanych okazał się istotnie statystycznie związany z faktem zetknięcia się ankietowanych w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają substancji psychoaktywnych. Wszystkie grupy respondentów z wyjątkiem „wystarczają tylko na zaspokojenie podstawowych potrzeb” wskazywały najczęściej na odpowiedź „nie znam takich osób” (z częstotliwością od 33,5% do 40,5%), natomiast wymieniona grupa – „słyszałem tylko o takich osobach” (43,3%). Najczęściej znają osobiście takie osoby ankietowani, których rodzice mają dochody najniższe lub najwyższe (odpowiednio 29,7% oraz 32,2%) – Tab. 26.

**Tab. 26.** Znajomość osób używających substancje psychoaktywne wśród badanych pochodzących z rodzin osiągających różne dochody

Pytanie	Dochód	znam osobiście taką osobę		widuję tylko takie osoby		słyszałem tylko o takich osobach		nie znam takich osób		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają środków odurzających?	-	11	<b>29,7</b>	2	5,4	8	21,6	15	<b>40,5</b>	1	2,7
	=	58	16,3	29	8,1	154	<b>43,3</b>	108	30,3	7	2,0
	+	78	<b>32,2</b>	22	9,1	45	<b>18,6</b>	81	33,5	16	6,6
	?	17	19,3	9	10,2	28	31,8	31	35,2	3	3,4
	Wszyscy	164	22,7	62	8,6	235	32,5	235	32,5	27	3,7

Fakt zetknięcia się w swoim środowisku studenckim z używaniem substancji psychoaktywnych w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium także okazał się istotnie statystycznie związany z poziomem rodziców (opiekunów) respondentów. Co prawda, wszystkie grupy udzieliły najczęściej odpowiedzi „zdecydowanie nie”, a w drugiej kolejności „raczej nie”, ale z różną częstotliwością. Zauważono też inne interesujące wyniki. Najczęściej „zdecydowanie nie” (58,0%) odpowiadali

ankietowani, którzy nie umieli określić poziomu dochodów swoich rodziców, najrzadziej – ci, których rodzice zarabiają najmniej (40,5%). Dokładnie odwrotnie było w przypadku odpowiedzi „raczej nie” (odpowiednio 32,4% i 13,6%). Natomiast najczęściej potwierdzenia udzielali ankietowani, których rodzice osiągają najniższe dochody (zdecydowane potwierdzenie – 13,5% i mniej konkretne – 10,8%) oraz średnie dochody (odpowiednio 10,1% oraz 13,5%) – Tab. 27.

Chęć spróbowania jednej z wskazanych substancji psychoaktywnych również okazała się statystycznie związana z poziomem dochodów rodziców lub opiekunów ankietowanych. Większość grup najczęściej odpowiadała „zdecydowanie nie” (od 39,9% w przypadku ankietowanych pochodzących z rodzin o tylko wystarczających dochodach do 55,7% dla osób, które nie umiały określić poziomu dochodu rodziców), ale dzieci najbiedniejszych rodziców najczęściej odpowiadały już tylko „raczej nie” (35,1%). U innych grup odpowiedź „raczej nie” była to drugą najczęściej udzielaną. Ankietowani, których rodzice zarabiają najmniej, a także ci, którzy nie potrafili określić dochodów rodziców, udzielali odpowiedzi twierdzących znacznie rzadziej niż pozostałe dwie grupy – za to znacznie częściej odpowiadali „trudno powiedzieć” (zwłaszcza osoby z najbiedniejszych rodzin – aż 21,6%). Grupą, w której wystąpiło najwięcej osób mających ochotę na spróbowanie substancji psychoaktywnych (aczkolwiek w przeważającej większości jedynie „raczej”), okazały się dzieci rodziców zarabiających jedynie na podstawowe potrzeby – 22,5%. Najmniej odpowiedzi twierdzących – zarówno zdecydowanych, jak i mniej konkretnych – padało w grupach osób pochodzących z rodzin najuboższych (odpowiednio 5,4% i 8,1%) oraz nieumiejących oszacować dochodów rodziców (odpowiednio 3,4% i 8,0%) – Tab. 27.

Oznaczenia w kolumnie „Dochód” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”, + „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

**Tab. 27.** Postrzeganie problemu uzależnień i chęć próbowania substancji psychoaktywnych - wśród badanych pochodzących z rodzin osiągających różne dochody

Pytanie	Dochód	zdecydowanie tak		raczej tak		raczej nie		zdecydowanie nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś się w z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium?	-	5	<b>13,5</b>	4	10,8	12	<b>32,4</b>	15	40,5	1	2,7
	=	36	10,1	48	<b>13,5</b>	97	27,2	148	41,6	27	7,6
	+	22	9,1	11	4,5	59	24,4	130	53,7	20	8,3
	?	6	6,8	4	4,5	12	<b>13,6</b>	51	<b>58,0</b>	15	<b>17,0</b>
	Wszyscy	69	9,5	67	9,3	180	24,9	344	47,6	63	8,7
Czy kiedykolwiek miałeś/aś ochotę spróbować któregoś z środków objętych badaniem?	-	2	5,4	3	8,1	13	<b>35,1</b>	11	29,7	8	<b>21,6</b>
	=	11	3,1	80	<b>22,5</b>	89	25,0	142	39,9	35	9,8
	+	15	6,2	36	14,9	55	22,7	123	<b>50,8</b>	13	5,4
	?	3	3,4	7	8,0	17	19,3	49	<b>55,7</b>	12	13,6
	Wszyscy	31	4,3	126	17,4	174	24,0	325	44,9	68	9,4

Opisywany w bieżącym rozdziale problem ma również związek z uczelnią, na której studiują respondenci. Wykryto kilka istotnych statystycznie zależności. Dla prostoty oznaczeń, w miejsce podawania pełnej nazwy uczelni w określeniu nazwy grup, oznacza się je w poniższych tabelach: „UAM” („Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu (filia w Kaliszu)”) oraz „PWSZ” („Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu”). Używa się też sformułowań jak „ankietowani uczący się na UAM”, „studenci PWSZ” itd. Zgodnie z wskazaniem rozdziału 4.3.3, nie byli ostatecznie w badaniach uwzględniani studenci Wyższej Szkoły Finansów i Informatyki w Łodzi (filia w Kaliszu).

Wykryto istotny statystycznie związek pomiędzy uczelnią ankietowanych a postrzeganiem problemu zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim. Należy wskazać, że obie badane grupy najczęściej podają odpowiedzi mniej konkretne (studenci PWSZ – „raczej tak”, 41,7%, studenci UAM zaś – „raczej nie”, 33,3%). Dla studentów PWSZ i UAM druga najczęstsza odpowiedź jest tu komplementarna. Warto wskazać na wyjątkowo małą liczbę odpowiedzi „zdecydowanie nie” w obu grupach. W odniesieniu do odpowiedzi „trudno powiedzieć” – wyraźnie mniej zdecydowani w odpowiedziach są studenci UAM (21,5%). Grupa ta nieco częściej udziela zdecydowanych odpowiedzi twierdzących (16,7%) – Tab. 28.

**Tab. 28.** Postrzeżenie problemu uzależnień w środowisku studenckim - wśród badanych studiujących na różnych uczelniach

Pytanie	Uczelnia	zdecydowanie tak		raczej tak		raczej nie		zdecydowanie nie		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zjawisko używania środków odurzających jest poważnym problemem w środowisku studenckim?	UAM	24	16,7	38	26,4	48	33,3	3	2,1	31	21,5
	PWSZ	69	11,9	242	41,7	172	29,7	18	3,1	79	13,6
	Wszyscy	93	12,8	280	38,7	220	30,4	21	2,9	110	15,2

Znajomość osób używających substancji psychoaktywnych wśród badanych studiujących na różnych uczelniach także jest istotnie statystycznie związana z poszczególnymi uczelniami. Studenci UAM udzielali najczęściej odpowiedzi „nie znam” (41,0%), a przedstawiciele PWSZ – „słyszałem tylko o takich osobach” (36,6%). Drugą najczęstszą odpowiedzią w przypadku studentów UAM okazywało się – „znam osobiście taką osobę” (27,8%), a dla ankietowanych uczących się na PWSZ – „nie znam takich osób” (30,5%). Odpowiedzi „widuję, tylko takie osoby” również częściej udzielali uczący się na UAM (11,8%). Respondenci uczący się w PWSZ dużo częściej odpowiadali „słyszałem tylko o takich osobach”, z kolei nieco rzadziej przeczyli znajomości takich osób (Tab. 29).

**Tab. 29.** Znajomość osób używających substancji psychoaktywnych wśród badanych studiujących na różnych uczelniach.

Pytanie	Uczelnia	znam osobiście taką osobę		widuję tylko takie osoby		słyszałem tylko o takich osobach		nie znam takich osób		trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają środków odurzających?	UAM	40	27,8	17	11,8	23	16,0	59	41,0	6	4,2
	PWSZ	124	21,4	45	7,8	212	36,6	177	30,5	22	3,8
	Wszyscy	164	22,6	62	8,6	235	32,4	236	32,6	28	3,9

### 5.3 Spożywanie alkoholu

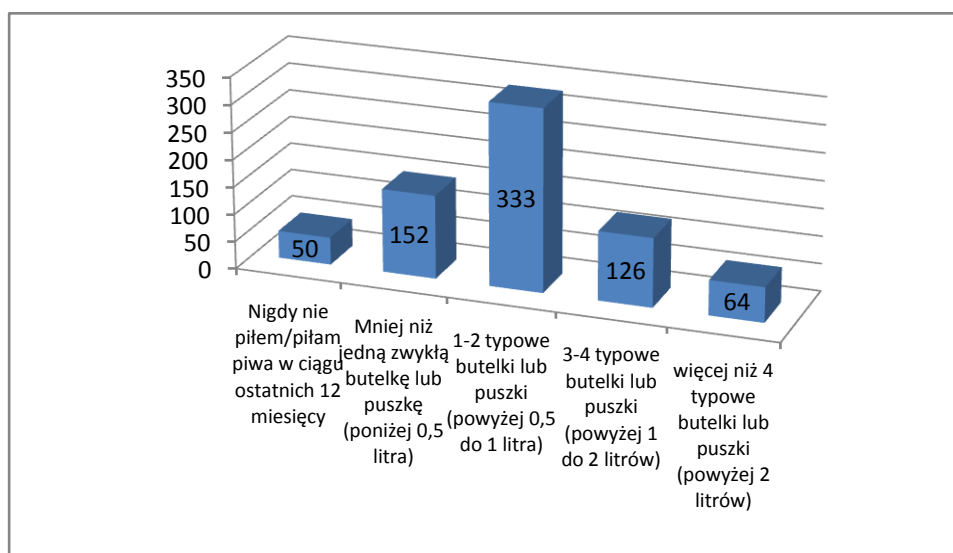
Badanym zadano szereg pytań związanych z częstotliwością spożywania wina, piwa oraz wódki lub innego napoju alkoholowego w ciągu roku oraz miesiąca poprzedzającego badanie. Pytano również o to, ile najczęściej jednorazowo danego alkoholu spożywają ankietowani.

Piwo okazało się napojem alkoholowym najczęściej spożywanym przez ankietowaną młodzież. Liczba osób niepijących go w ogóle jest kilkakrotnie (niemal 4 razy) mniejsza niż w przypadku wina czy wódki, a 18,3% respondentów piło je co najmniej 40 razy w ciągu ostatniego roku. Zwraca uwagę fakt, że odpowiedź ta w przypadku piwa padała najczęściej ze wszystkich (Tab. 30). Znacznie więcej pytanych piło wielokrotnie wódkę (lub inne napoje spirytusowe) niż wino – tendencja ta dotyczyła częstszego spożywania alkoholu niż 5 razy w ciągu roku poprzedzającego badanie.

**Tab. 30.** Rodzaj napoju alkoholowego i deklarowana liczba przypadków jego spożywania na przestrzeni roku poprzedzającego badanie

Lp.	Deklarowana liczba przypadków spożycia napoju alkoholowego	Liczba wskazań					
		Piwo		Wino		Wódka	
		n	%	n	%	n	%
1.	nie piłem	48	6,6%	176	24,3%	177	24,4%
2.	1-2 razy	73	10,1%	213	29,4%	168	23,2%
3.	3-5 razy	111	15,3%	167	23,0%	130	17,9%
4.	6-9 razy	124	17,1%	77	10,6%	91	12,6%
5.	10-19 razy	134	18,5%	55	7,6%	71	9,8%
6.	20-39 razy	102	14,1%	12	1,7%	37	5,1%
7.	40 razy lub więcej	133	18,3%	24	3,3%	50	6,9%

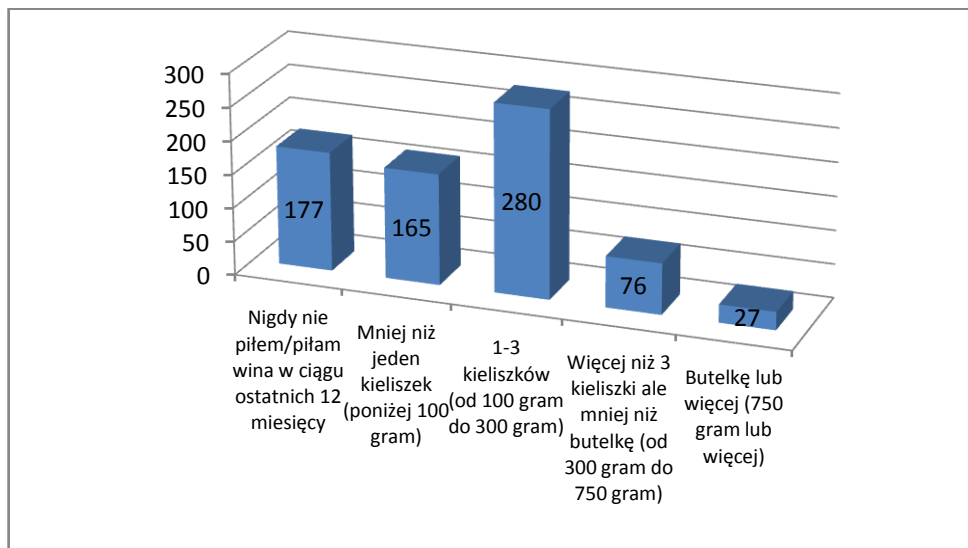
Najczęściej ankietowani (333; 45,9%) wypijali od 1 do 2 typowych butelek lub puszek piwa (ok. 0,6-1 litra), co przedstawia Ryc. 8. W ankiecie pytano o wypicie od mniej niż jednej do co najmniej 4-5 standardowych porcji alkoholu, przy czym przez porcję rozumiano butelkę piwa, kieliszek wina lub mały kieliszek wódki albo innego napoju spirytusowego).



**Ryc. 8.** Ilość piwa najczęściej wypijana jednorazowo przez badanych – na przestrzeni 12 miesięcy poprzedzających badanie

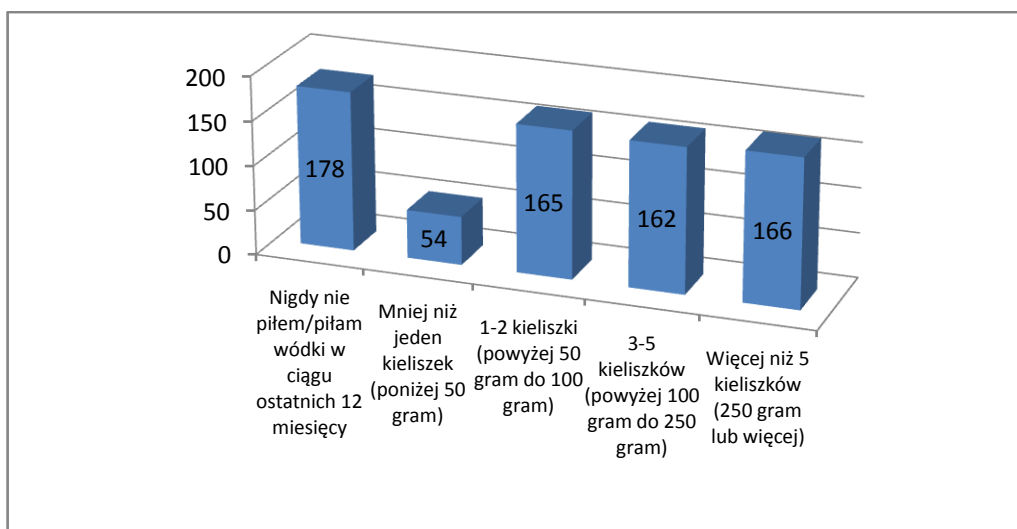
Najwięcej respondentów (280, 38,6%) spożywa przy jednej okazji tylko od 1 do 3 kieliszków wina, co daje znacznie mniejszą objętość niż w przypadku piwa (Ryc. 9).





**Ryc. 9.** Ilość wina najczęściej wypijana jednorazowo przez badanych – na przestrzeni 12 miesięcy poprzedzających badanie

W odniesieniu do wódki lub innego napoju spirytusowego wyniki okazały się bardzo zróżnicowane – najwięcej ankietowanych w ciągu roku poprzedzającego badanie w ogóle nie piło takiego napoju (178, 24,6%) (Ryc. 10). Jednak niemal taka sama liczba respondentów pije więcej niż 5 kieliszków jednorazowo (166, 22,9%), 1-2 kieliszki (165, 22,8%) oraz 3-5 kieliszków (162, 22,3%).



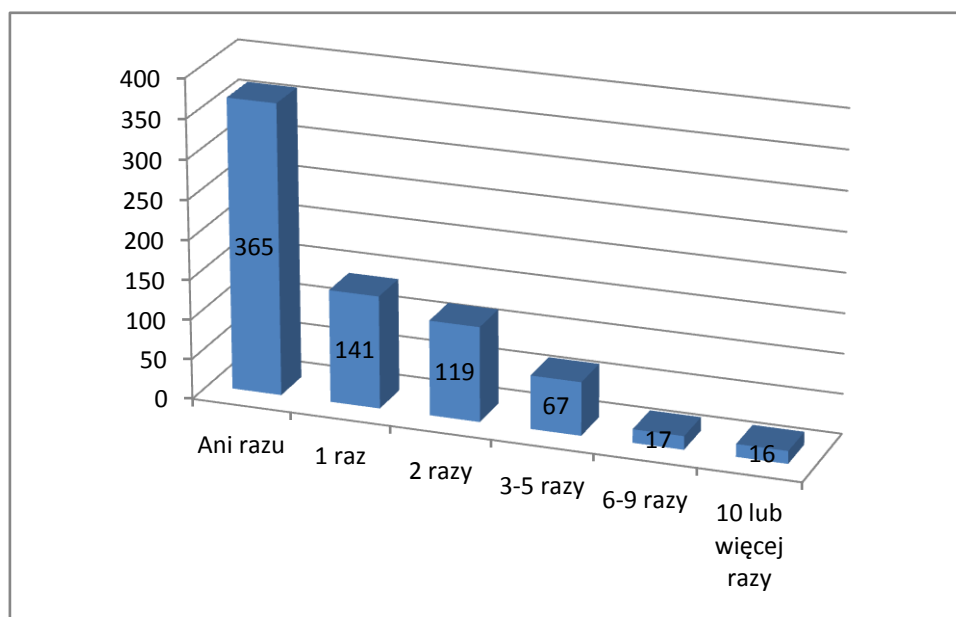
**Ryc. 10.** Ilość wódki najczęściej wypijana jednorazowo przez badanych – na przestrzeni 12 miesięcy poprzedzających badanie

Dane odnoszące się do spożywania alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca (Tab. 31) są podobne jakościowo dla wyników uzyskane dla ostatnich 12 miesięcy (Tab. 30): piwo okazuje się napojem, po który sięgnęło najwięcej osób, z kolei wódka (lub inne napoje spirytusowe) jest bardziej popularna od wina. Podano kilkadziesiąt odpowiedzi (15 dla piwa, 7 dla wina i 8 dla wódki – w sumie 30, 4,2%) świadczących, że ich autorzy spożywają alkohol wyraźnie częściej niż raz dziennie. Z drugiej strony, bardzo wielu ankietowanych (476, 65,7% dla wina oraz 427, 58,9% dla wódki) w ogóle nie sięgnęło po alkohol mocniejszy niż piwo w ciągu ostatniego miesiąca.

**Tab. 31.** Deklarowana przez badanych liczba przypadków spożycia napoju alkoholowego w czasie miesiąca poprzedzającego badanie

Lp.	Deklarowana liczba przypadków spożycia napoju alkoholowego	Liczba wskazań					
		Piwo		Wino		Wódka	
		n	%	n	%	n	%
1.	nie piłem	133	18,3%	476	65,7%	427	58,9%
2.	1-2 razy	232	32,0%	191	26,3%	198	27,3%
3.	3-5 razy	168	23,2%	37	5,1%	52	7,2%
4.	6-9 razy	126	17,4%	8	1,1%	28	3,9%
5.	10-19 razy	39	5,4%	4	0,6%	7	1,0%
6.	20-39 razy	12	1,7%	2	0,3%	5	0,7%
7.	40 razy lub więcej	15	2,1%	7	1,0%	8	1,1%

Niemal dokładnie połowa ankietowanych (365, 50,3%) zadeklarowała, że nie wypita ani razu dużej ilości alkoholu (rozumianej jako co najmniej 5 standardowych porcji danego napoju alkoholowego) w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie. Niestety, na przynajmniej jeden taki przypadek wskazała druga połowa badanych, w tym niemal 5% wszystkich ankietowanych czyni to częściej niż raz w tygodniu – 17 badanych (2,3%) udzieliło odpowiedzi „6-9 razy”, a 16 respondentów (2,2%) – „co najmniej 10 razy” (Ryc. 11).



**Ryc. 11.** Liczba przypadków spożycia pięciu lub więcej standardowych porcji alkoholu – na przestrzeni miesiąca poprzedzającego badanie

Z badań wynika, że płeć respondentów jest istotnie związana statystycznie z wieloma badanymi zachowaniami odnoszącymi się do spożywania alkoholu. Częstotliwość picia poszczególnych wyodrębnionych rodzajów napojów alkoholowych w zależności od płci przedstawia Tab. 32.

W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie znacznie więcej kobiet nie piło piwa ani razu (25,8% do 8,4%). Bardzo jaskrawa różnica występuje też w przypadku odpowiedzi „6-9 razy” (mężczyźni 28,6%, kobiety 8,9%). Kobiety z badanej grupy piły piwo najczęściej 1 lub 2 razy w miesiącu, mężczyźni – 3-9 razy w miesiącu.

Dla okresu 12 miesięcy poprzedzającego badanie można zauważyć podobne zależności, choć – co oczywiste – średnia liczba przypadków spożycia alkoholu jest tu znacznie większa. W przypadku piwa również więcej kobiet nie piło go w ogóle (9,4% do 2,6%), a znacznie mniej – 40 razy lub więcej (13,5% do 24,8%). Dość znaczna różnica uwidoczniła się także w przypadku odpowiedzi „3-5 razy” (17,6% kobiet i 12,2% mężczyzn). Wśród badanych mężczyzn w ciągu roku poprzedzającego badanie widoczna jest tendencja wzrostowa (tj. liczba odpowiedzi rośnie wraz ze wzrostem częstotliwości picia piwa – wyjątkiem jest odpowiedź 20-39 razy).

Najwięcej mężczyzn pije wino bardzo rzadko lub w ogóle. Wystąpiła istotna, statystycznie znacząca przewaga odpowiedzi „Wcale” w stosunku do kobiet dla roku poprzedzającego badanie – 34,1% do 16,9% oraz nieco mniejsza „1-2 razy” – 35,0% do 25,1%. Od odpowiedzi „3-5 razy” w prawą stronę skali zaczynają rysować się częstsze odpowiedzi kobiet. Piły one wino najczęściej od 1 do 5 razy w ciągu ostatniego roku (u mężczyzn najczęstszą odpowiedzią było „1-2 razy” i zaraz potem „Wcale”). Jednak zarówno kobiety, jak i mężczyźni unikają regularnego picia wina (bardzo mała liczba odpowiedzi „20-39 razy” i „40 razy lub więcej” w przypadku obu płci). W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie dla wina nie wykryto zależności istotnych statystycznie.

W przypadku wódki bądź innych napojów spirytusowych także wykryto istotne statystycznie związki z płcią ankietowanych – także tylko rozpatrując rok poprzedzający badanie. Wśród kobiet wyraźnie więcej osób zaznaczyło odpowiedzi „6-9 razy” (15,5% do 8,5%), wśród mężczyzn – „40 razy lub więcej” – 10,0% do 4,6% (a więc częściej trafiają się wśród nich osoby nałogowo używające mocnych alkoholi). Co interesujące, także więcej mężczyzn w ogóle nie piło wódki w ciągu roku poprzedzającego ankietę (28,9% do 21,0%) – Tab. 32.

**Tab. 32.** Rodzaj i częstotliwość picia napoju alkoholowego - wg płci

Rodzaj napoju	Czas	Płeć	Wcale		1-2 razy		3-5 razy		6-9 razy		10-19 razy		20-39 razy		40+ razy	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	Miesiąc poprzedzający badanie	K	107	<b>25,8</b>	162	39,1	80	<b>19,3</b>	37	<b>8,9</b>	16	3,9	6	1,4	6	1,4
		M	26	<b>8,4</b>	70	22,5	88	<b>28,3</b>	89	<b>28,6</b>	23	7,4	6	1,9	9	2,9
		Wszyscy	133	<b>18,3</b>	232	32,0	168	<b>23,2</b>	126	<b>17,4</b>	39	5,4	12	1,7	15	2,1
	Rok poprzedzający badanie	K	39	<b>9,4</b>	40	9,7	73	<b>17,6</b>	73	17,6	71	17,1	62	15,0	56	<b>13,5</b>
		M	9	<b>2,9</b>	33	10,6	38	<b>12,2</b>	51	16,4	63	20,3	40	12,9	77	<b>24,8</b>
		Wszyscy	48	<b>6,6</b>	73	10,1	111	<b>15,3</b>	124	17,1	134	18,5	102	14,1	133	<b>18,3</b>
Wino	Miesiąc poprzedzający badanie	K	258	62,3	115	27,8	28	6,8	6	1,4	3	0,7	2	0,5	2	0,5
		M	218	70,1	76	24,4	9	2,9	2	0,6	1	0,3	0	0,0	5	1,6
		Wszyscy	476	65,7	191	26,3	37	5,1	8	1,1	4	0,6	2	0,3	7	1,0
	Rok poprzedzający badanie	K	70	<b>16,9</b>	104	<b>25,1</b>	112	<b>27,1</b>	64	<b>15,5</b>	44	<b>10,6</b>	9	2,2	10	2,4
		M	106	<b>34,1</b>	109	<b>35,0</b>	55	<b>17,7</b>	13	<b>4,2</b>	11	<b>3,5</b>	3	1,0	14	4,5
		Wszyscy	176	<b>24,3</b>	213	<b>29,4</b>	167	<b>23,1</b>	77	<b>10,6</b>	55	<b>7,6</b>	12	1,7	24	3,3
Wódka lub inny napój spirytusowy	Miesiąc poprzedzający badanie	K	249	60,1	113	27,3	27	6,5	15	3,6	3	0,7	4	1,0	3	0,7
		M	178	57,2	85	27,3	25	8,0	13	4,2	4	1,3	1	0,3	5	1,6
		Wszyscy	427	58,9	198	27,3	52	7,2	28	3,9	7	1,0	5	0,7	8	1,1
	Rok poprzedzający badanie	K	87	<b>21,0</b>	100	24,2	78	18,8	65	<b>15,7</b>	41	9,9	24	5,8	19	<b>4,6</b>
		M	90	<b>28,9</b>	68	21,9	52	16,7	26	<b>8,4</b>	30	9,6	13	4,2	31	<b>10,0</b>
		Wszyscy	177	<b>24,4</b>	168	23,2	130	18,0	91	<b>12,6</b>	71	9,8	37	5,1	50	<b>6,9</b>

Z kolei ilość przeciętnie wypijanego alkoholu prezentuje Tab. 33. Definicja porcji w odniesieniu do poszczególnych alkoholi oznacza:

- W przypadku piwa – jedną zwykłą butelkę lub puszkę (0,5 litra)
- W przypadku wina – jeden kieliszek (100 gramów)
- W przypadku wódki lub innego napoju spirytusowego – jeden kieliszek (50 gramów)

Wykryto statystycznie istotne zależności między ilością wypijanego za jednym razem piwa a płcią ankietowanych – dla małych ilości piwa więcej odpowiedzi uzyskano od kobiet (mniej niż 1 porcja –

26,8% do 13,2%), dla większych – występuje przewaga odpowiedzi udzielonych przez mężczyzn (3-4 porcje: 26,4% do 10,6%, więcej – 12,9% do 5,8%). Oznacza to, że mężczyźni piją piwo nie tylko przeciętnie częściej, ale również w większych ilościach.

Rozkład odpowiedzi dla kolejnego pytania, dotyczącego wina, okazał się nieco mniej zróżnicowany względem płci, jednak również udało się wychwycić pewne istotne statystycznie zależności. Wśród kobiet pewną przewagę zyskały sobie odpowiedzi odnoszące się do kilku porcji (1-2 porcje: 43,0% do 32,8%, 3-4 porcje: 12,1% do 8,4%, więcej – 4,3% do 2,9%). Bardzo niewiele osób spożywało wino w dużych ilościach. Wino jest zatem znacznie bardziej popularne wśród kobiet, ale raczej w formie „lampki”.

Mężczyźni częściej niż kobiety wypijali więcej niż 5 kieliszków wódki jednorazowo (30,7% do 18,1%). Co interesujące, sporo mężczyzn (względnie więcej niż kobiet – 28,1% do 21,4%) nie piło wódki lub innego napoju spirytusowego w ciągu ostatniego roku. Potwierdza to rezultat uzyskany w poprzednim teście, formułującym analogiczne pytanie (por. Tab. 32). Co ciekawe, wystąpiły minimalne różnice (rzędu kilku dziesiątych procenta) w udzielonych odpowiedziach, spowodowane prawdopodobnie kilkoma omyłkami wśród osób niepamiętających dokładnie swoich poczynań na przestrzeni 12 miesięcy poprzedzających badanie.

**Tab. 33.** Przeciętna ilość najczęściej wypijanego napoju alkoholowego - wg płci

Rodzaj napoju	Płeć	Wcałe		<1 porcja		1-2 porcje		3-4 porcje		więcej	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	K	40	9,7	111	<b>26,8</b>	195	47,1	44	<b>10,6</b>	24	<b>5,8</b>
	M	10	3,2	41	<b>13,2</b>	138	44,4	82	<b>26,4</b>	40	<b>12,9</b>
	Wszyscy	50	6,9	152	<b>21,0</b>	333	45,9	126	<b>17,4</b>	64	<b>8,8</b>
Wino	K	69	<b>16,7</b>	99	23,9	178	<b>43,0</b>	50	12,1	18	4,3
	M	108	<b>34,7</b>	66	21,2	102	<b>32,8</b>	26	8,4	9	2,9
	Wszyscy	177	<b>24,4</b>	165	22,8	280	<b>38,6</b>	76	10,5	27	3,7
Wódka lub inny napój spirytusowy	K	87	21,0	32	7,7	101	<b>24,4</b>	116	<b>28,0</b>	78	<b>18,8</b>
	M	91	29,3	22	7,1	64	<b>20,6</b>	46	<b>14,8</b>	88	<b>28,3</b>
	Wszyscy	178	24,6	54	7,4	165	<b>22,8</b>	162	<b>22,3</b>	166	<b>22,9</b>

Znacznie więcej kobiet niż mężczyzn ani razu nie wypilo pięciu lub więcej „drinków” z rzędu w ciągu ostatniego miesiąca (58,2% do 39,9%). W pozostałych grupach odpowiedzi niewielką przewagę uzyskali mężczyźni – najbardziej widoczną dla odpowiedzi „1 raz” – 25,1% do 15,2% (Tab. 34).

**Tab. 34.** Liczba przypadków wypicia dużej ilości alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie - wg płci

Pytanie	Płeć	Ani razu		1 raz		2 razy		3-5 razy		6-9 razy		>9 razy	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni wypiteś(aś) 5 lub więcej „drinków” z rzędu?	K	241	<b>58,2</b>	63	<b>15,2</b>	61	14,7	35	8,5	8	1,9	6	1,4
	M	124	<b>39,9</b>	78	<b>25,1</b>	58	18,6	32	10,3	9	2,9	10	3,2
	Wszyscy	365	<b>50,3</b>	141	<b>19,4</b>	119	16,4	67	9,2	17	2,3	16	2,2

Udało się zidentyfikować istotne statystycznie związki pomiędzy faktem otrzymywania stypendium socjalnego a częstotliwością picia piwa (zarówno w ciągu roku, jak i miesiąca poprzedzającego badanie). Podobnych zależności nie wykryto ani dla wina, ani dla wódki lub innych napojów spirytusowych. Osiągnięte wyniki przedstawia Tab. 35. W miesiącu poprzedzającym badanie ankietowani otrzymujący stypendium socjalne znacznie częściej pili piwo 1-2 razy (39,8% do 26,5%), a wyraźnie rzadziej – 6-9 razy (12,6% do 20,7%). Z kolei w ujęciu rocznym badani otrzymujący stypendium rzadziej pili piwo z dużą częstotliwością (20-39 razy: 11,2% do 16,0% oraz 40 lub więcej

razy – 12,6% do 22,3%), a częściej z małą lub średnią (np. wcale – 8,2% do 5,6%, 6-9 razy – 20,1% do 15,1%) – Tab. 35.

**Tab. 35.** Częstotliwość picia piwa przez ankietowanych otrzymujących (T) i nieotrzymujących (N) stypendium socjalne.

Czas	Stypendium	Wcale		1-2 razy		3-5 razy		6-9 razy		10-19 razy		20-39 razy		40+ razy	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Miesiąc poprzedzający badanie	T	61	20,7	117	<b>39,8</b>	57	19,4	37	<b>12,6</b>	12	4,1	5	1,7	5	1,7
	N	72	16,7	114	<b>26,5</b>	111	25,8	89	<b>20,7</b>	27	6,3	7	1,6	10	2,3
	Wszyscy	133	18,4	231	<b>31,9</b>	168	23,2	126	<b>17,4</b>	39	5,4	12	1,7	15	2,1
Rok poprzedzający badanie	T	24	8,2	38	12,9	45	15,3	59	<b>20,1</b>	58	19,7	33	11,2	37	<b>12,6</b>
	N	24	5,6	35	8,1	66	15,3	65	<b>15,1</b>	75	17,4	69	16,0	96	<b>22,3</b>
	Wszyscy	48	6,6	73	10,1	111	15,3	124	<b>17,1</b>	133	18,4	102	14,1	133	<b>18,4</b>

Badając z kolei korelacje pomiędzy picciem alkoholu a otrzymywaniem stypendium naukowego, napotkano na kilka zależności istotnych statystycznie. Testy skutkujące ich wykryciem nie były jednak wiarygodne statystycznie, przede wszystkim ze względu na bardzo dużą dysproporcję podziału badanej próby na podgrupy (tylko 25 ankietowanych otrzymywało stypendium naukowe). Starano się łączyć poszczególne klasy odpowiedzi, aby spełnić warunki wiarygodności testu, jednak w większości przypadków powodowało to zatarcie związków istotnych statystycznie. Jedyną, którą udało się wiarygodnie potwierdzić, była zależność pomiędzy faktem otrzymywania stypendium naukowego a częstotliwością picia wina w ciągu roku poprzedzającego badanie (Tab. 36). Widać wyraźnie, że to studenci otrzymujący stypendium naukowe piją piwo dość często (33,3 do 11,9% - co najmniej 10 razy w roku poprzedzającym badanie). Z kolei wśród tej grupy nie znalazła się ani jedna osoba, która ani razu nie spróbowała piwa w tym okresie. W grupie ankietowanych nieotrzymujących stypendium tylko co czwarta osoba stroniła od piwa ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (Tab. 36).

**Tab. 36.** Częstotliwość picia wina przez ankietowanych otrzymujących (T) i nieotrzymujących (N) stypendium naukowe.

Czas	Stypendium	Wcale		1-9 razy		10+ razy	
		n	%	n	%	n	%
Miesiąc poprzedzający badanie	T	0	<b>0,0</b>	16	66,7	8	<b>33,3</b>
	N	176	<b>25,1</b>	441	63,0	83	<b>11,9</b>
	Wszyscy	176	<b>24,3</b>	457	63,1	91	<b>12,6</b>

Wykryto również istotne statystycznie związki pomiędzy faktem zamieszkiwania z określonymi osobami oraz częstotliwością spożywania wskazanego napoju alkoholowego w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (Tab. 37).

Osoby zamieszkujące wspólnie ze znajomymi lub przyjaciółmi statystycznie częściej (w ciągu roku poprzedzającego badanie) piły wódkę lub inny napój spirytusowy 3-9 razy, ale i wcale. Osoby niezamieszkujące wspólnie ze znajomymi udzielały statystycznie częściej innych odpowiedzi, tj. 1-2 razy oraz oznaczających picie wódki 10 razy lub więcej. Zależność o podobnym charakterze (dla miesiąca poprzedzającego badanie) niemal potwierdzono w odniesieniu do spożywania piwa – uzyskana wartość statystyki wyniosła odpowiednio 0,0146 przy założonym poziomie krytycznym 0,01.

Ankietowani mieszkający z rodzicami statystycznie częściej wypijali piwo w miesiącu poprzedzającym badanie wcale oraz od 1 do 5 razy, ale rzadziej od 6 do 19 razy i – minimalnie – powyżej 40 razy. Z kolei respondenci zamieszkujący wspólnie z partnerem albo partnerką znacznie częściej piją piwo z dużą częstotliwością (29% do 8,2% dla odpowiedzi „co najmniej 10 razy” – także w miesiącu poprzedzającym badanie (Tab. 37).

**Tab. 37.** Rodzaj i przeciętna częstotliwość spożywania napoju alkoholowego przez osoby mieszkające i niemieszkające ze znajomymi (ZT/ZN), z rodzicami (RT/RN) oraz partnerem lub partnerką (PT/PN) – na przestrzeni roku poprzedzającego badanie

Rodzaj napoju/czas	Mieszka	Wcale		1-2 razy		3-5 razy		6-9 razy		10-19 razy		20-39 razy		40+ razy	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wódka (rok poprzedzający badanie)	ZT	39	27,5	25	17,6	35	24,6	24	16,9	11	7,7	4	2,8	4	2,8
	ZN	138	23,7	143	24,6	95	16,3	67	11,5	60	10,3	33	5,7	46	7,9
	Wszyscy	177	24,4	168	23,2	130	18,0	91	12,6	71	9,8	37	5,1	50	6,9
Piwo (miesiąc poprzedzający badanie)	RT	98	19,1	174	33,9	124	24,2	75	14,6	21	4,1	11	2,1	10	1,9
	RN	35	16,5	58	27,4	44	20,8	51	24,1	18	8,5	1	0,5	5	2,4
	Wszyscy	133	18,3	232	32,0	168	23,2	126	17,4	39	5,4	12	1,7	15	2,1
Piwo (miesiąc poprzedzający badanie)	PT	5	16,1	17	54,8	Połączono odpowiedzi „1-2 razy”, „3-5 razy” i „6-9 razy” w „1-9 razy”				9	29,0	Połączono odpowiedzi od „10-19 razy” do „40+ razy” w „10+ razy”			
	PN	128	18,4	509	73,3					57	8,2				
	Wszyscy	133	18,3	526	72,6					66	9,1				

Istotne statystycznie zależności stwierdzono także w przypadku pytania o liczbę przypadków wypicia co najmniej 5 porcji alkoholu w miesiącu poprzedzającym badanie (Tab. 38). Respondenci zamieszkujący wspólnie ze znajomymi lub przyjaciółmi statystycznie częściej udzielili odpowiedzi „2 razy” i (minimalnie częściej: 3,5% do 2,1%) „6-9 razy”, natomiast rzadziej – „ani razu”, „3-5 razy” (tylko minimalnie rzadziej: 8,5% do 9,5%) oraz „co najmniej 9 razy” (w ogóle nie zaznaczali oni takiej odpowiedzi). Z kolei ankietowani mieszkający razem z rodzeństwem częściej nie pili dużej ilości alkoholu w ogóle, a rzadziej – choć mało wyraźnie lub wręcz minimalnie – udzielali wszystkich pozostałych odpowiedzi (Tab. 38).

**Tab. 38.** Liczba przypadków wypicia jednorazowo dużej ilości alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie – wśród studentów mieszkających i niemieszkających ze znajomymi (ZT/ZN) oraz z rodzeństwem (RT/RN)

Pytanie	Mieszka	Ani razu		1 raz		2 razy		3-5 razy		6-9 razy		>9 razy	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni wypiteś(aś) 5 lub więcej „drinków” z rzędu?	ZT	61	43,0	27	19,0	37	26,1	12	8,5	5	3,5	0	0,0
	ZN	304	52,2	114	19,6	82	14,1	55	9,5	12	2,1	16	2,7
	Wszyscy	365	50,3	141	19,4	119	16,4	67	9,2	17	2,3	16	2,2
Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni wypiteś(aś) 5 lub więcej „drinków” z rzędu?	RT	190	58,5	54	16,6	39	12,0	28	8,6	7	2,2	7	2,2
	RN	175	43,8	87	21,8	80	20,0	39	9,8	10	2,5	9	2,3
	Wszyscy	365	50,3	141	19,4	119	16,4	67	9,2	17	2,3	16	2,2

Miejsce zamieszkania okazało się być silnie i istotnie statystycznie związane z zachowaniami badanych odnoszącymi się do spożywania alkoholu w ciągu roku poprzedzającego badanie (Tab. 39). Osoby mieszkające na wsi najczęściej piły piwo 3-5 razy w roku (19,2%), reprezentanci grupy „miasto do 5 tys. mieszkańców” – 10-19 razy (29,0% i prawie tak samo często 6-9 razy, 26,9%), w przypadku mieszkańców średnich miast rozkład wszystkich odpowiedzi z wyjątkiem „nie piłem” i „1-2 razy” był dość równomierny (najczęściej padały odpowiedzi „3-5 razy” i „6-9 razy” – odpowiednio 19,0% i 20,0%), a osoby reprezentujące największe miasta najczęściej podawały odpowiedź „40 razy lub więcej” (27,1%).

Widać, że wino było spożywane we wszystkich wyodrębnionych podgrupach znacznie rzadziej niż piwo. Podgrupy niemal w komplecie najczęściej udzielały odpowiedzi „1-2 razy” (tylko mieszkańcy średnich miast najczęściej nie pili wina w omawianym okresie w ogóle, a wśród mieszkańców wsi niemal tak samo często ankietowani spożywali wino 3-5 razy w ciągu ostatniego roku). Wśród mieszkańców małych i średnich miast odpowiedzi odnoszące się do wyższych częstotliwości picia wina padają szczególnie rzadko (a do najniższych częstotliwości – o wiele częściej). Rozkłady

procentowe odpowiedzi dla wsi i największych miast są do siebie podobne, dla największych miast nieco częściej padają odpowiedzi oznaczające bardzo częste spożywanie wina.

Wódka i inne napoje spirytusowe były przez badanych spożywane częściej niż wino, ale rzadziej niż piwo. Mieszkańcy wsi najczęściej pili wódkę 1-2 razy w ciągu roku poprzedzającego badanie (29,0%), osoby pochodzące z najmniejszych miast najczęściej zaznaczyły odpowiedź „nie piłem” (aż 62,4%). Podobnie było w przypadku mieszkańców miast średnich, ale tutaj niemal tak samo często padały odpowiedzi „1-2 razy” (odpowiednio 30,5% i 29,5%). Wreszcie mieszkańcy miast największych najczęściej spożywali wódkę 3-5 razy w ciągu roku poprzedzającego badanie (21,1%).

W odniesieniu do miesiąca poprzedzającego badanie bardzo niewielu z badanych piło piwo 10 lub więcej razy w ciągu tego okresu (najmniej takich odpowiedzi udzielili mieszkańcy najmniejszych miast – w sumie 5,4%, ale u nich z kolei najczęściej wybierana częstotliwość – 6-9 razy – okazała się największa, a odpowiedź taką wybrało 48,2% respondentów w tej podgrupie). Mieszkańcy wsi najczęściej spożywali piwo 1-2 razy w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie (36,6%), mieszkańcy średnich miast – 3-5 razy (36,2%), a największych – 1-2 razy (33,7%). Najrzadziej nie pili piwa w ciągu ostatniego miesiąca respondenci pochodzący z najmniejszych miast (6,5%), a najczęściej – mieszkańcy wsi i średnich miast (odpowiednio 22,3% i 20,1%). Dla wina oraz napojów spirytusowych we wszystkich grupach najczęściej zaznaczano odpowiedzi „Nie piłem”, ale potwierdził się wynik mówiący, że mieszkańcy najmniejszych miast najrzadziej piją wódkę.

**Tab. 39.** Rodzaj i częstotliwość spożywania napoju alkoholowego - w zależności od miejsca pochodzenia ankietowanych

Rodzaj napoju	Czas	Miejsce	Wcałe		1-2 razy		3-5 razy		6-9 razy		10-19 razy		20-39 razy		40+ razy	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	Miesiąc poprzedzający badanie	W	73	22,3	120	<b>36,6</b>	69	21,0	37	11,3	15	4,6	14	4,3	połączono klasy odp. „20-39 razy” oraz „40+ razy”	
		<5	6	6,5	17	18,3	20	21,5	45	<b>48,4</b>	3	3,2	2	2,2		
		5-50	14	13,3	28	26,7	38	<b>36,2</b>	15	14,3	5	4,8	5	4,8		
		>50	40	20,1	67	<b>33,7</b>	41	20,6	29	14,6	16	8,0	6	3,0		
		Wszyscy	133	18,3	232	32,0	168	23,2	126	17,4	39	5,4	27	3,7		
	Rok poprzedzający badanie	W	28	8,5	39	11,9	63	<b>19,2</b>	53	16,2	58	17,7	34	10,4	53	16,2
		<5	3	3,2	5	5,4	7	7,5	25	26,9	27	<b>29,0</b>	18	19,4	8	8,6
		5-50	7	6,7	9	8,6	20	19,0	21	<b>20,0</b>	13	12,4	17	16,2	18	17,1
		>50	10	5,0	20	10,1	21	10,6	25	12,6	36	18,1	33	16,6	54	<b>27,1</b>
		Wszyscy	48	6,6	73	10,1	111	15,3	124	17,1	134	18,5	102	14,1	133	18,3
Wino	Miesiąc poprzedzający badanie	W	212	<b>64,6</b>	90	27,4	19	5,8	7	2,1	Ze względu na warunki wiarygodności statystycznej testu odpowiedzi „6-9”, „10-19”, „20-39” i „40 lub więcej” połączono w „6 lub więcej”					
		<5	72	<b>77,4</b>	18	19,4	2	2,2	1	1,1						
		5-50	67	<b>63,8</b>	27	25,7	5	4,8	6	5,7						
		>50	125	<b>62,8</b>	56	28,1	11	5,5	7	3,5						
		Wszyscy	476	<b>65,7</b>	191	26,3	37	5,1	21	2,9						
	Rok poprzedzający badanie	W	70	21,3	90	<b>27,4</b>	89	<b>27,1</b>	39	11,9	28	8,5	2	0,6	10	3,0
		<5	33	35,5	39	<b>41,9</b>	14	15,1	3	3,2	1	1,1	1	1,1	2	2,2
		5-50	33	<b>31,4</b>	30	28,6	19	18,1	11	10,5	5	4,8	3	2,9	3	2,9
		>50	40	20,1	54	<b>27,1</b>	45	22,6	24	12,1	21	10,6	6	3,0	9	4,5
		Wszyscy	176	24,3	213	29,4	167	23,1	77	10,6	55	7,6	12	1,7	24	3,3
Wódka lub inny napój spirytusowy	Miesiąc poprzedzający badanie	W	180	<b>54,9</b>	98	29,9	31	9,5	19	5,8	Ze względu na warunki wiarygodności statystycznej testu odpowiedzi „6-9”, „10-19”, „20-39” i „40 lub więcej” połączono w „6 lub więcej”					
		<5	72	<b>77,4</b>	13	14,0	2	2,2	6	6,5						
		5-50	68	<b>64,8</b>	26	24,8	2	1,9	9	8,6						
		>50	107	<b>53,8</b>	61	30,7	17	8,5	14	7,0						
		Wszyscy	427	58,9	198	27,3	52	7,2	48	6,6						
	Rok poprzedzający badanie	W	52	15,9	95	<b>29,0</b>	67	20,4	44	13,4	29	8,8	16	4,9	25	7,6
		<5	58	<b>62,4</b>	12	12,9	12	12,9	3	3,2	2	2,2	2	2,2	4	4,3
		5-50	32	<b>30,5</b>	31	<b>29,5</b>	9	8,6	10	9,5	8	7,6	7	6,7	8	7,6
		>50	35	17,6	30	15,1	42	<b>21,1</b>	34	17,1	32	16,1	12	6,0	13	6,5
		Wszyscy	177	24,4	168	23,2	130	18,0	91	12,6	71	9,8	37	5,1	50	6,9

Także ilość wypijanego zwykle jednorazowo alkoholu była istotnie statystycznie związana z miejscem zamieszkania ankietowanych (Tab. 40). W przypadku piwa we wszystkich wyodrębnionych podgrupach najczęściej zaznaczano odpowiedź „1-2 porcje”, jednak najwyraźniej dominuje ona w grupie „miasto do 5 tys. mieszkańców” (66,7%). Najczęściej największe ilości piwa spożywane są jednorazowo w dużych miastach (14,6%), najrzadziej – w najmniejszych miastach (3,2%). Statystycznie najczęściej wcale nie pili piwa studenci pochodzący lub mieszkający na wsi (8,5%).

W przypadku ilości wypijanego zwykle wina sytuacja okazała się bardzo podobna – ponownie najczęściej udzielono odpowiedzi odnoszącej się do 1-2 porcji we wszystkich wyodrębnionych podgrupach (choć w przypadku mieszkańców najmniejszych miast z równą częstotliwością zaznaczano odpowiedź „Wcale” – 36,6%). Mimo to dało się zauważyć inne związki istotne statystycznie. Wina najczęściej nie pito w ogóle (lub tylko mniej niż jedną porcję jednorazowo) w najmniejszych i średnich miastach (odpowiednio 36,6% i 31,4%), najrzadziej pito je w dużych ilościach także w najmniejszych miastach (1,1%). W największych miastach mieszka statystycznie najwięcej respondentów, którzy w ciągu roku poprzedzającego badanie wypijali jednorazowo co najmniej 5 porcji wina (7,0%).

W przypadku wódki i innych napojów spirytusowych rozkład odpowiedzi był dużo bardziej zróżnicowany. Mieszkańcy małych i średnich miast najczęściej nie pili wódki w ogóle (62,4% i 30,5%). Mieszkańcy wsi najczęściej spożywali jednorazowo 1-2 porcje wódki (29,0%), a mieszkańcy największych miast – co najmniej kilka porcji (31,7%), przy czym obie te grupy stosunkowo często zaznaczały trzy klasy odpowiedzi odnoszące się do największych ilości alkoholu. Względnie sporo respondentów nie spożywa wódki w ogóle, bardzo mało (we wszystkich wyodrębnionych podklasach) wypija na raz mniej niż 1 kieliszek (taka porcja jest zresztą trudno dostępna).

**Tab. 40.** Rodzaj i przeciętna ilość najczęściej wypijanego napoju alkoholowego - w zależności od miejsca pochodzenia ankietowanych

Rodzaj napoju	Miejsce	Wcale		<1 porcja		1-2 porcje		3-4 porcje		więcej	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	W	28	<b>8,5</b>	81	<b>24,7</b>	147	<b>44,8</b>	50	15,2	22	6,7
	<5	3	3,2	10	10,8	62	<b>66,7</b>	15	16,1	3	3,2
	5-50	7	6,7	24	22,9	42	<b>40,0</b>	22	<b>21,0</b>	10	9,5
	>50	12	6,0	37	18,6	82	<b>41,2</b>	39	19,6	29	<b>14,6</b>
	Wszyscy	50	6,9	152	21,0	333	<b>45,9</b>	126	17,4	64	8,8
Wino	W	69	21,0	79	<b>24,1</b>	136	<b>41,5</b>	37	11,3	7	2,1
	<5	34	<b>36,6</b>	20	21,5	34	<b>36,6</b>	4	4,3	1	1,1
	5-50	33	31,4	21	20,0	39	<b>37,1</b>	7	6,7	5	4,8
	>50	41	20,6	45	22,6	71	<b>35,7</b>	28	<b>14,1</b>	14	<b>7,0</b>
	Wszyscy	177	24,4	165	22,8	280	<b>38,6</b>	76	10,5	27	3,7
Wódka lub inny napój spirytusowy	W	52	15,9	30	9,1	95	<b>29,0</b>	83	25,3	68	20,7
	<5	58	<b>62,4</b>	4	4,3	10	10,8	8	8,6	13	14,0
	5-50	32	<b>30,5</b>	7	6,7	25	23,8	19	18,1	22	21,0
	>50	36	18,1	13	6,5	35	17,6	52	26,1	63	<b>31,7</b>
	Wszyscy	178	24,6	54	7,4	165	22,8	162	22,3	166	22,9

Zbadano również zachowania badanych w zakresie spożywania alkoholu w odniesieniu do ich poziomu dochodów. Znalaziono dalsze zależności istotne statystycznie.

Dla okresu miesięcznego poprzedzającego badanie częstotliwość spożywania wina oraz wódki i innych napojów spirytusowych okazała się istotnie statystycznie związana z poziomem dochodów ankietowanych. W celu spełnienia warunków wiarygodności testu należało połączyć klasy odpowiedzi oznaczające najczęstsze spożywanie alkoholu w klasę „co najmniej 5 razy”. Najczęściej wskazywane wyniki przez poszczególne grupy respondentów to zawsze „Wcale”, ale ich intensywność różni się



dość wyraźnie. Osoby o najniższych dochodach okazały się najczęściej odpowiadającymi „Wcale” (71,1%, w przypadku wina, 65,7% w przypadku wódki). Można zauważyć, że odpowiedzi „5 razy lub więcej” najczęściej udzielają osoby o najwyższych dochodach (8,7% dla wina, 17,4% dla wódki). Nie wykryto statystycznie istotnych zależności tego rodzaju dla spożywania żadnego rodzaju alkoholu w ujęciu rocznym (Tab. 41).

**Tab. 41.** Rodzaj i częstotliwość spożywania napoju alkoholowego w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie - w zależności od dochodu badanych

Rodzaj napoju/czas	Dochód	Ani razu		1-2 razy		3-5 razy		>5 razy	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Wino (miesiąc poprzedzający badanie)	<300	197	<b>71,1</b>	66	23,8	11	4,0	3	1,1
	301-750	226	<b>59,8</b>	118	<b>31,2</b>	22	5,8	12	3,2
	>750	53	<b>76,8</b>	6	8,7	4	5,8	6	<b>8,7</b>
	Wszyscy	476	65,7	190	26,2	37	5,1	21	2,9
Wódka (miesiąc poprzedzający badanie)	<300	182	<b>65,7</b>	62	22,4	20	7,2	13	4,7
	301-750	206	<b>54,5</b>	121	<b>32,0</b>	28	7,4	23	6,1
	>750	38	<b>55,1</b>	15	21,7	4	5,8	12	<b>17,4</b>
	Wszyscy	426	58,8	198	27,3	52	7,2	48	6,6

Liczba przypadków wypicia dużej ilości alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w zależności od dochodów ankietowanych także była istotnie statystycznie związana z dochodami respondentów. Badani osiągający najniższe dochody najczęściej nie zanotowali ani jednego takiego przypadku (57,8%) przy 44,9% dla osób najbogatszych. Zupełnie odwrotną sytuację widać dla co najmniej 10 przypadków wypicia dużej ilości alkoholu – taką odpowiedź zaznaczyło tylko 0,7% najuboższych respondentów, a 7,2% osiągających najwyższe dochody. Ta druga grupa najczęściej zaznaczała również odpowiedzi „3-5 razy” i „6-9 razy” (Tab. 42).

**Tab. 42.** Liczba przypadków jednorazowego wypicia dużej ilości alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie - w zależności od dochodów ankietowanych

Pytanie	Płeć	Ani razu		1 raz		2 razy		3-5 razy		6-9 razy		>9 razy	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni wypiteś(aś) 5 lub więcej „drinków” z rzędu?	<300	160	<b>57,8</b>	54	19,5	35	12,6	22	7,9	4	1,4	2	0,7
	301-750	174	46,0	75	19,8	75	<b>19,8</b>	36	9,5	9	2,4	9	2,4
	>750	31	44,9	12	17,4	8	11,6	9	<b>13,0</b>	4	5,8	5	<b>7,2</b>
	Wszyscy	365	50,4	141	19,5	118	16,3	67	9,3	17	2,3	16	2,2

Oprócz dochodów samych ankietowanych, analizowano także sytuację materialną ich rodziców oraz opiekunów. Znalaziono w tym przypadku nawet większą liczbę istotnych statystycznie zależności.

W ujęciu rocznym w przypadku spożywania piwa warte zainteresowania jest przemieszczanie się najczęściej udzielanej odpowiedzi w prawą stronę skali porządkowej w miarę wzrostu dochodu rodziców (opiekunów) badanych. Dzieci rodziców o najniższych dochodach najczęściej odpowiadały „1-2 razy” (27,0%), tych o wystarczających dochodach – „10-19 razy” (21,3%), a tych o najwyższych – „40 razy lub więcej” (27,7%). Podobnie osoby mające biedniejszych rodziców rzadziej piły wino: grupa „nie wystarczają na podstawowe potrzeby” – najczęściej odpowiadała „Wcale” (35,1%), grupa „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby” – „1-2 razy” (33,5%) i wreszcie grupa „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” – „3-5 razy” (27,7%). Widać także, że dzieci rodziców o najwyższych dochodach udzielają nieco częściej odpowiedzi „10-19 razy”. Dla wódki i innych napojów spirytusowych wyniki były inne – dzieci rodziców o najniższych dochodach najczęściej udzielały odpowiedzi „1-2 razy” (37,8%), ale tak samo uczyniły dzieci najbogatszych rodziców (20,7%).

Z kolei przedstawiciele grupy „trudno powiedzieć” i dzieci rodziców o wystarczających dochodach najczęściej zaznaczali odpowiedź „Nie piłem” (odpowiednio 28,4% oraz 31,9%).

W ciągu miesiąca poprzedzającego badanie w przypadku wódki i innych napojów spirytusowych przedstawiciele prawie wszystkich grup respondentów najczęściej odpowiadali „nie piłem”, tylko w grupie, w której rodzice nie uzyskują nawet wystarczających dochodów, najczęściej wybierano odpowiedź „1-2 razy” (51,4%). W przypadku innych grup liczba odpowiedzi „nie piłem” bardzo wyraźnie przeważa nad innymi. Z kolei to dzieci najbogatszych rodziców najczęściej odpowiadali „3-5 razy” oraz „6 razy lub więcej” – im ubożsi rodzice, tym mniej tego rodzaju odpowiedzi, choć ich bezwzględna liczba była niewielka. Z kolei jeżeli chodzi o piwo - przedstawiciele wszystkich grup najczęściej zaznaczali odpowiedź „1-2 razy”, ale daje się zauważyć, że dzieci najuboższych rodziców wyjątkowo rzadko piły piwo więcej niż 5 razy w omawianym okresie. Co ciekawe, osoby nieumiejące opisać poziomu dochodów swoich rodziców nieoczekiwanie często (27,3%) nie piły piwa ani razu a wysoki odsetek odpowiedzi „Wcale” w tej grupie zauważyć można też dla niektórych innych napojów (Tab. 43). Oznaczenia w kolumnie „Dochód” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”, + „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

**Tab. 43.** Rodzaj i częstotliwość spożywania napoju alkoholowego - w zależności od dochodów rodziców lub opiekunów ankietowanych

Rodzaj napoju	Czas	Dochód	Wcale		1-2 razy		3-5 razy		6-9 razy		10-19 razy		20-39 razy		>39 razy	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	Miesiąc poprzedzający badanie	-	6	16,2	15	<b>40,5</b>	10	27,0	2	5,4	2	5,4	2	5,4	Połączono w odpowiedzi „20 lub więcej”	
		=	60	16,8	112	<b>31,4</b>	79	22,1	86	24,1	10	2,8	10	2,8		
		+	43	17,8	79	<b>32,6</b>	57	23,6	33	13,6	18	7,4	12	5,0		
		?	24	<b>27,3</b>	25	<b>28,4</b>	22	25,0	5	5,7	9	10,2	3	3,4		
		Wszyscy	133	18,4	231	31,9	168	23,2	126	17,4	39	5,4	27	3,7		
	Rok poprzedzający badanie	-	4	10,8	10	<b>27,0</b>	5	13,5	5	13,5	3	8,1	5	13,5	5	13,5
		=	22	6,2	39	10,9	66	18,5	63	17,6	76	<b>21,3</b>	45	12,6	46	12,9
		+	12	5,0	13	5,4	30	12,4	36	14,9	39	16,1	45	18,6	67	<b>27,7</b>
		?	10	11,4	11	12,5	10	11,4	19	<b>21,6</b>	16	18,2	7	8,0	15	17,0
		Wszyscy	48	6,6	73	10,1	111	15,3	123	17,0	134	18,5	102	14,1	133	18,4
Wino	Miesiąc poprzedzający badanie	-	21	56,8	11	29,7	3	8,1	2	5,4	Ze względu na warunki wiarygodności statystycznej testu odpowiedzi „6-9”, „10-19”, „20-39” i „40 lub więcej” połączono w „6 lub więcej”					
		=	236	66,1	94	26,3	19	5,3	8	2,2						
		+	153	63,2	68	28,1	13	5,4	8	3,3						
		?	65	73,9	18	20,5	2	2,3	3	3,4						
		Wszyscy	475	65,6	191	26,4	37	5,1	21	2,9						
	Rok poprzedzający badanie	-	13	<b>35,1</b>	11	29,7	4	10,8	4	10,8	2	5,4	3	8,1	Połączono w odpowiedzi „20 lub więcej”	
		=	92	25,8	120	<b>33,6</b>	81	22,7	27	7,6	23	6,4	14	3,9		
		+	42	17,4	59	24,4	67	<b>27,7</b>	33	13,6	27	11,2	13	5,4		
		?	29	33,0	22	25,0	15	17,0	13	14,8	3	3,4	6	6,8		
		Wszyscy	176	24,3	212	29,3	167	23,1	77	10,7	55	7,6	36	5,0		
Wódka lub inny napój spirytusowy	Miesiąc poprzedzający badanie	-	17	45,9	19	<b>51,4</b>	1	2,7	0	0,0	Ze względu na warunki wiarygodności statystycznej testu odpowiedzi „6-9”, „10-19”, „20-39” i „40 lub więcej” połączono w „6 lub więcej”					
		=	224	<b>62,7</b>	90	25,2	24	6,7	19	5,3						
		+	130	<b>53,7</b>	65	26,9	25	10,3	22	9,1						
		?	55	<b>62,5</b>	24	27,3	2	2,3	7	8,0						
		Wszyscy	426	58,8	198	27,3	52	7,2	48	6,6						
	Rok poprzedzający badanie	-	8	21,6	14	<b>37,8</b>	9	24,3	2	5,4	2	5,4	1	2,7	1	2,7
		=	114	<b>31,9</b>	83	23,2	60	16,8	38	10,6	28	7,8	17	4,8	16	4,5
		+	30	12,4	50	<b>20,7</b>	47	19,4	37	15,3	32	13,2	18	7,4	28	11,6
		?	25	<b>28,4</b>	21	23,9	13	14,8	14	15,9	9	10,2	1	1,1	5	5,7
		Wszyscy	29	17,2	22	13,0	15	8,9	13	7,7	3	1,8	37	21,9	50	29,6

Dla wina wypijanego w okresie miesiąca poprzedzającego badanie nie wykryto istotnych statystycznie zależności związanych z dochodami rodziców (opiekunów) ankietowanych.

Również ilość wypijanego jednorazowo alkoholu jest istotnie statystycznie związana z poziomem zamożności rodziców lub opiekunów ankietowanych osób (Tab. 44). Jedynym napojem alkoholowym, dla którego takiej zależności nie wykazano, okazało się piwo. Nawet jednak dla tego napoju widać, że dzieci uboższych rodziców najczęściej zaznaczały odpowiedź „najwyżej 1 porcja” (37,8%), a dzieci najbogatszych rodziców wyjątkowo często w porównaniu do innych grup – „5 porcji lub więcej” (12,8%). W przypadku wina – gdzie już wykryte zależności są istotne statystycznie – zwykle najczęściej udzielaną odpowiedzią jest „1-2 porcje” (od 44,3% do 47,9%), tylko grupa „trudno powiedzieć” najczęściej wina nie pija (33,0%). Widać również, że dzieci najbogatszych rodziców częściej niż inne piją 3-4 porcje alkoholu jednorazowo (14,5%, przy 2,7% dzieci najuboższych rodziców), a osoby z grupy „nie wystarczają nawet na pokrycie podstawowych potrzeb” wyjątkowo często wcale wina nie piją (35,1%), a wśród nich nie znalazł się ani jeden przypadek picia jednorazowo więcej niż 4 porcji. Rozkład odpowiedzi dla wódki lub innych napojów spirytusowych jest bardziej zróżnicowany – dzieci najbiedniejszych rodziców często nie piją tych napojów wcale (21,6%), ale jeszcze częściej spożywają jednorazowo 1-2 porcje (27,0%). Natomiast ankietowani, których rodzice osiągają wysokie dochody, bardzo często piją 5 lub więcej porcji wysokoprocentowego alkoholu (34,3% - to najczęściej wybierana przez nich odpowiedź). Ponownie widać względnie dużą liczbę odpowiedzi „Wcale” wśród respondentów nieumiejących odpowiedzieć na to pytanie (Tab. 44).

Oznaczenia w kolumnie „Dochód” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”, + „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

**Tab. 44.** Rodzaj i przeciętna ilość najczęściej wypijanego napoju alkoholowego - w zależności od poziomu dochodów rodziców ankietowanych

Napój alkoholowy	Dochód	Wcale		<1 porcja		1-2 porcje		3-4 porcje		więcej	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	-	4	10,8	14	<b>37,8</b>	13	35,1	4	10,8	2	5,4
	=	23	6,4	76	21,3	171	<b>47,9</b>	63	17,6	24	6,7
	+	13	5,4	44	18,2	109	<b>45,0</b>	45	18,6	31	<b>12,8</b>
	?	10	11,4	18	20,5	39	<b>44,3</b>	14	15,9	7	8,0
	Wszyscy	50	6,9	152	21,0	332	45,9	126	17,4	64	8,8
Wino	-	13	35,1	8	21,6	15	<b>40,5</b>	1	2,7	0	<b>0,0</b>
	=	93	26,1	86	24,1	132	<b>37,0</b>	33	9,2	13	3,6
	+	42	17,4	47	19,4	109	<b>45,0</b>	35	<b>14,5</b>	9	3,7
	?	29	<b>33,0</b>	24	27,3	23	26,1	7	8,0	5	5,7
	Wszyscy	177	24,4	165	22,8	279	38,5	76	10,5	27	3,7
Wódka lub inny napój spirytusowy	-	8	21,6	5	13,5	10	<b>27,0</b>	9	24,3	5	13,5
	=	115	<b>32,2</b>	26	7,3	91	25,5	67	18,8	58	16,2
	+	30	12,4	14	5,8	50	20,7	65	26,9	83	<b>34,3</b>
	?	25	<b>28,4</b>	9	10,2	14	15,9	20	22,7	20	22,7
	Wszyscy	178	24,6	54	7,5	165	22,8	161	22,2	166	22,9

Wykryto kolejne zależności istotne statystycznie między poziomem wykształcenia rodziców lub opiekunów ankietowanych osób a zachowaniami odnoszącymi się do spożywania alkoholu. Dla niektórych napojów istnieje taka zależność w odniesieniu do częstotliwości ich spożywania w ciągu roku i miesiąca poprzedzającego badanie. Wyniki tych obliczeń (Tab. 45) są zróżnicowane. Dla piwa – tylko w ujęciu 12-miesięcznym – lepsze wykształcenie rodziców zdaje się sprzyjać bardzo częstemu picciu piwa przez ich dzieci: 24,2% odpowiedzi „40 razy lub więcej”. Jest to najczęściej wybierana odpowiedź w tej grupie, podczas gdy dzieci gorzej wykształconych rodziców najczęściej zaznaczały „6-9 razy (21,0%). Dla wódki w ujęciu miesięcznym wskazać można, że dzieci lepiej wykształconych

rodziców (choć bezwzględnie nie jest ich wielu), relatywnie częściej spożywają ten alkohol kilka, a nawet kilkunastokrotnie w miesiącu. Także w dłuższej, rocznej, perspektywie czasowej ponad 2-krotnie więcej (9,9% do 4,7%) dzieci lepiej wykształconych rodziców często pije wysokoprocentowy alkohol. Z drugiej strony – najczęściej zaznaczana przez te osoby odpowiedź to „Wcale” (29,1%), podczas gdy w grupie dzieci rodziców gorzej wykształconych – to „1-2 razy” (27,2%) – Tab. 45.

**Tab. 45.** Rodzaj i częstotliwość spożywania napoju alkoholowego w zależności od poziomu wykształcenia rodziców lub opiekunów badanych (P – przeciętne, w – wyższe od przeciętnego)

Rodzaj napoju	Czas	Wykształcenie	Wcale		1-2 razy		3-5 razy		6-9 razy		10-19 razy		20-39 razy		>39 razy	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	Rok poprzedzający badanie	P	26	6,1	36	8,5	74	17,5	89	<b>21,0</b>	74	17,5	64	15,1	60	14,2
		W	22	7,3	37	12,3	37	12,3	35	11,6	60	19,9	38	12,6	73	<b>24,2</b>
		Wszyscy	48	6,6	73	10,1	111	15,3	124	17,1	134	18,5	102	14,1	133	18,3
Wódka lub inny napój spirytusowy	Miesiąc poprzedzający badanie	P	253	59,8	117	27,7	37	8,7	12	2,8	2	0,5	2	0,5	Połączono w odpow. „>20 razy”	
		W	174	57,6	81	26,8	15	5,0	16	<b>5,3</b>	5	<b>1,7</b>	11	<b>3,6</b>		
		Wszyscy	427	58,9	198	27,3	52	7,2	28	3,9	7	1,0	13	1,8		
	Rok poprzedzający badanie	P	89	21,0	115	<b>27,2</b>	80	18,9	56	13,2	42	9,9	21	5,0	20	4,7
		W	88	<b>29,1</b>	53	17,5	50	16,6	35	11,6	29	9,6	16	5,3	30	<b>9,9</b>
		Wszyscy	177	24,4	168	23,2	130	18,0	91	12,6	71	9,8	37	5,1	50	6,9

Częstotliwość picia piwa i wina okazała się też statystycznie istotnie zależna od uczelni, na której studiują ankietowani (zależności takiej nie wskazano w przypadku wódki) - Tab. 46. W przypadku piwa więcej studentów UAM nie piło go w ogóle (28,5% w ciągu ostatniego miesiąca i 11,1% w ciągu roku), z kolei studenci PWSZ częściej spożywali piwo 3-5 razy (25,3%) i 6-9 razy (18,6%) w ciągu miesiąca, a 10-19 razy (20,8%) w ciągu roku poprzedzającego badanie. Więcej studentów UAM w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie piło wino przynajmniej 3 razy. Badania w ujęciu rocznym potwierdzają, że studenci PWSZ rzadziej piją wino regularnie (Tab. 46).

**Tab. 46.** Częstotliwość picia piwa oraz wina - w zależności od uczelni, na której studiują ankietowani

Rodzaj napoju	Czas	Uczelnia	Wcale		1-2 razy		3-5 razy		6-9 razy		10-19 razy		20-39 razy		>39 razy	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Piwo	Miesiąc poprzedzający badanie	UAM	41	<b>28,5</b>	52	36,1	21	14,6	18	12,5	6	4,2	2	1,4	4	2,8
		PWSZ	92	15,8	180	31,0	147	<b>25,3</b>	108	18,6	33	5,7	10	1,7	11	1,9
		Wszyscy	133	18,3	232	32,0	168	23,2	126	17,4	39	5,4	12	1,7	15	2,1
	Rok poprzedzający badanie	UAM	16	<b>11,1</b>	15	10,4	26	18,1	21	14,6	13	9,0	24	16,7	29	20,1
		PWSZ	32	5,5	58	10,0	85	14,6	103	17,7	121	<b>20,8</b>	78	13,4	104	17,9
		Wszyscy	48	6,6	73	10,1	111	15,3	124	17,1	134	18,5	102	14,1	133	18,3
Wino	Miesiąc poprzedzający badanie	UAM	86	59,7	34	23,6	16	<b>11,1</b>	8	<b>5,6</b>	Odpowiedzi „6-9”, „10-19”, „20-39” i „40 lub więcej” połączono w „6 lub więcej”					
		PWSZ	390	67,1	157	27,0	21	3,6	13	2,2						
		Wszyscy	476	65,7	191	26,3	37	5,1	21	2,9						
	Rok poprzedzający badanie	UAM	25	17,4	30	20,8	32	22,2	27	<b>18,8</b>	16	<b>11,1</b>	6	4,2	7	4,9
		PWSZ	151	<b>26,0</b>	183	<b>31,5</b>	135	23,2	50	8,6	39	6,7	6	1,0	17	2,9
		Wszyscy	176	24,3	213	29,4	167	23,1	77	10,6	55	7,6	12	1,7	24	3,3

Z uczelnią, na której studiują respondenci, istotnie statystycznie powiązana jest też przeciętna ilość zwykle spożywanego wina oraz wódki lub innego napoju spirytusowego (tym razem takiej zależności nie odkryto dla piwa) - Tab. 47. Studenci PWSZ częściej w ogóle unikają picia wina oraz mocnych alkoholi, częściej wypijają 1-2 porcje wina, a rzadziej 3-4 jego porcje lub więcej. Studenci UAM znacznie częściej wypijają natomiast 3-4 porcje wódki lub innego napoju alkoholowego.

**Tab. 47.** Przeciętna ilość najczęściej wypijanego napoju alkoholowego - w zależności od uczelni, na której studiują ankietowani

Rodzaj napoju	Miejsce	Wcale		<1 porcja		1-2 porcje		3-4 porcje		więcej	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wino	UAM	24	<b>16,7</b>	37	25,7	50	<b>34,7</b>	25	<b>17,4</b>	8	5,6
	PWSZ	153	<b>26,3</b>	128	22,0	230	<b>39,6</b>	51	<b>8,8</b>	19	3,3
	Wszyscy	177	24,4	165	22,8	280	38,6	76	10,5	27	3,7
Wódka lub inny napój spirytusowy	UAM	27	<b>18,8</b>	11	7,6	28	19,4	48	<b>33,3</b>	30	20,8
	PWSZ	151	<b>26,0</b>	43	7,4	137	23,6	114	<b>19,6</b>	136	23,4
	Wszyscy	178	24,6	54	7,4	165	22,8	162	22,3	166	22,9

## 5.4 Zazywanie substancji psychoaktywnych

### 5.4.1 Wiek pierwszego zażycia substancji psychoaktywnej

Respondentom zadano pytanie, odnoszące się w swej treści ogólnie do zazywania różnego rodzaju substancji psychoaktywnych i jako takie zostało istotnie rozbudowane. Zawierało kilkanaście opcji, z których każda była związana z konkretną substancją psychoaktywną. Ponadto respondenci wprowadzali wiek, w którym pierwszy raz zetknęli się z daną substancją. Zapytano o następujące substancje (w nawiasie podano oznaczenie opcji, używane w tabelach):

- (p11\_1) kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne
- (p11\_2) marihuana lub haszysz
- (p11\_3) amfetamina (speed)
- (p11\_4) ecstasy
- (p11\_5) LSD
- (p11\_6) grzyby halucynogenne
- (p11\_7) crack
- (p11\_8) heroina (w tym „brown sugar”)
- (p11\_9) tzw. Polska heroina, „kompot”
- (p11\_10) kokaina
- (p11\_11) sterydy anaboliczne
- (p11\_12) wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych
- (p11\_13) inny środek

Spośród ankietowanych, którzy zażywali wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (pyt. p11\_12), 3 podało nazwy stosowanych medykamentów – Persen {uspokajający lek ziołowy zawierający wyciąg z korzenia kozłka lekarskiego} i Hydroksyzyna {lek psychotropowy, pochodna piperazyny} (2 odpowiedzi) oraz Alprox (alprazolam – anksjolityk z grupy benzodiazepin) (1 odpowiedź).

Wśród 725 ankietowanych 546 osób (75,3%) wskazało na brak kontaktu z substancjami psychoaktywnymi. Dla pozostałych 179 osób (24,7%) najbardziej popularną substancją psychoaktywną okazała się marihuana lub haszysz (126 ankietowanych, 17,4% wszystkich respondentów), znacznie wyprzedzając sterydy anaboliczne (36 odpowiedzi, 5,0%) oraz amfetaminę (31 odpowiedzi, 4,3% ankietowanych). Kilka osób wskazało na ecstasy (17, 2,3%) oraz wydawane na receptę środki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (11, 1,5%), natomiast kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne oraz heroina zostały wskazane tylko przez pojedynczych respondentów (odpowiednio 2 i 1 osoba). Nie zanotowano przypadków użycia: LSD, grzybów halucynogennych, cracku, „kompotu”, kokainy oraz substancji niewymienionej na powyższej

liście (Tab. 48). Spośród ankietowanych, którzy zażywali wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (pyt. p11\_12), 2 osoby podały nazwy stosowanych medykamentów – w jednym przypadku był to Persen, w drugim – 3 leki: Persen, Hydroksyzyna oraz Alprox.

**Tab. 48.** Liczba ankietowanych, którzy użyli jednej z wskazanych substancji psychoaktywnych wraz z liczbą przypadków zażycia środka (oznaczenia substancji wyjaśniono powyżej)

Liczba przypadków zażycia środka		Liczba wskazań												
		p11_1	p11_2	p11_3	p11_4	p11_5	p11_6	p11_7	p11_8	p11_9	p11_10	p11_11	p11_12	p11_13
Nigdy		723	599	694	708	725	725	725	724	725	725	689	714	<b>725</b>
1-2 razy		2	46	11	9	0	0	0	0	0	0	6	5	0
3-5 razy		0	43	6	3	0	0	0	0	0	0	10	3	0
6-9 razy		0	14	5	0	0	0	0	0	0	0	10	1	0
10-19 razy		0	13	4	5	0	0	0	0	0	0	8	0	0
20-39 razy		0	5	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
40 i więcej razy		0	5	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0
SUMA (bez „Nigdy”)	n	2	<b>126</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	0	0	0	1	0	0	<b>36</b>	<b>11</b>	0
	%	0,3%	<b>17,4%</b>	<b>4,3%</b>	<b>2,3%</b>	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	<b>5,0%</b>	<b>1,5%</b>	0,0%

Poniżej (Tab. 49) przedstawiono rozkład odpowiedzi według wieku pierwszego użycia dla poszczególnych wskazanych substancji psychoaktywnych. Uwzględniono jedynie te opcje pytania, które odpowiadały substancjom psychoaktywnym przynajmniej raz zażytem przez respondentów. Najmłodszy wiek pierwszego zażycia substancji psychoaktywnej zanotowano dla marihuany lub haszyszu (13 lat, 1 osoba) oraz amfetaminy i sterydów anabolicznych (w obu przypadkach opcję tę wskazał 1 ankietowany w wieku 14 lat). Respondenci najpóźniej zaczynają zażywać wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (19 lat – 3 respondentów), a jedyny badany, który zażywał heroinę, uczynił to po raz pierwszy w wieku 22 lat.

**Tab. 49.** Wiek zażycia po raz pierwszy substancji psychoaktywnej - z podziałem na rodzaj środka (oznaczenia substancji wyjaśniono powyżej)

Wiek 1. zażycia	Liczba wskazań							SUMA
	p11_1	p11_2	p11_3	p11_4	p11_8	p11_11	p11_12	
13 lat		1						<b>1</b>
14 lat			1				1	<b>2</b>
15 lat		11	2	1			1	<b>15</b>
16 lat	1	32	4				4	<b>40</b>
17 lat		38	12	4			8	<b>62</b>
18 lat		24	6	6			11	<b>47</b>
19 lat		12	2	1			5	<b>23</b>
20 lat		5	3	5			3	<b>18</b>
21 lat		2	1				2	<b>8</b>
22 lata					1	1	1	<b>3</b>
23 lata							1	<b>1</b>
SUMA	<b>1</b>	<b>125</b>	<b>31</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>220</b>

Przeprowadzono testy statystyczne, które miały na celu porównanie, czy wiek pierwszego użycia substancji psychoaktywnej przez respondentów jest istotnie związany statystycznie w zależności od przyjmowanego środka. W tym celu zbadano podstawowe parametry statystyczne serii danych odnoszących się do wieku pierwszego zażycia wskazanego środka. Z uwagi na licznosc poszczególnych grup, do badań obrano jedynie 5 opcji:

- (p11\_2) marihuana lub haszysz
- (p11\_3) amfetamina (speed)
- (p11\_4) ecstasy
- (p11\_11) sterydy anaboliczne
- (p11\_12) wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych

Tab. 50 przedstawia zestawienie podstawowych parametrów statystycznych badanej próby. Najniższa wartość średnia została odnotowana dla marihuany lub haszyszu (17,07 roku), a najwyższa dla wydawanych na receptę leków nasennych i uspokajających (19,53 roku).

**Tab. 50.** Zestawienie podstawowych parametrów statystycznych badanej próby w odniesieniu do wieku pierwszego zażycia wskazanej substancji psychoaktywnej (oznaczenia substancji wyjaśniono powyżej)

Parametry	p11_2	p11_3	p11_4	p11_11	p11_12
n (liczność próby)	126	31	17	36	10
Min	13	14	15	14	19
Max	21	21	20	22	23
Średnia	<b>17,07</b>	17,39	18,24	17,94	<b>19,53</b>
Odchylenie standardowe	1,432	1,564	1,437	1,689	1,354
Współczynnik zmienności	8,39%	8,99%	7,88%	9,41%	6,93%
Rozkład normalny	nie	nie	nie	nie	tak

Następnie zbadano, czy uzyskane różnice są istotne statystycznie. Z uwagi na fakt, że tylko 1 próbka charakteryzuje się rozkładem normalnym (oznacza to, że – z wyjątkiem wydawanych na receptę leków nasennych i uspokajających – brak jest określonego wieku, wokół którego występuje największe nasilenie przypadków pierwszego zażycia konkretnej substancji), nie było możliwości zastosowania testu t-Studenta. W jego miejsce zastosowano test Manna-Whitneya. Wyniki przeprowadzonych testów przedstawia kolejna tabela (Tab. 51). W tabeli opcje posortowano względem uzyskanej w poprzednich testach wartości średniej.

**Tab. 51.** Badanie statystycznej istotności różnic wartości średnich wieku pierwszego zażycia wskazanej substancji psychoaktywnej (oznaczenia substancji wyjaśniono powyżej).

Opcja (wartość średnia)	p11_2 (śr. 17,07)	p11_3 (śr. 17,39)	p11_11 (śr. 17,94)	p11_4 (śr. 18,24)	p11_12 (śr. 19,53)
p11_2 (śr. 17,07)		nieznacząca statystycznie	znacząca statystycznie	znacząca statystycznie	znacząca statystycznie
p11_3 (śr. 17,39)			nieznacząca statystycznie	nieznacząca statystycznie	znacząca statystycznie
p11_11 (śr. 17,94)				nieznacząca statystycznie	znacząca statystycznie
p11_4 (śr. 18,24)					znacząca statystycznie
p11_12 (śr. 19,53)					

Rezultaty pozwalają stwierdzić, że dla badanej próby:

- Średni wiek pierwszego zażycia leków uspokajających i nasennych wydawanych na receptę jest statystycznie znacząco wyższy niż średni wiek pierwszego zażycia dowolnej innej substancji objętej tym testem (tj. takiej, którą zażyło przynajmniej 2 ankietowanych z jednoczesnym wskazaniem wieku pierwszego zażycia)

- Średni wiek pierwszego zażycia marihuany lub haszyszu jest statystycznie znacząco niższy niż średni wiek pierwszego zażycia nie tylko leków uspokajających i nasennych wydawanych na receptę (co wiadomo z poprzedniego wniosku), ale także sterydów anabolicznych oraz ecstasy.

W kolejnym etapie badań zdecydowano się sprawdzić, czy wiek pierwszego zażycia poszczególnych substancji psychoaktywnych przez respondentów jest istotnie statystycznie związany z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi. Za godne uwagi uznano następujące czynniki:

- płeć
- fakt zamieszkiwania z rodzicami
- fakt zamieszkiwania samemu
- wielkość miejscowości zamieszkania
- poziom dochodów rodziców
- poziom wykształcenia rodziców
- uczelnia

Wyniki badań wskazują, że trudno w ten sposób uzyskać statystycznie istotną zależność. Pewną trudność sprawia w tym przypadku fakt, że respondenci zażywali względnie niewielu substancji psychoaktywnych (w omawianych badaniach uwzględniono tylko 3 najliczniej zażywane: marihuanę lub haszysz, amfetaminę (speed) oraz sterydy anaboliczne. Rezultaty testów ujęto w poniższej tabeli (Tab. 52). Podobnie, jak w poprzednim przypadku, skorzystano z testów Manna-Whitneya ze względu na fakt, że w większości przypadków rozkład odpowiedzi nie odpowiadał rozkładowi normalnemu.

**Tab. 52.** Badanie statystycznej istotności różnic wartości średnich wieku pierwszego zażycia wskazanej substancji psychoaktywnej w zależności od wybranych czynników socjodemograficznych.

Czynnik		p11_2 – marihuana lub haszysz			p11_3 – amfetamina („speed”)			p11_11 – sterydy anaboliczne		
		n	śr.	wynik	n	śr.	wynik	n	śr.	wynik
Płeć	Kobiety	57	17,12	nieznaczący statystycznie	14	16,86	nieznaczący statystycznie	1	17,00	test niemożliwy do wykonania
	Mężczyźni	69	17,03		17	17,82		35	17,97	
Mieszkanie z rodzicami	Tak	50	17,06	nieznaczący statystycznie	11	16,91	nieznaczący statystycznie	6	<b>15,83</b>	<b>znaczący statystycznie</b>
	Nie	76	17,08		20	17,65		30	<b>18,37</b>	
Mieszkanie samemu	Tak	12	16,50	nieznaczący statystycznie	1	16,00	test niemożliwy do wykonania	3	17,00	test niemożliwy do wykonania
	Nie	114	17,13		30	17,43		33	18,03	
Wykształcenie rodziców	Przeciętne	64	17,28	nieznaczący statystycznie	13	17,77	nieznaczący statystycznie	24	17,71	nieznaczący statystycznie
	Lepsze	62	16,85		18	17,11		12	18,42	
Uczelnia	UAM	24	17,17	nieznaczący statystycznie	6	16,33	nieznaczący statystycznie	0	-	test niemożliwy do wykonania
	PWSZ	102	17,05		25	17,64		36	17,94	
Poziom dochodów rodziców	< wystarcza	2	17,00	nieznaczący statystycznie	1	20,00	nieznaczący statystycznie	4	19,25	test niemożliwy do wykonania
	wystarcza	56	17,16		19	17,68		28	17,86	
	> wystarcza	57	16,96		10	16,60		4	17,25	
Miejsce zamieszkania	Wieś	41	<b>17,54</b>	nieznaczący statystycznie	11	17,45	nieznaczący statystycznie	14	18,00	nieznaczący statystycznie
	Miasto <5	5	<b>17,40</b>		6	17,00		15	17,13	
	Miasto 5-50	34	<b>16,94</b>		5	18,20		2	19,00	
	Miasto >50	45	<b>16,69</b>		9	17,11		5	19,80	

W tabeli Tab. 52 kolorem jasnoszarym zaznaczono grupy zbyt mało liczne dla wykonania testu. W przypadku podziału badanej grupy na więcej niż 2 klasy odpowiedzi (miało to miejsce dla dwóch ostatnich czynników socjodemograficznych) analizowano wszystkie kombinacje par (z wyłączeniem podgrup zbyt mało licznych). Przy założonym poziomie istotności 0,01 udało się zidentyfikować tylko jedną różnicę wartości średniej istotną statystycznie: respondenci mieszkający z rodzicami znacznie wcześniej po raz pierwszy próbują sterydów anabolicznych (w wieku 15,83 roku) niż badani



niemieszkający z rodzicami (18,37 roku). Należy zauważyć, że w kilku przypadkach wyznaczona wartość *p a posteriori* wahała się między 0,01 a 0,05, jednak zdecydowano się utrzymywać w ramach niniejszej pracy przyjętą wartość poziomu istotności 0,01. Interesującą tendencją – chociaż dla przyjętych założeń nie mogący zostać uznany za istotny statystycznie – można zauważyć dla zażywania marihuany lub haszyszu w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania ankietowanych. Im ta miejscowość większa, tym bardziej maleje średni wiek pierwszego zażycia tej substancji psychoaktywnej (Tab. 52).

#### 5.4.2 Rodzaje zażywanych substancji psychoaktywnych

Sprawdzono, czy poszczególne analizowane czynniki socjodemograficzne korelują z próbowaniem przez respondentów jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej (z wyłączeniem rozważań, co to dokładnie za środek). Wyniki badań przedstawia Tab. 53. Pominięto testy, w których występowała zbyt mała liczność grupy zażywającej substancje psychoaktywne, aby test mógł być wiarygodny statystycznie.

Statystycznie istotnie więcej mężczyzn (35,7%) niż kobiet (16,4%) choć raz w życiu spróbowało substancji psychoaktywnej – przewaga w liczbach względnych jest więcej niż dwukrotna. Z kolei więcej respondentów otrzymujących stypendium socjalne ma za sobą przynajmniej jedno zażycie substancji psychoaktywnej (29,5% do 17,7%). Mieszkanie z rodzicami oraz z rodzeństwem jest z kolei czynnikiem niesprzyjającym próbowaniu takich substancji (odpowiednio 21,8% do 31,6% i 18,8 do 29,5%). Ostatnim czynnikiem, dla którego wykryto zależność istotną statystycznie, jest miejsce zamieszkania – najczęściej bezpośredni kontakt z substancjami psychoaktywnymi mieli mieszkańcy średnich miast (36,2%), a najrzadziej – wsi (19,5%) – Tab. 53.

**Tab. 53.** Związek zażywania jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej przez ankietowanych z badanymi czynnikami socjodemograficznymi

Czynnik		Liczba osób, które zażyły jakikolwiek środek psychoaktywny		
		n	%	wynik
Płeć	Kobiety	68	16,4%	znaczący statystycznie
	Mężczyźni	111	35,7%	
Stypendium socjalne	Tak	52	17,7%	znaczący statystycznie
	Nie	127	29,5%	
Stypendium naukowe	Tak	5	20,0%	nieznaczący statystycznie
	Nie	174	24,9%	
Mieszkanie z rodzicami	Tak	112	21,8%	znaczący statystycznie
	Nie	67	31,6%	
Mieszkanie z rodzeństwem	Tak	61	18,8%	znaczący statystycznie
	Nie	118	29,5%	
Mieszkanie ze znajomymi	Tak	37	26,1%	nieznaczący statystycznie
	Nie	142	24,4%	
Mieszkanie samemu	Tak	15	42,9%	nieznaczący statystycznie
	Nie	164	23,8%	
Miejsce zamieszkania	Wieś	64	19,5%	znaczący statystycznie
	Miasto <5	23	24,7%	
	Miasto 5-50	38	36,2%	
	Miasto >50	53	28,5%	
Poziom dochodów ankietowanych	<300 PLN	58	20,9%	nieznaczący statystycznie
	301-750 PLN	99	26,2%	
	>750 PLN	21	30,4%	
Poziom dochodów rodziców ankietowanych	< wystarcza	10	27,0%	nieznaczący statystycznie
	wystarcza	91	25,5%	
	> wystarcza	66	27,3%	
	trudno powiedzieć	11	12,5%	

Czynnik		Liczba osób, które zażyły jakikolwiek środek psychoaktywny		
		n	%	wynik
Wykształcenie rodziców badanych	przeciętne	96	22,7%	nieznaczący statystycznie
	lepsze	83	27,5%	
Uczelnia	UAM	27	18,8%	nieznaczący statystycznie
	PWSZ	152	26,2%	

W odniesieniu do testów, dla których istotnych statystycznie zależności nie wykryto (choć w kilku przypadkach, gdyby założyć wyższy poziom istotności w badaniach, np. 0,05 – byłyby takie zależności), należy wskazać na fakt, że odsetek osób próbujących substancji psychoaktywnych rośnie wraz z poziomem ich dochodów, a także, że na PWSZ przeciętnie nieco częściej studenci mają za sobą taką próbę. Co ciekawe, częściej próbowali substancji psychoaktywnych ci ankietowani, których rodzice są lepiej wykształceni. W odniesieniu do mieszkania samemu duża względna różnica (42,9% takich respondentów próbowało substancji psychoaktywnych, a tylko 23,8% z drugiej podgrupy) nie przełożyła się na zależność wiarygodną statystycznie z uwagi na dużą dysproporcję bezwzględną w liczności podgrup (15 ankietowanych mieszkających samemu i 164 pozostałych) – obliczona wartość *p a posteriori* wyniosła 0,019, co tylko nieznacznie wykracza poza przyjęty poziom istotności, równy 0,01.

Następnie przeprowadzono badania mające na celu określenie, jakie czynniki socjodemograficzne mają wpływ na zażywanie konkretnego rodzaju substancji psychoaktywnej. W związku z faktem, że – w odniesieniu do poszczególnych substancji psychoaktywnych liczba zażywających je respondentów była najczęściej nieduża – w większości przypadków możliwe było tylko przeprowadzenie testów binarnych (zażywano/nie zażywano, bez rozbicia na liczbę przypadków zażycia). Badania realizowano dla 5 substancji psychoaktywnych, które zażywało najwięcej ankietowanych:

- (p11\_2) marihuana lub haszysz
- (p11\_3) amfetamina (speed)
- (p11\_4) ecstazy
- (p11\_11) sterydy anaboliczne
- (p11\_12) wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych

Poniższa tabela (Tab. 54) prezentuje wyniki opisanych testów. Ujęto w niej tylko te przypadki (nieliczne w odniesieniu do liczby wykonanych testów), które pozwoliły na wykrycie związków istotnych statystycznie. Udało się takie znaleźć tylko dla dwóch substancji: marihuany lub haszyszu i sterydów anabolicznych. Marihuanę albo haszysz zażywali częściej respondenci płci męskiej (22,2% badanych płci męskiej do 13,8% ankietowanych płci żeńskiej), nieotrzymujący stypendium socjalnego (21,4% do 11,6%), mieszkający samemu (34,3% do 16,5%) oraz zamieszkujący miasta średniej wielkości (24,5%, przy np. tylko 5,1% mieszkańców najmniejszych miast). Z kolei sterydy anaboliczne przyjmowali częściej również mężczyźni (11,3% do 0,2% ankietowanych kobiet), osoby niemieszkające z rodzicami ani z rodzeństwem (odpowiednio 9,0% do 3,3% oraz 7,5% do 1,8%), osoby mieszkające w najmniejszych miastach (13,9% do np. tylko 1,9% respondentów zamieszkujących miasta średnie), pochodzący z rodzin, które osiągają dochody niewystarczające do zaspokojenia podstawowych potrzeb (9,8% do np. 1,6% respondentów pochodzących z rodzin najbardziej zamożnych) i wreszcie studenci PWSZ (6,2% do 0%).

**Tab. 54.** Związek zażywania poszczególnych substancji psychoaktywnych z badanymi czynnikami socjodemograficznymi

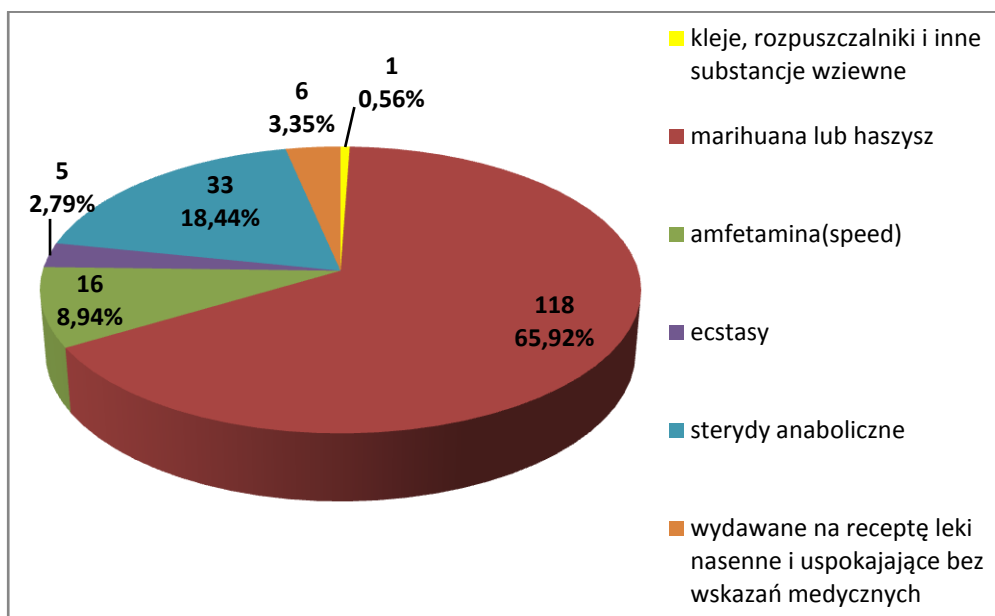
Czynnik		p11_2				p11_11			
		Nie zażyli		Zażyli		Nie zażyli		Zażyli	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobiety	357	86,2%	57	13,8%	413	99,8%	1	0,2%
	Mężczyźni	242	77,8%	69	22,2%	276	88,7%	35	11,3%
Stypendium socjalne	Tak	260	88,4%	34	11,6%				
	Nie	338	78,6%	92	21,4%				
Mieszkanie z rodzicami	Tak					496	96,7%	17	3,3%
	Nie					193	91,0%	19	9,0%
Mieszkanie z rodzeństwem	Tak					319	98,2%	6	1,8%
	Nie					370	92,5%	30	7,5%
Mieszkanie samemu	Tak	23	65,7%	12	34,3%				
	Nie	576	83,5%	114	16,5%				
Miejsce stałego zamieszkania	Wieś	328	88,9%	41	11,1%	328	95,9%	14	4,1%
	Miasto <5	93	94,9%	5	5,1%	93	86,1%	15	13,9%
	Miasto 5-50	105	75,5%	34	24,5%	105	98,1%	2	1,9%
	Miasto >50	186	80,5%	45	19,5%	186	97,4%	5	2,6%
Poziom dochodów rodziców	< wystarcza	Uwaga: w celu osiągnięcia wiarygodności statystycznej testu dla p_11 należało odrzucić klasę odpowiedzi „trudno powiedzieć”				37	90,2%	4	9,8%
	wystarcza					357	92,7%	28	7,3%
	> wystarcza					242	98,4%	4	1,6%
	trudno powiedzieć					88	100,0%	0	0,0%
Uczelnia	UAM					144	100,0%	0	0,0%
	PWSZ					545	93,8%	36	6,2%

Na pytania omówione w dalszej części niniejszego podrozdziału odpowiadały tylko osoby, które zaznaczyły, że zażywały jedną lub więcej ze wskazanych substancji psychoaktywnych. Wspomniana podgrupa respondentów liczyła 179 osób, co stanowi 24,7% wszystkich ankietowanych. Inne wielkości procentowe przytoczone w niniejszym podrozdziale odnoszą się tylko do grupy 179 badanych, którzy przyjmowali substancje psychoaktywne.

Odpowiedzi na pytanie o pierwszą zażytą substancję psychoaktywną przedstawia Ryc. 12. Rezultaty różnią się nieznacznie od wyników przedstawionych w Tab. 49, ponieważ w tym przypadku uwzględniają jedynie chronologicznie pierwszą zażytą substancję psychoaktywną (poprzednio natomiast ankietowani zaznaczali wiek pierwszego użycia wszystkich przyjmowanych substancji psychoaktywnych – w niektórych przypadkach była zaś więcej niż jedna).

Jak wynika z ryc. 12, najczęściej pierwszą zażytą substancją psychoaktywną była marihuana lub haszysz (niemal 2/3 przypadków, dokładnie 65,9%). Drugie miejsce w tej klasyfikacji zajęły sterydy anaboliczne – 18,4%<sup>3</sup>, a trzecie amfetamina (speed) – 8,9%. Pozostałe specyfiki były przyjmowane jako pierwsze co najwyżej w kilku przypadkach.

<sup>3</sup> Sterydy anaboliczne nie są zaliczane do substancji psychoaktywnych. Ponieważ jednak fakt ten często nie jest znany studentom, umieszczono je w odpowiedziach kwestionariusza ankiety.



**Ryc. 12.** Substancje psychoaktywne, które zostały zażyte przez ankietowanych jako pierwsze.

Ankietowanym zadano również pytanie o zażywanie substancji psychoaktywnych w ciągu roku poprzedzającym badanie. Rozkład odpowiedzi przedstawia Tab. 55. Oznaczenia opcji są analogiczne, jak podano dla Tab. 48, z tą różnicą, że (od numeru pytania w kwestionariuszu) ciąg „p11” zastępuje się ciągiem „p14”. W tabeli uwzględniono tylko odpowiedzi osób, które zażywały kiedykolwiek substancje psychoaktywne (180 osób) i to do nich odnoszą się wielkości procentowe w wierszu „%(1)”. Wielkości procentowe w wierszu „%(2)” odnoszą się do liczby respondentów, które zażywały kiedykolwiek wskazaną substancję uzależniającą – pozwala to ustalić, jak bardzo popularna była ona w ostatnim roku. Z tabeli usunięto ponadto kolumny odpowiadające substancjom psychoaktywnym, których nie zażywał nigdy żaden z ankietowanych.

Również w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed przeprowadzeniem badań największą „popularnością” cieszyła się marihuana lub haszysz (52 odpowiedzi, 28,9%), a w drugiej kolejności sterydy anaboliczne (26 odpowiedzi, 14,4%). Liczba osób zażywających sterydy tylko na przestrzeni roku poprzedzającego badanie osiągnęła 72,2% wszystkich próbujących kiedykolwiek tego środka. Wyższy procent (100,0%) zanotowano dla substancji wziewnych, jednakże odpowiada on tylko 2 wskazaniom (Tab. 55).

**Tab. 55.** Liczba ankietowanych, którzy użyli jednej ze wskazanych substancji psychoaktywnych w ciągu roku poprzedzającego badanie

Liczba przypadków zażycia środka	Liczba wskazań						
	p14_1	p14_2	p14_3	p14_4	p14_11	p14_12	
Wcale	178	128	174	179	154	174	
1-2 razy	1	28	3	0	2	2	
3-5 razy	0	20	2	1	23	0	
6-9 razy	0	3	1	0	0	0	
10-19 razy	1	1	0	0	0	1	
20-39 razy	0	0	0	0	1	1	
40 i więcej razy	0	0	0	0	0	2	
SUMA (bez „Wcale”)	n	2	52	6	1	26	6
	%(1)	1,1%	28,9%	3,3%	0,6%	14,4%	3,3%
	%(2)	100,0%	41,3%	19,4%	5,9%	72,2%	54,5%

Inne przygotowane pytanie (numer 22 w kwestionariuszu) również koncentrowało się na zażywaniu wskazanej substancji psychoaktywnej w ciągu ustalonego czasu poprzedzającego badanie – tym razem dotyczyło najkrótszego przedziału czasowego, mianowicie 30 dni poprzedzających badanie). Pytanie zostało rozbudowane o kilkanaście opcji – określających 13 różnych substancji psychoaktywnych w taki sam sposób jak opisano wyżej – z zastrzeżeniem kolejnej zmiany prefiksu na z p11 (lub p14) na p22. Oznaczenia opcji są zatem analogiczne do wcześniej omówionych analogicznych pytań (np. p22\_1 – kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne). Oznaczenia te używane są w poniższej Tab. 56. Liczba respondentów, którzy zaznaczyli, że zażywali substancje psychoaktywne w ciągu omawianego okresu, wyniosła 40 (jest to 22,2% ankietowanych, którzy choć raz zażyli takie substancje oraz 5,6% wszystkich badanych). Znaczenie wierszy %(1) oraz %(2) jest analogiczne, jak podano dla Tab. 55.

Podobnie, jak w przypadku pytań określających spektrum zażywanych substancji psychoaktywnych w ciągu całego życia oraz w ciągu ostatniego roku, najczęściej zażywanymi substancjami w trakcie miesiąca poprzedzającego badanie okazały się marihuana lub haszysz (20 osób) oraz sterydy anaboliczne (19 respondentów). Zwraca uwagę fakt, że ponad połowa osób, które wskazały, że zażywały sterydy anaboliczne (52,8%) zadeklarowała, że czyniła to również w trakcie ostatniego miesiąca (Tab. 56).

**Tab. 56.** Liczba ankietowanych, którzy zażywali jedną ze wskazanych substancji psychoaktywnych w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie

Liczba przypadków zażycia środka	Liczba wskazań				
	p_22_2	p22_12	p22_13	p22_14	
<b>Wcale</b>	160	161	178	179	
<b>1-2 razy</b>	17	12	0	0	
<b>3-5 razy</b>	3	6	0	0	
<b>6-9 razy</b>	0	0	1	1	
<b>10-19 razy</b>	0	0	1	0	
<b>20-39 razy</b>	0	0	0	0	
<b>40 i więcej razy</b>	0	1	0	0	
<b>SUMA (bez „Wcale”)</b>	<b>n</b>	20	19	2	1
	<b>%(1)</b>	11,1%	10,6%	1,1%	0,6%
	<b>%(2)</b>	15,9%	52,8%	18,2%	100,0%

## 5.5 Okoliczności zażywania substancji psychoaktywnych

Na pytania omówione w tym podrozdziale (z wyjątkiem pytania dotyczącego pojawiania się substancji psychoaktywnych na imprezach, na które uczęszczają respondenci – por. Ryc. 15) również odpowiadało tylko 179 osób mających za sobą spożycie przynajmniej jednej z substancji psychoaktywnych objętych badaniem. Wielkości procentowe przytoczone w niniejszym podrozdziale odnoszą się tylko do tej grupy, o ile w opisie testu wyraźnie nie zaznaczono inaczej.

W przeważającej liczbie przypadków (128, 71,1%) respondenci, którzy zażywali substancje psychoaktywne, otrzymali je pierwszy raz od znajomego, ewentualnie od takich osób je kupili (29 – 16,1%). Więcej osób (134, 74,4%) otrzymało ów środek bezpłatnie niż kupiło (39, niecałe 21,7%). Bardzo niewielu ankietowanych weszło w kontakt z substancjami psychoaktywnymi za pośrednictwem rodziny (5 osób, 2,8%) – niezależnie od tego, czy substancję kupili czy otrzymali za darmo (Tab. 57). W ramach wyjaśnień odpowiedzi „inny sposób” 3 ankietowanych podało dalszy opis. Wskazali na aptekę (2x) i „wspólną imprezę” (1x), nie precyzując jednak bliżej szczegółów. Szczegółowe wyniki przedstawiono w kolumnie „Pierwszy raz” w Tab. 57.

Bardzo podobne pytanie zadano ankietowanym, prosząc o wskazanie najczęstszego sposobu zdobycia substancji psychoaktywnych w ciągu roku poprzedzającego badanie (wyniki znajdują się w kolumnie „Ostatni rok” w Tab. 57). Z rezultatów ankiet wynika, że w ciągu poprzednich 12 miesięcy substancje psychoaktywne zażywało 87 respondentów, co stanowi 48,3% osób, które kiedykolwiek zażyły taką substancję i 12,0% wszystkich ankietowanych). Należy wskazać, że wielkości procentowe zawarte w kolumnie „Ostatni rok” odnoszą się tylko do grupy 87 osób – dotyczy to również kolejnych tabel (do Tab. 60). Procentowy rozkład odpowiedzi jest bardzo podobny, jednak w ciągu roku poprzedzającego badanie ankietowani nieco rzadziej dostawali (67,8%), a częściej kupowali (28,7%) substancje psychoaktywne (Tab. 57).

**Tab. 57.** Sposób zdobywania substancji psychoaktywnych przez ankietowanych

Lp.	Sposób otrzymania środka	Liczba wskazań			
		Pierwszy raz		Ostatni rok	
		n	%	n	%
1.	dostałem/am od kogoś z rodziny	3	1,7%	2	2,3%
2.	dostałem/am od znajomej/znajomego	128	71,1%	55	63,2%
3.	dostałem/am od obcej osoby	3	1,7%	2	2,3%
4.	kupiłem/am od kogoś z rodziny	2	1,1%	1	1,1%
5.	kupiłem/am od znajomej/znajomego	29	16,1%	22	25,3%
6.	kupiłem/am od obcej osoby	8	4,4%	2	2,3%
7.	inny sposób	7	3,9%	3	3,4%
SUMA		180	100,0%	87	100%

Respondentów pytano również o miejsca, w których najczęściej otrzymywali lub zdobywali substancje psychoaktywne w ciągu roku poprzedzającego badanie. Wyniki przedstawiono w Tab. 58. Wartości procentowe odnoszą się do liczby odpowiedzi na pytanie (110). Wśród miejsc, w których respondenci zaopatrywali się zwykle w substancje psychoaktywne, najczęściej występowały imprezy i prywatki (40, 36,4%), a także pub, dyskoteka albo klub studencki (30, 27,3%). Powinno się uwypuklić fakt, że uczelnia, na których studiują ankietowani, jako takie nie są miejscem, gdzie uzyskuje się dostęp do substancji psychoaktywnych (tylko 2 osoby zaznaczyły uczelnię, a 3 – akademik czy hotel studencki). Jedyna osoba, która zdefiniowała opis „inne miejsce”, wskazała na „mecze”.

**Tab. 58.** Miejsca, w których ankietowani nabywali substancje psychoaktywne

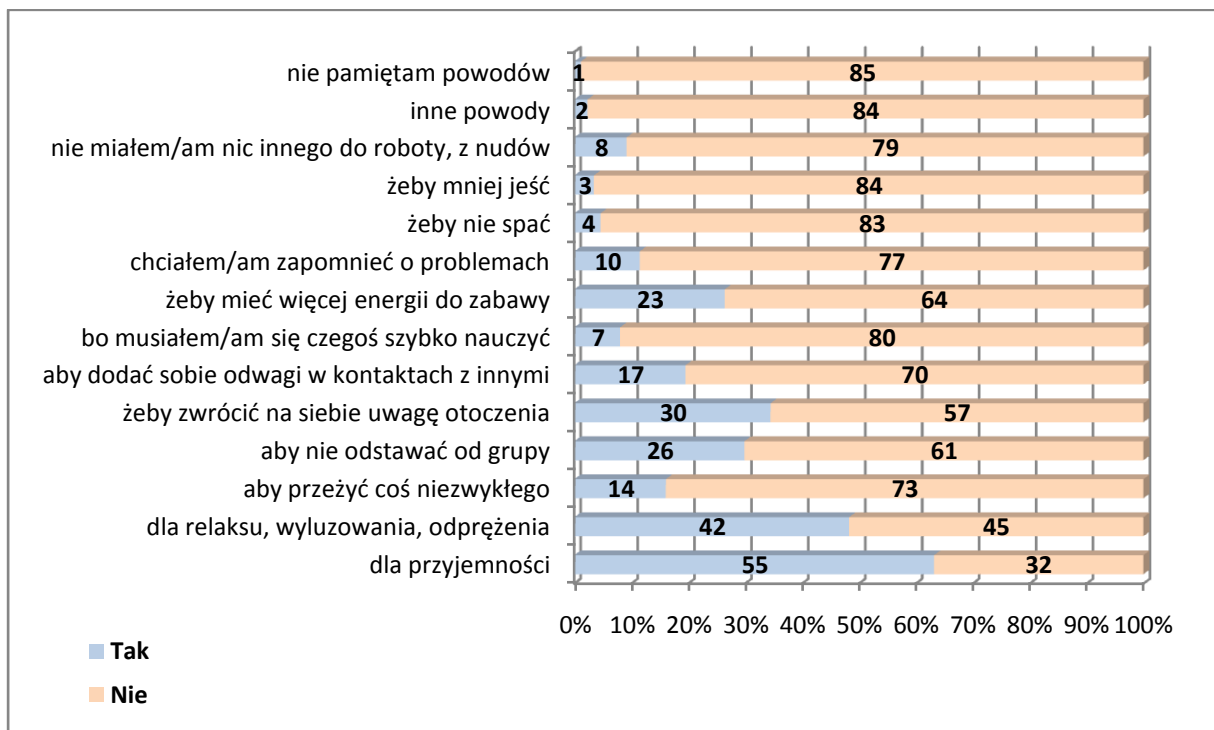
Lp.	Miejsce zdobycia lub otrzymania środka	Liczba wskazań	
		n	%
1.	w aptece, w sklepie	8	7,3%
2.	na ulicy, w parku, na dworcu, w metrze	14	12,7%
3.	na klatkach schodowych	1	0,9%
4.	na uczelni	2	1,8%
5.	w akademiku, domu akademickim	3	2,7%
6.	w miejscu pracy	1	0,9%
7.	w pubie, na dyskotekę, w klubie studenckim	30	27,3%
8.	na imprezie, prywatce	40	36,4%
9.	w mieszkaniu dealera	5	4,5%
10.	inne miejsce	6	5,5%

Zbadano również przyczyny, dla których ankietowani zażywali substancje psychoaktywne w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Wymieniono szereg możliwych powodów, które ankietowani potwierdzali lub którym zaprzeczali. Możliwy był wybór wielokrotny.

Zdecydowanie najwięcej respondentów sięgało po substancje psychoaktywne dla szeroko pojętej przyjemności lub „relaksu, wyluzowania, odprężenia”. Pierwszą z tych opcji zaznaczyło 55 respondentów (62,5%), drugą – 42 ankietowanych (47,7%). Dość znaczny udział (co najmniej ok. 20%) miały również odpowiedzi:

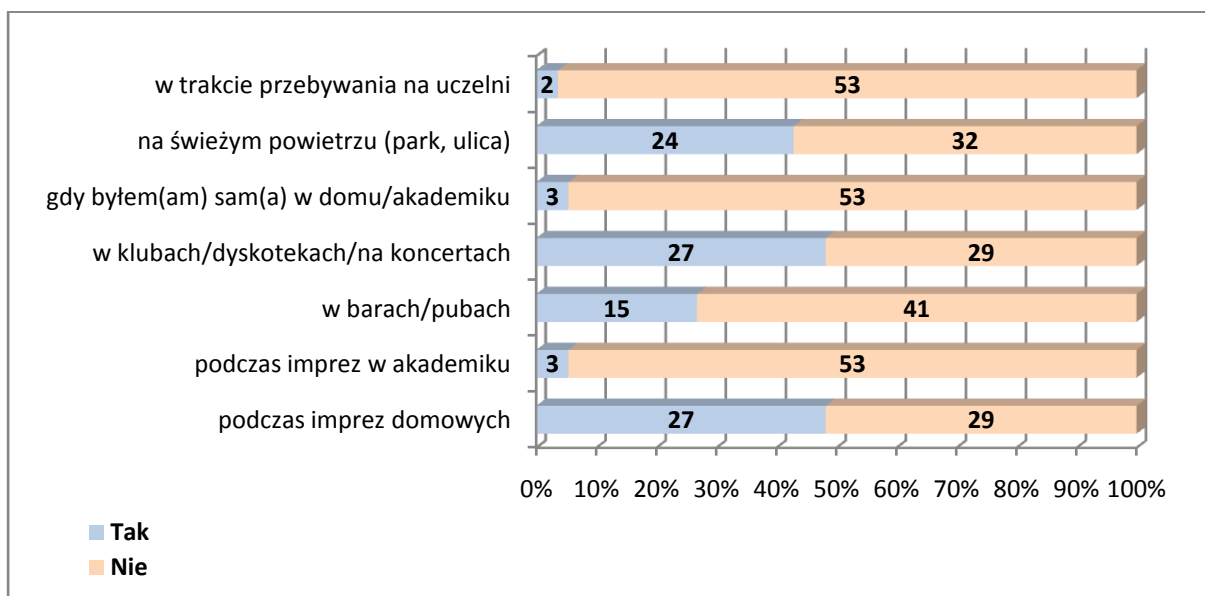
- „żeby zwrócić na siebie uwagę otoczenia” (30 osób, 34,1%),
- „aby nie odstawać od grupy” (26 osób, 29,5%),
- „żeby mieć więcej energii do zabawy” (23 osoby, 26,1%)
- „aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi (17 osób, 19,3%).

Powyższe odpowiedzi dzielą się na 2 grupy – związane z przyjemnością, zabawą itd. oraz odnoszące się do różnego rodzaju problemów z otoczeniem (akceptacja, zwrócenie uwagi na własne problemy). Pewną przewagę wydaje się mieć ta pierwsza grupa. Tylko 7 osób (8,0%) wskazało na substancje psychoaktywne jako stymulatory w przypadku konieczności wytężonej nauki (Ryc. 13).



**Ryc. 13.** Przyczyny sięgania po substancje psychoaktywne w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie

Respondentów pytano również o szczegółowe okoliczności zażywania substancji psychoaktywnej najbardziej popularnej w środowisku studenckim. Marihuanę lub haszysz w ciągu 12 miesięcy przed badaniem zażyło 56 respondentów (64,36% osób, które w ogóle zażyły substancję psychoaktywną w ciągu poprzedniego roku i 7,72% wszystkich ankietowanych). Wartości procentowe użyte dalej w opisie niniejszego testu odnoszą się do grupy wspomnianych 56 osób. Najwięcej z nich (dwie grupy po 27 osób, 48,2%) paliło marihuanę albo haszysz podczas wspólnej zabawy – jedni w domach, drudzy w klubach, na dyskotekach lub koncertach. Niewiele mniej respondentów uczyniło to ogólnie na świeżym powietrzu (24 – 42,9%). Bardzo niewielu ankietowanych zażywało wspomniane substancje na terenie uczelni (2 – 3,6%) lub w akademiku (3 – 5,4%). W tym teście również możliwe były odpowiedzi wielokrotne. (Ryc. 14).



**Ryc. 14.** Okoliczności palenia marihuany lub haszyszu na przestrzeni roku poprzedzającego badanie

Zapytano jeszcze respondentów, czy w ciągu roku poprzedzającego badanie palili marihuanę albo haszysz sami, czy też w towarzystwie. Rezultaty przedstawia Tab. 59. Na pytanie zdecydowały odpowiedzieć się 53 osoby i użyte w tabeli wartości procentowe odnoszą się do tej grupy. Z tabeli wynika, że palenie marihuany i haszyszu jest czynnością, którą w badanej próbie wykonuje się w towarzystwie i jest to w zasadzie regułą (dla 94,3% ankietowanych). Tylko 5,7% respondentów czasami zażywa te substancje psychoaktywne w samotności, a nikt nie określił, że prawie zawsze czyni to samotnie, nie było również osoby, która nie umiałaby udzielić odpowiedzi.

**Tab. 59.** Osoby, z którymi ankietowani palili marihuanę lub haszysz w ciągu roku poprzedzającego badanie

Lp.	Okoliczności	Liczba wskazań	
		n	%
1.	Czasem sam/a czasem w towarzystwie innych osób	3	5,7%
2.	Zazwyczaj w towarzystwie innych osób	50	94,3%

W kolejnym pytaniu kwestionariusza ankietowani podawali, ile razy zdarzyło im się zażyć dowolną substancję psychoaktywną w trakcie roku akademickiego oraz sesji egzaminacyjnej. Poniższa tabela (Tab. 60) przedstawia sumaryczną liczbę osób, które przynajmniej raz zażyły wspomniane substancje, wraz z rozbiem na grupy pod względem liczebności przypadków. Wartości procentowe odnoszą się do liczby 87 osób deklarujących zażywanie substancji psychoaktywnych w ciągu roku poprzedzającego badanie. Wynik badań jest nieco zaskakujący – w związku z większą intensywnością nauki w trakcie sesji wydawałoby się, że więcej badanych zażywa substancje psychoaktywne wspomagające naukę właśnie wtedy. Tymczasem wskazała tak tylko 1 osoba (przy 19 stosujących to „wspomaganie” w trakcie całego roku akademickiego; wspomniana osoba zaznaczyła obie opcje).



**Tab. 60.** Częstotliwość zażywania substancji psychoaktywnych w celu wspomaganie procesu nauki w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie

Lp.	Liczba przypadków zażycia	Liczba wskazań	
		n	%
W trakcie roku akademickiego (suma)		19	21,8%
1.	1 raz	6	6,2%
2.	2 razy	6	6,2%
3.	3 razy	4	4,1%
4.	4 razy	1	1,0%
5.	5 razy	2	2,1%
W trakcie sesji egzaminacyjnej (suma)		1	1,0%
1.	1 raz	1	1,0%

Kolejne pytanie odnosiło się do występowania w życiu respondentów określonych wydarzeń w ciągu roku poprzedzającego badanie. Sprawdzano, czy wydarzenia takie zaszły w ich życiu w ogóle, a jeśli tak – czy ich wystąpienie miało związek z wcześniejszym pić alkoholu albo zażywaniem substancji psychoaktywnych. Pytanie to zostało znacznie rozbudowane – przedstawia 15 opisów sytuacji, oznaczonych od p21\_1 do p21\_15 (pojawiają się one w tabeli Tab. 61):

- p21\_1: prowadziłeś/aś samochód
- p21\_2: miałeś/aś niechciane doświadczenia seksualne
- p21\_3: nie pamiętałeś/aś, gdzie byłeś i co robiłeś
- p21\_4: zostałeś/aś okradziony/a
- p21\_5: uległeś/aś wypadkowi doznając urazów fizycznych
- p21\_6: brałeś/aś udział w przepychance, bójce
- p21\_7: zostałeś/aś pobity/a
- p21\_8: twój stan zdrowia wymagał natychmiastowej interwencji medycznej
- p21\_9: byłeś/aś ofiarą przestępstwa na tle seksualnym
- p21\_10: wszedłeś/aś w kolizję z prawem
- p21\_11: zostałeś/aś aresztowany(a)/spisany(a) przez policję
- p21\_12: próbowałeś/aś popełnić samobójstwo
- p21\_13: zdawać egzamin
- p21\_14: zdawać kolokwium
- p21\_15: być na zajęciach/wykładzie

Ponadto pytanie wprowadza 4 opisy stanu:

- Nie
- Tak, pod wpływem środków odurzających
- Tak, pod wpływem alkoholu
- Tak, w innych okolicznościach

Wielkości procentowe zawarte w Tab. 61 odnoszą się do liczby osób które odpowiedziały na dane pytanie (od 88 do 91 respondentów), z wyjątkiem wiersza SUMA, w którym odpowiadają sumie liczby opisanych sytuacji, które wystąpiły u ankietowanych. Ankietowani odnotowali w sumie 129 sytuacji, w tym w 104 przypadkach znaleźli się w nich po zażyciu substancji psychoaktywnej. Przy tym

znacznie częściej wskazywali na alkohol (87 przypadków) niż na substancje odurzające (17 przypadków). Tylko 25 sytuacji wystąpiło w innych okolicznościach.

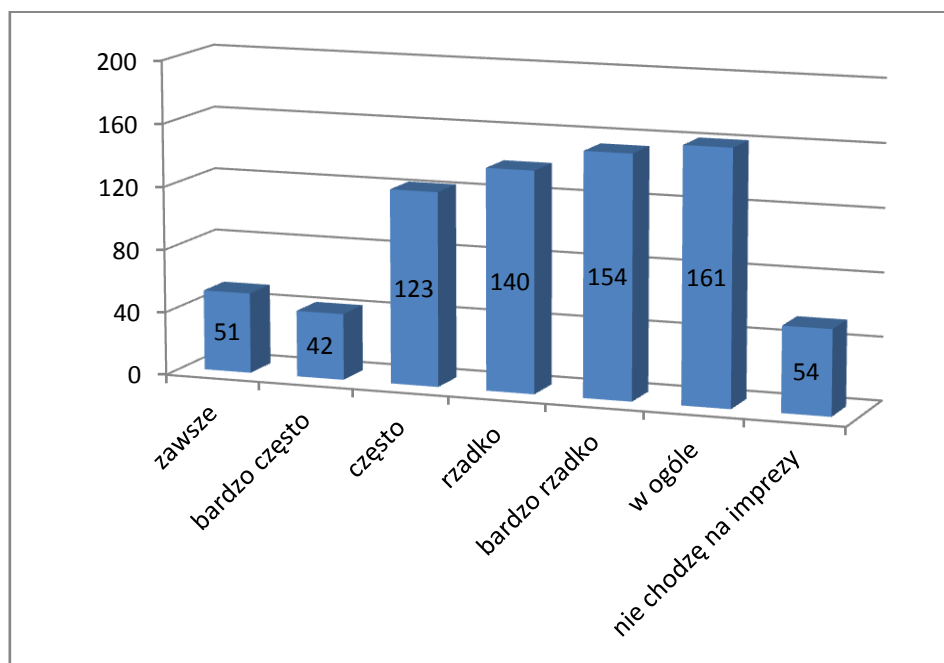
Po alkoholu szczególnie często nie pamiętali, co i gdzie robili (18 przypadków – 20,0%), brali udział w konfrontacjach fizycznych (17, 19,1%) oraz uczestniczyli w wykładach (15 przypadków, 17,0%). W przypadku środków odurzających najczęstszą odpowiedzią było z kolei prowadzenie samochodu (4 ankietowanych, 4,4%). Pozostałe odpowiedzi rozłożyły się nieco bardziej równomiernie.

**Tab. 61.** Liczba przypadków wystąpienia określonych sytuacji u ankietowanych w ciągu roku poprzedzającego badanie i związek tych sytuacji z zażywaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych.

Oznaczenie Sytuacji	Liczba wskazań									
	Nie		Tak, pod wpływem środków odurzających		Tak, pod wpływem alkoholu		Tak, w innych okolicznościach		Suma „Tak, pod wpływem...”	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
p21_1	74	81,3%	4	4,4%	8	8,8%	5	5,5%	12	13,2%
p21_2	84	95,5%	1	1,1%	2	2,3%	1	1,1%	3	3,4%
p21_3	67	74,4%	3	3,3%	18	20,0%	2	2,2%	21	23,3%
p21_4	84	95,5%	0	0,0%	3	3,4%	1	1,1%	3	3,4%
p21_5	86	97,7%	0	0,0%	2	2,3%	0	0,0%	2	2,3%
p21_6	68	76,4%	2	2,2%	17	19,1%	2	2,2%	19	21,3%
p21_7	86	97,7%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%	1	1,1%
p21_8	86	97,7%	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%
p21_9	88	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
p21_10	84	95,5%	1	1,1%	2	2,3%	1	1,1%	3	3,4%
p21_11	85	95,5%	0	0,0%	3	3,4%	1	1,1%	3	3,4%
p21_12	87	97,8%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%	1	1,1%
p21_13	73	83,0%	2	2,3%	10	11,4%	3	3,4%	12	13,6%
p21_14	78	88,6%	2	2,3%	5	5,7%	3	3,4%	7	8,0%
p21_15	69	78,4%	1	1,1%	15	17,0%	3	3,4%	16	18,2%
<b>SUMA</b>			17	13,2%	87	67,4%	25	19,4%	104	80,6%

Respondentów zapytano również, czy na imprezach, na które uczęszczają, pojawiają się substancje psychoaktywne. Na to pytanie odpowiadali już wszyscy ankietowani (725 osób) i to do tej liczby odnoszą się podane wielkości procentowe.

Najwięcej badanych uczęszcza na imprezy, na których substancje psychoaktywne nie pojawiają się w ogóle (161 osób, 22,2%), bardzo rzadko (154 osoby, 21,2%) lub rzadko (140 osób, 19,3%) – w sumie daje to 455 osób i odsetek 62,8%. Z drugiej strony, 216 osób (29,8%) ma zwykle podczas imprez kontakt z takimi substancjami – w tym zawsze 51 ankietowanych, 7, 0%, bardzo często 42 osoby, 5,8%, lub często – aż 123 ankietowanych, 17,50%). W badanej grupie znalazło się również 54 ankietowanych (7,4%), którzy w ogóle nie uczęszczają na imprezy (Ryc. 15).



**Ryc. 15.** Występowanie substancji psychoaktywnych na imprezach, na których pojawiają się respondenci.

Dla testów opisanych w bieżącym podrozdziale przeprowadzono następnie szereg testów statystycznych, które miały wykryć istotne statystycznie związki z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi. Należy zauważyć, że grupa ankietowanych mających za sobą zażycie substancji psychoaktywnych była znacznie mniejsza, stąd wykrycie zależności istotnych statystycznie okazało się dużo trudniejsze, wymagało także niejednokrotnie łączenia poszczególnych klas odpowiedzi lub ich usuwania, jeśli nie były znaczące.

Zależność istotną statystycznie wykryto pomiędzy wielkością miejscowości stałego zamieszkania ankietowanych a sposobem wchodzenia w posiadanie substancji psychoaktywnych w ciągu roku poprzedzającego badanie. Podobne pytanie, zadawane w odniesieniu do całego życia ankietowanych, przyniosło wynik, który uznany byłby za istotny statystycznie tylko przy nieznacznie wyższym poziomie istotności (obliczona wartość  $p$  wyniosła 0,016). W Tab. 62 przedstawiono oba rezultaty, jednak – pozostając konsekwentnym co do kryteriów przyjętych w ramach niniejszej pracy, za istotny statystycznie można uznać tylko ten przedstawiony czcionką wytłuszczoną. W celu spełnienia kryteriów wiarygodności testu okazało się niezbędne połączenie poszczególnych klas odpowiedzi w dwie – oznaczające dostanie oraz kupienie środka (bez względu na to, z jakiego źródła), a także usunięcie klasy odpowiedzi „Inny sposób”. W poniższej tabeli wartości procentowe odnoszą się do liczby respondentów, którzy odpowiedzieli na dane pytanie (łącznie z tymi, którzy udzielili odpowiedzi „Inny sposób”, nie ujętej w tabeli).

Z Tab. 62 wynika, że w dla roku poprzedzającego badanie we wszystkich typach miejscowości ankietowani częściej dostawali niż kupowali substancje psychoaktywne, istnieje jednak jeden wyjątek związany z miastami o wielkości do 5 tys. mieszkańców. Tam częściej substancje psychoaktywne kupowali (4,6% do 9,2% wszystkich odpowiedzi). Podobnej tendencji nie było widać dla pytania odnoszącego się do całego życia ankietowanych. Można również zauważyć, że w respondenci mieszkający w największych miastach bardzo rzadko kupowali substancje psychoaktywne (2,3% odpowiedzi odnoszących się do poprzednich 12 miesięcy, a tylko 3,9% w kontekście całego życia ankietowanych).

**Tab. 62.** Związek zażywania substancji psychoaktywnych z wielkością miejscowości zamieszkania ankietowanych.

Czas	Wielkość miejscowości	Dostałem		Kupiłem	
		n	%	n	%
Całe życie	Wieś	46	25,6%	14	7,8%
	Miasto <5	13	7,2%	11	6,1%
	Miasto 5-50	29	16,1%	7	3,9%
	Miasto >50	46	25,6%	7	3,9%
	SUMA	134	74,4%	39	21,7%
Rok poprzedzający badanie	Wieś	22	<b>25,3%</b>	9	<b>10,3%</b>
	Miasto <5	4	<b>4,6%</b>	8	<b>9,2%</b>
	Miasto 5-50	15	<b>17,2%</b>	6	<b>6,9%</b>
	Miasto >50	18	<b>20,7%</b>	2	<b>2,3%</b>
	SUMA	59	67,8%	25	28,7%

W badaniach wykryto szereg czynników socjodemograficznych istotnie statystycznie związanych z powodami sięgania po substancje psychoaktywne. Wyniki przedstawia Tab. 63. Sumaryczne wielkości procentowe odnoszą się do 87 osób, które odpowiedziały na sformułowane pytanie. Zauważyć można, że ankietowane mieszkający z rodzicami znacznie rzadziej zażywali substancje psychoaktywne, aby nie odstawać od grupy (20,0%, przy niemal połowie – 46,9% osób niemieszkających samemu). Odwrotna sytuacja miała miejsce dla osób mieszkających samemu – 63,6% z nich brało z tego powodu substancje psychoaktywne przy tylko 25% mieszkających w towarzystwie. Ostatnia wykryta zależność informuje, że mieszkanie ze znajomymi lub przyjaciółmi nie sprzyja zażywaniu substancji psychoaktywnych dla przyjemności – z tego powodu przyjmowało je tylko 28,6% ankietowanych, przy 69,9% niemieszkających z przyjaciółmi lub znajomymi.

**Tab. 63.** Powody zażywania substancji psychoaktywnych w zależności od osób, z którymi mieszkają ankietowani

Powód zażywania środka psychoaktywnego	Osoby, z którymi mieszkają ankietowani	Zażyli		Nie zażyli		
		n	%	n	%	
Aby nie odstawać od grupy	Z rodzicami	Tak	11	20,0%	44	80,0%
		Nie	15	46,9%	17	53,1%
		Wszyscy	26	29,9%	61	70,1%
	Samemu	Tak	7	63,6%	4	36,4%
		Nie	19	25,0%	57	75,0%
		Wszyscy	26	29,9%	61	70,1%
Dla przyjemności	Ze znajomymi lub przyjaciółmi	Tak	4	28,6%	10	71,4%
		Nie	51	69,9%	22	30,1%
		Wszyscy	55	63,2%	32	36,8%

Powody zażywania substancji psychoaktywnych okazały się w kilku przypadkach istotnie statystycznie związane z wielkością miejscowości stałego zamieszkania respondentów (Tab. 64). W wierszu odpowiadającym przyczynie „Aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi” zaszła konieczność – w celu uwiarygodnienia testu statystycznego – połączenia klas odpowiedzi w dwie grupy: „wieś lub miasto do 5 tys. mieszkańców” i „miasto powyżej 5 tys. mieszkańców”.

Zwrócenie na siebie uwagi otoczenia było powodem zażywania substancji psychoaktywnych, dla którego wykryto istotny statystycznie związek z miejscem zamieszkania lub pochodzenia ankietowanych. W najmniejszych miastach był to najczęstszy powód sięgania po substancje psychoaktywne (83,3% respondentów mieszkających w tych miejscowościach.). Była to jedyna grupa, dla której liczba odpowiedzi „Tak” wyraźnie przeważała nad „Nie”. Zbliżone wartości uzyskano jeszcze u mieszkańców wsi, a najrzadziej po substancje psychoaktywne z tego właśnie powodu sięgali reprezentanci największych miast. Mieszkańcy mniejszych miejscowości znacznie częściej niż inni

(32,6% do 6,8%) sięgali po substancje psychoaktywne żeby dodać sobie odwagi w kontaktach międzyludzkich. Chęć posiadania więcej energii do zabawy okazała się ostatnim z powodów, dla którego wykryto istotne statystycznie powiązania z rodzajem miejsca zamieszkania lub pochodzenia respondentów. Ankieterzy pochodzący z miast średniej wielkości okazali się jedyną grupą, u której odpowiedzi „tak” (57,1%) przeważały liczebnie nad „nie” (42,9%) – stosunkowo najczęściej chcą oni lepiej się bawić dzięki zażywaniu substancji psychoaktywnych. Sporo takich osób znajduje się w największych miastach (27,3%), a prawie wcale nie ma ich w najmniejszych miejscowościach (8,3%), a także wsiach (Tab. 64).

**Tab. 64.** Powody zażywania substancji psychoaktywnych a wielkość miejscowości zamieszkania ankietowanych

Powód zażywania środka psychoaktywnego	Wielkość miejscowości	Zażyli		Nie zażyli	
		n	%	n	%
Żeby zwrócić na siebie uwagę otoczenia	Wieś	12	37,5%	20	62,5%
	Miasto <5	10	83,3%	2	16,7%
	Miasto 5-50	5	23,8%	16	76,2%
	Miasto >50	3	13,6%	19	86,4%
	Wszyscy	30	34,5%	57	65,5%
Aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi	Wieś lub miasto <5	3	6,8%	41	93,2%
	Miasto >5	14	32,6%	29	67,4%
	Wszyscy	17	19,5%	70	80,5%
Żeby mieć więcej energii do zabawy	Wieś	4	12,5%	28	87,5%
	Miasto <5	1	8,3%	11	91,7%
	Miasto 5-50	12	57,1%	9	42,9%
	Miasto >50	6	27,3%	16	72,7%
	Wszyscy	23	26,4%	64	73,6%

Powody sięgania po substancje psychoaktywne są istotnie statystycznie związane również z wysokością dochodów ankietowanych – szczegóły przedstawia Tab. 65. Udało się zidentyfikować dwa związki istotne statystycznie. Osoby o średnich dochodach najczęściej przyjmują substancje psychoaktywne w celu zwrócenia na siebie uwagi otoczenia (50,0%), a w ogóle nie czynią tak respondenci o dochodach najwyższych. Z kolei chęć zyskania większej ilości energii do zabawy popycha najczęściej do zażycia substancji psychoaktywnych najbogatszych ankietowanych (63,6%), a najrzadziej – osoby o średnich (18,0%) i najniższych (26,9%) dochodach (Tab. 65).

**Tab. 65.** Powody zażywania substancji psychoaktywnych a poziom dochodów respondentów

Powód zażywania środka psychoaktywnego	Poziom dochodów respondentów	Zażyli		Nie zażyli	
		n	%	n	%
Żeby zwrócić na siebie uwagę otoczenia	<300 PLN	5	19,2%	21	80,8%
	301-750 PLN	25	50,0%	25	50,0%
	>750 PLN	0	0,0%	11	100,0%
	Wszyscy	30	34,5%	57	65,5%
Żeby mieć więcej energii do zabawy	<300 PLN	7	26,9%	19	73,1%
	301-750 PLN	9	18,0%	41	82,0%
	>750 PLN	7	63,6%	4	36,4%
	Wszyscy	23	26,4%	64	73,6%

Poziom dochodów nie samych ankietowanych, ale ich rodziców również był istotnie statystycznie związany z przyczynami przyjmowania substancji psychoaktywnych. Wyniki odpowiednich badań zestawiono w Tab. 66. W celu spełnienia warunków wiarygodności testów statystycznych konieczne okazały się pewne zmiany – usunięto klasę respondentów „trudno powiedzieć/nie wiem” oraz połączono 2 klasy respondentów mających rodziców o najniższych i średnich dochodach w umowną klasę „rodziców o co najwyżej wystarczających dochodach”.

Wykryto istotny statystycznie związek między zażywaniem substancji psychoaktywnych dla relaksu, wyluzowania, odprężenia a poziomem dochodów rodziców (opiekunów) ankietowanych. Okazuje się, iż osoby, których rodzice mogą pozwolić sobie na zaspokojenie więcej niż podstawowych potrzeb, o wiele częściej sięgają po substancje psychoaktywne z tego powodu niż dzieci biedniejszych rodziców (81,0% do 19,0%). W przypadku chęci zwrócenia na siebie uwagi otoczenia wykryto istotną statystycznie zależność o przeciwnej naturze: tym razem dzieci rodziców zamożniejszych niemal nie zaznaczały odpowiedzi „tak” (4,8% - 1 ankietowany), natomiast dużo częściej odpowiadały tak osoby, których rodzice osiągają dochody co najwyżej wystarczające dla zaspokojenia podstawowych potrzeb. Trzecią i ostatnią przyczyną, dla której wykryto istotny statystycznie związek z poziomem dochodów rodziców ankietowanych, było „nie miałem/am nic innego do roboty, z nudów”. Częściej tę przyczynę wskazywały osoby, których rodzice nie mieli problemów finansowych (28,6% do 3,2%) - Tab. 66.

**Tab. 66.** Przyczyny zażywania substancji psychoaktywnych a poziom dochodów rodziców lub opiekunów ankietowanych

Powód zażywania środka psychoaktywnego	Poziom dochodów rodziców respondentów	Zażyli		Nie zażyli	
		n	%	n	%
Dla relaksu, wyluzowania, odprężenia	najwyżej wystarczający	22	34,9%	41	65,1%
	wyższy	17	81,0%	4	19,0%
	Wszyscy	39	46,4%	45	53,6%
Żeby zwrócić na siebie uwagę otoczenia	najwyżej wystarczający	29	46,0%	34	54,0%
	wyższy	1	4,8%	20	95,2%
	Wszyscy	30	35,7%	54	64,3%
nie miałem/am nic innego do roboty, z nudów	najwyżej wystarczający	2	3,2%	61	96,8%
	wyższy	6	28,6%	15	71,4%
	Wszyscy	8	9,5%	76	90,5%

Jakość wykształcenia rodziców respondentów okazała się statystycznie związana z przyczynami zażywania substancji psychoaktywnych tylko dla jednego z powodów – „nie miałem/am nic innego do roboty, z nudów”. Wynik przedstawia Tab. 67 – ankietowani, których rodzice byli wykształceni co najwyżej przeciętnie, znacznie częściej zażywali środki psychoaktywne z tej właśnie przyczyny (41,2% do 13,9%).

**Tab. 67.** Zażywanie substancji psychoaktywnych „z nudów” a jakość wykształcenia rodziców lub opiekunów ankietowanych

Wykształcenie rodziców respondentów	Zażyli		Nie zażyli	
	n	%	n	%
przeciętne	21	41,2%	30	58,8%
lepsze od przeciętnego	5	13,9%	31	86,1%
Wszyscy	26	29,9%	61	70,1%

Miejsce nauki ankietowanych w trzech przypadkach okazało się istotnie statystycznie powiązane z przyczynami zażywania substancji psychoaktywnych. Zaprezentowano te zależności w Tab. 68. Można zauważyć, że ankietowani studiujący na UAM znacznie częściej, zażywając substancje psychoaktywne, chcą doświadczyć niezwykłego przeżycia (50,0% do 11,7%), nie mają nic do roboty i się nudzą (40,0% do 5,2%), a także nie chcą spać (30,0% do 1,3%) – Tab. 68.

**Tab. 68.** Przyczyny zażywania substancji psychoaktywnych a uczelnia ankietowanych

Powód zażywania środka psychoaktywnego	Uczelnia	Zażyli		Nie zażyli	
		n	%	n	%
Aby przeżyć coś niezwykłego	UAM	5	50,0%	5	50,0%
	PWSZ	9	11,7%	68	88,3%
	Wszyscy	14	16,1%	73	83,9%
Żeby nie spać	UAM	3	30,0%	7	70,0%
	PWSZ	1	1,3%	76	98,7%
	Wszyscy	4	4,6%	83	95,4%
Nie miałem/am nic innego do roboty, z nudów	UAM	4	40,0%	6	60,0%
	PWSZ	4	5,2%	73	94,8%
	Wszyscy	8	9,2%	79	90,8%

Dla pytania o okoliczności palenia marihuany jedynie w dwóch przypadkach zidentyfikowano zależność istotną statystycznie z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi. Rezultaty badań w tym zakresie zebrano w Tab. 69. W przypadku testu związanego z wielkością miejsca zamieszkania, wiarygodny statystycznie test wykonano po połączeniu klas ankietowanych „miasto do 5 tys. mieszkańców” i „miasto od 5 do 50 tys. mieszkańców” w umowną klasę „miasto do 50 tys. mieszkańców”.

Stwierdzono, iż istnieje statystycznie znacząca różnica pomiędzy osobami mieszkającymi samotnie a pozostałą częścią badanej próby w odniesieniu do palenia marihuany lub haszyszu w klubach, na dyskotekach i na koncertach. Osoby, które dopuszczają się tego, bez wyjątku rekrutowały się z grupy mieszkającej samotnie. Wykryto także istotny statystycznie związek między wskazaniem świeżego powietrza (parku, ulicy) jako miejsca palenia marihuany lub haszyszu a wielkością miejsca pochodzenia (zamieszkania) ankietowanych. Osoby mieszkające w większych miastach znacznie częściej wskazywały tutaj odpowiedź „tak” (75,0%). Na wolnym powietrzu marihuanę lub haszysz paliło nieco mniej ankietowanych reprezentujących wieś (47,1%), a nie czynił tak prawie żaden reprezentant miast do 50 tys. mieszkańców (5,3% - 1 ankietowany).

**Tab. 69.** Związek okoliczności zażywania marihuany lub haszyszu z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi

Okoliczności zażywania marihuany lub haszyszu	Czynnik socjodemograficzny	Wartość czynnika	Zażyli		Nie zażyli	
			n	%	n	%
W klubach, na dyskotekach, na koncertach	Mieszkanie samemu	Tak	7	100,0%	0	0,0%
		Nie	18	40,0%	27	60,0%
		Wszyscy	25	48,1%	27	51,9%
Na świeżym powietrzu (park, ulica)	Wielkość miejscowości zamieszkania	Wieś	8	47,1%	9	52,9%
		Miasto <50 tys.	1	5,3%	18	94,7%
		Miasto >50 tys.	12	75,0%	4	25,0%
		Wszyscy	21	40,4%	31	59,6%

Podczas badań wykryto również kilka istotnych statystycznie związków faktu obecności substancji psychoaktywnych na imprezach, na które uczęszczają ankietowani, z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi. Należy zwrócić uwagę, że – w odróżnieniu od poprzednio omówionych zależności – na to pytanie odpowiadali wszyscy ankietowani (725 osób) i do tej liczby odnoszą się sumaryczne wielkości procentowe w poniższej tabeli. W przypadku testu dla zamieszkiwania samemu, dla spełnienia warunków wiarygodności testu należało usunąć klasę „w ogóle nie chodzę na imprezy”, dlatego wartości procentowe w wierszach nie będą sumować się do 100%.

Tab. 70 prezentuje istotne statystycznie związki pojawiania się substancji psychoaktywnych na imprezach z określonymi czynnikami. W ramach badanej grupy ankietowani mężczyźni statystycznie znacząco częściej udzielali odpowiedzi oznaczających pojawianie się, z różną częstotliwością – od „rzadko” (23,5%) do „zawsze” (10,6%), substancji psychoaktywnych na imprezach, na które uczęszczają. Z kolei dużo więcej kobiet wybrało odpowiedzi „w ogóle” (28,3%) lub „bardzo rzadko” (24,9%). Oznacza to, że to mężczyźni częściej mają okazję zażywać substancje psychoaktywne podczas imprez, na które uczęszczają.

Ankietowani mieszkający ze swoim rodzeństwem rzadziej uczęszczają na imprezy, na których substancje psychoaktywne pojawiają się zawsze (3,7% do 9,8%) lub bardzo często (4,0% do 7,3%), ale już częściej wybierają opcję „często” (20,6% do 14,0%). Częściej także chodzą na imprezy, na których substancje psychoaktywne w ogóle nie występują (26,2% do 19,0%). Z kolei respondenci zamieszkujący samemu znacznie rzadziej nie chodzą na imprezy wolne od substancji psychoaktywnych (22,9% do 8,6%). W ogóle nie bywają na imprezach, na których zawsze można spotkać te substancje, ale za to o wiele częściej są tam, gdzie można zażyć substancje psychoaktywne bardzo często – co pozwala powiedzieć, że częściej bywają na imprezach, gdzie zażywanie substancji psychoaktywnych jest regularne (suma odpowiedzi „zawsze” i „bardzo często” to 17,1% dla osób mieszkających samemu oraz 12,6% dla pozostałych respondentów).

Odkryto także istotny statystycznie związek między miejscem studiów ankietowanych a faktem, czy na imprezach, na które uczęszczają, pojawiają się substancje psychoaktywne. Respondenci uczący się na UAM jako najczęstszą odpowiedź podawali „w ogóle nie pojawiają się środki odurzające” (33,3%), zaś studenci PWSZ – z niemal równą częstotliwością – „bardzo rzadko...” (21,0%) i „bardzo rzadko pojawiają się środki odurzające” (20,1%). Respondenci uczący się na PWSZ częściej od studentów UAM udzielali odpowiedzi „zawsze pojawiają się środki odurzające” (8,1% do 2,8%) i rzadziej „w ogóle nie pojawiają się środki odurzające” (19,4%). Wyniki te oznaczają, że studenci PWSZ statystycznie najczęściej obracają się w środowiskach, w których podczas wspólnych imprez zażywa się substancje psychoaktywne. Na PWSZ studiuje więcej osób nie chodzących w ogóle na imprezy (8,6% do 2,8%).

**Tab. 70.** Związek pojawiania się substancji psychoaktywnych na imprezach, na które uczęszczają ankietowani, z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi

Czynnik socjodemograficzny	Wartość czynnika	zawsze		bardzo często		często		rzadko		bardzo rzadko		w ogóle		nie chodzę	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobiety	18	4,3	17	4,1	63	15,2	67	16,2	103	<b>24,9</b>	117	<b>28,3</b>	29	7,0
	Mężczyźni	33	<b>10,6</b>	25	<b>8,0</b>	60	<b>19,3</b>	73	<b>23,5</b>	51	16,4	44	14,1	25	8,0
	Wszyscy	51	7,0	42	5,8	123	17,0	140	19,3	154	21,2	161	22,2	54	7,4
Mieszkanie z rodzeństwem	Tak	12	3,7	13	4,0	67	<b>20,6</b>	46	14,2	76	23,4	85	<b>26,2</b>	26	8,0
	Nie	39	<b>9,8</b>	29	7,3	56	14,0	94	<b>23,5</b>	78	19,5	76	19,0	28	7,0
	Wszyscy	51	7,0	42	5,8	123	17,0	140	19,3	154	21,2	161	22,2	54	7,4
Mieszkanie samemu	Tak	0	0,0	6	<b>17,1</b>	7	20,0	4	11,4	11	31,4	3	8,6	Klasę odpowiedzi usunięto	
	Nie	51	<b>7,4</b>	36	5,2	116	16,8	136	19,7	143	20,7	158	<b>22,9</b>		
	Wszyscy	51	7,0	42	5,8	123	17,0	140	19,3	154	21,2	161	22,2		
Uczelnia	UAM	4	2,8	8	5,6	25	17,4	23	16,0	32	22,2	48	<b>33,3</b>	4	2,8
	PWSZ	47	8,1	34	5,9	98	16,9	117	<b>20,1</b>	122	<b>21,0</b>	113	19,4	50	8,6
	Wszyscy	51	7,0	42	5,8	123	17,0	140	19,3	154	21,2	161	22,2	54	7,4

## 5.6 Wiedza na temat substancji psychoaktywnych

W ramach badań ankietowanym zadano szereg pytań związanych z określeniem ich poziomu wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, w szczególności dotyczących poziomu trudności ich zdobycia (jak również czasu, jaki jest na to potrzebny), a także poziomu ryzyka, jaki wiąże się



z zażywaniem tych substancji. Ankietowanym zadawano również pytania związane z kontaktem z substancjami psychoaktywnymi w ciągu roku poprzedzającego badania, jak również proszono ich o ocenę konkretnych zachowań związanych z zażywaniem środków odurzających w środowisku studenckim. Na opisane w niniejszym podrozdziale pytania odpowiadali wszyscy ankietowani.

Badania rozpoczęto od ustalenia możliwości zdobycia poszczególnych substancji psychoaktywnych przez ankietowanych. Zadawano 2 pytania (nr 24 i 25 w kwestionariuszu), przy czym pierwsze z nich miało charakter jakościowy („jak łatwo”), a drugie – ilościowy („w ile czasu”). Są to kolejne rozbudowane pytania, których struktura podobna jest do omówionych wcześniej pytań 11, 14 oraz 22 (również dotyczy przedstawionego zbioru substancji uzależniających). Struktura opcji zbudowana jest bardzo podobnie do wspomnianych pytań 11, 14 oraz 22 – z zastrzeżeniem, iż nie pojawia się opcja dotycząca klejów, rozpuszczalników i innych substancji wziewnych (są zbyt łatwe do zdobycia np. W sklepie, aby pytanie to miało sens). Zatem opcje przedstawione w tabeli (Tab. 71) będą mieć postać:

- (p24\_1) marihuana lub haszysz
- (p24\_2) amfetamina (speed)
- (p24\_3) ecstasy
- (p24\_4) LSD
- (p24\_5) grzyby halucynogenne
- (p24\_6) crack
- (p24\_7) heroina (w tym „brown sugar”)
- (p24\_8) tzw. Polska heroina, „kompot”
- (p24\_9) kokaina
- (p24\_10) sterydy anaboliczne
- (p24\_11) wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych
- (p24\_12) inny środek

Wyniki badań przedstawiono w Tab. 71. Najmniej osób wie, jak zdobyć substancje rzadko zażywane – w przypadku grzybów halucynogennych – 4 osoby (0,6%) odpowiedziały „bardzo łatwo”, a 13 osób (1,8%) - „dosyć łatwo”. Podobna sytuacja zachodzi w przypadku narkotyków takich jak crack (odpowiednio 5 osób, 0,7% oraz 16 osób, 2,2%), heroina (odpowiednio 9 osób, 1,2% i 30 osób, 4,1%) i w bardzo podobnym stopniu „kompot” i kokaina. Bardzo dużo ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „Nie wiem” (47,4%) dla grzybów halucynogennych. Jeszcze więcej odpowiedzi padło dla opcji „inny środek”, jednak w tym przypadku trudno wyciągać konkretne wnioski, ponieważ część ankietowanych mogła nie być w stanie podać innej substancji psychoaktywnej nie objętego badaniami, a więc tym bardziej – określić poziomu trudności jego zdobycia, zaznaczali więc odpowiedź „Nie wiem”. Najmniej takich odpowiedzi uzyskano dla marihuany lub haszyszu (27,6%) i w drugiej kolejności dla amfetaminy (31,4%) oraz sterydów anabolicznych (32,1%).

Porównując uzyskane wyniki z odpowiedziami na pytania o najbardziej popularne substancje psychoaktywne (Tab. 48, Tab. 55 oraz Tab. 56), łatwo zauważyć, że najwięcej osób potrafi łatwo zdobyć właśnie te substancje, na zażywanie których najczęściej wskazują respondenci: marihuanę lub haszysz (149 osób, 20,6% „bardzo łatwo” i 162 osoby, 22,3% „dosyć łatwo”) oraz sterydy anaboliczne (odpowiednio 94, 13,0% respondentów i 134, 18,5% respondentów). Mniej więcej na tym samym poziomie kształtuje się wiedza o dostępności amfetaminy (odpowiednio 98, 13,5% ankietowanych i 135, 18,6% respondentów), którą jednakże zażywa znacznie mniej badanych (por. Tab. 48). Najmniej osób za niemożliwe uznaje zdobycie niemal tych samych substancji – marihuany lub haszyszu (81 osób, 11,2%), amfetaminy (93 osoby, 12,8%) i ecstasy (102 ankietowanych, 14,1%) - Tab. 71.

**Tab. 71.** Deklarowany poziom trudności w zdobyciu wskazanych substancji psychoaktywnych przez ankietowanych (wyjaśnienie oznaczeń substancji psychoaktywnych przedstawiono powyżej)

Poziom trudności	Liczba wskazań											
	p24_1		p24_2		p24_3		p24_4		p24_5		p24_6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niemożliwe	81	11,2%	93	12,8%	102	14,1%	116	16,0%	177	24,4%	178	24,6%
Bardzo trudne	67	9,2%	68	9,4%	102	14,1%	115	15,9%	92	12,7%	103	14,2%
Dosyć trudne	66	9,1%	103	14,2%	105	14,5%	110	15,2%	95	13,1%	95	13,1%
Dosyć łatwe	162	22,3%	135	18,6%	107	14,8%	70	9,7%	13	1,8%	16	2,2%
Bardzo łatwe	149	20,6%	98	13,5%	66	9,1%	37	5,1%	4	0,6%	5	0,7%
Nie wiem	200	27,6%	228	31,4%	243	33,5%	277	38,2%	344	47,4%	328	45,2%
SUMA	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%
Poziom trudności	Liczba wskazań											
	p24_7		p24_8		p24_9		p24_10		p24_11		p24_12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niemożliwe	184	25,4%	183	25,2%	177	24,4%	124	17,1%	162	22,4%	174	24,0%
Bardzo trudne	99	13,7%	93	12,8%	93	12,8%	62	8,6%	60	8,3%	49	6,8%
Dosyć trudne	92	12,7%	86	11,9%	84	11,6%	78	10,8%	70	9,7%	49	6,8%
Dosyć łatwe	30	4,1%	31	4,3%	47	6,5%	134	18,5%	78	10,8%	53	7,3%
Bardzo łatwe	9	1,2%	11	1,5%	15	2,1%	94	13,0%	54	7,5%	31	4,3%
Nie wiem	311	42,9%	321	44,3%	309	42,6%	233	32,1%	299	41,4%	369	50,9%
SUMA	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	723	100,0%	725	100,0%

Kolejne pytanie, ujmujące kwestię łatwości zdobycia poszczególnych substancji w sposób ilościowy, jest rozbudowane o takie same opcje, jak pytanie poprzednie. Analogiczne są również oznaczenia opcji używane w Tab. 72:

- (p25\_1) marihuana lub haszysz
- (p25\_2) amfetamina (speed)
- (p25\_3) ecstasy
- (p25\_4) LSD
- (p25\_5) grzyby halucynogenne
- (p25\_6) crack
- (p25\_7) heroina (w tym „brown sugar”)
- (p25\_8) tzw. Polska heroina, „kompot”
- (p25\_9) kokaina
- (p25\_10) sterydy anaboliczne
- (p25\_11) wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych
- (p25\_12) inny środek

Przeważająca część ankietowanych nie jest w stanie stwierdzić, jak szybko mogłaby zdobyć substancje psychoaktywne (niezależnie od ich rodzaju). Najmniej osób nie potrafi określić czasu zdobycia dla marihuany (290 osób – 40,0%), najwięcej – dla grzybów halucynogennych (521 osób – 71,9%). Relatywnie więcej osób potrafi określić czas zdobycia najczęściej zażywanych substancji psychoaktywnych (marihuana lub haszysz, a także sterydy anaboliczne) – przy czym w dużej części czas zdobycia jest krótszy niż godzina (najwięcej – 70 osób, 9,7% dla marihuany lub haszyszu). Bardzo mało osób mogłoby w mniej niż godzinę zdobyć narkotyki takie jak crack – 3 osoby, 0,4%, „kompot” – 4 osoby, 0,6%, heroina – 6 osób, 0,8%, kokaina – 9 osób, 1,2%, a także grzyby halucynogenne – 2 osoby, 0,3%. Te same substancje największa liczba ankietowanych wskazuje jako niemożliwe do

zdobycia (najwięcej – 156 osób, 21,5% dla grzybów halucynogennych, 151 osób, 20,8% w przypadku cracku oraz 145 ankietowanych, 20,0% dla heroiny) - Tab. 72.

**Tab. 72.** Deklarowany czas zdobycia przez respondentów poszczególnych substancji psychoaktywnych objętych badaniem (wyjaśnienie oznaczeń substancji psychoaktywnych przedstawiono powyżej)

Czas zdobycia substancji	Liczba wskazań											
	p25_1		p25_2		p25_3		p25_4		p25_5		p25_6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
jedną godzinę lub mniej	70	9,7%	39	5,4%	34	4,7%	18	2,5%	2	0,3%	3	0,4%
kilka godzin	79	10,9%	56	7,7%	43	5,9%	32	4,4%	4	0,6%	10	1,4%
jeden dzień	60	8,3%	57	7,9%	35	4,8%	30	4,1%	7	1,0%	9	1,2%
kilka dni	106	14,6%	94	13,0%	77	10,6%	62	8,6%	13	1,8%	25	3,4%
tydzień lub więcej	55	7,6%	54	7,4%	83	11,4%	73	10,1%	22	3,0%	25	3,4%
w ogóle	65	9,0%	78	10,8%	93	12,8%	115	15,9%	156	21,5%	151	20,8%
nie wiem	290	40,0%	347	47,9%	360	49,7%	395	54,5%	521	71,9%	502	69,2%
SUMA	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

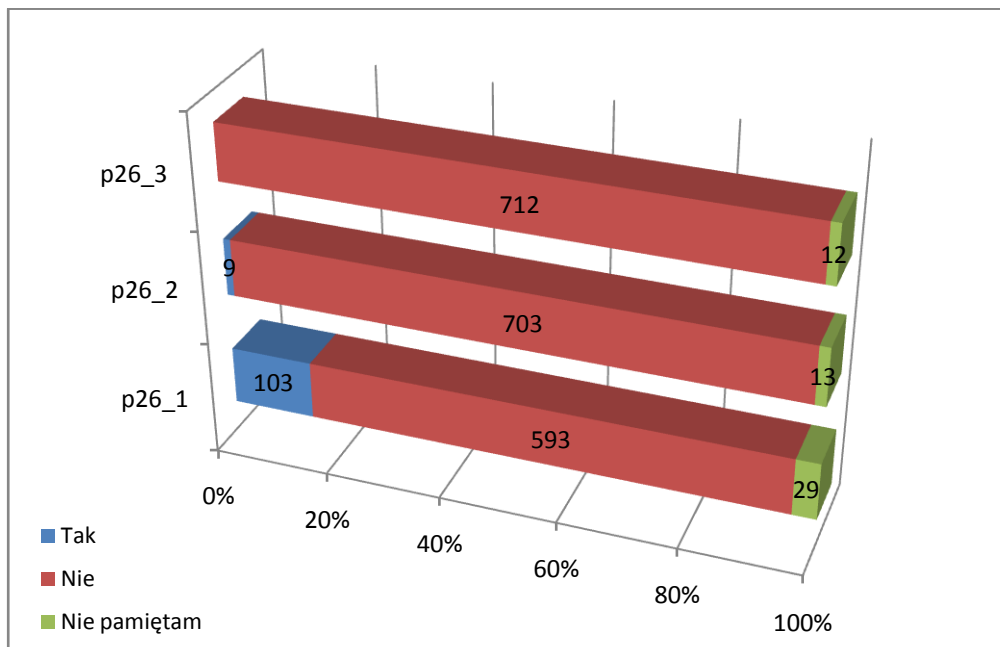
  

Poziom trudności	Liczba wskazań											
	p25_7		p25_8		p25_9		p25_10		p25_11		p25_12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
jedną godzinę lub mniej	6	0,8%	4	0,6%	9	1,2%	22	3,0%	20	2,8%	16	2,2%
kilka godzin	11	1,5%	11	1,5%	13	1,8%	30	4,1%	21	2,9%	15	2,1%
jeden dzień	14	1,9%	21	2,9%	28	3,9%	43	5,9%	31	4,3%	17	2,3%
kilka dni	40	5,5%	36	5,0%	42	5,8%	87	12,0%	47	6,5%	31	4,3%
tydzień lub więcej	28	3,9%	27	3,7%	36	5,0%	61	8,4%	37	5,1%	30	4,1%
w ogóle	145	20,0%	134	18,5%	125	17,2%	79	10,9%	82	11,3%	88	12,1%
nie wiem	481	66,3%	492	67,9%	472	65,1%	403	55,6%	486	67,2%	528	72,8%
SUMA	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	724	100,1%	725	100,0%

W ramach badań pytano również respondentów, czy brali w jakiś sposób udział w dystrybucji substancji psychoaktywnych w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Pytanie (nr 26 w kwestionariuszu) zostało rozbudowane o dodatkowe 3 opcje, opisujące określone sytuacje (związane z rozprowadzaniem substancji psychoaktywnych), o jakie pytano ankietowanych. Do każdej opcji przyporządkowano podane niżej oznaczenie, stosowane na wykresie (Ryc. 16):

- (p26\_1) [Czy zdarzyło Ci się w ciągu ostatnich 12 miesięcy, że...] skontaktowałeś/aś kogoś z osobą, która miała dostęp do środków odurzających,
- (p26\_2) częstowałeś/aś kogoś środkiem odurzającym,
- (p26\_3) sprzedawałeś/aś komuś środek odurzający.

W ciągu roku poprzedzającego badanie 103 respondentów (14,2%) skontaktowało kogoś z osobą mającą dostęp do substancji psychoaktywnych – wydaje się to sporym odsetkiem. Liczba ankietowanych, którzy sami oferowali substancje psychoaktywne innym, jest już o wiele niższa (9 osób – 1,2%). Nie było wśród ankietowanych nikogo, kto sprzedawałby takie substancje (Ryc. 16).



**Ryc. 16.** Udział respondentów w dystrybucji substancji psychoaktywnych (wyjaśnienie oznaczeń substancji psychoaktywnych przedstawiono powyżej)

Badano również, czy ankietowani byli przedmiotem dystrybucji substancji psychoaktywnych. Pytanie nr 27 kwestionariusza odnosiło się do faktu proponowania ankietowanym substancji psychoaktywnych ze wskazanej listy. Pytanie rozszerzono o 13 opcji określających poszczególne substancje:

- (p27\_1) kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne
- (p27\_2) marihuana lub haszysz
- (p27\_3) amfetamina (speed)
- (p27\_4) ecstasy
- (p27\_5) LSD
- (p27\_6) grzyby halucynogenne
- (p27\_7) crack
- (p27\_8) heroina (w tym „brown sugar”)
- (p27\_9) tzw. Polska heroina, „kompot”
- (p27\_10) kokaina
- (p27\_11) sterydy anaboliczne
- (p27\_12) wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych
- (p27\_13) inny środek

Odpowiedzi na to pytanie potwierdzają poprzednie rezultaty – najczęściej ankietowani spotykają się z marihuaną lub haszyszem – ich zażycie zaproponowano 135 osobom, stanowi to 18,6% ankietowanych – oraz ze sterydami anabolicznymi (51 badanych – 7,1%). Respondentom w ogóle nie proponowano w ciągu roku poprzedzającego badanie grzybów halucynogennych, cracku oraz „kompotu”. Po 5 osób (0,7%) spotkało się z propozycją zażycia heroiny i kokainy (Tab. 73).

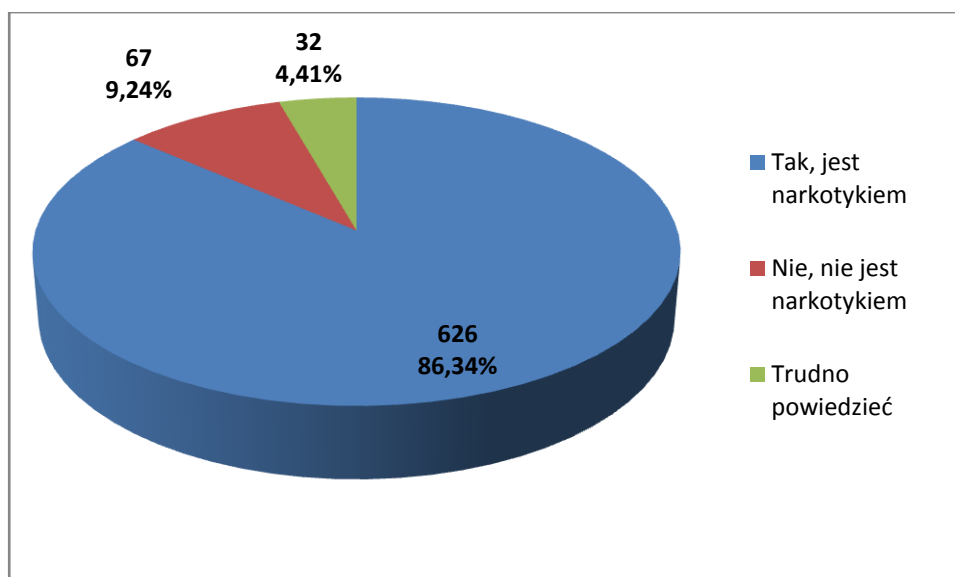
**Tab. 73.** Liczba propozycji zażycia substancji psychoaktywnych skierowanych do respondentów w ciągu roku poprzedzającego badanie (wyjaśnienie oznaczeń substancji psychoaktywnych przedstawiono powyżej).

Odpowiedź	Liczba wskazań											
	p27_1		p27_2		p27_3		p27_4		p27_5		p27_6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	4	0,6%	135	18,6%	40	5,5%	22	3,0%	13	1,8%	0	0,0%
Nie	721	99,4%	590	81,4%	684	94,3%	703	97,0%	712	98,2%	725	100,0%
SUMA	725	100,0%	725	100,0%	724	99,9%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

Odpowiedź	Liczba wskazań													
	p27_7		p27_8		p27_9		p27_10		p27_11		p27_12		p27_13	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	0	0,0%	5	0,7%	0	0,0%	5	0,7%	51	7,1%	9	1,2%	5	0,7%
Nie	725	100,0%	720	99,3%	725	100,0%	720	99,3%	674	93,2%	716	98,8%	720	99,3%
SUMA	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,3%	725	100,0%	725	100,0%

Respondentów zapytano również o to, czy według ich opinii marihuana jest narkotykiem. Mimo panującej w wielu środowiskach opinii o niskiej szkodliwości marihuany, 626 respondentów (86,3%) stwierdziło, że jest ona narkotykiem. Przeciwnego zdania było tylko 67 respondentów (9,2%), a 32 osoby nie miały zdania (Ryc. 17).



**Ryc. 17.** Opinia badanych, czy marihuana jest narkotykiem

Ankietowanych poproszono również o odpowiedź na pytanie, czy określone substancje są „środkiem uzależniającym”. Pytanie (nr 29 w kwestionariuszu) wprowadza już całą listę substancji, o których charakter zapytano. Zawiera ono 7 opcji odnoszących się do poszczególnych substancji, jakie mogą zostać uznane za środki uzależniające. Poniższe oznaczenia stosowane będą w tabeli (Tab. 74):

- (p29\_1) marihuana,
- (p29\_2) amfetamina (speed),
- (p29\_3) ecstasy,
- (p29\_4) heroina (w tym „brown sugar”),
- (p29\_5) tytoń,

- (p29\_6) alkohol,
- (p29\_7) kawa.

Niemal w każdym przypadku ponad połowa ankietowanych zdecydowanie zgadza się, że konkretna substancja jest substancją psychoaktywną (najwięcej – 571 osób, 78,8% - w przypadku heroiny). Wyjątkiem jest kawa, dla której odpowiedź „zdecydowanie tak” padła tylko w 232 przypadkach (32,0%). W przypadku tego napoju odpowiedzi są także najbardziej równomiernie rozłożone (najwięcej jest także ankietowanych, którym trudno wyrazić opinię o możliwych uzależnieniach (57, 7,9%). Najmniej respondentów uważa, że zdecydowanie nie uzależniają: heroina (11 osób – 1,5%), tytoń (12 osób – 1,7%) oraz amfetamina i ecstasy (po 13 osób – 1,8%). Wydaje się, że liczba osób zaznaczających „trudno powiedzieć” w odniesieniu do heroiny, ecstasy czy amfetamina (rzędu 30-40, 4%-5,5%) nadal pozostawia pole do prowadzenia edukacji profilaktycznej. Uderza, że więcej osób nie potrafi wyrazić tutaj swojej opinii w stosunku do marihuany i heroiny (po 35 osób) niż do tytoniu i alkoholu (odpowiednio 30 i 28 odpowiedzi) (Tab. 74).

**Tab. 74.** Opinia ankietowanych na temat faktu, czy wskazane substancje można uznać za substancje psychoaktywne (wyjaśnienie oznaczeń substancji przedstawiono powyżej).

Odpowiedź	Liczba wskazań													
	p29_1		p29_2		p29_3		p29_4		p29_5		p29_6		p29_7	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
zdecydowanie tak	445	61,4%	555	76,6%	528	72,8%	571	<b>78,8%</b>	494	68,1%	447	61,7%	232	<b>32,0%</b>
raczej tak	145	20,0%	124	17,1%	127	17,5%	102	14,1%	167	23,0%	168	23,2%	176	24,3%
raczej nie	80	11,0%	7	1,0%	18	2,5%	6	0,8%	22	3,0%	64	8,8%	201	27,7%
zdecydowanie nie	19	2,6%	13	1,8%	13	1,8%	11	<b>1,5%</b>	12	1,7%	18	2,5%	59	8,1%
trudno powiedzieć	35	4,8%	26	3,6%	39	5,4%	35	4,8%	30	4,1%	28	3,9%	57	<b>7,9%</b>
<b>SUMA</b>	724	99,9%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

W następnym pytaniu (nr 30 w kwestionariuszu), odwołano się do opinii ankietowanych na temat legalności zażywania kilku wskazanych substancji. Pytanie obejmuje 3 opcje, określające rodzaj substancji, o zezwolenie na zażywanie której pytano respondentów. Poniższa lista wskazuje te substancje wraz z oznaczeniami stosowanymi poniżej w tabeli Tab. 75.

- (p30\_1) marihuana,
- (p30\_2) amfetamina (speed),
- (p30\_3) heroina (w tym „brown sugar”).

Większość ankietowanych jest zdania, że legalizację wszystkich wymienionych substancji należy odrzucić (Tab. 75). Najwięcej odpowiedzi „zdecydowanie nie” zanotowano w przypadku heroiny (561, 77,4%). Najmniej – w przypadku marihuany (428, 59,0%), co nie dziwi w kontekście pojawiających się propozycji legalizacji zażywania tej substancji. Wydaje się jednak, że jest to i tak wysoka wartość. Najwięcej osób dopuszcza legalizację właśnie marihuany (116, 16,0% - w tym zdecydowanie 50, 6,9%). Odpowiedzi za legalizacją amfetaminy i heroiny można uznać za pojedyncze (19 osób, 2,7% dla amfetaminy, w tym 12 zdecydowanie, oraz 16 osób, 2,0% dla heroiny, w tym 10 respondentów zdecydowanie). Uwagę zwraca fakt, że dla amfetaminy oraz heroiny udzielono więcej odpowiedzi „zdecydowanie tak” niż „raczej tak” (odpowiednio 12 do 7 dla amfetaminy oraz 10 do 4 dla heroiny).

**Tab. 75.** Zdanie badanych na temat możliwości dopuszczenia do legalnego obrotu wybranych substancji psychoaktywnych (wyjaśnienie ich oznaczeń przedstawiono powyżej)

Odpowiedź	p30_1		p30_2		p30_3	
	n	%	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	50	6,9%	12	1,7%	10	1,4%
Raczej tak	66	9,1%	7	1,0%	4	0,6%
Raczej nie	136	18,8%	126	17,4%	119	16,4%
Zdecydowanie nie	428	59,0%	550	75,9%	561	77,4%
Trudno powiedzieć	45	6,2%	30	4,1%	31	4,3%
SUMA	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

Kolejna część badań koncentrowała się na opinii ankietowanych dotyczących wskazanych kilkunastu zachowań mogących wystąpić w środowisku, a także deklarowanego poziomu szkodliwości tych zachowań. Zbudowano 2 pytania – jedno z najbardziej rozbudowanych w badaniach (nr 31 i 32 w kwestionariuszu). Pytanie 31 obejmowało 16 zachowań, jakie oceniali respondenci. Można je podzielić na klika (5) grup, w ramach których zróżnicowano intensywność (częstotliwość) występowania konkretnego zachowania. W tabeli (Tab. 76) grupującej wyniki dodatkowo uwidoczniło się dla każdego zachowania jego najmniejszą (kursywą) i największą (podkreśleniem) intensywność. Poniższa lista prezentuje wszystkie 16 zachowań wraz ze stosowanymi poniżej oznaczeniami:

- *(p31\_1) palenie papierosów od czasu do czasu,*
- (p31\_2) wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie,
- *(p31\_3) picie alkoholu raz-dwa razy na rok,*
- (p31\_4) picie alkoholu kilka razy w miesiącu,
- (p31\_5) picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie,
- (p31\_6) upijanie się od czasu do czasu,
- (p31\_7) upijanie się codziennie lub prawie codziennie,
- *(p31\_8) spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy,*
- (p31\_9) palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu,
- (p31\_10) palenie marihuany lub haszyszu codziennie lub prawie codziennie,
- *(p31\_11) spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy,*
- (p31\_12) używanie amfetaminy od czasu do czasu,
- (p31\_13) używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie,
- *(p31\_14) spróbowanie heroiny raz-dwa razy,*
- (p31\_15) używanie heroiny od czasu do czasu,
- (p31\_16) używanie heroiny codziennie/prawie codziennie.

W odniesieniu do każdej z 5 substancji psychoaktywnych liczba osób zdecydowanie potępiających ich zażywanie rośnie wraz z częstotliwością przyjmowania substancji. Dla odpowiedzi oznaczających najczęstsze przyjmowanie danej substancji (odpowiedzi takie podkreślono w tabeli) najmniej osób zdecydowanie potępia palenie co najmniej 1 paczki papierosów dziennie (259 odpowiedzi, 35,7%), najwięcej – używanie heroiny codziennie lub prawie codziennie (569 odpowiedzi, 78,5%). Z kolei najwięcej osób zdecydowanie nie potępiłoby intensywnego palenia tytoniu (43 osoby, 5,9%), łącznie z osobami, które raczej by go nie potępiły, daje to 179 odpowiedzi (24,7%). Dla pozostałych środków (alkohol – łącznie picie oraz upijanie się, marihuana lub haszysz, amfetamina, heroina) wyniki układają się bardzo podobnie – od 11 do 13 osób zdecydowanie nie potępia zażywania codziennie lub prawie codziennie, a od 3 do 13 osób raczej nie potępia.

W przypadku okazjonalnego zażycia substancji psychoaktywnych, najwięcej osób zdecydowanie potępiła spróbowanie heroiny raz czy dwa razy (450 osób, 62,1%), a najmniej – alkoholu (119, 16,4%). Odwrotnie rozkładają się liczby osób, które zdecydowanie nie potępiają spróbowania poszczególnych substancji: dla alkoholu są to 334 odpowiedzi (46,1%), a łącznie z osobami, które raczej nie potępiają próbowania alkoholu – 538 osób (74,2%). Najmniej osób zdecydowanie nie potępiła okazjonalnego zażywania heroiny (25, 3,4%) oraz amfetaminy (30, 4,1%). W przypadku okazjonalnego zażywania substancji psychoaktywnych zaobserwowano interesującą sytuację dla alkoholu. Aż 106 osób (14,6%) zdecydowanie potępiła jego próbowanie raz lub dwa razy w roku, przy tylko 41 respondentach (5,7%), którzy ten fakt jedynie raczej potępiają (Tab. 76).

**Tab. 76.** Ocena przez respondentów wskazanych zachowań związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (oznaczenia zachowań wyjaśniono powyżej)

Czy respondent potępiłby zachowanie	Liczba wskazań															
	Papierosy				Alkohol								Marihuana			
	p31_1		p31_2		p31_3		p31_4		p31_5		p31_6		p31_7		p31_8	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
zdecydowanie tak	117	16,1%	259	35,7%	106	14,6%	119	16,4%	380	52,4%	222	30,6%	489	67,5%	269	37,1%
raczej tak	156	21,5%	248	34,2%	41	5,7%	214	29,5%	267	36,8%	251	34,6%	179	24,7%	188	25,9%
raczej nie	256	35,3%	136	18,8%	204	28,1%	229	31,6%	25	3,4%	163	22,5%	12	1,7%	138	19,0%
zdecydowanie nie	130	17,9%	43	5,9%	334	46,1%	108	14,9%	12	1,7%	41	5,7%	11	1,5%	74	10,2%
trudno powiedzieć	66	9,1%	39	5,4%	40	5,5%	55	7,6%	41	5,7%	48	6,6%	33	4,6%	56	7,7%
<b>SUMA</b>	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	724	99,9%	725	100,0%

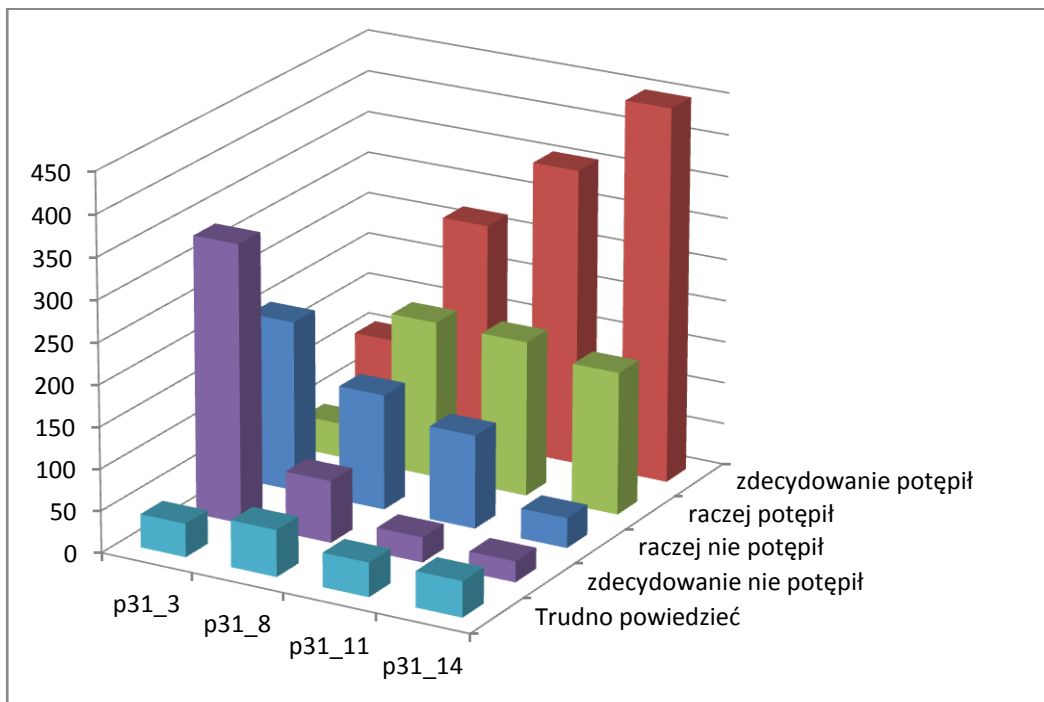
Czy respondent potępiłby zachowanie	Liczba wskazań															
	Marihuana c.d.				Amfetamina				Heroina							
	p31_9		p31_10		p31_11		p31_12		p31_13		p31_14		p31_15		p31_16	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
zdecydowanie tak	323	44,6%	491	67,7%	356	49,1%	429	59,2%	535	73,8%	450	62,1%	496	68,4%	569	78,5%
raczej tak	228	31,4%	174	24,0%	186	25,7%	203	28,0%	138	19,0%	171	23,6%	155	21,4%	111	15,3%
raczej nie	92	12,7%	13	1,8%	112	15,5%	27	3,7%	7	1,0%	36	5,0%	8	1,1%	3	0,4%
zdecydowanie nie	35	4,8%	12	1,7%	30	4,1%	24	3,3%	13	1,8%	25	3,4%	22	3,0%	11	1,5%
trudno powiedzieć	47	6,5%	35	4,8%	41	5,7%	42	5,8%	32	4,4%	43	5,9%	44	6,1%	31	4,3%
<b>SUMA</b>	725	100,0%	725	100,0%	725	100,3%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

Poniżej przedstawiono kilka wykresów, których zadaniem jest – w obrazowy sposób (dokładne wartości można odczytać z Tab. 76) – porównanie ocen respondentów dla różnych zachowań, ale wykonywanych z taką samą częstotliwością. Wyodrębniono następujące częstotliwości zachowań:

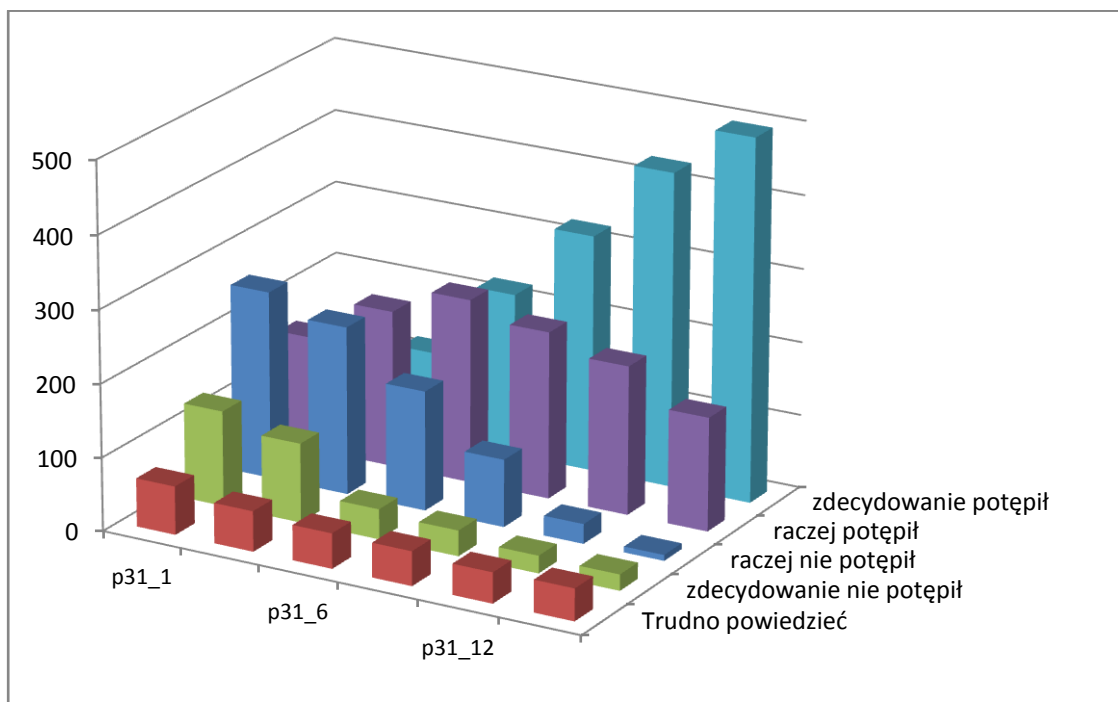
- Raz lub dwa razy (grupuje opcje p31\_3, p31\_8, p31\_11 oraz p31\_14),
- Od czasu do czasu (grupuje opcje p31\_1, p31\_4, p31\_6, p31\_9, p31\_12, p31\_15),
- Codziennie lub prawie codziennie (opcje p31\_2, p31\_5, p31\_7, p31\_10, p31\_13, p31\_16).

Ryc. 18 wskazuje, że im groźniejsza substancja psychoaktywna (co można zinterpretować jako podążanie w prawo osi X, zawierającej opcje od p31\_3 do p31\_14), tym surowsze oceny nawet incydentalnego zażywania danej substancji. Więcej jest odpowiedzi „zdecydowanie potępił”, a coraz mniej „zdecydowanie nie potępił” oraz „raczej nie potępił”.





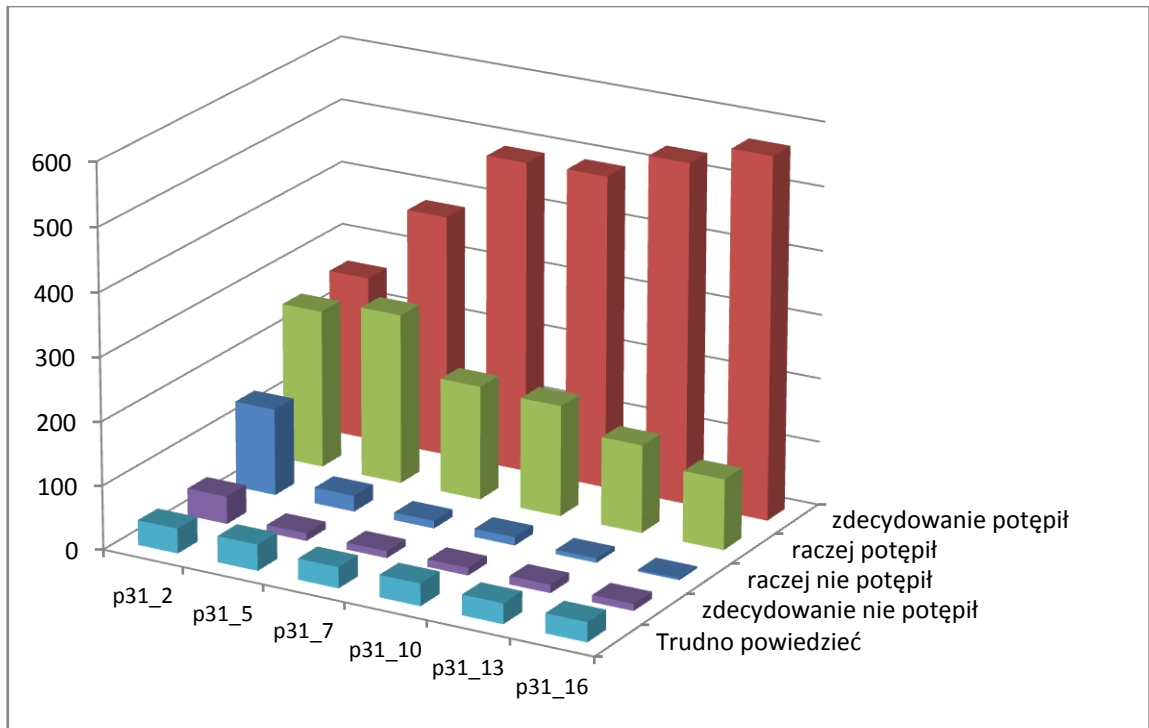
**Ryc. 18.** Ocena przez ankietowanych próbowania poszczególnych substancji psychoaktywnych raz albo dwa razy (oznaczenia zachowań wyjaśniono powyżej)



**Ryc. 19.** Ocena przez ankietowanych próbowania poszczególnych substancji psychoaktywnych od czasu do czasu (oznaczenia zachowań wyjaśniono powyżej)

Jeżeli założyć się, że uszeregowanie substancji psychoaktywnych w kolejności tytoń – alkohol (picie) – alkohol (upijanie się) – marihuana lub haszysz – amfetamina – heroina odpowiada nasileniu zagrożeń, jakie za sobą one niosą, można stwierdzić, że niezależnie od częstotliwości zażywania substancji, krytyczność opinii respondentów rośnie wraz ze stopniem zagrożenia skojarzonym ze środkiem. Nie licząc okazjonalnego próbowania, spada wtedy jednocześnie – z małymi fluktuacjami – liczba ankietowanych, którzy nie umieli wyrazić swojej opinii (np. palenie papierosów od czasu do czasu: 66 osób, 9,1%, używanie heroiny od czasu do czasu: 44 osoby, 6,1%) - Ryc. 19. Kolejny wykres

(Ryc. 20) potwierdza te rezultaty, z niemożącym dziwić, dalszym wzrostem odsetka ocen silnie potępiających.



**Ryc. 20.** Ocena przez ankietowanych próbowania poszczególnych substancji psychoaktywnych codziennie lub prawie codziennie (oznaczenia zachowań wyjaśniono powyżej)

Kolejne pytanie (nr 32) miało podobny charakter do omówionego poprzednio – tym razem także pytano o zbiór (bardzo podobny do użytego w pytaniu 31) zachowań, jednak w kontekście ich potencjalnej szkodliwości. Pytanie wprowadza 17 różnych zachowań odnoszących się do zażywania kilku rodzajów substancji psychoaktywnych (palenie tytoniu, picie alkoholu, zażywanie marihuany lub haszyszu, ecstasy, heroiny, kokainy lub cracku, amfetaminy, używanie leków uspokajających i nasennych). Różne rodzaje substancji psychoaktywnych tworzą podgrupy opcji, a w ramach każdej z nich respondenci określali szkodliwość zażywania w zależności od częstotliwości jej użycia. Oznaczenia i opis poszczególnych opcji, stosowanych w Tab. 77, wymienia poniższa lista.

- (p32\_1) palą papierosy od czasu do czasu,
- (p32\_2) palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie,
- (p32\_3) wypijają jeden lub dwa "drinki" prawie codziennie,
- (p32\_4) wypijają cztery lub pięć "drinków" prawie codziennie,
- (p32\_5) wypijają 4-5 drinków 1-2 razy w ciągu każdego weekendu,
- (p32\_6) próbują marihuanę lub haszysz 1-2 razy w życiu,
- (p32\_7) palą marihuanę od czasu do czasu,
- (p32\_8) palą marihuanę lub haszysz regularnie,
- (p32\_9) próbują ecstasy 1-2 razy w życiu,
- (p32\_10) używają ecstasy regularnie,
- (p32\_11) próbują heroiny 1-2 razy w życiu,
- (p32\_12) używają heroinę regularnie,
- (p32\_13) próbują kokainy lub cracku 1-2 razy w życiu,
- (p32\_14) używają kokainę lub crack regularnie,
- (p32\_15) próbują amfetaminę 1-2 razy w życiu,

- (p32\_16) używają amfetaminę regularnie,
- (p32\_17) zażywają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich.

W przypadku wszystkich wskazanych substancji psychoaktywnych, gdzie wskazano więcej niż jedną częstotliwość zażywania, im wyższa ta częstotliwość – tym więcej respondentów wskazuje na odpowiedź „duże ryzyko”. Najmniej takich odpowiedzi (jeżeli chodzi o regularne zażywanie) wskazali ankietowani dla palenia papierosów (552, 76,1%), a najwięcej – dla heroiny (671, 92,6%), przy czym substancje takie jak ecstasy, kokaina czy amfetamina uzyskały tylko kilka odpowiedzi mniej (665 lub 666). Wyniki są tu zatem wyjątkowo mało zróżnicowane i olbrzymia większość respondentów rozumie powagę sytuacji, w której substancje odurzające przyjmowane są regularnie.

W przypadku próbowania określonych substancji jedynie raz lub dwa razy w życiu, nadal wyraźnie przeważa odpowiedź „duże ryzyko” (opcja ta nie odnosiła się do tytoniu, alkoholu oraz leków uspokajających i nasennych). Najwięcej odpowiedzi „duże ryzyko” odnotowano dla kokainy lub cracku (463, 63,9%), a najmniej – co nie jest niespodzianką – dla marihuany lub haszyszu (311, 42,9%). Z kolei marihuana lub haszysz dla największej liczby ankietowanych niesie brak (57 osób, 7,9%) lub niewielkie ryzyko (190 badanych, 26,2%), jeśli jest próbowana tylko incydentalnie. Najmniej osób wskazuje na małe ryzyko pojedynczego próbowania kokainy (cracku) – 19 osób (2,6%) „brak ryzyka”, 61 osób (8,4%) „niewielkie ryzyko”.

Liczba respondentów, którzy mają trudności w sformułowaniu opinii na temat szkodliwości zażywania substancji psychoaktywnych jest mniej więcej stała – waha się od 25 osób (3,4%) dla wypalania jednej lub więcej paczek papierosów każdego dnia do 53 osób (7,3%) dla regularnego zażywania leków uspokajających i nasennych. Sugeruje to nieco niewystarczającą wiedzę na temat nadużywania takich leków. Warto dodać, że tylko pojedyncze osoby wskazały, że regularne zażywanie dowolnej uwzględnionej substancji psychoaktywnej nie niesie za sobą żadnego ryzyka – maksymalna liczba takich odpowiedzi wynosiła 8 (1,1%) w odniesieniu do wypalania co najmniej paczki papierosów dziennie (Tab. 77).

**Tab. 77.** Ocena przez respondentów ryzyka związanego z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (oznaczenia zachowań wyjaśniono powyżej)

Ryzyko związane z zachowaniem	Liczba wskazań											
	Papierosy				„Drinki”						Marihuana	
	p32_1		p32_2		p32_3		p32_4		p32_5		p32_6	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nie ma	39	5,4%	8	1,1%	4	0,6%	3	0,4%	9	1,2%	57	7,9%
małe	258	35,6%	19	2,6%	29	4,0%	4	0,6%	37	5,1%	190	26,2%
umiarkowane	271	37,4%	121	16,7%	180	24,8%	68	9,4%	210	29,0%	134	18,5%
duże	124	17,1%	552	76,1%	475	65,5%	623	86,0%	436	60,1%	311	42,9%
trudno powiedzieć	32	4,4%	25	3,4%	37	5,1%	26	3,6%	33	4,6%	33	4,6%
<b>SUMA</b>	724	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	724	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

Ryzyko związane z zachowaniem	Liczba wskazań											
	Marihuana/haszysz c.d.				ecstasy				heroina			
	p32_7		p32_8		p32_9		p32_10		p32_11		p32_12	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nie ma	11	1,5%	1	0,1%	29	4,0%	4	0,6%	25	3,4%	3	0,4%
małe	43	5,9%	10	1,4%	109	15,1%	0	0,0%	71	9,8%	3	0,4%
umiarkowane	240	33,1%	35	4,8%	163	22,5%	26	3,6%	144	19,9%	17	2,3%
duże	402	55,5%	648	89,4%	384	53,0%	666	91,9%	442	61,0%	671	92,6%
trudno powiedzieć	28	3,9%	31	4,3%	39	5,4%	29	4,0%	43	5,9%	31	4,3%
<b>SUMA</b>	724	100,0%	725	100,0%	724	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

Ryzyko związane z zachowaniem	Liczba wskazań									
	kokaina/crack				amfetamina				leki	
	p32_13		p32_14		p32_15		p32_16		p32_17	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nie ma	19	2,6%	3	0,4%	41	5,7%	3	0,4%	6	0,8%
małe	61	8,4%	2	0,3%	113	15,6%	0	0,0%	7	1,0%
umiarkowane	138	19,0%	19	2,6%	134	18,5%	29	4,0%	69	9,5%
duże	463	63,9%	666	91,9%	402	55,4%	665	91,7%	590	81,4%
trudno powiedzieć	44	6,1%	35	4,8%	35	4,8%	28	3,9%	53	7,3%
<b>SUMA</b>	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%	725	100,0%

Dalsza część badań związanych z zakresem niniejszego podrozdziału związana była z poszukiwaniem związków istotnych statystycznie pomiędzy odpowiedziami ankietowanych a wybranymi czynnikami socjodemograficznymi.

Tab. 78 przedstawia wykryte istotne statystycznie zależności pomiędzy stopniem trudności zdobycia substancji psychoaktywnych w ujęciu jakościowym a płcią ankietowanych. W ramach badanej grupy kobiety udzielały więcej odpowiedzi „Nie wiem” niż mężczyźni niezależnie od badanej substancji psychoaktywnej. Jedynym wyjątkiem (a i to z bardzo niewielką przewagą mężczyzn – 42,8% do 40,3%) okazały się wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych.

Osoby płci męskiej znacznie częściej odpowiadały, że zdobycie marihuany lub haszyszu będzie dla nich bardzo łatwe (27,3% do 15,5%). Nieco więcej kobiet odpowiedziało także, że byłoby to niemożliwe (12,1% do 10,0%). Pozwala to wysnuć wniosek, że badane kobiety były ogólnie nieco gorzej zorientowane w możliwościach zdobycia marihuany lub haszyszu. W odniesieniu do amfetaminy (speedu) rozkład odpowiedzi okazał się bardzo podobny. Najbardziej widoczne dysproporcje to dużo wyższy odsetek kobiet, które nie wiedzą, jak trudno zdobyć wspomniane substancje (37,9% do 22,8%), a także nieco wyższy tych kobiet, które uważają, że jest to niemożliwe (14,3% do 10,9%) niż mężczyzn. Mężczyźni zauważalnie częściej wybierali warianty odpowiedzi „dosyć łatwe” (20,3% do 17,4%) i „bardzo łatwe” (16,4% do 11,4%) – są zatem nieco lepiej zorientowani w możliwościach dotarcia do amfetaminy. W przypadku ecstazy wystąpiła częściowo podobna sytuacja – mężczyźni ponownie rzadziej uważają zdobycie tego środka za niemożliwe (12,5% do 15,2%) i rzadziej odpowiadają „Nie wiem” (26,4% do 37,9%), ale wystąpiła znaczna dysproporcja w odpowiedziach „Bardzo trudne” – odpowiedziało tak znacznie więcej mężczyzn (21,9%) niż kobiet (8,2%). Rozkład odpowiedzi dla LSD był niezwykle podobny, jak dla ecstazy. W przypadku grzybów halucynogennych zauważyć można dużo częstsze odpowiedzi mężczyzn „Niemożliwe” (31,2% do 19,3%). Najmniej osób uznało ten środek za łatwy i bardzo łatwy do zdobycia. Także dla środków psychoaktywnych uznawanych za groźniejsze mężczyźni znacznie częściej twierdzą, że są one niemożliwe do zdobycia (crack – 31,5% do 19,3%, heroina – 30,9% do 21,3%, „kompot” – 31,8% do 20,3%, kokaina – 30,5% do 19,8%). W przypadku sterydów anabolicznych dużo więcej mężczyzn odpowiedziało, że zdobycie sterydów anabolicznych jest dla nich dosyć łatwe (24,8% do 13,8%) i bardzo łatwe (20,9% do 7,0%). Z kolei znacznie mniej mężczyzn niż kobiet (20,9% do 40,6% - dysproporcja dużo silniejsza niż w przypadku testów dla poprzednio wymienionych substancji) nie wie, jak trudne jest zdobycie sterydów. Dla leków nasennych i uspokajających bez wskazań medycznych przyjmowanych bez wskazań lekarza rozkład odpowiedzi jest nieco inny, niemniej różnice między płciami także okazują się statystycznie znaczące. Jak wspomniano, więcej mężczyzn uznaje zdobycie takich substancji za niemożliwe, a minimalnie więcej za bardzo trudne, ale dodatkowo więcej kobiet podaje bowiem odpowiedzi „dosyć łatwe” (13,6% do 7,1%) i „bardzo łatwe” (9,5% do 4,8%). Wydaje się więc, że akurat ta substancja psychoaktywna może być łatwiej

zdoływana przez ankietowanych płci żeńskiej. Mniej więcej tyle samo kobiet (40,3%), co mężczyzn (42,8%) nie wie, jak zdobyć wspomniane leki (Tab. 78).

**Tab. 78.** Stopień trudności zdobycia substancji psychoaktywnych (w ujęciu jakościowym) w zależności od płci ankietowanych

Substancja psychoaktywna	Płeć	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana lub haszysz	Kobiety	50	12,1%	31	7,5%	30	7,2%	96	23,2%	64	15,5%	143	34,5%
	Mężczyźni	31	10,0%	36	11,6%	36	11,6%	66	21,2%	85	27,3%	57	18,3%
	Wszyscy	81	11,2%	67	9,2%	66	9,1%	162	22,3%	149	20,6%	200	27,6%
amfetamina (speed)	Kobiety	59	14,3%	31	7,5%	48	11,6%	72	17,4%	47	11,4%	157	37,9%
	Mężczyźni	34	10,9%	37	11,9%	55	17,7%	63	20,3%	51	16,4%	71	22,8%
	Wszyscy	93	12,8%	68	9,4%	103	14,2%	135	18,6%	98	13,5%	228	31,4%
ecstasy	Kobiety	63	15,2%	34	8,2%	50	12,1%	66	15,9%	40	9,7%	161	38,9%
	Mężczyźni	39	12,5%	68	21,9%	55	17,7%	41	13,2%	26	8,4%	82	26,4%
	Wszyscy	102	14,1%	102	14,1%	105	14,5%	107	14,8%	66	9,1%	243	33,5%
LSD	Kobiety	69	16,7%	46	11,1%	54	13,0%	41	9,9%	21	5,1%	183	44,2%
	Mężczyźni	47	15,1%	69	22,2%	56	18,0%	29	9,3%	16	5,1%	94	30,2%
	Wszyscy	116	16,0%	115	15,9%	110	15,2%	70	9,7%	37	5,1%	277	38,2%
grzyby halucynogenne	Kobiety	80	19,3%	51	12,3%	63	15,2%	11	2,7%	3	0,7%	206	49,8%
	Mężczyźni	97	31,2%	41	13,2%	32	10,3%	2	0,6%	1	0,3%	138	44,4%
	Wszyscy	177	24,4%	92	12,7%	95	13,1%	13	1,8%	4	0,6%	344	47,4%
crack	Kobiety	80	19,3%	60	14,5%	63	15,2%	13	3,1%	4	1,0%	194	46,9%
	Mężczyźni	98	31,5%	43	13,8%	32	10,3%	3	1,0%	1	0,3%	134	43,1%
	Wszyscy	178	24,6%	103	14,2%	95	13,1%	16	2,2%	5	0,7%	328	45,2%
heroina	Kobiety	88	21,3%	52	12,6%	60	14,5%	25	6,0%	6	1,4%	183	44,2%
	Mężczyźni	96	30,9%	47	15,1%	32	10,3%	5	1,6%	3	1,0%	128	41,2%
	Wszyscy	184	25,4%	99	13,7%	92	12,7%	30	4,1%	9	1,2%	311	42,9%
„kompot”	Kobiety	84	20,3%	51	12,3%	55	13,3%	26	6,3%	6	1,4%	192	46,4%
	Mężczyźni	99	31,8%	42	13,5%	31	10,0%	5	1,6%	5	1,6%	129	41,5%
	Wszyscy	183	25,2%	93	12,8%	86	11,9%	31	4,3%	11	1,5%	321	44,3%
kokaina	Kobiety	82	19,8%	46	11,1%	57	13,8%	34	8,2%	10	2,4%	185	44,7%
	Mężczyźni	95	30,5%	47	15,1%	27	8,7%	13	4,2%	5	1,6%	124	39,9%
	Wszyscy	177	24,4%	93	12,8%	84	11,6%	47	6,5%	15	2,1%	309	42,6%
sterydy anaboliczne	Kobiety	72	17,4%	38	9,2%	50	12,1%	57	13,8%	29	7,0%	168	40,6%
	Mężczyźni	52	16,7%	24	7,7%	28	9,0%	77	24,8%	65	20,9%	65	20,9%
	Wszyscy	124	17,1%	62	8,6%	78	10,8%	134	18,5%	94	13,0%	233	32,1%
wydawane na receptę leki nasenne...	Kobiety	76	18,4%	30	7,3%	45	10,9%	56	13,6%	39	9,5%	166	40,3%
	Mężczyźni	86	27,7%	30	9,6%	25	8,0%	22	7,1%	15	4,8%	133	42,8%
	Wszyscy	162	22,4%	60	8,3%	70	9,7%	78	10,8%	54	7,5%	299	41,4%

Tab. 79 przedstawia wyniki podobnych badań w ujęciu ilościowym. W przypadku niektórych substancji psychoaktywnych okazało się konieczne – w celu spełnienia warunków wiarygodności testu statystycznego – połączenie klas odpowiedzi „Jedną godzinę lub mniej” i „Kilka godzin” w umowną klasę „Kilka godzin lub mniej”.

W ogólnym zarysie wyniki ilościowe okazały się bardzo podobne do jakościowych. Znacznie więcej kobiet nie potrafi powiedzieć, ile czasu zabrałoby im dotarcie do marihuany lub haszyszu (50,2% do 26,4%). Wszystkie inne odpowiedzi dla tej substancji wybrało nieco więcej mężczyzn. Oznacza to, że w ramach badanej grupy to właśnie mężczyźni wiedzą więcej o dostępności marihuany lub haszyszu (co często przekłada się też na krótki lub względnie krótki czas zdobycia tych substancji). W odniesieniu do amfetaminy i ecstasy wystąpiła praktycznie taka sama sytuacja, jedynie pojawia się (u obu płci) więcej odpowiedzi „nie wiem”, „tydzień lub więcej” oraz „w ogóle nie mógłbym/mogłabym zdobyć” – pozostałych odpowiedzi (określających krótki czas dotarcia do specyfiku) jest mniej. Oznacza to, iż ecstasy i amfetamina są ogólnie trudniej dostępne od marihuany

i haszyszu. Tendencja ta pogłębia się jeszcze dla LSD. Mniejsza liczba respondentów potrafi podać konkretny czas dostępu do LSD, a niemal w każdym przypadku rysuje się pewna przewaga mężczyzn (z wyjątkiem odpowiedzi „jeden dzień” – prawdopodobnie jest to przypadkowa fluktuacja). Zatem ponownie mężczyźni zdają się mieć szerszą wiedzę na temat czasu zdobycia kolejnej substancji psychoaktywnej. W przypadku cracku jeszcze bardziej rośnie liczba osób, które nie potrafią określić czasu potrzebnego na zdobycie narkotyku. Wśród osób, które wiedzą, że jest to wręcz niemożliwe, przeważają mężczyźni (27,0% do 16,2%), ale możliwość zdobycia cracku w kilka dni, tydzień lub więcej deklarują częściej kobiety (choć odpowiedzi te wybiera bardzo mało ankietowanych). Heroina, „kompot” i kokaina pozwoliły na uzyskanie praktycznie takich samych rozkładów odpowiedzi – substancje te nie wprowadzają zatem swej własnej specyfiki. Jedyną niewielką różnicą jest zmniejszenie się dysproporcji pomiędzy częstotliwością odpowiedzi „Nie wiem” udzielanymi przez przedstawicieli obu płci. Coraz mniej osób potrafi również zdobyć te substancje w krótkim czasie.

Natomiast wiedza na temat dostępności sterydów anabolicznych jest już znacznie szersza, szczególnie u mężczyzn. O wiele mniej mężczyzn niż kobiet udzieliło odpowiedzi „Nie wiem” (40,5% do 66,9%), zmalał także ogólny odsetek tej odpowiedzi. Przedstawiciele płci męskiej mają – niekiedy dość znaczną – przewagę przy większości konkretnych odpowiedzi, zwłaszcza „tydzień lub więcej” (13,8% do 4,8%) czy „kilka dni” (17,4% do 8,0%) – Tab. 79.

**Tab. 79.** Stopień trudności zdobycia substancji psychoaktywnych (w ujęciu ilościowym) w zależności od płci ankietowanych

Substancja psychoaktywna	Płeć	Liczba wskazań													
		Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana lub haszysz	Kobiety	29	7,0%	41	9,9%	31	7,5%	50	12,1%	26	6,3%	29	7,0%	208	50,2%
	Mężczyźni	41	13,2%	38	12,2%	29	9,3%	56	18,0%	29	9,3%	36	11,6%	82	26,4%
	Wszyscy	70	9,7%	79	10,9%	60	8,3%	106	14,6%	55	7,6%	65	9,0%	290	40,0%
amfetamina (speed)	Kobiety	22	5,3%	27	6,5%	22	5,3%	46	11,1%	26	6,3%	33	8,0%	238	57,5%
	Mężczyźni	17	5,5%	29	9,3%	35	11,3%	48	15,4%	28	9,0%	45	14,5%	109	35,0%
	Wszyscy	39	5,4%	56	7,7%	57	7,9%	94	13,0%	54	7,4%	78	10,8%	347	47,9%
ecstasy	Kobiety	22	5,3%	23	5,6%	20	4,8%	46	11,1%	25	6,0%	35	8,5%	243	58,7%
	Mężczyźni	12	3,9%	20	6,4%	15	4,8%	31	10,0%	58	18,6%	58	18,6%	117	37,6%
	Wszyscy	34	4,7%	43	5,9%	35	4,8%	77	10,6%	83	11,4%	93	12,8%	360	49,7%
LSD	Kobiety	9	2,2%	16	3,9%	21	5,1%	32	7,7%	24	5,8%	44	10,6%	268	64,7%
	Mężczyźni	9	2,9%	16	5,1%	9	2,9%	30	9,6%	49	15,8%	71	22,8%	127	40,8%
	Wszyscy	18	2,5%	32	4,4%	30	4,1%	62	8,6%	73	10,1%	115	15,9%	395	54,5%
crack	Kobiety	Połączono klasy odpowiedzi		7	1,7%	6	1,4%	20	4,8%	18	4,3%	67	16,2%	296	71,5%
	Mężczyźni	Połączono klasy odpowiedzi		6	1,9%	3	1,0%	5	1,6%	7	2,3%	84	27,0%	206	66,2%
	Wszyscy	Połączono klasy odpowiedzi		13	1,8%	9	1,2%	25	3,4%	25	3,4%	151	20,8%	502	69,2%
heroina	Kobiety	Połączono klasy odpowiedzi		10	2,4%	11	2,7%	28	6,8%	19	4,6%	61	14,7%	285	68,8%
	Mężczyźni	Połączono klasy odpowiedzi		7	2,3%	3	1,0%	12	3,9%	9	2,9%	84	27,0%	196	63,0%
	Wszyscy	Połączono klasy odpowiedzi		17	2,3%	14	1,9%	40	5,5%	28	3,9%	145	20,0%	481	66,3%
„kompot”	Kobiety	Połączono klasy odpowiedzi		9	2,2%	16	3,9%	20	4,8%	16	3,9%	56	13,5%	297	71,7%
	Mężczyźni	Połączono klasy odpowiedzi		6	1,9%	5	1,6%	16	5,1%	11	3,5%	78	25,1%	195	62,7%
	Wszyscy	Połączono klasy odpowiedzi		15	2,1%	21	2,9%	36	5,0%	27	3,7%	134	18,5%	492	67,9%
kokaina	Kobiety	5	1,2%	8	1,9%	21	5,1%	24	5,8%	25	6,0%	48	11,6%	283	68,4%
	Mężczyźni	4	1,3%	5	1,6%	7	2,3%	18	5,8%	11	3,5%	77	24,8%	189	60,8%
	Wszyscy	9	1,2%	13	1,8%	28	3,9%	42	5,8%	36	5,0%	125	17,2%	472	65,1%
sterydy anaboliczne	Kobiety	13	3,1%	12	2,9%	18	4,3%	33	8,0%	18	4,3%	43	10,4%	277	66,9%
	Mężczyźni	9	2,9%	18	5,8%	25	8,0%	54	17,4%	43	13,8%	36	11,6%	126	40,5%
	Wszyscy	22	3,0%	30	4,1%	43	5,9%	87	12,0%	61	8,4%	79	10,9%	403	55,6%

Niewielką liczbę istotnych statystycznie związków z omawianym problemem wykryto również dla faktu pobierania stypendium socjalnego (brak było natomiast związków z faktem otrzymywania

stypendium naukowego). Wyniki przedstawia Tab. 80. Na pytanie o łatwość zdobycia cracku oraz heroiny uzyskano niemal identyczny rozkład odpowiedzi. Studenci pobierający stypendium socjalne udzielili statystycznie nieco więcej odpowiedzi „nie wiem”. Rzadziej z ich strony padały odpowiedzi „niemożliwe” i „bardzo trudne”, a nieco częściej udzielali odpowiedzi „dosyć trudne”, która także brzmi mało konkretnie. Dowodzi to, że ankietowani, którym przyznano stypendium socjalne, cechują się znacznie węższym zasobem wiedzy w odniesieniu do możliwości zdobycia cracku oraz heroiny niż studenci niepobierający takiego stypendium.

**Tab. 80.** Stopień trudności zdobycia środków psychoaktywnych (w ujęciu jakościowym) w zależności od faktu pobierania przez ankietowanych stypendium socjalnego

Substancja psychoaktywna	Pobiera stypendium	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
crack	Tak	54	18,4%	35	11,9%	47	16,0%	7	2,4%	2	0,7%	149	50,7%
	Nie	123	28,6%	68	15,8%	48	11,2%	9	2,1%	3	0,7%	179	41,6%
	Wszyscy	177	24,4%	103	14,2%	95	13,1%	16	2,2%	5	0,7%	328	45,3%
heroina	Tak	57	19,4%	30	10,2%	46	15,6%	16	5,4%	3	1,0%	142	48,3%
	Nie	126	29,3%	69	16,0%	46	10,7%	14	3,3%	6	1,4%	169	39,3%
	Wszyscy	183	25,3%	99	13,7%	92	12,7%	30	4,1%	9	1,2%	311	43,0%

W ujęciu ilościowym dla stypendium socjalnego udało się wskazać tylko jeden związek istotny statystycznie – por. Tab. 81. Kojarzy on pobieranie stypendium z deklarowanym czasem zdobycia sterydów anabolicznych. Podobnie, jak dla testów opisanych bezpośrednio powyżej (por. Tab. 80), osoby otrzymujące stypendium socjalne statystycznie częściej udzielały odpowiedzi „nie wiem” (63,6% do 50,2%), a rzadziej – konkretnych odpowiedzi, co szczególnie wyraźnie widać w przypadku odpowiedzi „Co najmniej tydzień” (3,4% do 11,9%). Wnioski będą zatem podobne, jak opisano poprzednio.

**Tab. 81.** Czas zdobycia sterydów anabolicznych w zależności od faktu pobierania przez ankietowanych stypendium socjalnego

Pobiera stypendium	Liczba wskazań													
	Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	6	2,0%	11	3,7%	18	6,1%	33	11,2%	10	3,4%	29	9,9%	187	63,6%
Nie	16	3,7%	19	4,4%	25	5,8%	54	12,6%	51	11,9%	49	11,4%	216	50,2%
Wszyscy	22	3,0%	30	4,1%	43	5,9%	87	12,0%	61	8,4%	78	10,8%	403	55,7%

Silnym czynnikiem różnicującym w kontekście wiedzy na temat dostępu do substancji psychoaktywnych okazały się warunki zamieszkania. Rezultaty badań pod kątem jakościowym przedstawia Tab. 82. W niektórych przypadkach okazało się konieczne zmodyfikowanie udzielonych odpowiedzi – połączenie najmniej licznych klas odpowiedzi (np. „Dosyć łatwe” z „Bardzo łatwe”) oraz usunięcie klasy najmniej znaczącej klasy odpowiedzi „Nie wiem”. W przypadku usunięcia klasy odpowiedzi wielkości procentowe w poszczególnych wierszach odnoszą się do wszystkich ankietowanych, nie będą więc sumować się do 100%.

Przegląd Tab. 82 pozwala zauważyć, że we wszystkich przypadkach, w których występowała klasa odpowiedzi „Nie wiem”, ankietowani mieszkający z rodzeństwem albo z rodzicami częściej niż pozostali nie byli w stanie udzielić konkretnej odpowiedzi. Osoby mieszkające samotnie wyjątkowo

często udzielały odpowiedzi „Bardzo trudne” w odniesieniu do ecstasy i LSD (odpowiednio 48,6% i 45,7% wszystkich ankietowanych).

**Tab. 82.** Stopień trudności zdobycia substancji psychoaktywnych w ujęciu jakościowym w zależności od warunków zamieszkania respondentów (T= Tak, N = Nie)

Substancja psychoaktywna	Mieszka	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
amfetamina	Rodzeństwo T	36	11,1%	21	6,5%	42	12,9%	66	20,3%	38	11,7%	122	<b>37,5%</b>
	Rodzeństwo N	57	14,3%	47	11,8%	61	15,3%	69	17,3%	60	15,0%	106	<b>26,5%</b>
	Wszyscy	93	12,8%	68	9,4%	103	14,2%	135	18,6%	98	13,5%	228	31,4%
ecstasy	Rodzice T	72	14,0%	63	12,3%	63	12,3%	87	17,0%	48	9,4%	180	<b>35,1%</b>
	Rodzice N	30	14,2%	39	18,4%	42	19,8%	20	9,4%	18	8,5%	63	<b>29,7%</b>
	Wszyscy	102	14,1%	102	14,1%	105	14,5%	107	14,8%	66	9,1%	243	33,5%
	Rodzeństwo T	43	13,2%	32	9,8%	37	11,4%	63	19,4%	26	8,0%	124	<b>38,2%</b>
	Rodzeństwo N	59	14,8%	70	17,5%	68	17,0%	44	11,0%	40	10,0%	119	<b>29,8%</b>
	Wszyscy	102	14,1%	102	14,1%	105	14,5%	107	14,8%	66	9,1%	243	33,5%
	Samemu T	4	11,4%	17	<b>48,6%</b>	4	11,4%	3	8,6%	2	5,7%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	Samemu N	98	14,2%	85	<b>12,3%</b>	101	14,6%	104	15,1%	64	9,3%		
	Wszyscy	102	14,1%	102	14,1%	105	14,5%	107	14,8%	66	9,1%		
LSD	Rodzeństwo T	48	14,8%	39	12,0%	40	12,3%	40	12,3%	16	4,9%	142	<b>43,7%</b>
	Rodzeństwo N	68	17,0%	76	19,0%	70	17,5%	30	7,5%	21	5,3%	135	<b>33,8%</b>
	Wszyscy	116	16,0%	115	15,9%	110	15,2%	70	9,7%	37	5,1%	277	38,2%
	Samemu T	4	11,4%	16	<b>45,7%</b>	4	11,4%	5	14,3%	Połączono „Dosyć łatwe” z „Bardzo ł.”		Usunięto klasę odpowiedzi	
	Samemu N	112	16,2%	99	<b>14,3%</b>	106	15,4%	102	14,8%				
	Wszyscy	116	16,0%	115	15,9%	110	15,2%	107	14,8%				
sterydy anaboliczne	Rodzeństwo T	57	17,5%	29	8,9%	34	10,5%	54	16,6%	27	8,3%	124	<b>38,2%</b>
	Rodzeństwo N	67	16,8%	33	8,3%	44	11,0%	80	20,0%	67	16,8%	109	<b>27,3%</b>
	Wszyscy	124	17,1%	62	8,6%	78	10,8%	134	18,5%	94	13,0%	233	32,1%

W ujęciu ilościowym również wykryto kilka zależności istotnych statystycznie. Zestawienie wyników zawarto w Tab. 83.

Osoby mieszkające z rodzicami statystycznie częściej nie potrafią podać konkretnego czasu zdobycia wskazanej substancji psychoaktywnej (nie dotyczy to sterydów anabolicznych). Na pytanie o czas zdobycia amfetaminy osoby mieszkające z rodzicami częściej odpowiadały „Kilka dni” (14,2% do 9,9%), a rzadziej „1 dzień” (6,2% do 11,8%) i „Co najmniej tydzień” (5,5% do 12,3%). W przypadku ecstasy osoby zamieszkujące z rodzicami statystycznie rzadziej odpowiadały „Co najmniej tydzień” (8,4% do 18,9%) i „W ogóle” (11,9% do 15,1%), natomiast częściej „jeden dzień” (5,8% do 2,4%) i „kilka dni” (11,9% do 7,5%). Jeszcze inaczej ułożyły się odpowiedzi dla sterydów anabolicznych: ankietowani zamieszkujący z rodzicami odpowiadali statystycznie częściej „kilka godzin” (4,9% do 2,5%), „jeden dzień” (7,2% do 2,8%), oraz „w ogóle” (11,9% do 8,5%), a statystycznie rzadziej – „kilka dni” (10,1% do 16,5%) i „co najmniej tydzień” (7,0% do 11,8%). Wyniki te w większości znacznie różnią się między poszczególnymi substancjami, a ponadto nie tworzą jednolitej tendencji na skali porządkowej, dlatego trudno w tym przypadku wysnuć wnioski natury ogólnej.

Pytanie o czas zdobycia amfetaminy (speedu) zróżnicowało statystycznie badaną grupę, podzieloną pod kątem zamieszkiwania lub nie ze znajomymi (przyjaciółmi). Osoby zamieszkujące z tymi osobami statystycznie rzadziej wskazały na odpowiedzi: „kilka godzin” (4,9% do 8,4%) i „w ogóle nie mógłbym zdobyć” (7,0% do 11,7%), a statystycznie częściej – „jeden dzień” (12,0% do 6,9%) i „co najmniej tydzień” (13,4% do 6,0%). Identyczny (z dokładnością do poszczególnych wielkości procentowych) rozkład odpowiedzi zanotowano w przypadku tego kryterium różnicującego dla ecstasy. Bardzo wyraźna była tu przewaga odpowiedzi „co najmniej tydzień” (21,8% do 18,9%).



Mieszkanie samemu zdaje się nie sprzyjać możliwości zdobycia ecstasy (62,9% respondentów zamieszkujących samotnie zaznaczyło odpowiedź „W ogóle”, przy tylko 22,3% innych respondentów). Niejako naturalnie pozostałych odpowiedzi (tylko dwóch po połączeniu klas odpowiedzi) częściej udzielali ankieterzy niemieszkający samemu (Tab. 83).

**Tab. 83.** Deklarowany czas zdobycia substancji psychoaktywnych w zależności od warunków zamieszkania respondentów (T= Tak, N = Nie)

Substancja psychoaktywna	Mieszka	Liczba wskazań													
		Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
amfetamina	Rodzice T	28	5,5%	42	8,2%	32	6,2%	73	14,2%	28	5,5%	56	10,9%	254	49,5%
	Rodzice N	11	5,2%	14	6,6%	25	11,8%	21	9,9%	26	12,3%	22	10,4%	93	43,9%
	Wszyscy	39	5,4%	56	7,7%	57	7,9%	94	13,0%	54	7,4%	78	10,8%	347	47,9%
	Znajomi T	6	4,2%	7	4,9%	17	12,0%	16	11,3%	19	13,4%	10	7,0%	67	47,2%
	Znajomi N	33	5,7%	49	8,4%	40	6,9%	78	13,4%	35	6,0%	68	11,7%	280	48,0%
	Wszyscy	39	5,4%	56	7,7%	57	7,9%	94	13,0%	54	7,4%	78	10,8%	347	47,9%
ecstasy	Rodzice T	24	4,7%	30	5,8%	30	5,8%	61	11,9%	43	8,4%	61	11,9%	264	51,5%
	Rodzice N	10	4,7%	13	6,1%	5	2,4%	16	7,5%	40	18,9%	32	15,1%	96	45,3%
	Wszyscy	34	4,7%	43	5,9%	35	4,8%	77	10,6%	83	11,4%	93	12,8%	360	49,7%
	Znajomi T	7	4,9%	7	4,9%	3	2,1%	11	7,7%	31	21,8%	13	9,2%	70	49,3%
	Znajomi N	27	4,6%	36	6,2%	32	5,5%	66	11,3%	52	8,9%	80	13,7%	290	49,7%
	Wszyscy	34	4,7%	43	5,9%	35	4,8%	77	10,6%	83	11,4%	93	12,8%	360	49,7%
	Samemu T	Połączono klasę odpowiedzi		1	2,9%	Połączono klasę odpowiedzi		3	8,6%	Połączono klasę odpowiedzi		22	62,9%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	Samemu N			76	11,0%			109	15,8%			154	22,3%		
	Wszyscy			77	10,6%			112	15,4%			176	24,3%		
	LSD	Znajomi T	2	1,4%	2	1,4%	5	3,5%	7	4,9%	28	19,7%	19	13,4%	79
Znajomi N		16	2,7%	30	5,1%	25	4,3%	55	9,4%	45	7,7%	96	16,5%	316	54,2%
Wszyscy		18	2,5%	32	4,4%	30	4,1%	62	8,6%	73	10,1%	115	15,9%	395	54,5%
sterydy anaboliczne	Rodzice T	14	2,7%	25	4,9%	37	7,2%	52	10,1%	36	7,0%	61	11,9%	288	56,1%
	Rodzice N	8	3,8%	5	2,4%	6	2,8%	35	16,5%	25	11,8%	18	8,5%	115	54,2%
	Wszyscy	22	3,0%	30	4,1%	43	5,9%	87	12,0%	61	8,4%	79	10,9%	403	55,6%

Kolejnym czynnikiem socjodemograficznym, istotnie statystycznie powiązany z możliwością zdobycia wskazanych substancji psychoaktywnych, była wielkość miejscowości zamieszkania. Wyniki dla ujęcia jakościowego problemu przedstawiono w Tab. 84. W kilku testach, odpowiadających substancjom, do których bardzo łatwy i łatwy dostęp mieli wyjątkowo nieliczni respondenci, klasy odpowiedzi odpowiadające tym opcjom połączono.

Przewidywana trudność zdobycia marihuany lub haszyszu okazała się istotnie statystycznie związana z wielkością miejsca pochodzenia lub zamieszkania respondentów. Reprezentanci mniejszych miejscowości najczęściej udzielali odpowiedzi „nie wiem” (32,9% dla wsi, 25,8% dla najmniejszych miast), natomiast większych – „dosyć łatwe” (31,4% dla średnich miast i 27,6% dla największych). Na odpowiedzi oznaczające trudność zdobycia marihuany lub haszyszu najczęściej wskazywali reprezentanci miast do 5 tys. mieszkańców – dla badanej grupy to właśnie w takich miejscowościach dostęp do wspomnianych narkotyków jest więc najtrudniejszy. Rozkład odpowiedzi „Niemożliwe” jest niemal równy (9,0%-12,9% odpowiedzi).

W przypadku amfetaminy reprezentanci wszystkich grup najczęściej udzielali odpowiedzi „nie wiem” (od 21,0% dla średnich miast do 36,6% w przypadku wsi, ale reprezentanci wsi oraz średnich i większych miast na drugim miejscu umieszczali odpowiedź „dosyć łatwe” (20,4%-21,6%), podczas gdy dla mieszkańców najmniejszych miast okazało się to odpowiedzią udzielaną najrzadziej (3,2%). Badani z najmniejszych miast najczęściej ze wszystkich udzielali odpowiedzi „bardzo trudne” (19,4%) oraz „trudne” (23,7%). Bardzo podobne wyniki uzyskano dla ecstasy, choć tym razem zanotowano

znacznie więcej odpowiedzi „bardzo trudne”, a mniej „dosyć trudne”. Ponownie wszystkie grupy udzieliły najczęściej odpowiedzi „nie wiem” (od 22,9% w średnich miastach – 37,2% na wsiach). Jako drugie w kolejności padały odpowiedzi – „dosyć trudne” w przypadku wsi, „bardzo trudne” dla najmniejszych i średnich miast i wreszcie „dosyć łatwe” dla największych miast. Rozkład odpowiedzi dla LSD był niemal analogiczny (Tab. 84).

W przypadku pytań o łatwość zdobycia grzybów halucynogennych, cracku, heroiny, „kompotu” oraz kokainy przedstawiciele wszystkich badanych grup (z wyjątkiem średnich miast) najczęściej odpowiadali „nie wiem”, a w drugiej kolejności – iż jest to niemożliwe. Reprezentanci miast średnich udzielali najczęściej odpowiedzi „niemożliwe” najczęściej, a „nie wiem” – w drugiej kolejności. Dla wszystkich wymienionych środków psychoaktywnych najmniej odpowiedzi „niemożliwe” udzielają reprezentanci najmniejszych miast (ok. 17-19%), a najwięcej – właśnie miast średnich (ok. 41-43%). Liczba odpowiedzi „nie wiem” udzielonych przez respondentów mieszkających na wsiach i w największych miastach jest zbliżona do średniej (ok. 43-47%), w najmniejszych miastach jest o wiele wyższa (ok. 57-60%), a w średnich miastach – bardzo znacząco niższa (ok. 27-33%). Bardzo niewielu respondentów potrafi zdobyć te środki łatwo – najmniej jest ich w najmniejszych miastach, a najwięcej, choć różnice nie są duże, najczęściej na wsiach lub w największych miastach.

Dla sterydów anabolicznych rozkład odpowiedzi znacznie się różni. Uzyskane wyniki potwierdzają, że są one specyficzną substancją w przekroju wszystkich testów. Znacznie więcej respondentów potrafi zdobyć sterydy anaboliczne niż inne wskazane narkotyki. Kolejny raz specyficzną grupą respondentów okazują się reprezentanci miast do 5 tys. mieszkańców. Tym razem najrzadziej ze wszystkich grup odpowiadali „nie wiem” – tylko 18,3% (w poprzednich testach – najczęściej), dla jedynej grupy nie była to też najczęściej udzielana odpowiedź (była nią „niemożliwe”). Udzielili też najwięcej odpowiedzi „bardzo łatwe” (17,2%). Dla przedstawicieli średnich miast najczęstszą udzielaną odpowiedzią była „dosyć łatwe” (26,7%).

W przypadku wydawanych na receptę leków nasennych i uspokajających bez wskazań medycznych uzyskano nieco odmienne wyniki. Ponownie reprezentanci wszystkich typów miejscowości najczęściej udzielali odpowiedzi „nie wiem”, a w drugiej kolejności – „niemożliwe”. W przypadku odpowiedzi „niemożliwe” widoczna jest wyraźna różnica pomiędzy częstotliwością udzielania odpowiedzi: zamieszkujący na wsi i w największych miastach odpowiadają tak około dwukrotnie rzadziej (odpowiednio 17,4% i 17,1%) niż badani reprezentujący najmniejsze i średnie miasta (odpowiednio 37,6% i 34,6%). Odwrotna dysproporcja, choć już nie o tak dużej sile (z uwagi na mniejszą liczbę osób udzielających takich odpowiedzi), widoczna jest dla opcji „bardzo łatwe” i „dosyć łatwe”. Pozostałe odpowiedzi padają w podobnie często, a rozkład odpowiedzi „nie wiem” okazał się dla tego środka wyjątkowo wyrównany (35,6% dla reprezentantów średnich miast do 43,7% w przypadku wsi) – Tab. 84.

**Tab. 84.** Stopień trudności zdobycia substancji psychoaktywnych w ujęciu jakościowym w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania respondentów

Substancja psychoaktywna	Wielkość miejscowości	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana lub haszysz	wieś	39	11,9%	26	7,9%	31	9,5%	67	20,4%	57	17,4%	108	<b>32,9%</b>
	miasto <5 tys.	12	12,9%	18	<b>19,4%</b>	15	<b>16,1%</b>	7	7,5%	17	18,3%	24	<b>25,8%</b>
	miasto 5-50 tys.	12	11,4%	9	8,6%	5	4,8%	33	<b>31,4%</b>	26	24,8%	20	19,0%
	miasto >50 tys.	18	9,0%	14	7,0%	15	7,5%	55	<b>27,6%</b>	49	24,6%	48	24,1%
	Wszyscy	81	11,2%	67	9,2%	66	9,1%	162	22,3%	149	20,6%	200	27,6%

Substancja psychoaktywna	Wielkość miejscowości	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
amfetamina (speed)	wieś	41	12,5%	23	7,0%	48	14,6%	67	<b>20,4%</b>	29	8,8%	120	<b>36,6%</b>
	miasto <5 tys.	12	12,9%	18	<b>19,4%</b>	22	<b>23,7%</b>	3	<b>3,2%</b>	14	15,1%	24	25,8%
	miasto 5-50 tys.	15	14,3%	13	12,4%	14	13,3%	22	<b>21,0%</b>	19	18,1%	22	21,0%
	miasto >50 tys.	25	12,6%	14	7,0%	19	9,5%	43	<b>21,6%</b>	36	18,1%	62	31,2%
	Wszyscy	93	12,8%	68	9,4%	103	14,2%	135	18,6%	98	13,5%	228	31,4%
ecstasy	wieś	43	13,1%	29	8,8%	58	<b>17,7%</b>	50	15,2%	26	7,9%	122	<b>37,2%</b>
	miasto <5 tys.	13	14,0%	29	<b>31,2%</b>	10	10,8%	3	3,2%	5	5,4%	33	<b>35,5%</b>
	miasto 5-50 tys.	17	16,2%	27	<b>25,7%</b>	17	16,2%	12	11,4%	8	7,6%	24	22,9%
	miasto >50 tys.	29	14,6%	17	8,5%	20	10,1%	42	<b>21,1%</b>	27	<b>13,6%</b>	64	32,2%
	Wszyscy	102	14,1%	102	14,1%	105	14,5%	107	14,8%	66	9,1%	243	33,5%
LSD	wieś	49	14,9%	37	11,3%	57	<b>17,4%</b>	31	9,5%	12	3,7%	142	<b>43,3%</b>
	miasto <5 tys.	13	14,0%	29	<b>31,2%</b>	11	11,8%	2	2,2%	4	4,3%	34	36,6%
	miasto 5-50 tys.	19	18,1%	29	<b>27,6%</b>	15	14,3%	9	8,6%	6	5,7%	27	<b>25,7%</b>
	miasto >50 tys.	35	17,6%	20	10,1%	27	13,6%	28	<b>14,1%</b>	15	7,5%	74	37,2%
	Wszyscy	116	16,0%	115	15,9%	110	15,2%	70	9,7%	37	5,1%	277	38,2%
grzyby halucynogenne	wieś	78	23,8%	41	12,5%	44	13,4%	8	2,4%	Połączono z klasą odpowiedzi „Dosyć łatwe”	157	47,9%	
	miasto <5 tys.	17	<b>18,3%</b>	12	12,9%	9	9,7%	0	<b>0,0%</b>		55	<b>59,1%</b>	
	miasto 5-50 tys.	43	<b>41,0%</b>	15	14,3%	8	7,6%	4	3,8%		35	<b>33,3%</b>	
	miasto >50 tys.	39	19,6%	24	12,1%	34	17,1%	5	2,5%		97	48,7%	
	Wszyscy	177	24,4%	92	12,7%	95	13,1%	17	2,3%		344	47,4%	
crack	wieś	75	22,9%	45	13,7%	46	14,0%	12	3,7%	Połączono z klasą odpowiedzi „Dosyć łatwe”	150	45,7%	
	miasto <5 tys.	16	<b>17,2%</b>	13	14,0%	8	8,6%	0	<b>0,0%</b>		56	<b>60,2%</b>	
	miasto 5-50 tys.	45	<b>42,9%</b>	17	16,2%	10	9,5%	2	1,9%		31	<b>29,5%</b>	
	miasto >50 tys.	42	21,1%	28	14,1%	31	15,6%	7	3,5%		91	45,7%	
	Wszyscy	178	24,6%	103	14,2%	95	13,1%	21	2,9%		328	45,2%	
heroina	wieś	79	24,1%	37	11,3%	51	15,5%	20	6,1%	Połączono z klasą odpowiedzi „Dosyć łatwe”	141	43,0%	
	miasto <5 tys.	17	<b>18,3%</b>	11	11,8%	8	8,6%	1	<b>1,1%</b>		56	<b>60,2%</b>	
	miasto 5-50 tys.	46	<b>43,8%</b>	18	17,1%	6	5,7%	6	5,7%		29	<b>27,6%</b>	
	miasto >50 tys.	42	21,1%	33	16,6%	27	13,6%	12	6,0%		85	42,7%	
	Wszyscy	184	25,4%	99	13,7%	92	12,7%	39	5,4%		311	42,9%	
„kompot”	wieś	79	24,1%	36	11,0%	42	12,8%	24	7,3%	Połączono z klasą odpowiedzi „Dosyć łatwe”	147	44,8%	
	miasto <5 tys.	18	<b>19,4%</b>	10	10,8%	8	8,6%	2	<b>2,2%</b>		55	<b>59,1%</b>	
	miasto 5-50 tys.	45	<b>42,9%</b>	15	14,3%	9	8,6%	6	5,7%		30	<b>28,6%</b>	
	miasto >50 tys.	41	20,6%	32	16,1%	27	13,6%	10	5,0%		89	44,7%	
	Wszyscy	183	25,2%	93	12,8%	86	11,9%	42	5,8%		321	44,3%	
kokaina	wieś	75	22,9%	40	12,2%	40	12,2%	29	8,8%	Połączono z klasą odpowiedzi „Dosyć łatwe”	144	43,9%	
	miasto <5 tys.	17	<b>18,3%</b>	9	9,7%	7	7,5%	7	7,5%		53	<b>57,0%</b>	
	miasto 5-50 tys.	45	<b>42,9%</b>	14	13,3%	8	7,6%	8	7,6%		30	<b>28,6%</b>	
	miasto >50 tys.	40	20,1%	30	15,1%	29	14,6%	18	9,0%		82	41,2%	
	Wszyscy	177	24,4%	93	12,8%	84	11,6%	62	8,6%		309	42,6%	
sterydy anaboliczne	wieś	50	15,2%	28	8,5%	42	12,8%	47	14,3%	36	11,0%	125	<b>38,1%</b>
	miasto <5 tys.	24	<b>25,8%</b>	10	10,8%	7	7,5%	19	20,4%	16	<b>17,2%</b>	17	<b>18,3%</b>
	miasto 5-50 tys.	23	<b>21,9%</b>	12	11,4%	5	4,8%	28	<b>26,7%</b>	10	9,5%	27	25,7%
	miasto >50 tys.	27	13,6%	12	6,0%	24	12,1%	40	20,1%	32	16,1%	64	32,2%
	Wszyscy	124	17,1%	62	8,6%	78	10,8%	134	18,5%	94	13,0%	233	32,1%
wydawane na receptę leki	wieś	57	<b>17,4%</b>	27	8,3%	31	9,5%	39	<b>11,9%</b>	30	<b>9,2%</b>	143	43,7%
	miasto <5 tys.	35	<b>37,6%</b>	5	5,4%	6	6,5%	4	4,3%	4	4,3%	39	41,9%
	miasto 5-50 tys.	36	<b>34,6%</b>	10	9,6%	9	8,7%	8	7,7%	4	3,8%	37	35,6%
	miasto >50 tys.	34	<b>17,1%</b>	18	9,0%	24	12,1%	27	<b>13,6%</b>	16	<b>8,0%</b>	80	40,2%
	Wszyscy	162	22,4%	60	8,3%	70	9,7%	78	10,8%	54	7,5%	299	41,4%

Kolejne badania wykonano w ujęciu ilościowym (pytając o czas zdobycia substancji psychoaktywnej). Wyniki zgromadzono w Tab. 85.

Wykryto istotną statystycznie zależność między miejscem zamieszkania lub pochodzenia ankietowanych (konkretnie jego wielkością) a czasem potrzebnym na zdobycie marihuany lub

haszyszu. Reprezentanci wszystkich rodzajów miejscowości najczęściej odpowiadali „Nie wiem”, ale druga najczęstsza odpowiedź była już różna. Mieszkańcy najmniejszych miast odpowiadali „w ogóle nie mógłbym zdobyć” (z równą częstotliwością 26,9%, co „Nie wiem”). Prezentowali oni ogólną tendencję do wymagania dłuższego czasu na dotarcie do substancji, co widoczne jest też w dużej liczbie odpowiedzi „co najmniej tydzień”. Mieszkańcy wsi i średnich miast jako drugą najczęstszą opcję wybierali „kilka dni” (odpowiednio 13,1% i 22,9%), a największych miast – „kilka godzin” (przy czym niemal taką samą liczbę odpowiedzi uzyskała klasa „jedną godzinę lub mniej” – odpowiednio 17,6% i 16,6%). Podobny jakościowo rozkład uzyskano również dla amfetaminy, ecstazy i LSD. W przypadku tych środków prawie zawsze najczęściej wskazywaną odpowiedzią jest „Nie wiem”, mieszkańcy wsi wyjątkowo często zaznaczali tę opcję, a reprezentujący najmniejsze miasta – wyjątkowo rzadko. Mieszkańcy największych miast najczęściej mogą zdobyć te substancje psychoaktywne w krótkim przedziale czasowym (choć liczba takich osób nie jest duża). Najmniej takich osób jest w najmniejszych miastach. Część tych wniosków potwierdza się dla kolejnych substancji psychoaktywnych: heroiny, „kompotu” oraz kokainy. W tym przypadku klasy odpowiedzi musiały zostać połączone, ale nadal widać, że w najmniejszych miastach najmniej jest osób potrafiących zdobyć szybko te środki oraz nieumiejących podać odpowiedzi, a najwięcej – osób twierdzących, że nie zdobędą ich w ogóle. Mieszkańcy wsi zaskakująco często – w porównaniu z innymi grupami – umieją dotrzeć do wspomnianych substancji psychoaktywnych w czasie do kilku dni.

W przypadku sterydów anabolicznych wyniki były ponownie nieco odmienne od uzyskiwanych dla innych substancji psychoaktywnych. Niemal we wszystkich grupach respondenci najczęściej wybierali odpowiedź „nie wiem”, ale reprezentanci najmniejszych miast jeszcze częściej zaznaczali „w ogóle nie mógłbym zdobyć” (33,3%) – oni najrzadziej ze wszystkich grup podawali odpowiedź „nie wiem” (31,2%), a wyjątkowo często – „do kilku dni” (24,7%). Mieszkańcy najmniejszych miast, ponownie bardzo rzadko udzielali konkretnych odpowiedzi odnoszących się do względnie krótkiego czasu dotarcia do sterydów anabolicznych. Warto wskazać, że w tych miejscowościach sterydy zażywa się względnie często – nie jest to zatem związane z potrzebą szybkiego dotarcia do tej substancji psychoaktywnej. Reprezentanci największych miast częściej niż inni potrafią dotrzeć do sterydów bardzo szybko choć ich bezwzględna liczba także nie jest duża. Co interesujące, udzielili oni największej liczby odpowiedzi „Nie wiem” (60,3%).

**Tab. 85.** Czas zdobycia substancji psychoaktywnych w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania respondentów

Substancja psychoaktywna	Wielkość miejscowości	Liczba wskazań													
		Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana lub haszysz	wieś	27	8,2%	30	9,1%	29	8,8%	43	13,1%	25	7,6%	24	7,3%	150	45,7%
	miasto <5 tys.	1	1,1%	5	5,4%	3	3,2%	19	20,4%	15	16,1%	25	26,9%	25	26,9%
	miasto 5-50 tys.	9	8,6%	9	8,6%	11	10,5%	24	22,9%	7	6,7%	6	5,7%	39	37,1%
	miasto >50 tys.	33	16,6%	35	17,6%	17	8,5%	20	10,1%	8	4,0%	10	5,0%	76	38,2%
	Wszyscy	70	9,7%	79	10,9%	60	8,3%	106	14,6%	55	7,6%	65	9,0%	290	40,0%
amfetamina (speed)	wieś	13	4,0%	19	5,8%	32	9,8%	44	13,4%	18	5,5%	31	9,5%	171	52,1%
	miasto <5 tys.	2	2,2%	2	2,2%	3	3,2%	14	15,1%	19	20,4%	26	28,0%	27	29,0%
	miasto 5-50 tys.	6	5,7%	5	4,8%	11	10,5%	16	15,2%	13	12,4%	7	6,7%	47	44,8%
	miasto >50 tys.	18	9,0%	30	15,1%	11	5,5%	20	10,1%	4	2,0%	14	7,0%	102	51,3%
	Wszyscy	39	5,4%	56	7,7%	57	7,9%	94	13,0%	54	7,4%	78	10,8%	347	47,9%
ecstazy	wieś	11	3,4%	12	3,7%	18	5,5%	45	13,7%	28	8,5%	34	10,4%	180	54,9%
	miasto <5 tys.	1	1,1%	2	2,2%	3	3,2%	7	7,5%	25	26,9%	27	29,0%	28	30,1%
	miasto 5-50 tys.	4	3,8%	3	2,9%	3	2,9%	6	5,7%	24	22,9%	15	14,3%	50	47,6%
	miasto >50 tys.	18	9,0%	26	13,1%	11	5,5%	19	9,5%	6	3,0%	17	8,5%	102	51,3%

Substancja psychoaktywna	Wielkość miejscowości	Liczba wskazań													
		Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Wszyscy	34	4,7%	43	5,9%	35	4,8%	77	10,6%	83	11,4%	93	12,8%	360	49,7%
LSD	wieś	5	1,5%	11	3,4%	18	5,5%	34	10,4%	27	8,2%	39	11,9%	194	<b>59,1%</b>
	miasto <5 tys.	1	1,1%	1	1,1%	2	2,2%	6	6,5%	23	<b>24,7%</b>	31	<b>33,3%</b>	29	<b>31,2%</b>
	miasto 5-50 tys.	3	2,9%	3	2,9%	4	3,8%	4	3,8%	15	14,3%	24	22,9%	52	49,5%
	miasto >50 tys.	9	<b>4,5%</b>	17	8,5%	6	3,0%	18	9,0%	8	4,0%	21	10,6%	120	<b>60,3%</b>
	Wszyscy	18	2,5%	32	4,4%	30	4,1%	62	8,6%	73	10,1%	115	15,9%	395	54,5%
heroina	wieś	W celu spełnienia warunków wiarygodności testu klasy odpowiedzi „do 1 godziny”, „kilka godzin”, „1 dzień”						40	12,2%	15	4,6%	55	16,8%	218	66,5%
	miasto <5 tys.	połączono z klasą odpowiedzi „kilka dni”						3	<b>3,2%</b>	5	5,4%	37	<b>39,8%</b>	48	<b>51,6%</b>
	miasto 5-50 tys.	tworząc klasę „do kilku dni”						5	4,8%	5	4,8%	20	19,0%	75	71,4%
	miasto >50 tys.							23	<b>11,6%</b>	3	1,5%	33	16,6%	140	70,4%
	Wszyscy							71	9,8%	28	3,9%	145	20,0%	481	66,3%
„kompot”	wieś	W celu spełnienia warunków wiarygodności testu klasy odpowiedzi „do 1 godziny”, „kilka godzin”, „1 dzień”						43	<b>13,1%</b>	10	3,0%	49	14,9%	226	68,9%
	miasto <5 tys.	połączono z klasą odpowiedzi „kilka dni”						3	<b>3,2%</b>	5	5,4%	36	<b>38,7%</b>	49	<b>52,7%</b>
	miasto 5-50 tys.							7	6,7%	6	5,7%	20	19,0%	72	68,6%
	miasto >50 tys.							19	9,5%	6	3,0%	29	14,6%	145	<b>72,9%</b>
	Wszyscy							72	9,9%	27	3,7%	134	18,5%	492	67,9%
kokaina	wieś	Klasy odpowiedzi „do 1 godziny” i „kilka godzin”				23	7,0%	23	7,0%	17	5,2%	46	14,0%	219	66,8%
	miasto <5 tys.	połączono z klasą odpowiedzi „1 dzień”,				0	<b>0,0%</b>	5	5,5%	5	5,5%	33	<b>36,3%</b>	48	<b>52,7%</b>
	miasto 5-50 tys.	tworząc klasę „do 1 dnia”				6	5,9%	2	2,0%	7	6,9%	19	18,6%	68	66,7%
	miasto >50 tys.					6	3,2%	12	6,3%	7	3,7%	27	14,3%	137	<b>72,5%</b>
	Wszyscy					35	4,9%	42	5,9%	36	5,1%	125	17,6%	472	66,5%
sterydy anaboliczne	wieś	5	1,5%	11	3,4%	18	5,5%	34	10,4%	27	8,2%	39	11,9%	194	59,1%
	miasto <5 tys.	1	1,1%	1	1,1%	2	2,2%	6	6,5%	23	<b>24,7%</b>	31	<b>33,3%</b>	29	<b>31,2%</b>
	miasto 5-50 tys.	3	2,9%	3	2,9%	4	3,8%	4	3,8%	15	14,3%	24	22,9%	52	49,5%
	miasto >50 tys.	9	<b>4,5%</b>	17	<b>8,5%</b>	6	3,0%	18	9,0%	8	4,0%	21	10,6%	120	<b>60,3%</b>
	Wszyscy	18	2,5%	32	4,4%	30	4,1%	62	8,6%	73	10,1%	115	15,9%	395	54,5%

Poziom dochodów ankietowanych nie zalicza się do kryteriów istotnie różnicujących łatwość zdobycia substancji psychoaktywnych przez ankietowanych. Jedyną zależność istotnie statystyczną wykryto dla sterydów anabolicznych (Tab. 86). Ankietowani osiągający najniższe dochody najczęściej (36,1%) nie potrafili udzielić konkretnej odpowiedzi. Z kolei najmniej tych odpowiedzi podali najbogatsi badani (23,2%). Ta grupa najczęściej potrafi bardzo łatwo dotrzeć do sterydów anabolicznych (20,3%, na przeciwnym biegunie są najbiedniejsi respondenci – tylko 5,8%). Ankietowani o średnich dochodach najrzadziej uznają zdobycie sterydów za niemożliwe (12,2%).

**Tab. 86.** Stopień trudności zdobycia sterydów anabolicznych w ujęciu jakościowym w zależności od poziomu dochodów ankietowanych

Poziom dochodów	Liczba wskazań											
	Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<300 PLN	63	22,7%	26	9,4%	33	11,9%	39	14,1%	16	<b>5,8%</b>	100	36,1%
301-750 PLN	46	<b>12,2%</b>	31	8,2%	38	10,1%	82	21,7%	64	16,9%	117	31,0%
>750 PLN	15	21,7%	5	7,2%	7	10,1%	12	17,4%	14	<b>20,3%</b>	16	<b>23,2%</b>
Wszyscy	124	17,1%	62	8,6%	78	10,8%	133	18,4%	94	13,0%	233	32,2%

Znacznie silniejszym czynnikiem socjodemograficznym, istotnie statystycznie różnicującym łatwość dostępu do substancji psychoaktywnych, okazał się poziom dochodów rodziców ankietowanych osób. Wyniki obliczeń w ujęciu jakościowym przedstawiono w poniższej tabeli (Tab. 87). Dla rzadziej zażywanych substancji psychoaktywnych ponownie zaszła konieczność połączenia klas odpowiedzi „Bardzo łatwe” i „Dosyć łatwe” w umowną klasę „Łatwe”.

Wykryto istotne statystycznie związki z poziomem dochodów rodziców ankietowanych dla wszystkich substancji z wyjątkiem steryfów anabolicznych (dla których uzyskano wartość  $p$  równą ok. 0,04, nieznacznie przewyższającą przyjęty poziom istotności 0,01). Dla marihuany lub haszyszu większość grup najczęściej wskazywała na odpowiedź „nie wiem” (szczególnie często ci ankietowani, którzy nie znali także poziomu dochodu rodziców – 35,2%). Zdecydowanie najrzadziej odpowiadali tak badani, których rodzice zarabiają niewystarczająco (tylko 16,2%) – w ich przypadku najczęstsza odpowiedź to „bardzo trudne” (29,7% przy 6,6%-9,5% w innych podgrupach). Druga najczęstsza odpowiedź przesuwana się w prawą stronę skali porządkowej wraz ze wzrostem dochodów rodziców: dla dzieci najuboższych rodziców tj. „niemożliwe” (16,2% – tak samo często jak „nie wiem”), a dla dzieci średnio i dobrze zarabiających rodziców – „dosyć łatwe” (odpowiednio 22,1% i 26,9% – zatem nieco częściej odpowiadają tak dzieci, których rodzice mają najwyższe dochody). Co ciekawe, niezdecydowani co do poziomu dochodów rodziców respondenci jako drugą najczęstszą wskazali odpowiedź „bardzo łatwe” (20,5%). Widoczna jest tendencja, że im wyższy dochód rodziców, tym większa szansa że ich ankietowane dziecko odpowie „dosyć łatwe” lub „bardzo łatwe”. Sugeruje to, że wyższe dochody rodziców – a więc także lepsza sytuacja badanego – sprzyjają łatwemu dostępowi do substancji psychoaktywnych.

W przypadku amfetaminy (speedu) jakościowy rozkład odpowiedzi jest niemal identyczny. Jedyną istotną różnicą jest fakt, że respondenci z grupy „nie wiem/trudno powiedzieć” jako drugą najczęstszą odpowiedź podają „dosyć trudne” (21,6%), a nie „bardzo łatwe”. Widać również, że więcej ankietowanych podaje odpowiedzi oznaczające trudne lub niemożliwe zdobycie substancji. Dla ecstazy, przy podobnym rozkładzie odpowiedzi, wystąpiły niewielkie różnice: ankietowani nieumiejący określić poziomu dochodów rodziców częściej odpowiadają „bardzo trudne” (19,3%), a badani, których rodzice osiągają dochody średnie – wyjątkowo rzadko odpowiadają „bardzo łatwe” (3,6%). Nadal jednak respondenci będący dziećmi najbogatszych rodziców najczęściej udzielają odpowiedzi „dosyć łatwe” (20,2%) i „bardzo łatwe” (14,9%). Dla LSD rozkład odpowiedzi był niemal identyczny jak dla ecstazy.

Podobne do siebie wyniki uzyskano dla substancji psychoaktywnych zażywanych rzadziej: grzybów halucynogennych, cracku, heroiny, „kompotu” oraz kokainy. W przypadku tych substancji dzieci najuboższych rodziców udzielają najczęściej trzech odpowiedzi z tą samą lub bardzo zbliżoną częstotliwością 27,0%-29,7% (co odpowiada 10 lub 11 respondentom, którzy taką opcję zaznaczyli w ankiecie): „bardzo trudne”, lub „niemożliwe” albo „nie wiem”. W przypadku odpowiedzi „nie wiem” jest to zawsze wyraźnie najrzadziej udzielana odpowiedź – wszystkie pozostałe grupy zaznaczały tę właśnie odpowiedź o wiele częściej, nawet ponad dwukrotnie (do 62,5%). W przypadku dzieci rodziców o najwyższych dochodach równie często padała odpowiedź „dosyć trudne”. Wyjątkowo mało osób udzielało (zagregowanej) odpowiedzi „łatwe” – względnie najczęściej czynili to ankietowani, których rodzice najwięcej zarabiają, a najrzadziej – dzieci rodziców o najniższych oraz średnich dochodach. Ankietowani, którzy nie umieją podać poziomu dochodów rodziców, wyraźnie najrzadziej uznają zdobycie substancji za niemożliwe (ok. 9-12%). Najczęściej odpowiadali tak badani, których rodzice osiągają średnie dochody (ok. 31-33%). W grupie odpowiedzi „dosyć trudne” dla wspomnianych substancji zawsze najmniej było odpowiedzi dzieci średnio zarabiających rodziców, a najwięcej – najbogatszych rodziców.

Dla pytania o „wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych” najczęstszą odpowiedzią u prawie wszystkich grup jest „nie wiem”. Wyjątkiem są ankietowani, których rodzice zarabiają najmniej – oni najczęściej zaznaczyli opcję „bardzo łatwe” (24,3%). Ponownie najrzadziej „nie wiem” odpowiadali badani, których rodzice osiągają najniższe dochody (29,7%), a najczęściej – tych, którzy zarabiają najwięcej (43,2%). Dzieci najuboższych rodziców

zauważalnie częściej niż inne odpowiadały również „bardzo trudne” (21,6%), a najbogatszych – nieco częściej niż inne udzielały odpowiedzi „dosyć łatwe” (16,9%) – Tab. 87.

W przypadku pytania o „inny środek” także dzieci najuboższych rodziców najrzadziej odpowiadały „nie wiem” (29,7%), ale pozostałe grupy udzielały jej niemal tak samo często (50,8-53,4% - brak znaczącej dysproporcji *in plus* w przypadku ankietowanych nieumiejących udzielić odpowiedzi. Dzieci najuboższych rodziców bardzo wyraźnie częściej niż inne odpowiadały „bardzo trudne” (21,6%) i nieco częściej „niemożliwe” (29,7%). Najłatwiej po różnego rodzaju „inne środki” mogliby sięgnąć ankietowani będący dziećmi najwięcej zarabiających rodziców (16,9%) – Tab. 87.

Oznaczenia w kolumnie „Dochód” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”, + „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

**Tab. 87.** Stopień trudności zdobycia substancji psychoaktywnych w ujęciu jakościowym w zależności od poziomu dochodów rodziców lub opiekunów respondentów

Substancja psychoaktywna	Poziom dochodów rodziców	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana lub haszysz	-	6	16,2%	11	29,7%	4	10,8%	5	13,5%	5	13,5%	6	16,2%
	=	49	13,7%	34	9,5%	32	9,0%	79	22,1%	70	19,6%	93	26,1%
	+	20	8,3%	16	6,6%	15	6,2%	65	26,9%	56	23,1%	70	28,9%
	?	6	6,8%	6	6,8%	15	17,0%	12	13,6%	18	20,5%	31	35,2%
	Wszyscy	81	11,2%	67	9,3%	66	9,1%	161	22,2%	149	20,6%	200	27,6%
amfetamina (speed)	-	6	16,2%	10	27,0%	7	18,9%	3	8,1%	4	10,8%	7	18,9%
	=	56	15,7%	36	10,1%	48	13,4%	67	18,8%	41	11,5%	109	30,5%
	+	22	9,1%	18	7,4%	29	12,0%	52	21,5%	42	17,4%	79	32,6%
	?	9	10,2%	4	4,5%	19	21,6%	13	14,8%	11	12,5%	32	36,4%
	Wszyscy	93	12,8%	68	9,4%	103	14,2%	135	18,6%	98	13,5%	227	31,4%
ecstasy	-	5	13,5%	12	32,4%	6	16,2%	4	10,8%	4	10,8%	6	16,2%
	=	61	17,1%	52	14,6%	61	17,1%	46	12,9%	14	3,9%	123	34,5%
	+	28	11,6%	21	8,7%	28	11,6%	49	20,2%	36	14,9%	80	33,1%
	?	8	9,1%	17	19,3%	10	11,4%	8	9,1%	12	13,6%	33	37,5%
	Wszyscy	102	14,1%	102	14,1%	105	14,5%	107	14,8%	66	9,1%	242	33,4%
LSD	-	7	18,9%	12	32,4%	6	16,2%	2	5,4%	2	5,4%	8	21,6%
	=	66	18,5%	57	16,0%	64	17,9%	26	7,3%	7	2,0%	137	38,4%
	+	32	13,2%	27	11,2%	33	13,6%	35	14,5%	20	8,3%	95	39,3%
	?	11	12,5%	19	21,6%	7	8,0%	7	8,0%	8	9,1%	36	40,9%
	Wszyscy	116	16,0%	115	15,9%	110	15,2%	70	9,7%	37	5,1%	276	38,1%
grzyby halucynogenne	-	10	27,0%	11	29,7%	5	13,5%	1	2,7%	Klasę odpowiedzi połączono z klasą „Dosyć łatwe”	10	27,0%	
	=	113	31,7%	46	12,9%	34	9,5%	1	0,3%		163	45,7%	
	+	43	17,8%	27	11,2%	43	17,8%	13	5,4%		116	47,9%	
	?	11	12,5%	8	9,1%	13	14,8%	2	2,3%		54	61,4%	
	Wszyscy	177	24,4%	92	12,7%	95	13,1%	17	2,3%		343	47,4%	
crack	-	11	29,7%	10	27,0%	5	13,5%	1	2,7%	Klasę odpowiedzi połączono z klasą „Dosyć łatwe”	10	27,0%	
	=	114	31,9%	45	12,6%	36	10,1%	7	2,0%		155	43,4%	
	+	44	18,2%	33	13,6%	44	18,2%	11	4,5%		110	45,5%	
	?	9	10,2%	15	17,0%	10	11,4%	2	2,3%		52	59,1%	
	Wszyscy	178	24,6%	103	14,2%	95	13,1%	21	2,9%		327	45,2%	
heroina	-	11	29,7%	10	27,0%	5	13,5%	1	2,7%	Klasę odpowiedzi połączono z klasą „Dosyć łatwe”	10	27,0%	
	=	117	32,8%	41	11,5%	36	10,1%	16	4,5%		147	41,2%	
	+	45	18,6%	35	14,5%	41	16,9%	19	7,9%		102	42,1%	
	?	11	12,5%	13	14,8%	10	11,4%	3	3,4%		51	58,0%	
	Wszyscy	184	25,4%	99	13,7%	92	12,7%	39	5,4%		310	42,8%	
„kompot”	-	11	29,7%	10	27,0%	5	13,5%	1	2,7%	Klasę odpowiedzi połączono	10	27,0%	
	=	120	33,6%	37	10,4%	35	9,8%	16	4,5%		149	41,7%	
	+	43	17,8%	35	14,5%	36	14,9%	22	9,1%		106	43,8%	

Substancja psychoaktywna	Poziom dochodów rodziców	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	?	9	10,2%	11	12,5%	10	11,4%	3	3,4%	z klasą „Dosyć łatwe”		55	62,5%
	Wszyscy	183	25,3%	93	12,8%	86	11,9%	42	5,8%			320	44,2%
kokaina	-	11	29,7%	10	27,0%	5	13,5%	1	2,7%	Klasę odpowiedzi połączono z klasą „Dosyć łatwe”		10	27,0%
	=	117	32,8%	38	10,6%	36	10,1%	24	6,7%			142	39,8%
	+	41	16,9%	30	12,4%	34	14,0%	33	13,6%			104	43,0%
	?	8	9,1%	15	17,0%	9	10,2%	4	4,5%			52	59,1%
	Wszyscy	177	24,4%	93	12,8%	84	11,6%	62	8,6%			308	42,5%
wydawane na receptę leki	-	8	21,6%	6	16,2%	3	8,1%	3	8,1%	9	24,3%	8	21,6%
	=	66	18,5%	29	8,1%	38	10,6%	78	21,8%	47	13,2%	99	27,7%
	+	33	13,6%	17	7,0%	30	12,4%	44	18,2%	31	12,8%	87	36,0%
	?	17	19,3%	10	11,4%	7	8,0%	9	10,2%	7	8,0%	38	43,2%
	Wszyscy	124	17,1%	62	8,6%	78	10,8%	134	18,5%	94	13,0%	232	32,0%
inny środek	-	11	29,7%	8	21,6%	2	5,4%	5	13,5%	Klasę odpowiedzi połączono z klasą „Dosyć łatwe”		11	29,7%
	=	98	27,5%	22	6,2%	20	5,6%	30	8,4%			187	52,4%
	+	45	18,6%	12	5,0%	21	8,7%	41	16,9%			123	50,8%
	?	20	22,7%	7	8,0%	6	6,8%	8	9,1%			47	53,4%
	Wszyscy	174	24,0%	49	6,8%	49	6,8%	84	11,6%			368	50,8%

Kolejna tabela (Tab. 88) przedstawia ujęcie ilościowe tego samego problemu. W tym przypadku liczba zależności istotnych statystycznie okazała się znacznie mniejsza. W większości przypadków konieczne okazało się połączenie klas odpowiedzi od „do 1 godziny” do „kilka dni” w umowną zagregowaną klasę „do kilku dni”.

Dla marihuany lub haszyszu wszystkie grupy udzielały najczęściej odpowiedzi „nie wiem” (z podobną częstotliwością 38,7%-43,2%). Dzieci rodziców osiągających niewystarczające i tylko wystarczające dochody jako drugą najczęstszą odpowiedź podają „kilka dni” (21,6%), a dzieci rodziców najbogatszych – „co najmniej tydzień” (17,0%, znacznie częściej od pozostałych podgrup). Dzieci najbogatszych rodziców najczęściej odpowiadały „do godziny” (12,8%) oraz „kilka godzin” (13,6%, tylko minimalnie częściej od ankietowanych nieumiejących określić poziomu dochodów rodziców). W przypadku ekstazy również wszystkie grupy najczęściej udzielały odpowiedzi „nie wiem” (także ze zbliżoną, tym razem nieco wyższą częstotliwością – od 47,6% do 52,9%). Z kolei drugą najczęstszą odpowiedzią było zawsze „do kilku dni” (było o to nieco łatwiej, ponieważ klasa ta była sumą 4 oryginalnych klas odpowiedzi). Różnicowanie procentowe tych odpowiedzi było już daleko większe – od 19,9% w grupie dzieci rodziców o dochodach średnich do 35,1% w przypadku ankietowanych, których rodzice zarabiali najmniej. Najczęstsze odpowiedzi „w ogóle” uzyskiwano od dzieci rodziców osiągających średnie dochody (19,0%). Dla LSD uzyskano praktycznie identyczny jakościowy rozkład wyników, zanotowano jedynie niewielkie różnice ilościowe.

Ostatnią substancją, dla której wskazano istotną statystycznie zależność, były „wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych”. Znowu najczęściej podawano odpowiedź „nie wiem” (z niewielkimi wahaniami częstotliwości pomiędzy grupami respondentów – 62,2%-69,7%). We wszystkich grupach drugą najczęstszą odpowiedzią było „do kilku dni” – najczęściej odpowiadali tak badani niepotrafiący podać poziomu dochodów swoich rodziców (23,9%), najrzadziej – dzieci rodziców o dochodach średnich (12,4%). Ponownie dzieci najuboższych rodziców najczęściej odpowiadali „co najmniej tydzień” (14,3%), a ankietowani, których rodzice osiągają średnie (wystarczające) dochody najczęściej nie mogliby w ogóle zdobyć tej substancji psychoaktywnej (14,3%) – Tab. 88.

Oznaczenia w kolumnie „Dochód” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”,



+ „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

**Tab. 88.** Czas zdobycia substancji psychoaktywnych w zależności od poziomu dochodów rodziców lub opiekunów ankietowanych

Substancja psychoaktywna	Wielkość miejscowości	Liczba wskazań													
		Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana lub haszysz	-	3	8,1%	1	2,7%	3	8,1%	8	<b>21,6%</b>	3	8,1%	3	8,1%	16	43,2%
	=	28	7,8%	34	9,5%	34	9,5%	55	15,4%	24	6,7%	44	12,3%	138	38,7%
	+	31	<b>12,8%</b>	33	<b>13,6%</b>	17	7,0%	35	14,5%	12	5,0%	14	5,8%	100	41,3%
	?	8	9,1%	11	12,5%	6	6,8%	8	9,1%	15	<b>17,0%</b>	4	4,5%	36	40,9%
	Wszyscy	70	9,7%	79	10,9%	60	8,3%	106	14,6%	54	7,5%	65	9,0%	290	40,1%
ecstasy	-	W celu spełnienia warunków wiarygodności testu klasy odpowiedzi „do 1 godziny”, „kilka godzin”, „1 dzień”						13	<b>35,1%</b>	2	<b>5,4%</b>	4	10,8%	18	48,6%
	=	potączone z klasą odpowiedzi „kilka dni”						71	<b>19,9%</b>	48	13,4%	68	<b>19,0%</b>	170	47,6%
	+	tworząc klasę „do kilku dni”						80	33,1%	18	7,4%	16	6,6%	128	52,9%
	?							25	28,4%	15	<b>17,0%</b>	5	5,7%	43	48,9%
	Wszyscy							189	26,1%	83	11,5%	93	12,8%	359	49,6%
LSD	-	W celu spełnienia warunków wiarygodności testu klasy odpowiedzi „do 1 godziny”, „kilka godzin”, „1 dzień”						10	<b>27,0%</b>	2	<b>5,4%</b>	5	13,5%	20	54,1%
	=	potączone z klasą odpowiedzi „kilka dni”						54	<b>15,1%</b>	38	10,6%	80	<b>22,4%</b>	185	51,8%
	+	tworząc klasę „do kilku dni”						60	24,8%	19	7,9%	22	9,1%	141	58,3%
	?							18	20,5%	14	<b>15,9%</b>	8	9,1%	48	54,5%
	Wszyscy							142	19,6%	73	10,1%	115	15,9%	394	54,4%
wydawane na receptę leki	-	W celu spełnienia warunków wiarygodności testu klasy odpowiedzi „do 1 godziny”, „kilka godzin”, „1 dzień”						6	16,2%	5	<b>13,5%</b>	3	8,1%	23	62,2%
	=	potączone z klasą odpowiedzi „kilka dni”						44	<b>12,4%</b>	13	3,7%	51	<b>14,3%</b>	248	69,7%
	+	tworząc klasę „do kilku dni”						48	19,8%	15	6,2%	21	8,7%	158	65,3%
	?							21	<b>23,9%</b>	4	4,5%	7	8,0%	56	63,6%
	Wszyscy							119	16,5%	37	5,1%	82	11,3%	485	67,1%

Następnym czynnikiem socjodemograficznym, dla którego udało się wskazać zależności istotne statystycznie w kontekście łatwości zdobycia substancji psychoaktywnych, był poziom wykształcenia rodziców lub opiekunów ankietowanych. Tym razem liczba wykrytych związków nie była tak duża. Problem w ujęciu jakościowym przedstawia Tab. 89. W każdym przypadku dzieci przeciętnie wykształconych rodziców częściej udzielały odpowiedzi „nie wiem” (tylko w przypadku heroiny różnica była mniej wyraźna, kilkuprocentowa). Osoby te z kolei zawsze częściej nie mogłyby zdobyć konkretnej substancji psychoaktywnej (tym razem jedynie dla heroiny różnica jest wyraźna: 28,1% do 21,5%), wyraźnie także częściej odpowiadały „bardzo trudne”. Z kolei bardzo łatwe jest zdobycie każdej wymienionej substancji psychoaktywnej przez dzieci lepiej wykształconych rodziców (wyjątkiem jest tu heroina, dla której zanotowano tylko po kilka wskazań i nie udało się wychwycić istotnej różnicy).

**Tab. 89.** Stopień trudności zdobycia substancji psychoaktywnych w ujęciu jakościowym w zależności od poziomu dochodów rodziców lub opiekunów respondentów

Substancja psychoaktywna	Poziom wykształcenia rodziców	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana lub haszysz	przeciętne	49	11,6%	24	<b>5,7%</b>	36	8,5%	99	23,4%	74	<b>17,5%</b>	141	<b>33,3%</b>
	lepsze	32	10,6%	43	<b>14,2%</b>	30	9,9%	63	20,9%	75	<b>24,8%</b>	59	19,5%
	Wszyscy	81	11,2%	67	9,2%	66	9,1%	162	22,3%	149	20,6%	200	27,6%
amfetamina (speed)	przeciętne	57	13,5%	23	<b>5,4%</b>	56	13,2%	81	19,1%	46	<b>10,9%</b>	160	<b>37,8%</b>
	lepsze	36	11,9%	45	<b>14,9%</b>	47	15,6%	54	17,9%	52	<b>17,2%</b>	68	22,5%
	Wszyscy	93	12,8%	68	9,4%	103	14,2%	135	18,6%	98	13,5%	228	31,4%
ecstasy	przeciętne	62	14,7%	46	<b>10,9%</b>	58	13,7%	66	15,6%	30	<b>7,1%</b>	161	<b>38,1%</b>

Substancja psychoaktywna	Poziom wykształcenia rodziców	Liczba wskazań											
		Niemożliwe		Bardzo trudne		Dosyć trudne		Dosyć łatwe		Bardzo łatwe		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	lepsze	40	13,2%	56	<b>18,5%</b>	47	15,6%	41	13,6%	36	<b>11,9%</b>	82	27,2%
	Wszyscy	102	14,1%	102	14,1%	105	14,5%	107	14,8%	66	9,1%	243	33,5%
LSD	przeciętne	69	16,3%	57	<b>13,5%</b>	59	13,9%	38	9,0%	14	<b>3,3%</b>	186	<b>44,0%</b>
	lepsze	47	15,6%	58	<b>19,2%</b>	51	16,9%	32	10,6%	23	<b>7,6%</b>	91	30,1%
	Wszyscy	116	16,0%	115	15,9%	110	15,2%	70	9,7%	37	5,1%	277	38,2%
heroina	przeciętne	119	<b>28,1%</b>	42	<b>9,9%</b>	48	11,3%	21	5,0%	5	1,2%	188	44,4%
	lepsze	65	<b>21,5%</b>	57	<b>18,9%</b>	44	14,6%	9	3,0%	4	1,3%	123	40,7%
	Wszyscy	184	25,4%	99	13,7%	92	12,7%	30	4,1%	9	1,2%	311	42,9%

Ujęcie ilościowe problemu (pytanie o konkretny czas zdobycia środka) przyniosło tylko jedną istotną statystycznie zależność od poziomu wykształcenia rodziców, którą przedstawia Tab. 90. Powtarza się rozkład odpowiedzi „nie wiem” – częściej udzielają jej dzieci rodziców przeciętnie wykształconych. Z kolei badani, których rodzice są lepiej niż przeciętnie wykształceni, częściej potrafią zdobyć LSD w kilka godzin i w co najmniej tydzień. Względny rozkład pozostałych odpowiedzi zbliżony jest do równego (Tab. 90).

**Tab. 90.** Czas zdobycia LSD w zależności od jakości wykształcenia rodziców lub opiekunów ankietowanych

Wielkość miejscowości	Liczba wskazań													
	Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
przeciętne	9	2,1%	14	<b>3,3%</b>	19	4,5%	37	8,7%	28	<b>6,6%</b>	71	16,8%	245	<b>57,9%</b>
lepsze	9	3,0%	18	<b>6,0%</b>	11	3,6%	25	8,3%	45	<b>14,9%</b>	44	14,6%	150	<b>49,7%</b>
Wszyscy	18	2,5%	32	4,4%	30	4,1%	62	8,6%	73	10,1%	115	15,9%	395	54,5%

Z kolei rozpatrywanie łatwości dostępu do substancji psychoaktywnych pod względem uczelni pozwoliło na wykrycie zależności istotnych statystycznie jedynie dla ilościowego ujęcia problemu. Wykryte zależności prezentuje Tab. 91. W większości zaprezentowanych testów zaszła konieczność łączenia klas odpowiedzi z uwagi na niespełnianie przez oryginalną tabelę kontyngencji warunków wiarygodności testu statystycznego.

Dla wszystkich wymienionych w poniższej tabeli substancji psychoaktywnych najczęściej udzielana odpowiedź we wszystkich grupach to „nie wiem” i zawsze wyraźnie częściej podawali ją studenci UAM. W każdym przypadku mniej studentów niepotrafiących w ogóle zdobyć konkretnej substancji jest na UAM, a dysproporcja jest najbardziej widoczna dla „kompotu” (6,9% do 21,3%). W przypadku ekstazy i sterydów anabolicznych więcej studentów PWSZ potrafi zdobyć te środki we względnie krótkim czasie (do 1 dnia, dla sterydów również w kilka dni), choć przewaga nie jest wyraźna. Warto wskazać, że tylko na PWSZ znaleźli się respondenci, którzy zadeklarowali jakąkolwiek możliwość zdobycia grzybów halucynogennych. Z kolei dla „kompotu” na UAM istnieje większa grupa ankietowanych, która potrafi zdobyć tę substancję co najwyżej w jeden dzień (Tab. 91).

**Tab. 91.** Czas zdobycia substancji psychoaktywnych w zależności od uczelni, na której studiują badani

Substancja psychoaktywna	Uczelnia	Liczba wskazań													
		Do 1 godziny		Kilka godzin		1 dzień		Kilka dni		Co najmniej tydzień		W ogóle		Nie wiem	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ecstasy	UAM	4	2,8%	8	5,6%	6	4,2%	19	13,2%	8	5,6%	10	6,9%	89	<b>61,8%</b>
	PWSZ	30	5,2%	35	6,0%	29	5,0%	58	10,0%	75	12,9%	83	14,3%	271	46,6%
	Wszyscy	34	4,7%	43	5,9%	35	4,8%	77	10,6%	83	11,4%	93	12,8%	360	49,7%
grzyby halucynogenne	UAM	Połączono klasy odpowiedzi od „do 1 godziny” do „kilka dni” w klasę						0	0,0%	0	0,0%	22	15,3%	122	<b>84,7%</b>
	PWSZ	odpowiedzi „do kilku dni”						26	4,5%	22	3,8%	134	23,1%	399	68,7%
	Wszyscy							26	3,6%	22	3,0%	156	21,5%	521	71,9%
„kompot”	UAM	połączono klasę odpowiedzi	4	2,8%	8	5,6%	6	4,2%	8	5,6%	10	<b>6,9%</b>	108	<b>75,0%</b>	
	PWSZ		11	1,9%	13	2,2%	30	5,2%	19	3,3%	124	<b>21,3%</b>	384	66,1%	
	Wszyscy		15	2,1%	21	2,9%	36	5,0%	27	3,7%	134	18,5%	492	67,9%	
sterydy anaboliczne	UAM	połączono klasę odpowiedzi	6	4,2%	5	3,5%	11	7,6%	8	5,6%	8	5,6%	106	<b>73,6%</b>	
	PWSZ		46	7,9%	38	6,5%	76	13,1%	53	9,1%	71	12,2%	297	51,1%	
	Wszyscy		52	7,2%	43	5,9%	87	12,0%	61	8,4%	79	10,9%	403	55,6%	

W trakcie badań wykryto również pewną liczbę istotnych statystycznie zależności, wiążących wybrane czynniki socjodemograficzne z faktem brania pewnego udziału w procesie rozprowadzania substancji psychoaktywnych. Ponieważ zależności nie było wiele, wskazano je w pojedynczej tabeli (Tab. 92). W przypadku ostatniego testu nie uwzględniano przy wyliczaniu wartości statystyki odpowiedzi „Tak” (nie znalazł się żaden ankietowany, który udzielił takiej odpowiedzi).

Wyniki wskazują, że w ciągu roku poprzedzającego badanie respondenci niezamieszkujący wspólnie z rodzicami statystycznie częściej kontaktowali kogoś z osobą mającą dostęp do substancji psychoaktywnych (20,3% do 11,7%), zaś statystycznie rzadziej udzielały odpowiedzi „nie pamiętam” (5,1% do 1,4%). Także respondenci o najwyższych dochodach najczęściej kontaktowały innych z osobą mającą dostęp do substancji psychoaktywnych (23,2%), najczęściej też nie pamiętały takiego faktu. Osoby, których rodzice są lepiej wykształceni, częściej nie pamiętały, czy częstowały kogoś substancją psychoaktywną, ani też czy jej komuś nie sprzedawały (Tab. 92).

**Tab. 92.** Istotne statystycznie związki pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi a zachowaniami związanymi z dystrybucją substancji psychoaktywnych przez ankietowanych

Pytanie	Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań					
			Tak		Nie		Nie pamiętam	
			n	%	n	%	n	%
Czy skontaktowałeś/aś kogoś z osobą, która miała dostęp do środków odurzających?	Mieszkanie z rodzicami	Tak	60	11,7%	427	83,2%	26	<b>5,1%</b>
		Nie	43	<b>20,3%</b>	166	78,3%	3	1,4%
		Wszyscy	103	14,2%	593	81,8%	29	4,0%
	Poziom dochodów badanych	<300 PLN	32	11,6%	231	83,4%	14	5,1%
		301-750 PLN	55	14,6%	314	83,1%	9	2,4%
>750 PLN		16	<b>23,2%</b>	47	68,1%	6	<b>8,7%</b>	
Wszyscy		103	14,2%	592	81,8%	29	4,0%	
Czy częstowałeś/aś kogoś środkiem odurzającym?	Poziom wykształcenia rodziców ankietowanych	Przeciętne	6	1,4%	416	98,3%	1	0,2%
		Lepsze	3	1,0%	287	95,0%	12	<b>4,0%</b>
		Wszyscy	9	1,2%	703	97,0%	13	1,8%
Czy sprzedawałeś/aś komuś środek odurzający?	Poziom wykształcenia rodziców ankietowanych	Przeciętne	0	0,0%	422	100,0%	0	0,0%
		Lepsze	0	0,0%	290	96,0%	12	<b>4,0%</b>
		Wszyscy	0	0,0%	712	98,3%	12	1,7%

Następna część badań miała na celu wykrycie związków istotnych statystycznie, łączących badane czynniki socjodemograficzne z faktem proponowania ankietowanym substancji psychoaktywnych (zatem traktując ich jako ofiary, a nie sprawców procesu dystrybucji substancji psychoaktywnych). Wyniki zaprezentowano również w zbiorczej tabeli (Tab. 93). Udało się zdiagnozować zależności dla kilku badanych substancji: marihuany lub haszyszu, ecstasy oraz – najwięcej – sterydów anabolicznych.

W ciągu roku poprzedzającego badanie statystycznie częściej proponowano marihuanę lub haszysz mężczyznom z badanej grupy niż kobietom. W badanej grupie także sterydy anaboliczne proponowano o wiele częściej mężczyznom (15,8% do 0,5%). Zażycie sterydów anabolicznych sugerowano rzadziej respondentom mieszkającym z rodzicami (12,7% do 4,7%) i z rodzeństwem (11,0% do 2,2%), ale za to częściej – ankietowanym zamieszkującym ze znajomymi lub przyjaciółmi (14,1% do 5,3%). Marihuanę albo haszysz proponowano parokrotnie częściej respondentom mieszkającym samotnie (42,9% do 17,4%), a także osobom mieszkającym w największych miastach (25,6%, przy 9,7% dla najmniejszych miast). Ecstasy jest oferowana najczęściej respondentom, których rodzice osiągają dochody niewystarczające na pokrycie podstawowych potrzeb (10,8%). Taka sama sytuacja panuje w przypadku sterydów anabolicznych (21,6% - bardzo wyraźna przewaga nad innymi podgrupami). Osobom o średnich dochodach proponowano zażycie sterydów anabolicznych znacznie częściej niż innym (10,1%). Sterydy anaboliczne proponowano wyłącznie studentom PWSZ, to właśnie tam znajduje się grupa zażywająca te substancje – Tab. 93.

Oznaczenia dla czynnika „Poziom dochodów rodziców ankietowanych” w kolumnie „Wartość czynnika” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”, + „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

**Tab. 93.** Istotne statystycznie związki pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi a proponowaniem ankietowanym zażycia substancji psychoaktywnych

Substancja psychoaktywna	Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań			
			Tak		Nie	
			n	%	n	%
marihuana lub haszysz	Płeć	Kobieta	61	14,7%	353	<b>85,3%</b>
		Mężczyzna	74	<b>23,8%</b>	237	76,2%
		Wszyscy	135	18,6%	590	81,4%
	Mieszkanie samemu	Tak	15	<b>42,9%</b>	20	57,1%
		Nie	120	17,4%	570	<b>82,6%</b>
		Wszyscy	135	18,6%	590	81,4%
	Wielkość miejscowości zamieszkania	wieś	52	15,9%	276	84,1%
		miasto <5 tys.	9	9,7%	84	<b>90,3%</b>
		miasto 5-50 tys.	23	21,9%	82	78,1%
		miasto >50 tys.	51	<b>25,6%</b>	148	74,4%
Wszyscy		135	18,6%	590	81,4%	
ecstasy	Poziom dochodów rodziców ankietowanych	-	4	<b>10,8%</b>	33	89,2%
		=	7	2,0%	350	98,0%
		+	11	4,5%	231	95,5%
		?	0	0,0%	88	<b>100,0%</b>
		Wszyscy	22	3,0%	702	97,0%
sterydy anaboliczne	Płeć	Tak	2	0,5%	412	<b>99,5%</b>
		Nie	49	<b>15,8%</b>	262	84,2%
		Wszyscy	51	7,0%	674	93,0%
	Mieszkanie z rodzicami	Tak	24	4,7%	489	<b>95,3%</b>
		Nie	27	<b>12,7%</b>	185	87,3%
		Wszyscy	51	7,0%	674	93,0%
	Mieszkanie z rodzeństwem	Tak	7	2,2%	318	<b>97,8%</b>
		Nie	44	<b>11,0%</b>	356	89,0%

Substancja psychoaktywna	Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań			
			Tak		Nie	
			n	%	n	%
		Wszyscy	51	7,0%	674	93,0%
	Mieszkanie ze znajomymi, przyjaciółmi	Tak	20	<b>14,1%</b>	122	85,9%
		Nie	31	5,3%	552	<b>94,7%</b>
		Wszyscy	51	7,0%	674	93,0%
	Poziom dochodów ankietowanych	<300 PLN	8	2,9%	269	<b>97,1%</b>
		301-750 PLN	38	<b>10,1%</b>	340	89,9%
		>750 PLN	5	7,2%	64	92,8%
		Wszyscy	43	9,6%	404	90,4%
	Poziom dochodów rodziców ankietowanych	-	8	<b>21,6%</b>	29	78,4%
		=	33	9,2%	324	90,8%
		+	6	2,5%	236	<b>97,5%</b>
		?	4	4,5%	84	95,5%
		Wszyscy	51	7,0%	673	93,0%
	Uczelnia	UAM	0	0,0%	144	<b>100,0%</b>
		PWSZ	51	<b>8,8%</b>	530	91,2%
		Wszyscy	51	7,0%	674	93,0%

Wykryto również 3 zależności istotne statystycznie wiążące pewne czynniki socjodemograficzne z wyrażaną opinią na temat, czy marihuana jest narkotykiem. Rezultat umieszczono w tabeli (Tab. 94). Marihuanę za narkotyk częściej uważają kobiety (93,7% do 85,9%), respondenci nieotrzymujący stypendium naukowego (91,2% do 68,0%) oraz ankietowani niezamieszkujący z partnerem ani partnerką (91,1% do 74,2%).

**Tab. 94.** Istotne statystycznie związki pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi a opinią badanych na temat, czy marihuana jest narkotykiem

Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań			
		Tak		Nie	
		n	%	n	%
Płeć	Kobieta	370	<b>93,7%</b>	25	6,3%
	Mężczyzna	256	85,9%	42	<b>14,1%</b>
	Wszyscy	626	90,3%	67	9,7%
Stypendium naukowe	Tak	17	68,0%	8	<b>32,0%</b>
	Nie	609	<b>91,2%</b>	59	8,8%
	Wszyscy	626	90,3%	67	9,7%
Mieszkanie z partnerem lub partnerką	Tak	23	74,2%	8	<b>25,8%</b>
	Nie	603	<b>91,1%</b>	59	8,9%
	Wszyscy	626	90,3%	67	9,7%

Opinia ankietowanych, czy wybrane środki uważają za uzależniające, także okazała się w niektórych przypadkach istotnie statystycznie związana z pewnymi czynnikami socjodemograficznymi. Wykryte przypadki tego rodzaju zawiera Tab. 95. Dla niektórych testów w celu spełnienia warunków wiarygodności statystycznej należało połączyć niektóre klasy odpowiedzi, lub usunąć najmniej znaczącą „trudno powiedzieć”. W testach tych wielkości procentowe odnoszą się do wszystkich ankietowanych (również podających odpowiedź, którą z obliczeń usunęto), stąd w odpowiadających im wierszach nie sumują się do 100%.

Wśród badanych mężczyzn statystycznie częściej występują tacy, którzy uważają, że marihuana raczej nie jest środkiem uzależniającym (17,4% do 6,3%), a także – minimalnie i przy znacznie mniejszych liczbach takich odpowiedzi – że zdecydowanie nie jest takim środkiem. Natomiast statystycznie więcej jest kobiet, które uważają, że marihuana zdecydowanie jest środkiem uzależniającym (64,4% do 57,6%) i że raczej nim jest (23,0% do 16,1%). Niemal dokładnie identyczny

rozkład jakościowy, choć przy innych wartościach procentowych, uzyskano dla kawy. Jedyną niewielką różnicą była odpowiedź „Trudno powiedzieć” (dla marihuany minimalnie więcej mężczyzn nie potrafiło udzielić odpowiedzi, dla kawy – nieco więcej kobiet).

Wykryto statystycznie istotną różnicę między osobami zamieszkującymi samotnie a pozostałymi w odniesieniu do opinii, czy marihuana jest substancją o charakterze uzależniającym, czy też nie. Osoby mieszkające samemu o wiele częściej udzielały zagregowanej odpowiedzi „nie” (45,7% do 12,0%), o wiele rzadziej – „tak” (54,3% do 82,9%). Drugą substancją, dla której wykryto istotną statystycznie zależność w odniesieniu do tego rodzaju opinii, okazała się kawa. Osoby mieszkające samotnie częściej udzielały odpowiedzi przeczących („raczej nie” – 48,6% do 26,7% i „zdecydowanie nie” 20,0% do 7,5%), a rzadziej – twierdzących („raczej tak” 8,6% do 25,1% oraz „zdecydowanie tak” 22,9% do 32,5%).

Udało się również wskazać na istotną statystycznie zależność między wielkością miejsca zamieszkania (pochodzenia) a opinią na temat, czy marihuana jest środkiem uzależniającym. Co prawda reprezentanci wszystkich grup najczęściej odpowiadali „zdecydowanie tak” (wyjątkowo często odpowiadali tak mieszkańcy najmniejszych miast – 78,5%), ale druga najczęściej wybierana odpowiedź nie zawsze była taka sama. Zwykle okazywała się nią „raczej tak”, ale w grupie ankietowanych mieszkających w średnich miastach ok. 2 razy więcej osób odpowiedziało „raczej nie” (26,7%) niż „raczej tak” (13,3%). W innych grupach proporcja była odwrotna, a niekiedy jeszcze wyraźniejsza (3-4 razy). Można zatem uznać, że w średnich miastach jest nieco większa tolerancja dla marihuany niż w innych miejscowościach. W średnich miastach najrzadziej padało zdecydowane potwierdzenie pytania (53,3%). Odwrotnie było w miastach najmniejszych, tam też najmniej respondentów miało kłopot z udzieleniem konkretnej odpowiedzi (tylko 1 osoba – 1,1%).

Kawa była drugą substancją, dla której wykryto istotne statystycznie różnice w tak zestawionych podgrupach. Znaczna liczba osób we wszystkich podgrupach uważa, że kawa nie jest środkiem uzależniającym. W większości wyodrębnionych podgrup najczęściej udzielana odpowiedź to „zdecydowanie tak” (ok. 31-34% we wszystkich podgrupach), ale wyjątkiem są reprezentanci najmniejszych miast – tam najczęściej uważa się, że „raczej nie” (48,4%). Dla średnich miast częstotliwość udzielania odpowiedzi „raczej nie” była identyczna jak „zdecydowanie tak” (34,3%). Reprezentanci najmniejszych miast najrzadziej nie umieli udzielić konkretnej odpowiedzi (2,2%) – Tab. 95.

**Tab. 95.** Związki pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi a opinią badanych na temat, czy wskazane środki mają charakter uzależniający

Środek	Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań									
			Zdecydowanie tak		Raczej tak		Raczej nie		Zdecydowanie nie		Trudno powiedzieć	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana	Płeć	Kobieta	266	64,4%	95	23,0%	26	6,3%	7	1,7%	19	4,6%
		Mężczyzna	179	57,6%	50	16,1%	54	<b>17,4%</b>	12	3,9%	16	5,1%
		Wszyscy	445	61,5%	145	20,0%	80	11,0%	19	2,6%	35	4,8%
	Mieszkanie samemu	Tak	Połączono klasę		19	<b>54,3%</b>	16	<b>45,7%</b>	Połączono klasę		Usunięto klasę	
		Nie	odpowiedzi		571	<b>82,9%</b>	83	<b>12,0%</b>	odpowiedzi		odpowiedzi	
		Wszyscy			590	81,5%	99	13,7%				
	Wielkość miejscowości zamieszkania	wieś	202	61,8%	81	24,8%	18	5,5%	6	1,8%	20	6,1%
		miasto <5 tys.	73	<b>78,5%</b>	10	<b>10,8%</b>	5	5,4%	4	4,3%	1	1,1%
		miasto 5-50 tys.	56	<b>53,3%</b>	14	13,3%	28	<b>26,7%</b>	2	1,9%	5	4,8%
		miasto >50 tys.	114	57,3%	40	20,1%	29	<b>14,6%</b>	7	3,5%	9	4,5%
Wszyscy		445	61,5%	145	20,0%	80	11,0%	19	2,6%	35	4,8%	
kawa	Płeć	Kobieta	143	34,5%	113	<b>27,3%</b>	94	22,7%	27	6,5%	37	8,9%
		Mężczyzna	89	28,6%	63	20,3%	107	<b>34,4%</b>	32	10,3%	20	6,4%

Środek	Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań									
			Zdecydowanie tak		Raczej tak		Raczej nie		Zdecydowanie nie		Trudno powiedzieć	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		Wszyscy	232	32,0%	176	24,3%	201	27,7%	59	8,1%	57	7,9%
	Stypendium socjalne	Tak	107	36,4%	78	26,5%	69	23,5%	14	4,8%	26	8,8%
		Nie	125	29,1%	97	22,6%	132	30,7%	45	10,5%	31	7,2%
		Wszyscy	232	32,0%	175	24,2%	201	27,8%	59	8,1%	57	7,9%
	Mieszkanie samemu	Tak	8	<b>22,9%</b>	3	<b>8,6%</b>	17	<b>48,6%</b>	7	<b>20,0%</b>	Usunięto klasę odpowiedzi	
		Nie	224	<b>32,5%</b>	173	<b>25,1%</b>	184	<b>26,7%</b>	52	<b>7,5%</b>		
		Wszyscy	232	32,0%	176	24,3%	201	27,7%	59	8,1%		
	Wielkość miejscowości zamieszkania	wieś	102	31,1%	84	25,6%	76	23,2%	34	10,4%	32	9,8%
		miasto <5 tys.	30	32,3%	10	<b>10,8%</b>	45	<b>48,4%</b>	6	6,5%	2	<b>2,2%</b>
		miasto 5-50 tys.	36	34,3%	18	17,1%	36	34,3%	6	5,7%	9	8,6%
		miasto >50 tys.	64	32,2%	64	<b>32,2%</b>	44	22,1%	13	6,5%	14	7,0%
		Wszyscy	232	32,0%	176	24,3%	201	27,7%	59	8,1%	57	7,9%

Respondenci odpowiadali również na pytanie, czy w Polsce powinno być legalne zażywanie marihuany, amfetaminy oraz heroiny. Wykryte dla tego pytania istotne statystycznie związki z badanymi czynnikami socjodemograficznymi przedstawia Tab. 96. W części testów zachodziła potrzeba połączenia lub usunięcia klas odpowiedzi; w tym drugim przypadku wielkości procentowe odnoszą się do wszystkich respondentów i, sumowane w wierszach, nie dają razem wartości 100%.

Statystycznie więcej mężczyzn jest za tym, aby zażywanie marihuany było w Polsce dozwolone (10,3% do 4,3% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 14,5% do 5,1% „raczej tak”). Co prawda, więcej jest także ankietowanych płci męskiej, którzy odpowiedzieli „raczej nie”. Z kolei znacznie więcej kobiet jest za tym, aby marihuana zdecydowanie nie była legalna (68,8% do 46,0%). Legalność amfetaminy byłaby akceptowana przez znacznie mniej respondentów niż marihuany, jednak i tu wykryto pewne zależności istotne statystycznie. Różnie układa się stopień negacji legalności amfetaminy względem płci odpowiadających: wśród mężczyzn statystycznie jest więcej odpowiedzi „raczej nie” (27,3% do 9,9%), a wśród kobiet przeważają „zdecydowanie nie” (82,4% do 67,2%). W przypadku kokainy sytuacja jest niemal analogiczna jak dla amfetaminy. W każdym przypadku nieco więcej kobiet nie było zdecydowanych, jak odpowiedzieć (Tab. 96).

Istotną statystycznie zależność od wielkości miejscowości zamieszkania ankietowanych wskazano dla tych samych substancji psychoaktywnych. W przypadku marihuany co prawda zdecydowana większość ankietowanych reprezentujących każdy typ miejscowości odpowiadała „zdecydowanie nie” (od 55,8% dla największych miast do 62,2% w przypadku wsi), ale druga najczęściej udzielana odpowiedź nie zawsze była taka sama: mieszkańcy największych miast odpowiadali „raczej tak” (17,6%), a pozostali ankietowani – „raczej nie” (od 18,0% dla wsi do 30,1% dla najmniejszych miast). Warto też zauważyć, że reprezentanci najmniejszych miast oraz wsi najrzadziej udzielali odpowiedzi łagodniejszej w ocenie zażywania narkotyków („zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Amfetaminę respondenci oceniają znacznie bardziej surowo – we wszystkich podgrupach respondenci najczęściej uważają, że jest to zdecydowanie zły pomysł, a w drugiej kolejności – raczej zły, to jednak względna częstotliwość udzielania tych odpowiedzi jest różna. Najczęściej „zdecydowanie nie” odpowiadają reprezentanci największych miast (84,9%), a najrzadziej – najmniejszych (61,3%). Dokładnie odwrotnie jest w przypadku odpowiedzi „raczej nie” (odpowiednio 9,5% oraz 32,3%). Statystycznie najczęściej osób skłonnych zalegalizować amfetaminę jest w średnich miastach (ale jest to bardzo mała liczba – 4,8% - trudno więc wyciągać tutaj wiążące wnioski). Niezwykle podobny rozkład jakościowy oraz ilościowy zanotowano dla kokainy (Tab. 96).

**Tab. 96.** Związki pomiędzy wybranymi czynnikami socjodemograficznymi a opinią badanych na temat, czy wskazane środki powinny być dopuszczone do legalnego obrotu

Substancja psychoaktywna	Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań									
			Zdecydowanie tak		Raczej tak		Raczej nie		Zdecydowanie nie		Trudno powiedzieć	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
marihuana	Płeć	Kobieta	18	4,3%	21	5,1%	56	13,5%	285	<b>68,8%</b>	34	8,2%
		Mężczyzna	32	<b>10,3%</b>	45	<b>14,5%</b>	80	<b>25,7%</b>	143	46,0%	11	3,5%
		Wszyscy	50	6,9%	66	9,1%	136	18,8%	428	59,0%	45	6,2%
	Wielkość miejscowości zamieszkania	wieś	25	7,6%	16	4,9%	59	<b>18,0%</b>	204	62,2%	24	7,3%
		miasto <5 tys.	5	<b>5,4%</b>	4	<b>4,3%</b>	28	<b>30,1%</b>	52	55,9%	4	4,3%
		miasto 5-50 tys.	6	5,7%	11	10,5%	24	<b>22,9%</b>	61	58,1%	3	2,9%
		miasto >50 tys.	14	7,0%	35	<b>17,6%</b>	25	12,6%	111	55,8%	14	7,0%
Wszyscy	50	6,9%	66	9,1%	136	18,8%	428	59,0%	45	6,2%		
amfetamina	Płeć	Kobieta	Połączono klasę		9	2,2%	41	<b>9,9%</b>	341	<b>82,4%</b>	23	5,6%
		Mężczyzna	odpowiedzi		10	3,2%	85	<b>27,3%</b>	209	<b>67,2%</b>	7	2,3%
		Wszyscy			19	2,6%	126	17,4%	550	75,9%	30	4,1%
	Wielkość miejscowości zamieszkania	wieś	Połączono klasę		9	2,7%	52	15,9%	251	76,5%	Usunięto klasę odpowiedzi	
		miasto <5 tys.	odpowiedzi		3	3,2%	30	<b>32,3%</b>	57	61,3%		
		miasto 5-50 tys.			5	4,8%	25	23,8%	73	69,5%		
		miasto >50 tys.			2	1,0%	19	<b>9,5%</b>	169	84,9%		
Wszyscy			19	2,6%	126	17,4%	550	75,9%				
kokaina	Płeć	Kobieta	Połączono klasę		8	1,9%	36	<b>8,7%</b>	348	<b>84,1%</b>	22	5,3%
		Mężczyzna	odpowiedzi		6	1,9%	83	<b>26,7%</b>	213	<b>68,5%</b>	9	2,9%
		Wszyscy			14	1,9%	119	16,4%	561	77,4%	31	4,3%
	Wielkość miejscowości zamieszkania	wieś	Połączono klasę		10	3,0%	47	14,3%	255	77,7%	Usunięto klasę odpowiedzi	
		miasto <5 tys.	odpowiedzi		2	2,2%	30	<b>32,3%</b>	58	<b>62,4%</b>		
		miasto 5-50 tys.			1	1,0%	25	24,0%	76	73,1%		
		miasto >50 tys.			1	0,5%	17	<b>8,5%</b>	172	<b>86,4%</b>		
Wszyscy			14	1,9%	119	16,4%	561	77,5%				

Wiele istotnych statystycznie zależności wykryto, badając oceny respondentów w odniesieniu do określonych zachowań, jakie można zaobserwować w środowisku studenckim. Ze względu na ich liczbę, nie są one prezentowane w tabeli zbiorczej, ale w zestawie tabel, z których każda koncentruje się na wybranym czynniku socjodemograficznym.

Tab. 97 przedstawia wykryte zależności związane z płcią ankietowanych. W odniesieniu do wypalania co najmniej paczki papierosów dziennie, kobiety statystycznie częściej potępiają to zachowanie (zarówno „zdecydowanie” – 40,1% do 29,9% , jak i „raczej” – 36,2% do 31,5%), z kolei mężczyźni częściej go nie potępiliby – ale wyraźnie widać to tylko przy odpowiedzi „raczej” (26,4% do 13,0%).

Picie alkoholu raz-dwa razy na rok nie spotkało się ze zbyt dużą dezaprobatą respondentów. Statystycznie dużo więcej kobiet niż mężczyzn zdecydowanie nie potępiłoby takiego zachowania (54,8% do 34,4%). Statystycznie nieco częściej mężczyźni zdecydowanie (16,4% do 13,3%) lub raczej (7,7% do 4,1%) potępiłoby takie zachowanie (co zdaje się dość niespodziewane), ale także raczej go nie potępił. Picie alkoholu kilka razy w miesiącu jest już częściej krytykowane przez ankietowanych. Odpowiedzi rozkładają się w sposób bardziej wyrównany. Mężczyźni statystycznie częściej potępiają takie zachowanie (zdecydowanie 19,9% do 13,8%, raczej – 35,7% do 24,9%), kobiety częściej „raczej nie potępiają” (37,9% do 23,2%).

W przypadku spróbowania marihuany lub haszyszu raz-dwa razy u obu płci przeważają odpowiedzi mniej lub bardziej potępiające, jednak nasilenie negatywnych opinii jest różne. Kobiety



statystycznie nieco częściej potępiają to zachowanie (zdecydowanie – 39,6% do 33,8% lub raczej – 27,3% do 24,1%), mężczyźni częściej zdecydowanie by go nie potępili (15,1% do 6,5%). Opinie na temat palenia tych substancji psychoaktywnych od czasu do czasu nie różnią się zbyt – więcej jest jednak odpowiedzi potępiających, a mniej - niepotępiających. Palenie marihuany lub haszyszu codziennie lub prawie codziennie jest dużo częściej krytykowane zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn – jednak w badanej grupie to kobiety statystycznie częściej zdecydowanie je potępiają (73,2% do 60,5%), a mężczyźni – częściej tylko „raczej potępiają” (32,8% do 17,4%).

Spróbowanie amfetaminy raz lub dwa razy jest statystycznie częściej zdecydowanie potępiane przez badane kobiety niż przez mężczyzn (53,1% do 43,7%). Odwrotna sytuacja występuje w przypadku odpowiedzi „raczej nie potępili” (mężczyźni udzielili 23,2% takich odpowiedzi, kobiety – 9,7%). Można zatem powiedzieć, że ponownie to kobiety mają bardziej negatywne opinie na temat opisywanego zachowania – inaczej jest tylko w przypadku odpowiedzi „zdecydowanie nie potępili”, udzielana częściej przez kobiety (5,3% do 2,6%). Niemniej liczba takich odpowiedzi jest niewielka w stosunku do liczebności całej grupy.

Praktycznie we wszystkich przypadkach (z wyjątkiem spróbowania marihuany lub haszyszu raz-dwa razy) rysuje się bardzo niewielka, maksymalnie kilkuprocentowa, przewaga kobiet, które zaznaczyły odpowiedź „trudno powiedzieć” (Tab. 97).

**Tab. 97.** Opinie na temat wskazanych zachowań w zależności od płci ankietowanych

Zachowanie	Płeć	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępili		Raczej potępili		Raczej nie potępili		Zdecydowanie nie potępili		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	Kobieta	166	<b>40,1%</b>	150	<b>36,2%</b>	54	<b>13,0%</b>	20	4,8%	24	5,8%
	Mężczyzna	93	<b>29,9%</b>	98	<b>31,5%</b>	82	<b>26,4%</b>	23	7,4%	15	4,8%
	Wszyscy	259	35,7%	248	34,2%	136	18,8%	43	5,9%	39	5,4%
picie alkoholu raz-dwa razy na rok	Kobieta	55	13,3%	17	4,1%	85	20,5%	227	<b>54,8%</b>	30	7,2%
	Mężczyzna	51	16,4%	24	7,7%	119	38,3%	107	<b>34,4%</b>	10	3,2%
	Wszyscy	106	14,6%	41	5,7%	204	28,1%	334	46,1%	40	5,5%
picie alkoholu kilka razy w miesiącu	Kobieta	57	<b>13,8%</b>	103	<b>24,9%</b>	157	<b>37,9%</b>	61	14,7%	36	8,7%
	Mężczyzna	62	<b>19,9%</b>	111	<b>35,7%</b>	72	<b>23,2%</b>	47	15,1%	19	6,1%
	Wszyscy	119	16,4%	214	29,5%	229	31,6%	108	14,9%	55	7,6%
spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy	Kobieta	164	<b>39,6%</b>	113	27,3%	78	18,8%	27	<b>6,5%</b>	32	7,7%
	Mężczyzna	105	<b>33,8%</b>	75	24,1%	60	19,3%	47	<b>15,1%</b>	24	7,7%
	Wszyscy	269	37,1%	188	25,9%	138	19,0%	74	10,2%	56	7,7%
palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu	Kobieta	203	<b>49,0%</b>	125	30,2%	42	<b>10,1%</b>	13	3,1%	31	7,5%
	Mężczyzna	120	<b>38,6%</b>	103	33,1%	50	<b>16,1%</b>	22	7,1%	16	5,1%
	Wszyscy	323	44,6%	228	31,4%	92	12,7%	35	4,8%	47	6,5%
palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie	Kobieta	303	<b>73,2%</b>	72	<b>17,4%</b>	10	2,4%	8	1,9%	21	5,1%
	Mężczyzna	188	<b>60,5%</b>	102	<b>32,8%</b>	3	1,0%	4	1,3%	14	4,5%
	Wszyscy	491	67,7%	174	24,0%	13	1,8%	12	1,7%	35	4,8%
spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	Kobieta	220	<b>53,1%</b>	105	25,4%	40	<b>9,7%</b>	22	5,3%	27	6,5%
	Mężczyzna	136	<b>43,7%</b>	81	26,0%	72	<b>23,2%</b>	8	2,6%	14	4,5%
	Wszyscy	356	49,1%	186	25,7%	112	15,4%	30	4,1%	41	5,7%
używanie amfetaminy od czasu do czasu	Kobieta	265	64,0%	92	22,2%	15	3,6%	16	3,9%	26	6,3%
	Mężczyzna	164	52,7%	111	35,7%	12	3,9%	8	2,6%	16	5,1%
	Wszyscy	429	59,2%	203	28,0%	27	3,7%	24	3,3%	42	5,8%

Odkryto zależność istotną statystycznie wiążącą opinie respondentów z faktem pobierania przez nich stypendium socjalnego. Wyniki przedstawia Tab. 98. Osoby pobierające takie stypendium częściej potępiałyby wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie (widać to wyraźniej w przypadku odpowiedzi „raczej potępili” – 40,8% do 34,2%). Respondenci pobierający stypendium

z kolei nieco rzadziej udzielali odpowiedzi „raczej nie potępił” oraz „zdecydowanie nie potępił” (ale liczba tych odpowiedzi jest niewielka, dlatego znaczenie tej dysproporcji może być mniejsze). Studenci otrzymujący stypendium socjalne rzadziej udzielają także odpowiedzi „trudno powiedzieć” (3,7% do 7,0%) – Tab. 98.

**Tab. 98.** Opinia na temat wskazanych zachowań w zależności od pobierania przez ankietowanych stypendium socjalnego

Zachowanie	Stypendium socjalne	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie	Tak	156	53,1%	120	40,8%	6	2,0%	1	0,3%	11	3,7%
	Nie	223	51,9%	147	34,2%	19	4,4%	11	2,6%	30	7,0%
	Wszyscy	379	52,3%	267	36,9%	25	3,5%	12	1,7%	41	5,7%

Znacznie więcej interesujących wniosków przyniosła analiza opinii ankietowanych w powiązaniu z warunkami, w jakich mieszkają (z kim). Dane te zebrano w poniższych tabelach. Tab. 99 prezentuje wykryte zależności przy założeniu podziału badanej próby na osoby mieszkające z rodzicami i nie.

Picie alkoholu kilka razy w miesiącu jest zdecydowanie statystycznie częściej umiarkowanie potępiane wśród osób niezamieszkujących z rodzicami (40,6% do 25,0%). Udzieliły one natomiast nieco rzadziej odpowiedzi „zdecydowanie nie potępił” (12,3% do 16,0%), „raczej nie potępił” (26,9% i 33,5%) oraz „zdecydowanie potępił” (13,2% do 17,7%). Spróbowanie amfetaminy raz/dwa razy jest statystycznie rzadziej potępiane (zdecydowanie – 46,2% do 50,3% i raczej – 19,8% do 28,1%), a częściej niepotępiane (zdecydowanie – 7,1% do 2,9% oraz raczej – 23,6% do 12,1%) przez respondentów niemieszkających razem z rodzicami. Używanie amfetaminy codziennie albo prawie codziennie jest oczywiście oceniane ogólnie znacznie ostrzej, ale nadal ankietowani mieszkający z rodzicami nieco częściej to zachowanie „raczej potępiają” (ale tym razem rzadziej także „zdecydowanie potępiają”, co powoduje, że suma odpowiedzi potępiających jest w przybliżeniu równa), a rzadziej odmawiają potępienia (1,8% do 5,2%). Jeżeli chodzi o używanie heroiny od czasu do czasu, to odpowiedzi potępiające rozkładają się bardzo podobnie jak w przypadku amfetaminy zażywanej niemal codziennie. Nieco więcej jest osób niepotępiających tej postawy, szczególnie wśród osób zamieszkujących oddzielnie od rodziców (6,1% do 1,8%) – Tab. 99.

**Tab. 99.** Opinia na temat wskazanych zachowań w zależności od faktu mieszkania z rodzicami

Zachowanie	Warunki zamieszkiwania	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
picie alkoholu kilka razy w miesiącu	Z rodzicami – tak	91	17,7%	128	25,0%	172	33,5%	82	16,0%	40	7,8%
	Z rodzicami – nie	28	13,2%	86	40,6%	57	26,9%	26	12,3%	15	7,1%
	Wszyscy	119	16,4%	214	29,5%	229	31,6%	108	14,9%	55	7,6%
spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	Z rodzicami – tak	258	50,3%	144	28,1%	62	12,1%	15	2,9%	34	6,6%
	Z rodzicami – nie	98	46,2%	42	19,8%	50	23,6%	15	7,1%	7	3,3%
	Wszyscy	356	49,1%	186	25,7%	112	15,4%	30	4,1%	41	5,7%
używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie	Z rodzicami – tak	369	71,9%	110	21,4%	9	1,8%	Połączono klasę odpowiedzi		25	4,9%
	Z rodzicami – nie	166	78,3%	28	13,2%	11	5,2%	7	3,3%		
	Wszyscy	535	73,8%	138	19,0%	20	2,8%	32	4,4%		
używanie heroiny od czasu do czasu	Z rodzicami – tak	342	66,7%	121	23,6%	6	1,2%	9	1,8%	35	6,8%
	Z rodzicami – nie	154	72,6%	34	16,0%	2	0,9%	13	6,1%	9	4,2%
	Wszyscy	496	68,4%	155	21,4%	8	1,1%	22	3,0%	44	6,1%

Kolejna tabela (Tab. 100) prezentuje wykryte zależności istotne statystycznie, związane z faktem zamieszkiwania z rodzeństwem. Respondenci mieszkający wspólnie z bratem lub siostrą nieco częściej potępiają (zarówno zdecydowanie, jak i raczej) wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie, picie alkoholu raz-dwa razy na rok oraz prawie codziennie, natomiast rzadziej potępiają te zjawiska (również dotyczy to odpowiedzi zdecydowanych i „raczej” – z wyjątkiem picia alkoholu co najwyżej dwukrotnie w ciągu roku). Nieco mniej jednoznaczny rozkład zanotowano dla picia alkoholu kilka razy w miesiącu – tutaj respondenci mieszkający wspólnie z rodzeństwem rzadziej wskazywali opcję „raczej potępił” (24,0% do 34,0%), a pozostałe konkretne odpowiedzi – nieco częściej. W większości przypadków ankietowani mieszkający z rodzeństwem nieco rzadziej odpowiadali „trudno powiedzieć” (tylko dla bardzo częstego picia alkoholu minimalnie częściej) – Tab. 100.

**Tab. 100.** Opinia na temat wskazanych zachowań w zależności od faktu mieszkania z rodzeństwem

Zachowanie	Warunki zamieszkiwania	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	Z rodzeństwem – tak	127	<b>39,1%</b>	125	<b>38,5%</b>	47	<b>14,5%</b>	11	<b>3,4%</b>	15	4,6%
	Z rodzeństwem – nie	132	<b>33,0%</b>	123	<b>30,8%</b>	89	<b>22,3%</b>	32	<b>8,0%</b>	24	6,0%
	Wszyscy	259	35,7%	248	34,2%	136	18,8%	43	5,9%	39	5,4%
picie alkoholu raz-dwa razy na rok	Z rodzeństwem – tak	56	<b>17,2%</b>	20	6,2%	72	<b>22,2%</b>	165	<b>50,8%</b>	12	3,7%
	Z rodzeństwem – nie	50	<b>12,5%</b>	21	5,3%	132	<b>33,0%</b>	169	<b>42,3%</b>	28	7,0%
	Wszyscy	106	14,6%	41	5,7%	204	28,1%	334	46,1%	40	5,5%
picie alkoholu kilka razy w miesiącu	Z rodzeństwem – tak	58	17,8%	78	<b>24,0%</b>	122	<b>37,5%</b>	49	15,1%	18	5,5%
	Z rodzeństwem – nie	61	15,3%	136	<b>34,0%</b>	107	<b>26,8%</b>	59	14,8%	37	9,3%
	Wszyscy	119	16,4%	214	29,5%	229	31,6%	108	14,9%	55	7,6%
picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie	Z rodzeństwem – tak	165	50,8%	96	<b>29,5%</b>	33	<b>10,2%</b>	12	3,7%	19	5,8%
	Z rodzeństwem – nie	191	47,8%	90	<b>22,5%</b>	79	<b>19,8%</b>	18	4,5%	22	5,5%
	Wszyscy	356	49,1%	186	25,7%	112	15,4%	30	4,1%	41	5,7%

W kolejnej tabeli (Tab. 101) zaprezentowano jedyną zdiagnozowaną zależność istotną statystycznie, wykrytą dla badań ankietowanych pod kątem mieszkania z partnerką lub partnerem. W celu spełnienia warunków wiarygodności testu statystycznego usunięto klasę odpowiedzi „trudno powiedzieć” (jednak zawarte w tabeli wielkości procentowe liczone są względem wszystkich ankietowanych). Można zauważyć, że osoby mieszkające z partnerką albo partnerem wyraźnie rzadziej potępiają palenie dużych ilości papierosów (zarówno zdecydowanie – 36,7% do 20,4%, jak i „raczej” – 35,4% do 16,3%, z kolei częściej zdecydowanie odmawiają potępienia tego zachowania (14,3% do 5,3%), a rzadziej – raczej nie potępiają (10,2% do 19,3%) – Tab. 101.

**Tab. 101.** Opinia na temat wypalania co najmniej paczki papierosów dziennie w zależności od faktu mieszkania z partnerem lub partnerką

Mieszkanie z partnerem lub partnerką	Liczba wskazań							
	Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Tak	10	<b>20,4%</b>	8	<b>16,3%</b>	5	<b>10,2%</b>	7	<b>14,3%</b>
Nie	249	<b>36,7%</b>	240	<b>35,4%</b>	131	<b>19,3%</b>	36	<b>5,3%</b>
Wszyscy	259	35,6%	248	34,1%	136	18,7%	43	5,9%

Również jedną zależność istotną statystycznie zauważono, badając fakt zamieszkiwania z małżonkiem. Niewielka liczba ankietowanych zameężnych lub żonatych spowodowała, że aby test był wiarygodny statystycznie, należało zagregować parami klasy odpowiedzi „zdecydowanie potępił”

i „raczej potępił” w „potępił” oraz „zdecydowanie nie potępił” i „raczej nie potępił” w „nie potępił” oraz usunąć klasę odpowiedzi „trudno powiedzieć” (podobnie jak poprzednio, wielkości procentowe dotyczą wszystkich ankietowanych, nie sumują się więc w wierszach do 100%). Tab. 102 wskazuje, że respondenci zamieszkujący wspólnie z małżonkiem o wiele rzadziej potępiają używanie heroiny codziennie lub prawie codziennie (58,3% do 94,4%).

**Tab. 102.** Opinia na temat używania heroiny codziennie lub prawie codziennie w zależności od faktu mieszkania z mężem lub żoną

Mieszkanie z mężem lub żoną	Liczba wskazań			
	Potępił		Nie potępił	
	n	%	n	%
Tak	7	58,3%	2	16,7%
Nie	673	94,4%	12	1,7%
Wszyscy	680	93,8%	14	1,9%

Ostatnim aspektem związanym z warunkami zamieszkania było badanie pod kątem zamieszkiwania – lub nie – samemu. Listę wykrytych dla tego kryterium podziału badanej grupy przedstawia Tab. 103.

Wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie jest statystycznie znacznie rzadziej zdecydowanie potępiane przez osoby mieszkające samotnie niż przez pozostałych pytanym (20,0% do 36,5%). Mieszkający samemu rzadziej udzielali pozostałych odpowiedzi („raczej potępił” oraz „zdecydowanie nie potępił”, w tym drugim przypadku nie znalazł się ani jeden ankietowany, który by tak odpowiedział). Dla picia alkoholu kilka razy w miesiącu zdania były inne – mieszkający samotnie wyjątkowo często udzielali odpowiedzi „raczej potępił” (65,7% do 27,7%). Tak duża przewaga powoduje, że innych odpowiedzi udzielali rzadziej. Wyraźna jest zwłaszcza dysproporcja w odpowiedziach „trudno powiedzieć” (0,0% do 8,0%). Próbowanie marihuany lub haszyszu raz lub dwa razy w życiu okazało się łagodniej oceniane przez respondentów mieszkających samotnie. Statystycznie nieco częściej udzielali oni odpowiedzi „raczej nie potępił” (22,9% do 18,8%) oraz wyraźnie częściej „zdecydowanie nie potępił” (40,0% do 8,7%). Znacznie rzadziej odpowiadali natomiast „zdecydowanie potępił” (17,1% do 38,1%) oraz „raczej potępił” (2,9% do 27,1%). Także palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu jest oceniane łagodniej przez tych ankietowanych, którzy mieszkają sami. Ponownie udzielili oni statystycznie rzadziej (zagregowanej) odpowiedzi potępiającej (48,6% do 77,4%), a w ponad połowie przypadków (51,4% do 15,8%) odmówili potępienia (raczej lub zdecydowanie – w tym przypadku klasy odpowiedzi połączono). Podobny jakościowo, ale bardziej skrajny ilościowo, był rozkład odpowiedzi dla spróbowania amfetaminy raz-dwa razy w życiu. Mieszkający samotnie konsekwentnie nie udzielali odpowiedzi „trudno powiedzieć” (Tab. 103).

**Tab. 103.** Opinia na temat wskazanych zachowań w zależności od faktu mieszkania samemu

Zachowanie	Mieszkanie samemu	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	Tak	7	20,0%	11	31,4%	16	45,7%	0	0,0%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	Nie	252	36,5%	237	34,3%	120	17,4%	43	6,2%		
	Wszyscy	259	35,7%	248	34,2%	136	18,8%	43	5,9%		
picie alkoholu kilka razy w miesiącu	Tak	3	8,6%	23	65,7%	6	17,1%	3	8,6%	0	0,0%
	Nie	116	16,8%	191	27,7%	223	32,3%	105	15,2%	55	8,0%
	Wszyscy	119	16,4%	214	29,5%	229	31,6%	108	14,9%	55	7,6%
spróbowanie marihuany lub	Tak	6	17,1%	1	2,9%	8	22,9%	14	40,0%	Usunięto	

Zachowanie	Mieszkanie samemu	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
haszyszku raz-dwa razy	Nie	263	38,1%	187	27,1%	130	18,8%	60	8,7%	klasę	
	Wszyscy	269	37,1%	188	25,9%	138	19,0%	74	10,2%	odpowiedzi	
palenie marihuany lub haszyszku od czasu do czasu	Tak	Połączono klasę		17	48,6%	18	51,4%	Połączono klasę		0	0,0%
	Nie	odpowiedzi		534	77,4%	109	15,8%	odpowiedzi		47	6,8%
	Wszyscy	odpowiedzi		551	76,0%	127	17,5%	odpowiedzi		47	6,5%
spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	Tak	Połączono klasę		10	28,6%	25	71,4%	Połączono klasę		0	0,0%
	Nie	odpowiedzi		532	77,1%	117	17,0%	odpowiedzi		41	5,9%
	Wszyscy	odpowiedzi		542	74,8%	142	19,6%	odpowiedzi		41	5,7%

Następna seria testów pozwoliła odpowiedzieć na pytanie, jakie opinie w odniesieniu do wskazanych zachowań mają respondenci mieszkający w miejscowościach o różnej wielkości oraz charakterystyce. Uzyskane rezultaty przedstawia Tab. 104.

Wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie najczęściej zdecydowanie potępiają przedstawiciele największych miast (44,7%). W innych grupach najczęściej udzielane odpowiedzi to „raczej potępił” (33,3%-36,9%). Można zauważyć, podobnie jak w wielu innych testach, że pewne zachowania oceniane są podobnie przez przedstawicieli wsi i największych miast oraz przez reprezentantów średnich i najmniejszych miast. Tutaj tendencja taka uwidacznia się w odpowiedziach „zdecydowanie potępił” (reprezentanci wsi i największych miast odpowiadają tak wyraźnie częściej) i „raczej nie potępił” (rzadziej). Najwięcej statystycznie osób, które na pewno nie potępiłyby wypalania dużych ilości papierosów, znalazło się wśród reprezentantów najmniejszych miast (11,8%). Grupa ta najrzadziej nie umiała wskazać konkretnej odpowiedzi (1,1%).

Picie alkoholu raz-dwa razy na rok także wywołało statystycznie różne oceny w poszczególnych grupach respondentów. Większość grup najczęściej odpowiadała „zdecydowanie nie potępił” (45,4%-58,3%), tylko w najmniejszych miastach było to „raczej nie potępił” (40,9%), także przedstawiciele tych miejscowości statystycznie najczęściej odpowiadali „zdecydowanie potępił” (18,3%) oraz, znacznie częściej niż inni, „raczej potępił” (16,1%). Zatem reprezentanci tej grupy znacząco ostrzej patrzą na nawet tak rzadkie picie alkoholu. Ponownie w tej samej grupie najrzadziej udzielono odpowiedzi „trudno powiedzieć” (2,2%). W stosunku do picia alkoholu kilka razy w miesiącu oceny poszczególnych grup respondentów były daleko bardziej zróżnicowane. Reprezentanci najmniejszych oraz średnich miast najczęściej odpowiadali „raczej potępił” (odpowiednio 52,7% i 31,4%), w pozostałych grupach najczęstszą odpowiedzią było „raczej nie potępił” (33,2% dla wsi i 40,7% dla największych miast). Każda z grup udzielała innej drugiej najczęstszej odpowiedzi – w skrajnych przypadkach „zdecydowanie nie potępił” (24,1%) dla reprezentantów największych miast oraz „zdecydowanie potępił” (17,2%) dla mieszkańców najmniejszych miast. Potwierdza to ostrzejsze spojrzenie na picie alkoholu wśród respondentów z najmniejszych miast. Najrzadziej udzielali oni także odpowiedzi „raczej nie potępił” i „zdecydowanie nie potępił” (po 8,6%), a – co ciekawe – tym razem najczęściej odpowiadali „trudno powiedzieć” (12,9%).

Upijanie się od czasu do czasu jest najczęściej potępiane przez respondentów, ale z różną (co czyni statystycznie istotną różnicę) intensywnością i częstotliwością. Reprezentanci średnich miast najczęściej odpowiadali „zdecydowanie potępił” (41,0%), przedstawiciele najmniejszych miast i wsi – „raczej potępił” (odpowiednio 51,6% oraz 38,4%), a mieszkający w największych miastach – „raczej nie potępił”, aczkolwiek odpowiedź ta padała w ich przypadku tylko niewiele częściej niż obie potępiające (zdecydowanie – 27,6% oraz raczej – 26,6%). Najmniej odpowiedzi zdecydowanie nie potępiających takiego zachowania jeszcze raz padło wśród badanych reprezentantów miast do 5 tys. mieszkańców – ani jednej, najwięcej – w grupie gromadzącej przedstawicieli miast największych

(10,1%). Reprezentanci najmniejszych miast kolejny raz najrzadziej odpowiadali „trudno powiedzieć” (1,1%). Upijanie się codziennie lub prawie codziennie jest zdecydowanie potępiane przez większość respondentów (w drugiej kolejności – raczej potępiane) pochodzących z wszystkich wyodrębnionych grup. Różnie rozkłada się jednak względna częstotliwość udzielania tych odpowiedzi. Najwięcej odpowiedzi „zdecydowanie potępił” padło w grupie ankietowanych pochodzących lub mieszkających w miastach powyżej 50 tys. mieszkańców (71,4%), a najmniej – wśród przedstawicieli najmniejszych miast (54,8%). W tej drugiej grupie najczęściej też było odpowiedzi „raczej potępił” (41,9%), z kolei najmniej tych odpowiedzi było w gronie ankietowanych ze średnich miast (16,2%). Odpowiedzi odmawiających potępienia było bardzo mało i trudno na tej podstawie wyciągać wiążące wnioski, jednak najmniej takich odpowiedzi było w grupie osób mieszkających w najmniejszych miastach (2,2%).

Próbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy także pozwala na wykrycie istotnej statystycznie zależności. Większość wyodrębnionych grup najczęściej zdecydowanie potępia to zachowanie (z największą intensywnością przedstawiciele małych miast: 43,0%). Jednak reprezentanci miast od 5 do 50 tys. mieszkańców najczęściej odpowiadali „zdecydowanie nie potępił” (29,5% - choć zdecydowane potępienie uzyskało niewiele mniej głosów, bo 24,8%). Najmniej odpowiedzi odmawiających potępienia padło w grupie reprezentującej najmniejsze miasta (zarówno mniej, jak i bardziej zdecydowanych – tu różnica była szczególnie zauważalna: 2,2%), najwięcej – we wspomnianej grupie średnich miast (29,5%). Oznacza to, że incydentalne próbowanie marihuany lub haszyszu spotyka się z dużym potępieniem przedstawicieli najmniejszych miast, za to reprezentanci średnich miast spoglądają na to znacznie łagodniej, odróżniając się pod tym względem nawet od badanych zamieszkujących największe miasta. Palenie marihuany albo haszyszu od czasu do czasu jest najczęściej zdecydowanie potępiane przez wszystkie grupy badanych (od 38,1% dla miast średnich do 47,0% w przypadku wsi). Reprezentanci większości grup jako drugą najczęstszą odpowiedź podają „raczej potępił”, tylko reprezentanci średnich miast – „raczej nie potępił” (24,8%). Ci ostatni najrzadziej ze wszystkich grup „raczej potępiają” to zachowanie (18,1%). Oznacza to, że przedstawiciele średnich miast łagodniej patrzą na palenie marihuany lub haszyszu także częściej niż incydentalnie (najczęściej unikali potępienia opisywanego zachowania). Najmniejszej liczby odpowiedzi stanowczo odmawiających potępienia (3,2%) znów udzielili badani mieszkający w miastach do 5 tys. mieszkańców, oni także najrzadziej nie mieli zdania (2,2%).

Dla spróbowania amfetaminy raz-dwa razy w życiu uzyskano dość podobny rozkład jakościowy jak dla poprzednio opisanego zachowania. Identyczne są najczęściej podawane odpowiedzi, a także inne wnioski opisane bezpośrednio powyżej. Jedynie nieco więcej osób udzieliło zdecydowanie potępiających odpowiedzi (amfetamina jest jednakże przez więcej osób uznawana za groźniejszy narkotyk niż marihuana), nie zaburza to jednak rozkładu jakościowego. Warto wskazać, że w grupie ankietowanych mieszkających w najmniejszych miastach nie znalazł się ani jeden respondent, który zdecydowanie odmówiłby potępienia incydentalnego próbowania amfetaminy (Tab. 104).

**Tab. 104.** Opinia na temat wskazanych zachowań w zależności od wielkości miejscowości zamieszkania respondentów.

Zachowanie	Wielkość miejscowości zamieszkania	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	Wieś	120	36,6%	121	36,9%	50	15,2%	15	4,6%	22	6,7%
	Miasto <5 tys.	22	23,7%	34	36,6%	25	26,9%	11	11,8%	1	1,1%
	Miasto 5-50 tys.	28	26,7%	35	33,3%	32	30,5%	4	3,8%	6	5,7%
	Miasto >50 tys.	89	44,7%	58	29,1%	29	14,6%	13	6,5%	10	5,0%
	Wszyscy	259	35,7%	248	34,2%	136	18,8%	43	5,9%	39	5,4%

Zachowanie	Wielkość miejscowości zamieszkania	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
picie alkoholu raz-dwa razy na rok	Wieś	53	16,2%	17	5,2%	88	26,8%	149	<b>45,4%</b>	21	6,4%
	Miasto <5 tys.	17	<b>18,3%</b>	15	<b>16,1%</b>	38	<b>40,9%</b>	21	22,6%	2	2,2%
	Miasto 5-50 tys.	10	9,5%	3	2,9%	35	33,3%	48	<b>45,7%</b>	9	8,6%
	Miasto >50 tys.	26	13,1%	6	3,0%	43	21,6%	116	<b>58,3%</b>	8	4,0%
	Wszyscy	106	14,6%	41	5,7%	204	28,1%	334	46,1%	40	5,5%
picie alkoholu kilka razy w miesiącu	Wieś	60	18,3%	96	29,3%	109	<b>33,2%</b>	39	11,9%	24	7,3%
	Miasto <5 tys.	16	<b>17,2%</b>	49	<b>52,7%</b>	8	8,6%	8	8,6%	12	12,9%
	Miasto 5-50 tys.	18	17,1%	33	<b>31,4%</b>	31	29,5%	13	12,4%	10	9,5%
	Miasto >50 tys.	25	12,6%	36	18,1%	81	<b>40,7%</b>	48	<b>24,1%</b>	9	4,5%
	Wszyscy	119	16,4%	214	29,5%	229	31,6%	108	14,9%	55	7,6%
upijanie się od czasu do czasu	Wieś	92	28,0%	126	<b>38,4%</b>	71	21,6%	16	4,9%	23	7,0%
	Miasto <5 tys.	32	34,4%	48	<b>51,6%</b>	12	12,9%	0	<b>0,0%</b>	1	<b>1,1%</b>
	Miasto 5-50 tys.	43	<b>41,0%</b>	24	22,9%	23	21,9%	5	4,8%	10	9,5%
	Miasto >50 tys.	55	27,6%	53	26,6%	57	<b>28,6%</b>	20	<b>10,1%</b>	14	7,0%
	Wszyscy	222	30,6%	251	34,6%	163	22,5%	41	5,7%	48	6,6%
upijanie się codziennie lub prawie codziennie	Wieś	225	68,8%	75	22,9%	12	3,7%	Połączono z klasą odpowiedzi „raczej nie potępił”		Usunięto klasę odpowiedzi	
	Miasto <5 tys.	51	54,8%	39	<b>41,9%</b>	2	<b>2,2%</b>				
	Miasto 5-50 tys.	75	<b>71,4%</b>	17	16,2%	4	3,8%				
	Miasto >50 tys.	138	69,3%	48	24,1%	5	2,5%				
	Wszyscy	489	67,5%	179	24,7%	23	3,2%				
spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy	Wieś	132	40,2%	87	26,5%	65	19,8%	22	6,7%	22	6,7%
	Miasto <5 tys.	40	<b>43,0%</b>	29	31,2%	11	<b>11,8%</b>	2	<b>2,2%</b>	11	<b>11,8%</b>
	Miasto 5-50 tys.	26	<b>24,8%</b>	25	23,8%	14	13,3%	31	<b>29,5%</b>	9	8,6%
	Miasto >50 tys.	71	35,7%	47	23,6%	48	24,1%	19	9,5%	14	7,0%
	Wszyscy	269	37,1%	188	25,9%	138	19,0%	74	10,2%	56	7,7%
palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu	Wieś	154	47,0%	114	34,8%	28	8,5%	11	3,4%	21	6,4%
	Miasto <5 tys.	43	46,2%	37	39,8%	8	8,6%	3	<b>3,2%</b>	2	<b>2,2%</b>
	Miasto 5-50 tys.	40	<b>38,1%</b>	19	<b>18,1%</b>	26	<b>24,8%</b>	10	<b>9,5%</b>	10	9,5%
	Miasto >50 tys.	86	43,2%	58	29,1%	30	15,1%	11	5,5%	14	7,0%
	Wszyscy	323	44,6%	228	31,4%	92	12,7%	35	4,8%	47	6,5%
spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	Wieś	169	51,5%	92	28,0%	35	10,7%	11	3,4%	21	6,4%
	Miasto <5 tys.	44	47,3%	24	25,8%	24	<b>25,8%</b>	0	<b>0,0%</b>	1	<b>1,1%</b>
	Miasto 5-50 tys.	33	<b>31,4%</b>	22	<b>21,0%</b>	33	<b>31,4%</b>	9	<b>8,6%</b>	8	7,6%
	Miasto >50 tys.	110	55,3%	48	24,1%	20	10,1%	10	5,0%	11	5,5%
	Wszyscy	356	49,1%	186	25,7%	112	15,4%	30	4,1%	41	5,7%

Kolejnych kilka zależności istotnych statystycznie wykryto, badając wpływ poziomu dochodów respondentów na ich opinie co do wskazanych zjawisk. Uzyskane rezultaty zamieszczono w poniższej tabeli (Tab. 105).

Wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie jest, globalnie ujmując, najczęściej zdecydowanie potępiane, ale tylko ankietowani zarabiający średnio zaznaczyli tę odpowiedź jako najczęstszą (37,8%). Osoby uzyskujące najniższe i najwyższe dochody jako najczęstszą odpowiedź podawały „raczej potępił” (odpowiednio 40,1% i 36,2%). Najwięcej odpowiedzi zdecydowanie odmawiających potępienia udzielili ankietowani o najwyższych dochodach (8,7%), a mniej stanowczo odmawiających – ci o średnich dochodach (22,0%).

Bardzo częste zażywanie marihuany albo haszyszu zdecydowanie potępiają ankietowani z wszystkich wyodrębnionych podgrup, ale najrzadziej czynią to reprezentanci najlepiej zarabiającej z nich (50,7%). Najczęściej – ci o średnich dochodach (71,7%). Odwrotnie jest w przypadku odpowiedzi „raczej potępił”, ale suma tych odpowiedzi u ankietowanych o najwyższych dochodach jest i tak dość wyraźnie mniejsza (84,0% do 92,3%). Ankietowani o średnich zarobkach najczęściej

odpowiadali „Zdecydowanie nie potępił”, choć odpowiedzi tych nie było wiele (2,6%). Opcji takiej nie zaznaczył nikt z grupy respondentów o najwyższych dochodach.

Incydentalne spróbowanie amfetaminy jest potępiane nieco słabiej, ale w każdej grupie jest to najczęściej udzielana odpowiedź (48,0%-52,2%; wyjątkowo wyrównany rozkład). Druga najczęstsza odpowiedź to zawsze „raczej potępił”, ale tu częstotliwość jej udzielania różni się wyraźniej: od 18,8% dla respondentów o najwyższych dochodach do 31,4% dla ankietowanych zarabiających najmniej. Najwięcej odpowiedzi potępiających w sumie udzielają badani o dochodach średnich (19,0% mniej stanowczych, a 5,0% zdecydowanych; 7,2% tych drugich wskazań udzielili najbogatsi ankietowani).

Charakterystyczne, że dla wszystkich 3 omówionych zachowań najczęściej odpowiedzi nie potrafili udzielić ankietowani o najwyższych zarobkach (11,6%-13,0%) – Tab. 105.

**Tab. 105.** Opinia na temat wskazanych zachowań w zależności od poziomu dochodów badanych

Zachowanie	Poziom dochodów ankietowanych	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	<300 PLN	95	34,3%	111	40,1%	44	15,9%	16	5,8%	11	4,0%
	301-750 PLN	143	37,8%	112	29,6%	83	22,0%	21	5,6%	19	5,0%
	>750 PLN	20	29,0%	25	36,2%	9	13,0%	6	8,7%	9	13,0%
	Wszyscy	258	35,6%	248	34,3%	136	18,8%	43	5,9%	39	5,4%
palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie	<300 PLN	184	66,4%	73	26,4%	6	2,2%	2	0,7%	12	4,3%
	301-750 PLN	271	71,7%	78	20,6%	5	1,3%	10	2,6%	14	3,7%
	>750 PLN	35	50,7%	23	33,3%	2	2,9%	0	0,0%	9	13,0%
	Wszyscy	490	67,7%	174	24,0%	13	1,8%	12	1,7%	35	4,8%
spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	<300 PLN	133	48,0%	87	31,4%	33	11,9%	6	2,2%	18	6,5%
	301-750 PLN	187	49,5%	85	22,5%	72	19,0%	19	5,0%	15	4,0%
	>750 PLN	36	52,2%	13	18,8%	7	10,1%	5	7,2%	8	11,6%
	Wszyscy	356	49,2%	185	25,6%	112	15,5%	30	4,1%	41	5,7%

Ostatnim czynnikiem socjodemograficznym, który pozwolił na wykrycie związków istotnych statystycznie w kontekście oceniania wskazanych zachowań, był poziom dochodów rodziców ankietowanych. Wykryte zależności zebrano w kolejnej tabeli (Tab. 106). W jednym przypadku należało, w celu spełnienia kryteriów wiarygodności testu, usunąć najmniej znaczącą klasę odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Wielkości procentowe dla tego testu, jak zawsze w takich sytuacjach, liczone są względem całej badanej grupy.

Wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie prawie wszystkie grupy najczęściej zdecydowanie potępiają (choć dzieci rodziców o najwyższych dochodach i ci, którzy nie umieli podać dochodów rodziców niemal tak samo często odpowiadali „raczej potępił”). Wyjątkiem byli ankietowani, których rodzice osiągają dochody zaledwie wystarczające na zaspokojenie podstawowych potrzeb – tu sytuacja była odwrotna (a różnica między liczbą obu odpowiedzi – bardzo niewielka, tylko 0,4%). Osoby, których rodzice zarabiają najmniej i średnio, częściej udzielały odpowiedzi „raczej nie potępił” niż pozostali ankietowani (odpowiednio 24,3% i 25,5% do 10,7-11,4%). Z kolei dzieci najbiedniejszych rodziców wyraźnie najczęściej z wszystkich grup odpowiadały „zdecydowanie nie potępił” (13,5%). Sugeruje to, że osoby, których rodzice nie zarabiają dużo, potencjalnie częściej usprawiedliwiają palenie sporych ilości papierosów. Najrzadziej czynią to z kolei dzieci najbogatszych rodziców oraz respondenci niepotrafiący określić wysokości dochodów swoich rodziców czy opiekunów.

Picie alkoholu raz-dwa razy na rok okazało się oceniane znacznie łagodniej, ale także nieco odmiennie przez poszczególne grupy respondentów. Najwięcej jest u wszystkich grup odpowiedzi



„zdecydowanie nie potępił”. Dzieci rodziców o niższych i średnich dochodach odpowiadają tak znacznie rzadziej – odpowiednio 35,1% i 36,7% do 56,8%-57,4% w innych grupach. Za to odwrotna, choć nie tak wyraźna proporcja występuje dla odpowiedzi „raczej nie potępił”. W grupie dzieci najuboższych rodziców odpowiedź „raczej nie potępił” padała nieco częściej niż „zdecydowanie nie potępił”. Zastanawia niewiele odpowiedzi „raczej potępił” w odniesieniu do „zdecydowanie potępił” – wśród badanych musiało być sporo zdeklarowanych wrogów nawet incydentalnego próbowania alkoholu. Picie alkoholu kilka razy w miesiącu jest oceniane już znacznie ostrzej, mimo to nadal występują pewne różnice. Dzieci rodziców o najniższych i średnich dochodach najczęściej odpowiadają „raczej potępił” (odpowiednio – 35,1% i 32,8%), pozostali – „raczej nie potępił” (37,7% dzieci najbogatszych rodziców i 34,1% respondenci nieumiejący podać odpowiedzi). Druga najczęściej udzielana odpowiedź to w przypadku ankietowanych z najuboższych rodzin „zdecydowanie nie potępił” (27,0%), dzieci, których rodzice tylko zaspokajają podstawowe potrzeby – „raczej nie potępił” (28,6%) a w pozostałych grupach – „raczej potępił” (24,0% dla dzieci najbogatszych rodziców i 29,5% dla tych, którzy nie potrafili odpowiedzieć. Najczęściej zdecydowanie potępiają picie alkoholu ze wskazaną częstotliwością osoby, których rodzice zarabiają najmniej i średnio (odpowiednio 18,9% i 18,8%) a najrzadziej – dzieci najbogatszych rodziców (11,6%). Względnie najczęściej odpowiedzi „zdecydowanie nie potępił” udzielili respondenci, których rodzice osiągają dochody pozwalające tylko na zaspokojenie podstawowych potrzeb (27,0%, za to najrzadziej odpowiadali oni „raczej nie potępił”).

Spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy było ostatnim zachowaniem, które ankietowani oceniali na tyle różnie, że udało się wykryć zależność istotną statystycznie. Wprawdzie zawsze najczęściej padała odpowiedź „zdecydowanie potępił” (od 46,8% dla dzieci średnio zarabiających rodziców do 62,2% w przypadku dzieci rodziców najuboższych), a w drugiej kolejności – „raczej potępił” (od 18,9% dla dzieci najuboższych rodziców do 30,2% w przypadku ankietowanych, których rodzice mają najwyższe dochody). Jednak w przypadku grupy „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby” niemal równie często, co „raczej potępił”, padała odpowiedź „raczej nie potępił” (odpowiednio 22,7% i 22,4%). Ostro o tym zachowaniu wyrażali się ankietowani nieumiejący podać poziomu dochodów rodziców – Tab. 106.

**Tab. 106.** Opinia na temat wskazanych zachowań w zależności od poziomu dochodów rodziców lub opiekunów badanych

Zachowanie	Dochody rodziców ankietowanych	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	-	15	40,5%	6	16,2%	9	24,3%	5	13,5%	2	5,4%
	=	113	31,7%	115	32,2%	91	25,5%	21	5,9%	17	4,8%
	>	93	38,4%	92	38,0%	26	10,7%	16	6,6%	15	6,2%
	?	37	42,0%	35	39,8%	10	11,4%	1	1,1%	5	5,7%
	Wszyscy	258	35,6%	248	34,3%	136	18,8%	43	5,9%	39	5,4%
picie alkoholu raz-dwa razy na rok	-	6	16,2%	3	8,1%	12	32,4%	13	35,1%	3	8,1%
	=	61	17,1%	25	7,0%	124	34,7%	131	36,7%	16	4,5%
	>	28	11,6%	10	4,1%	49	20,2%	139	57,4%	16	6,6%
	?	11	12,5%	3	3,4%	19	21,6%	50	56,8%	5	5,7%
	Wszyscy	106	14,6%	41	5,7%	204	28,2%	333	46,0%	40	5,5%
picie alkoholu kilka razy w miesiącu	-	7	18,9%	13	35,1%	5	13,5%	10	27,0%	2	5,4%
	=	67	18,8%	117	32,8%	102	28,6%	39	10,9%	32	9,0%
	>	28	11,6%	58	24,0%	91	37,6%	51	21,1%	14	5,8%
	?	17	19,3%	26	29,5%	30	34,1%	8	9,1%	7	8,0%
	Wszyscy	119	16,4%	214	29,6%	228	31,5%	108	14,9%	55	7,6%
spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	-	23	62,2%	7	18,9%	4	10,8%	2	5,4%	Usunięto klasę	
	=	167	46,8%	81	22,7%	80	22,4%	13	3,6%		

Zachowanie	Dochody rodziców ankietowanych	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie potępił		Raczej potępił		Raczej nie potępił		Zdecydowanie nie potępił		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
>		114	47,1%	73	30,2%	23	9,5%	13	5,4%	odpowiedzi	
?		51	58,0%	25	28,4%	5	5,7%	2	2,3%		
Wszyscy		355	49,0%	186	25,7%	112	15,5%	30	4,1%		

Kolejny duży zestaw testów opracowano dla pytania, z jakim ryzykiem wiązą respondenci określone zachowania innych osób. Lista zachowań była bardzo podobna, jak w pytaniu opracowanym bezpośrednio powyżej. Ponownie zdecydowano się na przedstawienie wyników w kilku tabelach, przygotowanych dla poszczególnych czynników socjodemograficznych – przede wszystkim z uwagi na ich liczbę. Wyniki zawarto w poniższej tabeli (Tab. 107).

Ryzyko palenia papierosów od czasu do czasu nie jest zwykle określane przez respondentów jako wysokie, niemniej widać pewne różnice między płciami. Wśród kobiet najczęściej było odpowiedzi „umiarkowane ryzyko” (44,7%), wśród mężczyzn – „małe ryzyko” (43,2% - zatem znów mężczyźni podchodzą do problemu nieco „łżej”). Mężczyźni częściej twierdzą też, że rzadkie palenie papierosów nie jest powiązane z żadnym ryzykiem (minimalnie – 6,1% do 4,8%) lub to ryzyko jest małe (wyraźnie częściej – 43,2% do 30,0%). Z kolei kobiety statystycznie częściej twierdzą, że ryzyko jest umiarkowane (44,7% do 27,7%). Interesujące jest, że odpowiedzi „duże ryzyko” znów jednak udzielali mężczyźni (20,6% do 14,5%). Kobiety ponownie trochę częściej odpowiadały „trudno powiedzieć” (6,0% do 2,3%). Z kolei palenie co najmniej jednej paczki papierosów dziennie jest według ankietowanych najczęściej związane z dużym ryzykiem. Kobiety wyraźnie częściej udzielają tej odpowiedzi (82,9% do 67,2%) określając ryzyko jako duże. Z kolei mężczyźni minimalnie częściej niż kobiety wybierali odpowiedź „najwyżej małe ryzyko” (odpowiedź zagregowana – 4,8% do 2,9%) oraz „umiarkowane ryzyko” (znacznie wyraźniejsza przewaga – 25,7% do 9,9%). Ponownie zatem zdanie mężczyźni jest nieco bardziej liberalne.

Kobiety statystycznie częściej uważają, że wypijanie co najmniej 5 drinków podczas każdego weekendu wiąże się z umiarkowanym ryzykiem (37,4% do 17,7%). Natomiast statystycznie nieco więcej mężczyzn (72,0% do 51,2%) uważa tutaj, że ryzyko jest duże. W tym przypadku nie potwierdza się reguła, że mężczyźni podchodzą swobodniej do zażywania środków psychoaktywnych.

W odniesieniu do próbowania marihuany lub haszyszu 1-2 razy w życiu więcej kobiet uważa, że ryzyko jest umiarkowane (21,3% do 14,8%), z kolei mężczyźni częściej uważają, że ryzyko nie istnieje w ogóle (12,2% do 4,6% - ale bezwzględna liczba takich odpowiedzi jest niewielka). Jak najczęściej, trochę większa jest liczba kobiet, którym trudno było dać konkretną odpowiedź (5,6% do 3,2%) – ale liczba takich wyborów jest również niewielka.

Próbowanie ekstazy choćby 1-2 razy w życiu jest najczęściej bardzo ryzykowne zdaniem ankietowanych obu płci (minimalnie przeważają mężczyźni – 56,5% do 50,5%). Jednak statystycznie więcej kobiet uważa, że ryzyko jest umiarkowane (26,1% do 17,7%), a nieco więcej mężczyzn – że ryzyka nie ma (6,8% do 1,9% - tych ostatnich odpowiedzi jest relatywnie niewiele). Ponownie w badanej grupie znalazło się nieco więcej niezdecydowanych kobiet (6,3% do 4,2%).

Rozkład odpowiedzi dla pytania o ryzyko używania heroiny 1-2 razy w życiu jest podobny u obu płci (najczęściej ankietowanych uważa, że ryzyko jest duże, ponownie nieco częściej odpowiadali tak mężczyźni – 66,2% do 57,0%). Istnieją jednak statystycznie znaczące różnice, tj. kobiety statystycznie częściej twierdzą, że ryzyko jest małe (12,3% do 6,4%) lub umiarkowane (22,5% do 16,4%). Mężczyźni z kolei częściej zaznaczali odpowiedź „nie ma ryzyka” (6,4% do 1,4%) – jak poprzednim teście było jednak niewiele takich osób. Rozkład odpowiedzi dla kokainy lub cracku jest bardzo podobny. Mniejsza jest przewaga mężczyzn uznających, że brak jest ryzyka przy próbowaniu kokainy czy cracku

2-3 razy w życiu (3,5% do 1,9%), za to nieco większa przewaga kobiet, które uważają że ryzyko jest małe (11,4% do 4,5%). Mężczyźni częściej określają ryzyko jako duże (71,4% do 58,2%). Z kolei ryzyko związane z próbowaniem amfetaminy 1-2 razy w życiu jest oceniane minimalnie łagodniej przez ankietowanych w stosunku do testów dla ecstasy, heroiny i kokainy – można zauważyć, że wzrosła przewaga mężczyzn, którzy nie dopatrują się w tym zachowaniu w ogóle ryzyka (10,3% do 2,2%), natomiast zanika dysproporcja pomiędzy płciami w częstotliwości udzielania odpowiedzi „duże ryzyko” (55,6% w przypadku kobiet do 55,3% dla mężczyzn).

**Tab. 107.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od płci ankietowanych

Zachowanie	Płeć	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pałą papierosy od czasu do czasu	Kobieta	20	4,8%	124	30,0%	185	<b>44,7%</b>	60	14,5%	25	6,0%
	Mężczyzna	19	6,1%	134	<b>43,2%</b>	86	27,7%	64	20,6%	7	2,3%
	Wszyscy	39	5,4%	258	35,6%	271	37,4%	124	17,1%	32	4,4%
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	Kobieta	Połączono klasę		12	2,9%	41	9,9%	343	82,9%	18	4,3%
	Mężczyzna	odpowiedzi		15	4,8%	80	25,7%	209	67,2%	7	2,3%
	Wszyscy			27	3,7%	121	16,7%	552	76,1%	25	3,4%
Wypijają pięć lub więcej "drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	Kobieta	3	0,7%	23	5,6%	155	<b>37,4%</b>	212	<b>51,2%</b>	21	5,1%
	Mężczyzna	6	1,9%	14	4,5%	55	<b>17,7%</b>	224	<b>72,0%</b>	12	3,9%
	Wszyscy	9	1,2%	37	5,1%	210	29,0%	436	60,1%	33	4,6%
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	Kobieta	19	4,6%	113	27,3%	88	<b>21,3%</b>	171	41,3%	23	5,6%
	Mężczyzna	38	12,2%	77	24,8%	46	<b>14,8%</b>	140	45,0%	10	3,2%
	Wszyscy	57	7,9%	190	26,2%	134	18,5%	311	42,9%	33	4,6%
Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu	Kobieta	8	<b>1,9%</b>	63	15,2%	108	<b>26,1%</b>	209	<b>50,5%</b>	26	6,3%
	Mężczyzna	21	<b>6,8%</b>	46	14,8%	55	<b>17,7%</b>	175	<b>56,5%</b>	13	4,2%
	Wszyscy	29	4,0%	109	15,1%	163	22,5%	384	53,0%	39	5,4%
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	Kobieta	6	<b>1,4%</b>	51	<b>12,3%</b>	93	<b>22,5%</b>	236	<b>57,0%</b>	28	6,8%
	Mężczyzna	19	<b>6,1%</b>	20	<b>6,4%</b>	51	<b>16,4%</b>	206	<b>66,2%</b>	15	4,8%
	Wszyscy	25	3,4%	71	9,8%	144	19,9%	442	61,0%	43	5,9%
Próbują kokainę lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu	Kobieta	8	1,9%	47	<b>11,4%</b>	92	<b>22,2%</b>	241	<b>58,2%</b>	26	6,3%
	Mężczyzna	11	3,5%	14	<b>4,5%</b>	46	<b>14,8%</b>	222	<b>71,4%</b>	18	5,8%
	Wszyscy	19	2,6%	61	8,4%	138	19,0%	463	63,9%	44	6,1%
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	Kobieta	9	<b>2,2%</b>	61	14,7%	92	<b>22,2%</b>	230	55,6%	22	5,3%
	Mężczyzna	32	<b>10,3%</b>	52	16,7%	42	<b>13,5%</b>	172	55,3%	13	4,2%
	Wszyscy	41	5,7%	113	15,6%	134	18,5%	402	55,4%	35	4,8%

Większą liczbę związków istotnych statystycznie znaleziono, badając wpływ faktu zamieszkiwania z konkretnymi osobami na ocenę ryzyka związanego ze wskazanymi zachowaniami osób trzecich. Dla zamieszkiwania respondentów z rodzicami wykryto tylko jedną zależność, wskazaną w tabeli (Tab. 108). Ryzyko związane z paleniem marihuany lub haszyszu 1-2 razy w życiu jest nieco różnie oceniane przez poszczególne podgrupy badanej próby. Osoby niezamieszkujące z rodzicami udzielają statystycznie częściej odpowiedzi „małe ryzyko” (30,2% do 24,6%) i „duże ryzyko” (48,6% do 40,5%), a statystycznie rzadziej – wszystkich pozostałych. Wydaje się, że chcą być bardziej konkretni w odpowiedziach (rzadko zaznaczane trudno mierzalne „umiarkowane ryzyko” 12,7% do 20,9%), minimalnie mniej odpowiedzi „trudno powiedzieć” – 3,8% do 4,9%).

**Tab. 108.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od faktu zamieszkiwania przez respondentów z rodzicami

Zachowanie	Mieszkanie z rodzicami	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	47	9,2%	126	24,6%	107	20,9%	208	40,5%	25	4,9%
	Nie	10	4,7%	64	30,2%	27	12,7%	103	48,6%	8	3,8%
	Wszyscy	57	7,9%	190	26,2%	134	18,5%	311	42,9%	33	4,6%

Dla faktu mieszkania z rodzeństwem wykryto zależności istotne statystycznie dla 4 różnych zachowań, co przedstawia Tab. 109. W pierwszym z testów zaszła konieczność połączenia klas odpowiedzi „nie ma ryzyka” i „małe ryzyko” w „co najwyżej małe ryzyko”, inaczej nie byłyby spełnione kryteria wiarygodności testu (bardzo mało ankietowanych wybierało te odpowiedzi).

W odniesieniu do palenia jednej lub więcej paczek papierosów dziennie respondenci mieszkający z rodzeństwem rzadziej twierdzą, że obarczone jest ono co najwyżej małym (2,5% do 4,8%) oraz umiarkowanym (11,7% do 20,8%). Z kolei częściej uznają ryzyko za duże (82,8% do 70,8%).

Dla próbowania heroiny, kokainy oraz amfetaminy 1 albo 2 razy w życiu osiągnięto dość podobne jakościowo oraz ilościowo rozkłady odpowiedzi. We wszystkich przypadkach ankietowani mieszkający z rodzeństwem minimalnie rzadziej (różnica 2-4%, przy czym odpowiedzi takich jest bardzo niewiele) uznają, że zachowanie takie w ogóle nie wiąże się z ryzykiem. Rozkład odpowiedzi „małe ryzyko” jest niemal równy (różnice sięgają maksymalnie 2% na korzyść jednej z grup). Z kolei odpowiedź „umiarkowane ryzyko” udzielana jest wyraźnie częściej przez osoby niemieszkające z rodzeństwem (ok. 26% do ok. 13-14% dla każdej z substancji). Duże ryzyko częściej zaś przyporządkowują ankietowani mieszkający wspólnie z bratem czy siostrą – różnica wynosi ok. 8-12%, przy czym w każdym przypadku jest to najczęściej udzielana w ramach danego pytania odpowiedź (Tab. 109).

**Tab. 109.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od faktu zamieszkiwania przez respondentów z rodzeństwem

Zachowanie	Stypendium naukowe	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	Tak	Połączono klasę odpowiedzi		8	2,5%	38	11,7%	269	82,8%	10	3,1%
	Nie			19	4,8%	83	20,8%	283	70,8%	15	3,8%
	Wszyscy			27	3,7%	121	16,7%	552	76,1%	25	3,4%
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	8	2,5%	34	10,5%	85	26,2%	177	54,5%	21	6,5%
	Nie	17	4,3%	37	9,3%	59	14,8%	265	66,3%	22	5,5%
	Wszyscy	25	3,4%	71	9,8%	144	19,9%	442	61,0%	43	5,9%
Próbują kokainę lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	6	1,8%	27	8,3%	86	26,5%	182	56,0%	24	7,4%
	Nie	13	3,3%	34	8,5%	52	13,0%	281	70,3%	20	5,0%
	Wszyscy	19	2,6%	61	8,4%	138	19,0%	463	63,9%	44	6,1%
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	10	3,1%	47	14,5%	84	25,8%	166	51,1%	18	5,5%
	Nie	31	7,8%	66	16,5%	50	12,5%	236	59,0%	17	4,3%
	Wszyscy	41	5,7%	113	15,6%	134	18,5%	402	55,4%	35	4,8%

Kolejne związki istotne statystycznie wykryto, dzieląc badaną grupę pod kątem faktu zamieszkiwania ze znajomymi albo przyjaciółmi. Wykryte zależności istotne statystycznie, związane jedynie z próbowaniem określonej substancji psychoaktywnej, wskazano w tabeli (Tab. 110).

W przypadku marihuany lub haszyszu osoby mieszkające ze znajomymi i przyjaciółmi rzadziej nie obarczają tego zachowania ryzykiem w ogóle (3,5% do 8,9%) oraz wiążą z nim ryzyko umiarkowane (14,1% do 19,6%), rzadziej też nie umieją konkretnie odpowiedzieć (1,4% do 5,3%). Za to znacznie częściej odpowiadają „duże ryzyko” (54,2% do 40,1%).

Ryzyko próbowania heroiny 1-2 razy w życiu jest różnie oceniane przez wyodrębnione podgrupy. Respondenci mieszkający ze znajomymi (przyjaciółmi) statystycznie rzadziej twierdzą, że nie jest to ryzykowne w ogóle (0,7% do 4,1%), lub że jest ryzykowne w stopniu małym (4,9% do 11,0%) bądź umiarkowanym (13,4% do 21,4%). Statystycznie dużo częściej udzielali natomiast odpowiedzi, że jest to obciążone znacznym ryzykiem (74,6% do 57,6%). Niemal identyczny rozkład uzyskano dla próbowania kokainy lub cracku, a także amfetaminy 1-2 razy w życiu (Tab. 110).

**Tab. 110.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od faktu zamieszkiwania przez respondentów ze znajomymi, przyjaciółmi

Zachowanie	Mieszkanie ze znajomymi lub przyjaciółmi	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	5	3,5%	38	26,8%	20	14,1%	77	54,2%	2	1,4%
	Nie	52	8,9%	152	26,1%	114	19,6%	234	40,1%	31	5,3%
	Wszyscy	57	7,9%	190	26,2%	134	18,5%	311	42,9%	33	4,6%
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	1	0,7%	7	4,9%	19	13,4%	106	74,6%	9	6,3%
	Nie	24	4,1%	64	11,0%	125	21,4%	336	57,6%	34	5,8%
	Wszyscy	25	3,4%	71	9,8%	144	19,9%	442	61,0%	43	5,9%
Próbują kokainę lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	1	0,7%	7	4,9%	18	12,7%	110	77,5%	6	4,2%
	Nie	18	3,1%	54	9,3%	120	20,6%	353	60,5%	38	6,5%
	Wszyscy	19	2,6%	61	8,4%	138	19,0%	463	63,9%	44	6,1%
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	2	1,4%	14	9,9%	18	12,7%	100	70,4%	8	5,6%
	Nie	39	6,7%	99	17,0%	116	19,9%	302	51,8%	27	4,6%
	Wszyscy	41	5,7%	113	15,6%	134	18,5%	402	55,4%	35	4,8%

Ostatnim z uwzględnianych kryteriów różnicujących dotyczących warunków zamieszkania było mieszkanie samemu. Kilka wykrytych związków istotnych statystycznie wskazano w tabeli (Tab. 111). Ponieważ respondentów zamieszkujących samemu było niewielu, dla tej grupy testów konieczne było modyfikowanie oryginalnych tabel kontyngencji. Zdecydowano się na usunięcie z wszystkich testów najmniej znaczącej klasy odpowiedzi „trudno powiedzieć”, ponadto w dwóch przypadkach okazało się niezbędne dodatkowe połączenie najmniej licznych klas odpowiedzi „nie ma ryzyko” i „małe ryzyko” w umowną klasę „co najwyżej małe ryzyko”. Należy zwrócić uwagę, że w poniższej tabeli wielkości procentowe zawsze podawane są w odniesieniu do wszystkich ankietowanych (również tych, którzy odpowiedzieli „trudno powiedzieć”).

Osoby zamieszkujące samotnie znacznie częściej wiążą jedynie umiarkowane ryzyko z wypalaniem co najmniej paczki papierosów dziennie niż pozostali ankietowani (40,5% do 15,9%). Odwrotna sytuacja panuje dla „dużego ryzyka” (51,4% do 80,2%). Różnice dla zagregowanej klasy odpowiedzi „co najwyżej małe ryzyko” są minimalne i niewiele znaczące przy tak małej liczbie respondentów ją wybierających. Zatem respondenci mieszkający samotnie nie tylko rzadziej potępiają palenie tak dużych ilości papierosów (por. Tab. 103), ale także uważają je przeciętnie za nieco mniej ryzykowne.

Pozostałe testy wykonano dla jedno- lub dwukrotnego zażycia: ecstasy, heroiny oraz amfetaminy. Rozkłady jakościowe w przypadku wszystkich trzech wymienionych środków psychoaktywnych okazały się podobne – z zastrzeżeniem, że dla heroiny tak niewielu respondentów zaznaczało odpowiedź „nie ma ryzyka”, że należało dokonać połączenia klas odpowiedzi. We wszystkich przypadkach osoby mieszkające samemu miały większą skłonność do obarczania wskazanego zachowania mniejszym lub nawet żadnym ryzykiem – w przypadku zagregowanej klasy odpowiedzi – co najwyżej małym ryzykiem; różnica jest w tym przypadku najbardziej widoczna: 37,1% do 12,0%. Z kolei na umiarkowane lub duże ryzyko częściej wskazują ankietowani, którzy nie mieszkają samotnie. Przy tym w przypadku ecstasy i heroiny większa różnica pomiędzy podgrupami występuje dla odpowiedzi „umiarkowane ryzyko”, a dla amfetaminy – „duże ryzyko”. Ta ostatnia odpowiedź jest zawsze wskazywana jako najczęstsza (Tab. 111).

**Tab. 111.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od faktu zamieszkiwania przez badanych samemu

	Mieszkanie samemu	Liczba wskazań							
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	Tak	Połączono klasę		1	2,7%	15	40,5%	19	51,4%
	Nie	odpowiedzi		26	3,9%	106	15,9%	533	80,2%
	Wszyscy	27	3,7%	121	16,7%	552	76,1%		
Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	5	14,3%	11	31,4%	2	5,7%	17	48,6%
	Nie	24	3,5%	98	14,2%	161	23,4%	367	53,3%
	Wszyscy	29	4,0%	109	15,1%	163	22,5%	384	53,0%
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	Połączono klasę		13	37,1%	3	8,6%	18	51,4%
	Nie	odpowiedzi		83	12,0%	141	20,4%	424	61,4%
	Wszyscy	96	13,2%	144	19,9%	442	61,0%		
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	Tak	6	17,1%	10	28,6%	4	11,4%	15	42,9%
	Nie	35	5,1%	103	14,9%	130	18,8%	387	56,1%
	Wszyscy	41	5,7%	113	15,6%	134	18,5%	402	55,4%

Dużą liczbę związków istotnych statystycznie zdiagnozowano, badając wpływ wielkości miejsca zamieszkania ankietowanych na oceny ryzyka związanego z analizowanymi zachowaniami. Rezultaty zamieszczone zostały w tabeli (Tab. 112). Ponownie w przypadku części testów konieczne było usuwanie lub łączenie niektórych klas odpowiedzi. W przypadku testu, dla którego usunięto klasę odpowiedzi „trudno powiedzieć”, wielkości procentowe odnoszą się do całej badanej próby.

Palenie papierosów od czasu do czasu najczęściej małym ryzykiem obarczają reprezentanci najmniejszych i średnich miast (odpowiednio 59,1% i 48,6% - ci pierwsi wybierają tę odpowiedź statystycznie najczęściej ze wszystkich podgrup). Pozostałe wyodrębnione podgrupy najczęściej uważają, że opisywane zachowanie wiąże się z umiarkowanym ryzykiem. Żadnego ryzyka z tym zachowaniem nie wiążą najczęściej mieszkający w największych miastach (6,6%), a duże – ankietowani reprezentujący najmniejsze miasta (19,4%). Palenie co najmniej paczki papierosów dziennie obarczane jest już przez przedstawicieli wszystkich grup najczęściej dużym ryzykiem, a w drugiej kolejności – umiarkowanym, zawsze wyraźnie najrzadziej padała odpowiedź „najwyżej małe ryzyko”. Ryzyko za duże uznają najczęściej przedstawiciele największych miast (83,4%) oraz wsi (81,7%), najrzadziej – reprezentanci najmniejszych miast (58,1%), a zaraz za nimi – miast średnich (61,0%). Odwrotna sytuacja jest dla odpowiedzi „umiarkowane ryzyko”. Oznacza to, że w przypadku największych miast i wsi częste palenie postrzegane jest jako bardziej ryzykowne.

Wypijanie 5 lub więcej „drinków” 1-2 razy w ciągu każdego weekendu jest podobnie oceniane przez ankietowanych z wszystkich wyodrębnionych grup, tzn. zawsze najczęściej padała odpowiedź

„duże ryzyko”, a następnie „umiarkowane ryzyko” – jednak względna intensywność ich udzielania była różna. Wyraźnie najczęściej odpowiedź „duże ryzyko” padała wśród reprezentantów najmniejszych miast (83,9%), a najrzadziej – wśród przedstawicieli miast największych (49,7%). Odwrotna sytuacja wystąpiła dla odpowiedzi „umiarkowane ryzyko” (odpowiednio 9,7% i 36,7%). Liczba pozostałych odpowiedzi w każdej z grup była o wiele mniejsza, ale wypada podkreślić, iż statystycznie najczęściej co najwyżej małym ryzykiem opisywane zachowanie obarczali anketowani pochodzący lub mieszkający w największych miastach (8,0%).

Kolejne wykryte zależności bez wyjątku odnosiły się do próbowania wskazanego środka psychoaktywnego 1-2 razy w życiu. Dla marihuany albo haszyszu w każdym przypadku najczęściej anketowani udzielali odpowiedzi „duże ryzyko” (od 36,7% dla mieszkających w największych miastach do 53,8% dla reprezentujących miasta najmniejsze). Druga najczęściej udzielana odpowiedź brzmiała „małe ryzyko” (tylko dla reprezentantów wsi tak samo często odnotowano dodatkowo odpowiedź „umiarkowane ryzyko” – po 23,5%). Ciekawe jest przede wszystkim rzadkie udzielanie tej właśnie odpowiedzi (leżącej pomiędzy „małe ryzyko” a „duże ryzyko” – oznacza to, że w większości grup występuje pewna niechęć do „nieostrych” sądów w tym zakresie). W średnich oraz największych miastach incydentalne próbowanie marihuany lub haszyszu najczęściej nie jest obarczane ryzykiem (odpowiednio 12,4% i 10,1%) – najrzadziej dzieje się to na wsiach (2,2%).

W przypadku próbowania ekstazy 1-2 razy w życiu respondenci z każdej z grup najczęściej odpowiadali „duże ryzyko”, a w drugiej kolejności „umiarkowane ryzyko”, jednak wystąpiły zauważalne różnice w częstotliwościach udzielania tych odpowiedzi. Najczęściej o dużym ryzyku mówiły osoby mieszkające w najmniejszych miastach (70,7%), a najrzadziej – w średnich miastach (47,6%, ale wystąpiła tutaj tylko niewielka różnica w odniesieniu do reprezentantów wsi i największych miast). O umiarkowanym (a także małym) ryzyku z kolei przedstawiciele najmniejszych miast mówią najrzadziej (odpowiednio 8,7% i 7,6%). Na umiarkowane ryzyko najczęściej zaś wskazują mieszkający na wsiach (26,8%) a na małe ryzyko – zamieszkujący w średnich miastach (19,0%). Odpowiedź „nie ma ryzyka” najczęściej padała wśród grup mieszkających w najmniejszych miastach (8,7%), a tylko incydentalnie odpowiadali tak reprezentanci największych miast (1,0%).

Próbowanie heroiny 1-2 razy w życiu przez wszystkie wyodrębnione grupy także jest oceniane najczęściej jako związane z dużym ryzykiem, a w drugiej kolejności – umiarkowanym ryzykiem. Najczęściej duże ryzyko wiążą z nim reprezentanci najmniejszych miast (76,3%), bardzo rzadko mówią oni o umiarkowanym (7,5%) lub małym ryzyku (4,3%), ale – co interesujące – najczęściej ze wszystkich o braku ryzyka (8,6%). Tutaj szczególnie restrykcyjni byli anketowani mieszkający w największych miastach (nikt z nich nie określił ryzyka jako zerowego – prawdopodobnie więc w tych miastach wiedza o szkodliwości heroiny jest na odpowiednim poziomie). Najrzadziej odpowiedzi „duże ryzyko” (52,4%), a często tych odnoszących się do mniejszego ryzyka (brak ryzyka – 7,6%, małe ryzyko – 15,2%) udzielali reprezentanci średnich miast. Dla kokainy lub cracku uzyskano bardzo zbliżony rozkład jakościowy odpowiedzi – niewielkie różnice polegały na tym, że to reprezentanci największych miast, a nie średnich, najczęściej wskazywali „małe ryzyko” (12,1%), a przedstawiciele najmniejszych miast najrzadziej odpowiadali „umiarkowane ryzyko” (15,6%).

Incydentalne próbowanie amfetaminy przyniosło już bardziej zróżnicowany rozkład odpowiedzi. Chociaż nadal wszystkie grupy anketowanych najczęściej twierdziły, że zachowanie takie jest skojarzone z dużym ryzykiem (najczęściej – mieszkający na wsi, 57,3%, najrzadziej – reprezentanci średnich miast, 45,7%), to pozostałe odpowiedzi rozkładały się różnie. Reprezentanci wsi jako drugą najczęstszą odpowiedź podawali „umiarkowane ryzyko” (22,9%). Mniej więcej co czwarty anketowany pochodzący z miasta od 5 do 50 tys. mieszkańców (średniego) uznawał ryzyko za małe (25,7%), a zwykle ostro oceniający zażywanie narkotyków przedstawiciele najmniejszych miast tym razem jako drugą najczęstszą odpowiedź podawali „nie ma ryzyka” (19,4%) – Tab. 112.

**Tab. 112.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od faktu zamieszkiwania przez respondentów ze znajomymi, przyjaciółmi

Zachowanie	Wielkość miejscowości zamieszkania	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Palą papierosy od czasu do czasu	Wieś	20	6,1%	100	30,5%	131	<b>39,9%</b>	60	18,3%	17	5,2%
	Miasto <5 tys.	2	<b>2,2%</b>	55	<b>59,1%</b>	16	<b>17,2%</b>	18	<b>19,4%</b>	2	<b>2,2%</b>
	Miasto 5-50 tys.	4	3,8%	51	<b>48,6%</b>	29	27,6%	15	14,3%	6	5,7%
	Miasto >50 tys.	13	6,6%	52	26,3%	95	<b>48,0%</b>	31	15,7%	7	3,5%
	Wszyscy	39	5,4%	258	35,6%	271	37,4%	124	17,1%	32	4,4%
Palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	Wieś	Połączono klasę odpowiedzi z klasą „małe ryzyko”		13	4,0%	35	<b>10,7%</b>	268	81,7%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	Miasto <5 tys.			2	2,2%	34	<b>36,6%</b>	54	<b>58,1%</b>		
	Miasto 5-50 tys.			6	5,7%	30	28,6%	64	61,0%		
	Miasto >50 tys.			6	3,0%	22	11,1%	166	<b>83,4%</b>		
	Wszyscy			27	3,7%	121	16,7%	552	76,1%		
Wypijają pięć lub więcej "drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	Wieś	Połączono klasę odpowiedzi z klasą „małe ryzyko”		20	6,1%	104	31,7%	189	57,6%	15	4,6%
	Miasto <5 tys.			4	4,3%	9	<b>9,7%</b>	78	<b>83,9%</b>	2	2,2%
	Miasto 5-50 tys.			6	5,7%	24	22,9%	70	66,7%	5	4,8%
	Miasto >50 tys.			16	8,0%	73	<b>36,7%</b>	99	<b>49,7%</b>	11	5,5%
	Wszyscy			46	6,3%	210	29,0%	436	60,1%	33	4,6%
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	Wieś	22	6,7%	77	<b>23,5%</b>	77	<b>23,5%</b>	139	42,4%	13	4,0%
	Miasto <5 tys.	2	<b>2,2%</b>	32	34,4%	5	<b>5,4%</b>	50	<b>53,8%</b>	4	4,3%
	Miasto 5-50 tys.	13	<b>12,4%</b>	28	26,7%	12	11,4%	49	46,7%	3	2,9%
	Miasto >50 tys.	20	10,1%	53	26,6%	40	20,1%	73	<b>36,7%</b>	13	6,5%
	Wszyscy	57	7,9%	190	26,2%	134	18,5%	311	42,9%	33	4,6%
Próbują ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu	Wieś	11	3,4%	47	14,3%	88	<b>26,8%</b>	162	49,4%	20	6,1%
	Miasto <5 tys.	8	<b>8,7%</b>	7	<b>7,6%</b>	8	<b>8,7%</b>	65	<b>70,7%</b>	4	4,3%
	Miasto 5-50 tys.	8	7,6%	20	<b>19,0%</b>	25	23,8%	50	<b>47,6%</b>	2	1,9%
	Miasto >50 tys.	2	<b>1,0%</b>	35	17,6%	42	21,1%	107	53,8%	13	6,5%
	Wszyscy	29	4,0%	109	15,1%	163	22,5%	384	53,0%	39	5,4%
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	Wieś	9	2,7%	27	8,2%	80	<b>24,4%</b>	189	57,6%	23	7,0%
	Miasto <5 tys.	8	<b>8,6%</b>	4	<b>4,3%</b>	7	<b>7,5%</b>	71	<b>76,3%</b>	3	3,2%
	Miasto 5-50 tys.	8	7,6%	16	<b>15,2%</b>	23	21,9%	55	<b>52,4%</b>	3	2,9%
	Miasto >50 tys.	0	<b>0,0%</b>	24	12,1%	34	17,1%	127	63,8%	14	7,0%
	Wszyscy	25	3,4%	71	9,8%	144	19,9%	442	61,0%	43	5,9%
Próbują kokainy lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu	Wieś	10	3,0%	25	7,6%	68	<b>20,7%</b>	202	61,6%	23	7,0%
	Miasto <5 tys.	1	<b>1,1%</b>	1	<b>1,1%</b>	15	16,1%	73	<b>78,5%</b>	3	3,2%
	Miasto 5-50 tys.	8	<b>7,6%</b>	11	10,5%	24	22,9%	59	<b>56,2%</b>	3	2,9%
	Miasto >50 tys.	0	<b>0,0%</b>	24	<b>12,1%</b>	31	<b>15,6%</b>	129	64,8%	15	7,5%
	Wszyscy	19	2,6%	61	8,4%	138	19,0%	463	63,9%	44	6,1%
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	Wieś	12	3,7%	35	10,7%	75	<b>22,9%</b>	188	<b>57,3%</b>	18	5,5%
	Miasto <5 tys.	18	<b>19,4%</b>	11	11,8%	7	7,5%	53	57,0%	4	4,3%
	Miasto 5-50 tys.	8	7,6%	27	<b>25,7%</b>	19	18,1%	48	<b>45,7%</b>	3	2,9%
	Miasto >50 tys.	3	<b>1,5%</b>	40	20,1%	33	16,6%	113	56,8%	10	5,0%
	Wszyscy	41	5,7%	113	15,6%	134	18,5%	402	55,4%	35	4,8%

Dwie zależności istotne statystycznie odkryto także względem poziomu dochodów osiągniętych przez respondentów (Tab. 113). Dla pierwszego z testów okazało się konieczne połączenie klas odpowiedzi „nie ma ryzyka” i „małe ryzyko” w „co najwyżej małe ryzyko”.

W przypadku wypijania pięciu lub więcej "drinków" 1-2 razy w ciągu każdego weekendu we wszystkich grupach respondenci najczęściej odpowiadali „duże ryzyko”, a w drugiej kolejności – „umiarkowane ryzyko”. Widać jednak, że najrzadziej tych odpowiedzi udzielali ankieterzy o najwyższych dochodach (odpowiednio – 52,2% i 24,6%), oni także udzielili największej liczby zagregowanych odpowiedzi „co najwyżej małe ryzyko” (8,7%). Najczęściej nie mieli opinii (14,5%) – rozkład odpowiedzi był w ich przypadku najbardziej wyrównany. Najrzadziej z opisywanym



zachowaniem małe ryzyko wiązali ankietowani o niskich dochodach (5,8%). Odpowiedzi uzyskane dla incydentalnego próbowania amfetaminy również pozwoliły stwierdzić, że ankietowani zarabiający najczęściej mają tendencje do najczęstszego obarczenia tego zachowania zerowym ryzykiem (10,1%) i małym (18,8%), a najrzadziej – umiarkowanym (15,9%) oraz dużym (40,6%). Ponownie wyraźnie więcej osób z tej grupy odpowiedziało „trudno powiedzieć” (14,5%). Ostro i zdecydowanie oceniają próbowanie amfetaminy ankietowani o dochodach średnich – najmniej odpowiedzi „nie ma ryzyka” (4,2%), a najczęściej „duże ryzyko” (58,2%), najrzadziej też nie mieli opinii (3,2%) – Tab. 113.

**Tab. 113.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od poziomu dochodów badanych

Zachowanie	Poziom dochodów ankietowanych	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wypijają pięć lub więcej "drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	<300 PLN	Połączono klasę odpowiedzi		16	5,8%	87	31,4%	159	57,4%	15	5,4%
	301-750 PLN			24	6,3%	106	28,0%	240	63,5%	8	2,1%
	>750 PLN			6	8,7%	17	24,6%	36	52,2%	10	14,5%
	Wszyscy			46	6,4%	210	29,0%	435	60,1%	33	4,6%
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	<300 PLN	18	6,5%	43	15,5%	50	18,1%	153	55,2%	13	4,7%
	301-750 PLN	16	4,2%	57	15,1%	73	19,3%	220	58,2%	12	3,2%
	>750 PLN	7	10,1%	13	18,8%	11	15,9%	28	40,6%	10	14,5%
	Wszyscy	41	5,7%	113	15,6%	134	18,5%	401	55,4%	35	4,8%

Również wielkość dochodów rodziców ankietowanych osób wykazuje pewne związki istotne statystycznie z oceną ryzyka analizowanych zachowań (Tab. 114). Z uwagi na konieczność spełnienia kryteriów wiarygodności testu, należało kolejny raz dokonać przekształceń polegających na usuwaniu najmniej znaczącej klasy odpowiedzi „trudno powiedzieć” i – w jednym przypadku – na połączeniu najmniej licznych klas odpowiedzi „nie ma ryzyka” i „małe ryzyko”. Wielkości procentowe ponownie odnoszą się do całej badanej grupy.

Wypijanie 1-2 „drinków” prawie codziennie najczęściej wiąże się według wszystkich podgrup ankietowanych z dużym ryzykiem, a w drugiej kolejności – z umiarkowanym, ale częstotliwość udzielania tych odpowiedzi dość znacznie się różni. Odpowiedzi „duże ryzyko” najczęściej udzielały osoby nieumiejące określić dochodu rodziców (86,4%) i niemal tak samo często – dzieci rodziców najbogatszych (86,0%), a najrzadziej – dzieci rodziców najuboższych (59,5%). Pojęciem umiarkowanego ryzyka operują znacznie częściej ankietowani, których rodzice zarabiają najmniej (24,3%) i przeciętnie (23,8%). Z małym ryzykiem wiążą opisywane zachowanie respondenci będący dziećmi najbiedniejszych rodziców (10,8%). Zatem to oni właśnie oceniają codzienne picie alkoholu najłagodniej.

Pozostałe zależności istotne statystycznie – już nie po raz pierwszy – obowiązują dla incydentalnego próbowania kilku z wskazanych substancji psychoaktywnych. Próbowanie marihuany lub haszyszu 1-2 razy w życiu zostało obarczone dużym ryzykiem przez wszystkie grupy (zawsze najczęstsza odpowiedź, ale udzielana z różną częstotliwością – osoby z najuboższych rodzin odpowiadały tak ok. dwukrotnie częściej, 73,0%, niż ankietowani, których rodzice zarabiają najczęściej, 36,0%). Druga najczęstsza odpowiedź to dla dzieci najbiedniejszych rodziców – „umiarkowane ryzyko” (13,5%), dla wszystkich pozostałych grup - „małe ryzyko” (od 20,5% dla osób nieumiejących podać dochodu rodziców do 29,15 dla dzieci rodziców o średnich dochodach). Najrzadziej na brak ryzyka wskazywali ankietowani z najuboższych rodzin (2,7%, oni także najrzadziej odpowiadali „małe ryzyko” – 5,4%), najczęściej – badani nieznający poziomu dochodów swych rodziców (10,2%). Oznacza to, że w najbiedniejszych rodzinach panuje opinia, że nawet incydentalne próbowanie

marihuany lub haszyszu jest niebezpieczne, inaczej jest zaś w najbogatszych rodzinach (częściej uważa się, że jest to tylko trochę ryzykowne).

Próbowanie ekstazy 1-2 razy w życiu także było najczęściej obarczone dużym ryzykiem przez wszystkie grupy. Najbardziej intensywnie czynili to ankietowani, których rodzice zarabiają niewystarczająco (78,4%), najrzadziej z kolei – respondenci pochodzący z najlepiej sytuowanych rodzin (44,2%). W przypadku 3 grup (oprócz dzieci najuboższych rodziców) drugą najczęstszą odpowiedzią było „umiarkowane ryzyko”. Intensywność udzielania tej odpowiedzi – odwrotnie do „duże ryzyko” – wzrasta wraz z polepszaniem się dochodów rodziców. Tylko grupa ankietowanych z najbiedniejszych rodzin jako drugą najczęstszą odpowiedź podawała „małe ryzyko” (10,8%) – ale ponieważ nie znalazł się w tej grupie nikt, (!) kto uznałby, że w ogóle nie ma ryzyka, można powiedzieć, że to właśnie ta grupa jest najbardziej ostrożna (suma odpowiedzi „nie ma ryzyka” i „małe ryzyko” jest tu najmniejsza). Uznać więc należy, że w tym przypadku im skromniejsze dochody rodziców, tym większym ryzykiem obarczane jest przez ich dzieci opisywane zachowanie. Incydentalne próbowanie heroiny zostało ocenione jakościowo i ilościowo bardzo podobnie, jak ekstazy – jedyną istotną różnicą jest fakt, że dzieci osób nieumiejących podać dochodu rodziców minimalnie rzadziej udzielały odpowiedzi „duże ryzyko” (54,5%) niż respondenci pochodzący z najbogatszych rodzin (55,8%). Dość podobny rozkład uzyskano także dla incydentalnego próbowania amfetaminy. Tutaj z kolei ankietowani niepotrafiący określić dochodów rodziców najrzadziej (ale tylko minimalnie – 2,3%, a dzieci najuboższych rodziców – 2,7%) odpowiadali „brak ryzyka”, a najczęściej „duże ryzyko” (61,4%) - Tab. 114.

**Tab. 114.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od poziomu dochodów rodziców lub opiekunów badanych

Zachowanie	Dochody rodziców ankietowanych	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wypijają jeden lub dwa "drinki" prawie codziennie	-	Połączono z klasą odpowiedzi „małe ryzyko”		4	10,8%	9	24,3%	22	59,5%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	=			13	3,6%	85	23,8%	245	68,6%		
	>			6	2,5%	22	9,1%	208	86,0%		
	?			4	4,5%	5	5,7%	76	86,4%		
	Wszyscy			27	3,7%	121	16,7%	551	76,1%		
Próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	-	1	2,7%	2	5,4%	5	13,5%	27	73,0%	2	5,4%
	=	28	7,8%	104	29,1%	52	14,6%	157	44,0%	16	4,5%
	>	19	7,9%	65	26,9%	62	25,6%	87	36,0%	9	3,7%
	?	9	10,2%	18	20,5%	15	17,0%	40	45,5%	6	6,8%
	Wszyscy	57	7,9%	189	26,1%	134	18,5%	311	43,0%	33	4,6%
Próbują ekstazy 1 raz lub 2 razy w życiu	-	0	0,0%	4	10,8%	3	8,1%	29	78,4%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	=	20	5,6%	51	14,3%	63	17,7%	207	58,1%		
	>	7	2,9%	41	16,9%	70	28,9%	107	44,2%		
	?	2	2,3%	12	13,6%	27	30,7%	41	46,6%		
	Wszyscy	29	4,0%	108	14,9%	163	22,5%	384	53,1%		
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	-	0	0,0%	1	2,7%	4	10,8%	31	83,8%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	=	19	5,3%	37	10,4%	56	15,7%	228	63,9%		
	>	4	1,7%	25	10,3%	59	24,4%	135	55,8%		
	?	2	2,3%	7	8,0%	25	28,4%	48	54,5%		
	Wszyscy	25	3,5%	70	9,7%	144	19,9%	442	61,0%		
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	-	1	2,7%	3	8,1%	3	8,1%	29	78,4%	Usunięto klasę odpowiedzi	
	=	30	8,4%	64	17,9%	53	14,8%	196	54,9%		
	>	8	3,3%	37	15,3%	58	24,0%	123	50,8%		
	?	2	2,3%	8	9,1%	20	22,7%	54	61,4%		
	Wszyscy	41	5,7%	112	15,5%	134	18,5%	402	55,5%		

Poziom wykształcenia rodziców ankietowanych także jest istotnie statystycznie związany z poziomem ryzyka przyporządkowanym do niektórych wspomnianych zachowań. Wykryte zależności zebrano w tabeli (Tab. 115). W przypadku niektórych testów, ze względu na fakt mało licznych wskazań na niektóre opcje, zaszła konieczność połączenia aż 3 klas odpowiedzi „nie ma ryzyka”, „małe ryzyko” i „umiarkowane ryzyko” w zagregowaną klasę odpowiedzi „co najwyżej umiarkowane ryzyko”.

W odniesieniu do wypalania jednej lub więcej paczek papierosów dziennie daje się zauważyć, że ankietowani, których rodzice są lepiej wykształceni, nieco częściej udzielają odpowiedzi „umiarkowane ryzyko” (20,5% do 13,9%), a rzadziej – „duże ryzyko” (70,2% do 80,4%).

Z kolei dla incydentalnego próbowania ekstazy najbardziej istotne różnice ujawniają się w odpowiedziach „brak ryzyka” i „małe ryzyko”. Żadnym ryzykiem tego zachowania częściej nie obarczają respondenci z lepiej wykształconych rodzin (7,3% do 1,7%), a małym ryzykiem – z przeciętnie wykształconych (18,0% do 10,9%). Wykryto również – co jest, w grupie testów dotyczących ryzyka związanego wskazanymi zachowaniami, znaczącym wyjątkiem – istotną zależność statystyczną dla używania ekstazy regularnie: respondenci z przeciętnie wykształconych rodzin częściej odpowiadają „duże ryzyko” (94,3% do 88,4%).

Rozkład odpowiedzi dla incydentalnego próbowania heroiny jest w zasadzie identyczny jak dla opisanego wyżej ekstazy. Nieco więcej różnic wskazać można dla 1-2-krotnego próbowania amfetaminy. Co prawda nadal żadnego ryzyka z tym zachowaniem częściej nie wiążą dzieci lepiej wykształconych rodziców (9,3% do 3,1%), ale brak dysproporcji w odpowiedzi „małe ryzyko”, za to dają się zauważyć różnice w odpowiedziach „umiarkowane ryzyko” i „duże ryzyko” (odpowiednio 20,3% do 15,9% oraz 58,2% do 51,7% na korzyść ankietowanych, których rodzice są wykształceni przeciętnie).

Amfetamina była drugą substancją, dla której wyjątkowo wykryto istotną statystycznie zależność w przypadku regularnego zażywania. W tym przypadku rozkład jest podobny do uzyskanego w pytaniu o regularne zażywanie ekstazy. Odnosi się to przede wszystkim do odpowiedzi „duże ryzyko”, której częściej udzielali ankietowani będący dziećmi przeciętnie wykształconych rodziców (94,6% do 87,7%).

Interesujące, że we wszystkich przypadkach respondenci będący dziećmi lepiej wykształconych rodziców zaznaczają kilkuprocentową przewagę (zwykle ok. 7-8% do ok. 2-3%) w częstotliwości udzielania odpowiedzi „Trudno powiedzieć” (Tab. 115).

**Tab. 115.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od jakości wykształcenia rodziców lub opiekunów badanych

Zachowanie	Poziom wykształcenia rodziców	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pałą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	Przeciętne	2	0,5%	12	2,8%	59	<b>13,9%</b>	340	<b>80,4%</b>	10	2,4%
	Lepsze	6	2,0%	7	2,3%	62	<b>20,5%</b>	212	<b>70,2%</b>	15	5,0%
	Wszyscy	8	1,1%	19	2,6%	121	16,7%	552	76,1%	25	3,4%
Próbują ekstazy 1 raz lub 2 razy w życiu	Przeciętne	7	<b>1,7%</b>	76	<b>18,0%</b>	101	23,9%	222	52,6%	16	3,8%
	Lepsze	22	<b>7,3%</b>	33	<b>10,9%</b>	62	20,5%	162	53,6%	23	7,6%
	Wszyscy	29	4,0%	109	15,1%	163	22,5%	384	53,0%	39	5,4%
Używają ekstazy regularnie	Przeciętne	Połączono klasy odpowiedzi „nie ma ryzyka” „małe ryzyko” z „umiarkowane ryzyko”				18	4,3%	399	<b>94,3%</b>	6	<b>1,4%</b>
	Lepsze	„nie ma ryzyka” „małe ryzyko” z „umiarkowane ryzyko”				12	4,0%	267	<b>88,4%</b>	23	<b>7,6%</b>
	Wszyscy	z „umiarkowane ryzyko”				30	4,1%	666	91,9%	29	4,0%
Próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	Przeciętne	5	<b>1,2%</b>	48	<b>11,3%</b>	89	21,0%	263	62,2%	18	4,3%
	Lepsze	20	<b>6,6%</b>	23	<b>7,6%</b>	55	18,2%	179	59,3%	25	8,3%

Zachowanie	Poziom wykształcenia rodziców	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Wszyscy	25	3,4%	71	9,8%	144	19,9%	442	61,0%	43	5,9%
Próbują amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu	Przeciętne	13	<b>3,1%</b>	64	15,1%	86	<b>20,3%</b>	246	<b>58,2%</b>	14	3,3%
	Lepsze	28	<b>9,3%</b>	49	16,2%	48	<b>15,9%</b>	156	<b>51,7%</b>	21	7,0%
	Wszyscy	41	5,7%	113	15,6%	134	18,5%	402	55,4%	35	4,8%
Używają amfetaminy regularnie	Przeciętne	Połączono klasy odpowiedzi „nie ma ryzyka” „małe ryzyko” z „umiarkowane ryzyko”				15	3,5%	400	<b>94,6%</b>	8	1,9%
	Lepsze					17	5,6%	265	<b>87,7%</b>	20	6,6%
	Wszyscy					32	4,4%	665	91,7%	28	3,9%

Ostatnim analizowanym w tym kontekście czynnikiem socjodemograficznym było miejsce studiowania respondentów. Udało się wskazać na 3 związki istotne statystycznie, które przedstawione są w tabeli (Tab. 116). Kolejny raz zaszła konieczność łączenia i/lub usuwania klas odpowiedzi w celu spełnienia warunków wiarygodności testu statystycznego. W przypadku usuwania klas odpowiedzi wartości procentowe nadal odnoszą się do całej grupy badanych.

W przypadku wypalania co najmniej paczki papierosów dziennie widoczny jest fakt przyporządkowania częściej umiarkowanego ryzyka (18,9% do 7,6%), a rzadziej – dużego ryzyka (74,0% do 84,7%) przez badanych studentów PWSZ. Odwrotnie jest dla wypijania dużych ilości alkoholu w czasie weekendu – tutaj to uczący się na UAM częściej odpowiadają „umiarkowane ryzyko” (39,6% do 26,3%), a rzadziej – „duże ryzyko” (48,6% do 63,0%). Pozostałe odpowiedzi także się różnią, ale tylko minimalnie. Dla regularnego palenia marihuany albo haszyszu obie grupy odpowiadają z bardzo dużą (i zbliżoną) częstotliwością „duże ryzyko”, za to co najwyżej małe ryzyko częściej wiążą z tym zachowaniem studenci UAM (4,2% do 0,9%) a umiarkowane ryzyko – uczący się na PWSZ (5,3% do 2,8%) - Tab. 116.

**Tab. 116.** Ocena ryzyka wskazanych zachowań w zależności od uczelni, na której studiują badani

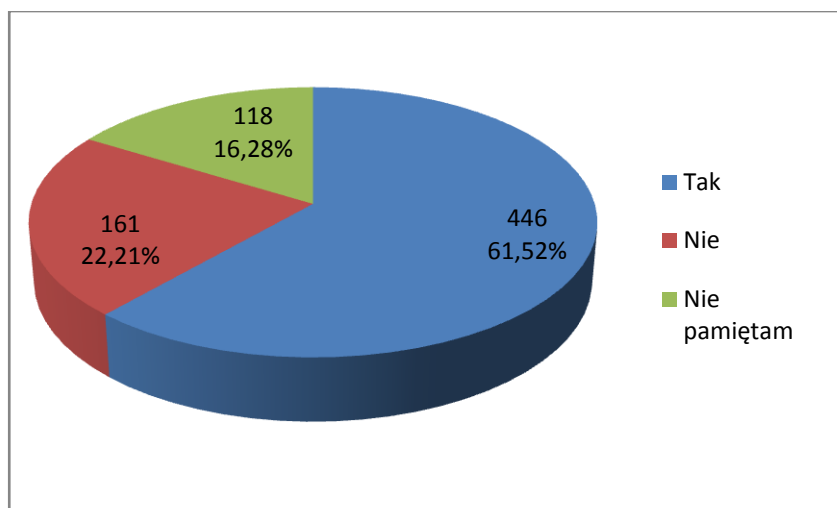
Zachowanie	Poziom wykształcenia rodziców	Liczba wskazań									
		Nie ma ryzyka		Małe ryzyko		Umiarkowane ryzyko		Duże ryzyko		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	UAM	Połączono klasę odpowiedzi		6	4,2%	11	<b>7,6%</b>	122	<b>84,7%</b>	Usunięto klasę odpowiedzi	
	PWSZ			21	3,6%	110	<b>18,9%</b>	430	<b>74,0%</b>		
	Wszyscy			27	3,7%	121	16,7%	552	76,1%		
Wypijają pięć lub więcej "drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	UAM	0	0,0%	10	6,9%	57	<b>39,6%</b>	70	<b>48,6%</b>	7	4,9%
	PWSZ	9	1,5%	27	4,6%	153	<b>26,3%</b>	366	<b>63,0%</b>	26	4,5%
	Wszyscy	9	1,2%	37	5,1%	210	29,0%	436	60,1%	33	4,6%
Palą marihuanę lub haszysz regularnie	UAM	Połączono klasę odpowiedzi		6	<b>4,2%</b>	4	<b>2,8%</b>	131	91,0%	3	2,1%
	PWSZ			5	<b>0,9%</b>	31	<b>5,3%</b>	517	89,0%	28	4,8%
	Wszyscy			11	1,5%	35	4,8%	648	89,4%	31	4,3%

## 5.7 Profilaktyka spożywania substancji psychoaktywnych

### 5.7.1 Profilaktyka uzależnień na uczelni i w domu rodzinnym

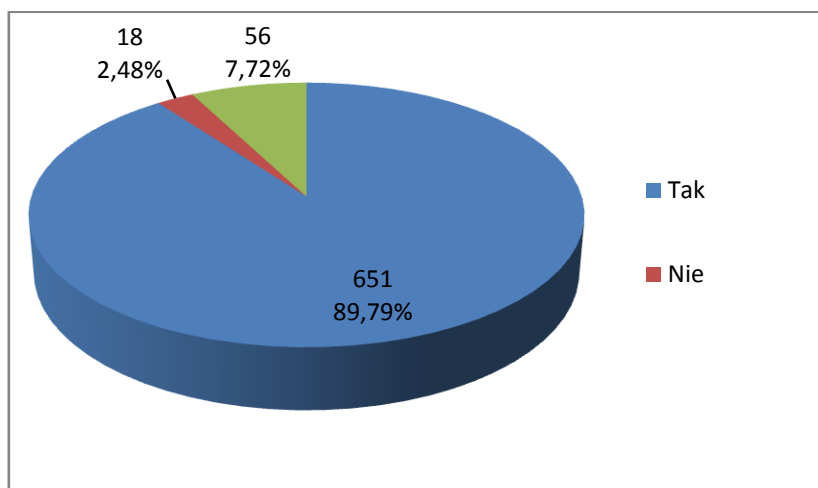
Podrozdział poświęcono głównie profilaktyce realizowanej na uczelniach, jednak pierwsze z omawianych pytań dotyczyło tej podstawowej, która powinna być prowadzona przez rodziców każdego poczynając od okresu dzieciństwa. Przeważająca część ankietowanych wskazała, że rodzice uzmysłowili im niebezpieczeństwa związane z zażywaniem substancji psychoaktywnych (446 odpowiedzi, 61,5%). Z drugiej strony, 161 osób podało, że rodzice nie prowadzili z nimi takich

rozmów (22,2%), co jest z pewnością niepokojące. Przy tym niemal co szósty ankietowany (118, 16,3%) nie potrafił podać konkretnej odpowiedzi na to pytanie (Ryc. 21).



**Ryc. 21.** Deklaracje ankietowanych na temat prowadzenia z rodzicami rozmów o zażywaniu substancji psychoaktywnych

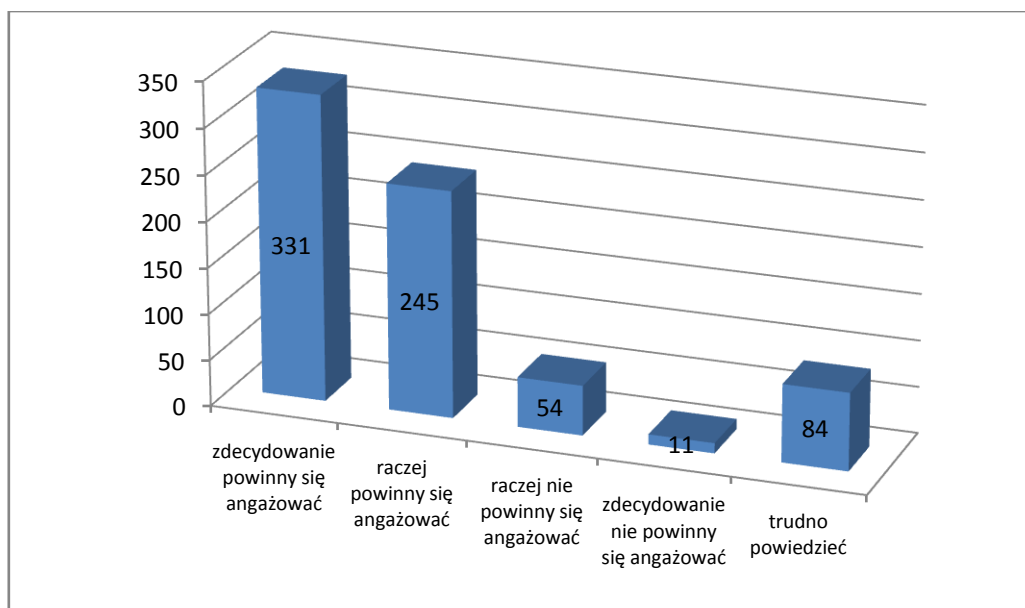
Znacznie więcej respondentów (651; 89,8%) odpowiedziało, że informacje na temat szkodliwości zażywania środków uzależniających otrzymało w szkole średniej a nie od rodziców (Ryc. 21, Ryc. 22). Dowodzi to, że szkoła pełni w tym przypadku bardzo istotną rolę – dzięki założeniom programu nauczania [152] przekazuje uczniom takie informacje z obszaru profilaktyki uzależnień. Niewiele osób (18; 2,5%) nie pamięta podobnych pogadarek. Co interesujące, znacznie mniej badanych niż w poprzednim pytaniu udzieliło tutaj odpowiedzi „Nie pamiętam” (56 osób, 7,7%, poprzednio 118 osób, 16,3%) – sugeruje to, że ankietowani lepiej zapamiętują fakt przekazywania treści w szkole niż przez rodziców (lub też, że rodzice informowali niektórych respondentów o konsekwencjach zażywania środków odurzających w tak młodym wieku, że ci już o tym fakcie zapomnieli) – Ryc. 22.



**Ryc. 22.** Deklaracje studentów odnośnie realizowania podczas ich nauki w szkole średniej programu profilaktyki uzależnień

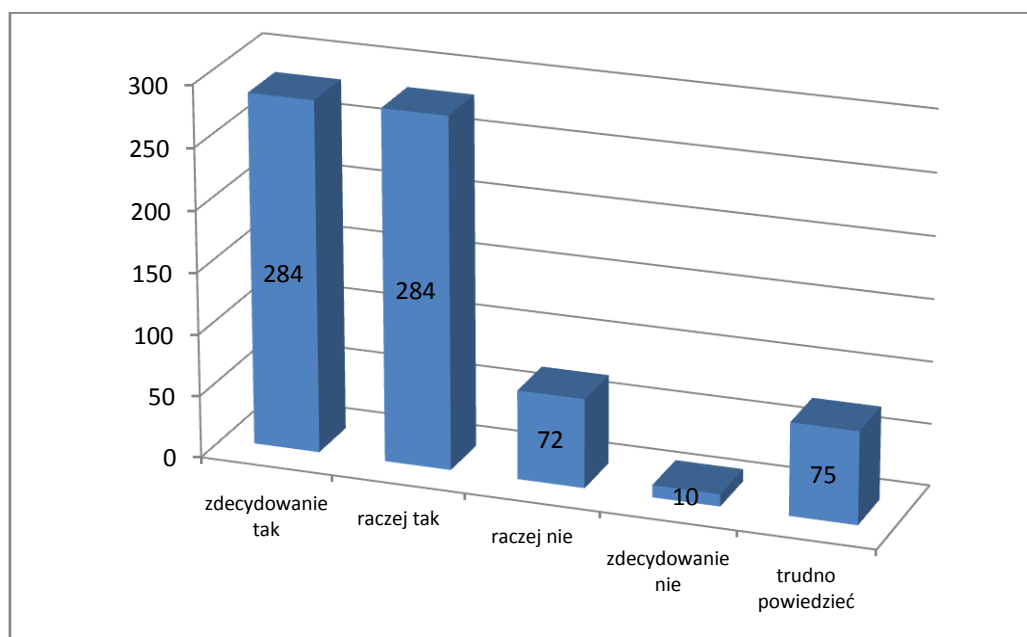
Znaczna większość respondentów stwierdza, że uczelnie powinny angażować się w kampanię informacyjną na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych (w sumie 576 osób, 79,4%, w tym 331 ankietowanych, 45,7% - zdecydowanie). Tylko 65 osób (8,9%) jest przeciwnej opinii (w tym

11 respondentów, 1,5% - zdecydowanie). Więcej niż co 10-ty respondent (84 badanych, 11,12%) nie wyraził opinii (Ryc. 23).



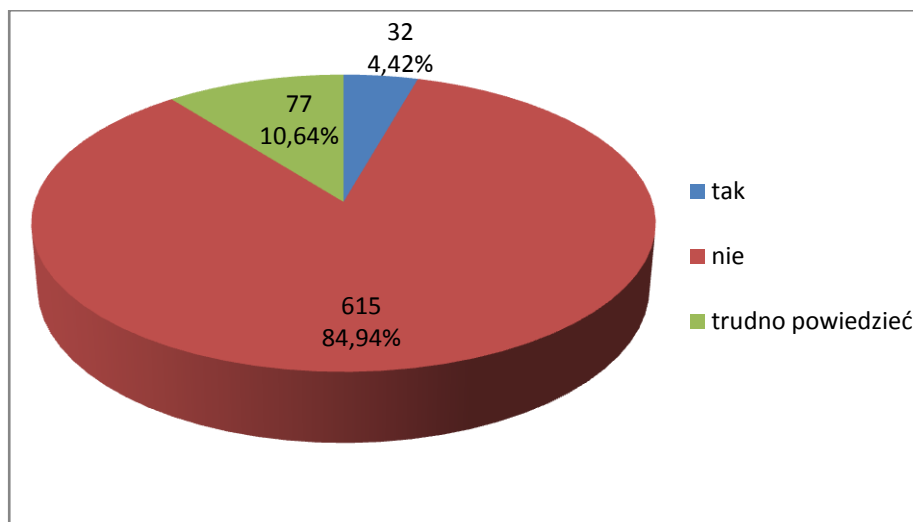
**Ryc. 23.** Opinie studentów dotyczące angażowania się uczelni wyższych w realizację programu profilaktyki uzależnień

Zdecydowana większość badanych jest za tym, aby uczelnie wyższe prowadziły punkty informacyjne oraz udzielające pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych. Zdania tego jest 568 osób (78,4%), w tym dokładnie po 284 osoby (39,2%) „zdecydowanie” i „raczej”. Tylko 82 osoby (11,3%) uważają inaczej – a w tym zdecydowanie przeciwnych było tylko 10 ankietowanych (1,4%). Mniej więcej co dziesiąty respondent nie miał tu zdania (75 osób, 10,3%) (Ryc. 24). Rozkład odpowiedzi jest bardzo podobny, jak w pytaniu poprzednim (same pytania także są zbliżone – prowadzenie punktów informacyjnych przez uczelnie jest jednym z przejawów zaangażowania w kampanie informacyjne, na których temat badani wypowiadali się w poprzednio – por. Ryc. 23).



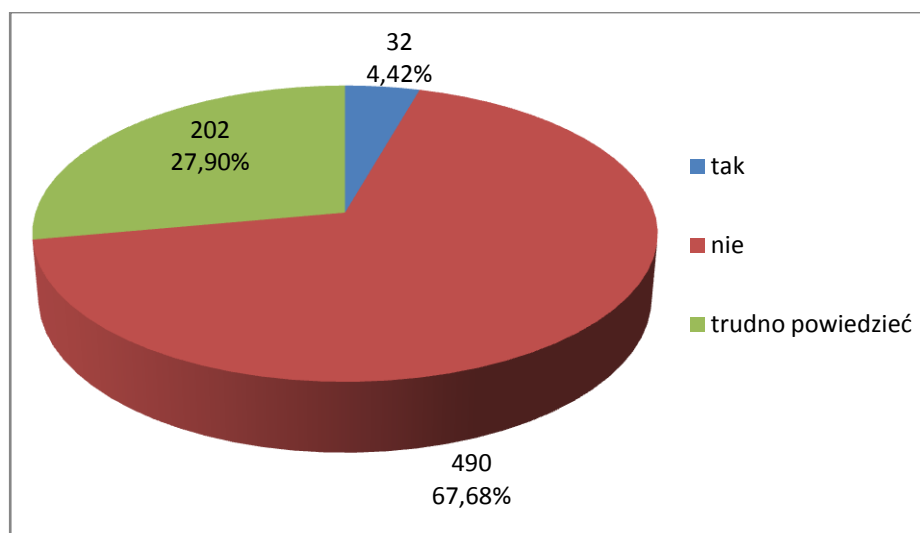
**Ryc. 24.** Opinie studentów odnośnie zorganizowania w uczelniach punktów informacyjnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych

Olbrzymia większość ankietowanych (615 osób, 84,9%) nie spotkała się na terenie swojej uczelni z jakąkolwiek akcją pozwalającą zapobiec używaniu substancji psychoaktywnych. Taką akcją miało możliwość zaobserwować jedynie 32 ankietowanych (4,4%) (Ryc. 25).



**Ryc. 25.** Zetknięcie się studentów z realizacją na terenie uczelni programów profilaktyki uzależnień - w ciągu roku poprzedzającego badanie

Pytanie studentów o działanie na terenie ich uczelni punktu, w którym udzielane są informacje i pomoc osobom mającym problemy spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych, przyniosło rozkład odpowiedzi niemal identyczny, jak poprzednio (Ryc. 25). Przeważały (choć w mniejszym stopniu) odpowiedzi przeczące – udzieliło jej 490 badanych (67,7%). Odpowiedzi twierdzących było dokładnie tyle samo (32, 4,4%), natomiast znacznie więcej respondentów nie potrafiło wystawić jednoznacznej opinii (202 osoby, 27,9%) (Ryc. 26). Wynika to z faktu, że uprzednio zapytywano o doświadczenia własne ankietowanych, natomiast bieżące pytanie dotyczy stanu obiektywnego (czy na uczelni znajduje się punkt pomocy) – część studentów mogła nie orientować się co do tego faktu: nie potrzebowali oni pomocy i nie szukali jej, a informacje o działalności punktu mogły nie być odpowiednio silnie propagowane i nie dotarły do każdego.



**Ryc. 26.** Wiedza respondentów o istnieniu na terenie ich uczelni punktu, w którym udzielane są informacje i pomoc osobom mającym problemy spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych

Dla wskazanych pytań przeprowadzono badania, mające na celu wykrycie związków istotnych statystycznie z wybranymi czynnikami socjodemograficznymi. Z uwagi na niewielką tym razem liczbę zdiagnozowanych zależności, przedstawiono je w tabelach zbiorczych – po jednej dla każdego pytania, ale grupujących wszystkie czynniki, dla których znaleziono zależności.

Tabela (Tab. 117) przedstawia odpowiedzi na pytanie o prowadzenie przez rodziców badanych rozmów ostrzegających ich o konsekwencjach zażywania substancji psychoaktywnych. Statystycznie więcej mężczyzn niż kobiet odbyło w przeszłości rozmowę z opiekunami lub rodzicami na temat szkodliwości zażywania substancji psychoaktywnych (69,8% do 55,3%). Więcej kobiet podało natomiast odpowiedź „nie” (24,6% do 19,0%) lub „nie pamiętam” (20,0% do 11,3%).

Stwierdzono także istotną statystycznie zależność między rodzajem miejscowości pochodzenia lub zamieszkania respondentów a faktem, czy ich rodzice rozmawiali z nimi na temat substancji psychoaktywnych i konsekwencji ich używania. We wszystkich grupach rodzice najczęściej to czynili, ale okazuje się, iż znacznie więcej takich przypadków zanotowano w grupie reprezentującej najmniejsze miasta (84,9% - w pozostałych grupach wynik był mniej więcej podobny, ale niższy o ok. 23-27%). Reprezentanci najmniejszych miast najrzadziej także udzielili odpowiedzi „nie” (8,6%) oraz „nie pamiętam” (6,5%).

Ostatni, istotny statystycznie związek występuje dla pytania o poziom dochodów rodziców. We wszystkich grupach najczęstsza podawana odpowiedź to „tak”, ale z różną intensywnością (największą w przypadku ankietowanych pochodzących z najuboższych rodzin – 70,3%, następnie spada ona wraz ze wzrostem dochodów rodziców badanych – 64,1% i 59,9% - a najmniejsza jest u tych respondentów, którzy nie umieli określić poziomu dochodów swych rodziców – 52,3%). Warto jeszcze zauważyć, że liczba odpowiedzi „nie” jest względnie równa (18,2%-23,2%) – różnice w odpowiedziach „tak” w większym stopniu przekładają się na różną liczbę odpowiedzi „nie pamiętam” – Tab. 117.

Oznaczenia dla czynnika „Poziom dochodów rodziców ankietowanych” w kolumnie „Wartość czynnika” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”, + „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

**Tab. 117.** Prowadzenie przez rodziców rozmów dotyczących profilaktyki uzależnień – wg płci ankietowanych, wielkości miejscowości zamieszkania i poziomu dochodu rodziców

Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań					
		Tak		Nie		Nie pamiętam	
		n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	229	55,3%	102	24,6%	83	20,0%
	Mężczyzna	217	69,8%	59	19,0%	35	11,3%
	Wszyscy	446	61,5%	161	22,2%	118	16,3%
Wielkość miejscowości zamieszkania	Wieś	188	57,3%	79	24,1%	61	18,6%
	Miasto <5 tys.	79	84,9%	8	8,6%	6	6,5%
	Miasto 5-50 tys.	65	61,9%	22	21,0%	18	17,1%
	Miasto >50 tys.	114	57,3%	52	26,1%	33	16,6%
	Wszyscy	446	61,5%	161	22,2%	118	16,3%
Poziom dochodów rodziców ankietowanych	-	26	70,3%	8	21,6%	3	8,1%
	=	229	64,1%	83	23,2%	45	12,6%
	+	145	59,9%	53	21,9%	44	18,2%
	?	46	52,3%	16	18,2%	26	29,5%
	Wszyscy	26	70,3%	8	21,6%	3	8,1%



Zależności istotne statystycznie wykryte dla pytania o zaangażowanie uczelni w kampanie informacyjne na temat substancji psychoaktywnych i konsekwencji ich używania przedstawia Tab. 118. W jednym z testów zaszła konieczność połączenia dwóch klas odpowiedzi, które ankietowani wybierali najrzadziej.

Kobiety z badanej grupy znacznie częściej uważają, że uczelnie zdecydowanie powinny angażować się w kampanie informacyjne na temat substancji psychoaktywnych i konsekwencji ich używania (51,2% do 38,3%). Wśród względnie niewielu osób, które (z różnym nasileniem opinii) uważają, że takie zaangażowanie nie jest na miejscu, jest więcej mężczyzn („raczej” – 9,3% do 6,0%, „zdecydowanie” – 2,6% do 0,7%). Także mężczyźni częściej nie mają tu swojego zdania (14,8% do 9,2%). Wydaje się zatem, że kobiety nieco szerzej pojmują rolę uczelni, szczególnie w aspekcie pomocowo-wychowawczym.

Ankietowani mieszkający we wszystkich wyróżnionych typach miejscowości najczęściej uważają, że uczelnie zdecydowanie powinny angażować się w kampanie informacyjne na temat substancji psychoaktywnych i konsekwencji ich używania (a w drugiej kolejności – że raczej powinny się angażować). Mimo to wykryto istotną statystycznie zależność między odpowiedziami a typem miejscowości zamieszkania lub pochodzenia respondentów. Zdecydowanego zaangażowania uczelni chcą najczęściej reprezentanci wsi (50,0%), a najrzadziej – średnich miast (37,1%). Ci drudzy charakteryzują się też najbardziej wyrównanym rozkładem odpowiedzi – w szczególności najczęściej uważają, że uczelnie raczej nie powinny się angażować w kampanie informacyjne (13,3%), oni także najczęściej pojawiają się wśród respondentów, którzy nie wskazali konkretnej odpowiedzi (20,0%).

Odpowiedź na analizowane pytanie okazała się istotnie statystycznie związana z uczelnią, na której studiowali respondenci. Najczęściej udzielaną odpowiedzią także było „zdecydowanie powinny się angażować”, ale studenci UAM udzielali jej znacznie częściej (62,5% do 41,5%), a studenci PWSZ – znacznie rzadziej. W drugiej kolejności podawano odpowiedź „raczej powinny się angażować” (tutaj rozkład częstości odpowiedzi był odwrotny – 36,3% do 23,6% dla PWSZ). Różnice w częstotliwościach udzielania odpowiedzi przeczących były minimalne, natomiast mniej konkretną opinię w omawianej kwestii mieli studenci PWSZ (12,6% do 7,6% odpowiedzi „trudno powiedzieć”) - Tab. 118.

**Tab. 118.** Zależność opinii dotyczących zaangażowania uczelni w kampanie informacyjne na temat substancji psychoaktywnych – wg płci, wielkości miejscowości zamieszkiwania i uczelni badanych

Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie powinny		Raczej powinny		Raczej nie powinny		Zdecydowanie nie powinny		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	212	<b>51,2%</b>	136	32,9%	25	6,0%	3	0,7%	38	<b>9,2%</b>
	Mężczyzna	119	<b>38,3%</b>	109	35,0%	29	9,3%	8	2,6%	46	<b>14,8%</b>
	Wszyscy	331	45,7%	245	33,8%	54	7,4%	11	1,5%	84	11,6%
Wielkość miejscowości zamieszkania	Wieś	164	<b>50,0%</b>	119	36,3%	21	6,4%	Połączono z klasą odpowiedzi „raczej nie powinny”	24	<b>7,3%</b>	
	Miasto <5 tys.	43	46,2%	28	30,1%	7	7,5%		15	16,1%	
	Miasto 5-50 tys.	39	<b>37,1%</b>	31	29,5%	14	<b>13,3%</b>		21	<b>20,0%</b>	
	Miasto >50 tys.	85	42,7%	67	33,7%	23	11,6%		24	12,1%	
	Wszyscy	331	45,7%	245	33,8%	65	9,0%		84	11,6%	
Uczelnia	UAM	90	<b>62,5%</b>	34	<b>23,6%</b>	8	5,6%	1	0,7%	11	7,6%
	PWSZ	241	<b>41,5%</b>	211	<b>36,3%</b>	46	7,9%	10	1,7%	73	12,6%
	Wszyscy	331	45,7%	245	33,8%	54	7,4%	11	1,5%	84	11,6%

Kolejne analizowane pytanie związane było z konkretnym przejawem prowadzenia kampanii informacyjnych na uczelniach, jakim jest prowadzenie punktów informacyjno-pomocowych. W tym przypadku wykryto kilka związków istotnych statystycznie z niektórymi czynnikami

socjodemograficznymi, których zestawienie zawiera Tab. 119. W niektórych przypadkach konieczne okazało się łączenie najmniej licznych, a w jednym – usuwanie najmniej znaczącej klasy odpowiedzi. Wielkości procentowe zawarte w tabeli odnoszone są do całej badanej grupy, przy usuwaniu klasy odpowiedzi nie sumują się zatem do 100%. W przypadkach, w których te same zależności statystyczne wykryto dla tego i poprzedniego pytania (por. Tab. 118) rozkład odpowiedzi jest bardzo podobny – aktualne pytanie jest bowiem egzemplifikacją poprzedniego.

Zdecydowaną potrzebę istnienia punktów informacyjnych na uczelni wskazują statystycznie częściej badane kobiety (51,2% do 38,3%). Mężczyźni – podobnie, jak w poprzednim teście – nieco częściej udzielają odpowiedzi „raczej nie powinny” (9,3%) i „zdecydowanie nie powinny” (2,6% do 0,7%), a także „trudno powiedzieć” (14,8% do 9,2%).

Osoby mieszkające samotnie częściej uważają, że uczelnie zdecydowanie powinny prowadzić wspomniane punkty informacyjne (48,6% do 38,7%), a znacznie rzadziej uważają, że tylko raczej powinny (14,3% do 40,4%). Znow częściej odpowiadają natomiast „nie powinny” (31,4% do 10,3% - rozkład wyników wymusił zagregowanie tej klasy odpowiedzi).

Różnicując badaną grupę pod kątem wielkości miejscowości zamieszkania, uzyskano dość podobny rozkład, co dla podobnego pytania omówionego powyżej (por. Tab. 118). Podkreślić należy jednak, że w grupie przedstawiciele najmniejszych i średnich miast częściej udzielano odpowiedzi „raczej tak” (odpowiednio 49,5% oraz 34,3%) niż „zdecydowanie tak” (odpowiednio 38,7% i 27,6%), także w pozostałych 2 grupach było mniej odpowiedzi „zdecydowanie tak”. Ponadto tym razem tylko przedstawiciele średnich miast nie mieli często opinii na opisywany temat – za to liczba takich odpowiedzi osiągnęła aż 23,8%.

W odniesieniu do poziomu wykształcenia rodziców lub opiekunów widać wyraźnie, że respondenci, których rodzice wykształceni są przeciętnie, częściej uważają, że uczelnie powinny tworzyć punkty informacyjne (51,2% do 38,3%). Nieco rzadziej udzielają zaś wszystkich pozostałych odpowiedzi, a dysproporcja jest najbardziej widoczna w przypadku odpowiedzi „trudno powiedzieć” (9,2% do 14,8%).

Wykryto również istotnie statystyczną zależność z uczelnią, na której studiowali ankietowani. Rozkład odpowiedzi jest tu niemal identyczny, jak w teście opisanym poprzednio (por. Tab. 118). Wnioski będą zatem analogiczne – można zauważyć jedynie minimalne przesunięcie pewnej części odpowiedzi (ok. 5-6%) w prawą stronę skali porządkowej z odpowiedzi „zdecydowanie powinny” do „raczej powinny” (Tab. 119).

**Tab. 119.** Zależność opinii dotyczących tworzenia na uczelniach punktów informacyjnych na temat substancji psychoaktywnych od wybranych czynników socjodemograficznych

Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie powinny		Raczej powinny		Raczej nie powinny		Zdecydowanie nie powinny		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	212	51,2%	136	32,9%	25	6,0%	3	0,7%	38	9,2%
	Męczyzna	119	38,3%	109	35,0%	29	9,3%	8	2,6%	46	14,8%
	Wszyscy	331	45,7%	245	33,8%	54	7,4%	11	1,5%	84	11,6%
Mieszkanie samemu	Tak	17	48,6%	5	14,3%	11	31,4%	Połączono klasę odpowiedzi	Usunięto klasę odpowiedzi		
	Nie	267	38,7%	279	40,4%	71	10,3%				
	Wszyscy	284	39,2%	284	39,2%	82	11,3%				
Wielkość miejscowości zamieszkania	Wieś	137	41,8%	135	41,2%	32	9,8%	Połączono klasę odpowiedzi z klasą „raczej nie powinny”		24	7,3%
	Miasto <5 tys.	36	38,7%	46	49,5%	6	6,5%			5	5,4%
	Miasto 5-50 tys.	29	27,6%	36	34,3%	15	14,3%			25	23,8%
	Miasto >50 tys.	82	41,2%	67	33,7%	29	14,6%			21	10,6%
	Wszyscy	284	39,2%	284	39,2%	82	11,3%			75	10,3%

Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie powinny		Raczej powinny		Raczej nie powinny		Zdecydowanie nie powinny		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Poziom wykształcenia rodziców lub opiekunów	Przeciętne	212	51,2%	136	32,9%	25	6,0%	3	0,7%	38	9,2%
	Lepsze	119	38,3%	109	35,0%	29	9,3%	8	2,6%	46	14,8%
	Wszyscy	331	45,7%	245	33,8%	54	7,4%	11	1,5%	84	11,6%
Uczelnia	UAM	78	54,2%	44	30,6%	9	6,3%	0	0,0%	13	9,0%
	PWSZ	206	35,5%	240	41,3%	63	10,8%	10	1,7%	62	10,7%
	Wszyscy	284	39,2%	284	39,2%	72	9,9%	10	1,4%	75	10,3%

Zależności istotnych statystycznie nie wykryto dla pytania, czy respondenci zetknęli się w ciągu roku poprzedzającego badanie z jakąkolwiek akcją związaną z zapobieganiem używaniu substancji psychoaktywnych na terenie uczelni. Kilka takich zależności wykryto również dla pytania o faktyczne działanie na uczelni, na której studiują ankietowani, punktu, w którym udzielane są informacje i pomoc osobom mającym problem ze substancjami psychoaktywnymi. Zebrano je w poniższej tabeli (Tab. 120).

Nieco więcej mężczyzn odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy na terenie ich uczelni działa opisany punkt pomocowy (6,8% do 2,7%). Co ciekawe – nieco częściej odpowiadali oni również przecząco (70,7% do 65,4%). Udzielili za to znacznie mniej odpowiedzi „trudno powiedzieć” (22,5% do 32,0%). Osoby pobierające stypendium socjalne nieco rzadziej udzielały odpowiedzi przeczącej (61,2% do 72,0%), w miejsce tego częściej odpowiadały „trudno powiedzieć” (34,4% do 23,5%).

Dla analizy opisywanego pytania pod kątem wielkości miejscowości zamieszkania ankietowanych większość ankietowanych we wszystkich grupach twierdziła, że punkt informacyjno-pomocowy nie działa, a w drugiej kolejności udzielano odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Różna była jednak intensywność udzielania tych odpowiedzi. Najwięcej odpowiedzi „nie” uzyskano od reprezentantów najmniejszych miast (87,1%), a najmniej – od przedstawicieli największych miast (62,8%) oraz wsi (63,4%). Odwrotna sytuacja miała miejsce w przypadku odpowiedzi „trudno powiedzieć” (reprezentanci największych miast udzielili takiej odpowiedzi aż w 33,2% przypadków, a miast najmniejszych – w 8,6%). Odpowiedzi twierdzących udzielano z wyjątkowo zbliżoną częstotliwością (3,8%-4,9%).

Ankietowani o najniższych dochodach najrzadziej potwierdzali istnienie punktu informacyjno-pomocowego (1,4%), najczęściej odpowiadali tak ankietowani średnio zarabiający (6,6%). Z kolei badani o najwyższych dochodach najczęściej przeczyli (78,3% do 65-67% w pozostałych grupach). Dość silna była dysproporcja zauważona dla odpowiedzi „trudno powiedzieć”: od 33,6% w przypadku ankietowanych uzyskujących najniższe dochody do 17,4% respondentów o dochodach najwyższych. Z kolei rozpatrując dochody rodziców ankietowanych, uzyskano inne wyniki. Nadal najczęściej jest zawsze odpowiedzi przeczących (od 56,8% w przypadku dzieci rodziców o niewystarczających dochodach oraz nieumiejących określić zarobków rodziców do 73,9% dla dzieci, których rodzice zarabiają wystarczająco), a w drugiej kolejności – „trudno powiedzieć”. Jednak najczęściej odpowiedzi twierdzącej udzielają osoby, których rodzice są najubożsi (13,5%). Respondenci, którzy nie potrafili udzielić konkretnej odpowiedzi co do dochodów rodziców, najczęściej mieli ten sam problem w przypadku omawianego pytania (40,9%, a np. dzieci rodziców o średnich dochodach – tylko 20,4%) - Tab. 120.

Oznaczenia dla czynnika „Poziom dochodów rodziców ankietowanych” w kolumnie „Wartość czynnika” poniższej tabeli opisują poziom dochodów następująco: – „nie wystarczają na podstawowe potrzeby”, = „wystarczają tylko na podstawowe potrzeby”, + „pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb” oraz ? – „nie wiem/trudno powiedzieć”.

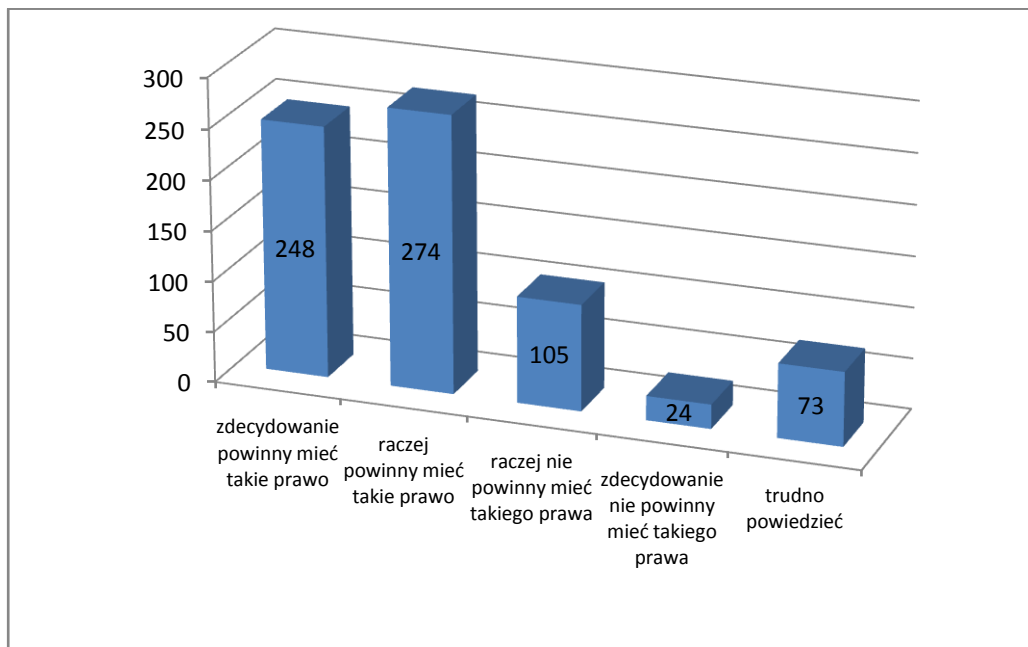
**Tab. 120.** Deklarowane istnienie na uczelni respondentów punktu informacyjnego w zakresie profilaktyki uzależnień w zależności od wybranych czynników socjodemograficznych

Czynnik	Wartość czynnika	Liczba wskazań					
		Tak		Nie		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	11	<b>2,7%</b>	270	<b>65,4%</b>	132	<b>32,0%</b>
	Mężczyzna	21	<b>6,8%</b>	220	<b>70,7%</b>	70	<b>22,5%</b>
	Wszyscy	32	4,4%	490	67,7%	202	27,9%
Pobieranie stypendium socjalnego	Tak	13	4,4%	180	<b>61,2%</b>	101	<b>34,4%</b>
	Nie	19	4,4%	309	<b>72,0%</b>	101	<b>23,5%</b>
	Wszyscy	32	4,4%	489	67,6%	202	27,9%
Wielkość miejscowości zamieszkania	Wieś	16	4,9%	208	63,4%	104	<b>31,7%</b>
	Miasto <5 tys.	4	4,3%	81	<b>87,1%</b>	8	<b>8,6%</b>
	Miasto 5-50 tys.	4	3,8%	76	73,1%	24	23,1%
	Miasto >50 tys.	8	4,0%	125	<b>62,8%</b>	66	<b>33,2%</b>
	Wszyscy	32	4,4%	490	67,7%	202	27,9%
Poziom dochodów ankietowanych	<300 PLN	4	<b>1,4%</b>	180	65,0%	93	<b>33,6%</b>
	301-750 PLN	25	<b>6,6%</b>	255	67,6%	97	25,7%
	>750 PLN	3	4,3%	54	<b>78,3%</b>	12	<b>17,4%</b>
	Wszyscy	32	4,4%	489	67,6%	202	27,9%
Poziom dochodów rodziców ankietowanych	-	5	<b>13,5%</b>	21	<b>56,8%</b>	11	29,7%
	=	20	5,6%	264	<b>73,9%</b>	73	<b>20,4%</b>
	+	5	2,1%	155	64,3%	81	33,6%
	?	2	2,3%	50	<b>56,8%</b>	36	<b>40,9%</b>
	Wszyscy	32	4,4%	490	67,8%	201	27,8%

### 5.7.2 Możliwość wprowadzania przez uczelnie sankcji wobec studentów zażywających lub rozprowadzających substancje psychoaktywne

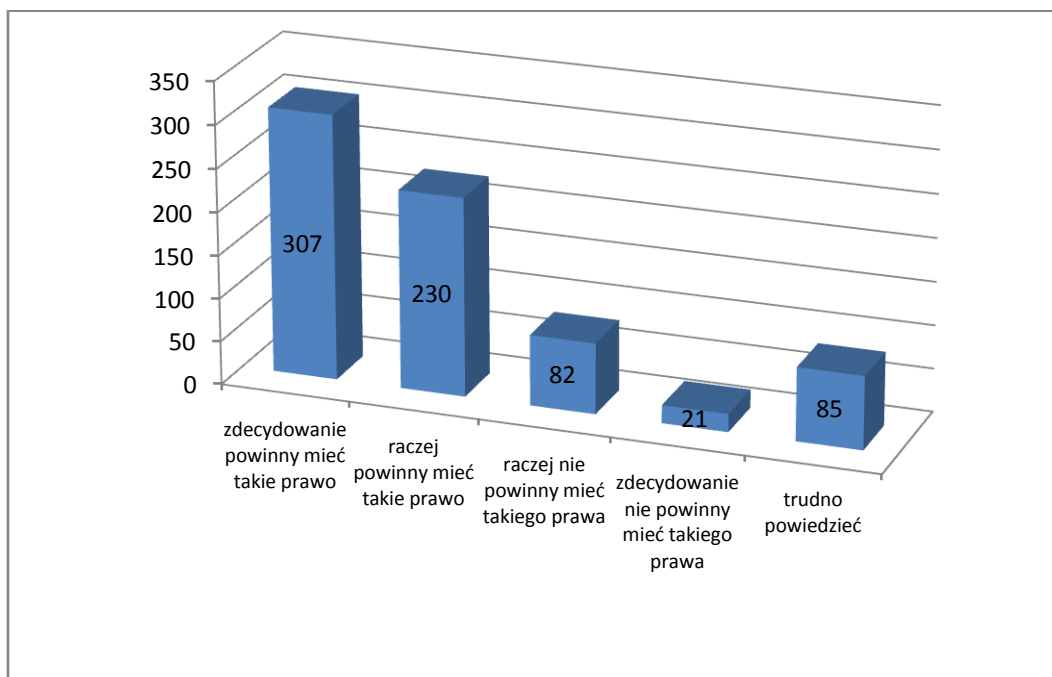
W ramach badań zadawano ankietowanym dwa pytania dotyczące możliwości wprowadzenia przez uczelnie sankcji wobec studentów zażywających lub rozprowadzających na terenie uczelni substancje psychoaktywne (pytania nr 37 i 38 w kwestionariuszu). Jedno z pytań było natury ogólnej, dotyczącej możliwości wyciągnięcia konsekwencji przez władze uczelni wobec osoby, która tylko zażywa na jej terenie substancje psychoaktywne, drugie dotyczyło możliwości skreślenia z listy studentów osoby, która substancje takie dystrybuuje na terenie uczelni.

Respondenci uważają, że uczelnie powinny nie tylko wspierać swoich studentów poprzez informację i pomoc w przypadkach wymagających interwencji, ale także móc wyciągnąć konsekwencje wobec osób, które zażywają na terenie uczelni substancje psychoaktywne. Tego zdania było w sumie 522 osoby (72,0%), w tym 248 osób (34,2%) wyraźnie zdecydowanych co do tej opinii. Nieco więcej niż w przypadku pytania o punkty pomocowe (por. Ryc. 23, Ryc. 24) było tutaj odpowiedzi na „nie” (w sumie 129, 17,8%) – w tym zdecydowanych 24 (3,3%). Prawdopodobnie niektórzy respondenci uważają wyciągnięcie konsekwencji przez uczelnię za zbyt naruszanie prywatności, akceptując jednocześnie dobrowolną pomoc informacyjno-doradczą. Liczba badanych niemających pewności co do swej opinii pozostaje rzędu ok. 10% (73 odpowiedzi – 10,1%) (Ryc. 27).



**Ryc. 27.** Opinie ankietowanych odnośnie prawa do wyciągania przez uczelnię konsekwencji wobec osoby, która zażywa na jej terenie substancje psychoaktywne

W pytaniu dotyczącym możliwości usunięcia z listy studentów osoby, która sprzedaje lub rozdaje na terenie uczelni substancje psychoaktywne, uzyskano rozkład odpowiedzi przybliżony do poprzedniego pytania (por. Ryc. 27). Tylko minimalnie więcej osób (537, 74,0%, wzrost o 15 osób) zgadza się, że uczelnie powinny móc wyciągać konsekwencje wobec dealerów, ale znacznie więcej jest respondentów wyrażających się zdecydowanie (307, 42,3%. Nieco mniej jest osób, które odebrałyby uczelniom możliwość karania osób rozprowadzających substancje psychoaktywne (w sumie 103 – 14,2%, w tym 21 zdecydowanie – 2,9%). Liczba odpowiedzi „trudno powiedzieć” pozostaje na bardzo podobnym poziomie (jest on minimalnie wyższy względem poprzedniego testu – 85 osób, 11,7%) - Ryc. 28.



**Ryc. 28.** Opinie badanych odnośnie prawa uczelni do skreślenia z listy studentów osoby, która dystrybuuje na jej terenie substancje psychoaktywne

Dla wspomnianych w niniejszym podrozdziale pytań przeprowadzono standardowe badania, mające na celu wyszukanie istotnych statystycznie związków z uwzględnionymi czynnikami socjodemograficznymi. Liczba wykrytych zależności okazała się wyjątkowo niewielka. Przedstawiono je w poniższej tabeli (Tab. 121) – obie obowiązują dla pytania o wielkość miejscowości zamieszkania respondentów.

Badani ze wszystkich wyodrębnionych podgrup przeważnie sądzą, że władze uczelni powinny móc wyciągać jakiegokolwiek konsekwencje wobec osoby, która zażywa na terenie uczelni substancje psychoaktywne. Niemniej występują istotne statystycznie różnice co do intensywności i częstotliwości takiego stwierdzenia. Przedstawiciele wsi i średnich miast najczęściej odpowiadali „zdecydowanie powinny mieć takie prawo” (odpowiednio 41,8% i 41,2%), a pozostałych grup „raczej powinny mieć takie prawo” (49,5% dla najmniejszych miast oraz 34,3% dla średnich). Reprezentanci najmniejszych miast najrzadziej odmówiliby uczelniom praw do takiej reakcji (6,5%), a osoby reprezentujące miasta od 5 do 50 tys. mieszkańców najczęściej odpowiadały „trudno powiedzieć” (23,8%).

W odniesieniu do osób, które sprzedawały lub rozdawały na terenie uczelni substancje psychoaktywne, respondenci mają zbliżone (lecz nie identyczne) oczekiwania. Tym razem reprezentanci największych miast (podobnie jak grupy wymienione w teście poprzednim) zdecydowanie opowiadają się za prawem uczelni do skreślenia takich osób z listy studentów, zresztą czynią to najwyraźniej z wszystkich 4 grup (47,7%). Warto wskazać, że nie znalazła się ani jedna osoba mieszkająca w średnim albo największym mieście, która stanowczo odmówiłaby uczelni prawa do skreślenia dealera listy studentów. Ponownie najczęściej nie potrafili udzielić konkretnej odpowiedzi respondenci mieszkający w średnich miastach (19,0%) - Tab. 121.

**Tab. 121.** Opinie badanych na temat możliwości wyciągania przez uczelnie konsekwencji w stosunku do studentów zażywających lub dystrybuujących na ich terenie substancje psychoaktywne

Pytanie	Wielkość miejscowości zamieszkania	Liczba wskazań									
		Zdecydowanie powinny		Raczej powinny		Raczej nie powinny		Zdecydowanie nie powinny		Trudno powiedzieć	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Czy władze uczelni powinny mieć prawo wyciągania jakichkolwiek konsekwencji wobec osoby, która zażywa na terenie uczelni środków odurzających?	Wieś	137	<b>41,8%</b>	135	41,2%	32	9,8%	Połączono z klasą odpowiedzi „raczej nie powinny”		24	<b>7,3%</b>
	Miasto <5 tys.	36	38,7%	46	<b>49,5%</b>	6	<b>6,5%</b>			5	<b>5,4%</b>
	Miasto 5-50 tys.	29	<b>27,6%</b>	36	<b>34,3%</b>	15	14,3%			25	<b>23,8%</b>
	Miasto >50 tys.	82	<b>41,2%</b>	67	<b>33,7%</b>	29	<b>14,6%</b>			21	10,6%
	Wszyscy	284	39,2%	284	39,2%	82	11,3%			75	10,3%
Czy władze uczelni powinny mieć prawo skreślenia z listy studentów osoby, która sprzedawała lub rozdawała na terenie uczelni środki odurzające?	Wieś	141	43,0%	102	31,1%	40	12,2%	12	3,7%	33	10,1%
	Miasto <5 tys.	30	<b>32,3%</b>	45	<b>48,4%</b>	5	<b>5,4%</b>	0	<b>0,0%</b>	13	14,0%
	Miasto 5-50 tys.	41	39,0%	29	<b>27,6%</b>	15	14,3%	0	<b>0,0%</b>	20	<b>19,0%</b>
	Miasto >50 tys.	95	<b>47,7%</b>	54	<b>27,1%</b>	22	11,1%	9	4,5%	19	<b>9,5%</b>
	Wszyscy	307	43,6%	230	32,7%	82	11,6%	21	2,9%	85	12,1%

## 6 Dyskusja

Zażywanie substancji psychoaktywnych dla celów nie-terapeutycznych staje się coraz poważniejszym zagrożeniem dla ludzi, głównie młodych, w tym także dla studentów [153, 154]. Przy tym ponieważ tzw. scena narkotykowa ulega szybkim zmianom, konieczne jest monitorowanie zjawisk z nią związanych, w szczególności ocena rozmiarów używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży szkolnej i studentów, śledzenie trendów w tym zakresie oraz identyfikacja i pomiar czynników wpływających na rozmiary tego zjawiska, zarówno po stronie popytu jak podaży. Dlatego tak istotne są powtarzane badania, w tym ankietowe, przeprowadzane w różnych środowiskach, w tym również wśród studentów, które pozwalają na określenie skali zjawiska używania substancji psychoaktywnych, określenie wieku i podejmowanych prób eksperymentowania, a także na opracowanie i podjęcie działań profilaktycznych.

Z badań własnych wynika, że 51,4% ankietowanych studentów kaliskich uczelni wskazało na zażywanie substancji psychoaktywnych w ich środowisku. Taki wynik pozwala oczywiście potwierdzić, że istnieje zjawisko używania substancji psychoaktywnych w środowisku badanych studentów, bo to wynika z wielu doniesień naukowych, że środowisko studenckie nie jest wolne od tego problemu. Tylko na ile odpowiedzi 51,4% ankietowanych studentów są niepokojące? Skoro połowa ankietowanego środowiska problem postrzega, a połowa nie, to można taki wynik interpretować w ten sposób, że zjawisko używania substancji psychoaktywnych istnieje, ale nie przybiera rozmiarów wyraźnie zauważalnych dla otoczenia. Tutaj pojawia się problem płci w tym kontekście, że na istnienie zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych we własnym środowisku studenckim częściej wskazywali mężczyźni (49,5%) niż kobiety (30,4%). Ale taki wynik jest zgodny z wieloma innymi doniesieniami, gdzie spożywanie alkoholu, palenie tytoniu i przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych jest wyższe wśród mężczyzn [155, 156, 157].

Kluczowy problem, jakim jest skala zażywania substancji psychoaktywnych w środowiskach studenckich, doczekał się szeregu opracowań naukowych. Na przykład na używanie substancji psychoaktywnych przez studentów wskazują badania prowadzone przez *Kliman* [158] w 2007 roku. Wszyscy studenci II roku fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wskazali, że w ich środowisku istnieje zjawisko używania substancji psychoaktywnych, a 31,3% kobiet, że jest to poważny problem. Istnienie problemu zażywania substancji psychoaktywnych potwierdzają również badania prowadzone wśród studentów innego wydziału Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu - Wydziału Farmaceutycznego, które przeprowadziła *Popiół* [159]. Wyniki wskazujące na używanie substancji psychoaktywnych wśród studentów otrzymał również *Pach* [160], badając studentów w Nowym Sączu. W tym badaniu aż 71,3% respondentów wskazało na ten problem, a co trzeci określił go jako poważny. Podobne wyniki zamieszczono we wstępnym raporcie z szeroko zakrojonych badań w ramach ogólnopolskiej Sieci „Uczelnie Wolne od Uzależnień” [161], gdzie 64,6% badanych było zdania, że zjawisko używania substancji psychoaktywnych istnieje, oceniając je jako „stanowiące poważny problem”. Tylko 1% respondentów uważało wówczas, że zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim nie istnieje. Reasumując powyższe, wyniki badań różnych badaczy są zgodne co do tego, że problem używania jest istotny w polskich środowiskach studenckich. i także badania własne potwierdzają, to co wynika z cytowanych wyżej badań innych autorów, iż problem zażywania substancji psychoaktywnych wśród studentów jest znaczący. Dlatego nie można go bagatelizować w sensie braku działań, jakie – poczynając od 2005 roku – wypracował ogólnopolski program "Uczelnie Wolne od Uzależnień" [161, 162].

Kluczowe znaczenie w szerzeniu się narkomanii (i innego rodzaju uzależnień) ma gotowość do zażycia narkotyku po raz pierwszy w życiu. Jak wiadomo do uzależnienia może dojść nawet po

jednokrotnym użyciu narkotyku. Do kolejnych zażyć narkotyku dochodzi już łatwiej. Z tych to właśnie powodów badacze umieszczają w kwestionariuszach ankiety pytania o gotowość do zażycia po raz pierwszy w życiu oferowanego narkotyku. Odpowiedzi na takie właśnie pytania w badaniach własnych wskazały na niepokojący fakt, że ochotę na spróbowanie substancji psychoaktywnych objętych badaniem wyraziło aż 157 osób (21,7%), a w 31 przypadkach (4,1%) była wyrażona zdecydowana chęć zażycia takiej substancji. Przy tym respondenci płci męskiej częściej przejawiali ochotę, aby zażyć substancję psychoaktywną. Na taką zdecydowaną postawę w odniesieniu do zażycia substancji psychoaktywnej wskazały odpowiedzi 34,1% mężczyzn i 12,3% kobiet. Kolejne 68 osób (9,4%) nie wyraziło konkretnej opinii, więc można wnioskować, że i te osoby mogły być bliskie inicjacji z substancją psychoaktywną. Poczęstowanie takiej osoby narkotykiem może nie spotkać się z odmową, co jest groźne.

Badania wśród studentów III i IV roku farmacji przeprowadzone przez *Popiół* [159] wskazały na jeszcze większy odsetek – 43,7% - chcących doświadczyć skutków, wynikających z zażycia narkotyków, w tym 39,9% studentek i 59,9% studentów. W badaniach *Kliman* [158] było to 31% ogółu badanych, w tym 64,7% mężczyzn i 22,4% kobiet. Należy zauważyć, że w badaniach własnych, jak i cytowanych autorów, mężczyźni prawie dwukrotnie częściej przejawiali chęć do zażycia substancji psychoaktywnej.

Dla porównania, we wcześniejszych badaniach z 1989 roku, którym celem była ocena skali tego zjawiska na wydziałach lekarskich pięciu akademii medycznych [163], okazało się, że 82,6% ankietowanych wówczas studentów nie wyraziło chęci spróbowania narkotyku, 3,6% wykazało taką chęć, 13,8% było niezdecydowanych. Analizując i porównując wyniki tej pracy z późniejszymi można dojść do wniosku, że w środowiskach studenckich narasta chęć podjęcia prób eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, co może przyczynić się jeszcze do jeszcze większego nasilania się tego zjawiska. Nie można jednak odnieść tego stwierdzenia bezpośrednio do studentów kaliskich i nie można też oszacować, czy jest to tendencja wzrostowa czy spadkowa, ponieważ wcześniej badań tego rodzaju w Kaliszu nie prowadzono.

Reasumując powyższe, badania własne, jak i cytowanych wcześniej autorów, wskazują i potwierdzają, że potrzebne jest oddziaływanie na młodych ludzi w tym kierunku, aby wzmocnić w nich umiejętność odmowy w sytuacji proponowania i częstowania ich jakąkolwiek substancją psychoaktywną.

Z badań własnych wynika, że z ogółu 725 ankietowanych, 546 osób (75,3%) wskazało na brak kontaktu z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol. Dla pozostałych 179 osób, w tym 68 kobiet (16,4%) i 111 mężczyzn (35,7%), najpopularniejszą substancją psychoaktywną była marihuana. Do jej zażycia przyznało się 126 ankietowanych (17,4% wszystkich respondentów, w tym 57 kobiet i 69 mężczyzn). Drugą najczęściej zażywaną substancją psychoaktywną była amfetamina - do jej przyjmowania przyznało się 31 osób (4,3% ankietowanych, w tym 14 kobiet i 17 mężczyzn) oraz ecstasy – 17 osób (2,3%). Do przyjmowania sterydów anabolicznych przyznało się 36 osób (5% badanych, w tym 1 kobieta i 35 mężczyzn), a leków nasennych i uspokajających 11 osób (1,5%). W ciągu roku poprzedzającego badanie największą popularnością cieszyły się: marihuana – 52 odpowiedzi (28,9%), sterydy anaboliczne – 26 wskazań (14,4%). Podobnie w ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego badanie najczęściej zażywane były: marihuana – 20 odpowiedzi, sterydy anaboliczne – 19 wskazań.

Porównując badania własne z badaniami przeprowadzonymi przez *Jabłońskiego* [164] widać dość istotną różnicę w liczbach osób mających kontakt z narkotykami, która wynosiła około 6%, jednak we własnych badaniach był to większy odsetek, a różnica w odniesieniu do kobiet wynosiła



1,3%, dla mężczyzn 12%. W obydwu badaniach zbieżne było to, że to mężczyźni częściej sięgają po substancje psychoaktywne niż kobiety. Podobne stwierdzenie podaje Zieliński i Gerstenkorn [165, 166].

Badania Krawczyk [161] pokazały również, że najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem wśród studentów była marihuana, podobnie jak w badaniach własnych. Na drugim miejscu znalazły się leki zażywane bez wskazań medycznych, dopiero na trzecim miejscu była amfetamina [167].

Wyniki badań własnych są zbieżne z badaniami *Studenci 2004* [168]. W obu badaniach najczęściej zażywany narkotykiem była marihuana, którą według badań *Studenci 2004* zażywało 46,5% mężczyzn i 26,8% kobiet. Na drugim miejscu, zgodnie z wynikami badań własnych, znalazła się amfetamina, którą zażywało 12,8% mężczyzn i 9,8% kobiet.

Wyniki badań *Popiół* [159] również potwierdzają, że na pierwszym miejscu znajduje się marihuana, następnie amfetamina. Różnica dotyczyła tylko liczby osób zażywających te substancje.

Badania przeprowadzone przez *Mellibrudę* [169] wykazały, że najczęściej zażywano leki uspokajające lub nasenne bez zlecenia lekarskiego (15,5%) z różną częstotliwością, a następnie marihuanę (9,6%) i amfetaminę (2,4%).

Z badań własnych wynika, że pierwsze zażycie marihuany miało miejsce w wieku 13 lat (1 respondent), najwięcej osób zażywało ją w wieku 17 lat (38 osób), następnie w wieku 16 lat (32 osoby); w wieku 18 lat (24 osoby). Amfetaminę w wieku 14 lat zażył 1 respondent, w wieku 17 lat 12 osób, a w wieku 18 lat 6 osób. Na tak wczesne zażywanie substancji psychoaktywnych wskazują również badania prowadzone przez *Kobrzyńską* [106, 170].

Prawie we wszystkich badaniach respondenci podawali różne powody sięgania po substancje psychoaktywne. W badaniach własnych na pierwsze miejsce wysunęła się szeroko rozumiana przyjemność – 55 osób (62,5%), relaks, odprężenie – 42 odpowiedzi (47,7%), zwrócenie na siebie uwagi otoczenia – 30 wskazań (34,1%), aby nie odstawać od grupy – 26 badanych (29,5%), aby mieć więcej energii do zabawy – 23 odpowiedzi (26,1%), aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi – 17 odpowiedzi (19,3%). Tylko 7 osób (8%) wskazało na substancje psychoaktywne jako stymulatory do wytężonej nauki.

Badania *Studenci 2004* [168] podają te same powody sięgania po substancje psychoaktywne, jak w badaniach własnych. Różnica dotyczy wyłącznie liczby respondentów, opowiadających się za danym powodem. i tak: dla przyjemności substancje psychoaktywne zażywało 83,1%, dla relaksu, odprężenia 77,4%. Badania prowadzone przez *Pacha* [160] wykazały, że dla przyjemności substancje psychoaktywne przyjmowało 72,4%, a dla relaksu 55%. W badaniach własnych był to mniejszy odsetek.

Nieco inne powody podali studenci w badaniach *Kliman* [158]. Na pierwszym miejscu była chęć posiadania „fazy”, czyli intensywnego odczucia zadziałania substancji psychoaktywnej – 47,6%, następnie zabawa – 46,4%, dopiero na trzecim relaks – 41,7% i eliminacja stresu – 32,1%. Były tu także osoby, które zażywały substancje psychoaktywne bez wyraźnego powodu.

Badania przeprowadzone przez *Pacha* [154] wśród studentów i roku krakowskich szkół wyższych wskazują inne powody zażywania substancji psychoaktywnych. Jako główny powód badani podali ciekawość doznań – 89,2% respondentów. Późniejsze zażywanie substancji psychoaktywnych podyktowane jest potrzebą przeżywania przyjemności – 72,4%, a odprężenia 85%. Te ostatnie dane są nieco wyższe od badań własnych.

Z badań przeprowadzonych przez *Popiół* [159] wynika, że studenci IV roku farmacji zażywali substancje psychoaktywne głównie w celach relaksacyjnych – 63,6% odpowiedzi, a pozostali dla zabawy. Studenci III roku farmacji jako główny powód wskazali eliminowanie stresu (31,4%), dla zapomnienia o problemach (20,3% studentek i 28,1% studentów) oraz aby oderwać się od rzeczywistości.

Badania przeprowadzone przez *Pietryka-Michałowska* [171] wykazały, że badani zażywali substancje psychoaktywne najczęściej po to, aby wyeliminować stres (48,4%), następnie z powodu niepowodzeń w nauce (19,4%), a na przyjemność z ich zażycia wskazało 7,5% respondentów. W tych badaniach 6,8% studentów sięgnęło po substancje psychoaktywne, aby poprawić funkcję uczenia. Dane te są nieco mniejsze niż w badaniach własnych; różnica wynosi 2,2%. Niewielu studentów z Nowego Sącza [160], bo zaledwie 0,7%, chciało usprawnić proces uczenia się za pomocą substancji psychoaktywnych.

W wynikach zarówno badań własnych, jak i innych autorów, daje się zauważyć, że studenci podają różne powody zażywania substancji psychoaktywnych. Uważają, że w ten sposób rozwiążą piętrzące się przed nimi problemy lub je zminimalizują. Oczywiście jest to złudne myślenie. Zażywanie substancji psychoaktywnych nie służy rozwiązywaniu problemów, wręcz przeciwnie. Kolejne próby rozwiązywania trudnych spraw przy użyciu substancji psychoaktywnych będą prowadzić dodatkowo do problemów zdrowotnych i w konsekwencji do uzależnienia. Jest to kolejne przesłanie o konieczności pracy ze studentami w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom oraz do świadczenia im pomocy psychologicznej w zakresie: jak radzić sobie z rozwiązywaniem problemów bez sięgania do substancji psychoaktywnych.

Z badań własnych wynika, że osoby, które zażywały substancje psychoaktywne, w okresie gdy zażyły je po raz pierwszy w życiu, otrzymały je bezpłatnie od znajomych osób (128 wskazań; 71,7%) lub kupiły je od znajomych osób (29 odpowiedzi; 16,1%). Najwyraźniej podarowanie substancji psychoaktywnej miało na celu zachęcenie młodego człowieka do jej zażycia, co jest także znanym sposobem dealerów na wciąganie do narkomanii potencjalnie przyszłych odbiorców sprzedawanych im nielegalnie narkotyków. Znajduje to potwierdzenie w fakcie, że (w ciągu roku poprzedzającego badanie) respondenci już nieco rzadziej dostawali kolejne bezpłatne porcje tych substancji, za to częściej kupowali te substancje psychoaktywne. Badania przeprowadzone przez *Pacha* [154] również potwierdzają fakt, że młody człowiek pierwszy raz substancje psychoaktywne otrzymał za darmo, i to najczęściej od znajomego. Na taką sytuację wskazało tu aż 86% badanych. W tych samych badaniach wykazano, że studenci mieli możliwość zdobycia substancji psychoaktywnej na prywatkach. Tak odpowiedziało 48,3% badanych, ale ponad połowa z nich (54,2%) otrzymywała substancje psychoaktywne za darmo.

Badania własne pokazały, że studenci zaopatrywali się w substancje psychoaktywne najczęściej na imprezach i prywatkach (40 osób; 36,4%) oraz w pubach/dyskotekach (30 osób; 27,3%), rzadziej na ulicy (14 odpowiedzi; 12,7%), ale też 1 osoba wskazała na mecz. Tak więc wyniki badań własnych okazały się zgodne z wcześniejszymi wynikami badań *Pacha* [154] w tej kwestii, że po substancje psychoaktywne studenci najczęściej sięgali w czasie spotkań na prywatkach (65,3% wskazań; różnica do badań własnych jest dość wyraźna) i wyjazdów ze znajomymi (49%, których nie odnotowano w badaniach własnych). Badania *Szczyrby* [155] pokazały również, że studenci pielęgniarstwa, którzy aktualnie zażywali substancje psychoaktywne, sięgali po nie podczas spotkań towarzyskich ze znajomymi (6% odpowiedzi), na dyskotekach 4%, a w sytuacji poczucia samotności 2%.

Z badań własnych wynika także, że substancje psychoaktywne, w tym przede wszystkim marihuana, były zażywane podczas wspólnej zabawy w domach (27 osób; 48,2%), w klubach bądź na

dyskotekach (27 osób; 48,2%), na świeżym powietrzu – 24 osoby (42,9%). Jak z tego wynika, palenie marihuany, jak i zażywanie innych substancji psychoaktywnych, z reguły odbywało się w towarzystwie innych osób.

Badania przeprowadzone przez *Kliman* [158] oraz *Popiół* [159] wykazały, że substancje psychoaktywne badani zażywają na dyskotekach, w pubach i podczas imprez domowych. Obydwa badania zasygnalizowały niepokojące zjawisko zażywania substancji psychoaktywnych podczas randki. Według badanych ma im to pomagać w kontaktach międzyludzkich.

Wprawdzie badania własne pokazały, że większość respondentów uczęszcza na imprezy, na których nie ma substancji psychoaktywnych, to jednak zdarzały się i odpowiedzi pozytywne. Mianowicie były 154 wskazania (21,2%), że na takich imprezach pojawiają się substancje psychoaktywne, chociaż bardzo rzadko; rzadko wskazały 140 osoby (19,3%). Okazało się jednak, że była grupa 216 badanych, która na imprezach miała kontakt z substancjami psychoaktywnymi, w tym zawsze – 52 ankietowanych (7%), bardzo często – 42 odpowiedzi (5,8%), często – 23 osoby (17,5%). Na bardzo rzadkie kontakty z substancjami psychoaktywnymi wskazały 103 kobiety (24,9%) i 51 mężczyzn (16,4%); na rzadki kontakt 67 kobiet (16,2%) i 73 mężczyzn (23,5%). Na częste pojawianie się substancji psychoaktywnych wskazały 63 kobiety (15,2%) i 60 mężczyzn (19,3%); bardzo częste 17 kobiet (4,1%) i 25 mężczyzn (8%); na „zawsze” wskazało 18 kobiet (4,3%) i 33 mężczyzn (10,6%).

Pytanie związane z wiedzą na temat substancji psychoaktywnych dotyczyły wskazania czy dany środek jest uzależniający, czy też nie, określenia przez badanych poziomu trudności w zdobyciu danych substancji, czasu, jaki był potrzebny aby wejść w posiadanie określonej substancji oraz ryzyka, jakie wiąże się z ich zażywaniem. Ponadto zadaniem respondentów było dokonanie oceny wskazanych zachowań, związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych.

Badania własne pokazały, że studenci najłatwiej mogli zdobyć te substancje psychoaktywne, które były najbardziej popularne i najczęściej przez nich stosowane. Marihuanę bardzo łatwo mogło zdobyć 149 osób (20,6%), dosyć łatwo 162 osoby (22,3%). Wiedzę na temat dostępności amfetaminy w sposób bardzo łatwy posiadało 98 osób (13,5% ankietowanych), a dosyć łatwo 135 osób (18,6%).

Wyniki badań własnych wykazały, że respondenci wiedzą, które substancje zaliczane są do narkotyków. Aż 626 pytanych (86,3%) zaliczyło marihuanę do narkotyków. Przeciwnego zdania było tylko 67 osób (9,3%). Zastanawia fakt, że 32 osoby (4,4%) nie miały zdania na ten temat. W badaniach *Pacha* [154] co piąty student nie miał pewności, czy marihuana jest narkotykiem. Porównując obydwie badania, tj. *Pacha* [154] i własne, okazało się, że większą wiedzą na temat substancji psychoaktywnych wykazali się kaliscy studenci.

Zarówno w badaniach własnych, jak i innych autorów, respondenci wykazywali się wiedzą na temat konsekwencji zdrowotnych, wynikających z zażywania substancji psychoaktywnych. Stąd wnioski, że w planowaniu edukacji zdrowotnej należy się koncentrować nie tyle na poszerzaniu wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, co kształtowaniu właściwych postaw względem tych substancji – przede wszystkim aby ich nie zażywać, a w odniesieniu do alkoholu, aby było to używanie co najwyżej bardzo ograniczone i sporadyczne.

Badania własne pokazały, że ponad połowa ankietowanych uznała, iż zażywanie substancji psychoaktywnych prowadzi do uzależnienia. Za możliwością uzależnienia od marihuany opowiedziało się 61,4% badanych, amfetaminy 76,6%, ecstazy 72,8%, heroiny 78,8%, tytoniu 68,1%, alkoholu 61,7%. Wśród badanych były także osoby, które zajęły postawę niezdecydowaną. Dla marihuany było to 35 osób (4,5%), amfetaminy 26 osób (6,6%), ecstazy 39 osób (5,4%), heroiny 35 osób (4,8%), dla

tytoniu 30 osób (4,1%) i alkoholu 28 osób (3,9%). Takie wyniki dają podstawę do intensywniejszego prowadzenia działań profilaktycznych w tym obszarze.

W badaniach *Popiół* [159] kobiety za bardzo uzależniające uznały heroinę (73,3% wskazań), amfetaminę (60,6%), tytoń (64,8%), ecstasy (51,7%). Z kolei studenci na pierwszym miejscu postawili heroinę (75,4%), na drugim miejscu tytoń (72%), na trzecim kokainę (61,4%), na czwartym amfetaminę (45,6%).

Ankietowani z badań *Studenci 2004* [168] w większym stopniu (85,2%) niż w badaniach własnych uznali, że heroina uzależnia; również ich wskazania były wyższe w odniesieniu do tytoniu 74,9% i amfetaminy 71,9%. Z tego można wnioskować, że obawy studentów odnośnie niebezpieczeństwa uzależnienia się od substancji psychoaktywnych maleją, co jest tendencją niekorzystną.

Wyniki badań własnych odnoszące się do kwestii ryzyka, jakie niesie ze sobą zażywanie substancji psychoaktywnych, pokazały, że najbardziej groźne w swych konsekwencjach są kokaina i heroina. Na te konsekwencje - wynikające z regularnego, jak i incydentalnego zażywania - wskazało 66,2% mężczyzn i 57% kobiet; w przypadku amfetaminy duże ryzyko wskazało 55,6% kobiet i 55,3% mężczyzn.

Z badań *Pacha* [154] wynika również, że respondenci za najgroźniejsze dla zdrowia uznają zażywanie kokainy, heroiny, oraz codzienne picie alkoholu (ponad 90% wskazań). Wprawdzie palenie marihuany od czasu do czasu za szkodliwe uznało 84,1% badanych, to niepokojący jest fakt, że palenie marihuany od czasu do czasu akceptowało aż 32,6% respondentów. W badaniach tych kobiety znacznie wyżej oceniały szkodliwość tych substancji. W badaniach *Popiół* [159] studentki także wyraźnie w większym odsetku były przeciwne regularnemu i częstemu zażywaniu substancji psychoaktywnych. i tak: przeciwko regularnemu zażywaniu amfetaminy było 91,1%, paleniu marihuany codziennie 77,1%, zażywaniu amfetaminy od czasu do czasu 68,2%. Mężczyźni w nieco mniejszym procencie, bo ok. 70-80%, byli przeciwni używaniu substancji psychoaktywnych regularnie lub od czasu do czasu. Ankietowani w ramach badań *Studenci 2004* [168] także potępili takie zachowania, a w szczególności sposób używania heroiny, marihuany i amfetaminy regularnie, jak i od czasu do czasu.

Badania własne pokazały również, że istnieje grupa studentów, którzy nie widzą ryzyka zdrowotnego w pojedynczym zażywaniu substancji psychoaktywnych. Zapewne studenci ci mogą nie posiadać dostatecznej wiedzy na temat substancji psychoaktywnych oraz mechanizmów wchodzenia w uzależnienia lub je bagatelizują. Zdarzały się nieuzasadnione naukowo stwierdzenia studentów w rodzaju: „mnie to nie będzie dotyczyć”. Uzależnienie nie pojawia się zazwyczaj nagle, ale jest ono kształtowane na przestrzeni pewnego czasu, przy czym rozpoczyna się najczęściej właśnie od pojedynczych incydentów zażycia substancji psychoaktywnej. Do tego dołączają się jeszcze czynniki, które wzmacniają wchodzenie w zachowania ryzykowne [172], a także konsekwencje zdrowotne, będące wynikiem tych zachowań.

W kontekście cytowanych badań *Pacha* [154], jak i wyników badań własnych, za bardzo szkodliwy należy uznać pomysł Ruchu Palikota, by wypalić jointa w Sejmie. To bardzo dobrze, że oburzył on niemal wszystkich posłów bez względu na ich przynależność partyjną [173]. To, że poseł *Janusz Palikot* przyznał, że manifestacyjne zapalenie marihuany w Sejmie wymagane jest przez interes publiczny świadczy o tym, że polityk ten nie rozumie, niestety, szkodliwości takich działań, że nie ma świadomości o tym, iż wielu narkomanów zażywających, takie narkotyki jak np. heroina, kokaina, amfetamina rozpoczynało od palenia marihuany. Stanowczo należy potępić zamierzenia

Ruchu Palikota odnośnie złożenia projektu ustawy, który zakłada depenalizację posiadania marihuany na własny użytek, czyli rezygnację z karania za posiadanie małej ilości narkotyku.

Badania własne pokazały, że alkohol był substancją psychoaktywną wyraźnie obecną w życiu studentów, przy czym spożywany był z różną częstotliwością. Wyniki te potwierdzają szereg wcześniejszych badań, w tym przeprowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przy współpracy amerykańskiego Uniwersytetu Harvarda dotyczące używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez studentów w Polsce. Według Mellibrudy przytaczane tutaj wyniki badań są zatrważające, bowiem tylko 5% polskich studentów nie pije alkoholu [174].

Według *University of Columbia* (USA) [175] aż 87% studentów amerykańskich przyznało, że łatwo można kupić alkohol w barach studenckich. Co prawda jest on tam dostępny od 21 lat, ale młodzi ludzie szukają sposobów, aby obejść prawo. Okazują się fałszywymi dowodami tożsamości lub opaskami identyfikacyjnymi starszych kolegów. Według nich zdobycie alkoholu jest tak proste, jak zdobycie wody. Ich zdaniem, nie ma takiej osoby w szkole, która by nie piła. Ogromne spożycie alkoholu towarzyszy również wiosennej przerwie akademickiej. Niektórzy studenci przyznali się do wypicia 18 drinków jednego dnia na plaży. Okazuje się, że wielu z nich nie widzi w tym nic złego. Świadczy o tym następująca wypowiedź jednego ze studentów: „College i picie pasują do siebie idealnie, jak wódka i sok pomarańczowy. To jest część procesu dorastania, rytuał, istnieje tak długo, jak istnieją same college i wciąż będzie istnieć. i co w tym złego?” [176]. O skali tego zjawiska w tamtejszych uczelniach świadczą następujące dane: 80% studentów college spożywa alkohol, przy czym 40% z nich w dużych ilościach [177]. Niepokojące jest też zjawisko „binge drinking”, inaczej „heavy episodic drinking”. Jest to picie alkoholu przez co najmniej 2 dni lub duża ilość alkoholu wypijana okolicznościowo [178]. Pewną tradycją stało się wypicie 21 drinków przez solenizanta, który obchodzi 21 urodziny. Konsekwencją takiego zachowania może być ostre zatrucie alkoholem, w przebiegu którego może nawet dojść do zgonu. Przykładem może być śmierć w takich właśnie okolicznościach studenta *Michigan State University*, który zmarł z powodu ostrego zatrucia alkoholowego. Rodzina i przyjaciele zmarłego skierowali program prewencyjny B.R.A.D. (*Be Responsible About Drinking, Inc*) do studentów obchodzących 21 urodziny. Celem tego programu jest zaapelowanie do rozsądku młodych ludzi [175].

Podobnie, śledząc informacje i wypowiedzi studentów dotyczące picia alkoholu i zażywania innych substancji psychoaktywnych wśród polskich studentów widoczny jest wzrost tych zagrożeń. Dla potwierdzenia tego faktu, oto kilka wypowiedzi studentów: „...Tego biegu nie da się wytrzymać bez środków relaksujących, takich, jak papieroski czy alkohol... Odstresowanie się przy pomocy narkotyków i alkoholu jest na porządku dziennym... Na imprezie studenckiej bez alkoholu nie byłam... Chodzić na studia lekko zachwianym jest łatwo. Nikt nie interesuje się stanem studenta – najważniejsze, żeby był przygotowany i obecny...” [179].

Wyniki badań własnych dowodzą, że w ciągu roku poprzedzającego badanie piwo piło 677 osób (93,4%), wino – 548 osób (75,6%), wódkę 547 osób (75,5%). Natomiast w ciągu 30 dni przed badaniem piwo piło 592 osoby (81,7%), wino 249 osób (34,3%), wódkę 298 osób (41,1%). Zbliżone są wyniki badania *Chodkiewicz* [36], które wykazały, że do spożycia piwa w ostatnim miesiącu przed badaniem przyznało się 90,25%, wina 50% i wódki 67,9%. Dane te są większe o 8,55% dla piwa, 15,7% dla wina i 26,8% dla wódki w porównaniu z badaniami własnymi. Te wyniki są niepokojące, podobnie jak uszczegółowienie wyników badań własnych odnoszące się do częstości spożywania alkoholu w ostatnim miesiącu przed badaniem, które pokazały, że najczęściej spożywane było piwo 1-2 razy (232 odpowiedzi; 32%); 3-5 razy - 168 odpowiedzi (26,2%), ale jest tutaj zdecydowanie większa liczba mężczyzn – 88 (8,3%). Wino 1-2 razy piło 191 osób (26,3%) – tu odnotowano znacznie większą liczbę

kobiet: 115 badanych (27,8%); 3-5 razy: 37 odpowiedzi (5,1%), w tym 28 kobiet (6,8%). Wódkę 1-2 razy spożywało 198 osób (27,3%); 3-5 razy: 52 osoby (7,2%). Należy podkreślić fakt, że w przypadku spożycia napojów alkoholowych (piwo, wino, wódka), odnotowano duże spożycie o częstości 4 razy i więcej, zarówno w ciągu roku, jak i ostatniego miesiąca. Wszędzie była to przeważająca liczba mężczyzn. Wynik ten potwierdza badanie *Gerstenkorn* [166].

Wyniki badań własnych wskazują na to, że niektórzy studenci i studentki znaleźli się w sytuacjach wyraźnego zagrożenia stanu zdrowia i bezpieczeństwa, zarówno własnego jak i innych osób, spowodowanego nadużyciem substancji psychoaktywnych. Takich sytuacji, różnego rodzaju, odnotowano aż 129. Po zażyciu narkotyków odnotowano 17 takich sytuacji, w tym: prowadzenie samochodu przez 4 osoby (a więc sytuacje niezwykle groźne); 3 osoby nie pamiętały gdzie były i co robiły; 2 brały udział w przepychance, a 4 zdawały kolokwium lub egzamin. Najczęściej jednak badani wskazywali na problemy występujące po nadużyciu alkoholu; takich przypadków odnotowano 87. Aż w 18 z tych przypadków badani nie pamiętali gdzie byli i co robili, 17 osób brało udział w „przepychance” i konfrontacjach fizycznych (czyli w bójkach), 15 ankietowanych w stanie nietrzeźwości brało udział w wykładach, 10 osób zdawało egzamin, a 8 prowadziło samochód. Oczywiście jest, że tego rodzaju zdarzenia nie powinny się przytrafiać osobom, które w przyszłości będą sprawować odpowiedzialne funkcje w systemie opieki zdrowotnej. Niestety, przytrafiają się, czego dowodzą wyniki badań innych autorów, jak np. *Klimberg* [30], w których również odnotowano podobne zachowania ryzykowne pod wpływem alkoholu. Było to: prowadzenie samochodu, jazda motocyklem/rowerem, udział w wypadku komunikacyjnym. Kobiety natomiast przyznały się do jazdy samochodem z pijanym kierowcą. Wyniki te pokazują, że apele różnych służb, w tym odpowiedzialnych za bezpieczeństwo na drodze, są ignorowane. A przecież osoby takie, będące w stanie nietrzeźwym bądź pod wpływem narkotyków, stwarzają niebezpieczeństwo, zarówno dla siebie, jak i innych użytkowników dróg. Przecież bardzo często massmedia donoszą o wypadkach komunikacyjnych, spowodowanych przez osoby nietrzeźwe [180], ale najwidoczniej dotychczasowe formy tego przekazu nie przynoszą spodziewanych rezultatów. Wiadomo, że pod wpływem odurzenia ludzie, chyba w szczególności młodzi, łamią normy prawne. Niektórzy żartobliwie mówią, że „normy, przepisy są po to, aby je łamać”, gdy tymczasem są one po to stanowione, aby zapewnić bezpieczeństwo sobie i innym i ułatwić harmonijne relacje między ludźmi. Niestety, łamanie norm prawnych, chyba szczególnie w związku z zażywaniem substancji psychoaktywnych, daje się zauważyć w wielu dziedzinach naszego życia społecznego, np. podczas imprez sportowych. Widoczny jest wzrost chuligaństwa stadionowego. Problem ten występował także w latach 90. XX wieku, ale obecnie daje znać o sobie na znacznie większą skalę, o czym świadczą liczne przekazy w massmediach [181, 182].

Podobnie jak w badaniach własnych przedstawiały się nieodpowiedzialne zachowania wśród studentów farmacji [159], gdzie aż 18,2% studentów z IV roku przyznało się do tego, że po zażyciu substancji psychoaktywnych prowadziło samochód, a połowa ankietowanych miała tzw. „urwany film”, „przerwę w życiorysie” – jak potocznie określa się palimpsest (ang. *blackout*), czyli ostrą amnezję następową, czyli doprowadziła się do znacznego stopnia upojenia alkoholowego z następową utratą przytomności. Dla porównania - w badaniach *Studenci 2000* [183] takich odpowiedzi udzieliło 12,1%, a *Studenci 2004* [168] – 0,9% ogółu badanych.

Uzyskane wyniki badań własnych pokazały, że zdecydowana większość respondentów (576 osób; 79,5%) chciałaby, aby uczelnie angażowały się w kampanie informacyjne na temat substancji psychoaktywnych i konsekwencji ich zażywania. Również zdecydowana większość badanych studentów wskazała na potrzebę tworzenia punktów informacyjnych na uczelniach. Wyniki te były prawie identyczne jak w przypadku stanowiska respondentów dotyczącego kampanii informacyjnych

na uczelniach. Respondenci w badaniach własnych uważali, że uczelnie nie tylko powinny wspierać, podejmując działania profilaktyczne, ale powinny także mieć prawo do wprowadzania sankcji wobec studentów zażywających i rozprowadzających substancje psychoaktywne na uczelniach. Za takim rozwiązaniem opowiedziały się 522 osoby (72%), w tym 248 osób (34,2%) w sposób zdecydowany. Jedną z sankcji, jaką mogłyby stosować uczelnie wobec studentów łamiących prawo, jest według badanych skreślenie z listy studentów. Za takim rozwiązaniem było 537 badanych (74%), w tym zdecydowanie 307 osób (42,3%). Stanowisko ankietowanych, którzy byli przeciwni podejmowaniu działań profilaktycznych na uczelniach i wyciąganiu jakichkolwiek konsekwencji wobec zażywających i rozprowadzających substancje psychoaktywne, może sugerować, że używają, nadużywają bądź zajmują się oni dystrybucją tych substancji.

Porównując wyniki badań własnych z badaniami *Kliman* [158] widać dość wyraźną różnicę. W tych badaniach aż 92,7% studiujących było zdania, że uczelnie powinny angażować się w przeciwdziałanie uzależnieniom, a 35,7% uważało, że należy takim osobom udzielać pomocy terapeutycznej. Tylko 26,2% respondentów dopuszczało możliwość skreślenia z listy studentów przez władze uczelni. Badani studenci uczelni kaliskich byli więc bardziej restrykcyjni w tym zakresie.

Bardzo ważna jest działalność szkół wyższych w obszarze profilaktyki uzależnień, o co szczególnie zabiegała Sieć „Uczelnie Wolne od Uzależnień”, postulując powoływanie pełnomocników rektorów ds. profilaktyki uzależnień w każdej uczelni. Wielu takich pełnomocników zostało powołanych. Niestety, wzmiankowana Sieć podupadła, co znajduje odzwierciedlenie w wynikach badań własnych, gdzie zdecydowana większość ankietowanych (615 osób; 84,9%) nie spotkała się na swojej uczelni z jakąkolwiek akcją zapobiegającą używaniu substancji psychoaktywnych. Tylko 4,4% badanych takie działania dostrzegło.

Wyniki badań *Studenci 2004* [168] przeprowadzone na zlecenie Krajowego Biura ds. Narkomanii wskazały, że 86% studentów uważało, że uczelnie powinny angażować się w kampanie informacyjne na temat substancji psychoaktywnych i konsekwencji ich używania, a także aby tworzone były punkty pomocy (79,8%). Większość respondentów, bo aż 79,4% badanych, nie zetknęło się na uczelni z jakąkolwiek działalnością profilaktyczną.

Wyniki badań własnych, jak i dane z piśmiennictwa [184, 185, 186, 187], oraz raportu *Studenci 2004* [168] wskazują na potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych w środowisku studenckim. Aby skuteczność tych działań była większa, takie działania należy rozpocząć w początkowym okresie studiów [188].

Szczególne opieką profilaktyczną należy objąć studentów, którzy jako przyszła kadra będą pracować w placówkach służby zdrowia [189, 190].

Badania własne, jak i cytowane powyżej dane z piśmiennictwa, wskazują na potrzebę prowadzenia systematycznych badań nad zażywaniem substancji psychoaktywnych - nie tylko w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, ale także w szkołach wyższych. Ponieważ tak bardzo potrzebny jest stały monitoring w tym obszarze, konieczne jest reaktywowanie Sieci „Uczelnie Wolne od Uzależnień”.

## 7 PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ

- 1) Istnieją istotne korelacje pomiędzy postawami lub zachowaniami związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych a: płcią, wielkością miejscowości zamieszkiwania, poziomem dochodów (w większym stopniu rodziców badanych niż ich samych) oraz osobami, z którymi zamieszkują respondenci – zwłaszcza fakt, czy mieszkają z rodzicami, rodzeństwem, samotnie bądź (w mniejszym stopniu) z przyjaciółmi (znajomymi).
- 2) Mężczyźni znacznie częściej stykają się w środowisku studenckim z osobami zażywającymi substancje psychoaktywne, częściej mają też świadomość tego problemu i dostrzegają zagrożenia z nim związane.
- 3) Respondenci mieszkający z rodzicami lub rodzeństwem rzadziej są skłonni do spróbowania substancji psychoaktywnych, spożywają mniej alkoholu i prezentują bardziej zdroworozsądkowe postawy życiowe niż pozostali badani. Odwrotna sytuacja panuje w przypadku ankietowanych mieszkających samotnie.
- 4) Mężczyźni spożywają alkohol częściej i w większych porcjach – z wyjątkiem wina, które nieco częściej piją kobiety (ale za to w mniejszych porcjach).
- 5) Stosowanie sterydów anabolicznych jest znacznie bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn, zwłaszcza pochodzących z mniejszych miejscowości; mężczyźni potrafią łatwiej i szybciej zdobyć te substancje, częściej też się im je proponuje.
- 6) Problem zażywania substancji psychoaktywnych jest lżej traktowany przez badanych osiągających wyższe dochody (lub których rodzice osiągają wyższe dochody); osoby takie szybciej potrafią zdobyć niektóre substancje psychoaktywne.
- 7) Przyczyny zażywania substancji psychoaktywnych różnią się w zależności od poziomu dochodów przedstawicieli badanej grupy: osiąganie wyższych dochodów sprzyja przyjmowaniu substancji psychoaktywnych dla relaksu lub z nudy, podczas gdy ubożsi ankietowani czynią to częściej dla zwrócenia uwagi otoczenia na swoje problemy.
- 8) Problematyka używania substancji psychoaktywnych w niewielkim tylko stopniu różni się wśród studentów z poszczególnych uczelni. Zauważa się, że istnieją niewielkie grupy studentów, które potrafią łatwiej zdobyć niektóre typy substancji psychoaktywnych.
- 9) Mężczyźni częściej zażywają substancje psychoaktywne i rzadziej takie zachowanie potępiają.
- 10) Studenci wyraźnie rozróżniają i odmiennie oceniają incydentalne lub rzadkie zażywanie substancji psychoaktywnych od ich regularnego zażywania (w mniejszym stopniu dotyczy to palenia papierosów oraz picia alkoholu). Takie regularne zażywanie jest najczęściej poddawane miażdżącej krytyce przez wszystkich respondentów. Z kolei rzadsze zażywanie nawet narkotyków takich jak heroina czy kokaina jest oceniane w sposób bardziej zróżnicowany: można wykryć podgrupy badanych, którzy mają łagodniejsze opinie na ten temat.
- 11) Studenci jako groźne oceniają – w ich opinii – trudno dostępne i rzadko zażywane narkotyki, jak kokaina, heroina, crack. Nieco mniej groźne są w opinii respondentów ecstasy i amfetamina, jeszcze łagodniejsze oceny zyskuje picie alkoholu (zwłaszcza piwa i wina), a za najmniej szkodliwe uznaje się palenie papierosów.
- 12) Respondenci pochodzący z uboższych rodzin znacznie częściej prezentują racjonalne postawy życiowe w odniesieniu do substancji psychoaktywnych. W ich rodzinach także nieco częściej niż w innych rozmawia się o uzależnieniach. Jeżeli ankietowani pochodzący z ubogich rodzin zażywają jednak substancje psychoaktywne, częściej czynią to z uwagi na kompleksy, na które cierpią.



## 8 WNIOSKI

1. Częstość przypadków zażywania substancji psychoaktywnych wśród studentów uczelni wyższych jest na tyle znacząca, że jest wręcz cechą immanentną, charakterystyczną tego środowiska. Specyficzna jest wszechobecność picia alkoholu, a także łatwość dostępu i duża podatność na spróbowanie narkotyków.
2. W środowisku studenckim jest wiele osób świadomych tego, że zażywanie substancji psychoaktywnych wśród studentów osiągnęło poziom niepokojący i przybiera na sile. Do tego nie ma praktycznie w tym środowisku działań profilaktycznych w obszarze przeciwdziałania toksykomanii jak również nie jest udzielana pomoc studentom, którzy mają problem z rozwijającym się bądź już rozwiniętym uzależnieniem.
3. Środowiska studenckie wymagają reaktywowania działalności, którą w przeszłości zajmowała się „Ogólnopolska Sieć Uczelni Wolnych od Uzależnień”.

## 9 STRESZCZENIE

### Specyfika używania substancji psychoaktywnych przez studentów szkół wyższych

ANNA BAJEK

**WPROWADZENIE.** Dynamika szybko dokonujących się zmian w obszarze uzależnień od substancji psychoaktywnych wskazuje na konieczność powtarzania badań w tym obszarze, w tym szczególnie wśród studentów, gdyż w środowiskach uniwersytetów/uczelni wyższych często dochodzi do zmian w tzw. scenie narkotykowej.

**CELE PRACY.** 1) Określenie częstości i specyfiki przypadków zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów uczelni wyższych w Kaliszu. 2) Poznanie opinii studentów odnośnie używania substancji psychoaktywnych w ich środowisku, a także wzorów ich przyjmowania - w celu określenia aktualnej sceny narkotykowej oraz skali tego zjawiska, a także wypracowania przesłanek do optymalizacji obecnych programów profilaktycznych.

**MATERIAŁ I METODA.** Badaniami zostali objęci studenci trzech kaliskich uczelni wyższych: 1) Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu, 2) Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza – Filia w Kaliszu, 3) Wyższej Szkoły Finansów i Informatyki im. prof. J. Chechlińskiego w Łodzi – Wydział Zamiejscowy w Kaliszu. Wybrano te 3 szkoły spośród szkół wyższych na terenie Kalisza z tego powodu, że grupowały one najwięcej studentów. Badania przeprowadzono w roku akademickim 2008/2009 obejmując nimi 800 studentów (w tym 458 kobiet – 57,3% oraz 342 mężczyzn – 43,7%). Po wstępnej analizie wyników, zdecydowano o wyeliminowaniu niewielkiej części ankiet, wypełnionych przez studentów w istotny sposób zaburzających jednorodność badanej grupy. Ostatecznie badania przeprowadzono na próbie 725 studentów (w tym 414 kobiet, 57,3% oraz 311 mężczyzn, 42,7%).

W badaniach posłużono się anonimowym kwestionariuszem ankiety opracowanym przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie.

**WYNIKI.** Zażywanie substancji psychoaktywnych jest wyraźnie dostrzeganym problemem w środowisku studenckim (ponad połowa ankietowanych określa go jako poważny, w tym więcej niż jedna trzecia – jako zdecydowanie poważny). Jedna czwarta (24,1%) respondentów zażywała przynajmniej raz jedną z substancji psychoaktywnych objętych badaniami.

Picie alkoholu jest częste, przy czym spośród napojów alkoholowych najczęściej spożywa się piwo, następnie wódkę lub inne napoje spirytusowe, a najrzadziej wino. Mężczyźni spożywają alkohol częściej i w większych porcjach – z wyjątkiem wina, które nieco częściej piją kobiety (ale za to w mniejszych porcjach). Niepokojący jest fakt, że część studentów pije alkohol w dużych ilościach.

W pojedynczych przypadkach zażywanie substancji psychoaktywnych miało już miejsce w gimnazjum, w wieku 13-14 lat (marihuana lub haszysz, amfetamina); najczęściej taka inicjacja miała miejsce w wieku 16-18 lat, a zażywaną substancją psychoaktywną była marihuana lub haszysz.

Do najczęściej zażywanych substancji psychoaktywnych należy zaliczyć: marihuanę lub haszysz, w mniejszym stopniu amfetaminę, ecstazy oraz wydawane na receptę środki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych. Problemem jest także stosowanie sterydów anabolicznych w środowisku studenckim.

Pierwszą dawkę substancji psychoaktywnej respondenci najczęściej otrzymali za darmo od znajomej osoby. Część ankietowanych, która pierwszą dawkę otrzymała za darmo, następne dawki kupowała. Studenci najczęściej zaopatrywali się w substancje psychoaktywne na imprezach i prywatkach, w pubach, dyskotekach albo klubach studenckich; rzadko miało to miejsce na uczelniach, czy w akademikach.

Zdecydowanie najczęściej substancje psychoaktywne były zażywane dla przyjemności (62,5% wskazań badanych, którzy zażywali substancje psychoaktywne) lub relaksu, wyluzowania, odprężenia (47,7%), rzadziej w celu zwrócenia na siebie uwagi otoczenia, aby nie odstawać od grupy, żeby mieć więcej energii do zabawy i aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi. Studenci o wyższym poziomie dochodów częściej zażywają substancje psychoaktywne dla przyjemności lub dodania energii do zabawy, a ci o niższych dochodach – w celu zwrócenia na siebie uwagi otoczenia. Tylko 1 osoba zażywała substancje psychoaktywne w trakcie sesji egzaminacyjnej.

Ankietowani dość często po zażyciu substancji psychoaktywnej znajdowali się w sytuacjach konfliktowych; nierzadko prowadzili samochód. Najczęściej wskazywaną substancją psychoaktywną był w takich przypadkach alkohol. Często po jego zażyciu nie pamiętali, co robili i gdzie byli. Niepokoi fakt, że blisko jedna trzecia studentów (29,8%) uczęszcza na imprezy, na których substancje psychoaktywne pojawiają się często, bardzo często lub zawsze.

Dostęp do takich narkotyków, jak kokaina, heroina, „crack”, jest trudny, chociaż są studenci, którzy potrafią szybko zdobyć te narkotyki. Względnie łatwy jest dostęp do marihuany, haszyszu. Mężczyźni studiujący w PWSZ i mieszkający w miastach do 5 tys. mieszkańców często stosują sterydy anaboliczne, do których dostęp jest względnie łatwy.

Większość studentów jest zdania, że uczelnie powinny angażować się w działania profilaktyczne przeciwko uzależnieniom. Po 284 osoby (po 39,2%) uważają że uczelnie wyższe - zdaniem 39,2% studentów - „zdecydowanie powinny” prowadzić punkty informacyjne oraz udzielające pomocy osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych; kolejne 39,2% studentów wyraziło w tej kwestii opinię, że „raczej powinny”. Tylko 4,4% ankietowanych zetknęło się w ciągu roku poprzedzającego badanie z jakąkolwiek akcją mającą na celu zapobieganie zażywaniu substancji psychoaktywnych. W opinii studentów uczelnie powinny móc wyciągać konsekwencje wobec osób, które zażywają lub rozprowadzają na terenie uczelni substancje psychoaktywne. Większość badanych (74,0%, w tym 42,3% - zdecydowanie) sądzi, że uczelnie powinny mieć prawo do usuwania z listy studentów osób, które dystrybuują na terenie uczelni substancje psychoaktywne.

Istnieją istotne korelacje pomiędzy postawami lub zachowaniami związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych a: płcią, wielkością miejscowości zamieszkiwania, poziomem dochodów (w większym stopniu rodziców badanych niż ich samych) oraz osobami, z którymi zamieszkują respondenci – zwłaszcza fakt, czy mieszkają z rodzicami, rodzeństwem, samotnie bądź (w mniejszym stopniu) z przyjaciółmi (znajomymi).

Mężczyźni znacznie częściej stykają się w środowisku studenckim z osobami zażywającymi substancje psychoaktywne, częściej mają też świadomość tego problemu i dostrzegają zagrożenia z nim związane.

Respondenci mieszkający z rodzicami lub rodzeństwem rzadziej są skłonni do spróbowania substancji psychoaktywnych, spożywają mniej alkoholu i prezentują bardziej zdroworozsądkowe postawy życiowe niż pozostali badani. Odwrotna sytuacja panuje w przypadku ankietowanych mieszkających samotnie.

Mężczyźni spożywają alkohol częściej i w większych porcjach – z wyjątkiem wina, które nieco częściej piją kobiety (ale za to w mniejszych porcjach).

Stosowanie sterydów anabolicznych jest znacznie bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn, zwłaszcza pochodzących z mniejszych miejscowości; mężczyźni potrafią łatwiej i szybciej zdobyć te substancje, częściej też się im je proponuje.

Problem zażywania substancji psychoaktywnych jest lżej traktowany przez badanych osiągających wyższe dochody (lub których rodzice osiągają wyższe dochody); osoby takie szybciej potrafią zdobyć niektóre substancje psychoaktywne.

Przyczyny zażywania substancji psychoaktywnych różnią się w zależności od poziomu dochodów przedstawicieli badanej grupy: osiągnięcie wyższych dochodów sprzyja przyjmowaniu substancji psychoaktywnych dla relaksu lub z nudy, podczas gdy ubożsi ankietowani czynią to częściej dla zwrócenia uwagi otoczenia na swoje problemy.

Problematyka używania substancji psychoaktywnych w niewielkim tylko stopniu różni się wśród studentów z poszczególnych uczelni. Zauważa się, że istnieją niewielkie grupy studentów, które potrafią łatwiej zdobyć niektóre typy substancji psychoaktywnych.

Mężczyźni częściej zażywają substancje psychoaktywne i rzadziej takie zachowanie potępiają.

Studenci wyraźnie rozróżniają i odmiennie oceniają incydentalne lub rzadkie zażywanie substancji psychoaktywnych od ich regularnego zażywania (w mniejszym stopniu dotyczy to palenia papierosów oraz picia alkoholu). Takie regularne zażywanie jest najczęściej poddawane miazdzącej krytyce przez wszystkich respondentów. Z kolei rzadsze zażywanie nawet narkotyków takich jak heroina czy kokaina jest oceniane w sposób bardziej zróżnicowany: można wykryć podgrupy badanych, którzy mają łagodniejsze opinie na ten temat.

Studenci jako groźne oceniają – w ich opinii – trudno dostępne i rzadko zażywane narkotyki, jak kokaina, heroina, crack. Nieco mniej groźne są w opinii respondentów ecstasy i amfetamina, jeszcze łagodniejsze oceny zyskuje picie alkoholu (zwłaszcza piwa i wina), a za najmniej szkodliwe uznaje się palenie papierosów.

Respondenci pochodzący z uboższych rodzin znacznie częściej prezentują racjonalne postawy życiowe w odniesieniu do substancji psychoaktywnych. W ich rodzinach także nieco częściej niż w innych rozmawia się o uzależnieniach. Jeżeli ankietowani pochodzący z ubogich rodzin zażywają jednak substancje psychoaktywne, częściej czynią to z uwagi na kompleksy, na które cierpią.

**SŁOWA KLUCZOWE:** studenci, uzależnienia, substancje psychoaktywne, narkotyki, alkohol, tytoń.

# 10 ABSTRACT

## The Specificity of Psychoactive Substances Use among Higher School Students

ANNA BAJEK

**INTRODUCTION.** The dynamism of rapid changes taking place in the field of addictions to psychoactive substances indicates the necessity of repetitious research in this area, particularly among the university students as in university/higher schools environments there are frequent changes to so called drug scene.

**WORK OBJECTIVES.** 1) Determining the frequency and specificity of psychoactive substance use cases by university students in Kalisz. 2) Recognizing students' opinion on psychoactive substance use in their environment, as well as the model of using them – in order to determine the actual drug scene and the range of this problem and also to find circumstances to optimize present prevention programmes.

**MATERIAL AND METHOD.** The students of three Kalisz schools of higher education were involved in the study: 1) State Higher Vocational School in Kalisz, 2) Adam Mickiewicz University in Poznan- Kalisz division and 3) Higher School of Finance and Information Technology of prof. J. Chechlinski in Lodz- Kalisz Subsidiary. These three schools have been chosen among other higher schools existing in Kalisz due to the fact that they grouped the majority of students. The research was carried out in the academic year of 2008/2009 involving 800 students (including 458 women – 57.3% and 342 men – 43.7%). After the first analyses of the results, it had been decided that a small part of the survey forms needed to be eliminated, they were filled by the students in the way that significantly disturbed the homogenous idea of the surveyed group. In the end, the research was carried out on the sample of 725 students (including 414 women, 57.3% and 311 men- 42.7%).

In the study an anonymous form was used that had been created by Social Research Agency in Sopot.

**RESULTS.** The use of psychoactive substances is a visibly recognizable problem in student environment (over a half of those surveyed describes it as serious, in that more than a third – definitely serious). A quarter (24.1%) of the respondents has used one of the psychoactive substances included in the research at least once.

Drinking alcohol is frequent, but among alcoholic drinks it is beer that is drunk most frequently, followed by vodka and other spirits and finally the wine being the least. Men drink alcohol more often and in larger units – except for wine, which is drunk more frequently by women (but in smaller units). The fact that some of the students drink alcohol in large quantities is alarming.

In individual cases the psychoactive substances use took place in secondary school, at the age of 13 – 14 (marihuana, hashish, amphetamine); most frequently such an initiation took place at the age of 16 – 18 and the substance used was marihuana or hashish.

Among the most frequently used psychoactive substances there are marihuana or hashish, in less degree amphetamine, ecstasy as well as tranquilizers and sleeping pills prescribed without medical indications. There is also a problem of anabolic steroids use in the students' environment.

The first dose of psychoactive substance was given to the respondents for free from the person they knew. Some of the surveyed, who had been given the first dose for free, used to buy the next

ones by themselves. The students bought the substances at the parties and home parties, in pubs, discos and students' clubs, (hardly ever at universities or dormitories).

Definitely the most common reason for psychoactive use was for pleasure (62.5 % indications of those surveyed who had used psychoactive substances) or relax, stressing out (47.7%), more rarely to draw others' attention, not to stick out from the group, to have more energy to party and to get more courage in relations with others. The students with higher level of income use psychoactive substances more frequently to add some energy to party and those with lower income- to draw others' attention to them. Only one person used psychoactive substances during an exam session.

The surveyed after psychoactive substance use frequently participated in a conflict situation; often drove their car. The most indicated substance in this case was alcohol. They hardly ever remembered what they were doing after having drunk. The fact is alarming, that almost a third of the students (29.8 %) go to parties where the psychoactive substances appear often, very often or always.

The access to such drugs as cocaine, heroine, crack is difficult; however there are students who can get these drugs very quickly. The access to marihuana and hashish is relatively easy. The men who study at PWSZ and live in cities up to 5,000 inhabitants often use anabolic steroids, to which the access is relatively easy.

Most students' opinion is that the universities should be involved in prevention activities against addictions. 284 people (39.2%) think that higher schools – according to 39.2% of students- “definitely should” run information points giving help to people addicted to psychoactive substances, another 39.2% of student expressed in this issue an opinion that “rather should”. Only 4.4% of those surveyed encountered any action aimed at prevention of psychoactive substance use during one year preceding this research. According to students' opinion the universities should be able to hold responsible those who use or deal psychoactive substances. The majority of surveyed (74.0%, in this 42.3% definitely) think that the universities should be eligible to expel those students who distribute psychoactive substances on the universities area.

There are significant correlations among attitudes and behaviours connected with psychoactive substances use and: gender, the size of residential place, level of income (in greater extent of the parents rather than the surveyed themselves) and the people who the respondents live with- particularly the fact whether they live with parents, siblings, alone or (in lower extent) with friends (acquaintances).

Men come across those using psychoactive substances more frequently as well as they are aware of the problem and they notice the risks related to it.

The respondents living with parents or siblings are more rarely willing to try psychoactive substances, they drink less alcohol and they present more reasonable attitude to life than other surveyed. The opposite situation is with those surveyed who live alone.

Men drink alcohol more often and in larger quantities, except wine, which is usually drunk a bit more often by women (but in smaller units).

Taking anabolic steroids is more widespread among men, especially the residents of smaller town or villages, it is men who can get access to these substances more easily, they are also offered these substances more often.

The problem of psychoactive substances use is treated more carelessly by people with higher income (or those whose parents have higher income) such people can get access to some psychoactive substances more quickly.

The reasons for psychoactive substances use vary depending on the level of income of the representatives of particular group: having higher income is conducive to the use of psychoactive substances for relax or because of the boredom, while poorer surveyed do it more frequently to draw others' attention to their problems.

The issue of psychoactive substances use differs only in a slight extent among the students from each higher school. It has been noticed that there are a small group of students who can get some types of psychoactive substances more easily.

Men more frequently use the substances and criticize such behaviour more rarely.

Students can clearly vary and differently estimate incidental or rare psychoactive substance use from the regular use (it is related in lower extent to smoking and alcohol drinking). Such regular use is fiercely criticized by all the respondents. However, less frequent use of even such drugs as heroine or cocaine is estimated in a more varied way: there some groups can be noticed who have less strong opinions on this issue.

Students estimate as risky- in their opinion- difficult to get and rarely used drugs such as cocaine, heroine, crack. In respondents' opinions ecstasy and amphetamine are slightly less risky and even less strict notes are for drinking alcohol (especially beer and wine) and smoking is described as the least risky.

The respondents coming from poorer families frequently show more reasonable attitude towards life in relation to psychoactive substances use. In their families the problem of addictions is discussed a bit more than in the others. However if the surveyed coming from poor families use psychoactive substances, they do it more often because of the complexes they suffer from.

**KEY WORDS:** students, addictions, psychoactive substances, drugs, alcohol, tobacco.

## 11 BIBLIOGRAFIA

1. Twardosz W. (red.): Wielka Encyklopedia Zdrowia, t. IX, Wydawnictwo Horyzont, Wągrowiec 2006, s. 176.
2. Zajączkowski K.: Uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2003.
3. Rajtar – Cynke G.: Zależności lekowe i narkomanie [w:] Rajtar – Cynke G. (red.): Farmakologia – Podręcznik dla studentów i absolwentów Wydziałów Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 111 – 123.
4. Thille Z, Zgirski L.: Pojęcia ogólne i definicje [w:] Thille Z, Zgirski L. (red.): Toksykomania – zagadnienia społeczne i kliniczne, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976, s. 11 – 17.
5. Juczyński Z.: Od eksperymentowania do uzależnienia [w:] Juczyński Z.: Narkomania – podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2000, s. 53 – 61.
6. Cekiera C.: Toksykomania. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985.
7. Bidziński A.: Leksykon terminów: alkohol i narkotyki, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.
8. Hołas P, Palczewska M. (przekł.): Zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi, [w:] Hołas P, Palczewska M. (przekł.): Psychopatologia, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, s. 199 – 220.
9. Jędrzejko M, Piórkowska K.: Leksykon narkomanii, Wydawnictwo Wyższa Szkoła Humanistyczna im. A. Gieysztora w Pułtusk, Pułtusk 2004.
10. Woronowicz B.T.: Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2003.
11. Niewiadomska I.: Dlaczego ludzie się uzależniają od alkoholu? [w:] Alkohol, alkoholizm i ja, Wydawnictwo Fundacja Rozwoju KUL Polihymnia, Lublin 2002, s. 10 – 12.
12. Piotrowski A.: Terminologia: definicje ważniejszych terminów [w:] Piotrowski A. (red.): Narkomania młodzieży i inne uzależnienia, Wydawnictwo Adam, Działoszyn 2002, s. 6 – 10.
13. Sołtys K.: Narkotyki – droga do uzależnienia, [w:] Steciwko A., Pirogowicz I. (red.): Dziecko i jego środowisko - uzależnienia a dzieci i młodzież. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Samorząd Województwa Opolskiego, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2006, s. 39 – 46.
14. <http://www.eldezet.pl/index.php/2010/05/11/uwaga-dopalacze>; pobrano dnia: 13.02.2011 r.
15. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Dopalacze>, pobrano dnia: 13.02.2011 r.
16. Kidawa M.: Dopalacze. [w:] Terapia uzależnienia i współuzależnienie Nr 4, Wydawnictwo i Fundacja „Zdrowie - Trzeźwość” Bełchatów 2009, s. 31 – 34.
17. [pl.wikipedia.org/wiki/Dopalacz\\_\(lotnictwo\)](http://pl.wikipedia.org/wiki/Dopalacz_(lotnictwo)), pobrano dnia: 05.05.2010 r.
18. Kranz K, Marcinkowski JT.: Zagrożenia dopalaczami i możliwości działań prewencyjnych w tym obszarze, Problemy Higieny i Epidemiologii 2010, 91(3), s. 364-368.
19. [http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,8481271,Sejm\\_przyjal\\_ustawe\\_ws\\_zwalczania\\_dopalaczy.html](http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,8481271,Sejm_przyjal_ustawe_ws_zwalczania_dopalaczy.html); pobrano dnia: 20.02.2012.
20. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Poppers>; pobrano dnia: 13.02.2011.
21. Jodynis – Liebert J.: Jak nie dopalacze to poppers, czyli kolejny sposób na „upojne” wieczory. Głos Wielkopolski z dn. 24.02.2011, s. 4 – 5.
22. Woronowicz B.T.: Podstawowe wiadomości o alkoholu [w:] Woronowicz B.T. (red.): Alkoholizm jako choroba; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994, s. 5 – 6.



23. Adamek A.: Substancje psychoaktywne. Świadomość zagrożeń. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2000, s. 8 – 9.
24. Lindenmeyer J, Chodkiewicz J.: Kamień filozoficzny: historia alkoholizmu [w:] Lindenmeyer J, Chodkiewicz J. (przekł.): Ile możesz wypić? o nałogach i ich leczeniu. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 37 – 53.
25. Seńczuk W.: Toksykologia. Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2002.
26. Solomon E, Berg L, Ville C. (red.): Biologia (tł. Gutowska H.), Mulico Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2000, s. 833 – 860.
27. Falewicz K.: Jak działa alkohol [w:] Falewicz K. (red.): ABC Problemów alkoholowych, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1993, s. 25 – 26.
28. Mellibruda J.: Tajemnicza substancja [w:] Mellibruda J. (red.): Tajemnice ETOH Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1995, s. 3 – 11.
29. Habrat B.: Zdrowotne następstwa picia alkoholu [w:] Habrat B. (red.): Organizm w niebezpieczeństwie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1994, s. 4 – 14.
30. Kinney J.: Zrozumieć alkohol. Warszawa 1996.
31. Florek E, Korniak H.: Specyficzne dla tytoniu N – nitrozaminy – śmiertelne zagrożenie czy tylko obawa [w:] Florek E, Piekorzewski W. (red.): Tytoń a zdrowie i choroby odytoniowe, Katedra i Zakład Toksykologii Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydawnictwo Prodrug, Poznań 2003, s. 17 – 24.
32. Cekiera C, Zatoński W.: Palenie tytoniu – wolność czy zniewolenie?, Wydawnictwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001, s. 8 – 11.
33. Preisler E.: Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna, t. XVI, Polskie Towarzystwo Przeciwytoniowe, Poznań 1991.
34. Bartkowiak Z.: Palenie tytoniu – rys historyczny. Pozazdrowotne szkodliwości palenia tytoniu [w:] Preisler E. (red.): Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna, Centrala Usługowo-Wydawnicza Różdżkarz, Poznań 1991, s. 19 – 26.
35. Korsak A.: Chemia dymu tytoniowego [w:] Korsak A. (red.): Dziś przestaję palić, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1983, s. 15 – 21.
36. Sidorowicz S.: Zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych [w:] Sidorowicz S. (red.): Psychiatria kliniczna. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 2004, s. 93 – 117.
37. Twardosz W.(red.): Wielka Encyklopedia Zdrowia, t. VII. Wydawnictwo Horyzont, Wągrowiec 2005, s. 221 – 222.
38. Okoń W.: Nowy Słownik Pedagogiczny, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2007, s. 333.
39. Gaś Z.B.: Profilaktyka uzależnień, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993, s. 9-42.
40. Kulik T.: Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole, Wydawnictwo Nauk Społecznych KUL, Stalowa Wola 1997, s. 100 – 103.
41. Kulik T. (red.): Zdrowie publiczne, podręcznik dla studentów i absolwentów Wydziałów Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych, Lublin 2002, s. 247.
42. Koczurowska J.: Standardy jakości programów profilaktycznych [w:] Świątkiewicz G. (red.): Profilaktyka w środowisku lokalnym, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, s. 115 – 121.
43. Zgółkowa H. (red.): Praktyczny Słownik Poprawnej Polszczyzny, t. 11, Wydawnictwo Kurpisz, Poznań 1997, s. 109.
44. Pilch T. (red.): Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, t. I, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003, s. 1091.

45. Twardosz W. (red.): Wielka Encyklopedia Zdrowia, t. VII. Wydawnictwo Horyzont, Wągrowiec 2005, s. 226.
46. Czupryna A. (red.): Zdrowie Publiczne, t. 2. Uniwersyteckie Wydanie Medyczne Vesalius, Kraków 2001, s. 217 – 222.
47. O'Donnell M. P.: Definition of health promotion, American Journal of Health Promotion, 1986, 12, 4, s. 39-35.
48. Karski J. B. (red.): Promocja Zdrowia. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999, s. 197.
49. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=437&mx=0&ma=243>; pobrano dnia: 15 kwietnia 2011.
50. [http://www.gis.gov.pl/userfiles/file/Dep\\_%20Zdrowia%20Publicznego%20i%20Promocji%20Zdrowia/OZiPZ/POZNPT%202010-2013%20z%2019\\_01\\_2010.pdf](http://www.gis.gov.pl/userfiles/file/Dep_%20Zdrowia%20Publicznego%20i%20Promocji%20Zdrowia/OZiPZ/POZNPT%202010-2013%20z%2019_01_2010.pdf); pobrano dnia: 15 kwietnia 2011.
51. Wiczorek D. (oprac.): Cele i zadania programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce na lata 2010 – 2013. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Nr 9 – 10/2010, s. 17 – 20.
52. Wojdyło E.: Trudni pacjenci – kobiety. [w:] Terapia, uzależnienie, współzależenia Nr 6/2008, Wydawnictwo Fundacja „Zdrowie – Trzeźwość”, Bełchatów 2008, s. 6 – 10.
53. Kowalcze M.: Specyfika uzależnienia kobiet [w:] Terapia uzależnienia i współzależenia Nr 5/2009, Wydawnictwo Fundacja „Zdrowie – Trzeźwość”, Bełchatów 2009, s. 24 – 28.
54. Golińska L.: Kobięce pułapki alkoholizmu [w:] Terapia uzależnienia i współzależenia Nr 1/2008, Wydawnictwo Fundacja „Zdrowie – Trzeźwość”, Bełchatów 2008, s. 4 – 6.
55. Gomberg E.: Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety. [w:] Alkohol a zdrowie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997, s. 131 – 147.
56. Paprzycka E.: Kobiety żyjące w pojedynkę, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2008.
57. Rosik B.: Wpływ substancji psychoaktywnych na człowieka [w:] Karan Nr 3(77), 2011, s. 20-24.
58. Habrat B.: Alkoholizm mężczyzn i kobiet – biologiczne uwarunkowania różnic [w:] Świat Problemów nr 10/2002, s. 15-17.
59. Kopera M, Wojnar M, Szelenberger W: Funkcje poznawcze, struktura i czynności mózgu u osób uzależnionych od alkoholu [w:] Alkoholizm i Narkomania, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010, t 23, nr 4, s. 361-378.
60. Klein Z, Pietraszkiewicz –Bogusz M, Serkis E. i wsp.: Przypadki neurologicznych skutków wieloletniego nadużywania alkoholu, Acta Medica 1997 (16), t. XVI, s. 74-80.
61. Cichoż-Lach H, Grzyb M, Celiński K, Słomko M.: Nadużywanie alkoholu a choroba wątroby [w:] Alkoholizm i narkomania, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, t 21, nr 1, s. 55-62.
62. Ptaszyńska A.: Alkohol a układ krążenia [w:] Kardiologia Polska 1990, 33, s. 9-10; 48-54.
63. Sygnowska E, Waśkiewicz A.: Czy alkohol może być lekiem kardiologicznym? [w:] Kardiologia Polska 2003, 58, 2, s. 138-151.
64. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia, Parpamedia, Warszawa 2009.
65. Kulisiewicz T.: Uzależnienie alkoholowe, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1982.
66. Mellibruda J, Sobolewska-Mellibruda Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, s. 124-129.
67. Derentowicz P, Czerwińska-Kartowicz I, Markiewicz K.: Wpływ palenia tytoniu na organizm człowieka ze szczególnym uwzględnieniem układu odpornościowego [w:] Medycyna Wieku Rozwojowego 1999, III (4), s. 495-500.
68. Alkiewicz J.: Wpływ palenia tytoniu na układ oddechowy człowieka [w:] Kobieta i tytoń 2000, s. 14-15.

69. Firlik M.: Wpływ palenia tytoniu na układ oddechowy [w:] Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna, 1991, t XVI, s. 41-47.
70. Hays J.: Choroby spowodowane paleniem tytoniu [w:] Medycyna po dyplomie 1999, 8 (9), s. 26-38.
71. Zapalski S.: Wpływ palenia tytoniu na częstość występowania chorób tętnic [w:] Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna 1991, t. XVI, s. 75-81.
72. Hasik J.: Nikotyna w gastroenterologii [w:] Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna 1991, t. XVI, s. 83-86.
73. Zatoński W., Przewoźniak K.: Palenie tytoniu w Polsce, podstawy, następstwa zdrowotne, profilaktyka, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1996.
74. Kułakowski A., Skowrońska-Garda A.: Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2003.
75. Żołnierczuk-Kieliszek D.: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem [w:] Kulik T.B, Latałski M. (red.): Zdrowie Publiczne, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
76. Mendelski S.: Wpływ palenia tytoniu na zmysł wzroku [w:] Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna 1991, t. XVI, s. 101-106.
77. Bartkowiak S.: Szkodliwość biernego palenia tytoniu [w:] Otolaryngologia Polska 1995, XLIX (3), s. 270-276.
78. Woronowicz B.T.: Alkoholizm jest chorobą, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
79. Moskalewicz J.: Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu [w:] Alkoholizm i narkomania, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2007, t 20, nr 1, s. 55-63.
80. Brodowska A.: Analiza czynników ryzyka, występowania cięż ęktopowych [w:] Polski Merkuriusz Lekarski 2005, XVI (103), s. 74-77.
81. Gielwanowski W.: Szkodliwe działanie dymu papierosowego na ustrój kobiety [w:] Tytoń a zdrowie i sprawność fizyczna 1991, t. XVI, s. 87-90.
82. Paszkowski T.: Wpływ palenia tytoniu na zawartość estradiolu w przedowulacyjnym płynie pęcherzykowym [w:] Ginekologia Polska 2001, 7 (12), s. 989-991.
83. Karczewski J.K. (red.), Piotrowska-Jastrzębska J, Kądziała-Olech H. i wsp.: Profilaktyka uzależnień [w:] Higiena, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
84. Sadowska L.: Analiza wpływu alkoholizmu rodziców na rozwój potomstwa [w:] Peditria Polska 1988, t. LXIII (2), s. 83-85.
85. Jadczyk-Szumilo T.: Neuropsychologiczny profil dziecka z FAS, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2008, s. 7-32.
86. Giberson P.: Alkoholowy Zespół Płodowy a aktywność układu odpornościowego [w:] Alkohol a zdrowie 1996 (15), s. 40-43.
87. Gieruszczak-Białek D, Korniszewski L.: Używki stosowane przez matkę a wady wrodzone i rozwój dziecka [w:] Klinika Pediatria 2002, 4 (1), s. 32-35.
88. Pokrzywnicka M.: Płodowy Zespół Alkoholowy – patogeneza [w:] Postępy Neonatologii 2003, 1 (V), s. 105-108.
89. Past E.: Alkohol a ciąża [w:] Gabinet Prywatny 2001, 2/3, s. 29-30.
90. Hryniewicz D.: Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2007, s. 8-20.
91. Bartel H.: Embriologia, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2004.
92. Kazimierczak I, Knihinicka-Mercik Z, Suchańska D. i wsp.: Wpływ palenia tytoniu i spożywania alkoholu przez ciążarną na rozwój płodu [w:] Polska Medycyna Rodzinna 2004, 6 (1), s. 366-371.

93. Baumert M.: Wpływ palenia papierosów przez ciężarną na rozwój płodu i noworodka [w:] Przegląd Pediatryczny 2004, 34 (2), s. 79-81.
94. Polańska K, Hanke W.: Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wynik ciąży [w:] Przegląd Epidemiologiczny 2004, 58, s. 683-691.
95. Krawczyński M.: Propedeutyka pediatrii, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 2002.
96. Marcinkowski J. T., Bajek A., Galewska I.: Odpowiedzialni rodzice [w:] Wychowawca nr 10 (202), Kraków, październik 2009.
97. Marcinkowski J. T., Bajek A., Galewska I.: Płodowy Zespół Tytoniowy – poważnym zagrożeniem dla stanu zdrowia przyszłych pokoleń [w:] Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, nr 9-10/2009.
98. Marcinkowski J. T., Bajek A., Galewska I.: Zagrożenia zdrowotne. Alkohol i papierosy w czasie ciąży [w:] Magazyn Pielęgniarki i Położnej, nr 4, kwiecień 2010.
99. Gaś Z. B.: Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja [w:] Poradnik Metodyczny, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2003.
100. Ziarko M.: o diagnozie w konstruowaniu programów profilaktycznych na przykładzie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych [w:] Cierpiałowska L. (red.): Oblicza współczesnych uzależnień, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2008, s. 227-245.
101. Ziarko M.: Jak stworzyć program profilaktyki uzależnień [w:] Forum Oświatowe 2003, 1, 28, s. 87-99.
102. Szymańska J.: Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. Wydawnictwo Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno – Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 2000, s. 32.
103. Niewiadomska I, Stanisławczyk P.: Narkotyki. Wydawnictwo Gaudium, Lublin 2004.
104. Kamińska–Buśko B. (red.): Profilaktyka w szkole. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno Pedagogicznej, Warszawa 2005, s. 19 – 20.
105. Woronowicz B. T.: Alkoholowe vademecum dla każdego. Ośrodek Apostolstwa Trzeźwości, Zakroczym 1993.
106. Kобрzyńska T.: Ocena programów profilaktyki uzależnienia od alkoholu ukierunkowanych na młodzież. Rozprawa doktorska (promotor: J.T. Marcinkowski) napisana na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zakład Higieny, Poznań 2000.
107. Gaś Z.B.: Psychoprofilaktyka – procedury konstruowania programów wczesnej interwencji, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998.
108. Świątkiewicz G. (red.): Profilaktyka w środowisku lokalnym, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002.
109. Anderska A, Wojcieszek K.: Przygotowanie do profilaktyki domowej. Zajęcia dla rodziców w ramach Programu Siedmiu Kroków. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
110. Anderska J, Czapczyńska A, Mellibruda J, Pacewicz A, Wierzejewska E.: Drugi Elementarz, czyli Program Siedmiu Kroków, Program Profilaktyczny dla młodzieży, nauczycieli i rodziców, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998
111. Czapczyńska A.: Drugi Elementarz, czyli Program Siedmiu Kroków, Remedium 1994, 6, s. 2 – 7 oraz 10 – 11.
112. Nowak P.: Zanim spróbujesz, w stronę profilaktyki problemowej. Remedium 1999, 12, s. 15 – 17.
113. Kołodziejczyk A, Czeremierowska A.: Spójrz inaczej. Program zajęć wychowawczo – profilaktycznych dla klasy I – III szkoły podstawowej. Polskie Stowarzyszenie Psychologów Praktyków, Kraków 1993.

114. Wojcieszek K.: Program Profilaktyczny NOE. Stowarzyszenie AGAPE, Łódź 1993.
115. Fijewski P.: Nasze spotkania Ja i Ty. Dialog z rówieśnikiem. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997.
116. Johnson D.W.: Podaj dłoń. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1992.
117. Wanat W.: Odłot donikąd. Wydawnictwo „Iskra”, Warszawa 1997.
118. Servais E.: Zanim nie jest za późno. Zakład Badawczo – Konsultingowy TUAN, Wrocław 1994.
119. Sakowska J.: Szkoła dla rodziców i wychowawców. Centrum Pomocy Psychologiczno–Pedagogicznej, Warszawa 1999.
120. Wojcieszek K.: Profilaktyka rodzinna. Profilaktyka domowa. Remedium 1996, 12, s. 3 – 5.
121. [www.narkomania.gov.pl/portal?id=1244519](http://www.narkomania.gov.pl/portal?id=1244519); pobrano dnia: 6 kwietnia 2011.
122. Poćwiardowska B.: Program Profilaktyczny Puzzle dla uczniów gimnazjum. [w:] Deptuła M. (red.): Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005, s. 206 – 211.
123. Pituła B.: Program edukacyjny „Klucz”. [w:] Deptuła M. (red.): Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005, s. 216 – 220.
124. Koczurowska J.: Standardy jakości programów profilaktycznych. [w:] Świątkiewicz G. (red.): Profilaktyka w środowisku lokalnym. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, s. 122.
125. Boyd G.: Badania ewaluacyjne w USA. [w:] Boyd G.: Alkoholizm i narkomania, 1995 nr 2.
126. Siwak J, Woźniak M.: Szkolny Program Profilaktyki. Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli w Kaliszu, Kalisz 2003, s. 26.
127. Dziewiecki M.: Nowoczesna profilaktyka uzależnień. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2000, s. 119 – 174.
128. Bartosińska M. (oprac.): Zawód praktyk. Remedium 1996, 7.
129. Pacewicz A.: Szkolne programy profilaktyczne na świecie [w:] Alkohol a polska młodzież nr 3, MZIOS, Warszawa 1992.
130. Gold S. M., Stewart B.: Prevention in perspective, NASADAD, Washington 1988.
131. Gaś Z. B.: Uzależnienia, skuteczność programów profilaktycznych, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.
132. Wojcieszek K.: Czy NOE może szkodzić? Remedium 1994, 8.
133. Wojcieszek K.: NOE, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1997.
134. Stanisław A.: Podstawy statystyki dla prowadzących badania naukowe, Odcinek 6: ABC weryfikacji hipotez [w:] Medycyna Praktyczna 1999/03, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 1999, str. 147-199. URL: <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=10782>; pobrano dnia: 12 października 2009.
135. Test zgodności chi-kwadrat, Polski Portal Naukowy, [http://www.naukowy.pl/encyklopedia/Test\\_zgodno%C5%9Bci\\_chi-kwadrat](http://www.naukowy.pl/encyklopedia/Test_zgodno%C5%9Bci_chi-kwadrat); pobrano dnia: 16 października 2009.
136. Stanisław A.: Podstawy statystyki dla prowadzących badania naukowe, Odcinek 31: Tabele Wielodzielne [w:] Medycyna Praktyczna 2001/11, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2001, str. 191 -194. URL: <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=11934>; pobrano dnia: 14 października 2009.
137. Stanisław A.: Podstawy statystyki dla prowadzących badania naukowe, Odcinek 8: Testy zgodności [w:] Medycyna Praktyczna 1999/05, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 1999, str. 182 -183. URL: <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=10785>; pobrano dnia: 14 października 2009.
138. Krawczyk A, Słomka T.: Podstawowe metody modelowania w geologii, Wydawnictwo AGH Kraków, 1982, s. 186.
139. StatSoft, Podstawowe pojęcia statystyki,

- [http://www.statsoft.pl/textbook/stathome\\_stat.html?http%3A%2F%2Fwww.statsoft.pl%2Ftextbook%2Fesc.html](http://www.statsoft.pl/textbook/stathome_stat.html?http%3A%2F%2Fwww.statsoft.pl%2Ftextbook%2Fesc.html), pobrano dnia: 19 grudnia 2011.
140. Graversen K.B.: The CSV format specification (Specyfikacja formatu CSV), URL: <http://supercsv.sourceforge.net/csvSpecification.html>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
141. Strona programu Microsoft Excel 2007, URL: <http://www.microsoft.com/poland/office/programs/excel/highlights.mspix>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
142. Strona programu OpenOffice Calc, URL: <http://www.openoffice.org/product/calc.html>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
143. Strona programu MySQL, URL: <http://www.mysql.com>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
144. Strona programu Microsoft IIS: <http://www.iis.net>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
145. Strona programu PHP: <http://www.php.net>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
146. Strona programu Notepad++: <http://notepad-plus-plus.org>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
147. Strona programu Microsoft Word 2007: <http://www.microsoft.com/poland/office/programs/word/highlights.mspix>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
148. Strona programu Mozilla Firefox: <http://www.mozilla-europe.org/pl>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
149. Strona programu Graph Pad InStat: <http://www.graphpad.com/instat/instat.htm>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
150. Strona systemu operacyjnego Microsoft Windows Vista: <http://windows.microsoft.com/pl-PL/windows-vista/products/home>; pobrano dnia: 10 kwietnia 2011.
151. Główny Urząd Statystyczny – Departament Badań Demograficznych: Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000 – 2009 – notatka informacyjna, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_lu\\_podsta\\_info\\_o\\_rozwoju\\_demograf\\_polski\\_2000-2009.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_lu_podsta_info_o_rozwoju_demograf_polski_2000-2009.pdf); pobrano dnia: 25.11.2011.
152. Wiśniowska K, Kowal K, Kontek L: Nie palę, nie piję, nie biorę - jestem odpowiedzialny za własne zdrowie” - program profilaktyki uzależnień dla szkół; <http://ice-breaker.net.pl/zsoiz/content/prezent/profilaktyka.ppt>; pobrano dnia: 31.01.2012.
153. Krawczyk E, Kroch S, Satora L.: Krakowski model przeciwdziałania uzależnieniom wśród studentów [w:] Przegląd Lekarski 2005, 62, s. 339.
154. Pach J, Tobiasz-Adamczyk B, Jabłoński P i wsp.: Uczelnie wolne od narkotyków – trendy używania substancji psychoaktywnych przez studentów krakowskich uczelni [w:] Przegląd Lekarski 2005, 62, s. 342-350.
155. Szczyrba B.A, Trzcieniecka-Green A.: Porównanie używania alkoholu i innych środków psychoaktywnych przez studentów i roku pielęgniarstwa [w:] Zdrowie Publiczne 2004, 114 (2); s. 177-183.
156. Lisicki T.: Aktywność ruchowa studentów. Potrzeby społeczne – stan – warunki realizacji, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu , Gdańsk 2004, s. 26.
157. Zawadzka B, Leonardziak M, Mojecka A.: Styl życia młodzieży akademickiej miasta Kielce [w:] Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne 2004, nr 1 (428), s. 9-13.
158. Kliman A.: Zasięg i wzory używania substancji psychoaktywnych wśród studentów fizjoterapii; praca licencjacka (promotor A. Klimberg); Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2007.
159. Popiół E.: Zasięg i wzory używania substancji psychoaktywnych wśród studentów – analiza zjawiska; praca magisterska (promotor A. Klimberg), Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zakład Higieny; Poznań 2007.

160. Pach J i wsp.: Używanie substancji psychoaktywnych przez studentów w Nowym Sączu [w:] Przegląd Lekarski 2006, 63, 6, s. 385-392.
161. Krawczyk E, Satora L, Brzyski P.: Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez studentów polskich uczelni – wstępny raport z badania w ramach Sieci Uczelnie Wolne od Uzależnień, <http://www.oit.em-uj.krakow.pl/tresc.php?id=publikacje>; pobrano dnia: 26.11.2011.
162. [http://pl.wikinews.org/wiki/2005-04-15:\\_Uczelnie\\_wolne\\_od\\_uzale%C5%BCnie%C5%84](http://pl.wikinews.org/wiki/2005-04-15:_Uczelnie_wolne_od_uzale%C5%BCnie%C5%84); pobrano dnia: 18.02.2012.
163. Fijewski A.: Opinie i postawy studentów medycyny wobec kultury fizycznej i zdrowotnej [w:] Kultura Fizyczna 1998, s. 6-12.
164. Jabłoński P.: Badania nad używaniem środków psychoaktywnych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem województw: wielkopolskiego i łódzkiego, rozprawa doktorska (promotor prof. UM dr hab. Jerzy T. Marcinkowski), Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Zakład Higieny, Poznań 2009.
165. Zieliński A.: Studenci a środki psychoaktywne. Próba zmiany zachowań i postaw poprzez program edukacyjny [w:] Alkohol i Narkomania, 1996, 24 (3), s. 311-323.
166. Gerstenkorn A, Suwała M.: Problem medyczno-społeczny używania alkoholu w grupie przyszłych lekarzy [w:] Wiadomości Lekarskie 2003, LVI, 9-10, s. 402-406.
167. Ostaszewski K.: Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych [w:] Alkohol i Narkomania 2001, 14 (3), s. 402-403.
168. Raport z badania ankietowanego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów „Studenci 2004”: <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/24,Studenci-2004-raport-z-badania-ankietowego-na-temat-uzywania-substancji-psychoaktywnych-przez-studentow>; pobrano dnia: 30.04.2011.
169. Mellibruda J, Nikodemka S, Fronczyk K.: Używanie i nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez polskich studentów [w:] Medycyna Wieku Rozwojowego 2003, VII, 1, s. 135-155.
170. Stepień E.: Czynniki kontaktów z narkotykami w okresie dorastania do wczesnej dorosłości [w:] Alkohol i Narkomania 2001, 14 (3), s. 410-419.
171. Pietryka-Michałowska E, Wdowiak L, Dreher P.: Zachowania zdrowotne studentów akademii medycznej. Analiza spożycia alkoholu, palenia papierosów, zażywania narkotyków, picia kawy [w:] Zdrowie Publiczne 2004, 114 (4), s. 532-536.
172. Cierpiatowska L. (red.): Oblicza współczesnych uzależnień, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2008, s. 17-69.
173. [http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/palikota-wypali-w-sejmie-skreta-z-marihuana\\_223189.html](http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/palikota-wypali-w-sejmie-skreta-z-marihuana_223189.html); pobrano dnia: 18.02.2012.
174. <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artykul/tylko;5;procent;polskich;studentow;nie;pije;alkoholu,218,0,46298.html>; pobrano dnia: 18.02.2012.
175. <http://www.casacolombia.org>; pobrano dnia: 12.01.2011.
176. <http://alcoholism.about.com/cs/college/a/aa091097.htm>; pobrano dnia: 12.01.2011.
177. <http://www.alcohol-abuse-essentials.com>; pobrano dnia: 12.01.2011.
178. <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/37/2/109.full>; pobrano dnia: 12.01.2011.
179. Klimberg A, Marcinkowski J.T, Przybylski J.: Konsumpcja alkoholu i innych środków psychoaktywnych wśród studentów poszczególnych kierunków uniwersyteckich studiów medycznych. Część III. Przyczyny i okoliczności konsumpcji napojów alkoholowych oraz ich następstwa [w:] Problemy Higieny i Epidemiologii 2009, 90(1), s. 47-54.
180. Kopiel A.: Społeczne skutki nadużywania alkoholu [w:] Medycyna Ogólna 10, XXXIX, 1-2, s. 49-56.

181. Machel H.: Zjawiska patologii społecznej na tle polskiej zmiany ustrojowej [w:] Maroszek K. (red.): Zjawiska patologii społecznej w sporcie – materiały z konferencji organizowanej w dn. 6-7.06.1994 w Akademii Wychowania Fizycznego w Gdańsku, Gdańsk 1994, s. 5-7.
182. Wrona-Wolny W.: Uwarunkowania i funkcje spożywania alkoholu przez sportowców, Akademia Wychowania Fizycznego im. B. Czecha w Krakowie, Kraków 2007.
183. Wyniki badań „Studenci 2000”:  
[http://ww.parpa.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=241&Itemid=186;](http://ww.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=241&Itemid=186) data pobrania: 15.05.2011.
184. Kleszczewska E, Jaszczuk A, Szpakow A.: Badanie wiedzy oraz postaw wobec nałogu palenia papierosów wśród studentów wybranych kierunków w Polsce i na Białorusi [w:] Przegląd Lekarski 2008, 65, 10, s. 580-584.
185. Kowalska A, Rzeźnicki A, Stelmach W.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród młodzieży akademickiej pierwszych lat studiów [w:] Przegląd Lekarski 2009, 66, 10, s. 694-697.
186. Binkowska-Bury M, Chmiel-Połeć Z, Marć M, Januszewicz P.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów uczelni rzeszowskich [w:] Przegląd Lekarski 2007, 64, 10, s. 791-794.
187. Wojtal M, Kurpas D, Bielska D, Steciwko A, Wicha M.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu w latach 2006-2009 [w:] Przegląd Lekarski 2009, 66, 10, s. 702-704.
188. Wakefield M, Kloska D. D, O'Malley P.M.: The role of smoking intentions in predicting future smoking among youth: finding from Monitoring the Future data, Addiction 2004, 99, s. 914.
189. Brandys J, Panas M, Skowron A, Przybycień A.: Stan wiedzy studentów farmacji Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie o uzależnieniu od palenia papierosów [w:] Przegląd Lekarski 2009, 66, 10, s. 709-713.
190. Rzeźnicki A, Krupińska J, Stelmach W, Kowalska A.: Częstość palenia tytoniu wśród studentów ostatnich lat Wydziału Nauk o Zdrowiu [w:] Przegląd Lekarski 2007, 64, 10, s. 786-790.



## 12 SPIS TABEL

TAB. 1. CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO UZALEŻNIEŃ WŚRÓD KOBIET W POSZCZEGÓLNYCH OKRESACH ICH ŻYCIA [52, 53] .....	13
TAB. 2. MIEJSCE, CZAS PRZEPROWADZENIA BADAŃ ORAZ LICZBY ROZDANYCH I ZEBRANYCH ANKIET .....	31
TAB. 3. POZIOM ŚREDNICH MIESIĘCZNYCH DOCHODÓW ANKIETOWANYCH OSÓB (FORMA UPROSZCZONA) .....	34
TAB. 4. POZIOM WYKSZTAŁCENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW RESPONDENTÓW – PUNKTY PRZYZNAWANE ZA WYKSZTAŁCENIE KAŻDEGO Z RODZICÓW .....	35
TAB. 5. POZIOM WYKSZTAŁCENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW RESPONDENTÓW – USTALENIE PRZYDZIAŁU DO OSTATECZNYCH KATEGORII ODPOWIEDZI.....	35
TAB. 6. ZOBRAZOWANIE POJĘĆ „KLAS ODPOWIEDZI” I „KLAS RESPONDENTÓW” DLA PRZYKŁADOWEJ TABELI KONTYNGENCJI.....	36
TAB. 7. ILUSTRACJA PRZEKSZTAŁCEŃ TABEL KONTYNGENCJI (NA PRZYKŁADZIE TAB. 115) .....	38
TAB. 8. PŁEĆ RESPONDENTÓW.....	40
TAB. 9. WIEK BADANYCH OSÓB .....	41
TAB. 10. STAN CYWILNY RESPONDENTÓW .....	41
TAB. 11. MIEJSCE ZAMIESZKANIA ANKIETOWANYCH W CZASIE STUDIÓW .....	42
TAB. 12. UPROSZCZONA STRUKTURA DOCHODÓW ANKIETOWANYCH OSÓB .....	44
TAB. 13. POZIOM DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW BADANYCH OSÓB.....	45
TAB. 14. POZIOM WYKSZTAŁCENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW RESPONDENTÓW .....	45
TAB. 15. UCZELNIA, Z KTÓREJ REKRUTOWALI SIĘ ANKIETOWANI. ....	45
TAB. 16. POSTAWY WZGLĘDEM MOŻLIWOŚCI SPRÓBOWANIA KTÓREJKOLWIEK Z SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH OBJĘTYCH BADANAMI .....	48
TAB. 17. OCENA ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚRODOWISKU STUDENCKIM I POSTAWA WZGLĘDEM SPRÓBOWANIA TAKIEJ SUBSTANCJI – WG PŁCI .....	48
TAB. 18. ZNAJOMOŚĆ W ŚRODOWISKU STUDENCKIM OSÓB UŻYWAJĄCYCH SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE – WG PŁCI .....	49
TAB. 19. OCENA ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚRODOWISKU STUDENCKIM W TRAKCIE NAUKI I POSTAWA WZGLĘDEM SPRÓBOWANIA TAKIEGO ŚRODKA – PRZEZ OSOBY OTRZYMUJĄCE (T) I NIEOTRZYMUJĄCE (N) STYPENDIUM SOCJALNEGO.....	49
TAB. 20. OCENA ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚRODOWISKU STUDENCKIM PRZEZ OSOBY ZAMIESZKUJĄCE (T) ORAZ NIE ZAMIESZKUJĄCE (N) Z RODZICAMI.....	50
TAB. 21. KONTAKT Z OSOBAMI UŻYWAJĄCYMI SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W TRAKCIE NAUKI – WŚRÓD STUDENTÓW MIESZKUJĄCYCH SAMOTNIE (T) ORAZ WRAZ Z RODZICAMI (N) .....	50
TAB. 22. ZNAJOMOŚĆ OSÓB UŻYWAJĄCYCH SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE WŚRÓD STUDENTÓW MIESZKAJĄCYCH Z RODZICAMI (RT – TAK, RN – NIE) I SAMOTNIE (ST – TAK, SN – NIE).....	51
TAB. 23. POSTAWY WZGLĘDEM SPRÓBOWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WŚRÓD STUDENTÓW ZAMIESZKUJĄCYCH (ST) ORAZ NIEZAMIESZKUJĄCYCH (SN) SAMOTNIE I ZAMIESZKUJĄCYCH (RT) ORAZ NIEZAMIESZKUJĄCYCH (RN) Z RODZENSTWEM .....	51
TAB. 24. OCENA ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚRODOWISKU STUDENCKIM I POSTAWA WZGLĘDEM SPRÓBOWANIA TAKIEGO ŚRODKA – WG WIELKOŚCI MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKIWANIA .....	52
TAB. 25. ZNAJOMOŚĆ OSÓB UŻYWAJĄCYCH SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE WŚRÓD OSÓB ZAMIESZKAŁYCH W MIEJSCOWOŚCIACH RÓŻNEJ WIELKOŚCI.....	53
TAB. 26. ZNAJOMOŚĆ OSÓB UŻYWAJĄCYCH SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE WŚRÓD BADANYCH POCHODZĄCYCH Z RODZIN OSIĄGAJĄCYCH RÓŻNE DOCHODY .....	53
TAB. 27. POSTRZEGANIE PROBLEMU UZALEŻNIEŃ I CHĘĆ PRÓBOWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH -WŚRÓD BADANYCH POCHODZĄCYCH Z RODZIN OSIĄGAJĄCYCH RÓŻNE DOCHODY.....	54
TAB. 28. POSTRZEGANIE PROBLEMU UZALEŻNIEŃ W ŚRODOWISKU STUDENCKIM - WŚRÓD BADANYCH STUDIUJĄCYCH NA RÓŻNYCH UCZELNIACH .....	55
TAB. 29. ZNAJOMOŚĆ OSÓB UŻYWAJĄCYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WŚRÓD BADANYCH STUDIUJĄCYCH NA RÓŻNYCH UCZELNIACH. ....	55
TAB. 30. RODZAJ NAPOJU ALKOHOLOWEGO I DEKLAROWANA LICZBA PRZYPADKÓW JEGO SPOŻYWANIA NA PRZESTRZENI ROKU POPREDZAJĄCEGO BADANIE.....	56
TAB. 31. DEKLAROWANA PRZEZ BADANYCH LICZBA PRZYPADKÓW SPOŻYCIA NAPOJU ALKOHOLOWEGO W CZASIE MIESIĄCA POPREDZAJĄCEGO BADANIE.....	58
TAB. 32. RODZAJ I CZĘSTOTLIWOŚĆ PICIA NAPOJU ALKOHOLOWEGO - WG PŁCI.....	59
TAB. 33. PRZECIĘTNA ILOŚĆ NAJCZĘŚCIEJ WYPIJANEGO NAPOJU ALKOHOLOWEGO - WG PŁCI .....	60

TAB. 34. LICZBA PRZYPADKÓW WYPICIA DUŻEJ ILOŚCI ALKOHOŁU W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE - WG PŁCI.....	60
TAB. 35. CZĘSTOTLIWOŚĆ PICIA PIWA PRZEZ ANKIETOWANYCH OTRZYMUJĄCYCH (T) I NIEOTRZYMUJĄCYCH (N) STYPENDIUM SOCJALNE. .....	61
TAB. 36. CZĘSTOTLIWOŚĆ PICIA WINA PRZEZ ANKIETOWANYCH OTRZYMUJĄCYCH (T) I NIEOTRZYMUJĄCYCH (N) STYPENDIUM NAUKOWE.....	61
TAB. 37. RODZAJ I PRZECIĘTNA CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA NAPOJU ALKOHOŁOWEGO PRZEZ OSOBY MIESZKAJĄCE I NIEMIESZKAJĄCE ZE ZNAJOMYMI (ZT/ZN), Z RODZICAMI (RT/RN) ORAZ PARTNEREM LUB PARTNERKĄ (PT/PN) – NA PRZESTRZENI ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE.....	62
TAB. 38. LICZBA PRZYPADKÓW WYPICIA JEDNORAZOWO DUŻEJ ILOŚCI ALKOHOŁU W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE – WŚRÓD STUDENTÓW MIESZKAJĄCYCH I NIEMIESZKAJĄCYCH ZE ZNAJOMYMI (ZT/ZN) ORAZ Z RODZEŃSTWEM (RT/RN).....	62
TAB. 39. RODZAJ I CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA NAPOJU ALKOHOŁOWEGO - W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA POCHODZENIA ANKIETOWANYCH .....	63
TAB. 40. RODZAJ I PRZECIĘTNA ILOŚĆ NAJCZĘŚCIEJ WYPIJANEGO NAPOJU ALKOHOŁOWEGO - W ZALEŻNOŚCI OD MIEJSCA POCHODZENIA ANKIETOWANYCH .....	64
TAB. 41. RODZAJ I CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA NAPOJU ALKOHOŁOWEGO W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE - W ZALEŻNOŚCI OD DOCHODU BADANYCH .....	65
TAB. 42. LICZBA PRZYPADKÓW JEDNORAZOWEGO WYPICIA DUŻEJ ILOŚCI ALKOHOŁU W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE - W ZALEŻNOŚCI OD DOCHODÓW ANKIETOWANYCH.....	65
TAB. 43. RODZAJ I CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA NAPOJU ALKOHOŁOWEGO - W ZALEŻNOŚCI OD DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW ANKIETOWANYCH.....	66
TAB. 44. RODZAJ I PRZECIĘTNA ILOŚĆ NAJCZĘŚCIEJ WYPIJANEGO NAPOJU ALKOHOŁOWEGO - W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW RODZICÓW ANKIETOWANYCH.....	67
TAB. 45. RODZAJ I CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA NAPOJU ALKOHOŁOWEGO W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU WYKSZTAŁCENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW BADANYCH (P – PRZECIĘTNE, W – WYŻSZE OD PRZECIĘTNEGO) .....	68
TAB. 46. CZĘSTOTLIWOŚĆ PICIA PIWA ORAZ WINA - W ZALEŻNOŚCI OD UCZELNI, NA KTÓREJ STUDIUJĄ ANKIETOWANI .....	68
TAB. 47. PRZECIĘTNA ILOŚĆ NAJCZĘŚCIEJ WYPIJANEGO NAPOJU ALKOHOŁOWEGO - W ZALEŻNOŚCI OD UCZELNI, NA KTÓREJ STUDIUJĄ ANKIETOWANI.....	69
TAB. 48. LICZBA ANKIETOWANYCH, KTÓRZY UŻYLI JEDNEJ Z WSKAZANYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH WRAZ Z LICZBĄ PRZYPADKÓW ZAŻYCIA ŚRODKA (OZNACZENIA SUBSTANCJI WYJAŚNIONO POWYŻEJ).....	70
TAB. 49. WIEK ZAŻYCIA PO RAZ PIERWSZY SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ - Z PODZIAŁEM NA RODZAJ ŚRODKA (OZNACZENIA SUBSTANCJI WYJAŚNIONO POWYŻEJ).....	70
TAB. 50. ZESTAWIENIE PODSTAWOWYCH PARAMETRÓW STATYSTYCZNYCH BADANEJ PRÓBY W ODNIESIENIU DO WIEKU PIERWSZEGO ZAŻYCIA WSKAZANEJ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ (OZNACZENIA SUBSTANCJI WYJAŚNIONO POWYŻEJ) .....	71
TAB. 51. BADANIE STATYSTYCZNEJ ISTOTNOŚCI RÓŻNIC WARTOŚCI ŚREDNICH WIEKU PIERWSZEGO ZAŻYCIA WSKAZANEJ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ (OZNACZENIA SUBSTANCJI WYJAŚNIONO POWYŻEJ). .....	71
TAB. 52. BADANIE STATYSTYCZNEJ ISTOTNOŚCI RÓŻNIC WARTOŚCI ŚREDNICH WIEKU PIERWSZEGO ZAŻYCIA WSKAZANEJ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH. ....	72
TAB. 53. ZWIĄZEK ZAŻYWANIA JAKIEJKOLWIEK SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNEJ PRZEZ ANKIETOWANYCH Z BADANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI.....	73
TAB. 54. ZWIĄZEK ZAŻYWANIA POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH Z BADANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI.....	75
TAB. 55. LICZBA ANKIETOWANYCH, KTÓRZY UŻYLI JEDNEJ ZE WSKAZANYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W CIĄGU ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE.....	76
TAB. 56. LICZBA ANKIETOWANYCH, KTÓRZY ZAŻYVALI JEDNĄ ZE WSKAZANYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W CIĄGU MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE.....	77
TAB. 57. SPOŚÓB ZDOBYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ ANKIETOWANYCH.....	78
TAB. 58. MIEJSCA, W KTÓRYCH ANKIETOWANI NABYVALI SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE .....	78
TAB. 59. OSOBY, Z KTÓRYMI ANKIETOWANI PALILI MARIHUANĘ LUB HASZYSZ W CIĄGU ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE.....	80
TAB. 60. CZĘSTOTLIWOŚĆ ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W CELU WSPOMAGANIA PROCESU NAUKI W CIĄGU 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH BADANIE .....	81
TAB. 61. LICZBA PRZYPADKÓW WYSTĄPIENIA OKREŚLONYCH SYTUACJI U ANKIETOWANYCH W CIĄGU ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE I ZWIĄZEK TYCH SYTUACJI Z ZAŻYWIENIEM ALKOHOŁU ORAZ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH. ....	82
TAB. 62. ZWIĄZEK ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH Z WIELKOŚCIĄ MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKANIA ANKIETOWANYCH. ...	84

TAB. 63. POWODY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ZALEŻNOŚCI OD OSÓB, Z KTÓRYMI MIESZKAJĄ ANKIETOWANI ....	84
TAB. 64. POWODY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A WIELKOŚĆ MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKANIA ANKIETOWANYCH .....	85
TAB. 65. POWODY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A POZIOM DOCHODÓW RESPONDENTÓW .....	85
TAB. 66. PRZYCZYNY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A POZIOM DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW ANKIETOWANYCH .....	86
TAB. 67. ZAŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH „Z NUDÓW” A JAKOŚĆ WYKSZTAŁCENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW ANKIETOWANYCH .....	86
TAB. 68. PRZYCZYNY ZAŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH A UCZELNIA ANKIETOWANYCH .....	87
TAB. 69. ZWIĄZEK OKOLICZNOŚCI ZAŻYWANIA MARIHUANY LUB HASZYSZU Z WYBRANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI ...	87
TAB. 70. ZWIĄZEK POJAWIANIA SIĘ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA IMPREZACH, NA KTÓRE UCZĘSZCZAJĄ ANKIETOWANI, Z WYBRANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI.....	88
TAB. 71. DEKLAROWANY POZIOM TRUDNOŚCI W ZDOBYCIU WSKAZANYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ ANKIETOWANYCH (WYJAŚNIENIE OZNACZEŃ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEDSTAWIONO POWYŻEJ) .....	90
TAB. 72. DEKLAROWANY CZAS ZDOBYCIA PRZEZ RESPONDENTÓW POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH OBJĘTYCH BADANIEM (WYJAŚNIENIE OZNACZEŃ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEDSTAWIONO POWYŻEJ).....	91
TAB. 73. LICZBA PROPOZYCJI ZAŻYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH SKIEROWANYCH DO RESPONDENTÓW W CIĄGU ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE (WYJAŚNIENIE OZNACZEŃ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEDSTAWIONO POWYŻEJ). .....	93
TAB. 74. OPINIA ANKIETOWANYCH NA TEMAT FAKTU, CZY WSKAZANE SUBSTANCJE MOŻNA UZNAĆ ZA SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE (WYJAŚNIENIE OZNACZEŃ SUBSTANCJI PRZEDSTAWIONO POWYŻEJ). .....	94
TAB. 75. ZDANIE BADANYCH NA TEMAT MOŻLIWOŚCI DOPUSZCZENIA DO LEGALNEGO OBROTU WYBRANYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (WYJAŚNIENIE ICH OZNACZEŃ PRZEDSTAWIONO POWYŻEJ) .....	95
TAB. 76. OCENA PRZEZ RESPONDENTÓW WSKAZANYCH ZACHOWAŃ ZWIĄZANYCH Z PRZYJMOWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (OZNACZENIA ZACHOWAŃ WYJAŚNIONO POWYŻEJ) .....	96
TAB. 77. OCENA PRZEZ RESPONDENTÓW RYZYKA ZWIĄZANEGO Z PRZYJMOWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (OZNACZENIA ZACHOWAŃ WYJAŚNIONO POWYŻEJ) .....	99
TAB. 78. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (W UJĘCIU JAKOŚCIOWYM) W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI ANKIETOWANYCH .....	101
TAB. 79. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (W UJĘCIU ILOŚCIOWYM) W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI ANKIETOWANYCH .....	102
TAB. 80. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH (W UJĘCIU JAKOŚCIOWYM) W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU POBIERANIA PRZEZ ANKIETOWANYCH STYPENDIUM SOCJALNEGO .....	103
TAB. 81. CZAS ZDOBYCIA STERYDÓW ANABOLICZNYCH W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU POBIERANIA PRZEZ ANKIETOWANYCH STYPENDIUM SOCJALNEGO.....	103
TAB. 82. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W UJĘCIU JAKOŚCIOWYM W ZALEŻNOŚCI OD WARUNKÓW ZAMIESZKANIA RESPONDENTÓW (T= TAK, N = NIE) .....	104
TAB. 83. DEKLAROWANY CZAS ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ZALEŻNOŚCI OD WARUNKÓW ZAMIESZKANIA RESPONDENTÓW (T= TAK, N = NIE) .....	105
TAB. 84. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W UJĘCIU JAKOŚCIOWYM W ZALEŻNOŚCI OD WIELKOŚCI MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKANIA RESPONDENTÓW .....	106
TAB. 85. CZAS ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ZALEŻNOŚCI OD WIELKOŚCI MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKANIA RESPONDENTÓW .....	108
TAB. 86. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA STERYDÓW ANABOLICZNYCH W UJĘCIU JAKOŚCIOWYM W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW ANKIETOWANYCH.....	109
TAB. 87. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W UJĘCIU JAKOŚCIOWYM W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW RESPONDENTÓW .....	111
TAB. 88. CZAS ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW ANKIETOWANYCH .....	113
TAB. 89. STOPIEŃ TRUDNOŚCI ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W UJĘCIU JAKOŚCIOWYM W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW RESPONDENTÓW .....	113
TAB. 90. CZAS ZDOBYCIA LSD W ZALEŻNOŚCI OD JAKOŚCI WYKSZTAŁCENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW ANKIETOWANYCH .....	114
TAB. 91. CZAS ZDOBYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ZALEŻNOŚCI OD UCZELNI, NA KTÓREJ STUDIUJĄ BADANI.....	115
TAB. 92. ISTOTNE STATYSTYCZNE ZWIĄZKI POMIĘDZY WYBRANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI A ZACHOWANIAMIZWIĄZANYMI Z DYSTRYBUCJĄ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ ANKIETOWANYCH .....	115

TAB. 93. ISTOTNE STATYSTYCZNE ZWIĄZKI POMIĘDZY WYBRANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI A PROPONOWANIEM ANKIETOWANYM ZAŻYCIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH.....	116
TAB. 94. ISTOTNE STATYSTYCZNE ZWIĄZKI POMIĘDZY WYBRANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI A OPINIĄ BADANYCH NA TEMAT, CZY MARIHUANA JEST NARKOTYKIEM .....	117
TAB. 95. ZWIĄZKI POMIĘDZY WYBRANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI A OPINIĄ BADANYCH NA TEMAT, CZY WSKAZANE ŚRODKI MAJĄ CHARAKTER UZALEŻNIAJĄCY .....	118
TAB. 96. ZWIĄZKI POMIĘDZY WYBRANYMI CZYNNIKAMI SOCJODEMOGRAFICZNYMI A OPINIĄ BADANYCH NA TEMAT, CZY WSKAZANE ŚRODKI POWINNY BYĆ DOPUSZCZONE DO LEGALNEGO OBROTU .....	120
TAB. 97. OPINIE NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI ANKIETOWANYCH .....	121
TAB. 98. OPINIA NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD POBIERANIA PRZEZ ANKIETOWANYCH STYPENDIUM SOCJALNEGO.....	122
TAB. 99. OPINIA NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU MIESZKANIA Z RODZICAMI .....	122
TAB. 100. OPINIA NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU MIESZKANIA Z RODZEŃSTWEM .....	123
TAB. 101. OPINIA NA TEMAT WYPALANIA CO NAJMNIEJ PACZKI PAPIEROSÓW DZIENNIE W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU MIESZKANIA Z PARTNEREM LUB PARTNERKĄ.....	123
TAB. 102. OPINIA NA TEMAT UŻYWANIA HEROINY CODZIENNIE LUB PRAWIE CODZIENNIE W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU MIESZKANIA Z MĘŻEM LUB ŻONĄ .....	124
TAB. 103. OPINIA NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU MIESZKANIA SAMEMU .....	124
TAB. 104. OPINIA NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD WIELKOŚCI MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKANIA RESPONDENTÓW. ....	126
TAB. 105. OPINIA NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW BADANYCH .....	128
TAB. 106. OPINIA NA TEMAT WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW BADANYCH .....	129
TAB. 107. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI ANKIETOWANYCH .....	131
TAB. 108. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU ZAMIESZKIWANIA PRZEZ RESPONDENTÓW Z RODZICAMI .....	132
TAB. 109. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU ZAMIESZKIWANIA PRZEZ RESPONDENTÓW Z RODZEŃSTWEM .....	132
TAB. 110. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU ZAMIESZKIWANIA PRZEZ RESPONDENTÓW ZE ZNAJOMYMI, PRZYJACIÓŁMI .....	133
TAB. 111. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU ZAMIESZKIWANIA PRZEZ BADANYCH SAMEMU .....	134
TAB. 112. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD FAKTU ZAMIESZKIWANIA PRZEZ RESPONDENTÓW ZE ZNAJOMYMI, PRZYJACIÓŁMI .....	136
TAB. 113. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW BADANYCH .....	137
TAB. 114. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD POZIOMU DOCHODÓW RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW BADANYCH .....	138
TAB. 115. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD JAKOŚCI WYKSZTAŁCENIA RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW BADANYCH .....	139
TAB. 116. OCENA RYZYKA WSKAZANYCH ZACHOWAŃ W ZALEŻNOŚCI OD UCZELNI, NA KTÓREJ STUDIUJĄ BADANI.....	140
TAB. 117. PROWADZENIE PRZEZ RODZICÓW ROZMÓW DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ – WG PŁCI ANKIETOWANYCH, WIELKOŚCI MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKANIA I POZIOMU DOCHODU RODZICÓW .....	144
TAB. 118. ZALEŻNOŚĆ OPINII DOTYCZĄCYCH ZAANGAŻOWANIA UCZELNI W KAMPANIE INFORMACYJNE NA TEMAT SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH – WG PŁCI, WIELKOŚCI MIEJSCOWOŚCI ZAMIESZKIWANIA I UCZELNI BADANYCH.....	145
TAB. 119. ZALEŻNOŚĆ OPINII DOTYCZĄCYCH TWORZENIA NA UCZELNIACH PUNKTÓW INFORMACYJNYCH NA TEMAT SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH OD WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH.....	146
TAB. 120. DEKLAROWANE ISTNIENIE NA UCZELNI RESPONDENTÓW PUNKTU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ W ZALEŻNOŚCI OD WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH .....	148
TAB. 121. OPINIE BADANYCH NA TEMAT MOŻLIWOŚCI WYCIĄGANIA PRZEZ UCZELNIE KONSEKWENCJI W STOSUNKU DO STUDENTÓW ZAŻYWAJĄCYCH LUB DYSTRYBUUJĄCYCH NA ICH TERENIE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE.....	150

## 13 SPIS RYCIN

RYC. 1. EKRAN PROGRAMU DO OBLICZEŃ STATYSTYCZNYCH GRAPHPAD INSTAT DEMO.....	39
RYC. 2. ROK STUDIÓW ANKIETOWANYCH OSÓB.....	42
RYC. 3. OSOBY, Z KTÓRYMI MIESZKAJĄ BADANI W CZASIE STUDIÓW .....	43
RYC. 4. MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA ANKIETOWANYCH .....	44
RYC. 5. ISTNIENIE PROBLEMU UŻYWANIA SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W ŚRODOWISKU STUDENCKIM WEDŁUG ANKIETOWANYCH.....	46
RYC. 6. KONTAKT ANKIETOWANYCH W ŚRODOWISKU STUDENCKIM Z OSOBAMI UŻYWAJĄCYMI ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH.....	46
RYC. 7. KONTAKT ANKIETOWANYCH W SWOIM ŚRODOWISKU STUDENCKIM Z UŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH W TRAKCIE NAUKI DO EGZAMINU LUB KOLOKWIUM.....	47
RYC. 8. ILOŚĆ PIWA NAJCZĘŚCIEJ WYPIJANA JEDNORAZOWO PRZEZ BADANYCH – NA PRZESTRZENI 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH BADANIE .....	56
RYC. 9. ILOŚĆ WINA NAJCZĘŚCIEJ WYPIJANA JEDNORAZOWO PRZEZ BADANYCH – NA PRZESTRZENI 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH BADANIE .....	57
RYC. 10. ILOŚĆ WÓDKI NAJCZĘŚCIEJ WYPIJANA JEDNORAZOWO PRZEZ BADANYCH – NA PRZESTRZENI 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH BADANIE .....	57
RYC. 11. LICZBA PRZYPADKÓW SPOŻYCIA PIĘCIU LUB WIĘCEJ STANDARDOWYCH PORCJI ALKOHOLU – NA PRZESTRZENI MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE.....	58
RYC. 12. SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE, KTÓRE ZOSTAŁY ZAŻYTE PRZEZ ANKIETOWANYCH JAKO PIERWSZE. ....	76
RYC. 13. PRZYCZYNY SIĘGANIA PO SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE W CIĄGU OSTATNIEGO ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE .....	79
RYC. 14. OKOLICZNOŚCI PALENIA MARIHUANY LUB HASZYSZU NA PRZESTRZENI ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE .....	80
RYC. 15. WYSTĘPOWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH NA IMPREZACH, NA KTÓRYCH POJAWIAJĄ SIĘ RESPONDENCI. ....	83
RYC. 16. UDZIAŁ RESPONDENTÓW W DYSTRYBUCJI SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH (WYJAŚNIENIE OZNACZEŃ SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEDSTAWIONO POWYŻEJ).....	92
RYC. 17. OPINIA BADANYCH, CZY MARIHUANA JEST NARKOTYKIEM .....	93
RYC. 18. OCENA PRZEZ ANKIETOWANYCH PRÓBOWANIA POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH RAZ ALBO DWA RAZY (OZNACZENIA ZACHOWAŃ WYJAŚNIONO POWYŻEJ) .....	97
RYC. 19. OCENA PRZEZ ANKIETOWANYCH PRÓBOWANIA POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH OD CZASU DO CZASU (OZNACZENIA ZACHOWAŃ WYJAŚNIONO POWYŻEJ) .....	97
RYC. 20. OCENA PRZEZ ANKIETOWANYCH PRÓBOWANIA POSZCZEGÓLNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH CODZIENNIE LUB PRAWIE CODZIENNIE (OZNACZENIA ZACHOWAŃ WYJAŚNIONO POWYŻEJ).....	98
RYC. 21. DEKLARACJE ANKIETOWANYCH NA TEMAT PROWADZENIA Z RODZICAMI ROZMÓW O ZAŻYWANIU SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH.....	141
RYC. 22. DEKLARACJE STUDENTÓW ODNOŚNIE REALIZOWANIA PODCZAS ICH NAUKI W SZKOLE ŚREDNIEJ PROGRAMU PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ .....	141
RYC. 23. OPINIE STUDENTÓW DOTYCZĄCE ANGAŻOWANIA SIĘ UCZELNI WYŻSZYCH W REALIZACJĘ PROGRAMU PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ .....	142
RYC. 24. OPINIE STUDENTÓW ODNOŚNIE ZORGANIZOWANIA W UCZELNIACH PUNKTÓW INFORMACYJNYCH DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH .....	142
RYC. 25. ZETKNIĘCIE SIĘ STUDENTÓW Z REALIZACJĄ NA TERENIE UCZELNI PROGRAMÓW PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ - W CIĄGU ROKU POPRZEDZAJĄCEGO BADANIE.....	143
RYC. 26. WIEDZA RESPONDENTÓW O ISTNIENIU NA TERENIE ICH UCZELNI PUNKTU, W KTÓRYM UDZIELANE SĄ INFORMACJE I POMOC OSOBOM MAJĄCYM PROBLEMY SPOWODOWANE ZAŻYWANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH .....	143
RYC. 27. OPINIE ANKIETOWANYCH ODNOŚNIE PRAWA DO WYCIĄGANIA PRZEZ UCZELNIĘ KONSEKWENCJI WOBEC OSOBY, KTÓRA ZAŻYWA NA JEJ TERENIE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE .....	149
RYC. 28. OPINIE BADANYCH ODNOŚNIE PRAWA UCZELNI DO SKREŚLENIA Z LISTY STUDENTÓW OSOBY, KTÓRA DYSTRYBUUJE NA JEJ TERENIE SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE.....	149

Studenci 2004		
Wypełnia PBS		
<b>Q1. nazwisko ankietera</b> ..... .....	<b>Q2. numer ankietera</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Q3. Data realizacji</b>  _ _ _ _ / _ _ _ _ /04
<b>Q4. Miejscowość</b> ..... .....	<b>Q5. Kod</b>  _ _ _ _ I_ _  -  _ _ _ _  -  _ _	
<b>Q7. Uwagi</b> ..... .....		

Dane uzyskane przy pomocy niniejszego kwestionariusza mają charakter poufny i będą udostępniane wyłącznie w postaci zestawień zbiorczych. Dane nie będą prezentowane w odniesieniu do poszczególnych uczelni, ani też nie będą udostępniane uczelniom. Prosimy Cię o szczerą i w miarę możliwości, wyczerpującą odpowiedź.

W wielu pytaniach znajdziesz kategorie odpowiedzi – „inne”, jeżeli żadna z proponowanych przez nas możliwych odpowiedzi na dane pytanie nie będzie odpowiadała Twoim doświadczeniom, czy poglądom – skorzystaj z tej „opcji”. Wszędzie tam, gdzie w pytaniu nie jest wyraźnie napisane, że możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, możesz podać tylko jedną odpowiedź.

**UWAGA: Pytania 1 – 4 dotyczą następujących środków odurzających:**

1. kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne
2. marihuana lub haszysz
3. amfetamina (speed)
4. ecstasy
5. LSD
6. grzyby halucynogenne
7. crack
8. heroina (w tym „brown sugar”)
9. tzw. polska heroina, „kompot”
10. kokaina
11. sterydy anaboliczne
12. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające używane bez wskazań medycznych

<b>P1. Czy, Twoim zdaniem, zjawisko używania środków odurzających jest poważnym problemem w środowisku studenckim, czy też nie?</b>								<b>(p1)</b>
1. zdecydowanie tak								1
2. raczej tak								2
3. raczej nie								3
4. zdecydowanie nie								4
5. trudno powiedzieć								5
<b>P2. Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z osobami, które używają środków odurzających?</b>								<b>(p2)</b>
1. znam osobiście taką osobę/takie osoby								1
2. widuję osoby, które używają środki odurzające, ale nie znam ich osobiście								2
3. słyszał(a)em tylko o takich osobach								3
4. nie znam takich osób								4
5. trudno powiedzieć								5
<b>P3. Czy zetknąłeś/aś się w swoim środowisku studenckim z używaniem środków odurzających w trakcie nauki do egzaminu lub kolokwium?</b>								<b>(p3)</b>
1. znam osobiście taką osobę/takie osoby								1
2. widuję osoby, które używają środki odurzające, ale nie znam ich osobiście								2
3. słyszał(a)em tylko o takich osobach								3
4. nie znam takich osób								4
5. trudno powiedzieć								5
<b>P4. Czy kiedykolwiek miałeś/aś ochotę spróbować któregoś z środków wymienionych w tabeli na stronie 1?</b>								<b>(p4)</b>
1. zdecydowanie tak								1
2. raczej tak								2
3. raczej nie								3
4. zdecydowanie nie								4
5. trudno powiedzieć								5
<b>P5. Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się pić jakiś napój alkoholowy, tzn. piwo, wino, wódkę lub inny napój spirytusowy w czasie ostatnich <u>12 miesięcy</u>? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>								<b>(p5)</b>
	Nie piłem	1-2 razy	3-5 razy	6-9 razy	10-19 razy	20-39 razy	40 razy lub więcej	
1. Piwo	1	2	3	4	5	6	7	(p5_1)
2. Wino	1	2	3	4	5	6	7	(p5_2)
3. Wódka (koniak, whisky, itp.)	1	2	3	4	5	6	7	(p5_3)
<b>P6. Proszę powiedzieć, ile zwykle wypijałeś/eś piwa w ciągu ostatnich <u>12 miesięcy</u> przy jednej okazji?</b>								<b>(p6)</b>
1. Nigdy nie piłam/em piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy								1
2. Mniej niż jedną zwykłą butelkę lub puszkę (poniżej 0,5 litra)								2
3. 1-2 typowe butelki lub puszki (powyżej 0,5 do 1 litra)								3
4. 3-4 typowe butelki lub puszki (powyżej 1 litra do 2 litrów)								4
5. więcej niż 4 typowe butelki lub puszki (powyżej 2 litrów)								5

<b>P7. Proszę powiedzieć, ile zwykle wypijałaś/eś wina, szampana w ciągu ostatnich <u>12 miesięcy</u> przy jednej okazji?</b>								<b>(p7)</b>
1. Nigdy nie piłam/em wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy								1
2. Mniej niż jeden kieliszek (poniżej 100 gram)								2
3. 1-3 kieliszków (od 100 gram do 300 gram)								3
4. Więcej niż 3 kieliszki, ale mniej niż butelkę (od 300 gram do 750 gram)								4
5. Butelkę lub więcej (750 gram lub więcej)								5
<b>P8. Proszę powiedzieć, ile zwykle wypijałaś/eś wódki lub innego napoju spirytusowego w ciągu ostatnich <u>12 miesięcy</u> przy jednej okazji?</b>								<b>(p8)</b>
1. Nigdy nie piłam/em wódki w ciągu ostatnich 12 miesięcy								1
2. Mniej niż jeden kieliszek (poniżej 50 gram)								2
3. 1-2 kieliszki (powyżej 50 gram do 100 gram)								3
4. 3-5 kieliszków (powyżej 100 gram do 250 gram)								4
5. Więcej niż 5 kieliszków (250 gram lub więcej)								5
<b>P9. Ile razy (jeśli w ogóle) zdarzyło Ci się pić jakiś napój alkoholowy, tzn. piwo, wino, wódkę lub inny napój spirytusowy w czasie ostatnich <u>30 dni</u>? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>								
	Nie piłam	1-2 razy	3-5 razy	6-9 razy	10-19 razy	20-39 razy	40 razy lub więcej	
1. Piwo	1	2	3	4	5	6	7	(p9_1)
2. Wino	1	2	3	4	5	6	7	(p9_2)
3. Wódka (koniak, whisky, itp.)	1	2	3	4	5	6	7	(p9_3)
<b>P10. Ile razy (jeśli w ogóle) w ciągu ostatnich <u>30 dni</u> wypileś(aś) pięć lub więcej "drinków" z rzędu? ("Drink" oznacza tu kieliszek wina, butelkę piwa, mały kieliszek wódki lub innego napoju spirytusowego, albo szklanek niskoprocentowego koktajlu).</b>								<b>(p10)</b>
1. Ani razu								1
2. 1 raz								2
3. 2 razy								3
4. 3-5 razy								4
5. 6-9 razy								5
6. 10 lub więcej razy								6

<b>P11. Czy zdarzyło Ci się użyć któryś z poniżej wymienionych środków, a jeśli tak, to ile miałeś/eś lat, kiedy użyłeś/aś go po raz pierwszy i ile razy ci się to zdarzyło w ciągu całego życia? Wpisz liczbę lat w kolumnie „po raz pierwszy w wieku” oraz podaj ile razy ci się to zdarzyło zażyć każdy środek w ciągu całego życia.</b>								<b>(p11)</b>	
Nazwa substancji	po raz pierwszy w wieku ...	Nigdy	1-2 razy	3-5 razy	6-9 razy	10-19 razy	20-39 razy	40 i więcej razy	
1. kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne		1	2	3	4	5	6	7	(p11_1)



2. marihuana lub haszysz		1	2	3	4	5	6	7	(p11_2)
3. amfetamina (speed)		1	2	3	4	5	6	7	(p11_3)
4. ecstasy		1	2	3	4	5	6	7	(p11_4)
5. LSD		1	2	3	4	5	6	7	(p11_5)
6. grzyby halucynogenne		1	2	3	4	5	6	7	(p11_6)
7. crack		1	2	3	4	5	6	7	(p11_7)
8. heroina (w tym „brown sugar”)		1	2	3	4	5	6	7	(p11_8)
9. tzw. polska heroina, „kompot”		1	2	3	4	5	6	7	(p11_9)
10. kokaina		1	2	3	4	5	6	7	(p11_10)
11. sterydy anaboliczne		1	2	3	4	5	6	7	(p11_11)
12. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (podaj nazwę) .....		1	2	3	4	5	6	7	(p11_12)
13. inny środek (podaj nazwę) .....		1	2	3	4	5	6	7	(p11_13)

**JEŻELI NIE ZDARZYŁO CI SIĘ NIGDY UŻYWAĆ ŻADNEGO SPOŚRÓD WYMIENIONYCH ŚRODKÓW PRZEJDŹ DO PYTANIA 23**

<b>P12. Jaki to był pierwszy środek, którego spróbowałeś(aś)?</b>	<b>(p12)</b>
1. kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne	1
2. marihuana lub haszysz	2
3. amfetamina (speed)	3
4. ecstasy	4
5. LSD	5
6. grzyby halucynogenne	6
7. crack	7
8. heroina (w tym „brown sugar”)	8
9. tzw. polska heroina, „kompot”	9
10. kokaina	10
11. sterydy anaboliczne	11
12. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (podaj nazwę) .....	12
13. inny środek (podaj nazwę) .....	13
<b>P13. W jaki sposób zdobyłeś/aś pierwszy środek odurzający, który użyłeś/aś?</b>	<b>(p13)</b>
1. dostałem/am od kogoś z rodziny	1
2. dostałem/am od znajomej/znajomego	2
3. dostałem/am od obcej osoby	3
4. kupiłem/am od kogoś z rodziny	4

5. kupiłem/am od znajomej/znajomego								5
6. kupiłem/am od obcej osoby								6
7. inny sposób, (jaki?) .....								7
<b>P14. Czy zdarzyło Ci się używać w ciągu ostatnich <u>12 miesięcy</u> któregoś z poniżej wymienionych środków, a jeśli tak to ile razy ? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>								<b>(p14)</b>
<b>Nazwa substancji</b>	<b>nigdy</b>	<b>1-2 razy</b>	<b>3-5 razy</b>	<b>6-9 razy</b>	<b>10-19 razy</b>	<b>20-39 razy</b>	<b>40 i więcej razy</b>	
1. kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wżewne	1	2	3	4	5	6	7	(p14_1)
2. marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	6	7	(p14_2)
3. amfetamina (speed)	1	2	3	4	5	6	7	(p14_3)
4. ecstasy	1	2	3	4	5	6	7	(p14_4)
5. LSD	1	2	3	4	5	6	7	(p14_5)
6. grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5	6	7	(p14_6)
7. crack	1	2	3	4	5	6	7	(p14_7)
8. heroina (w tym „brown sugar”)	1	2	3	4	5	6	7	(p14_8)
9. tzw. polska heroina, „kompot”	1	2	3	4	5	6	7	(p14_9)
10. kokaina	1	2	3	4	5	6	7	(p14_10)
11. sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5	6	7	(p14_11)
12. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (podaj nazwę) .....	1	2	3	4	5	6	7	(p14_12)
13. inny środek (podaj nazwę) .....	1	2	3	4	5	6	7	(p14_13)

**JEŻELI NIE ZDARZYŁO CI SIĘ UŻYWAĆ ŻADNEGO SPOŚRÓD WYMIENIONYCH ŚRODKÓW W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY PRZEJDŹ DO PYTANIA 23**

<b>P15. W jaki sposób zazwyczaj wchodziłeś/aś w posiadanie środków odurzających w ciągu ostatnich <u>12 miesięcy</u>? (Możesz zaznaczyć nie więcej niż jedną odpowiedź)</b>	<b>(p15)</b>
1. dostawałem/am od kogoś z rodziny	1
2. dostawałem/am od znajomej/znajomego	2
3. dostawałem/am od obcej osoby	3
4. kupowałem/am od kogoś z rodziny	4
5. kupowałem/am od znajomej/znajomego	5

6. kupowałem/am od obcej osoby			6
7. inny sposób, (jaki?) .....			7
<b>P16. Gdzie zazwyczaj zaopatrywałeś/aś się w środki odurzające w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (Możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)</b>			<b>(p16)</b>
1. w aptece, w sklepie			1
2. na ulicy, w parku, na dworcu, w metrze			2
3. na klatkach schodowych			3
4. na uczelni			4
5. w akademiku, domu/hotelu studenckim			5
6. w miejscu pracy			6
7. w pubie, na dyskotecce, w klubie studenckim			7
8. na imprezie, prywatce			8
9. w mieszkaniu dealera			9
10. inne miejsce, (jakie?) .....			10
<b>P17. Z jakich powodów sięgałeś/aś zazwyczaj po środki odurzające? Odnies się tu do wszystkich sytuacji, które zdarzyły się w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>			<b>(p17)</b>
Biorąc pod uwagę wszystkie sytuacje, w których korzystała(e)m ze środków odurzających, zdarzało się to zazwyczaj	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>	
1. dla przyjemności	1	2	(p17_1)
2. dla relaksu, wyluzowania, odprężenia	1	2	(p17_2)
3. aby przeżyć coś niezwykłego	1	2	(p17_3)
4. aby nie odstawać od grupy	1	2	(p17_4)
5. żeby zwrócić na siebie uwagę otoczenia	1	2	(p17_5)
6. aby dodać sobie odwagi w kontaktach z innymi	1	2	(p17_6)
7. bo musiałem/am się czegoś nauczyć/szybko nauczyć	1	2	(p17_7)
8. żeby mieć więcej energii do zabawy	1	2	(p17_8)
9. chciałem/am zapomnieć o problemach	1	2	(p17_9)
10. żeby nie spać	1	2	(p17_10)
11. żeby mniej jeść	1	2	(p17_11)
12. nie miałem/am nic innego do roboty, z nudów	1	2	(p17_12)
13. inne powody (wpisz, jakie?) .....	1	2	(p17_13)

.....					
14. nie pamiętam powodów	1	2		(p17_14)	
<b>P18. W jakich okolicznościach zdarzało Ci się zazwyczaj palić marihuanę lub haszysz w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu. Jeżeli w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie paliłeś marihuany lub haszyszu pomini to pytanie i przejdź do pytania 20.</b>				<b>(p18)</b>	
<b>Okoliczności</b>	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>			
1. podczas imprez domowych	1	2		(p18_1)	
2. podczas imprez w akademiku	1	2		(p18_2)	
3. w barach/pubach	1	2		(p18_3)	
4. w klubach/dyskotekach/na koncertach	1	2		(p18_4)	
5. gdy byłem(a)m sam(a) w domu/akademiku	1	2		(p18_5)	
6. na świeżym powietrzu (park, ulica)	1	2		(p18_6)	
7. w trakcie przybywania na uczelni	1	2		(p18_7)	
<b>P19. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zazwyczaj paliłeś/aś marihuanę lub haszysz sam/a, czy też w towarzystwie innych osób?</b>				<b>(p19)</b>	
1. Zazwyczaj sam/a				1	
2. Czasem sam/a, czasem w towarzystwie innych osób				2	
3. Zazwyczaj w towarzystwie innych osób				3	
4. Trudno powiedzieć				4	
<b>P20. Niektóre środki odurzające zażywa się, aby łatwiej było się czegoś nauczyć. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzało Ci się sięgać po środki odurzające z takiego powodu? Podaj jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>				<b>(p20)</b>	
<b>Okoliczności</b>	<b>Wpisz ile razy</b>				
1. w trakcie roku akademickiego	I _____ I			(p20_1)	
2. w trakcie sesji egzaminacyjnej	I _____ I			(p20_2)	
<b>P21. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zdarzyła Ci się jedna z następujących sytuacji. W każdym wierszu możesz zaznaczyć kilka odpowiedzi.</b>				<b>(p21)</b>	
<b>Opis sytuacji:</b>	Nie	Tak, pod wpływem środków odurzających	Tak, pod wpływem alkoholu	Tak, w innych okolicznościach	
1. prowadziłeś/aś samochód	1	2	3	4	(p21_1)
2. miałeś/aś niechciane doświadczenia seksualne	1	2	3	4	(p21_2)
3. nie pamiętałeś/aś gdzie byłeś/aś i co robiłeś/aś	1	2	3	4	(p21_3)
4. zostałeś/aś okradziony/a	1	2	3	4	(p21_4)
5. uległeś/aś wypadkowi doznając urazów fizycznych	1	2	3	4	(p21_5)
6. brałeś/aś udział w przepychance, bójce	1	2	3	4	(p21_6)
7. zostałeś/aś pobity/a	1	2	3	4	(p21_7)

8. twój stan zdrowia wymagał natychmiastowej interwencji medycznej	1	2	3	4				(p21_8)
9. byłeś/aś ofiarą przestępstwa na tle seksualnym	1	2	3	4				(p21_9)
10. wszedłeś/aś w kolizję z prawem	1	2	3	4				(p21_10)
11. zostałeś/aś aresztowany(a)/spisany(a) przez policję	1	2	3	4				(p21_11)
12. próbowałeś/aś popełnić samobójstwo	1	2	3	4				(p21_12)
13. zdawać egzamin	1	2	3	4				(p21_13)
14. zdawać kolokwium	1	2	3	4				(p21_14)
15. być na zajęciach/wykładzie	1	2	3	4				(p21_15)
<b>P22. Czy zdarzyło Ci się używać w ciągu ostatnich <u>30 dni</u> któregoś z poniżej wymienionych środków, a jeśli tak to ile razy? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>								<b>(p22)</b>
<b>Nazwa substancji</b>	<b>nigdy</b>	<b>1-2 razy</b>	<b>3-5 razy</b>	<b>6-9 razy</b>	<b>10-19 razy</b>	<b>20-39 razy</b>	<b>40 i więcej razy</b>	
1. kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wżewne	1	2	3	4	5	6	7	(p22_1)
2. marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	6	7	(p22_2)
3. amfetamina (speed)	1	2	3	4	5	6	7	(p22_3)
4. ecstasy	1	2	3	4	5	6	7	(p22_4)
5. LSD	1	2	3	4	5	6	7	(p22_5)
6. grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5	6	7	(p22_6)
7. crack	1	2	3	4	5	6	7	(p22_7)
8. heroina (w tym „brown sugar”)	1	2	3	4	5	6	7	(p22_8)
9. tzw. polska heroina, „kompot”	1	2	3	4	5	6	7	(p22_9)
10. kokaina	1	2	3	4	5	6	7	(p22_10)
11. sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5	6	7	(p22_11)
12. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (podaj nazwę) .....	1	2	3	4	5	6	7	(p22_12)
13. inny środek (podaj nazwę) .....	1	2	3	4	5	6	7	(p22_13)

<b>P23. Czy na imprezach, na których bywasz:</b>							<b>(p23)</b>	
1. zawsze pojawiają się środki odurzające							1	
2. bardzo często pojawiają się środki odurzające							2	
3. często pojawiają się środki odurzające							3	
4. rzadko pojawiają się środki odurzające							4	
5. bardzo rzadko pojawiają się środki odurzające							5	
6. w ogóle nie pojawiają się środki odurzające							6	
7. w ogóle nie chodzę na imprezy							7	
<b>P24. Jak sądzisz, gdybyś chciał(a) zdobyć każdą z następujących substancji, to jak trudne byłoby to dla Ciebie? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>							<b>(p24)</b>	
<b>Nazwa substancji</b>	Niemo- -żliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem		
1. marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	6	(p24_1)	
2. amfetamina (speed)	1	2	3	4	5	6	(p24_2)	
3. ecstasy	1	2	3	4	5	6	(p24_3)	
4. LSD	1	2	3	4	5	6	(p24_4)	
5. grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5	6	(p24_5)	
6. crack	1	2	3	4	5	6	(p24_6)	
7. heroina (w tym „brown sugar”)	1	2	3	4	5	6	(p24_7)	
8. tzw. polska heroina, „kompot”	1	2	3	4	5	6	(p24_8)	
9. kokaina	1	2	3	4	5	6	(p24_9)	
10. sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5	6	(p24_10)	
11. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (podaj nazwę) .....	1	2	3	4	5	6	(p24_11)	
12. inny środek (podaj nazwę) .....	1	2	3	4	5	6	(p24_12)	
<b>P25. Jak myślisz, ile czasu potrzebował(a)byś na zdobycie następujących środków odurzających? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>							<b>(p25)</b>	
<b>Nazwa substancji</b>	Jedną godzi- nę lub mniej	kilka godzin	jeden dzień	kilka dni	tydzień lub więcej	w ogóle nie mógłby m/abym zdobyć	Nie wiem	
1. marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5	6	7	(p25_1)
2. amfetamina (speed)	1	2	3	4	5	6	7	(p25_2)
3. ecstasy	1	2	3	4	5	6	7	(p25_3)
4. LSD	1	2	3	4	5	6	7	(p25_4)
5. grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5	6	7	(p25_5)
6. crack	1	2	3	4	5	6	7	(p25_6)
7. heroina (w tym „brown sugar”)	1	2	3	4	5	6	7	(p25_7)

8. tzw. polska heroina, „kompot”	1	2	3	4	5	6	7	(p25_8)
9. kokaina	1	2	3	4	5	6	7	(p25_9)
10. sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5	6	7	(p25_10)
11. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (podaj nazwę) .....	1	2	3	4	5	6	7	(p25_11)
12. inny środek (podaj nazwę).....	1	2	3	4	5	6	7	(p25_12)

<b>P26. Czy zdarzyło Ci się w ciągu ostatnich 12 miesięcy, że: (zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu)</b>				<b>(p26)</b>
	Tak	Nie	Nie pamiętam	
1.skontaktowałeś/aś kogoś z osobą, która miała dostęp do środków odurzających	1	2	3	(p26_1)
2.częstowałeś/aś kogoś środkiem odurzającym	1	2	3	(p26_2)
3.sprzedawałeś/aś komuś środek odurzający	1	2	3	(p26_3)

<b>P27. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy ktokolwiek proponował Ci któryś z następujących środków odurzających niezależnie, od tego czy skorzystałeś z tej propozycji, czy też nie? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>			<b>(p27)</b>
<b>Nazwa substancji</b>	Tak	Nie	
1. kleje, rozpuszczalniki i inne substancje wziewne	1	2	(p27_1)
2. marihuana lub haszysz	1	2	(p27_2)
3. amfetamina (speed)	1	2	(p27_3)
4. ecstasy	1	2	(p27_4)
5. LSD	1	2	(p27_5)
6. grzyby halucynogenne	1	2	(p27_6)
7. crack	1	2	(p27_7)
8. heroina (w tym „brown sugar”)	1	2	(p27_8)
9. tzw. polska heroina, „kompot”	1	2	(p27_9)
10. kokaina	1	2	(p27_10)
11. sterydy anaboliczne	1	2	(p27_11)
12. wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające bez wskazań medycznych (podaj nazwę).....	1	2	(p27_12)
13. inny środek (podaj nazwę).....	1	2	(p27_13)

<b>P28. Czy uważasz, że marihuana jest narkotykiem, czy też nie?</b>		<b>(p28)</b>
1. tak, jest narkotykiem	1	

2. nie, nie jest narkotykiem						2
3. trudno powiedzieć						3
<b>P29. Czy uważasz następujące środki za uzależniające, czy też nie?</b>						<b>(p29)</b>
<b>Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>						
Nazwa substancji	zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć	
1. marihuana	1	2	3	4	5	(p29_1)
2. amfetamina (speed)	1	2	3	4	5	(p29_2)
3. ecstasy	1	2	3	4	5	(p29_3)
4. heroina (w tym „brown sugar”)	1	2	3	4	5	(p29_4)
5. tytoń	1	2	3	4	5	(p29_5)
6. alkohol	1	2	3	4	5	(p29_6)
7. kawa	1	2	3	4	5	(p29_7)
<b>30. Czy w Polsce powinno być dozwolone używanie któregoś z następujących środków?</b>						<b>(p30)</b>
<b>Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>						
Nazwa substancji	zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć	
1. marihuana	1	2	3	4	5	(p30_1)
2. amfetamina (speed)	1	2	3	4	5	(p30_2)
3. heroina (w tym „brown sugar”)	1	2	3	4	5	(p30_2)

<b>P31. Jakbyś ocenił następujące zachowanie w swoim środowisku studenckim? Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.</b>						<b>(p31)</b>
	Zdecydowanie potępił	raczej potępił	raczej nie potępił	zdecydowanie nie potępił	Trudno powiedzieć	
1. palenie papierosów od czasu do czasu	1	2	3	4	5	(p31_1)
2. wypalanie co najmniej paczki papierosów dziennie	1	2	3	4	5	(p31_2)
3. picie alkohol raz-dwa razy na rok	1	2	3	4	5	(p31_3)
4. picie alkoholu kilka razy w miesiącu	1	2	3	4	5	(p31_4)
5. picie alkoholu codziennie lub prawie codziennie	1	2	3	4	5	(p31_5)
6. upijanie się od czasu do czasu	1	2	3	4	5	(p31_6)
7. upijanie się codziennie lub prawie codziennie	1	2	3	4	5	(p31_7)
8. spróbowanie marihuany lub haszyszu raz-dwa razy	1	2	3	4	5	(p31_8)
9. palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu	1	2	3	4	5	(p31_9)
10. palenie marihuany lub haszyszu codziennie/prawie codziennie	1	2	3	4	5	(p31_10)
11. spróbowanie amfetaminy raz-dwa razy	1	2	3	4	5	(p31_11)



12. używanie amfetaminy od czasu do czasu	1	2	3	4	5	(p31_12)
13. używanie amfetaminy codziennie/prawie codziennie	1	2	3	4	5	(p31_13)
14. spróbowanie heroiny raz-dwa razy	1	2	3	4	5	(p31_14)
15. używanie heroiny od czasu do czasu	1	2	3	4	5	(p31_15)
16. używanie heroiny codziennie/prawie codziennie	1	2	3	4	5	(p31_16)

**P32. Jak bardzo Twoim zdaniem ludzie ryzykują, że sobie zaszkodzą (zdrowotnie lub w inny sposób), jeśli: Zaznacz jedną odpowiedź w każdym wierszu.**

**(p32)**

	Nie ma ryzyka	Małe ryzyko	Umiarkowane ryzyko	Duże ryzyko	Trudno powiedzieć	
1. Palą papierosy od czasu do czasu	1	2	3	4	5	(p32_1)
2. Palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	1	2	3	4	5	(p32_2)
3. Wypijają jeden lub dwa "drinki" prawie codziennie	1	2	3	4	5	(p32_3)
4. Wypijają cztery lub pięć "drinków" prawie codziennie	1	2	3	4	5	(p32_4)
5. Wypijają pięć lub więcej "drinków" 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	1	2	3	4	5	(p32_5)
6. Próbuje marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	(p32_6)
7. Palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	1	2	3	4	5	(p32_7)
8. Palą marihuanę lub haszysz regularnie	1	2	3	4	5	(p32_8)
9. Próbuje ecstasy 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	(p32_9)
10. Używają ecstasy regularnie	1	2	3	4	5	(p32_10)
11. Próbuje heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	(p32_11)
12. Używają heroiny regularnie	1	2	3	4	5	(p32_12)
13. Próbuje kokainy lub crack 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	(p32_13)
14. Używają kokainy lub crack regularnie	1	2	3	4	5	(p32_14)
15. Próbuje amfetaminy 1 raz lub 2 razy w życiu						(p32_15)
16. Używają amfetaminy regularnie	1	2	3	4	5	(p32_16)
17. Zażywają regularnie leki uspokajające i nasenne bez wskazań lekarskich	1	2	3	4	5	(p32_17)

**P33. Czy rodzice/opiekunowie kiedykolwiek rozmawiali z Tobą na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania?**

**(p33)**

1. tak
2. nie

1  
2

3. nie pamiętam	3
<b>P34. Czy kiedykolwiek w Twojej szkole średniej przekazywano informacje na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania?</b>	<b>(p34)</b>
1. tak	1
2. nie	2
3. nie pamiętam	3
<b>P35. Czy uczelnie wyższe powinny angażować się w kampanie informacyjne na temat środków odurzających i konsekwencji ich używania, czy też nie?</b>	<b>(p35)</b>
1. zdecydowanie powinny się angażować	1
2. raczej powinny się angażować	2
3. raczej nie powinny się angażować	3
4. zdecydowanie nie powinny się angażować	4
5. trudno powiedzieć	5
<b>P36. Czy uważasz, że na terenie uczelni wyższych powinny zostać zorganizowane punkty, w których udzielano by informacji i pomocy osobom mającym problem ze środkami odurzającymi lub alkoholem?</b>	<b>(p36)</b>
1. zdecydowanie tak	2
2. raczej tak	3
3. raczej nie	4
4. zdecydowanie nie	5
5. trudno powiedzieć	
<b>P37. Czy władze uczelni powinny mieć prawo wyciągania jakichkolwiek konsekwencji wobec osoby, która zażywa na terenie uczelni środki odurzających, czy też nie?</b>	<b>(p37)</b>
1. zdecydowanie powinny mieć takie prawo	1
2. raczej powinny mieć takie prawo	2
3. raczej nie powinny mieć takiego prawa	3
4. zdecydowanie nie powinny mieć takiego prawa	4
5. trudno powiedzieć	5
<b>P38. Czy władze uczelni powinny mieć prawo skreślenia z listy studentów osoby, która sprzedawała lub rozdawała na terenie uczelni środki odurzające, czy też nie?</b>	<b>(p38)</b>
1. zdecydowanie powinny mieć takie prawo	1
2. raczej powinny mieć takie prawo	2
3. raczej nie powinny mieć takiego prawa	3
4. zdecydowanie nie powinny mieć takiego prawa	4
5. trudno powiedzieć	5
<b>P39. Czy w ciągu ostatnich <u>12 miesięcy</u> zetknąłeś/aś się na terenie swojej uczelni z jakąkolwiek akcją związaną z zapobieganiem używaniu środków odurzających?</b>	<b>(p39)</b>
1. tak	1
2. nie	2
3. trudno powiedzieć	3
<b>P40. Czy na terenie Twojej uczelni działa punkt, w którym udzielane są informacje i pomoc osobom mającym problem ze środkami odurzającymi lub alkoholem?</b>	<b>(p40)</b>
1. tak	1
2. nie	2
3. trudno powiedzieć	3

## METRYCZKA

<b>M1. Płeć:</b>		<b>(m1)</b>	
1. kobieta		1	
2. mężczyzna		2	
<b>M2. Wiek (ukończony):</b>		<b>(m2)</b>	
lat			
<b>M3. Stan cywilny:</b>		<b>(m3)</b>	
1. kawaler/panna		1	
2. żonaty/mężatka		2	
3. rozwiedziony/rozwiedziona		3	
4. wdowiec/wdowa		4	
<b>M4. Czy posiadasz dzieci?</b>		<b>(m4)</b>	
1. tak, liczba .....		1	
2. nie		2	
<b>M5. Obecnie studiuję:</b>		<b>(m5)</b>	
1. rok studiów .....			
2. tryb studiów:			
a. dzienne			
b. wieczorowe			
3. czy otrzymujesz obecnie stypendium socjalne:			
a. tak			
b. nie			
4. czy otrzymujesz obecnie stypendium naukowe:			
a. tak			
b. nie			
<b>M6. Obecne miejsce zamieszkania w czasie studiów:</b>		<b>(m6)</b>	
1. dom rodzinny		1	
2. akademik		2	
3. stancja		3	
4. mieszkanie wynajmowane/użyczane		4	
5. mieszkanie własne		5	
6. inne		6	
.....			
<b>M7. Z kim obecnie mieszkasz w czasie studiów?</b>	<b>tak</b>	<b>nie</b>	<b>(m7)</b>
1. z rodzicami	1	2	(m7_1)
2. z rodzeństwem	1	2	(m7_2)
3. z partnerem/partnerką	1	2	(m7_3)
4. z żoną/ mężem	1	2	(m7_4)
5. ze znajomymi, przyjaciółmi	1	2	(m7_5)
6. mieszkałem(am) sam(a)	1	2	(m7_6)
<b>M8. Miejsce stałego zamieszkania/pochodzenia</b>		<b>(m6)</b>	
1. wieś		1	
2. miasto do 5 tys. mieszkańców		2	
3. miasto od 5 do 50 tys. mieszkańców		3	
4. miasto od 50 do 200 tys. mieszkańców		4	
5. miasto powyżej 200 tys. mieszkańców		5	

<b>M9. Jaka jest wysokość Twoich średnich miesięcznych dochodów, niezależnie od źródła z jakiego one pochodzą (rodzice i rodzina, praca, stypendium, czy kredyt studencki)?</b>		<b>(m9)</b>
1. do 100 PLN		1
2. 101-200 PLN		2
3. 201-300 PLN		3
4. 301-500 PLN		4
5. 501-750 PLN		5
6. 751-1000 PLN		6
7. 1001-1500 PLN		7
8. 1501-2000 PLN		8
9. 2001-3000 PLN		9
10. powyżej 3000 PLN		10
<b>M10. Proszę spróbować określić jaki procent Twoich dochodów pochodzi z jakiego źródła:</b>	<b>Procent</b>	<b>(m10)</b>
Rodzice	.....%	(m10_1)
Inni krewni	.....%	(m10_2)
Praca zarobkowa	.....%	(m10_3)
Stypendium	.....%	(m10_4)
Kredyt (w tym kredyt studencki)	.....%	(m10_5)
Inne (jakie .....	.....%	(m10_6)
<b>Razem</b>	<b>100%</b>	
<b>M11. Dochody Twoich rodziców/opiekunów:</b>		<b>(m11)</b>
1. nie wystarczają na podstawowe potrzeby		1
2. wystarczają tylko na podstawowe potrzeby		2
3. pozwalają na więcej niż zaspokojenie podstawowych potrzeb		3
4. nie wiem/ trudno powiedzieć		4
<b>M12. Wykształcenie ojca/opiekuna (ukończone):</b>		<b>(m12)</b>
1. podstawowe		1
2. zawodowe		2
3. średnie lub policealne		3
4. wyższe		4
<b>M13. Wykształcenie matki/opiekunki</b>		<b>(m13)</b>
1. podstawowe		1
2. zawodowe		2
3. średnie lub policealne		3
4. wyższe		4