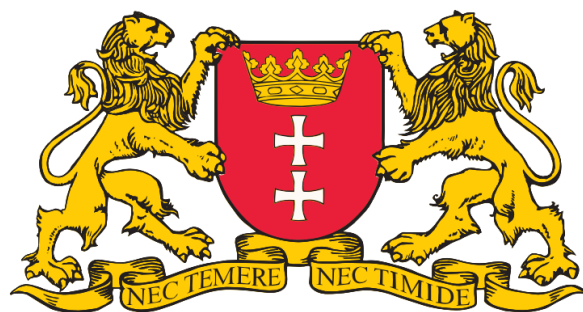


Zakład Realizacji Badań Społecznych

83-304, Kawle Dolne 25

tel. 505-717-303 e-mail: info@qzrbs.pl www: <http://qzrbs.pl>

NIP 739-323-41-86 REGON 362573882



GDAŃSK

Wzorzec konsumpcji napojów alkoholowych wśród
mieszkańców Gdańska w wieku 50+ oraz wśród osób
niepełnosprawnych

Raport z badań

dr Maciej Brosz

Gdańsk 2017

Sfinansowano ze środków Gminy Miasta Gdańska

Spis treści

Opis badania.....	4
Zestawienie najważniejszych wyników.....	6
Wnioski i rekomendacje.....	9
Struktura badanej zbiorowości.....	11
Konsumpcja napojów alkoholowych.....	17
Piwo.....	20
Wino lub szampan.....	26
Wódka lub inny napój spirytusowy.....	32
Konsumenci i abstynenci.....	36
Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych.....	40
Częste spożywanie napojów alkoholowych.....	42
Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością.....	43
Odczucia związane ze spożywaniem alkoholu.....	46
Zbiorowość osób po 50. roku życia.....	46
Zbiorowość osób niepełnosprawnych.....	47
Używanie innych środków psychoaktywnych.....	49
Leki uspokajające lub nasenne.....	49
Leki wydawane bez recepty.....	53
Używanie marihuany.....	55
Problemy i zagrożenia związane z pićem alkoholu lub zażywaniem narkotyków wśród badanych w wieku 50+.....	57
Prowadzenie pojazdów mechanicznych.....	57
Jeżdżenie rowerem.....	59
Korzystanie z substancji psychoaktywnych w miejscu pracy.....	60
Problemy i patologie w środowisku społecznym osób po 50. roku życia.....	62
Doświadczenie przemocy w otoczeniu społecznym.....	62
Postawy wobec przemocy.....	62

Oferta pomocy instytucjonalnej w percepcji badanych oraz specjalistów	64
Działania profilaktyczne i terapeutyczne – doświadczenia badanych	64
Obraz problemu zdaniem specjalistów i opiekunów	71
Zbiorowość 50+	71
Zbiorowość osób niepełnosprawnych i niepełnosprawnych intelektualnie.....	72
Postrzeganie własnej sytuacji i relacji społecznych	76
Ocena różnych aspektów własnego życia	76
Odczuwanie wieku i ocena możliwości dokonywania zmian we własnym życiu – zbiorowość 50+..	78
Utrzymywanie bliskich relacji społecznych oraz spędzanie czasu wolnego – zbiorowość osób niepełnosprawnych.....	84
Aneks 1. Kwestionariusz użyty w badaniu wśród osób po 50. roku życia	89
Aneks 2. Kwestionariusz użyty w badaniu wśród osób niepełnosprawnych	95

Opis badania

Cel badania	<p>Pomiar wzorca konsumpcji alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacjach mieszkańców Gdańska:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w wieku powyżej 50. roku życia, • wśród osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem osób niepełnosprawnych intelektualnie.
Problematyka – główne zagadnienia	<ul style="list-style-type: none"> • Wzorec konsumpcji alkoholu w badanych zbiorowościach. • Wzorec konsumpcji innych substancji psychoaktywnych: leków uspokajających i nasennych, leków wydawanych bez recepty, marihuany. • Znajomość instytucji realizujących działania w ramach oferty profilaktycznej, terapeutycznej i specjalistycznej. • Reagowanie w sytuacji rozpoznania w otoczeniu społecznym zagrożenia uzależnieniem. • Doświadczanie sytuacji i epizodów zagrażających. • Ocena relacji społecznych i poziomu zadowolenia z różnych aspektów życia. • Związek spożywania alkoholu z przemocą.
Zamawiający	<p>Gmina Miasta Gdańska ul. Nowe Ogrody 8/12 Gdańsk 80-803</p> <p style="text-align: center;">Badanie realizowane w ramach umowy nr RWB-W/5327/WRS/1032/U-W.BIEŻ./2017</p>
Wykonawca	<p><u>Podmiot odpowiedzialny:</u> Q&Q Zakład Realizacji Badań Społecznych Maciej Brosz, Kawle Dolne 25, 83-304 Przdokowo, tel, 505-717-303</p>
Prace terenowe	<p>badanie ilościowe: listopad 2017; badania jakościowe: grudzień 2017</p>
Metodologia	<p><u>Badanie w zbiorowości osób w wieku powyżej 50 roku życia:</u> Próba losowo-kwotowa. Losowy dobór adresów metodą ustalonej ścieżki na terenie Gdańska. Kwoty płci i wieku dla zbiorowości 50+ na podstawie danych GUS. Uwzględniony podział na dzielnice Gdańska na podstawie danych ze strony internetowej gdansk.pl, zakładka: Gdańsk w liczbach oraz na podstawie danych z Wydziału Polityki Gospodarczej UM Gdańsk.</p> <p><u>Badanie w zbiorowości osób niepełnosprawnych:</u> Dobór celowy: osoby niepełnosprawne zamieszkujące w Gdańsku, preferowane osoby z niepełnosprawnością intelektualną.</p>

	<p><u>Metoda</u>: wywiad kwestionariuszowy, bezpośredni kontakt ankietera z respondentem, w przypadku badania wśród osób niepełnosprawnych – dopuszczalna pomoc opiekuna osoby badanej.</p> <p>W raporcie znajdują się bezpośrednie odniesienia (tam gdzie było to możliwe) do wyników badań przeprowadzonych w 2015 roku na ogólnomiejskiej próbie mieszkańców Gdańska, przez zespół badaczy w składzie M. Abramowicz, M. Brosz, T. Michalski, T. Tobis, pod tytułem „<i>Wzorce konsumpcji alkoholu</i>”.</p>
Narzędzie badawcze	<p>Kwestionariusz o wysokim stopniu standaryzacji:</p> <p>Badanie wśród osób powyżej 50. roku życia: ogółem 40 pytań, w tym 25 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte, 5 tabelogramów, 8 pytań metryczkowych.</p> <p>Badanie wśród niepełnosprawnych: ogółem 35 pytań, w tym 26 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte, 3 tabelogramy, 8 pytań metryczkowych.</p>
Respondent	<p>Osoba zamieszkująca w Gdańsku, spełniająca kryterium doboru do badania w zbiorowości 50+ lub wśród osób niepełnosprawnych.</p> <p>Kryterium definiujące zbiorowość 50+ pokrywa się z kryterium selekcyjnym do udziału w badaniu, tj. wiek powyżej 50. roku życia.</p> <p>Przez osobę niepełnosprawną w niniejszym raporcie rozumie się osobę, która zadeklarowała doświadczenie określonego typu niepełnosprawności. Uwzględniono następujące typy niepełnosprawności: choroby neurologiczne (w tym neurodegeneracyjne), ruchowa, intelektualna, choroby układu oddechowego i krążenia, narządu wzroku, słuchu lub mowy, metaboliczna, choroby psychiczne, inne (wskazane przez respondenta).</p> <p>Przez osobę niepełnosprawną intelektualnie rozumie się osobę, która zadeklarowała lub w jej imieniu zadeklarował opiekun lub terapeuta, że dana osoba jest niepełnosprawna intelektualnie.</p>
Próba	<ul style="list-style-type: none"> • osoby po 50, roku życia n = 500 osób • osoby niepełnosprawne n = 250 osób, w tym osoby niepełnosprawne intelektualnie n = 101
Konwencje przyjęte w niniejszym opracowaniu	<p>Tabele i zestawienia danych odnoszą się do wyników statystycznie istotnych.</p> <p>Kolorem szarym oznaczone są wyniki statystycznie istotne, ale w przypadku których test dał wynik niekonkluzywny. Wyniki te należy traktować poglądowo.</p> <p>Oznaczenie p.p. oznacza punkty procentowe, czyli różnicę między dwoma wartościami procentowymi.</p>

Zestawienie najważniejszych wyników

- Spośród osób niepełnosprawnych jedna trzecia w ogóle nie pije alkoholu (32,0%), ponad połowa badanych sięgnęła po alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy kilka razy (58,4%), a regularnie po alkohol sięgał blisko co dziesiąty odpowiadający (9,6%). Wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie odsetki te wyniosły odpowiednio: 46,5% dla w ogóle niepijących, 50,5% - kilkakrotnie i 3,0% - regularnie.
- Osoby niepełnosprawne intelektualnie najczęściej spożywają alkohol w gronie najbliższej rodziny (32,7%), natomiast w towarzystwie znajomych i przyjaciół - 17,8%. Analogiczne odsetki wśród wszystkich niepełnosprawnych wyniosły 27,6% o 34,0%. Miejscem, w którym niepełnosprawni najczęściej spożywają alkohol jest dom. Wśród niepełnosprawnych ogółem odsetek wskazań wyniósł 61,3%, a wśród niepełnosprawnych intelektualnie 71,9%.
- Wśród osób w wieku powyżej 50. roku życia odsetek sięgających po piwo w ciągu ostatnich 12 miesięcy wyniósł 55,2%. Wynik ten jest znacząco niższy (różnica 16,8 p.p.) od zarejestrowanego w badaniach na ogólnomiejskiej próbie gdańszczan w badaniu z 2015 roku (72,0%). Analogiczny wskaźnik zarejestrowany wśród osób niepełnosprawnych wyniósł 69,6%, a wśród niepełnosprawnych intelektualnie 72,7%.
- Po wino lub szampana sięgała w ciągu ostatniego roku nieco ponad połowa seniorów biorących udział w badaniu (52,8%). Wynik ten jest niższy od zarejestrowanego wśród gdańszczan w badaniu z 2015 roku (67,3%). Z kolei w obu badanych grupach osób niepełnosprawnych zarejestrowano wskaźniki wyższe od ogólnomiejskiego. Wśród wszystkich niepełnosprawnych wyniósł on 76,0%, a wśród niepełnosprawnych intelektualnie 87,3%.
- Na przestrzeni ostatniego roku po wódkę lub inny napój spirytusowy sięgnęła zbliżona grupa zarówno osób po 50. roku życia, jak i osób niepełnosprawnych, odpowiednio 46,8% i 43,6%. Po mocne alkohole osoby niepełnosprawne intelektualnie sięgają zdecydowanie rzadziej (23,8%). Pod względem wielkości spożycia mocnych alkoholi zarejestrowane wyniki pokazują, że w każdej z przebadanych zbiorowości spożycie jest mniejsze niż w próbie ogólnomiejskiej.
- Odsetek abstynentów, czyli osób, które w ciągu ostatniego roku nie sięgały bo żaden rodzaj alkoholu, wyniósł wśród osób 50+ blisko jedną czwartą odpowiedzi (23,4%), wśród osób niepełnosprawnych blisko jedną trzecią (31,6%), a 45,5% wśród niepełnosprawnych intelektualnie. Zarejestrowane wyniki w każdej z grup są wyraźnie wyższe od wskaźnika zarejestrowanego w badaniach ogólnomiejskich (13,0%).

- Odsetek badanych, którzy zadeklarowali, że spożywali w ciągu ostatniego roku każdy rodzaj alkoholu wyniósł wśród osób po 50. roku życia 24,4%, a wśród niepełnosprawnych 28,4%. Nieco mniej, bo 19,8% w grupie osób niepełnosprawnych intelektualnie. Każde ze wskazań jest niższe od zarejestrowanego w 2015 roku w badaniach ogólnomiejskich (41,4%).
- Po dowolny rodzaj alkoholu częściej niż 1-2 razy w tygodniu sięga blisko co czwarta osoba w wieku powyżej 50. roku życia (23,0%), 17,2% osób niepełnosprawnych oraz co 11 osoba niepełnosprawna intelektualnie (8,9%). Wyniki te są niższe od tych ilustrujących analogiczny parametr spożycia wśród „statystycznych gdańszczyzan” (34,4%).
- Po leki uspokajające lub nasenne wszyscy respondenci sięgają częściej w porównaniu do wyników ogólnomiejskich z 2015 roku (17,2%). Wśród badanych ze zbiorowości 50+ - 26,4%, wśród niepełnosprawnych 31,8%, a niepełnosprawnych intelektualnie – 40,0%.
- Po leki wydawane bez recepty, zażywane w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności, sięgało w ciągu ostatnich 12 miesięcy 14,4% osób w wieku powyżej 50. roku życia, 10,4% osób niepełnosprawnych i 10,9% niepełnosprawnych intelektualnie. Wyniki te są wyższe od zarejestrowanego wśród wszystkich gdańszczyzan (3,8) w 2015 roku.
- Do używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 5,6% osób niepełnosprawnych i 3,2% niepełnosprawnych intelektualnie . Analogiczny wskaźnik w ogólnomiejskiej próbie gdańszczyzan wyniósł 7,1%. Żaden z badanych ze zbiorowości 50+ nie udzielił odpowiedzi „tak”.
- Zdecydowana większość respondentów ze zbiorowości 50+ nigdy nie doświadczyła przemocy – ani fizycznej (95,5%), ani psychicznej (84,5%). Do jednokrotnego epizodu doświadczenie przemocy psychicznej przyznało się 5,8% odpowiadających, a fizycznej – 3,4%. Kilkakrotnie przemocy psychicznej doświadczył co 11 badany (9,2%), a fizycznej 1,0%.
- W obu badanych zbiorowościach zadano pytanie o znajomość instytucji, które świadczą pomoc osobom mającym problem z nadużywaniem alkoholu lub używaniem narkotyków. W obu zbiorowościach przeważały odpowiedzi wskazujące na fakt, że badani nie potrafią wskazać takich instytucji. Wśród badanych w wieku powyżej 50. roku życia odpowiedzi takiej udzieliło 54,8% odpowiadających, a wśród osób niepełnosprawnych 62,8%.
- Spośród wszystkich badanych osób w wieku powyżej 50. roku życia, 91,8% odpowiadających nie spotkało się z działaniami lub ofertą profilaktyczną, terapeutyczną lub specjalistycznej skierowanymi do osób w swoim wieku.

- W ocenie specjalistów pracujących na rzecz środowiska seniorów. Działania profilaktyczne nie są dostosowane do poszczególnych grup społecznych, przez co nie są skuteczne. Nie ma instytucji przystosowanej do seniorów, która pomagałaby im wyjść z nałogu lub mu przeciwdziałać. Podobnie w przypadku osób niepełnosprawnych. Działania profilaktyczne jak i terapeutyczne dla osób z niepełnosprawnością nie są rozwinięte, a podjęcie takich działań zostało określone przez respondentów jako trudne.
- Specjaliści pracujący na co dzień z osobami niepełnosprawnymi nie potrafili wskazać żadnych ofert pomocy uzależnionym osobom niepełnosprawnym. Nie znali placówek terapeutycznych dla osób niepełnosprawnych. Zdaniem respondentów psychologowie za mało rozmawiają z osobami niepełnosprawnymi. Akcentowano jednocześnie fakt, iż ciężar codziennej pracy z osobą niepełnosprawną spoczywa na rodzicach. Osoba niepełnosprawna nie jest w stanie udać się samodzielnie do instytucji i poprosić o pomoc, ponieważ często nie jest w stanie zaobserwować u siebie problemu z alkoholem. W przeciążonym obowiązkami środowisku rodzinnym może dochodzić do maskowania faktycznego problemu uzależnienia i współuzależnienia.
- Wśród wszystkich uczestników badania przeprowadzono pomiar zadowolenia z różnych aspektów życia. Wśród osób ze zbiorowości 50+ oraz wśród osób niepełnosprawnych najwyższy poziom zadowolenia odnotowano w przypadku relacji z członkami bliższej i dalszej rodziny. Wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie najwyższy poziom zadowolenia odnotowano w przypadku zadowolenia ze spędzania czasu wolnego.

Wnioski i rekomendacje

Rekomendacje ogólne

- W obu przebadanych zbiorowościach zarysował się wyraźny związek między płcią respondentów a wielkością spożycia alkoholu. Mężczyźni piją częściej i więcej alkoholu niż kobiety. Projektowane działania wspierające, ukierunkowane na zbiorowości osób starszych oraz osób niepełnosprawnych powinny uwzględniać tę specyfikę.
- Strategia informacyjna instytucji niosących pomoc osobom uzależnionym powinna być ukierunkowana na docieranie do środowiska rodzinnego. W obu badanych zbiorowościach – osób powyżej 50. roku życia oraz osób niepełnosprawnych – rodzinne otoczenie społeczne w nieco odmienny sposób, ale jednakowo fundamentalny kształtuje poczucie przynależności, tożsamości oraz stanowi podstawowe oparcie dla osoby o szczególnych potrzebach. Osobami takimi są zarówno osoby starsze, jak i osoby niepełnosprawne.
- Istniejąca oferta wsparcia dla osób uzależnionych powinna uwzględniać specyfikę klientów – osoby starszej oraz osoby niepełnosprawnej, również intelektualnie.

Rekomendacje dotyczące zbiorowości 50+

- Główną przyczyną sięgania przez seniorów po alkohol jest poczucie osamotnienia. Istotnym parametrem wpływającym na wielkość spożycia jest stan cywilny. Osoby owdowiałe lub po rozwodzie częściej niż pozostałe (stanu wolnego lub w stałych związkach) udzielały odpowiedzi wskazujących potencjalnie na istnienie problemu. Owdowienie czy rozwód są w tym przypadku wskaźnikiem stanu więzi i relacji społecznych w jakich funkcjonuje dana osoba. Poczucie osamotnienia jest istotnym czynnikiem sprzyjającym uzależnieniom. Działania profilaktyczne powinny wzmacniać poczucie bycia potrzebnym i funkcjonowania z innymi ludźmi.
- Spośród wszystkich badanych osób w wieku powyżej 50. roku życia, 91,8% odpowiadających nie spotkało się z działaniami lub ofertą profilaktyczną, terapeutyczną lub specjalistycznej skierowanymi do osób w swoim wieku. Jednocześnie, zdecydowana większość badanych (88,0%), nie zetknęło się z żadną formą terapii leczenia alkoholizmu lub dla osób współuzależnionych. Informowanie o istniejących formach wsparcia dla osób starszych – zarówno uzależnionych, jak i ich rodzin powinno stać się elementem realizowanej polityki informacyjnej.
- Działania profilaktyczne nie są dostosowane do poszczególnych grup społecznych, przez co nie są skuteczne. Nie ma instytucji przystosowanej do seniorów, która pomagałaby im wyjść z nałogu lub mu przeciwdziałać. Osoby starsze rzadko odwiedzają terapeutów. W ocenie specjalistów pierwszym kontaktem mógłby stać się lekarz pierwszego kontaktu. Jednakże, lekarze POZ nie zawsze są praktycznie przeszkoleni z wykrywania problemów uzależnień.

- Zdaniem specjalistów pracujących z osobami starszymi ważnym polem przyszłych działań powinno być szerzenie wiedzy na temat bezpiecznych zachowań seksualnych. W ostatnich latach zwiększyła się liczba ryzykownych zachowań seksualnych wśród osób starszych. Częste zmiany partnerów mogą doprowadzić do zwiększenia liczby zachorowań w tej zbiorowości.

Rekomendacje dotyczące zbiorowości osób niepełnosprawnych

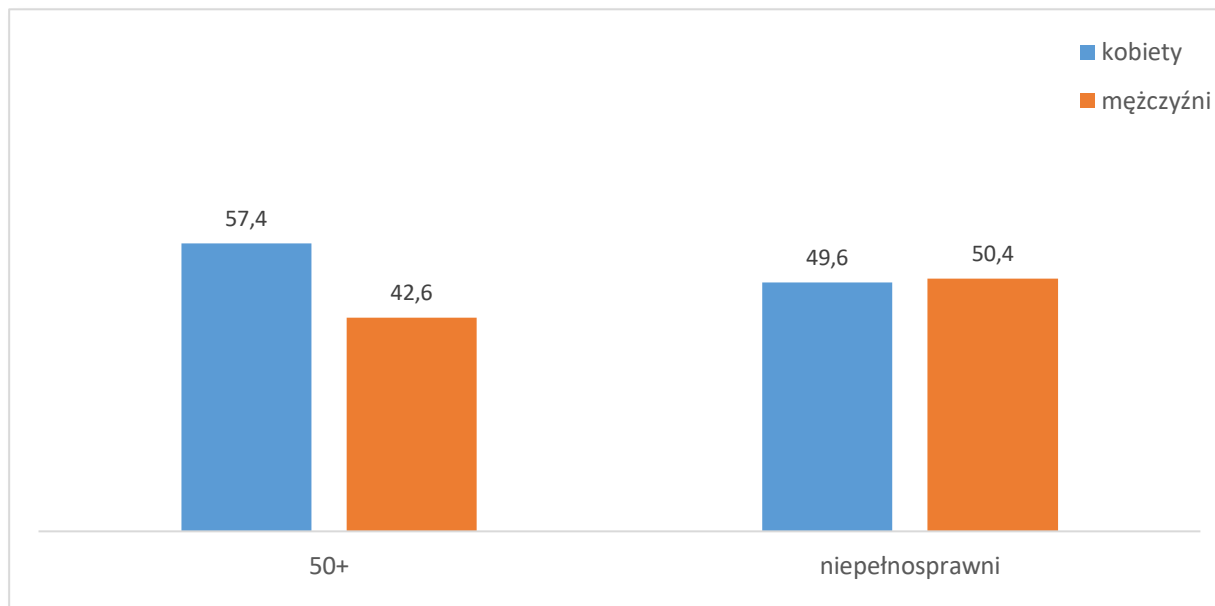
- Odpowiedzi osób niepełnosprawnych intelektualnie wskazują na dużą popularność piwa i wina. Osoby te częściej sięgają po te alkohole, niż osoby niepełnosprawne ogółem oraz w porównaniu do wyników ogólnomiejskich.
- Środowisko rodzinne ma kluczowe znaczenie dla formowania prawidłowych postaw towarzyszących konsumpcji alkoholu. Badania pokazały, że osoby niepełnosprawne najczęściej sięgają po alkohol w domu oraz w towarzystwie najbliższej rodziny. Działania wspierające osoby niepełnosprawne i członków ich rodzin mogą być nakierowane na wybieranie alternatywnych wskaźników dorosłości. Spożywanie alkoholu jest, zdaniem osób pracujących z niepełnosprawnymi – szczególnie intelektualnie, tzw. łatwo identyfikowalnym progiem dorosłości.
- Istnieje potrzeba stworzenia oferty dla osób niepełnosprawnych nadużywających alkoholu oraz dla członków ich rodzin. W środowiskach rodzinnym osoby niepełnosprawnej często dochodzi do sytuacji wzajemnego, „piętrowego” uzależnienia.
- Specjaliści pracujący z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie wskazują na potrzebę organizowania spotkań dotyczących zachowań seksualnych. Osoby z niepełnosprawnością traktowane są jakby nie miały potrzeb seksualnych, co generuje inne problemy.
- Istnieje potrzeba określenia roli, jaką mają pełnić (1) opiekunowie osób niepełnosprawnych, (2) placówki do których uczęszczają oraz (3) instytucje miejskie przeciwdziałające uzależnieniom.
- Umożliwienie dialogu pomiędzy instytucjami miejskimi a opiekunami osób niepełnosprawnych w celu wskazania kluczowych elementów potrzebnych do dostosowania oferty terapii i profilaktyki uzależnień do osób z niepełnosprawnością.
- Podjęcie działań profilaktycznych również wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną, nie tylko wśród rodziców i nauczycieli.
- Objęcie wsparciem psychologicznym i specjalistycznym rodziców i opiekunów osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Struktura badanej zbiorowości

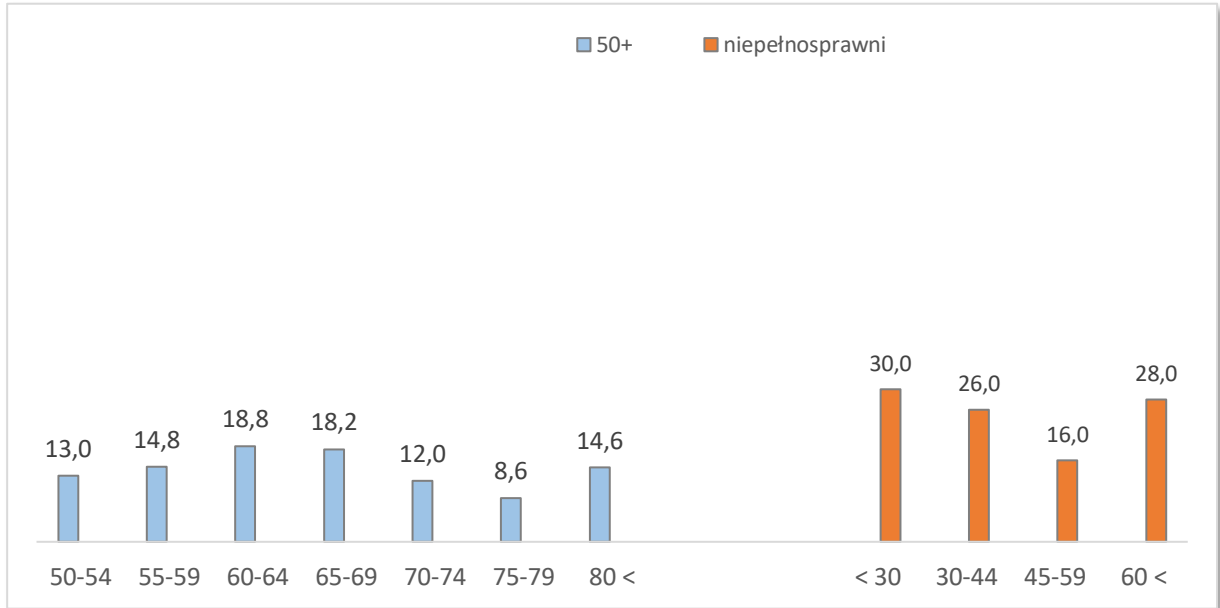
Tab. 1. Struktura próby badawczej 50+ pod względem miejsca zamieszkania (n, %)

strefa miasta	n	%
Śródmieście, Aniołki	40	8,0
Olszynka, Orunia - Św, Wojciech	21	4,2
Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Strzyża	65	13,0
Oliwa, VII Dwór	27	5,4
Siedlce, Suchanino, Wzgórze Mickiewicza	34	6,8
Piecki – Migowo, Brętowo	35	7,0
Chełm, Jasień, Ujeścisko-Łostowice	69	13,8
Osowa, Kokoszki, Matarnia	27	5,4
Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Żabianka – Jelitkowo	86	17,2
Zaspa Młyniec, Zaspa Rozstaje	34	6,8
Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Młyniska	35	7,0
Stogi, Przeróbka, Krakowiec-Górki Zach, , Rudniki, Wyspa Sobieszewska	27	5,4
razem	500	100

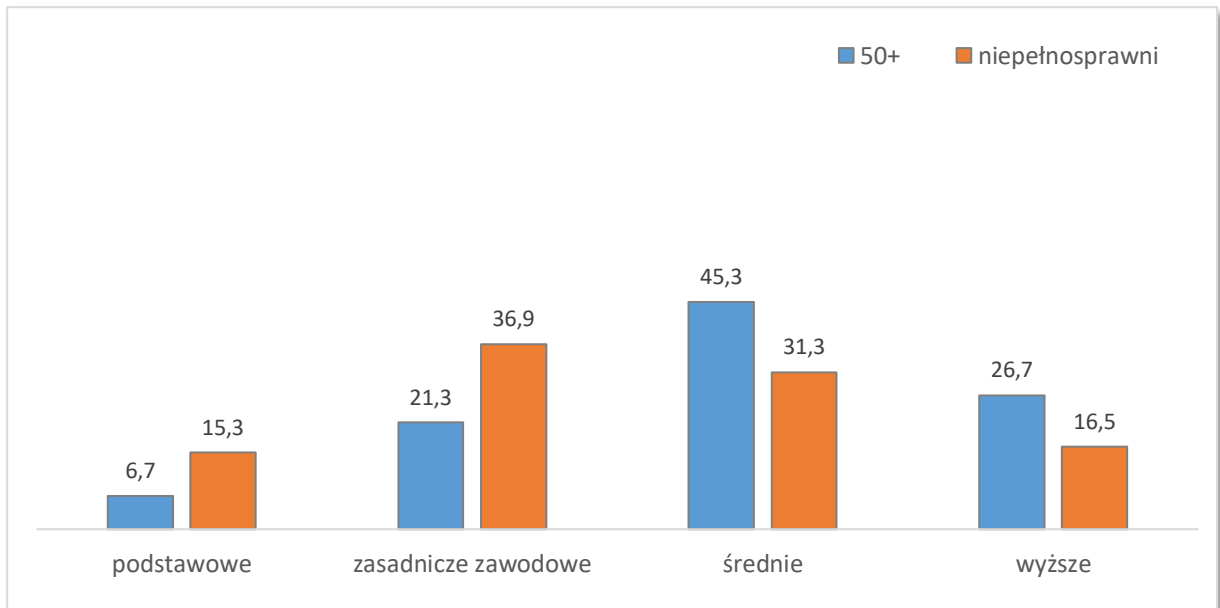
Rys. 1. Struktura próby badawczej pod względem płci (%)



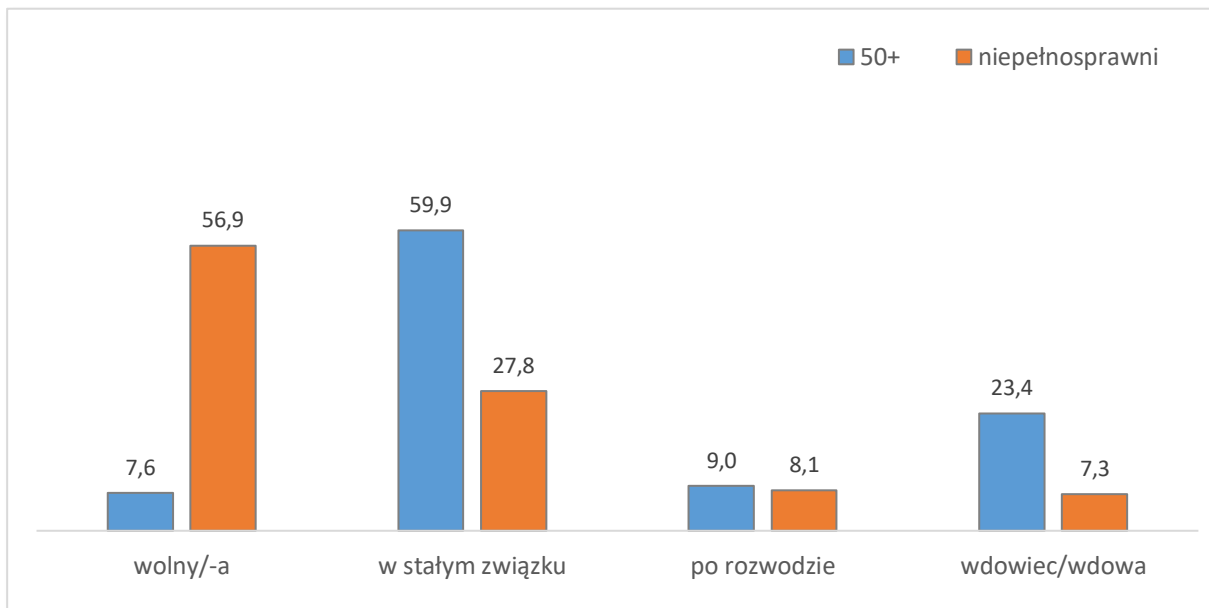
Rys. 2. Struktura próby badawczej pod względem wieku (%)



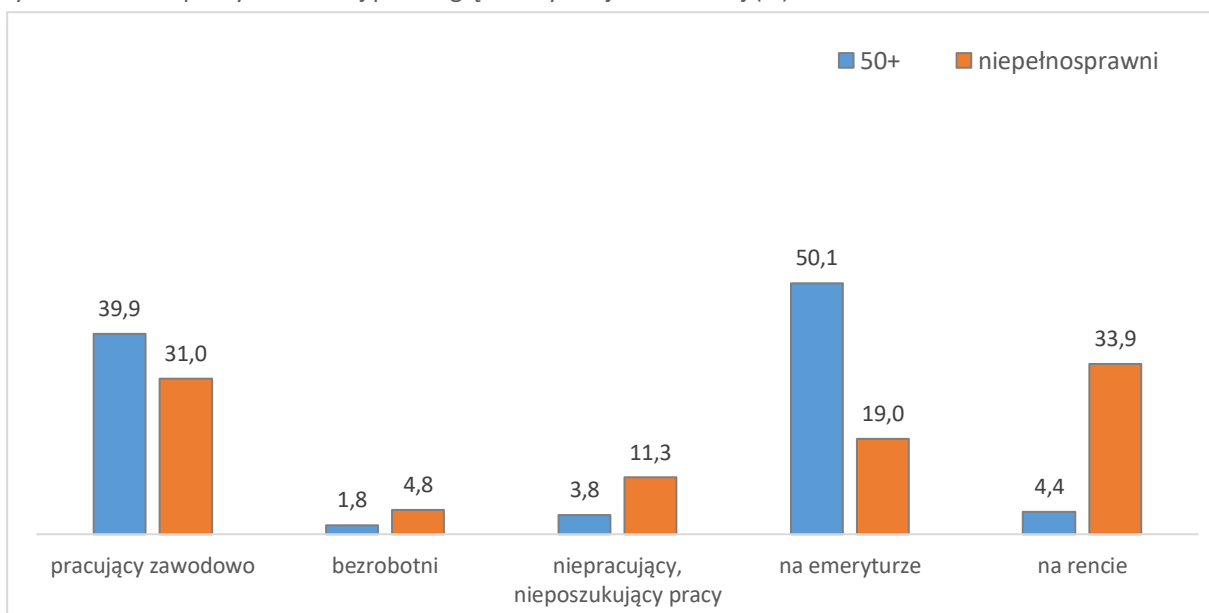
Rys. 3. Struktura próby badawczej pod względem poziomu wykształcenia (%)



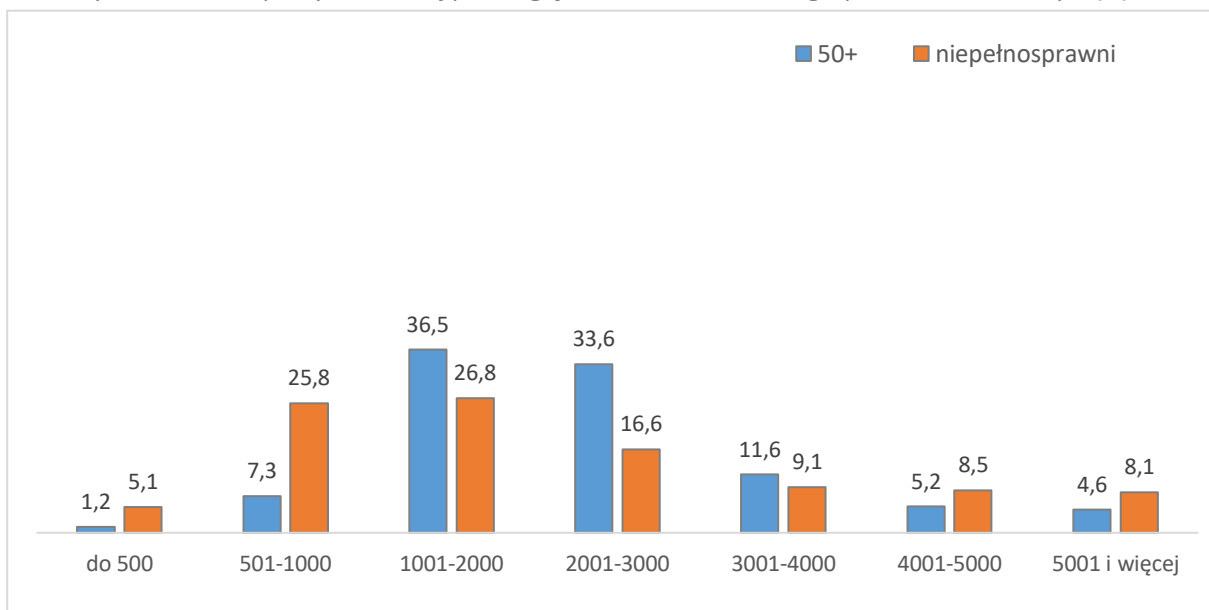
Rys. 4. Struktura próby badawczej pod względem stanu cywilnego (%)



Rys. 5. Struktura próby badawczej pod względem sytuacji zawodowej (%)

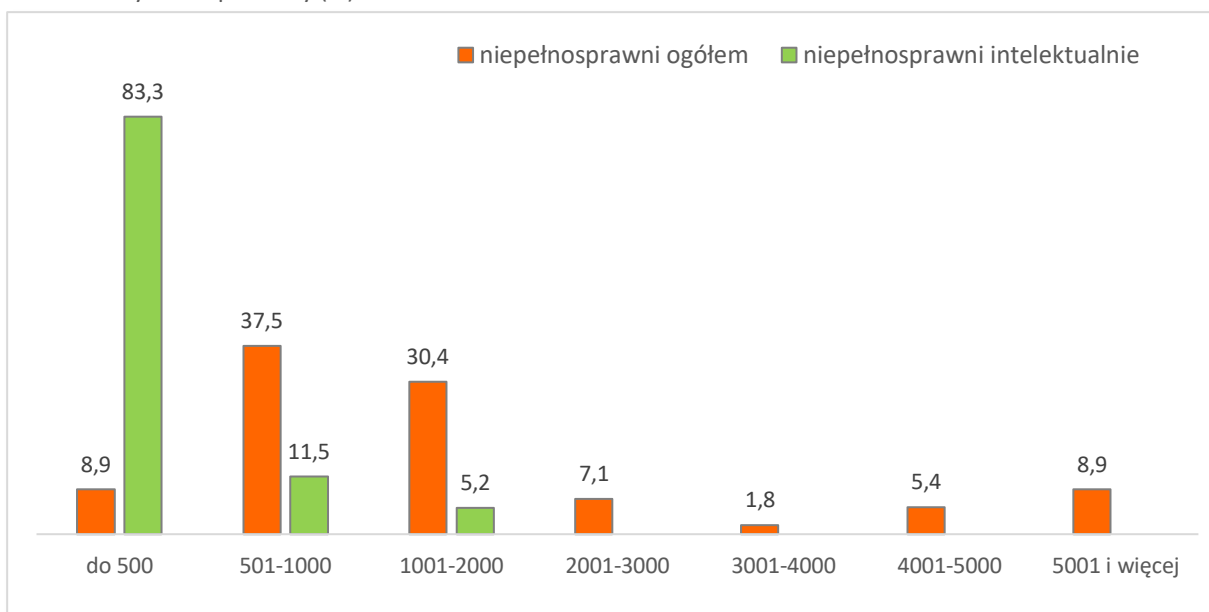


Rys. 6. Struktura próby badawczej pod względem dochodu *netto* w gospodarstwie domowym (%)

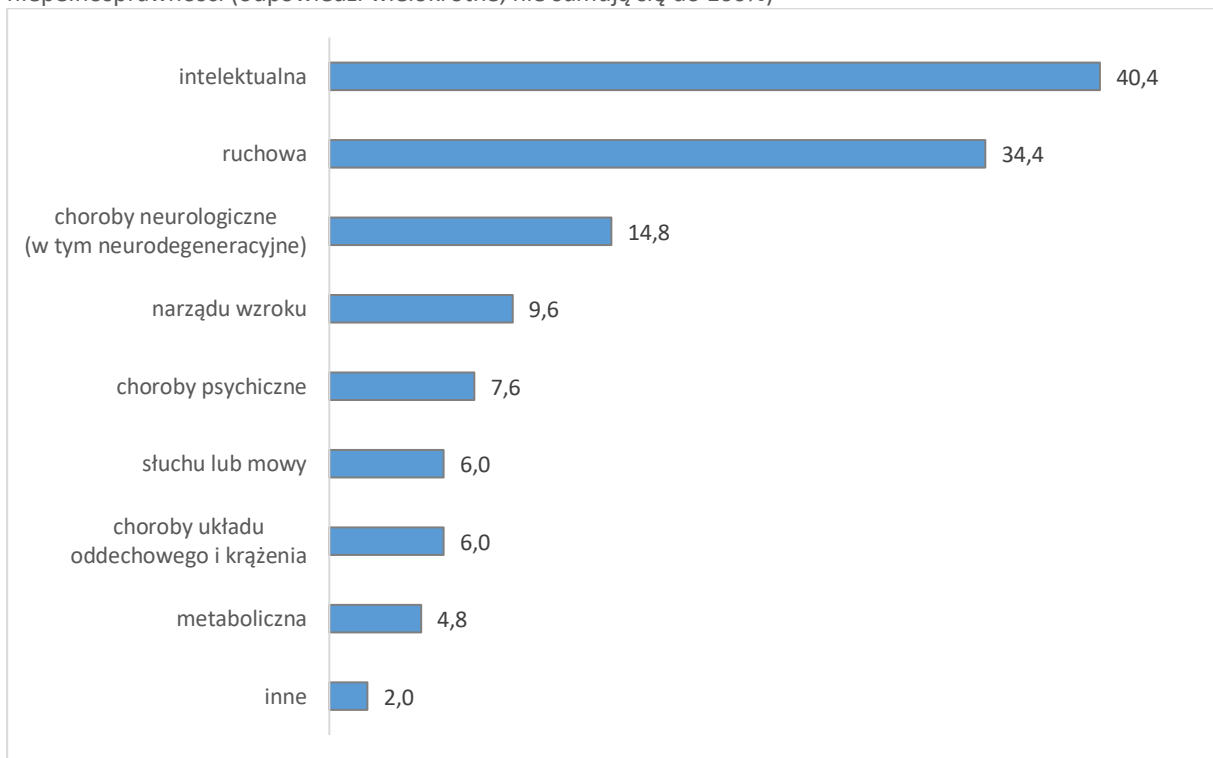


W dalszej prezentacji dane dotyczące dochodów zostały podzielone na mniejszą liczbę przedziałów,

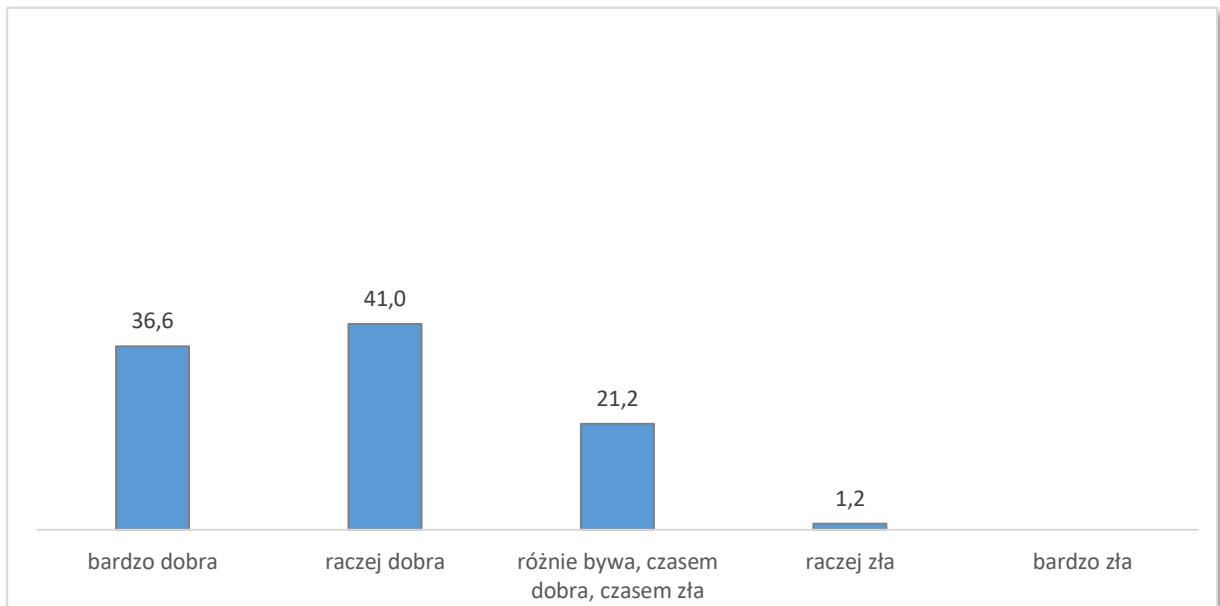
Rys. 7. Struktura próby badawczej w badaniu osób niepełnosprawnych pod względem wielkości kwoty pieniędzy na własne wydatki i potrzeby (%)



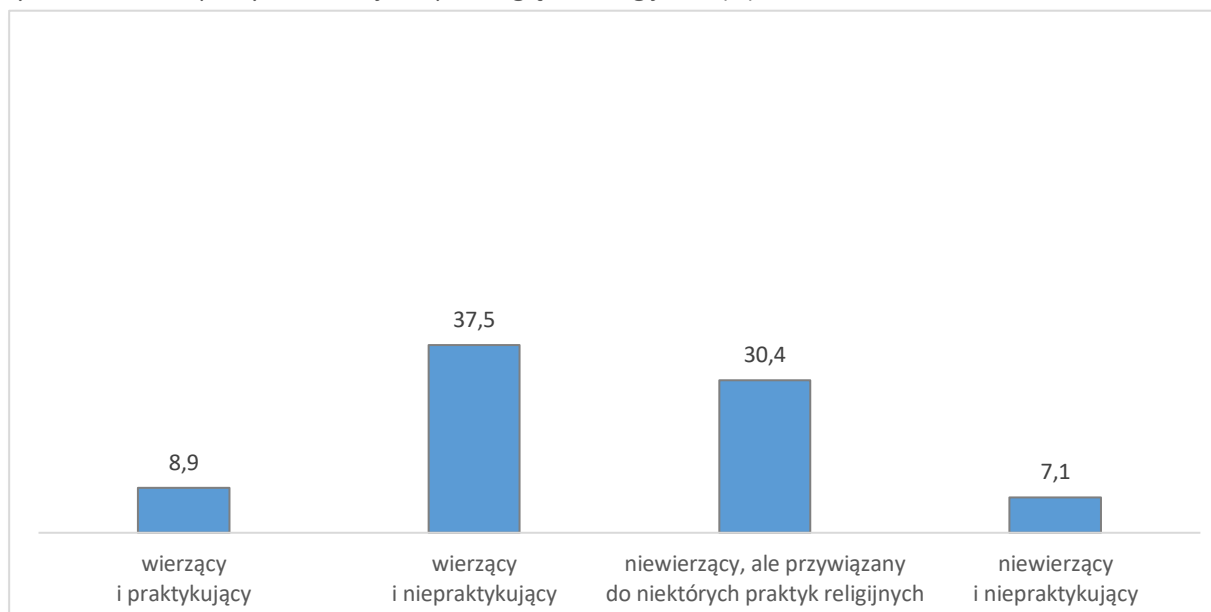
Rys. 8. Struktura próby badawczej w badaniu osób niepełnosprawnych pod względem rodzaju niepełnosprawności (odpowiedzi wielokrotne, nie sumują się do 100%)



Rys. 9. Struktura próby badawczej 50+ pod względem oceny atmosfery panującej w domu respondenta (%)



Rys. 10. Struktura próby badawczej 50+ pod względem religijności (%)

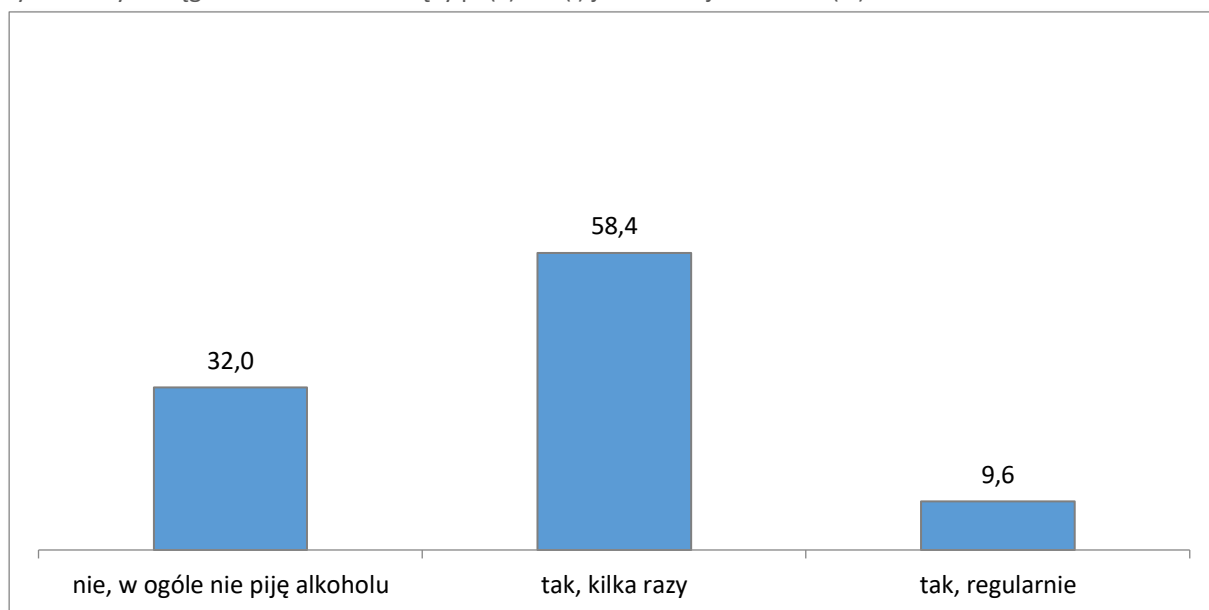


Konsumpcja napojów alkoholowych

Do wszystkich respondentów – w obu zbiorowościach, czyli osób w wieku po 50. roku życia oraz osób niepełnosprawnych – skierowano te same pytania dotyczące konsumpcji napojów alkoholowych. Badanych poproszono o odniesienie się do spożycia typowych rodzajów alkoholi – piwa, napojów winnych oraz alkoholi wysokoprocentowych.

W związku z tym, że w badaniu uwzględniono również osoby niepełnosprawne intelektualnie, przyjęto założenie, że pytania te powinny zostać poprzedzone pytaniami wprowadzającymi. W tym celu do osób niepełnosprawnych skierowano dwa dodatkowe pytania; pierwsze o rodzaje znanych alkoholi i drugie o to czy dana osoba piła jakkolwiek alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W zależności od udzielanych odpowiedzi do osób niepełnosprawnych kierowano dalsze pytania lub nie. Badane osoby niepełnosprawne zostały także poproszone o wskazanie z kim zwykle piją alkohol i gdzie najczęściej się to odbywa.

Rys. 11. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) jakiś rodzaj alkoholu? (%)



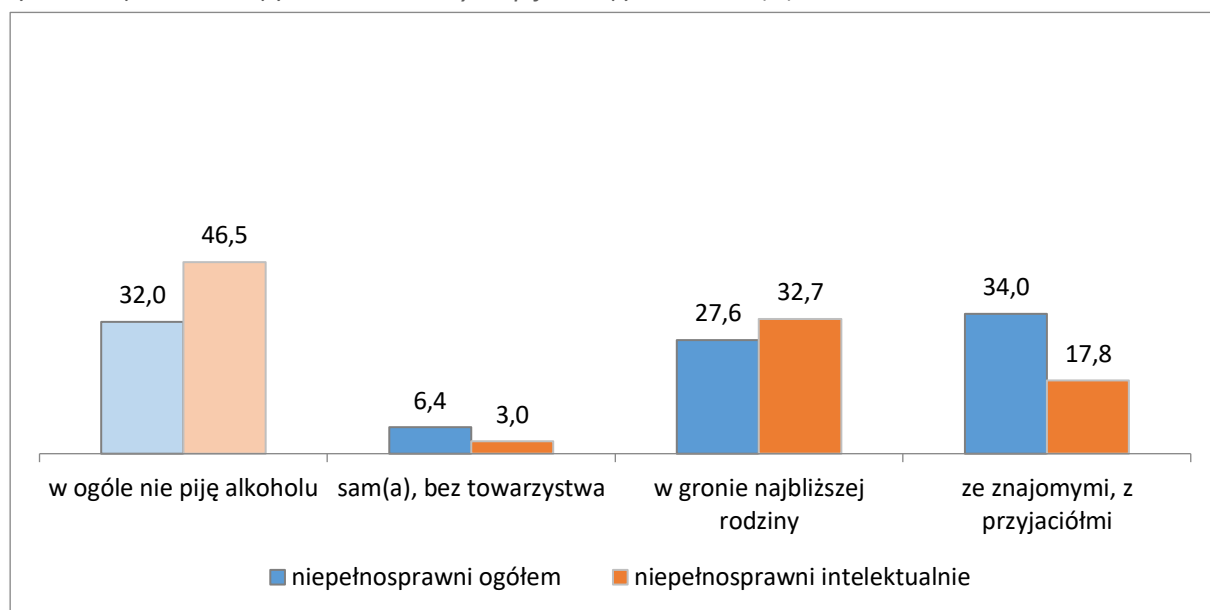
n = 250

Spośród osób niepełnosprawnych jedna trzecia w ogóle nie pije alkoholu (32,0%), ponad połowa badanych sięgnęła po alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy kilka razy (58,4%), a regularnie po alkohol sięgał blisko co dziesiąty odpowiadający (9,6%). Wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie odsetki te wyniosły odpowiednio: 46,5% dla w ogóle niepijących, 50,5% - kilkakrotnie i 3,0% - regularnie.

Odpowiadając na pytanie o ilość znanych rodzajów alkoholu osoby niepełnosprawne intelektualnie wskazywały średnio 3 rodzaje trunków i najczęściej były to: piwo, wino i wódka.

Na pytanie o towarzystwo, w którym niepełnosprawni zwykle piją alkohol – wyłączwszy badanych w ogóle nie pijących¹ (30,4%) – badani najczęściej wskazywali na grono przyjaciół i znajomych

Rys. 12. Odpowiedzi na pytanie „Z kim zwykle pije Pan(i) alkohol?” (%)



Na odpowiedzi respondentów miały wpływ poziom wykształcenia oraz stan cywilny. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie odsetek badanych sięgających po alkohol w gronie znajomych i przyjaciół, maleje jednocześnie odsetek w ogóle nie pijących. Po alkohol w samotności najczęściej sięgają badani z wykształceniem średnim (11,5%). Odsetek badanych pijących w gronie rodziny utrzymują się na zbliżonym poziomie niezależnie od poziomu wykształcenia. Po alkohol w samotności najczęściej sięgają osoby po rozwodzie (20,0%), w gronie najbliższej rodziny osoby w stałych związkach (39,1%). Wśród znajomych i przyjaciół najczęściej spożywają alkohol osoby po rozwodzie (50,0%).

Tab. 2. Odpowiedzi na pytanie „Z kim zwykle pije Pan(i) alkohol?” na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

osoby niepełnosprawne ogółem	w ogóle nie piję alkoholu	sam(a), bez towarzystwa	w gronie najbliższej rodziny	ze znajomymi, z przyjaciółmi
wykształcenie				
podstawowe	50,0	2,6	26,3	21,1
zas. zawodowe	39,1	4,3	31,5	25,0
średnie	25,6	11,5	23,1	39,7
wyższe	12,2	4,9	26,8	56,1

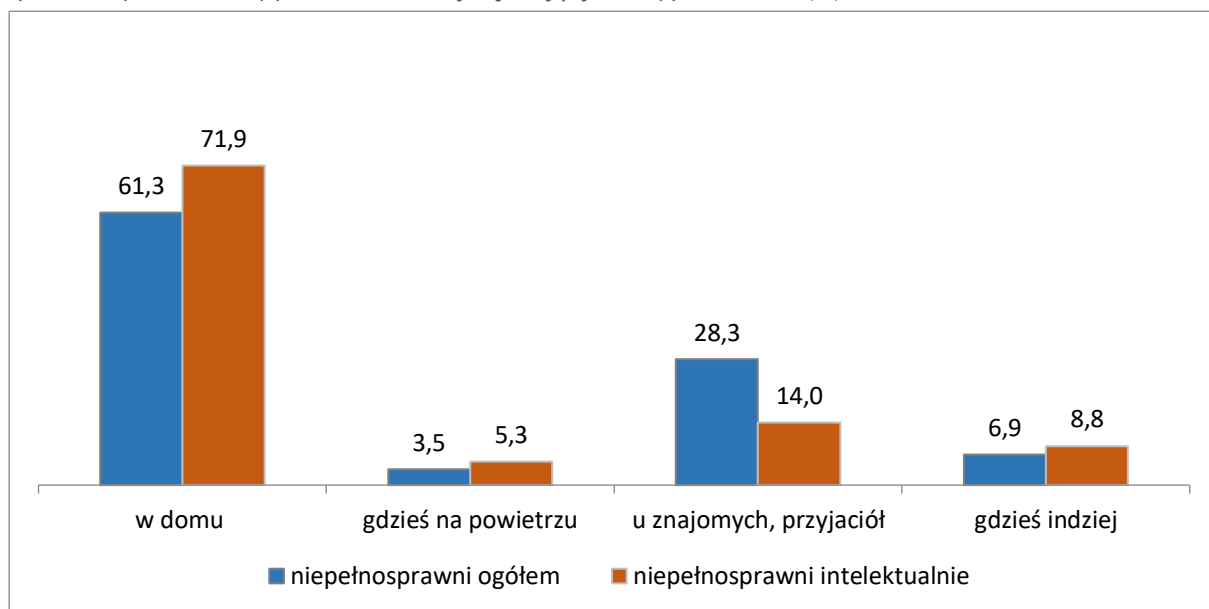
¹ Pojawienie się w dwóch różnych pytaniach możliwości udzielenia odpowiedzi „w ogóle nie piję alkoholu”, miało na celu przetestowanie konsekwencji odpowiedzi w zakresie swoich deklaracji dotyczących konsumpcji. Jednocześnie, zabieg ten umożliwił precyzyjne odfiltrowanie pytań, na które osoby niepijące nie musiały odpowiadać.

Ciąg dalszy tab. 2.

osoby niepełnosprawne ogółem	w ogóle nie piję alkoholu	sam(a), bez towarzystwa	w gronie najbliższej rodziny	ze znajomymi, z przyjaciółmi
stan cywilny				
wolny/-a	38,3	4,3	26,2	31,2
w stałym związku	18,8	4,3	39,1	37,7
po rozwodzie	15,0	20,0	15,0	50,0
wdowiec/wdowa	55,6	11,1	11,1	22,2

Zapytane o to, gdzie najczęściej piją alkohol, osoby niepełnosprawne wskazywały najczęściej, że w domu (61,3%). Warto zauważyć, że odsetek ten wśród niepełnosprawnych intelektualnie jest wyższy o ponad 10 punktów procentowych i wyniósł 71,9%.

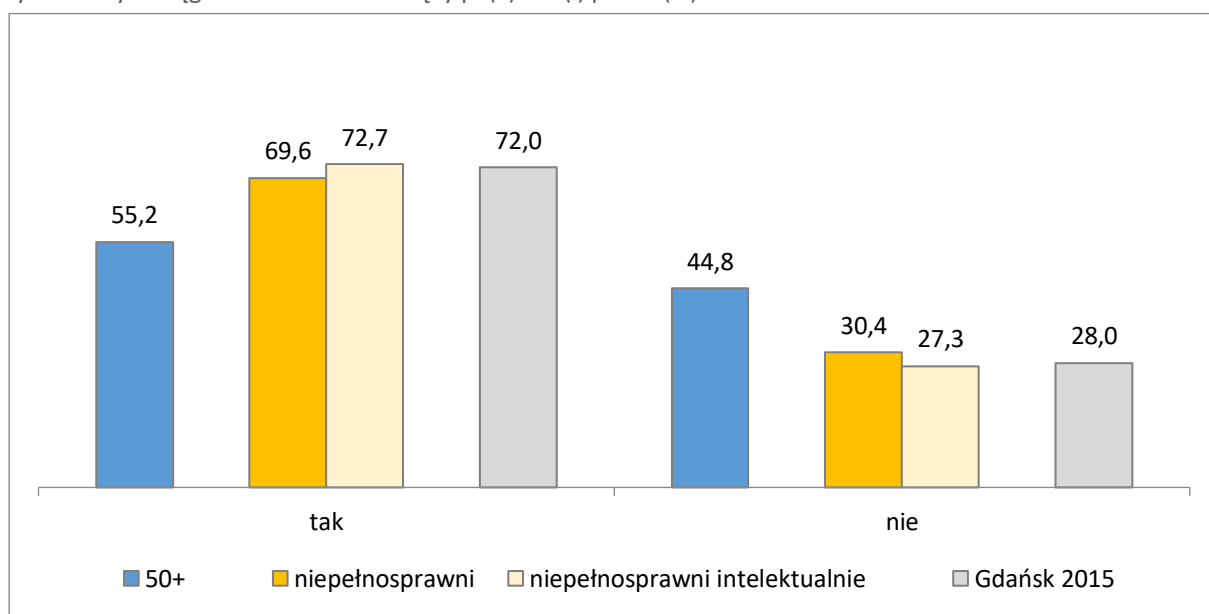
Rys. 13. Odpowiedzi na pytanie „Gdzie najczęściej pije Pan(i) alkohol?” (%)



Piwo

Wśród osób w wieku powyżej 50. roku życia odsetek sięgających po piwo w ciągu ostatnich 12 miesięcy wyniósł 55,2%. Wynik ten jest znacząco niższy (różnica 16,8 p.p.) od zarejestrowanego w badaniach na ogólnomiejskiej próbie gdańszczan w badaniu z 2015 roku (72,0%). Analogiczny wskaźnik zarejestrowany wśród osób niepełnosprawnych wyniósł 69,6%, a wśród niepełnosprawnych intelektualnie 72,7%.

Rys. 14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo? (%)



Biorąc pod uwagę wpływ czynników socjodemograficznych uwzględnionych w badaniu, jedynie sytuacja zawodowa badanych nie wpływa na fakt sięgania po piwo wśród osób ze zbiorowości 50+. Jak pokazuje tabela 3. po piwo sięgają częściej mężczyźni (72,8%), aniżeli kobiety (42,2%). Odsetek odpowiedzi „tak” zmniejsza się wraz wiekiem badanych. Im badani starsi, tym rzadziej sięgają po piwo. W najmłodszej grupie wiekowej 50-54 po piwo sięga trzy czwarte badanych (75,4%), a w najstarszej 80+ co czwarty (24,7%). Po piwo sięgają też badani lepiej wykształceni. Od poziomu wykształcenia średniego wzwyż, wskaźnik odpowiedzi tak plasuje się na poziomie 60%, podczas gdy wśród osób o niższym poziomie wykształcenia nie przekracza 40%. Po piwo najrzadziej sięgają wdowy i wdowcy (36,8%), w pozostałych grupach wyróżnionych na podstawie stanu cywilnego wskaźnik sięga 60%. Po piwo sięgają częściej osoby o wyższych dochodach oraz – biorąc pod uwagę odpowiedzi dotyczące religijności – osoby niepraktykujące (niezależnie od tego czy określiły się jako wierzące czy niewierzące).

Tab. 3. Spożywanie piwa na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	tak	nie
pleć		
kobieta	42,2	57,8
mężczyzna	72,8	27,2
wiek		
50-54	75,4	24,6
55-59	67,6	32,4
60-64	58,5	41,5
65-69	58,2	41,8
70-74	53,3	46,7
75-79	44,2	55,8
80 <	24,7	75,3
wykształcenie		
podstawowe	27,3	72,7
zas. zawodowe	37,1	62,9
średnie	63,8	36,2
wyższe	62,1	37,9
stan cywilny		
wolny/-a	63,2	36,8
w stałym związku	60,9	39,1
po rozwodzie	60,0	40,0
wdowiec/wdowa	36,8	63,2
dochód		
do 1000 zł	41,5	58,5
1001-2000 zł	40,3	59,7
2001 – 3000 zł	55,6	44,4
3001 i więcej	82,5	17,5
religijność		
wierzący i praktykujący	52,4	47,6
wierzący i niepraktykujący	60,2	39,8
niewierzący, ale przywiązany do niektórych praktyk religijnych	52,6	47,4
niewierzący i niepraktykujący	66,7	33,3
trudno powiedzieć	63,2	36,8

W populacji osób niepełnosprawnych po piwo częściej sięgają mężczyźni (50,8%), niż kobiety (44,4%). Spożycie piwa – deklarowane odpowiedzią „tak” – jest wyższe w młodszych grupach wiekowych, niż wśród starszych. Poniżej 30. roku życia wskaźnik wyniósł 57,3%, a wśród badanych po 60-tce 34,3%. Wyższe odsetki odpowiedzi zarejestrowano wśród badanych o wykształceniu średnim i wyższym. Po

piwo częściej sięgają osoby stanu wolnego (51,1%) i stanu wolnego (52,2%). Wpływ statusu zawodowego wyraża się następująco; osoby pracujące częściej deklarują spożywanie piwa (63,6%), najrzadziej osoby na emeryturze (31,9%). Związek dochodu i deklarowanego spożycia piwa ma charakter liniowy. Im wyższy poziom dochodów tym wyższy odsetek odpowiedzi „tak”.

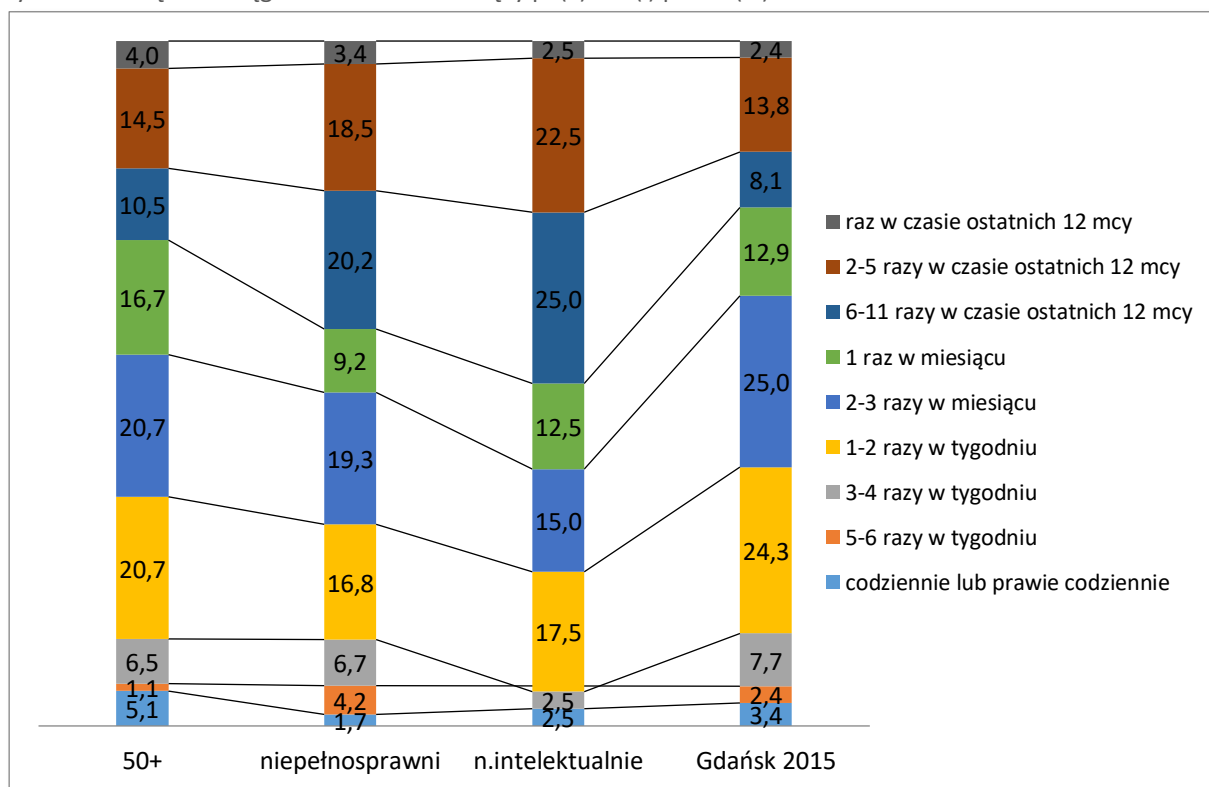
Tab. 4. Spożywanie piwa na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

osoby niepełnosprawne	ogółem		intelektualnie*	
	tak	nie	tak	nie
płeć				
kobieta	44,4	55,6	31,8	68,2
mężczyzna	50,8	49,2	45,6	54,4
wiek				
poniżej 30	57,3	42,7	33,3	66,7
30 – 44	55,4	44,6	43,9	56,1
45 – 49	40,0	60,0	38,5	61,5
60 i więcej	34,3	65,7	45,5	54,5
wykształcenie				
podstawowe	34,2	65,8	36,0	64,0
zas. zawodowe	40,2	59,8	35,5	64,5
średnie	56,4	43,6	61,5	38,5
wyższe	58,5	41,5	-	-
stan cywilny				
wolny/-a	51,1	48,9	41,9	58,1
w stałym związku	52,2	47,8	27,3	72,7
po rozwodzie	30,0	70,0	-	100,0
wdowiec/wdowa	22,2	77,8	100,0	-
status zawodowy				
pracujący zawodowo	63,6	36,4	55,6	44,4
bezrobotni	41,7	58,3	14,3	85,7
niepracujący, nieposzukujący pracy	50,0	50,0	44,4	55,6
na emeryturze	31,9	68,1		100,0
na rencie	41,7	58,3	40,4	59,6
dochód				
do 1000 zł	36,1	63,9	34,6	65,4
1001-2000 zł	47,2	52,8	41,2	58,8
2001 – 3000 zł	66,7	33,3	75,0	25,0
3001 i więcej	64,7	35,3	55,6	44,4

* Ze względu na niewielką liczebność zbiorowości osób niepełnosprawnych intelektualnie zamieszczone dane przekrojowe należy traktować jedynie poglądowo. Wynik testowania statystycznego – niekonkluzywny.

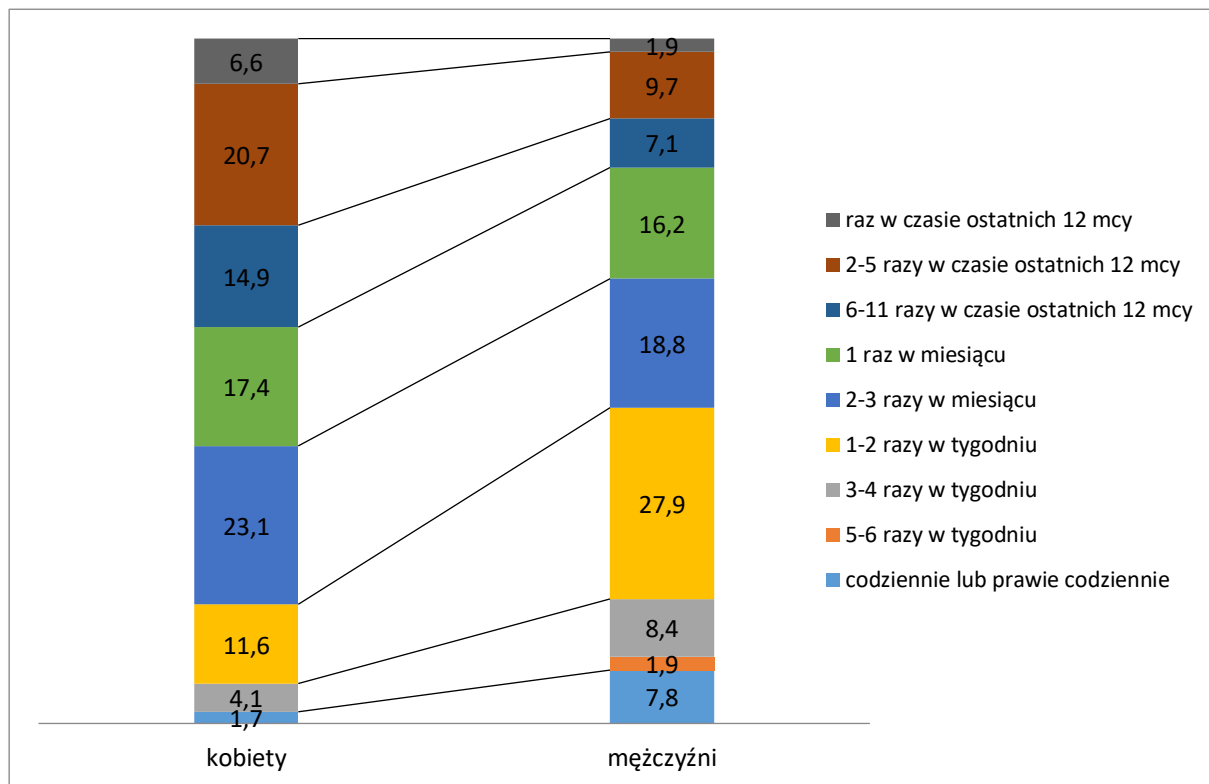
Analiza wyników częstotliwości spożywania piwa wśród badanych pokazuje, że w porównaniu do wyników zarejestrowanych w 2015 r. wśród wszystkich mieszkańców Gdańska osoby w wieku powyżej 50. roku życia nieco częściej sięgają po piwo codziennie lub prawie codziennie (5,1%), natomiast niepełnosprawni wyraźnie rzadziej (1,7%). Na tle tego wskaźnika, wyższy wynik odnotowano wśród niepełnosprawnych intelektualnie (2,4%). Porównanie to dotyczy wskaźnika informującego o znacząco nadmiernej częstotliwości sięgania po alkohol – piwo. Rozpatrując łącznie wyniki wskazujące na spożycie 1-2 razy w tygodniu i częściej, to wyniki zarejestrowane wśród badanych z grupy 50+ oraz niepełnosprawnych ogółem są niższe, niż te w generalnej populacji gdańszczan. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną należy uwzględnić fakt, iż dla tej grupy konsumentów sięganie po piwo – niezależnie od częstotliwości – wiąże się z większym ryzykiem upojenia. Zdaniem osób na co dzień pracujących z tą grupą, już 1-2 piwa wywołuje stan silnego upojenia.

Rys. 15. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo? (%)



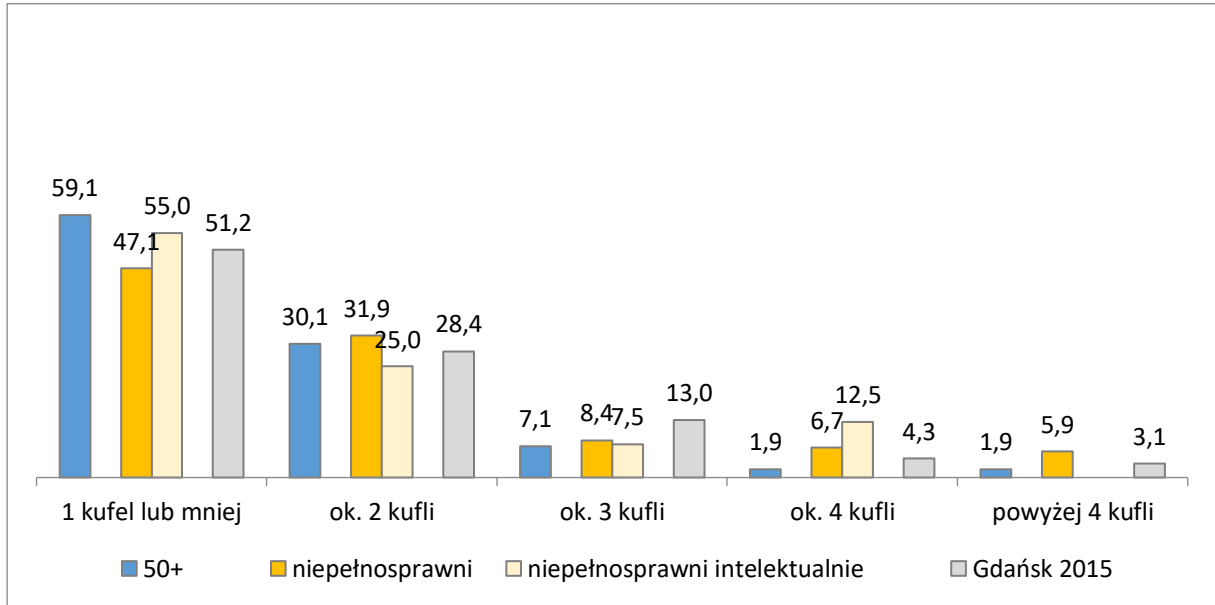
W zbiorowości osób po 50. roku życia po piwo z większą częstotliwością sięgają mężczyźni niż kobiety. Trzy- lub czterokrotnie w tygodniu i częściej po piwo sięga łącznie 46,1% mężczyzn, podczas gdy kobiet 17,4%. Zwraca też uwagę odsetek osób pijących piwo codziennie lub prawie codziennie oraz 5-6 razy w tygodniu. Wśród mężczyzn wyniósł on 9,7%, a wśród kobiet 1,7%.

Rys. 16. Odpowiedzi na pytanie „Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?” z uwzględnieniem podziału na płeć badanych – zbiorowość 50+ (%)



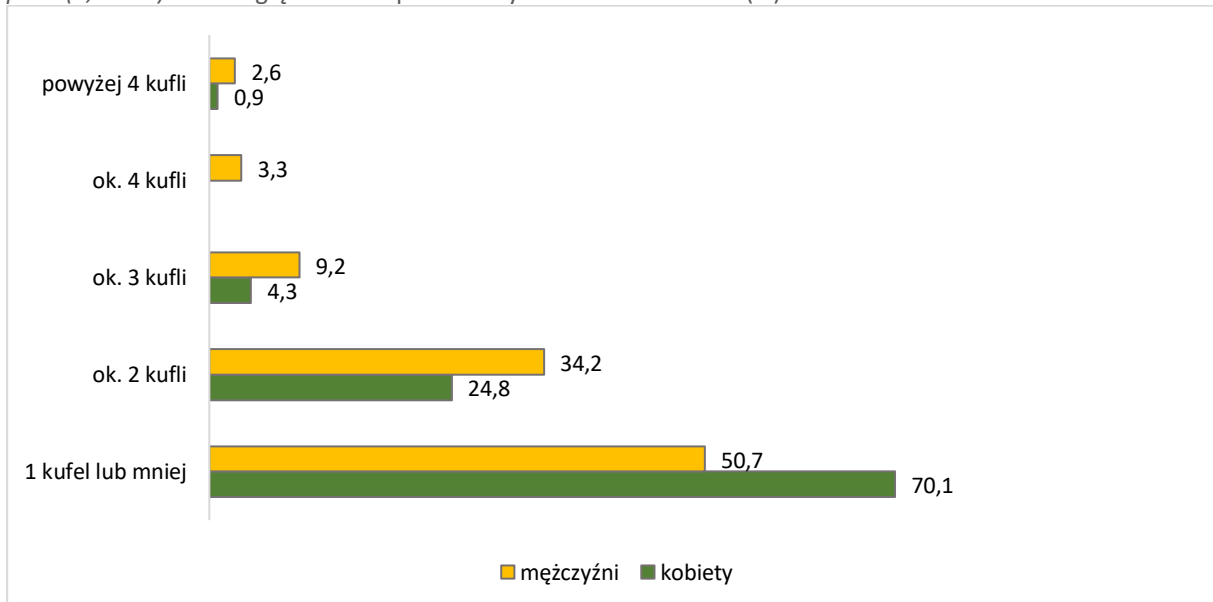
Przy jednej okazji badani najczęściej wypijają – w przypadku zbiorowości 50+ – 1 kufel lub mniej (59,1%), po drugi sięgnie już o połowę mniej bo 30,1%. Wśród osób niepełnosprawnych na jednym kuflu spożycie zakończy 47,1% odpowiadających, a na drugim 31,9%. W odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie sprawdza się spostrzeżenie specjalistów, zdaniem których dla takiego konsumenta „jedno piwo wystarczy”. Ponad połowa intelektualnie niepełnosprawnych (55,0%) zakończy spożycie na jednym piwie, a po drugi kufel już sięgnie tylko co czwarty odpowiadający (25,0%).

Rys. 17. Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, posługując się miarą kufła piwa (0,5 litra)? (%)



W zbiorowości 50+ zarówno mężczyźni, jak i kobiety najczęściej poprzestają na spożyciu przy jednej okazji jednego kufła lub mniej (kobiety - 70,1%, mężczyźni 50,7%). Mężczyźni natomiast częściej niż kobiety sięgną po kolejne piwo – po drugie 34,2%, trzecie – 9,2%. Badani mężczyźni, którzy przy jednej okazji sięgają po 4 i więcej kufli stanowili łącznie 5,9% odpowiadających.

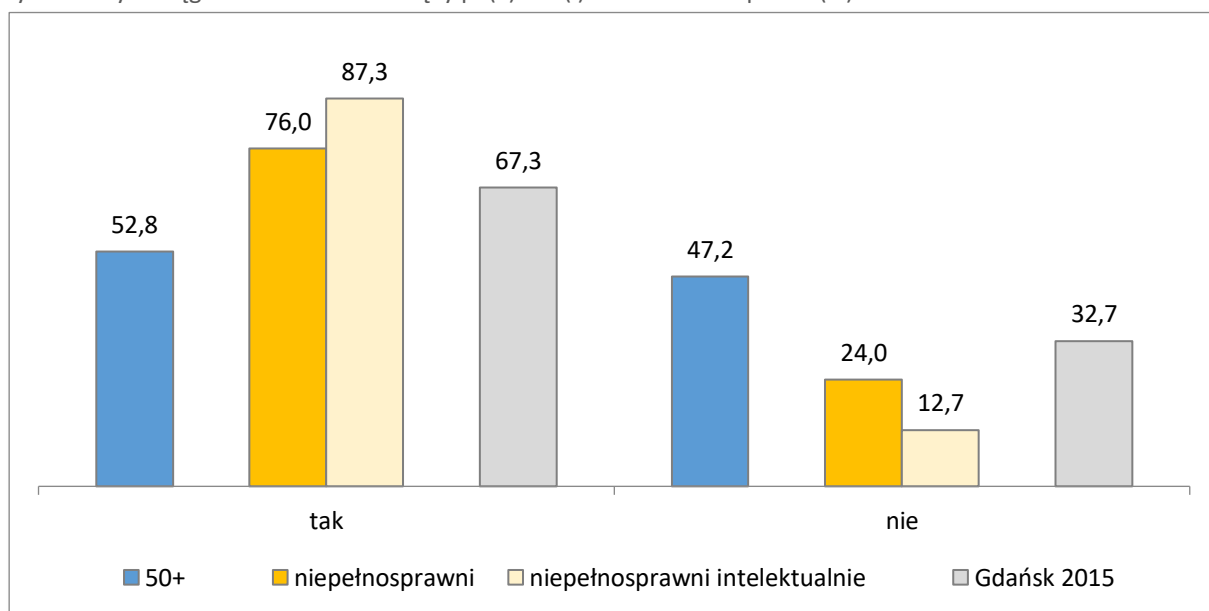
Rys. 18. Odpowiedzi na pytanie „Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, posługując się miarą kufła piwa (0,5 litra)?” z uwzględnieniem płci badanych – zbiorowość 50+ (%)



Wino lub szampan

Po wino lub szampana sięgała w ciągu ostatniego roku nieco ponad połowa seniorów biorących udział w badaniu (52,8%). Wynik ten jest niższy od zarejestrowanego wśród gdańszczan w badaniu z 2015 roku (67,3%). Z kolei w obu badanych grupach osób niepełnosprawnych zarejestrowano wskaźniki wyższe od ogólnomiejskiego. Wśród wszystkich niepełnosprawnych wyniósł on 76,0%, a wśród niepełnosprawnych intelektualnie 87,3%. Osoby starsze mogą nieco częściej niż młodszy członkowie populacji ogólnej zwracać uwagę na własne zdrowie i ograniczać spożycie alkoholu. Wśród osób niepełnosprawnych ogółem, znalazły się osoby, które w pełni uczestniczą w codziennym życiu – towarzyskim, zawodowym, co obejmuje również sytuacje, w których sięga się po alkohol. Na wyższy wynik wśród niepełnosprawnych na pewno też wpływają deklaracje osób niepełnosprawnych intelektualnie, wśród których odsetek ten jest wyraźnie wyższy.

Rys. 19. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana? (%)



Na deklaracje badanych w zakresie spożywania wina ma wpływ jedynie ich płeć – po wino chętniej sięgały kobiety (58,2%), niż mężczyźni (45,5%). Na fakt spożywania wina wpływa wiek. Im starsi badani tym rzadziej sięgają po wino, w młodszych grupach wiekowych częściej rejestrowano odpowiedzi wskazujące na spożywanie tego typu alkoholu. Po napoje winne najczęściej sięgają osoby z wyższym wykształceniem 72,7%. Po wino sięgają najczęściej osoby po rozwodzie 57,8%, a najrzadziej wdowcy i wdowy (47,0%). Najrzadziej po ten typ alkoholu sięgają osoby o dochodach w przedziale 1001-2000 zł (38,1%), podczas gdy w pozostałych grupach dochodowych wskaźnik procentowy przekraczał 50%.

Tab. 5. Spożywanie wina lub szampana na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	tak	nie
pleć		
kobieta	58,2	41,8
mężczyzna	45,5	54,5
wiek		
50-54	61,5	38,5
55-59	59,5	40,5
60-64	62,8	37,2
65-69	54,9	45,1
70-74	45,0	55,0
75-79	39,5	60,5
80 <	37,0	63,0
wykształcenie		
podstawowe	33,3	66,7
zas. zawodowe	33,3	66,7
średnie	53,1	46,9
wyższe	72,7	27,3
stan cywilny		
wolny/-a	50,0	50,0
w stałym związku	54,5	45,5
po rozwodzie	57,8	42,2
wdowiec/wdowa	47,0	53,0
dochód		
do 1000 zł	53,7	46,3
1001-2000 zł	38,1	61,9
2001 – 3000 zł	58,6	41,4
3001 i więcej	68,0	32,0

Wśród badanych niepełnosprawnych po wino częściej sięgają kobiety (58,9%), niż mężczyźni (45,2%). Wino chętniej piją osoby w wieku 30-44 lata (67,7%), nieco niższy odsetek zarejestrowano w grupie najmłodszych badanych, tj. poniżej 30 roku życia (56,0%), najniższy zaś wśród najstarszych: 60 i więcej (37,1%). Preferowanie wina idzie w parze z poziomem wykształcenia. Im wyższy poziom, tym większy odsetek odpowiedzi „tak”. Po wino sięgają najczęściej osoby w stałych związkach (63,8%), najrzadziej zaś wdowy i wdowcy (22,2%). Osoby pracujące najczęściej sięgają po wino (71,4%), z kolei najrzadziej emeryci (34,0%). Wraz ze wzrostem dochodów rośnie odsetek deklarujących spożywanie wina w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Tab. 6. Spożywanie wina lub szampana na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

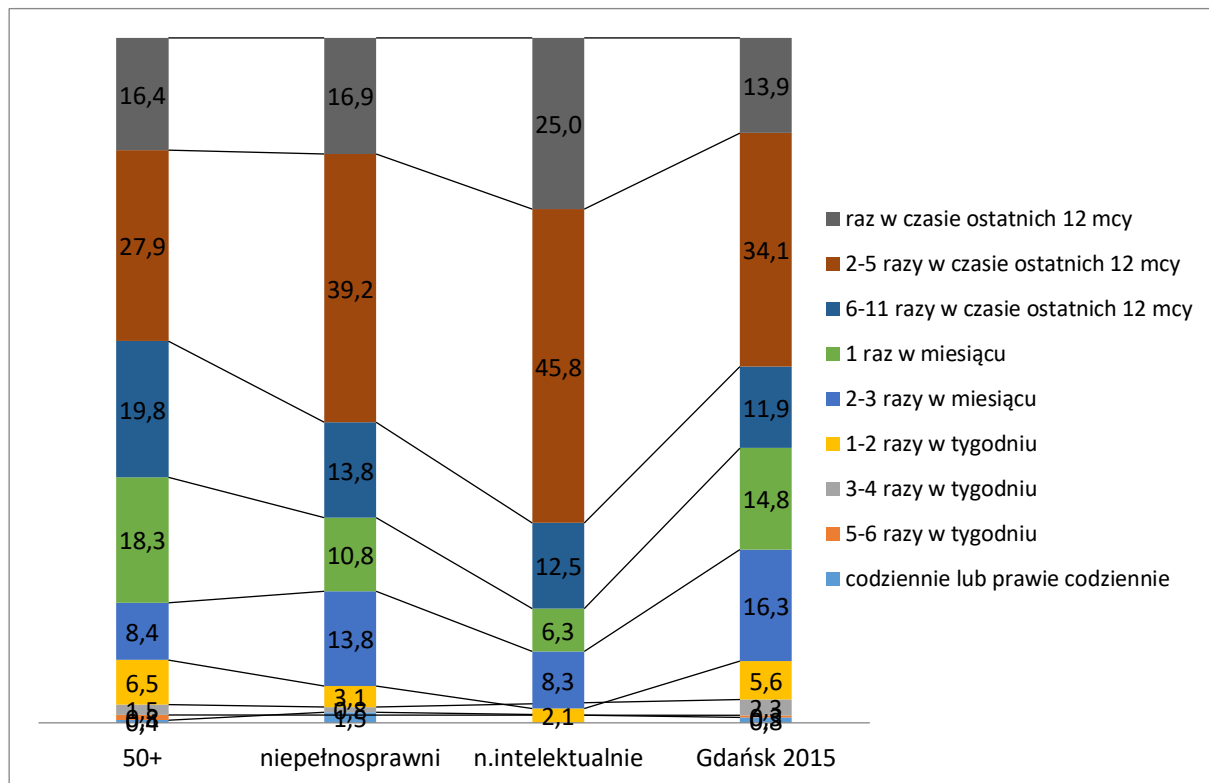
osoby niepełnosprawne	ogółem		intelektualnie*	
	tak	nie	tak	nie
płeć				
kobieta	58,9	41,1	45,5	54,5
mężczyzna	45,2	54,8	49,1	50,9
wiek				
poniżej 30	56,0	44,0	41,7	58,3
30 – 44	67,7	32,3	56,1	43,9
45 – 49	45,0	55,0	38,5	61,5
60 i więcej	37,1	62,9	45,5	54,5
wykształcenie				
podstawowe	36,8	63,2	44,0	56,0
zas. zawodowe	40,2	59,8	45,2	54,8
średnie	56,4	43,6	61,5	38,5
wyższe	82,9	17,1	-	-
stan cywilny				
wolny/-a	51,8	48,2	45,3	54,7
w stałym związku	63,8	36,2	54,5	45,5
po rozwodzie	35,0	65,0	100,0	-
wdowiec/wdowa	22,2	77,8	-	100,0
status zawodowy				
pracujący zawodowo	71,4	28,6	72,2	27,8
bezrobotni	50,0	50,0	14,3	85,7
niepracujący, nieposzukujący pracy	50,0	50,0	44,4	55,6
na emeryturze	34,0	66,0	40,0	60,0
na rencie	44,0	56,0	44,2	55,8
dochód				
do 1000 zł	32,8	67,2	30,8	69,2
1001-2000 zł	52,8	47,2	52,9	47,1
2001 – 3000 zł	60,6	39,4	75,0	25,0
3001 i więcej	70,6	29,4	66,7	33,3

* Ze względu na niewielką liczebność zbiorowości osób niepełnosprawnych intelektualnie zamieszczone dane przekrojowe należy traktować jedynie pogładowo. Wynik testowania statystycznego – niekonkluzywny.

Częstotliwość spożywania wina w przypadku zbiorowości 50+ jest porównywalna z tą zarejestrowaną w 2015 roku na terenie całego Gdańska. W grupie tej zauważalna jest nieznacznie mniejsza częstotliwość sięgania po napoje winne. Wyraźniejsze różnice są zauważalne wśród osób

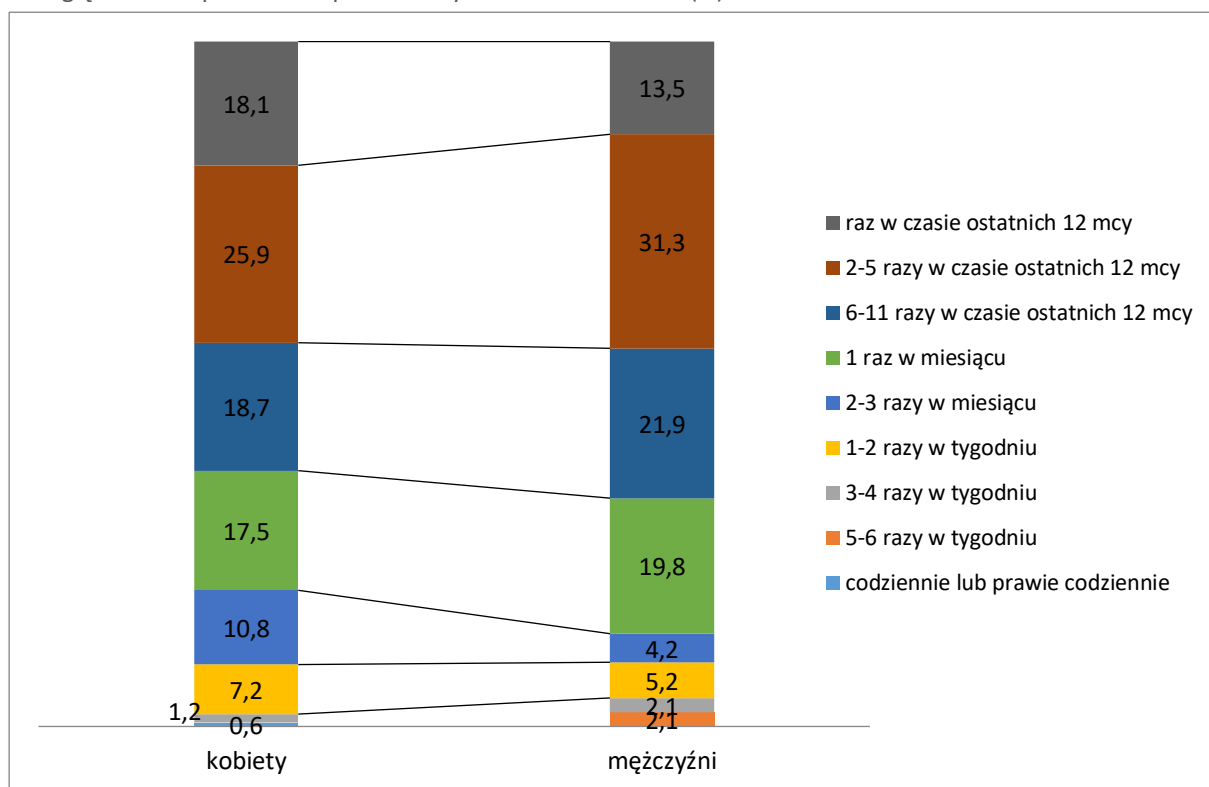
niepełnosprawnych – osoby te z rzadziej sięgają po wino. Ze znacznie mniejszą intensywnością po wino i jego pochodne sięgają osoby niepełnosprawne intelektualnie. Grupa osób pijących wino 2-3 razy w miesiącu i częściej stanowi o wiele mniejszą zbiorowość niż wśród niepełnosprawnych ogółem lub wśród gdańszczyzan.

Rys. 20. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana? (%)



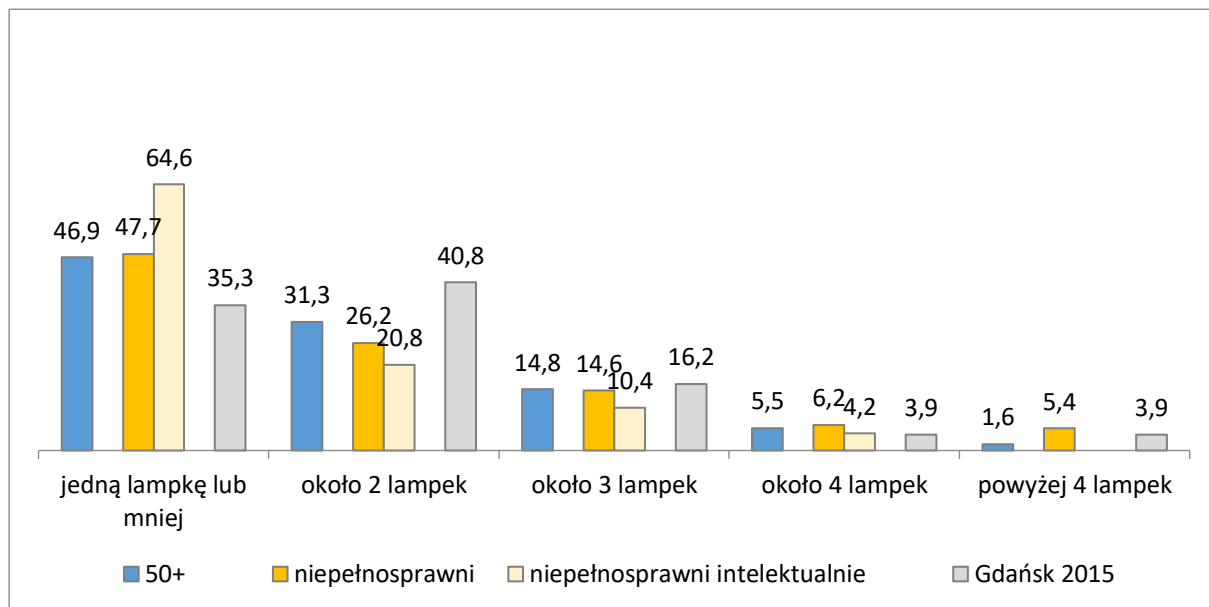
W zbiorowości osób po 50. roku życia po wino lub szampana z dużą częstotliwością, czyli codziennie, prawie codziennie lub 5-6 razy w tygodniu sięga więcej mężczyzn (2,1%) niż kobiet (0,6%). Większa aktywność mężczyzn w sferze częstotliwości zarysowuje się w przypadku spożycia 3-4 razy w tygodniu (2,1%, a u kobiet 1,2%). Kobiety częściej niż mężczyźni sięgają po napoje winne z mniejszą częstotliwością, np. 1-2 razy w tygodniu (7,2%, mężczyźni 5,2) oraz 2-3 razy w miesiącu (10,8%, mężczyźni 4,2%).

Rys. 21. Odpowiedzi na pytanie „Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?” z uwzględnieniem podziału na płeć badanych – zbiorowość 50+ (%)



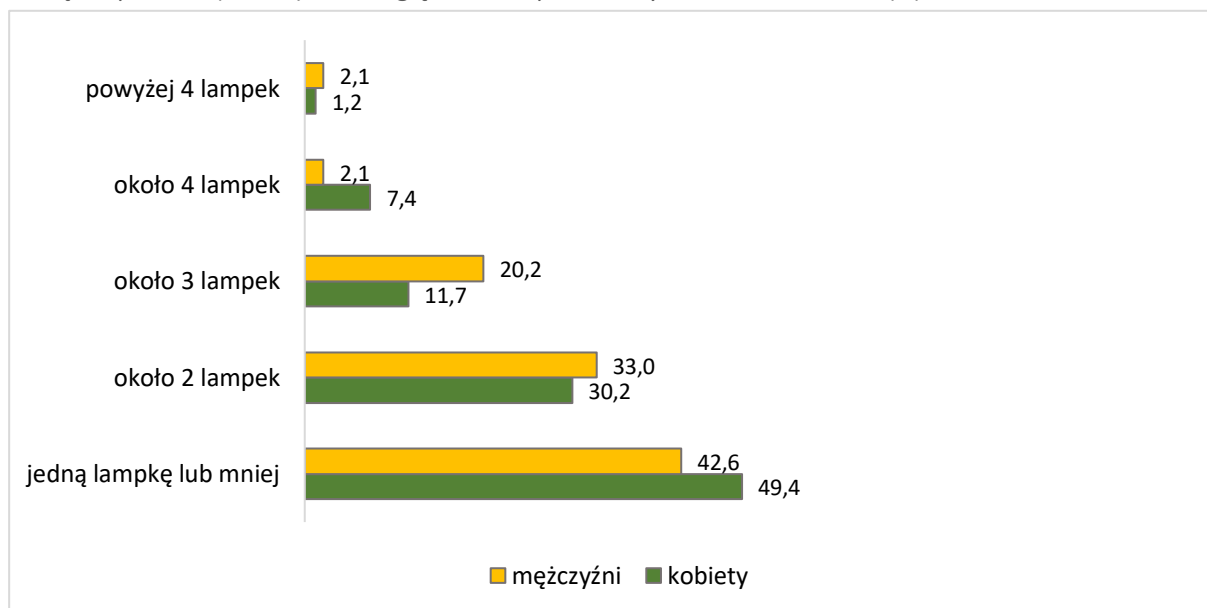
Wielkość spożycia wina przy jednej okazji jest zbliżona w zbiorowościach 50+ i wśród niepełnosprawnych ogółem. Najczęściej jest to jedna lampka lub mniej (wskazania na poziomie 47%), lub około 2 lampek wina (jedna trzecia odpowiadających). Wśród niepełnosprawnych intelektualnie na spożycie wina nie przekracza na ogół jednej lampki – odpowiedzi takiej udzieliło dwie trzecie badanych (64,6%). W tej zbiorowości po dwie lampki sięgnie co piąty badany (20,8%), a po trzecią, co dziesiąty (10,4%).

Rys. 22. Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą lampki wina (100 ml)? (%)



W zbiorowości 50+ zarówno kobiety (49,4%), jak i mężczyźni (42,6%) poprzestają na ogół na spożyciu jednej lampki lub mniej. W przypadku tego poziomu spożycia widać jednak pewną przewagę kobiet (6,8 p.p.). W przypadku spożycia na poziomie 2-3 lampek prym wiodą mężczyźni. W przypadku 2 lampek różnica wyniosła 2,7 p.p., a w przypadku 3 lampek 8,5 p.p. Proporcje odwracają się, gdy chodzi o 4 lampki wina. Tu widać wyraźną przewagę kobiet (7,4%, mężczyźni 2,1%).

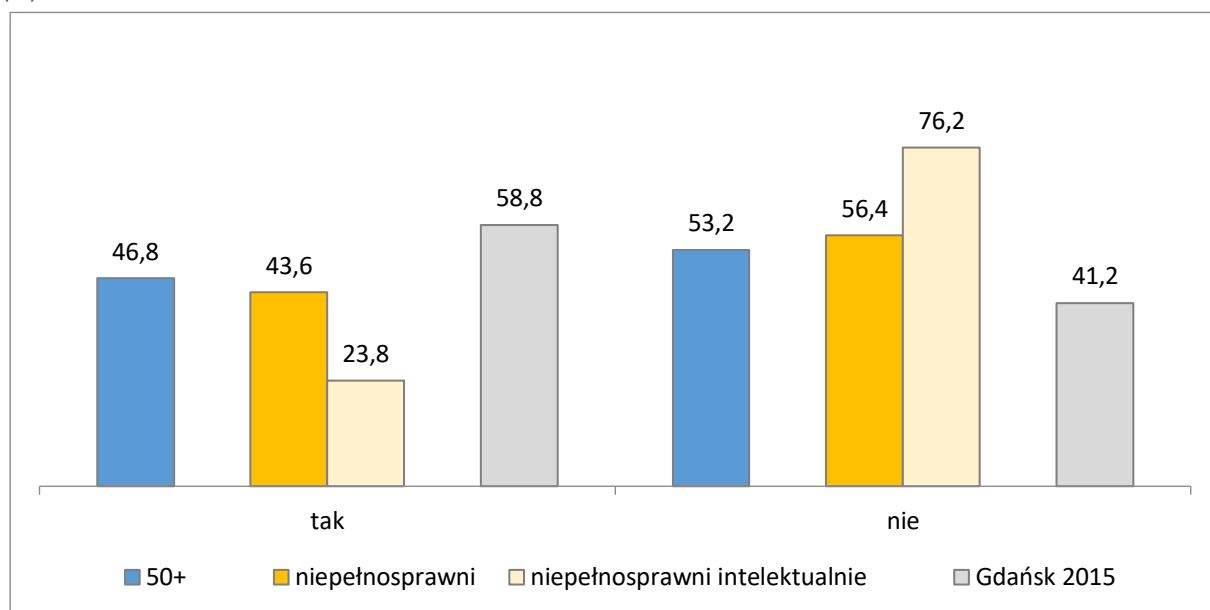
Rys. 23. Odpowiedzi na pytanie „Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą lampki wina (100 ml)?” z uwzględnieniem płci badanych – zbiorowość 50+ (%)



Wódka lub inny napój spirytusowy

Na przestrzeni ostatniego roku po wódkę lub inny napój spirytusowy sięgnęła zbliżona grupa zarówno osób po 50. roku życia, jak i osób niepełnosprawnych, odpowiednio 46,8% i 43,6%. Po mocne alkohole osoby niepełnosprawne intelektualnie sięgają zdecydowanie rzadziej (23,8%).

Rys. 24. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę (lub inny napój spirytusowy, np, whisky, koniak)? (%)



W zbiorowości 50+ na rozkład odpowiedzi badanych wpływają płeć, wiek, wykształcenie i dochód. Po mocne alkohole częściej sięgają mężczyźni (86,0%) niż kobiety (71,4%). Po wódkę i jej pochodne najczęściej sięga się w grupach wiekowych 65-69 (97,3%) oraz 50-54 (87,2%), najrzadziej natomiast wśród badanych najstarszych, powyżej 80. roku życia (47,4%). Odsetek odpowiedzi wskazujących na sięganie po mocne alkohole rośnie wraz z poziomem wykształcenia. Wśród badanych z wykształceniem podstawowym wyniósł on 50,0%, a z wyższym 87,3%. Pod względem dochodu widoczna jest następująca zależność. Po mocne alkohole najczęściej sięgają osoby uzyskujące dochody powyżej 3001 zł (92,1%), w pozostałych grupach odsetek ten przyjmuje wartość na poziomie 70%.

Tab. 7. Spożywanie napojów spirytusowych na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	tak	nie
płeć		
kobieta	71,4	28,6
mężczyzna	86,0	14,0

50+	tak	nie
wiek		
50-54	87,2	12,8
55-59	79,5	20,5
60-64	76,5	23,5
65-69	97,3	2,7
70-74	78,1	21,9
75-79	70,6	29,4
80 <	47,4	52,6
wykształcenie		
podstawowe	50,0	50,0
zas. zawodowe	63,0	37,0
średnie	83,7	16,3
wyższe	87,3	12,7
dochód		
do 1000 zł	73,3	26,7
1001-2000 zł	75,4	24,6
2001 – 3000 zł	72,7	27,3
3001 i więcej	92,1	7,9

Wśród osób niepełnosprawnych na spożycie mocnych alkoholi wpływa jedynie wiek odpowiadających. Wraz z postępowaniem wieku maleje odsetek sięgających po ten typ alkoholu. Wśród w wieku do 45. roku życia przekracza 90%, w grupie 45-49 lat wynosi 65,0%, a wśród najstarszych 55,6%.

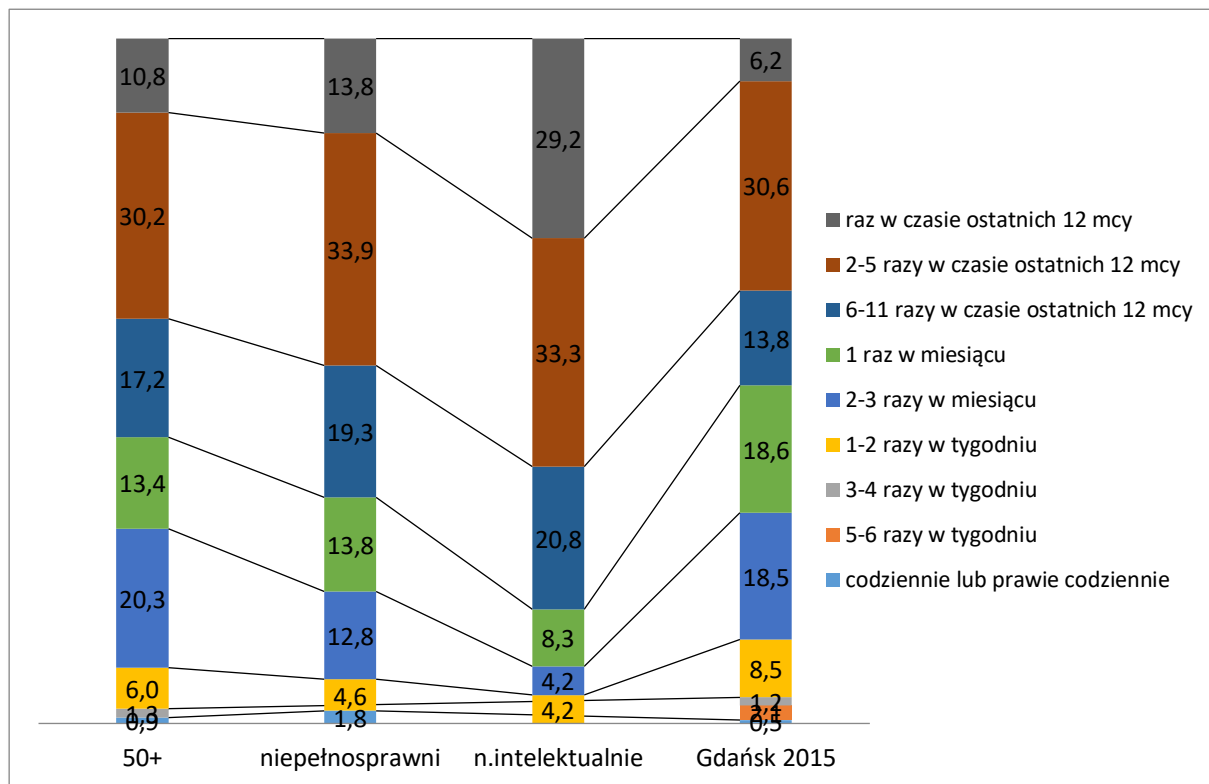
Tab. 8. Spożywanie napojów spirytusowych na tle wieku – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

osoby niepełnosprawne	ogółem		intelektualnie*	
	tak	nie	tak	nie
wiek				
poniżej 30	94,1	5,9	100,0	-
30 – 44	92,9	7,1	91,7	8,3
45 – 49	65,0	35,0	100,0	-
60 i więcej	55,6	44,4	-	100,0

* Ze względu na niewielką liczebność zbiorowości osób niepełnosprawnych intelektualnie zamieszczone dane przekrojowe należy traktować jedynie poglądowo. Wynik testowania statystycznego – niekonkluzywny.

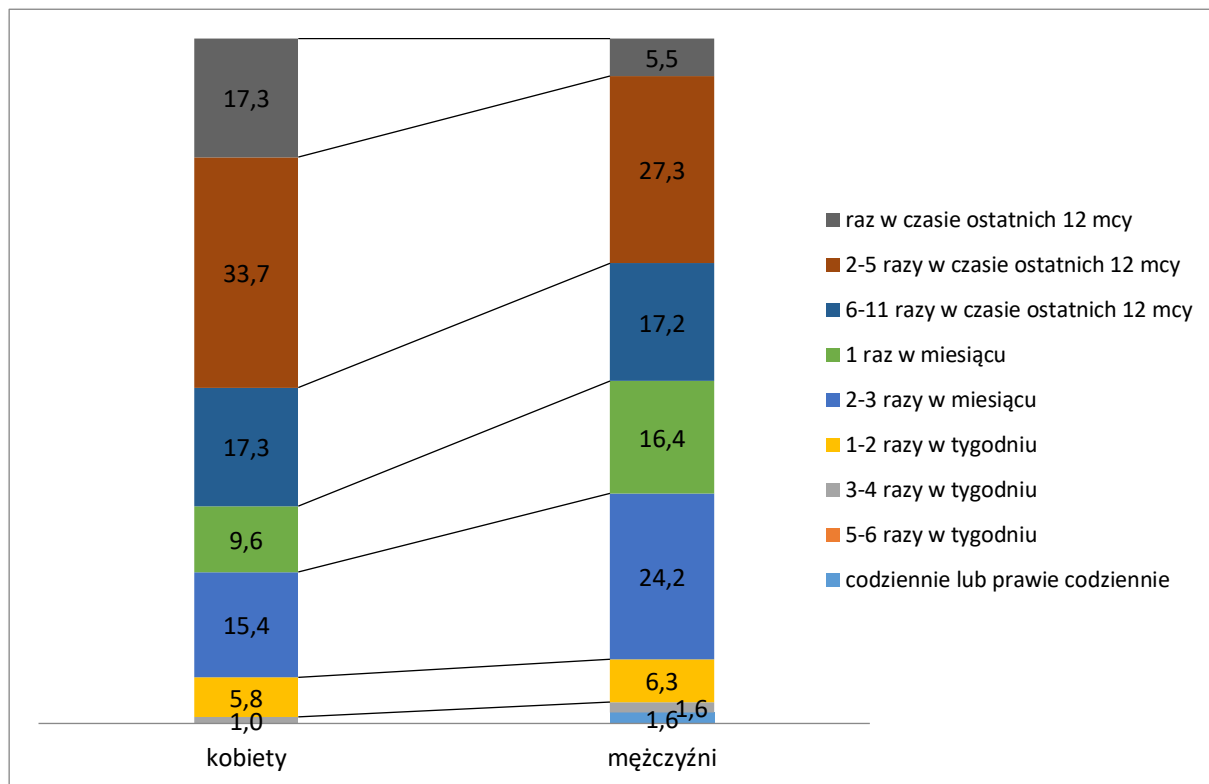
Podobnie jak w przypadku wina, częstotliwość spożywania napojów spirytusowych w zbiorowości 50+ różni się nieznacznie od wyników dla ogólnomiejskiej próby gdańszczan. Osoby starsze sięgają po mocne trunki nieco rzadziej. Z kolei wśród osób niepełnosprawnych wskazania są wyraźnie niższe, a wśród niepełnosprawnych intelektualnie – zdecydowanie niższe.

Rys. 25. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak? (%)



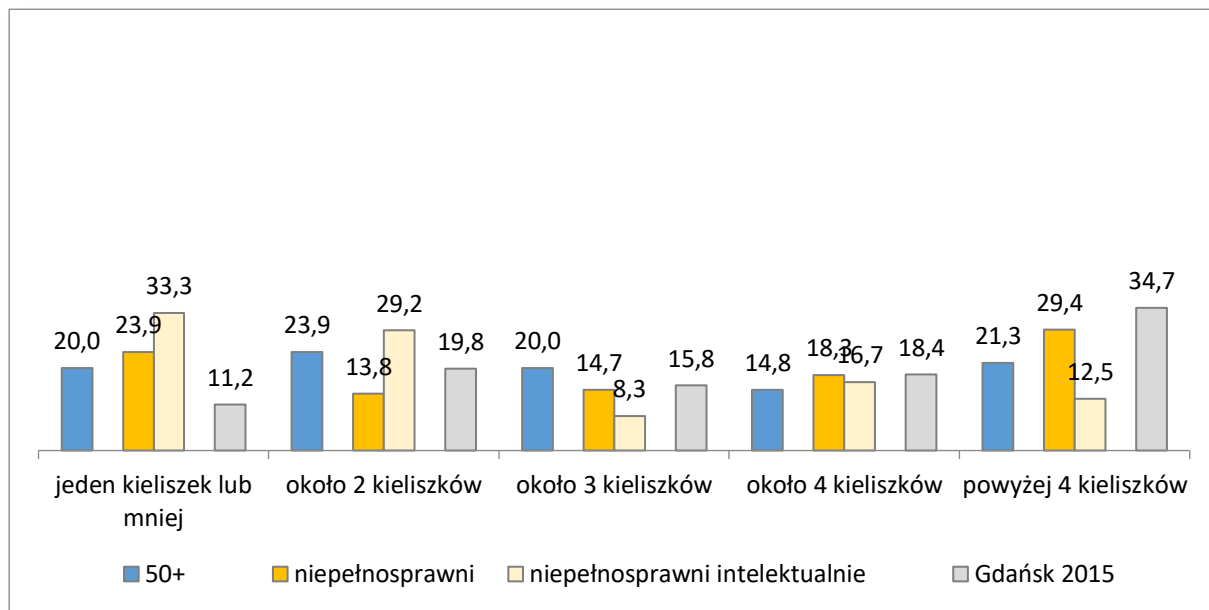
W zbiorowości 50+ żadna z kobiet biorących udział w badaniu nie sięga po mocne alkohole z większą częstotliwością niż 3-4 razy w tygodniu. Wśród pań wskazania takiego udzieliło 1% badanych. Wśród mężczyzn pojawili się ci, którzy po mocne trunki sięgają codziennie lub prawie codziennie (1,6%), 3-4 razy w tygodniu (1,6%). Zbliżony odsetek mężczyzn (6,3%) i kobiet (5,8%) spożywa mocne alkohole 1-2 razy w tygodniu.

Rys. 26. Odpowiedzi na pytanie „Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak?” z uwzględnieniem podziału na płeć badanych – zbiorowość 50+ (%)



Pod względem wielkości spożycia mocnych alkoholi zarejestrowane wyniki pokazują, że w każdej z przebadanych zbiorowości spożycie jest mniejsze niż w próbie ogólnomiejscowej. Odpowiedzi badanych w wieku 50+ rozkładają się równomiernie. Zbliżona wielkościami grupa respondentów wskazała każdą z odpowiedzi. Wśród osób niepełnosprawnych najczęściej sięga się po więcej niż 4 kieliszki (29,4%), ale jednocześnie znacząca jest grupa, w której spożycie nie przekracza jednego kieliszka (23,9%). Wśród niepełnosprawnych intelektualnie na ogół spożycie nie przekracza jednego kieliszka (33,3%) lub dwóch (29,2%).

Rys. 27, Ile wódki (koniaku, whisky) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kieliszka (50 ml)? (%)



W zbiorowości 50+ na wielkość spożycia wpływa jedynie płeć respondentów. Z kolei wśród osób niepełnosprawnych na wielkość spożycia alkoholu wysokoprocentowych nie mają wpływu czynniki niezależne uwzględnione w badaniu. Po większe ilości mocnego alkoholu częściej sięgają mężczyźni niż kobiety.

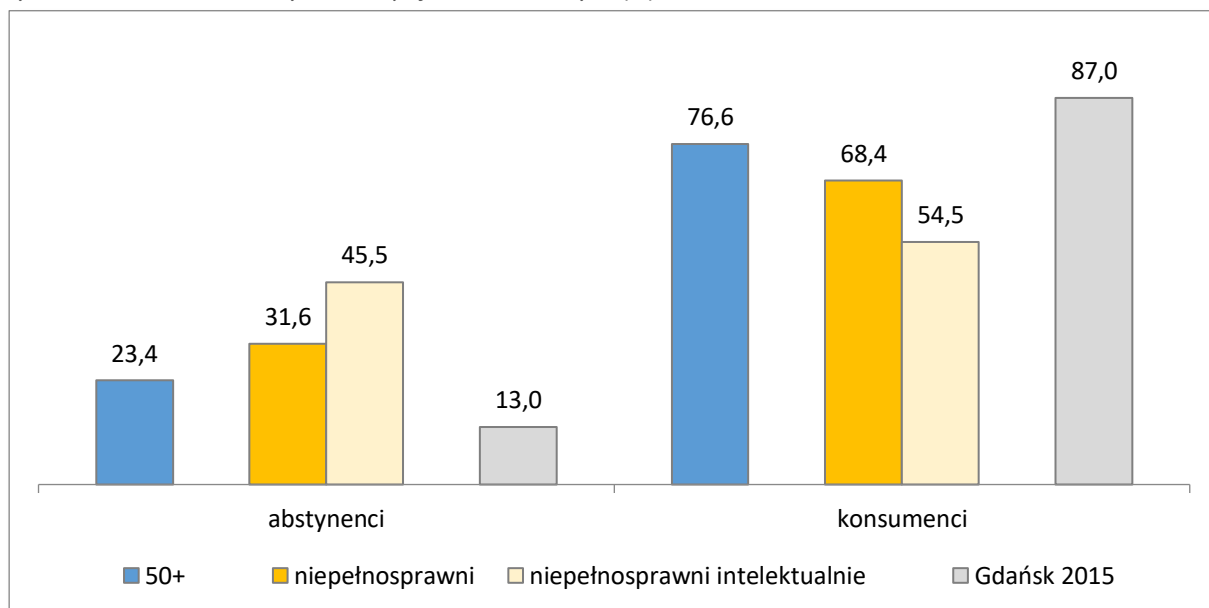
Tab. 9. Wielkość spożycia wódki lub innego napoju spirytusowego przy jednej okazji na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	1 kieliszek lub mniej	ok. 2 kieliszków	ok. 3 kieliszków	ok. 4 kieliszków	powyżej 4 kieliszków
płeć					
kobieta	31,4	30,4	16,7	7,8	13,7
mężczyzna	10,9	18,8	22,7	20,3	27,3

Konsumenci i abstynenci

Odsetek abstynentów, czyli osób, które w ciągu ostatniego roku nie sięgały bo żaden rodzaj alkoholu, wyniósł wśród osób 50+ blisko jedną czwartą odpowiedzi (23,4%), wśród osób niepełnosprawnych blisko jedną trzecią (31,6%), a 45,5% wśród niepełnosprawnych intelektualnie. Zarejestrowane wyniki w każdej z grup są wyraźnie wyższe od wskaźnika zarejestrowanego w badaniach ogólnomiejskich (13,0%).

Rys. 28. Konsumenci i abstynenci napojów alkoholowych (%)



W przebadanej zbiorowości fakt niespożywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy pozostaje w statystycznie istotnym związku z płcią, wiekiem, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, statusem zawodowym, dochodem oraz deklarowaną religijnością. Ze spożywania alkoholu częściej rezygnują kobiety (30,3%), niż mężczyźni (14,1%). Odsetek abstynentów w poszczególnych grupach wiekowych rośnie liniowo. Im starsi badani, tym wyższy odsetek osób niepijących. Zależność liniowa dostrzegalna jest także w przypadku poziomu wykształcenia. Tym razem ma ona postać odwrotną, wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia maleje odsetek abstynentów. Najwyższy odsetek abstynentów odnotowano wśród wdów i wdowców (37,6%). Pod względem statusu zawodowego grupą, w której zanotowano najwyższy odsetek abstynentów, są osoby bezrobotne (44,4%). Biorąc pod uwagę dochody, odpowiedzi wskazujące na rezygnowanie ze spożycia, rejestrowano najczęściej wśród osób zarabiających 1001-2000 zł (35,8%). Z picia alkoholu najczęściej rezygnują osoby wierzące i praktykujące (28,2%) oraz niewierzące, ale przywiązane do niektórych praktyk religijnych (21,1%).

Tab. 10. Konsumenci i abstynenci na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

	50+	konsumenci	abstynenci
płeć			
kobieta		69,7	30,3
mężczyzna		85,9	14,1

50+	konsumenci	abstynenci
wiek		
50-54	92,3	7,7
55-59	83,8	16,2
60-64	81,9	18,1
65-69	75,8	24,2
70-74	80,0	20,0
75-79	62,8	37,2
80 <	54,8	45,2
wykształcenie		
podstawowe	54,5	45,5
zas. zawodowe	60,0	40,0
średnie	83,0	17,0
wyższe	84,8	15,2
stan cywilny		
wolny/-a	76,3	23,7
w stałym związku	81,3	18,7
po rozwodzie	82,2	17,8
wdowiec/wdowa	62,4	37,6
status zawodowy		
pracujący zawodowo	92,5	7,5
bezrobotni	55,6	44,4
niepracujący, nieposzukujący pracy	78,9	21,1
na emeryturze	66,0	34,0
na rencie	63,6	36,4
dochód		
do 1000 zł	70,7	29,3
1001-2000 zł	64,2	35,8
2001 – 3000 zł	80,2	19,8
3001 i więcej	94,2	5,8
religijność		
wierzący i praktykujący	71,8	28,2
wierzący i niepraktykujący	85,2	14,8
niewierzący, ale przywiązany do niektórych praktyk religijnych	78,9	21,1
niewierzący i niepraktykujący	93,3	6,7
trudno powiedzieć	84,2	15,8

Wśród osób niepełnosprawnych z faktem powstrzymywania się od picia alkoholu pozostają w związku następujące czynniki: poziom wykształcenia, stan cywilny, status zawodowy i dochód. W zbiorowości osób niepełnosprawnych intelektualnie – brak zależności między abstynencją a zmiennymi niezależnymi. Odsetek abstynentów spada wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia. Najwyższy odsetek abstynentów odnotowano wśród wdów i wdowców (55,6%). Pod względem statusu zawodowego grupą, w której zanotowano najwyższy odsetek abstynentów, są osoby bezrobotne (41,7%) oraz na rencie (40,5%). Wraz ze wzrostem poziomu dochodów jednocześnie maleje odsetek osób niepijących.

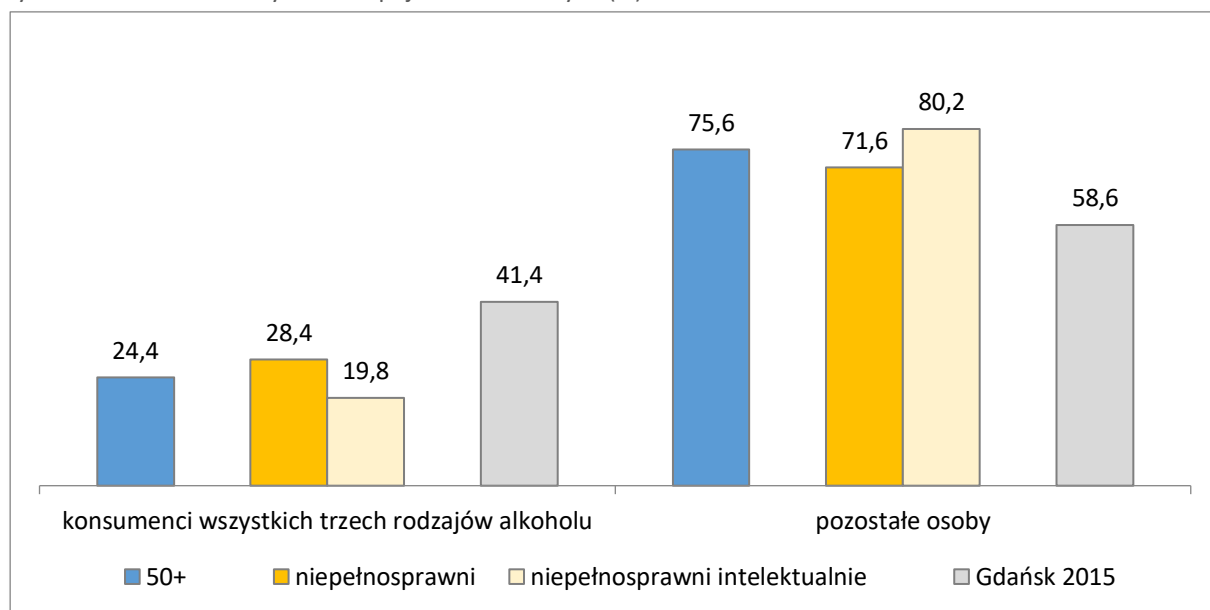
Tab. 11. Konsumenci i abstynenci na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

osoby niepełnosprawne	ogółem	
	konsumenci	abstynenci
wykształcenie		
podstawowe	50,0	50,0
zas. zawodowe	60,9	39,1
średnie	74,4	25,6
wyższe	90,2	9,8
stan cywilny		
wolny/-a	62,4	37,6
w stałym związku	81,2	18,8
po rozwodzie	85,0	15,0
wdowiec/wdowa	44,4	55,6
status zawodowy		
pracujący zawodowo	85,7	14,3
bezrobotni	58,3	41,7
niepracujący, nieposzukujący pracy	60,7	39,3
na emeryturze	61,7	38,3
na rencie	59,5	40,5
dochód		
do 1000 zł	57,4	42,6
1001-2000 zł	69,8	30,2
2001 – 3000 zł	81,8	18,2
3001 i więcej	88,2	11,8

Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych

Odsetek badanych, którzy zadeklarowali, że spożywali w ciągu ostatniego roku każdy rodzaj alkoholu wyniósł wśród osób po 50. roku życia 24,4%, a wśród niepełnosprawnych 28,4%. Nieco mniej, bo 19,8% w grupie osób niepełnosprawnych intelektualnie. Każde ze wskazań jest niższe od zarejestrowanego w 2015 roku w badaniach ogólnomiejskich (41,4%).

Rys. 29. Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych (%)



Wśród badanych 50+ zróżnicowanie na sięgających po każdy rodzaj alkoholu oraz pozostałe osoby jest zależne od płci, wieku, poziomu wykształcenia, stanu cywilnego i dochodu. Po każdy rodzaj alkoholu częściej sięgają mężczyźni (28,6%) niż kobiety (21,3%). Odsetek pijących każdy typ alkoholu maleje wraz z wiekiem badanych, rośnie natomiast wraz z poziomem wykształcenia. Najwyższy odsetek sięgających po każdy typ trunków zarejestrowano wśród osób po rozwodzie (33,3%). Uwzględniając dochody, najniższy odsetek pijących każdy rodzaj alkoholu odnotowano wśród dysponujących dochodem na poziomie 1001-2000 zł, najwyższy zaś wśród zarabiających 3001 zł i więcej.

Tab. 12. Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	konsumenci każdego rodzaju alkoholu	pozostali respondenci
płeć		
kobieta	21,3	78,7
mężczyzna	28,6	71,4

50+	konsumenty każdego rodzaju alkoholu	pozostali respondenci
wiek		
50-54	36,9	63,1
55-59	29,7	70,3
60-64	33,0	67,0
65-69	26,4	73,6
70-74	20,0	80,0
75-79	14,0	86,0
80 <	4,1	95,9
wykształcenie		
podstawowe	9,1	90,9
zas. zawodowe	16,2	83,8
średnie	25,9	74,1
wyższe	31,8	68,2
stan cywilny		
wolny/-a	23,7	76,3
w stałym związku	27,8	72,2
po rozwodzie	33,3	66,7
wdowiec/wdowa	12,8	87,2
dochód		
do 1000 zł	22,0	78,0
1001-2000 zł	10,8	89,2
2001 – 3000 zł	28,4	71,6
3001 i więcej	39,8	60,2

Wśród osób niepełnosprawnych zróżnicowanie na sięgających po każdy rodzaj alkoholu oraz pozostałe osoby pozostaje w związku z wiekiem, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, statusem zawodowym i dochodem. Odsetek pijących każdy typ alkoholu maleje wraz z wiekiem badanych, rośnie natomiast wraz z poziomem wykształcenia. Po każdy typ alkoholu sięgają najczęściej osoby w stałych związkach (37,7%) oraz pracujący zawodowo (45,5%). Wysoki odsetek odnotowano też wśród osób bezrobotnych (co trzeci badany – 33,3%). Odsetek pijących każdy typ trunku rośnie wraz z poziomem uzyskiwanych dochodów.

Tab. 13. Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

osoby niepełnosprawne	ogółem	
	konsumenci każdego rodzaju alkoholu	pozostali respondenci
wiek		
poniżej 30	36,0	64,0
30 – 44	36,9	63,1
45 – 49	22,5	77,5
60 i więcej	15,7	84,3
wykształcenie		
podstawowe	13,2	86,8
zas. zawodowe	17,4	82,6
średnie	42,3	57,7
wyższe	39,0	61,0
stan cywilny		
wolny/-a	29,1	70,9
w stałym związku	37,7	62,3
po rozwodzie	10,0	90,0
wdowiec/wdowa	5,6	94,4
status zawodowy		
pracujący zawodowo	45,5	54,5
bezrobotni	33,3	66,7
niepracujący, nieposzukujący pracy	21,4	78,6
na emeryturze	14,9	85,1
na rencie	21,4	78,6
dochód		
do 1000 zł	13,1	86,9
1001-2000 zł	35,8	64,2
2001 – 3000 zł	39,4	60,6
3001 i więcej	45,1	54,9

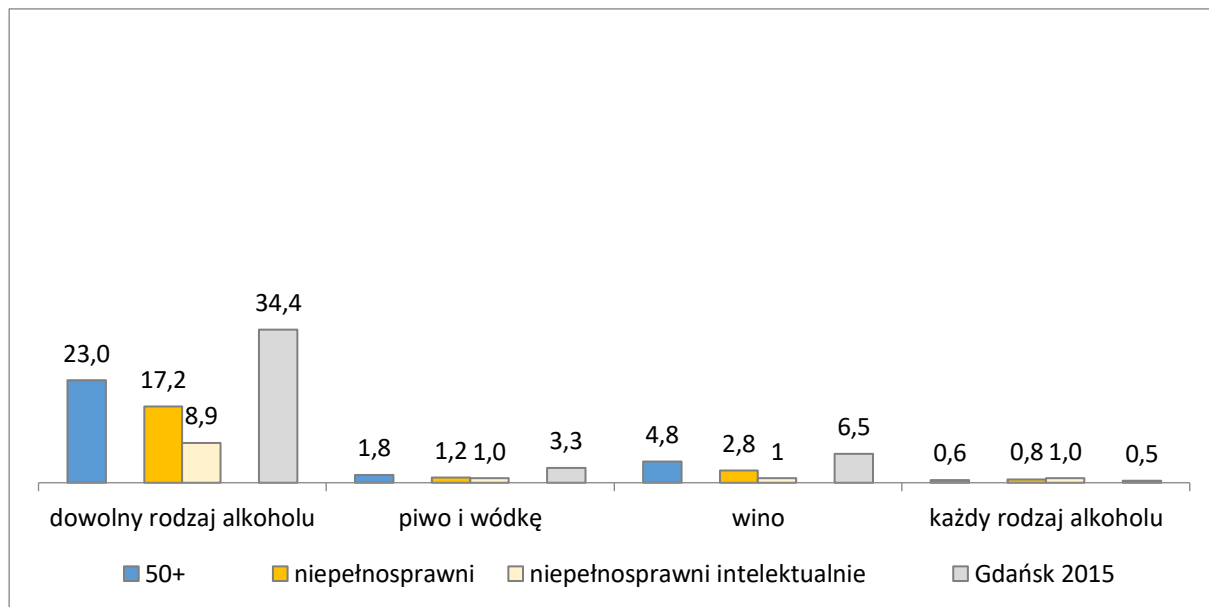
Częste spożywanie napojów alkoholowych

W badaniach posłużono się miarą częstego picia alkoholu. Obejmuje ona wskazania na warianty odpowiedzi w pytaniach o częstotliwość picia: „codziennie lub prawie codziennie”, „5-6 razy w tygodniu” „3-4 razy w tygodniu” oraz „1-2 razy w tygodniu”.

W każdej z grup objętych badaniami odnotowano wskaźniki niższe od tych zarejestrowanych w 2015 roku w badaniach ogólnomiejskich, co oznacza, że osoby w wieku 50+, osoby niepełnosprawne

i niepełnosprawne intelektualnie nie piją tak często jak „statystyczni gdańszczanie”. Po dowolny rodzaj alkoholu częściej niż 1-2 razy w tygodniu sięga blisko co czwarta osoba w wieku powyżej 50. roku życia (23,0%), 17,2% osób niepełnosprawnych oraz co 11 osoba niepełnosprawna intelektualnie (8,9%).

Rys. 30. Częstość spożywania napojów alkoholowych (%)



W badaniach sprawdzono związek korelacyjny między częstotliwością sięgania po określony rodzaj alkoholu a ilością spożywaną – odpowiednio kufli, lampek czy kieliszków. Choć związek ten jest istotny statystycznie w przypadku każdego rodzaju alkoholu, w obu badanych zbiorowościach, to jednak jest on słaby. Wartość współczynnika korelacji r_s nie przekroczył wartości 0,3 (korelacja słaba). O ile zarejestrowane dane nie pokazują silnego związku między częstotliwością, a ilością wypijanych jednostek alkoholu, to pozwalają na określenie kierunku zależności (niezależnie od jej siły). Kierunek ten przyjmuje formułę, im badani częściej sięgają po alkohol, tym więcej go wypijają.

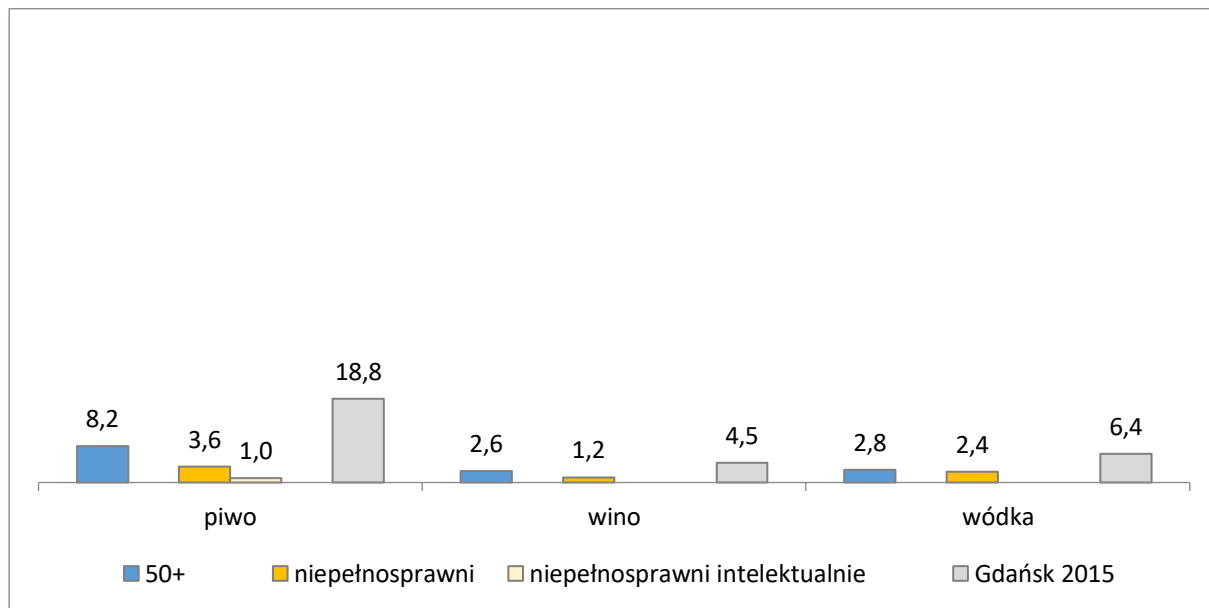
Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością

Wykorzystując pytania o częstotliwość spożywania alkoholu oraz jego ilość wypijaną zazwyczaj przy jednej okazji, stworzono indeks spożywania częstego i w dużych ilościach. Przyjęto następujące założenia:

- spożycie dużej ilości alkoholu przy jednej okazji to 3 i więcej, odpowiednio: kufli piwa (0,5 l), lampek wina (100 ml), kieliszków wysokoprocentowego alkoholu (50 ml),
- duża częstotliwość to sięganie po alkohol „1-2 razy w tygodniu” i częściej, czyli także „3-4 razy w tygodniu”, „5-6 razy w tygodniu” oraz „codziennie lub prawie codziennie”.

W każdej z grup objętych badaniami odnotowano wskaźniki niższe od tych zarejestrowanych w 2015 roku w badaniach ogólnomiejskich, co oznacza, że osoby w wieku 50+, osoby niepełnosprawne i niepełnosprawne intelektualnie nie piją jednocześnie tak często i dużo, jak badani mieszkańcy Gdańska w 2015 roku.

Rys. 31. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością (%)



Ze względu na stosunkowo niskie liczebności osób sięgających często i po duże ilości poszczególnych rodzajów alkoholu stworzono ujednoliconą miarę oznaczającą częste sięganie i po duże ilości dowolnego rodzaju alkoholu. Miara ta obejmuje osoby sięgające często po alkohol i wypijające jego większą ilość niezależnie od faktu czy jest to piwo, wino lub wódka.

Często i dużo częściej piją mężczyźni (22,5%) niż kobiety (4,9%). Pod względem wieku, często i po duże ilości alkoholu sięgają najczęściej osoby w wieku 50-54 lata (26,2%). Odsetek ten maleje wraz z poziomem wykształcenia badanych. Fakt ten najczęściej też dotyczy to osób po rozwodzie (22,2%).

Tab. 14. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

	50+	spożywający często i dużo	pozostałe osoby
płeć			
kobieta		4,9	95,1
mężczyzna		22,5	77,5
wiek			
50-54		26,2	73,8
55-59		12,2	87,8
60-64		9,6	90,4
65-69		12,1	87,9
70-74		13,3	86,7
75-79		9,3	90,7
80 <		5,5	94,5

50+	spożywający często i dużo	pozostałe osoby
wykształcenie		
podstawowe	-	100,0
zas. zawodowe	19,0	81,0
średnie	12,1	87,9
wyższe	11,4	88,6
stan cywilny		
wolny/-a	7,9	92,1
w stałym związku	15,4	84,6
po rozwodzie	22,2	77,8
wdowiec/wdowa	2,6	97,4

W zbiorowości osób niepełnosprawnych żadna ze zmiennych niezależnych nie różnicuje odpowiedzi badanych.

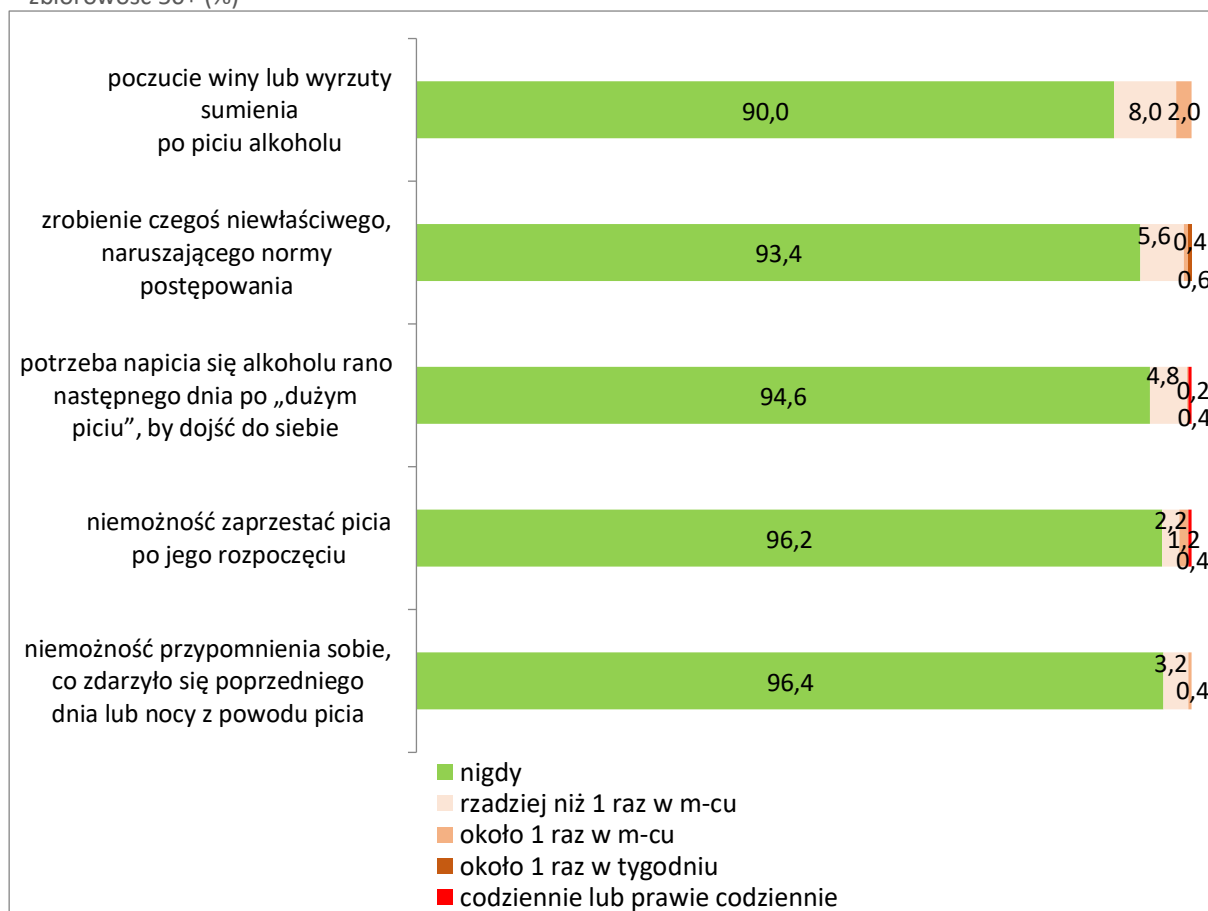
Odczucia związane ze spożywaniem alkoholu

Do uczestników badania – zarówno osób po 50. roku życia, jak i osób niepełnosprawnych skierowano blok pytań dotyczący odczuć związanych z różnymi sytuacjami towarzyszącymi lub będącymi skutkami spożywania alkoholu. Sytuacje te zostały dobrane w taki sposób, aby zidentyfikować tzw. epizody zagrażające, których wystąpienie powinno stanowić swoisty sygnał alarmowy skłaniający do autorefleksji. Sytuacje te to odczuwanie poczucia winy lub wyrzutów sumienia, zachowywanie się w sposób niewłaściwy, niemożność przypomnienia sobie wydarzeń poprzedniego dnia, niemożność zaprzestania picia po jego rozpoczęciu oraz potrzeba napicia się alkoholu rano nazajutrz po „dużym piciu” w celu dojścia do siebie.

Zbiorowość osób po 50. roku życia

W każdej z uwzględnionych w badaniu sytuacji, zdecydowana większość odpowiadających udzieliła odpowiedzi „*nigdy*”. Odpowiedzi wskazujące na bardzo częste epizody – „*codziennie lub prawie codziennie*” oraz „*około 1 raz w tygodniu*” pojawiały się bardzo rzadko. Znaczące ilości wskazań odnotowano w przypadku odpowiedzi ujmujących epizody w skali miesiąca lub rzadziej.

Rys. 32. Odczucia związane z piciem alkoholu. „Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy doświadczył(a) Pan(i)...” – zbiorowość 50+ (%)

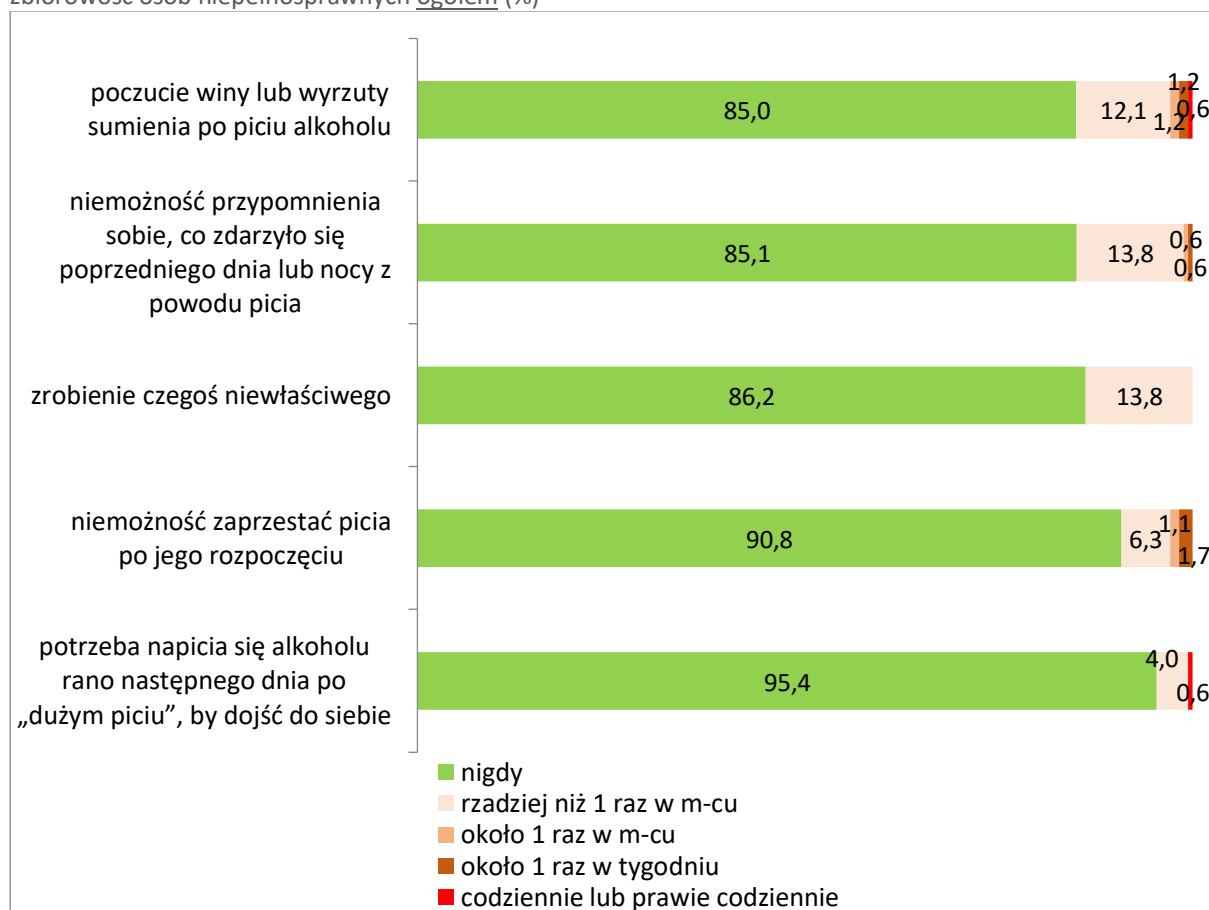


n = 500

Zbiorowość osób niepełnosprawnych

Analogicznie do badania wśród osób po 50. roku życia, blok pytań dotyczący odczuć związanych ze spożywaniem alkoholu został skierowany do osób niepełnosprawnych. Również i w tym przypadku dominowały odpowiedzi „nigdy”. Zauważalnie większe odsetki odpowiedzi zarejestrowano w odniesieniu do wskazań dotyczących „poczucia winy lub wyrzutów sumienia po piciu alkoholu” – 12,1%, „niemożności przypomnienia sobie...” wydarzeń poprzedniego dnia (13,8%) oraz „zrobienia czegoś niewłaściwego” (13,8%), doświadczanych rzadziej niż raz w miesiącu.

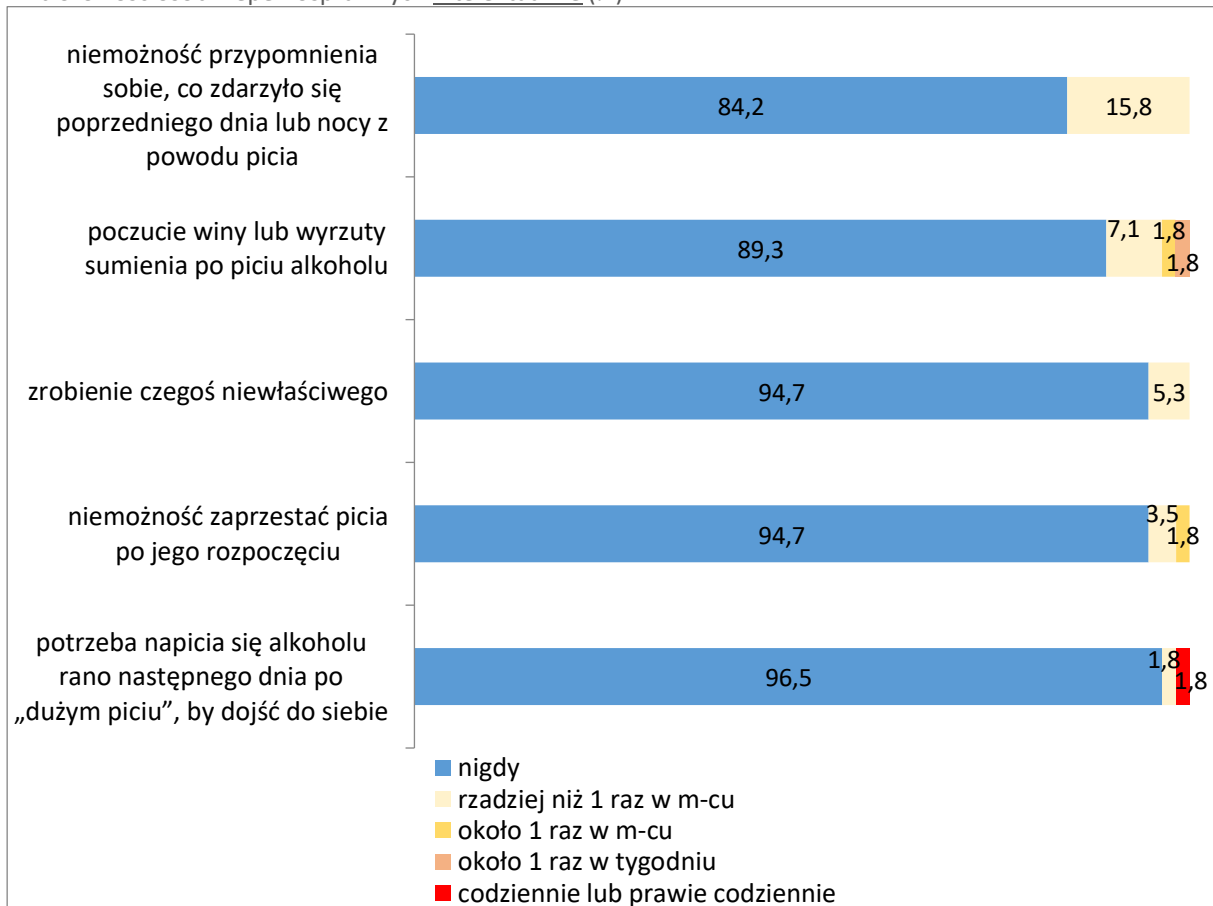
Rys. 33. Odczucia związane z piciem alkoholu. „Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy doświadczył(a) Pan(i)...” – zbiorowość osób niepełnosprawnych ogółem (%)



n = 174

Wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie podobnie jak wśród wszystkich osób niepełnosprawnych dominowały odpowiedzi „nigdy”. Wśród wskazań dotyczących doświadczanych epizodów najczęściej wskazywano na „niemożność przypomnienia sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy z powodu picia”. Tę odpowiedź wskazało 15,8% odpowiadających. Na poczucie winy towarzyszące spożywaniu alkoholu wskazało 7,1% badanych, a na „zrobienie czegoś niewłaściwego” – 5,3%.

Rys. 34. Odczucia związane z piciem alkoholu. „Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy doświadczył(a) Pan(i)...” – zbiorowość osób niepełnosprawnych intelektualnie (%)



n = 57

Ze względu na dominujące we wszystkich wyróżnionych zbiorowościach odpowiedzi „nigdy” (duża jednorodność) niemożliwe było sprawdzenie związku między wskazaniami, a zmiennymi niezależnymi – metryczkowymi. Uzyskiwane wyniki były niekonkluzywne ze względu na niskie liczebności odpowiedzi, nawet po połączeniu w jedną wszystkich odpowiedzi od „rzadziej niż 1 raz w m-cu”, do „codziennie lub prawie codziennie”.

Używanie innych środków psychoaktywnych

W przypadku zbiorowości osób niepełnosprawnych, a w szczególności osób niepełnosprawnych intelektualnie, pytania dotyczące zażywania leków uspokajających, nasennych, leków wydawanych bez recepty oraz używania marihuany zostały poprzedzone pytaniami wprowadzającymi. Pytania te przyjęły ogólną postać „Czy wie Pan(i) co to jest/są...?”. Odpowiedzi osób z niepełnosprawnością intelektualną uwzględniają nałożenie filtra wyłączającego z zestawienia respondentów, którzy udzielili odpowiedzi „nie”, wskazując tym samym, że nie wiedzą czym są leki uspokajające, nasenne czy marihuana.

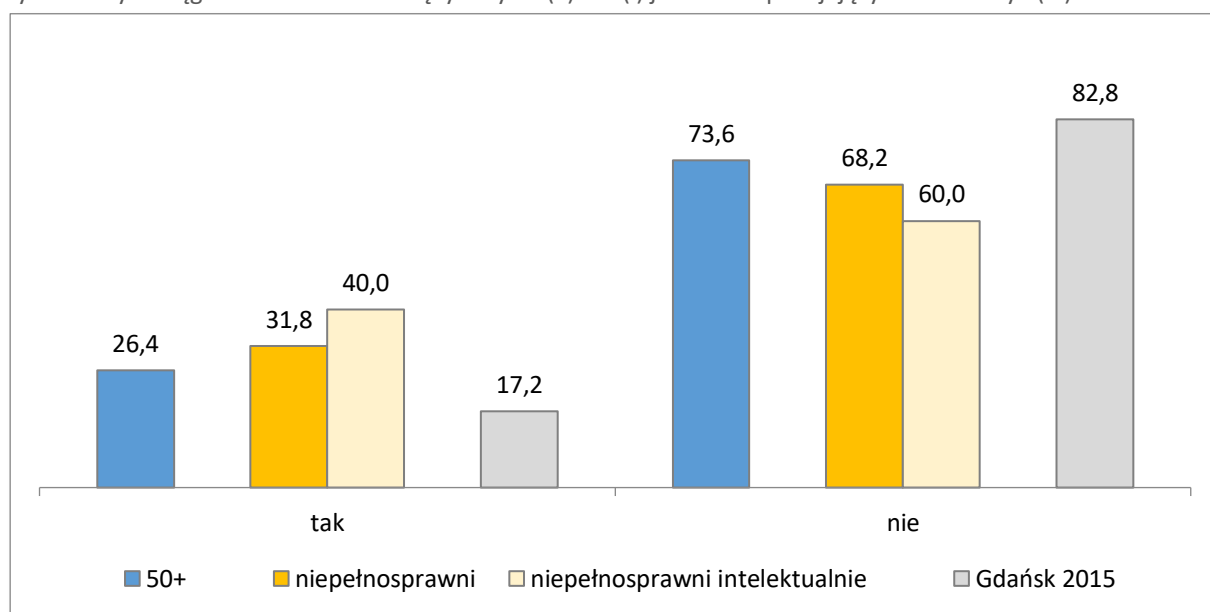
Tab. 15. Pytania wprowadzające dotyczące spożywania substancji psychoaktywnych – zbiorowość osób niepełnosprawnych intelektualnie (%)

osoby niepełnosprawne intelektualnie	tak	nie
Czy przyjmuje Pan(i) stale jakieś lekarstwa? n=101	75,2	24,8
Czy przyjmując te leki, może Pan(i) spożywać alkohol? n=75	20,0	80,0
Czy wie Pan(i) co to są leki uspokajające lub nasenne? n=101	80,2	19,8
Czy wie Pan(i) co to jest marihuana? n=101	62,4	37,6

Leki uspokajające lub nasenne

Rozkład odpowiedzi na pytanie o zażywanie leków uspokajających lub nasennych różni się od wyniku zarejestrowanego w badaniach ogólnomiejskich i jest wyższy w każdej ze zbiorowości objętych badaniami.

Rys. 35. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek uspokajający lub nasenny? (%)



Na zażywanie leków uspokajających lub nasennych wśród osób w wieku powyżej 50. roku życia mają wpływ płeć, stan cywilny i dochód badanych. Po leki tego typu częściej sięgają kobiety (31,7%) niż

mężczyźni (19,2%), częściej osoby po rozwodzie (35,6%) oraz wdowy i wdowcy (32,5%). Kolejną grupą częściej sięgającą po leki uspokajające lub nasenne są osoby uzyskujące dochód poniżej 2000 zł, wskazania na poziomie 30%.

Tab. 16. Zażywanie leków uspokajających lub nasennych na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	tak	nie
pleć		
kobieta	31,7	68,3
mężczyzna	19,2	80,8
stan cywilny		
wolny/-a	13,2	86,8
w stałym związku	24,4	75,6
po rozwodzie	35,6	64,4
wdowiec/wdowa	32,5	67,5
dochód		
do 1000 zł	34,1	65,9
1001-2000 zł	32,4	67,6
2001 – 3000 zł	18,5	81,5
3001 i więcej	20,4	79,6

Na zażywanie leków uspokajających lub nasennych wśród osób w wieku powyżej 50. roku życia mają wpływ płeć, poziom wykształcenia, status zawodowy oraz dochód. Po leki tego typu częściej sięgają kobiety (39,8%) niż mężczyźni (23,5%). Odsetek odpowiedzi „tak” jest najniższy wśród badanych z wykształceniem wyższym (8,3%), w pozostałych przypadkach przekracza 30%. Po medykamenty omawianego rodzaju sięgają najczęściej osoby bezrobotne (55,6%), a najrzadziej pracujących zawodowo (9,4%). Odsetek deklarujących zażywanie leków uspokajających lub nasennych w ciągu ostatnich 12 miesięcy zmniejsza się wraz ze wzrostem dochodów badanych.

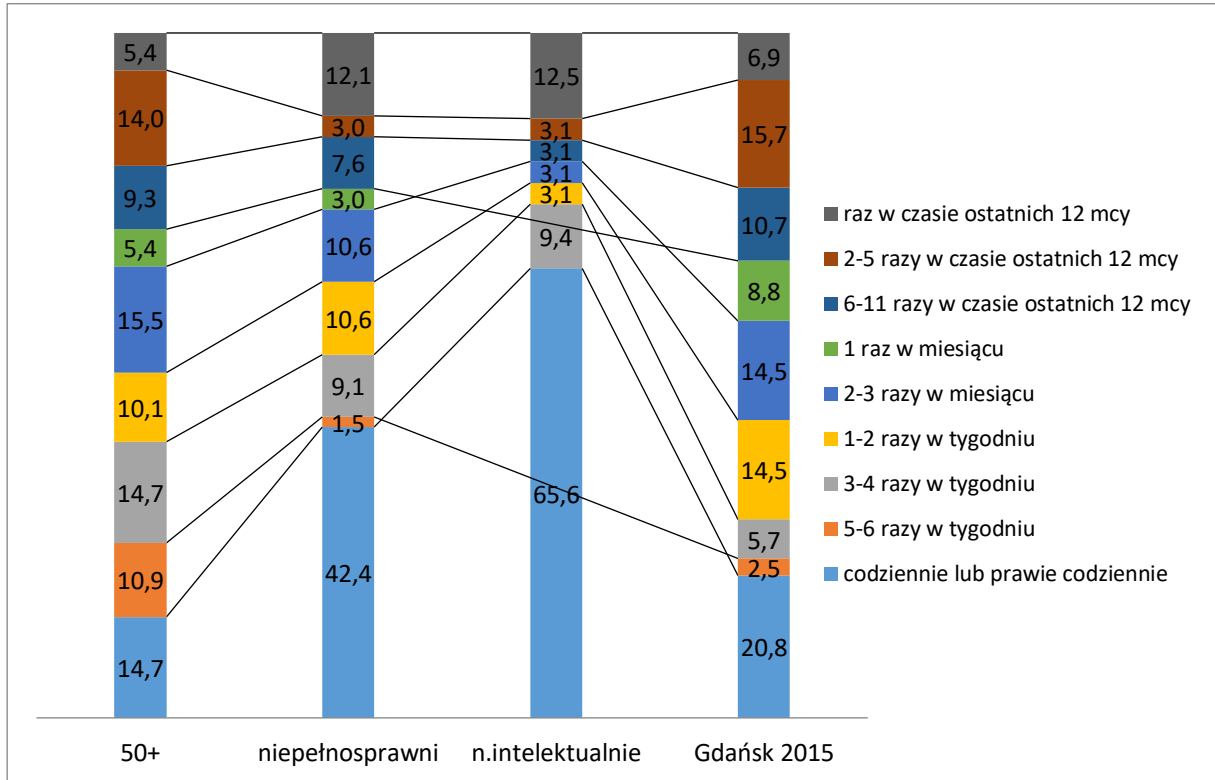
Tab. 17. Zażywanie leków uspokajających lub nasennych na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

osoby niepełnosprawne	ogółem	
	tak	nie
pleć		
kobieta	39,8	60,2
mężczyzna	23,5	76,5

osoby niepełnosprawne	ogółem	
wykształcenie		
podstawowe	39,3	60,7
zas. zawodowe	32,4	67,6
średnie	39,7	60,3
wyższe	8,3	91,7
status zawodowy		
pracujący zawodowo	9,4	90,6
bezrobotni	55,6	44,4
niepracujący, nieposzukujący pracy	45,8	54,2
na emeryturze	48,4	51,6
na rencie	36,6	63,4
dochód		
do 1000 zł	51,2	48,8
1001-2000 zł	43,5	56,5
2001 – 3000 zł	21,4	78,6
3001 i więcej	8,7	91,3

Wskaźniki procentowe ilustrujące częstotliwość sięgania po leki uspokajające lub nasenne w każdej zbiorowości uwzględnionej w badaniu różnią się od tych zarejestrowanych w 2015 roku w próbie ogólnomiejskiej. W przypadku zbiorowości 50+ da się zauważyć podobieństwo rozkładu, ale różnice są czytelne. Dotyczy to na przykład zażywania codziennie lub prawie codziennie, 5-6 razy w tygodniu oraz 3-4 razy w tygodniu. Ogólnie, w zbiorowości 50+ jest nieco więcej osób sięgających po tego typu leki 1-2 razy w tygodniu i częściej. Inaczej przedstawia się sytuacja w zbiorowości osób niepełnosprawnych. W tym przypadku widać, że osoby te sięgają po leki uspokajające lub nasenne częściej niż pozostali gdańszczanie. Na przykładzie częstotliwości codziennie lub prawie codziennie widać, że odsetek wśród osób niepełnosprawnych to dwukrotność (42,4%) analogicznego parametru wśród gdańszczan (20,8%), a przypadku osób niepełnosprawnych intelektualnie – trzykrotność (65,6%).

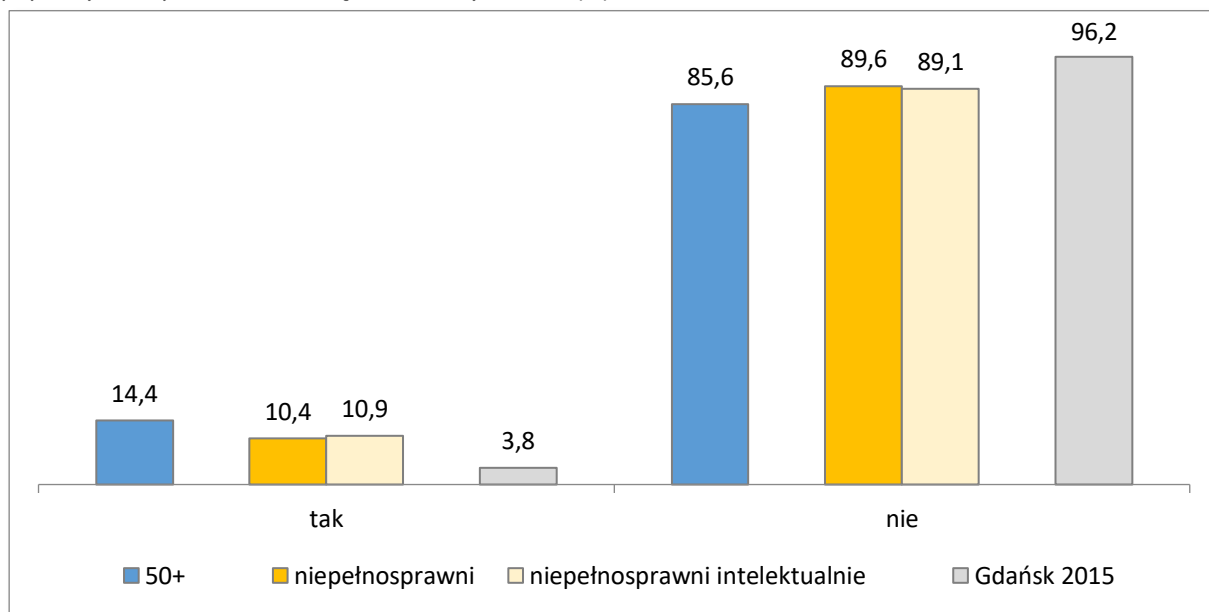
Rys. 36. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne? (%)



Leki wydawane bez recepty

Po leki wydawane bez recepty, zażywane w celu w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności, sięgało w ciągu ostatnich 12 miesięcy 14,4% osób w wieku powyżej 50. roku życia, 10,4% osób niepełnosprawnych i 10,9% niepełnosprawnych intelektualnie. Wyniki te są wyższe od zarejestrowanego wśród wszystkich gdańszczan (3,8%) w 2015 roku.

Rys. 37. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek, wydawany bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności? (%)



Na deklaracje badanych dotyczące korzystania z leków wydawanych bez recepty w zbiorowości 50+ wpływ ma jedynie stan cywilny. Po tego typu leki najczęściej sięgają osoby po rozwodzie (26,7%), najrzadziej zaś osoby stanu wolnego (5,3%).

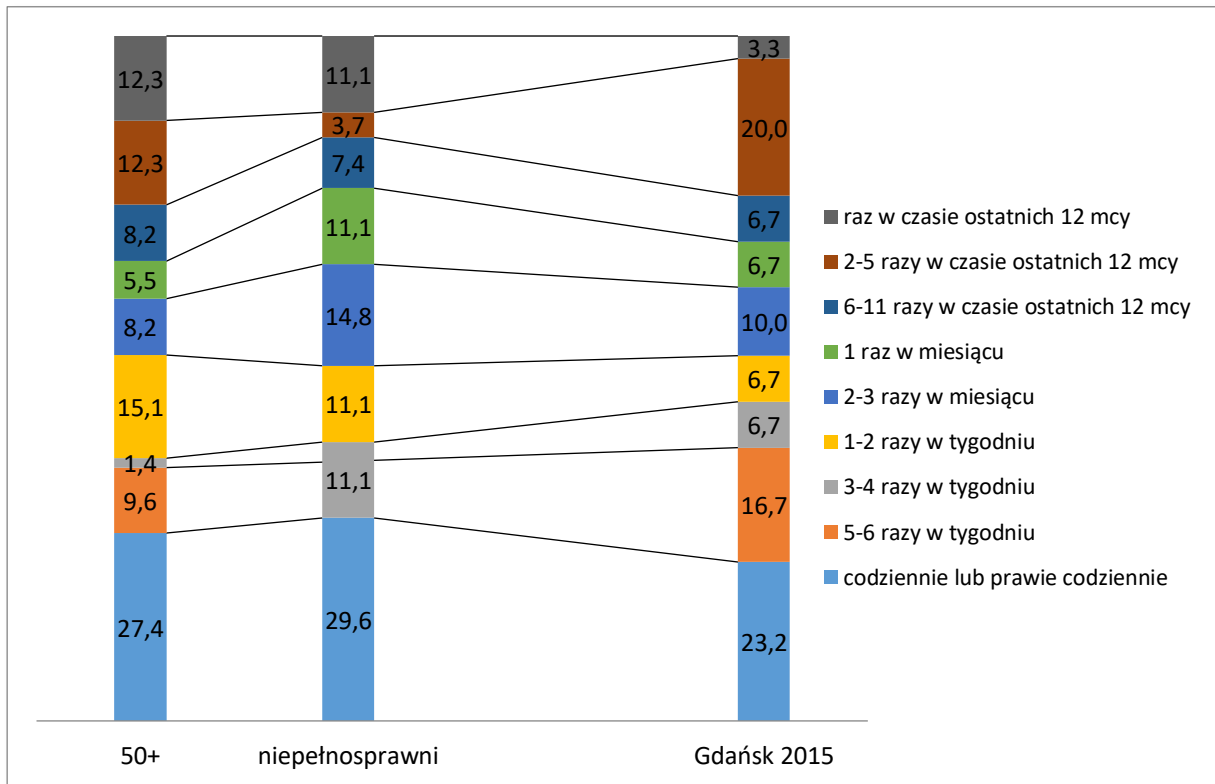
Tab. 18. Zażywanie leków wydawanych bez recepty na tle stanu cywilnego – zbiorowość 50+ (%)

50+	tak	nie
wolny/-a	5,3	94,7
w stałym związku	14,7	85,3
po rozwodzie	26,7	73,3
wdowiec/wdowa	12,0	88,0

Po leki wydawane bez recepty i używane w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności zarówno reprezentanci zbiorowości 50+, jak i osób niepełnosprawnych sięgają z większą częstotliwością niż respondenci, którzy wzięli udział w badaniu ogólnomiejskim w 2015 roku. O ile jednak grupy badanych sięgających po tego typu leki codziennie lub prawie codziennie są reprezentowane częściej w badanych zbiorowościach, to rozpatrując łącznie osoby sięgające 1-2 razy w tygodniu częściej, uzyska się wynik zbliżony do tego odnotowanego w próbie ogólnomiejskiej.

W prezentacji pominięto osoby niepełnosprawne intelektualnie, w próbie znalazło się łącznie 10 osób, które zadeklarowały, że korzystają z leków wydawanych bez recepty.

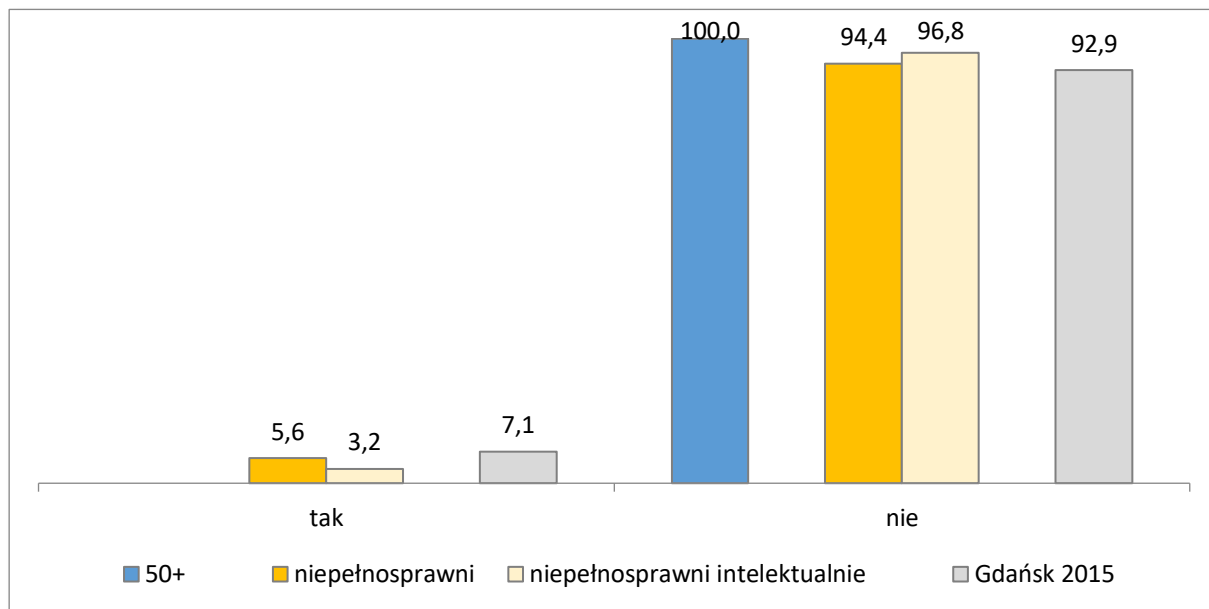
Rys. 38. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) takich leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności? (%)



Używanie marihuany

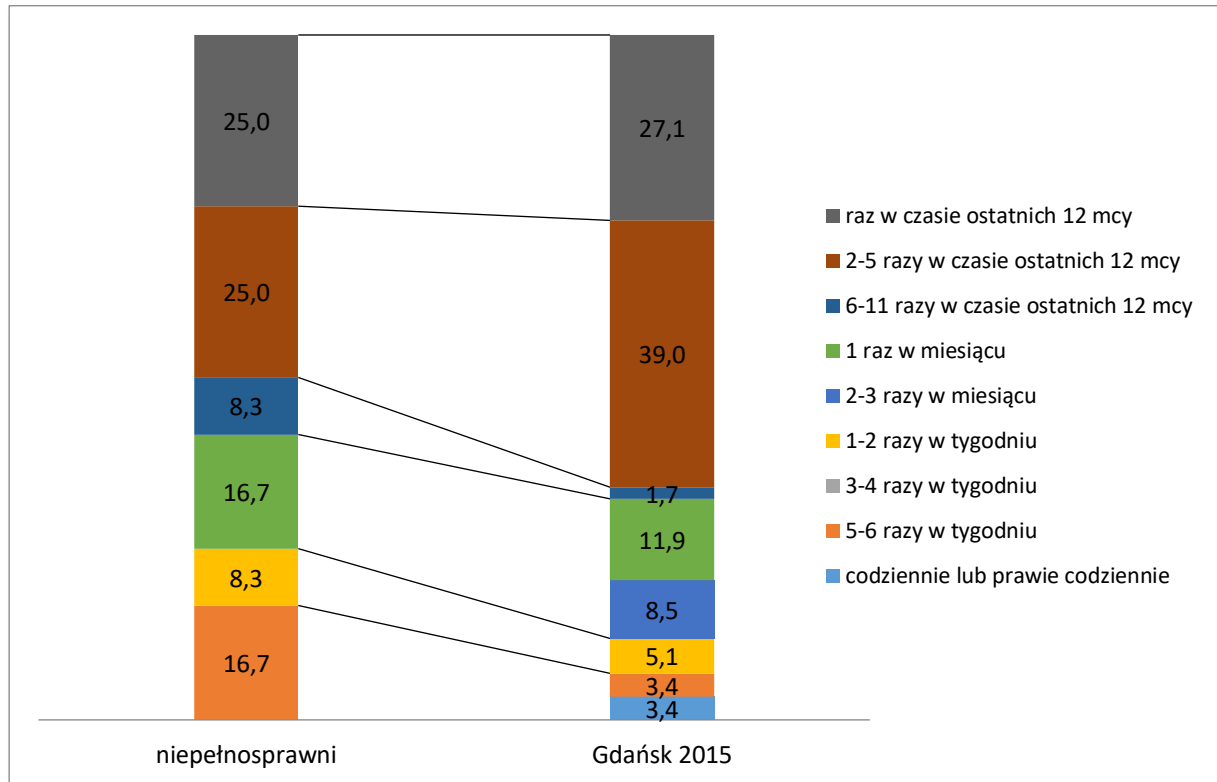
Do używania marihuany w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 5,6% osób niepełnosprawnych i 3,2% niepełnosprawnych intelektualnie. Analogiczny wskaźnik w ogólnomiejskiej próbie gdańszczan wyniósł 7,1%. Żaden z badanych ze zbiorowości 50+ nie udzielił odpowiedzi „tak”.

Rys. 39. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany? (%)



W porównaniu do populacji gdańszczan (wyniki z 2015 roku) wśród osób niepełnosprawnych odnotowano więcej odpowiedzi wskazujących na sięganie z większą częstotliwością. Grupa sięgająca po marihuanę raz w miesiącu i częściej jest wśród niepełnosprawnych reprezentowana szerzej. Należy jednak pamiętać, iż wyniki dotyczące częstotliwości są obarczone dużym błędem oszacowania, ponieważ opierają się na odpowiedziach 5,6% ze zbiorowości liczącej w badaniu 250 osób. Zarejestrowane wyniki dotyczące częstotliwości należy traktować wyłącznie pogładowo.

Rys. 40. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany? (%)



Problemy i zagrożenia związane z pićem alkoholu lub zażywaniem narkotyków wśród badanych w wieku 50+

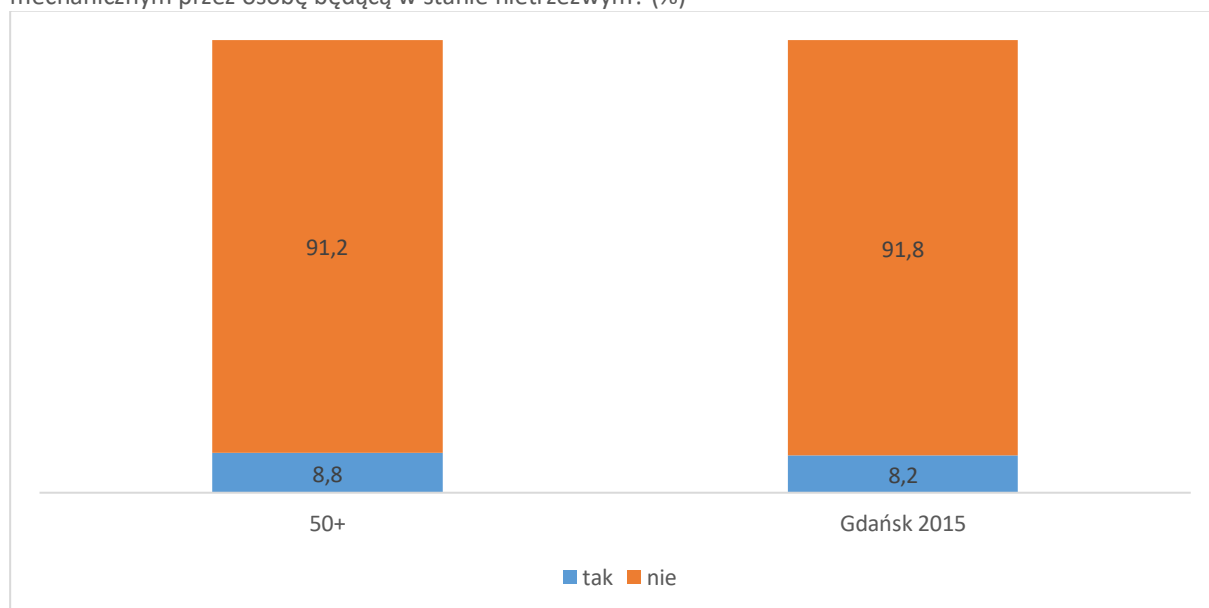
Zagadnienia poruszone w niniejszym rozdziale dotyczą wyłącznie zbiorowości 50+. Ze względu na spodziewane trudności w prowadzeniu bezpośredniego wywiadu kwestionariuszowego z osobami niepełnosprawnymi, scenariusz wywiadu został w ich przypadku odpowiednio skrócony.

Prowadzenie pojazdów mechanicznych

Ze względu na dominujące we wszystkich wyróżnionych zbiorowościach odpowiedzi „nie” (duża jednorodność) niemożliwe było sprawdzenie związku między wskazaniami, a zmiennymi niezależnymi – metryczkowymi.

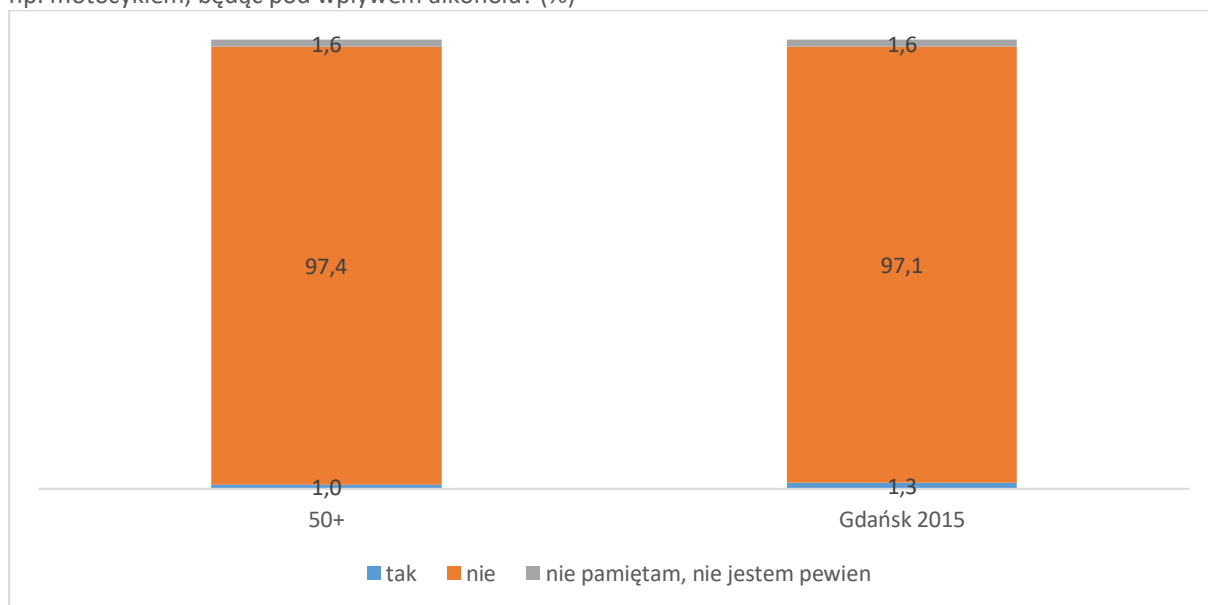
Odsetek badanych, którzy byli świadkami kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym wyniósł 8,8% i jest niemal identyczny z wynikiem zarejestrowanym w próbie ogólnomiejskiej w 2015 roku (8,2%).

Rys. 41. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym? (%)



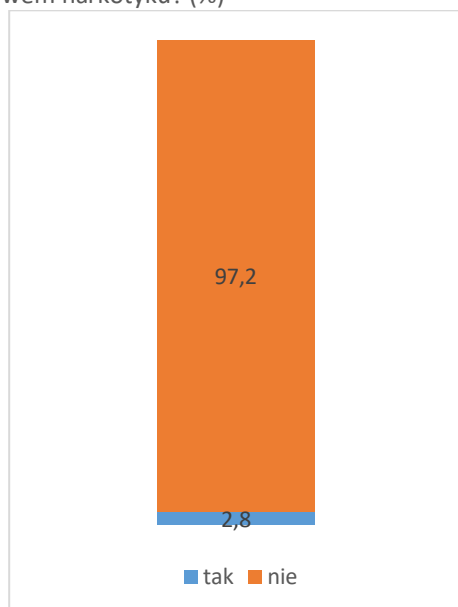
Do prowadzenie samochodu lub innego pojazdu mechanicznego w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 1,0% badanych, a 1,6% udzieliło odpowiedzi „nie pamiętam, nie jestem pewien”. Wartości te pokrywają się z zarejestrowanymi w badaniach z 2015 roku.

Rys. 42. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem alkoholu? (%)

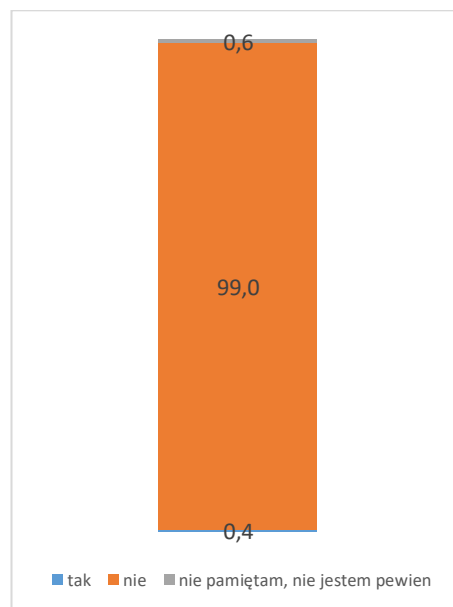


Świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem narkotyku było 2,8% badanych, a do samodzielnego prowadzenia pojazdu przyznało się 0,4% odpowiadających. Odpowiedzi „nie pamiętam, nie jestem pewien” udzieliło 0,6% badanych.

Rys. 43 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą pod wpływem narkotyku? (%)



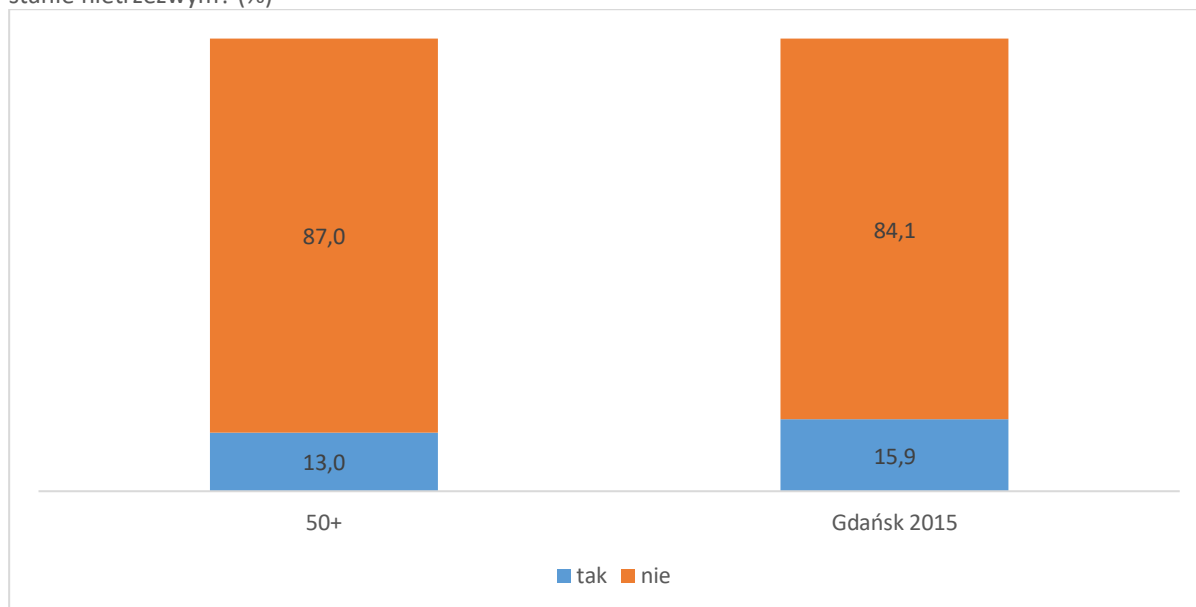
Rys. 44. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, będąc pod wpływem narkotyku? (%)



Jeżdżenie rowerem

W ciągu ostatnich 12 miesięcy świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę nietrzeźwą było 13,0% odpowiadających. Wynik ten jest zbliżony do zarejestrowanego w 2015 (15,9%).

Rys. 45. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym? (%)



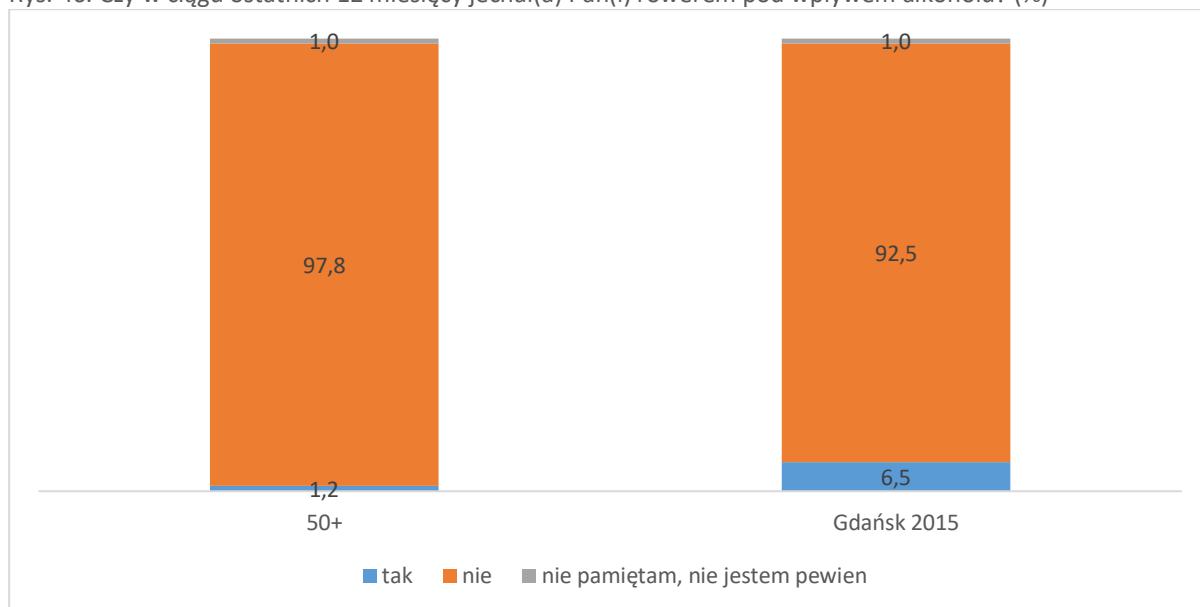
Świadkami takiego zdarzenia częściej byli mężczyźni (16,9%) niż kobiety (10,1%). Sytuacja taka częściej dotyczy osób w stałym związku (17,7%) i po rozwodzie (15,6%).

Tab. 19. Odpowiedzi na pytanie „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym?” na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

	tak	nie
pleć		
kobieta	10,1	89,9
mężczyzna	16,9	83,1
stan cywilny		
wolny/-a	-	100,0
w stałym związku	17,7	82,3
po rozwodzie	15,6	84,4
wdowiec/wdowa	4,3	95,7

Do samodzielnego jeżdżenia rowerem pod wpływem alkoholu przyznało się 1,2% badanych, a faktu tego nie pamiętało 1,0% badanych. Wynik ten jest wyraźnie niższy od odnotowanego w próbie ogólnomiejskiej w 2015 roku (6,5%).

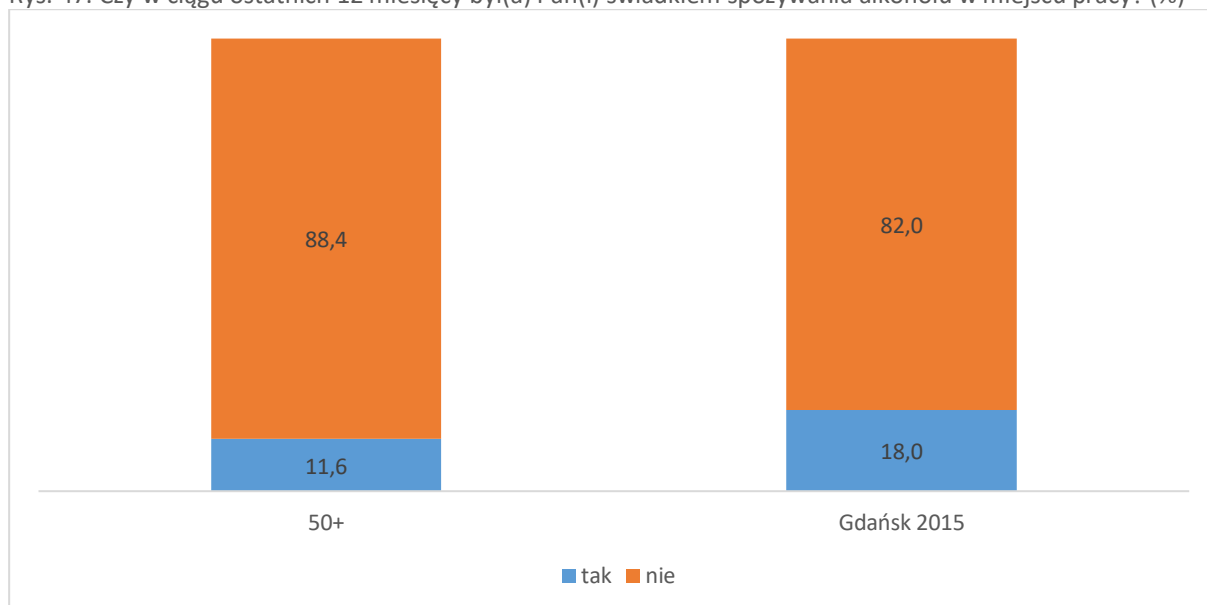
Rys. 46. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jechał(a) Pan(i) rowerem pod wpływem alkoholu? (%)



Korzystanie z substancji psychoaktywnych w miejscu pracy

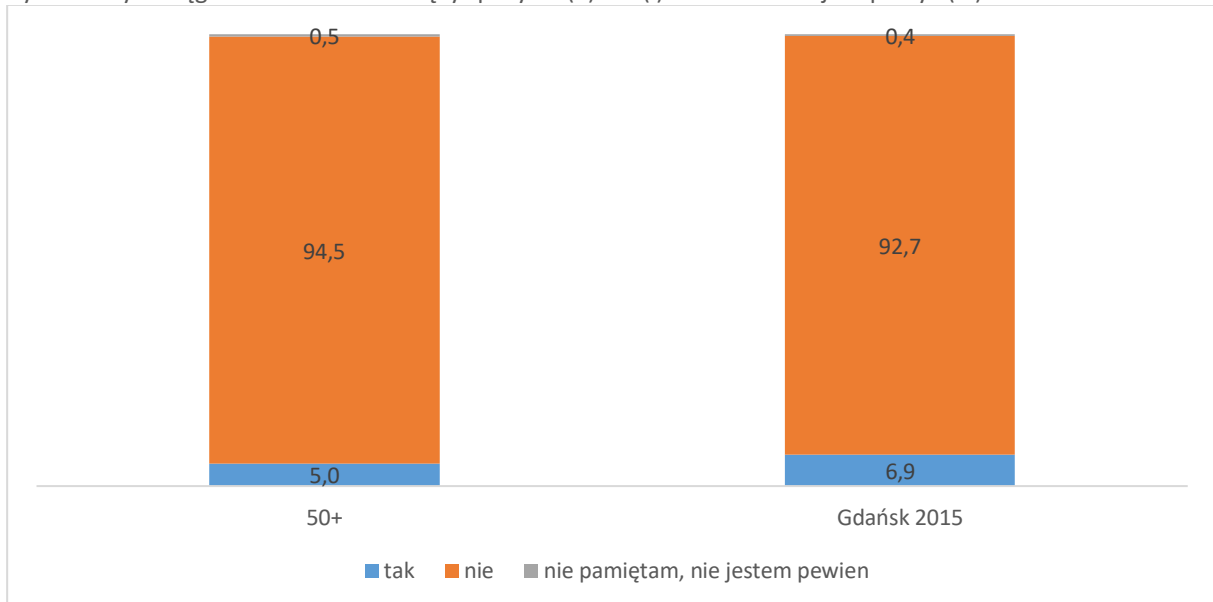
Świadkiem spożywania alkoholu w miejscu pracy był w ciągu ostatnich 12 miesięcy blisko co 9 badany (11,6%). Wartość ta jest wyraźnie niższa od zarejestrowanej w 2015 roku badaniu ogólnomiejskim. Fakt ten można wytłumaczyć istotną różnicą w strukturze obu prób. Osoby w wieku powyżej 50. roku życia inaczej podchodzą do swojej aktywności zawodowej, aniżeli osoby młodsze. Stąd też rzadziej znajdują się w okolicznościach, w których mogłoby dochodzić do spożywania alkoholu.

Rys. 47. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu w miejscu pracy? (%)



Do spożywania alkoholu w miejscu pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 5,0% badanych aktywnych zawodowo. Choć niższy, to wynik ten jest porównywalny z odnotowany w badaniu ogólnomiejskim z roku 2015.

Rys. 48. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy spożywał(a) Pan(i) alkohol w miejscu pracy? (%)

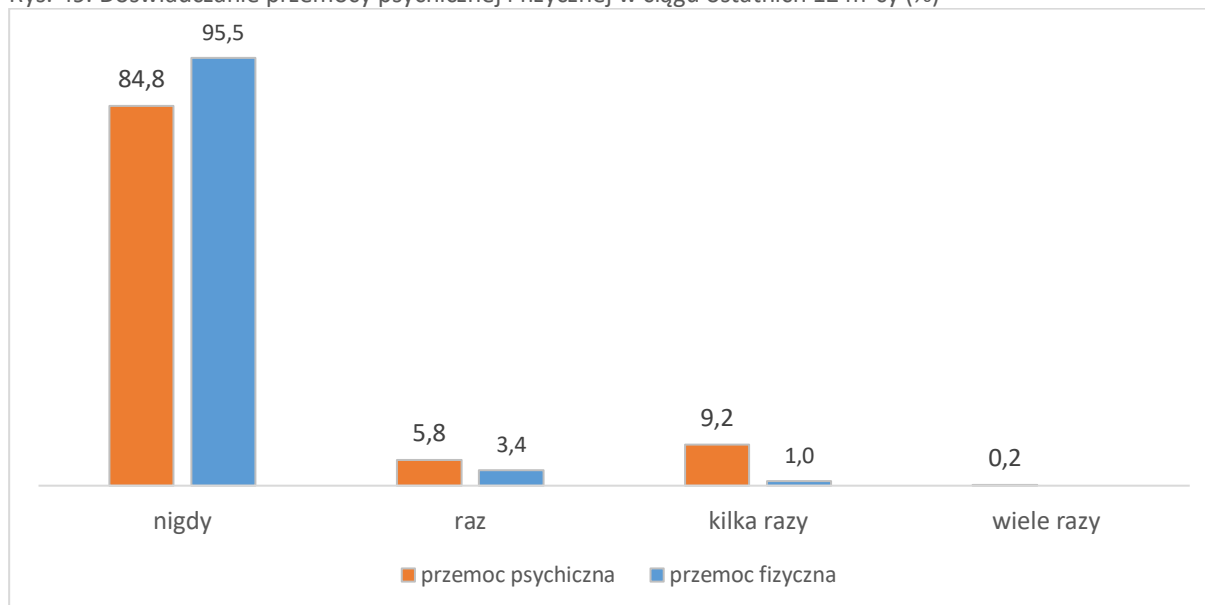


Problemy i patologie w środowisku społecznym osób po 50. roku życia

Doświadczanie przemocy w otoczeniu społecznym

Zdecydowana większość respondentów ze zbiorowości 50+ nigdy nie doświadczyła przemocy – ani fizycznej (95,5%), ani psychicznej (84,5%). Do jednokrotnego epizodu doświadczenie przemocy psychicznej przyznało się 5,8% odpowiadających, a fizycznej – 3,4%. Kilkakrotnie przemocy psychicznej doświadczył co 11 badany (9,2%), a fizycznej 1,0%.

Rys. 49. Doświadczanie przemocy psychicznej i fizycznej w ciągu ostatnich 12 m-cy (%)



Postawy wobec przemocy

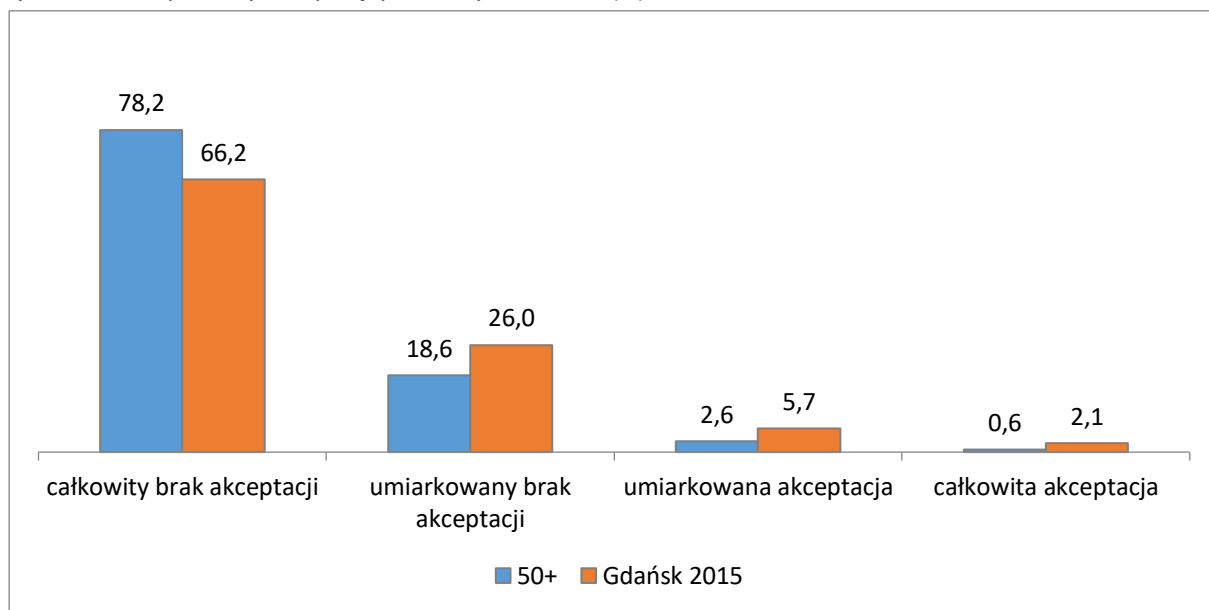
Na potrzeby badania wśród osób w wieku powyżej 50. roku życia wykorzystano indeks postaw wobec stosowania przemocy w relacjach rodzinnych. Indeks ten z powodzeniem jest wykorzystywany w badaniach prowadzonych na terenie Gdańska od 2011 roku. W bieżącym badaniu dokonano porównania z wynikami ogólnomiejskimi, uzyskanymi w 2015 roku. Respondenci zostali poproszeni o odniesienie się do czterech twierdzeń wyrażających stosunek wobec występowania sytuacji przemocowych w bliskim otoczeniu społecznym. Twierdzenia brzmiały następująco:

1. *istnieją okoliczności, które usprawiedliwiają przemoc w rodzinie,*
2. *bite kobiety są współodpowiedzialne za przemoc w rodzinie,*
3. *lepiej się nie wtrącać, bo można jeszcze bardziej zaszkodzić osobie pokrzywdzonej,*
4. *lepiej się nie wtrącać, bo można potem samemu mieć kłopoty.*

Respondenci mieli za zadanie ocenić, w jakim stopniu zgadzają się (lub nie) z każdym ze stwierdzeń, wykorzystując 4-punktową skalę, od „zdecydowanie się zgadzam”, „raczej się zgadzam”, „raczej się nie zgadzam”, do „zdecydowanie się nie zgadzam”. Zgromadzone w ten sposób informacje pozwoliły na opracowanie miary obejmującej pozycje od całkowitego braku akceptacji, aż do całkowitej akceptacji.

Wyniki zarejestrowane wśród badanych różnią się nieznacznie od ogólnomiejskich. Postawy całkowitego braku akceptacji dla stosowania przemocy w rodzinie prezentuje 78,2% odpowiadających i jest to wynik wyższy od zarejestrowanego w 2015 roku. Umiarkowany brak akceptacji odnotowano wśród 18,6%, a umiarkowanej akceptacji u 2,6%. Uzyskany w badaniu obraz społeczności osób w wieku po 50. roku życia pod względem ich stosunku do stosowania przemocy w rodzinie można uznać za pozytywny.

Rys. 50. Indeks postawy akceptacji przemocy w rodzinie (%)



Pomiędzy typem prezentowanej postawy wobec stosowania przemocy w rodzinie a różnymi wzorcami konsumpcji alkoholu (konsumpcja piwa, wina, wódki, abstynencja, spożywanie każdego typu alkoholu, spożywanie często i dużo dowolnego typu alkoholu) nie występują istotne zależności statystyczne.

Oferta pomocy instytucjonalnej w percepcji badanych oraz specjalistów

Zagadnienie czytelności i dostępności oferty profilaktycznej, terapeutycznej i specjalistycznej zostało zagospodarowane badawczo na dwa sposoby – metodą badania ilościowego oraz jakościowego. Z jednej strony do uczestników badań – w obu zbiorowościach 50+ i osób niepełnosprawnych skierowano pytania projekcyjne, otwarte dotyczące podejmowanych działań w sytuacji, gdyby zauważyli w swoim otoczeniu społecznym osobę uzależnioną oraz pytanie półotwarte o znajomość instytucji, świadczących pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami. Ponadto wśród osób po 50. roku życia zadano pytanie o to czy zetknęły się z ofertą dostosowaną do swojego wieku. Oprócz pytań postawionych badanym w badaniu ilościowym przeprowadzono badanie jakościowe wśród specjalistów pracujących z osobami niepełnosprawnymi oraz opiekunami takich osób. W tym przypadku zastosowano metodę indywidualnego wywiadu pogłębionego.

Działania profilaktyczne i terapeutyczne – doświadczenia badanych

Respondenci w obu badanych zbiorowościach zostali zapytani co by zrobili, gdyby okazało się, że ktoś z ich bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami.

Wśród badanych osób ze zbiorowości 50+ podstawowymi działaniami podejmowanymi byłyby w co trzecim przypadku „skierowanie, namowa na odwyk lub leczenie” (36,0%), w co czwartym próby rozmowy z osobą uzależnioną (23,4%), a w przypadku co piątej odpowiedzi, badany nie wiedziałby co zrobić (20,8%).

Tab. 20. Odpowiedzi na pytanie „Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?” – zbiorowość 50+ (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

zbiorowość 50+	%
skierowanie, namowa na odwyk leczenie	36,0
rozmowa z tą osobą	23,4
nie wiem	20,8
sam szukał(a)bym pomocy	5,4
wskazania poniżej 5%	
nic, to ich sprawa; pomoc w ramach rodziny; pomoc psychologa, psychiatry; kontrola picia; powiadomienie służb (np. policja, straż miejska); nie da się pomóc takim osobom; modlitwa; pomoc instytucji opieki społecznej; wzięcie rozvodu	

Wśród badanych osób niepełnosprawnych najczęściej pojawiającą się odpowiedzią było stwierdzenie „nie wiem, trudno powiedzieć”, udzielił jej co czwarty badany. Do wizyty u specjalisty namawiano by w przypadku 17,2% odpowiedzi, a w 16,8%, podejmowano by działania polegające na skierowaniu, oddaniu, wysłaniu osoby uzależnionej do ośrodka na leczenie lub terapię.

Tab. 21. Odpowiedzi na pytanie „Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?” – zbiorowość osób niepełnosprawnych ogółem (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

niepełnosprawni ogółem	%
nie wiem, trudno powiedzieć	24,6
namówienie do pomocy u specjalisty (np. psycholog, psychiatra, lekarz, poradnia specj.)	17,2
skierować, oddać, wysłać do ośrodka na leczenie odwykowe, na terapię	16,8
porozmawiał(a)bym z tą osobą	12,3
tłumaczył(a)bym, że robi źle; prosił(a)bym by przestał; żeby nie brał(a)	11,1
nic bym nie robił(a)	7,4
sam starał(a)bym się pomóc, wspierał(a)bym	7,4
wskazania poniżej 5%	
zawiadomił(a)bym policję, straż miejską; skierować, nakłaniać tę osobę do AA; nie da się pomóc, bo taka osoba sama musi dojrzeć do przyjęcia pomocy; zawiadomił(a)bym pogotowie, szpital; mobilizacja środowiska rodzinnego; poinformowałbym tę osobę o terapiach, o możliwościach leczenia; odwrócił(a)bym się od takiej osoby, niech sobie radzi sama; zawiadomił(a)bym MONAR; powiedział(a)bym mamie, rodzicom, tacie; modlił(a)bym się za tę osobę; nie dawać alkoholu, ograniczać dostęp; zgłosił(a)bym to ośrodkowi; hipnoza; zabrał(a)bym kluczyki do auta; współuczestniczył(a)bym w terapii; zdenerwował(a)bym się	

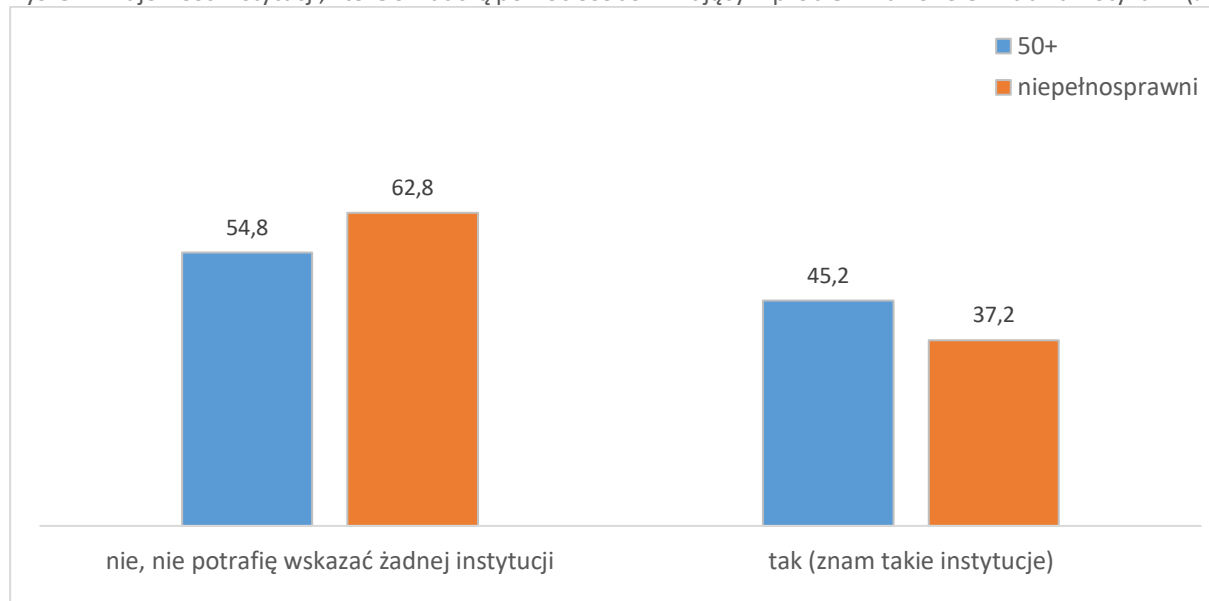
Podobnie jak w przypadku osób niepełnosprawnych ogółem, badani niepełnosprawni intelektualnie najczęściej udzielali odpowiedzi „nie wiem, trudno powiedzieć” (26,5%). Nieco rzadziej pojawiały się stwierdzenia nawiązujące do działań polegających na tłumaczeniu i wyjaśnianiu negatywnego charakteru nadużywania alkoholu i narkotyków, wypowiedzi te łączyły się też z prośbami o zaprzestanie (18,4%). Dla co dziesiątego rozmówcy odpowiednim rozwiązaniem było namawianie osoby uzależnionej do zasięgnięcia pomocy u specjalisty, np. psychologa, psychiatry, lekarza pierwszego kontaktu lub w poradni specjalistycznej (10,2%).

Tab. 22. Odpowiedzi na pytanie „Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?” – zbiorowość osób niepełnosprawnych intelektualnie (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

niepełnosprawni intelektualnie	%
nie wiem, trudno powiedzieć	26,5
tłumaczył(a)bym, że robi źle; prosił(a)bym by przestał; żeby nie brał(a)	18,4
namówienie do pomocy u specjalisty (np. psycholog, psychiatra, lekarz, poradnia specj.)	10,2
zawiadomił(a)bym policję, straż miejską	8,2
skierować, oddać, wysłać do ośrodka na leczenie odwykowe, na terapię	7,1
nic bym nie robił(a)	6,1
sam starał(a)bym się pomóc, wspierał(a)bym	6,1
zawiadomił(a)bym pogotowie, szpital	5,1
wskazania poniżej 5%	
skierować, nakłaniać tę osobę do AA; powiedział(a)bym mamie, rodzicom, tacie; nie dawać alkoholu, ograniczać dostęp; zgłosił(a)bym to ośrodkowi; zabrał(a)bym kluczyki do auta; współuczestniczył(a)bym w terapii; zdenerwował(a)bym się	

W obu badanych zbiorowościach zadano pytanie o znajomość instytucji, które świadczą pomoc osobom mającym problem z nadużywaniem alkoholu lub używaniem narkotyków. W obu zbiorowościach przeważały odpowiedzi wskazujące na fakt, że badani nie potrafią wskazać takich instytucji. Wśród badanych w wieku powyżej 50. roku życia odpowiedzi takiej udzieliło 54,8% odpowiadających, a wśród osób niepełnosprawnych 62,8%. Wśród niepełnosprawnych intelektualnie odpowiedzi „tak” udzieliło 26,7%. Blisko trzy czwarte odpowiadających nie potrafiło wskazać żadnej instytucji (73,3%).

Rys. 51. Znajomość instytucji, które świadczą pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami (%)



Wśród badanych ze zbiorowości 50+ znajomość instytucji świadczących pomoc osobom uzależnionym pozostaje w związku z wiekiem badanych, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym i dochodem. Wraz z postępowaniem wieku respondentów maleje odsetek odpowiedzi wskazujących na znajomość instytucji omawianego rodzaju. Z kolei poziom wykształcenia jest „powiązany” w odwrotny sposób z rozpowszechnieniem znajomości instytucji niosących pomoc. Im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy odsetek odpowiedzi „tak”. Brak znajomości instytucji pomocowych częściej charakteryzuje osoby po rozwodzie (60,0%) oraz osoby owdowiałe (66,7%). Pod względem dochodu, najniższe odsetki odpowiedzi „nie, nie potrafię wskazać żadnej instytucji” zarejestrowano wśród osób o dochodzie przekraczającym 2001 zł, natomiast najwyższe wśród osób o dochodach nie przekraczających 2000zł, powyżej 60%.

Tab. 23. Znajomość instytucji, które świadczą pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

zbiorowość 50+	nie, nie potrafię wskazać żadnej instytucji	tak (znam takie instytucje)
wiek		
50-54	44,6	55,4
55-59	43,2	56,8
60-64	41,5	58,5
65-69	56,0	44,0
70-74	56,7	43,3
75-79	62,8	37,2
80 <	84,9	15,1
wykształcenie		
podstawowe	69,7	30,3
zas. zawodowe	66,7	33,3
średnie	50,9	49,1
wyższe	47,0	53,0
stan cywilny		
wolny/-a	34,2	65,8
w stałym związku	51,8	48,2
po rozwodzie	60,0	40,0
wdowiec/wdowa	66,7	33,3
dochód		
do 1000 zł	61,0	39,0
1001-2000 zł	66,5	33,5
2001 – 3000 zł	44,4	55,6
3001 i więcej	46,6	53,4

Wśród badanych ze zbiorowości osób niepełnosprawnych znajomość instytucji świadczących pomoc osobom uzależnionym pozostaje w związku z poziomem wykształcenia oraz statusem zawodowym. Im wyższy poziom wykształcenia, tym niższy odsetek odpowiedzi wskazujących na brak znajomości instytucji niosących pomoc uzależnionym. W przypadku statusu zawodowego, najniższy odsetek braku znajomości odnotowano wśród pracujących zawodowo (45,5%), w pozostałych grupach statusowych wartości te są znacząco wyższe, zdecydowanie najwyższe zaś wśród osób na emeryturze (80,9%).

Tab. 24. Znajomość instytucji, które świadczą pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)

osoby niepełnosprawne	nie, nie potrafię wskazać żadnej instytucji	tak
wykształcenie		
podstawowe	84,2	15,8
zas. zawodowe	71,7	28,3
średnie	48,7	51,3
wyższe	48,8	51,2
status zawodowy		
pracujący zawodowo	45,5	54,5
bezrobotni	66,7	33,3
niepracujący, nieposzukujący pracy	71,4	28,6
na emeryturze	80,9	19,1
na rencie	64,3	35,7

Respondenci, którzy udzielili w omawianym wyżej pytaniu odpowiedzi „tak”, zostali poproszeni o wskazanie instytucji, które świadczą pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami. Wśród najczęściej wskazywanych instytucji, przez badanych w wieku powyżej 50. roku życia, znalazły się Stowarzyszenie Anonimowych Alkoholików (55,8%), MONAR (35,8), ogólne wskazanie na poradnię leczenia uzależnień, specjalistyczne oddziały szpitalne i ośrodki terapeutyczne (19,0%).

Tab. 25. Instytucje, świadczące pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami, wymieniane przez osoby ze zbiorowości 50+ (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

zbiorowość 50+	%
Stowarzyszenie Anonimowych Alkoholików	55,8
MONAR	35,8
ogólnie - poradnie leczenia uzależnień, oddziały szpitalne, ośrodki terapeutyczne	19,0
wskazania poniżej 5%	
pomoc społeczna; Kościół; telefon zaufania; psycholog, terapeuta; lekarz pierwszego kontaktu; Centrum Interwencji Kryzysowej; PCK	

Wśród najczęściej wskazywanych instytucji, przez osoby niepełnosprawne, znalazły się Stowarzyszenie Anonimowych Alkoholików (49,5%), MONAR (28,0%). Do rzadziej przywoływanych należą instytucja nazywana przez badanych Centrum Terapii Uzależnień (7,5%), Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej (6,5%) oraz – wymieniana przez taką samą grupę badanych – ogólnie wskazywana służba zdrowia.

Tab. 26. Instytucje, świadczące pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami, wymieniane przez osoby niepełnosprawne ogółem (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

niepełnosprawni ogółem	%
Stowarzyszenie Anonimowych Alkoholików	49,5
MONAR	28,0
Centrum Terapii Uzależnień	7,5
MOPS	6,5
służba zdrowia, poradnia - wskazanie ogólne	6,5
ośrodki odwykowe	5,4
wskazania poniżej 5%	
izba wytrzeźwień; szpital psychiatryczny; Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień; MOPR; Mrowisko; Kościół; ośrodki detoksykacyjne; lecznica w Starogardzie; CARITAS; Centrum Zdrowia Psychicznego; Towarzystwo Pomocy im. św. Alberta; Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień; Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; Centrum Interwencji Kryzysowej	

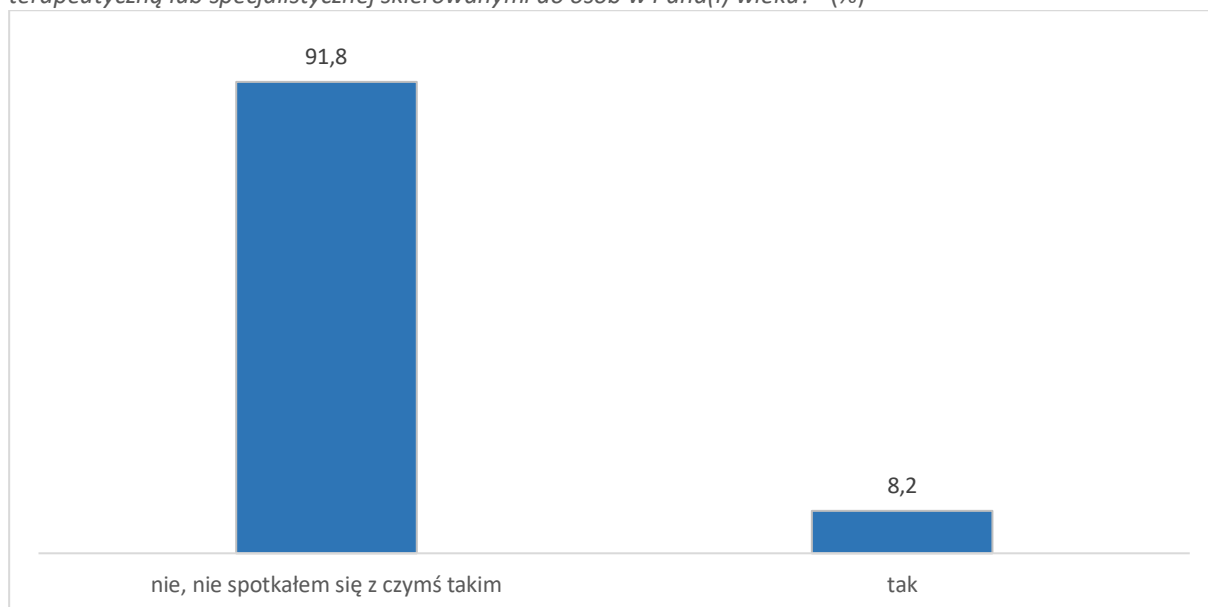
Wśród najczęściej wskazywanych instytucji, przez osoby niepełnosprawne intelektualnie, znalazły się Stowarzyszenie Anonimowych Alkoholików (44,4%) oraz ogólnie wskazywana służba zdrowia (18,5%). Rządziej wymieniano izbę wytrzeźwień (11,1%) oraz szpital psychiatryczny (7,4%).

Tab. 27. Instytucje, świadczące pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami, wymieniane przez osoby niepełnosprawne intelektualnie (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100)

niepełnosprawni intelektualnie	%
Stowarzyszenie Anonimowych Alkoholików	44,4
służba zdrowia, poradnia - wskazanie ogólne	18,5
izba wytrzeźwień	11,1
szpital psychiatryczny	7,4
wskazania poniżej 5%	
MONAR; Centrum Terapii Uzależnień, MOPS, MOPS, Kościół	

Ponadto, w badaniu wśród osób w wieku powyżej 50. roku życia, zadano pytanie o to, czy badani spotkali się z jakimiś działaniami lub ofertą profilaktyczną, specjalistyczną lub terapeutyczną skierowaną od grupy wiekowej osób starszych. Zdecydowana większość badanych, bo 91,8% udzieliła odpowiedzi „nie, nie spotkałem się z czymś takim”.

Rys. 52. Odpowiedzi na pytanie „Czy spotkał(a) się Pan(i) z jakimiś działaniami lub ofertą profilaktyczną, terapeutyczną lub specjalistyczną skierowanymi do osób w Pana(i) wieku?” (%)



Zmienne niezależne nie mają wpływu na uzyskany rozkład odpowiedzi.

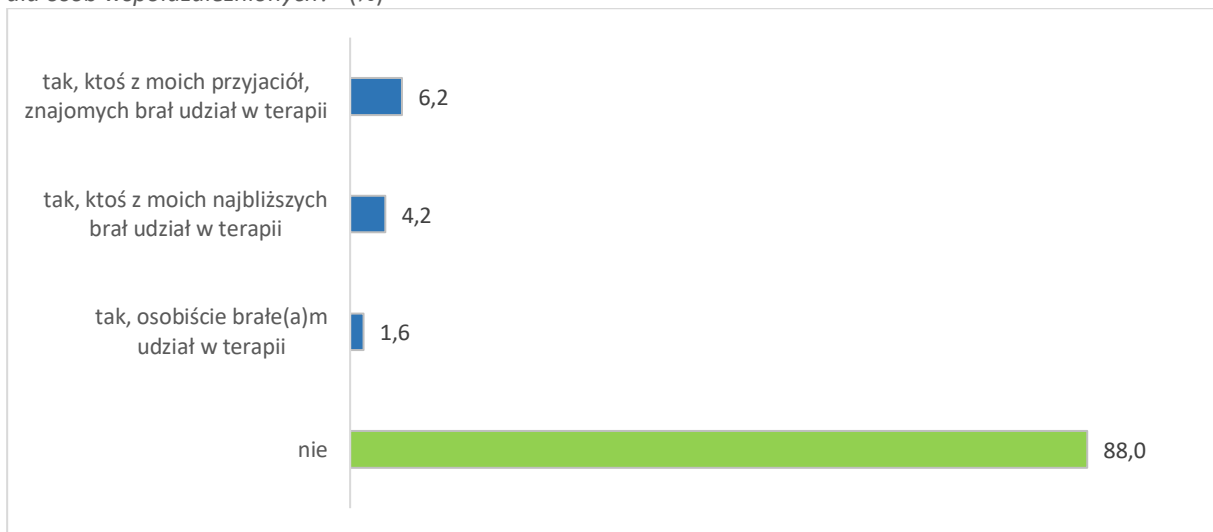
Badani, którzy odpowiedzieli „tak”, mieli za zadanie wskazać z jakim typem oferty się zetknęli. Wśród wymienianych instytucji, form działania najczęściej pojawiające się odpowiedzi dotyczyły Stowarzyszenia Anonimowych Alkoholików (26,8%), otrzymywanie ulotek i reklam (7,3%) oraz działania Narodowego Funduszu Zdrowia (7,3%).

Tab. 28. Działania i elementy oferty profilaktycznej, terapeutycznej lub specjalistycznej, jakie napotkali badani ze zbiorowości 50+, adresowane do osób w tym wieku (%; odpowiedzi wielokrotne – nie sumują się do 100%)

zbiorowość 50+	%
Stowarzyszenie Anonimowych Alkoholików	26,8
ulotki, reklamy	7,3
NFZ	7,3
wskazania poniżej 5%	
badanie słuchu, MONAR, mammografia, MOPS, rehabilitacja	

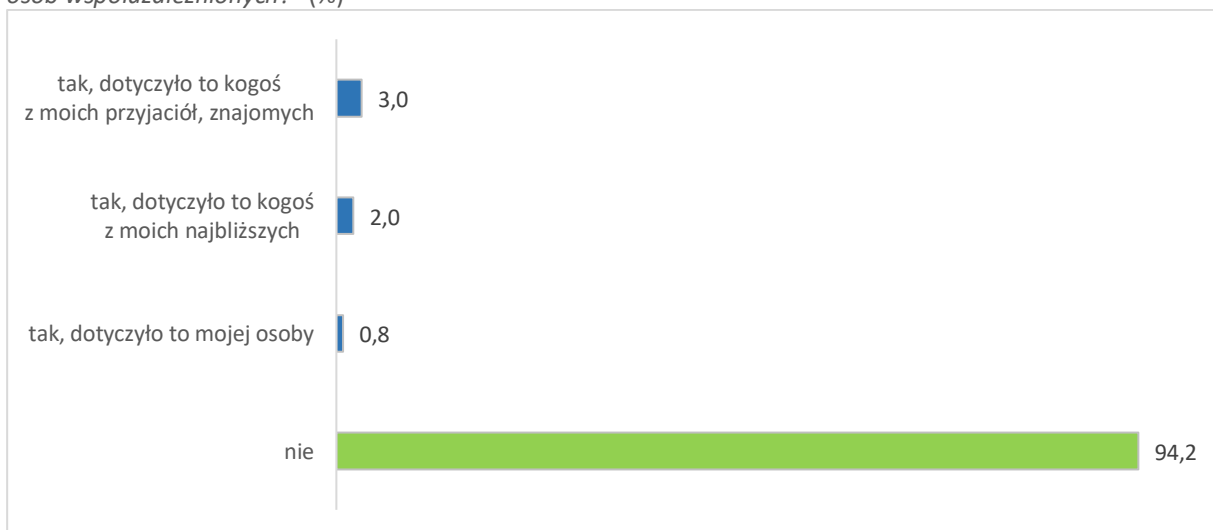
Zdecydowana większość osób w wieku powyżej 50. roku życia (88,0%), biorących udział w badaniu nie zetknęło się z żadną formą terapii leczenia alkoholizmu lub dla osób współuzależnionych. Badani, którzy w swoim otoczeniu społecznym - przyjaciele, znajomi – znają kogoś kto brał udział w terapii stanowią 6,2% odpowiadających, z kolei w najbliższym kręgu rodzinnym – 4,2%. W terapii leczenia alkoholizmu lub dla osób współuzależnionych brało udział 1,6% odpowiadających.

Rys. 53. Odpowiedzi na pytanie „Czy zetknął(ęła) się Pan(i) z jakąś formą terapii leczenia alkoholizmu lub terapii dla osób współuzależnionych?” (%)



Na pytanie o ewentualne rozważanie rozpoczęcia terapii leczenia alkoholizmu lub wzięcia udziału w terapii dla osób współuzależnionych zdecydowana większość respondentów udzieliła odpowiedzi „nie” (94,2%). Badani, którzy odpowiedzieli, że dotyczyło to kogoś z bliskiego otoczenia społecznego – przyjaciele, znajomi – stanowią 3,0% badanej zbiorowości, a ci w przypadku których dotyczyło to osób najbliższych – 2,0%. Badani, którzy odpowiedzieli, że dotyczyło to ich osoby stanowią 0,8% badanych.

Rys. 54. Odpowiedzi na pytanie „Czy rozważał(a) Pan(i) rozpoczęcie terapii leczenia alkoholizmu lub terapii dla osób współuzależnionych?” (%)



Obraz problemu zdaniem specjalistów i opiekunów

Zbiorowość 50+

Zdaniem rozmówcy „Trudno określić jak duża grupa seniorów jest uzależniona od substancji psychoaktywnych ponieważ osoby te w dużej części nie chodzą do zakładów pracy”. Nie ma więc

możliwości zaobserwowania problemu. Według respondenta największym zagrożeniem dla tej grupy jest uzależnienie od alkoholu. Często jest to alkohol własnej produkcji przez co uważany jest za nieszkodliwy lub mniej szkodliwy, a nawet poprawiający zdrowie (np. własne nalewki i wina).

Główną przyczyną sięgania przez seniorów po alkohol jest poczucie osamotnienia. Osoby, które najczęściej są uzależnione nie mają kontaktów z rodziną, albo te kontakty są bardzo ograniczone. Z drugiej strony mają opłacony przez rodzinę czynsz za mieszkanie i rachunki. Jeżeli taka osoba nie udziela się w żadnym klubie seniora czy w innej regularnie spotykającej się społeczności, nie jest ona zobowiązana *wewnętrznie* do trzeźwości. Według respondenta uzależnienie od alkoholu nie spowalnia funkcjonowania starszej osoby, przez co łatwiej jest jej popaść w nałóg.

Według respondenta alkohol towarzyszy każdej zabawie osób starszych. W środowisku gdzie prowadzona jest profilaktyka potrzebna jest też terapia. Działania profilaktyczne nie są dostosowane do poszczególnych grup społecznych, przez co nie są skuteczne. Nie ma instytucji przystosowanej do seniorów, która pomagałaby im wyjść z nałogu lub mu przeciwdziałać. Osoba starsza nie pójdzie do terapeuty, ponieważ nie przyzna się do nałogu. Według respondenta po alkohol sięgają osoby wrażliwe, które z własnej inicjatywy nie będą opowiadać o swoich problemach.

Według rozmówcy największą pomocą przy wykrywaniu uzależnień, wśród osób starszych, byłiby lekarze pierwszego kontaktu. To do nich seniorzy udają się najczęściej i mówią im o problemach ze zdrowiem. Należałoby przeszkolić lekarzy aby mogli oni wykrywać problemy uzależnień wśród seniorów oraz kierować ich do specjalistycznych placówek. Kolejnym zaproponowanym przez respondenta działaniem profilaktycznym jest znalezienie osobie starszej zajęcia. Podał przykład Pana Zygmunta, który opiekuje się starszym sąsiadem dzięki czemu czuje się potrzebny. Kolejną propozycją respondenta były spotkania informujące o szkodliwości alkoholu w przedszkolach oraz zachęcanie dzieci do przekazywania tych informacji dziadkom. Według respondenta przekaz od wnuka lub wnuczki silniej dotrze do osoby nadużywającej alkoholu niż przekaz od osoby dorosłej. W związku z tym spotkania informacyjne w klubach seniora respondent uznał za nieefektywne.

Respondent wspominał także o swobodnych zachowaniach seksualnych wśród seniorów. Zwrócił uwagę na to, że częste zmiany partnerów seksualnych mogą doprowadzić do rozprzestrzeniania się chorób, między innymi AIDS.

Zbiorowość osób niepełnosprawnych i niepełnosprawnych intelektualnie

Stan rzeczy i uwarunkowania

W przeprowadzonym badaniu jakościowym wzięły udział osoby opiekujące się na co dzień osobami z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z instytucji wspierających osoby uzależnione i niepełnosprawne.

Wszyscy respondenci (opiekujący się osobami niepełnosprawnymi) wskazali osoby niepełnosprawne jako grupę bardziej narażoną na popadnięcie w uzależnienie. Nie słyszeli jednak, żeby uzależnienie osób niepełnosprawnych, od substancji psychoaktywnych, było znaczącym problemem. Respondenci mówili, że liczba osób uzależnionych jest raczej mała, ale nie mogą tego potwierdzić konkretnymi danymi. Według respondentów główną substancją, od której osoby niepełnosprawne są uzależnione jest alkohol. Głównie z powodu łatwej dostępności i niskiej ceny, w porównaniu z innymi środkami psychoaktywnymi. Żaden z respondentów nie zetknął się bezpośrednio z problemem uzależnienia osób niepełnosprawnych od alkoholu. Dwie respondentki jednak słyszały, że ten problem występuje u innych rodzin, inna zaś, że problem ten występuje w miejscu gdzie osoby z niepełnosprawnością mieszkają same ze wsparciem opiekunów (mieszkania chronione).

Głównym powodem, dla którego osoby niepełnosprawne sięgają po alkohol, według respondentów, jest brak wsparcia udzielanego przez rodzinę. Respondenci często mówili, że dużo zależy od domu. Jedna respondentka uważa, że brak akceptacji niepełnosprawności u dziecka powoduje, że jest ono niedopilnowane, nie ma wpojonych norm i zasad postępowania. Nie ma wsparcia emocjonalnego od rodziny. Jest pozostawione same sobie. W konsekwencji czuje się samotne i sięga po alkohol. Może być też tak, że w domu jest przyzwolenie na częste picie alkoholu lub rodzina nie uważa częstego picia alkoholu przez osobę niepełnosprawną za problem. Kolejną przyczyną wskazaną przez respondentów był wpływ środowiska w jakim przebywa taka osoba. Jedna respondentka stwierdziła, że *w towarzystwie ktoś może poczuć się gorszy, jeżeli się nie napije*. Może to być spowodowane też bezpośrednimi namowami kolegów lub chęcią bycia takim samym jak osoby zdrowe. A zachowania osoby pełnosprawnej i dorosłej mogą kojarzyć się z piciem alkoholu. Jedna z rozmówczyń uważa, że jedną z przyczyn może być beczynność osoby niepełnosprawnej jak i nadmiar niezagospodarowanego czasu. Inna natomiast, że im mniejsza jest niepełnosprawność u jakiejś osoby tym bardziej jest ona narażona na uzależnienie. Jest ona w znacznym stopniu samodzielna i nie potrzebuje ciągłego wsparcia osoby pełnosprawnej, ale nadal pozostaje łatwowierna i podatna na uzależnienia. Zagrożenie potęguje też większa podatność osób niepełnosprawnych intelektualnie na działanie alkoholu. Zdaniem respondentki „oni – osoby niepełnosprawne intelektualnie – *wypiją jedno piwo i już są zrobione; (...) ich bardziej bierze*”.

Respondenci nie słyszeli o ofertach pomocy uzależnionym osobom niepełnosprawnym. Nie znali placówek terapeutycznych dla osób niepełnosprawnych. Zdaniem respondentów psychologowie za mało rozmawiają z osobami niepełnosprawnymi. Tylko pojedyncze matki udają się z dziećmi do psychologa kiedy pojawia się jakiś problem (niekoniecznie z uzależnieniem). Cały ciężar spoczywa na rękach rodziców i często jest to za duże obciążenie. Osoba niepełnosprawna nie uda się sama do instytucji poprosić o pomoc, ponieważ często nie jest w stanie zaobserwować u siebie problemu

z alkoholem. A samodzielne wyszukanie instytucji świadczącej pomoc jest przez taką osobę niemożliwe.

Dwie respondentki zwróciły również uwagę na problem nieodpowiednich zachowań seksualnych wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną. Tak samo jak nie są organizowane spotkania w placówkach, do których uczęszczają osoby niepełnosprawne (szkoły, WTZ) o szkodliwości alkoholu, tak samo nie są organizowane spotkania dotyczące zachowań seksualnych. Jedna respondentka stwierdziła, że jest to temat tabu i w ogóle nie porusza się go z osobami niepełnosprawnymi. Osoby z niepełnosprawnością traktowane są jakby nie miały potrzeb seksualnych co generuje inne problemy.

Respondenci pracujący w instytucjach, które pomagają osobom uzależnionym i niepełnosprawnym, nie uważają osób z niepełnosprawnością za grupę szczególnie narażoną na uzależnienia. Zdarzają się jednak takie osoby. Jedna respondentka użyła określenia, że *nikt się nie skarży*, że jest jakiś problem z uzależnieniami w grupie osób niepełnosprawnych. Tak jak i opiekunowie osób niepełnosprawnych, respondenci jako główny powód sięgania po alkohol przez osoby niepełnosprawne wskazali wpływ rodziny. Rodzina może zachęcać osobę niepełnosprawną do picia alkoholu pomimo tego, że ta osoba na stałe przyjmuje leki. Może też dochodzić do sytuacji, w których rodzina wykorzystuje osobę z niepełnosprawnością przez nakłanianie jej do zaciągania kredytów na swoje nazwisko. Jednocześnie to głównie rodzina może zdecydować o skierowaniu osoby uzależnionej na terapię.

Jako działania profilaktyczne, według respondentów, najlepiej działają placówki, do których uczęszczają osoby z niepełnosprawnością. Opiekunowie w placówkach pilnują aby podopieczni nie pili alkoholu będąc w placówce. Nie mają jednak wpływu na to, co dzieje się poza placówką. Prowadzone są spotkania z nauczycielami i rodzinami osób niepełnosprawnych, w niektórych szkołach specjalnych na temat przeciwdziałania uzależnieniom. Jedna z respondentek stwierdziła, że osoby z niepełnosprawnością mają *pogubiony aspekt dorosłości* przez co łatwo nimi manipulować. Tak jak opiekunowie osób niepełnosprawnych pracownicy instytucji uważają, że osoba niepełnosprawna nie zgłosi się samodzielnie do placówki świadczącej pomoc. Działania profilaktyczne jak i terapeutyczne dla osób z niepełnosprawnością nie są rozwinięte, a podjęcie takich działań zostało określone przez respondentów jako trudne.

Działania wspierające i korygujące

Opiekunowie osób niepełnosprawnych jako działania profilaktyczne zaproponowali umieszczenie w ośrodkach, do których uczęszczają osoby niepełnosprawne, specjalistę od uzależnień oraz przeszkolenie pracowników tych placówek pod kątem wykrywania i zapobiegania uzależnieniom. Organizowanie spotkań w placówkach, na których mogłyby być wyświetlane filmy edukacyjne i odbywać by się mogły rozmowy z osobami niepełnosprawnymi na temat szkodliwości alkoholu.

Należałoby również zaangażować rodziny i opiekunów osób niepełnosprawnych do wspierania działań profilaktycznych. Organizowanie kameralnych spotkań z psychologiem z podkreśleniem, że nie będą wyciągane negatywne konsekwencje jeżeli ktoś przyzna się do spożywania alkoholu. Zachęcenie do chodzenia na takie spotkania np. poczęstunkiem. Respondenci wskazywali placówki (takie jak WTZ) i szkoły jako miejsca, w których przede wszystkim powinno się prowadzić działania profilaktyczne. Również z tych placówek powinno się kierować osoby do instytucji świadczących pomoc uzależnionym. Podkreślali również, że ważne jest aby rodzice wspierali te działania.

Pracownicy instytucji jako działania profilaktyczne wskazali zwiększenie liczby mieszkań chronionych. Wprowadzenie programu profilaktycznego dla rodzin jak i dla osób z niepełnosprawnością. Zwiększenie dofinansowania programu „Asystent osoby niepełnosprawnej”. Intensywne rozpowszechnianie informacji o konkretnych adresach i godzinach otwarcia instytucji udzielających pomoc osobom uzależnionym. Wskazali również potrzebę większego zaangażowania nauczycieli w kierowanie rodzin z problemem uzależnienia do instytucji.

Bariery

Główną barierą wskazaną przez wszystkich respondentów jest negatywna postawa rodziny osoby niepełnosprawnej. Chęć pomocy z zewnątrz może być odebrana przez rodzinę jako atak. Zdarza się, że rodzice reagują agresją na ofertę pomocy. Kolejnym problemem przy udzielaniu pomocy może być brak chęci współpracy ze strony osoby z niepełnosprawnością. Jedna opiekunka osoby niepełnosprawnej jako barierę wskazała brak umiejętności czytania wśród niektórych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Respondenci pracujący w instytucjach określili pomoc uzależnionym osobom niepełnosprawnym jako bardzo utrudnioną. Całą sytuację jako bardzo trudną a dostosowanie oferty profilaktycznej jak i terapeutycznej jako problematyczne.

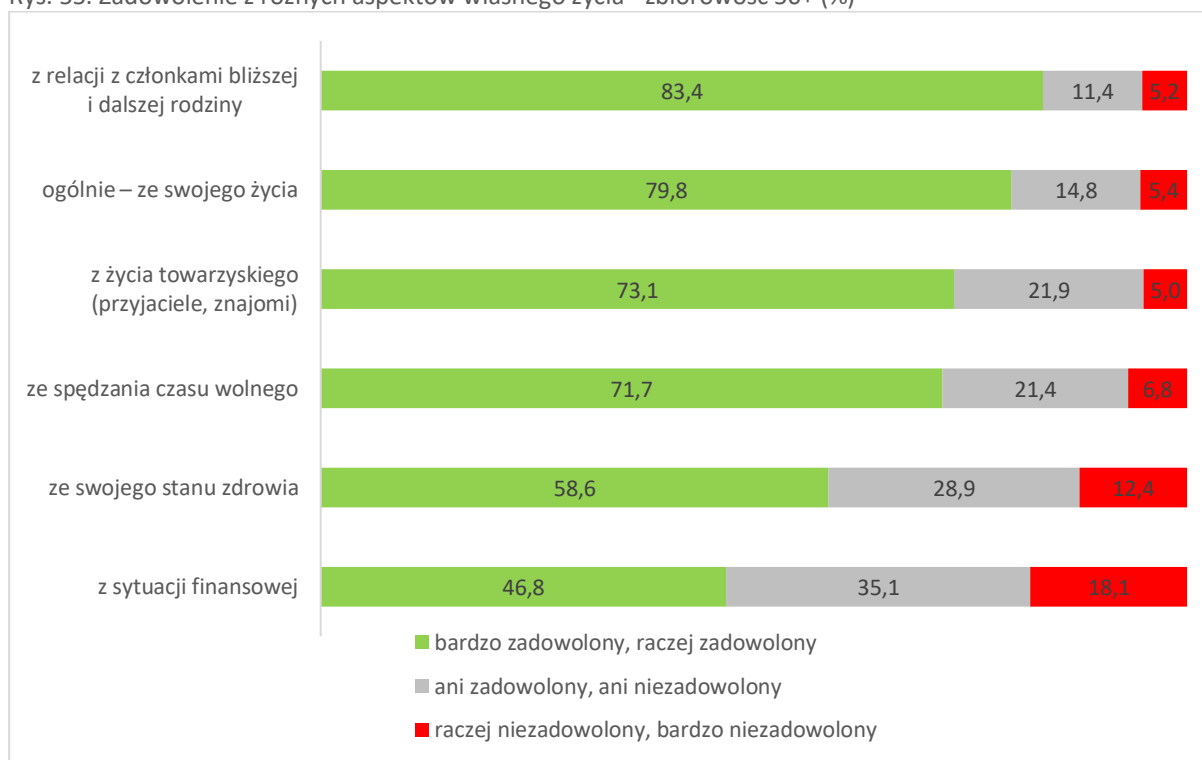
Postrzeganie własnej sytuacji i relacji społecznych

Ocena różnych aspektów własnego życia

Wśród wszystkich uczestników badania przeprowadzono pomiar zadowolenia z różnych aspektów życia. Wskaźniki uwzględnione w użytym narzędziu dotyczą ogólnego poczucia zadowolenia z życia, relacji z członkami bliższej i dalszej rodziny, z życia towarzyskiego – relacji z przyjaciółmi i znajomymi, spędzania czasu wolnego, stanu zdrowia i sytuacji finansowej.

Wśród osób ze zbiorowości 50+ najwyższy poziom zadowolenia odnotowano w przypadku relacji z członkami bliższej i dalszej rodziny (83,4% odpowiedzi bardzo zadowolony i raczej zadowolony), na drugim – ogólnie, zadowolenia ze swojego życia (79,8%). Na trzecim miejscu znalazło się poczucie zadowolenia z życia towarzyskiego (73,1%), zaś na czwartym ze spędzania czasu wolnego (71,7%). Badani są najmniej zadowoleni z sytuacji finansowej (46,8%) oraz ze swojego stanu zdrowia (58,6%).

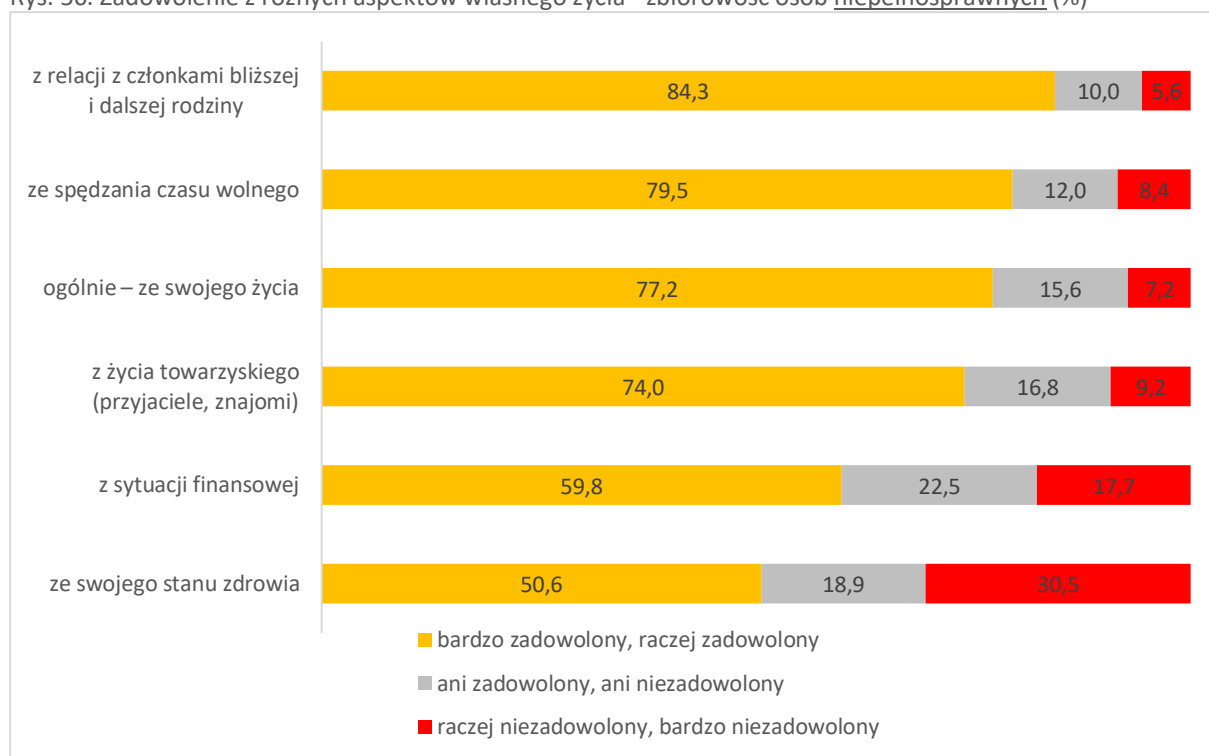
Rys. 55. Zadowolenie z różnych aspektów własnego życia - zbiorowość 50+ (%)



n = 500

Wśród osób niepełnosprawnych ogółem najwyższy poziom zadowolenia odnotowano w przypadku relacji z członkami bliższej i dalszej rodziny (84,3%), na drugim – zadowolenie ze spędzania czasu wolnego (79,5%). Na trzecim, ogólne zadowolenia ze swojego życia (77,2%), a na czwartym – zadowolenie z życia towarzyskiego (74,0%). Badani byli najmniej zadowoleni z sytuacji finansowej (59,8%) oraz ze swojego stanu zdrowia (50,6%).

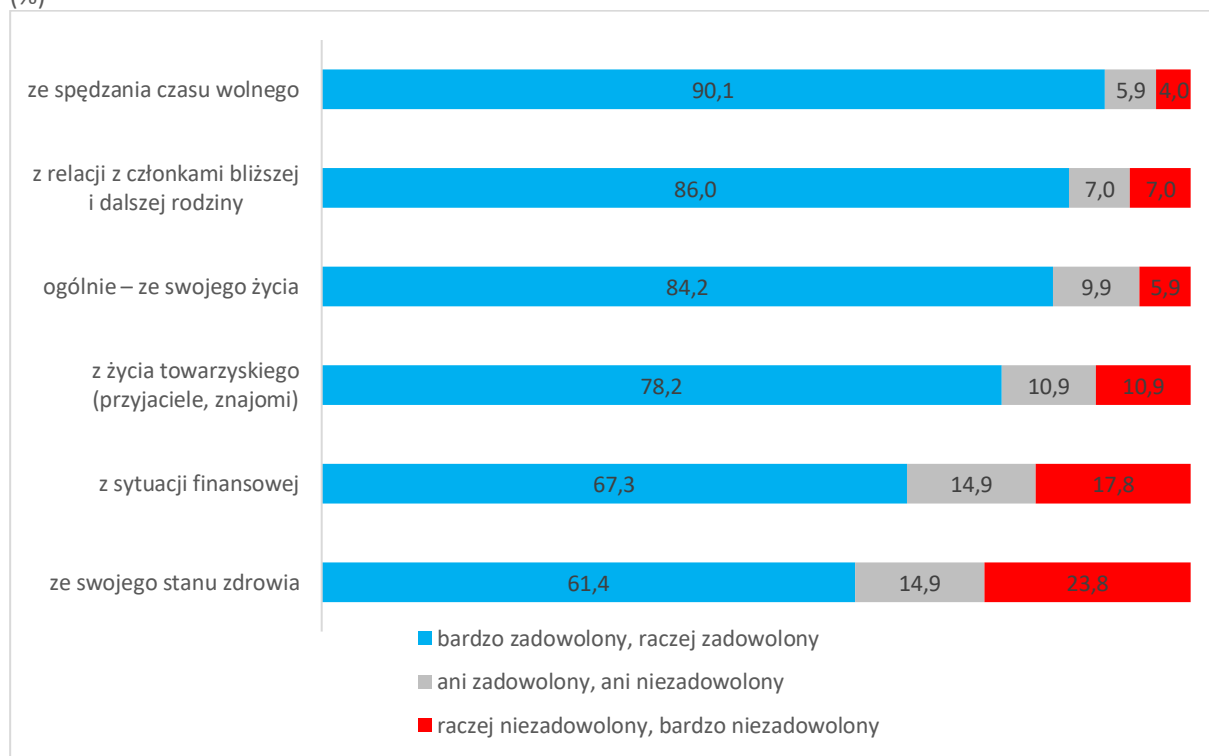
Rys. 56. Zadowolenie z różnych aspektów własnego życia - zbiorowość osób niepełnosprawnych (%)



n = 250

Wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie najwyższy poziom zadowolenia odnotowano w przypadku zadowolenia ze spędzania czasu wolnego (90,1%), na drugim – z relacji z członkami bliższej i dalszej rodziny (86,0%), na trzecim - ogólne zadowolenie ze swojego życia (84,2%), a na czwartym – zadowolenie z życia towarzyskiego (78,2%). Badani byli najmniej zadowoleni z sytuacji finansowej (67,3%) oraz ze swojego stanu zdrowia (61,4%).

Rys. 57. Zadowolenie z różnych aspektów własnego życia - zbiorowość osób niepełnosprawnych intelektualnie (%)



n = 101

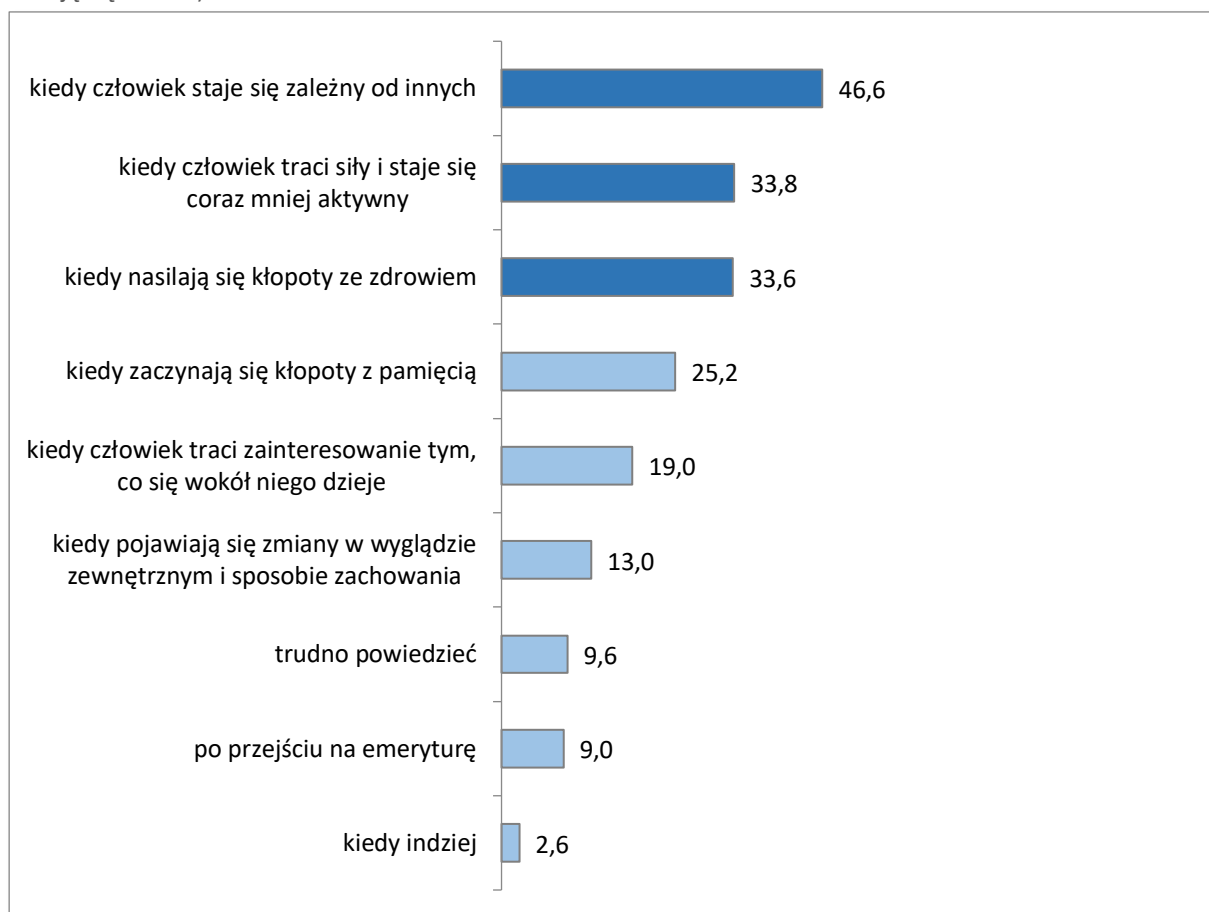
Odczuwanie wieku i ocena możliwości dokonywania zmian we własnym życiu – zbiorowość 50+

Diagnoza doświadczania starości może obejmować różnorodne doświadczenia. Na potrzeby niniejszego badania wybrano sfery związane z subiektywnym odczuwaniem starości, oceną stanu zdrowia i poczucia sprawności w życiu codziennym oraz postrzeganiem możliwości dokonywania zmian we własnym życiu.

Badani zostali zapytani, kiedy ich zdaniem rozpoczyna się starość. Dla blisko połowy respondentów (46,6%), jest to kwestia związana ze wzrastającą zależnością od innych osób. Na drugim miejscu wskazywano spadek aktywności oraz stopniową utratę sił witalnych (33,8%). Na trzecim miejscu,

w ocenie jednej trzeciej badanych starość wiąże się z nasilającymi się kłopotami ze zdrowiem (33,6%). Analogiczne wyniki uzyskano w badaniach zatytułowanych *Gdańska starość*², przeprowadzonych w 2012 roku oraz ogólnopolskich *PolSenior*³. W badaniach tych podobnie, jak w prezentowanych w niniejszym opracowaniu, wśród najczęściej wymienianych znalazły się te same odpowiedzi.

Rys. 58. Czynniki, które zdaniem respondentów określają początek starości (%; odpowiedzi wielokrotne - nie sumują się do 100)

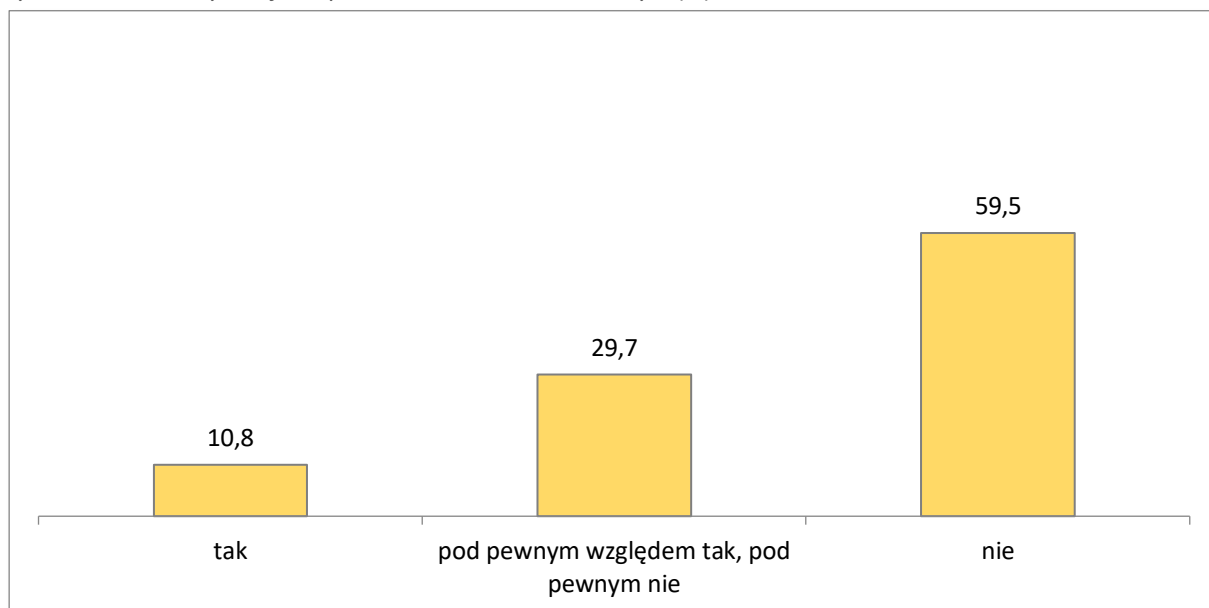


Na pytanie o to, czy respondent czuje się człowiekiem starym, ponad połowa respondentów (59,5%) udzieliła odpowiedzi negatywnej. Z kolei 29,7% badanych odpowiedziało, że jest to doświadczenie niejednoznaczne, wskazując odpowiedź: „*pod pewnym względem tak, pod pewnym nie*”. Najmniejszy odsetek spośród naszych badanych (10,8%) stanowią ci, którzy czują się osobami starymi.

² P. Czekanowski, J. Załęcki, M. Brosz, *Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+*, Fundacja Terytoria Książki, Gdańsk 2012.

³ M. Halicka, J. Halicki, *Opinie polskich seniorów na temat starości i przygotowania do niej*, „Polityka Społeczna”, numer specjalny: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. PolSenior*.

Rys. 59. Samoidentyfikacja respondenta z człowiekiem starym (%)



Rozkład odpowiedzi na pytanie o samoidentyfikację z osobą starą pozostaje w statystycznie istotnym związku z wiekiem badanych – im osoby badane są starsze, tym częściej czują się osobami starymi. Zależność ta jest logiczna i nie wymaga dodatkowego wyjaśnienia. Odpowiedzi „tak” najczęściej udzielały osoby owdowiałe (20,5%) oraz po rozwodzie (13,3%). W przypadku związku udzielanych odpowiedzi z dochodem, zauważalna jest liniowa zależność między wysokością dochodów a poczuciem samoidentyfikacji z człowiekiem starym. Im niższy dochód, tym wyższy odsetek odpowiedzi wskazujących na postrzeganie siebie jako osobę starą.

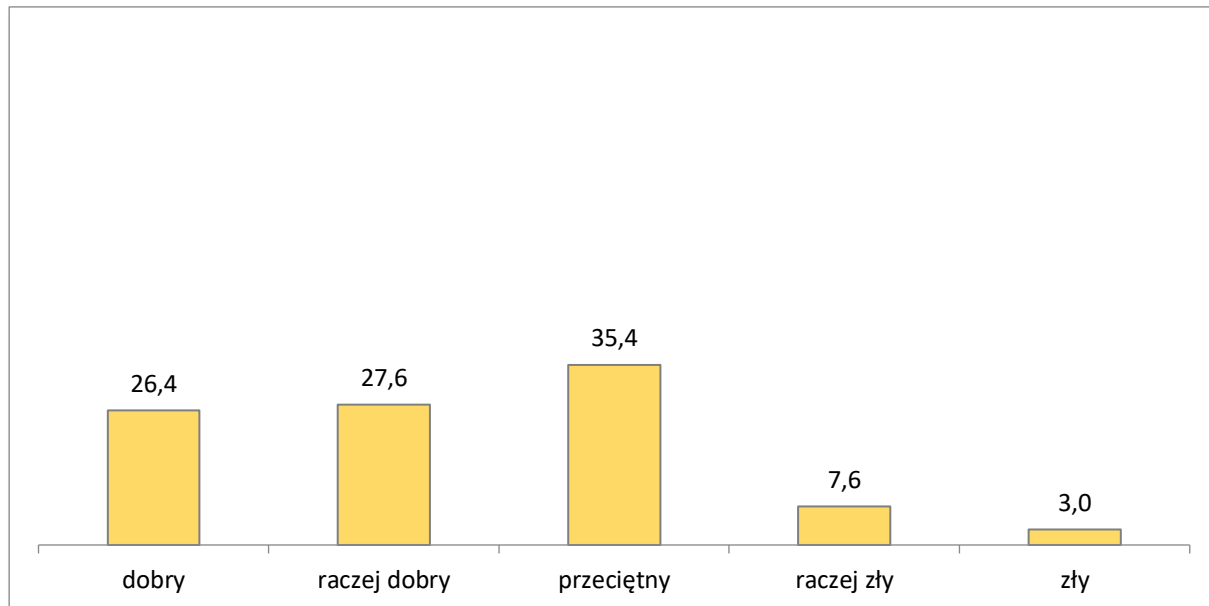
Tab. 29. Samoidentyfikacja respondenta z człowiekiem starym na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	tak	pod pewnymi względami tak, pod pewnymi nie	nie
wiek			
50-54	3,1	7,7	89,2
55-59	2,7	18,9	78,4
60-64	6,4	21,3	72,3
65-69	6,6	40,7	52,7
70-74	11,7	46,7	41,7
75-79	26,2	35,7	38,1
80 <	27,4	39,7	32,9

50+	tak	pod pewnymi względniami tak, pod pewnymi nie	nie
stan cywilny			
wolny/-a	2,6	10,5	86,8
w stałym związku	7,7	27,9	64,4
po rozwodzie	13,3	31,1	55,6
wdowiec/wdowa	20,5	39,3	40,2
dochód			
do 1000 zł	22,0	39,0	39,0
1001-2000 zł	14,9	35,4	49,7
2001 – 3000 zł	7,4	23,5	69,1
3001 i więcej	4,9	29,1	66,0

Respondenci zapytani o ocenę swojego stanu zdrowia najczęściej wskazywali na odpowiedź - „przeciętny” (35,4%). Jeśli jednak uwzględnimy połączone odpowiedzi „dobry” (26,4%) i „raczej dobry” (27,6%) odnoszące się do pozytywnej oceny stanu zdrowia, to właśnie ten wynik będzie najwyższy – 54,0%. Osoby oceniające negatywnie swoją kondycję zdrowotną stanowią 10,6% ogółu badanej zbiorowości.

Rys. 60. Stan zdrowia w samoocenie respondentów (%)



Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych osób w Gdańsku wykazuje związek z ich wiekiem, poziomem wykształcenia, stanem cywilnym oraz poziomem uzyskiwanych dochodów.

Osoby z najmłodszej grupy wiekowej częściej oceniają swój stan zdrowia jako dobry i raczej dobry (83,1%) niż najstarsi badani (32,9%). Odsetek pozytywnych ocen stanu zdrowia wzrasta wraz z poziomem wykształcenia badanych i odwrotnie – im niższy poziom wykształcenia tym wyższy odsetek

odpowiedzi negatywnie oceniających stan zdrowia. Najwyższy odsetek negatywnie oceniających stan zdrowia zarejestrowano wśród osób owdowiałych (17,1%) oraz po rozwodzie (15,6%). Wraz ze wzrostem poziomu dochodów rośnie też odsetek pozytywnych ocen stanu zdrowia.

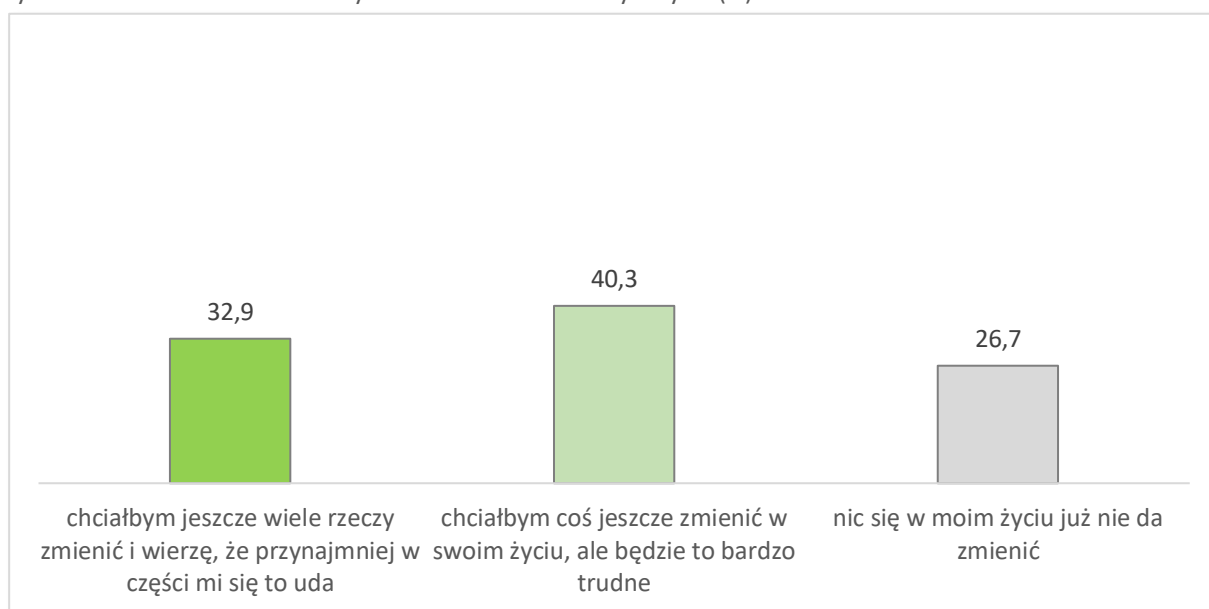
Tab. 30. Stan zdrowia w samoocenie respondentów na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	dobry, raczej dobry	przeciętny	raczej zły, zły
wiek			
50-54	83,1	16,9	-
55-59	82,4	17,6	-
60-64	52,1	37,2	10,6
65-69	47,3	45,1	7,7
70-74	46,7	40,0	13,3
75-79	25,6	55,8	18,6
80 <	32,9	39,7	27,4
wykształcenie			
podstawowe	27,3	45,5	27,3
zas. zawodowe	48,6	37,1	14,3
średnie	54,9	38,4	6,7
wyższe	62,9	28,0	9,1
stan cywilny			
wolny/-a	47,4	47,4	5,3
w stałym związku	59,2	33,1	7,7
po rozwodzie	55,6	28,9	15,6
wdowiec/wdowa	42,7	40,2	17,1
dochód			
do 1000 zł	24,4	51,2	24,4
1001-2000 zł	44,9	42,6	12,5
2001 – 3000 zł	59,3	31,5	9,3
3001 i więcej	73,8	23,3	2,9

Jednym z kluczowych elementów warunkujących poczucie satysfakcji życiowej są postawy wobec zmiany oraz poczucie sprawstwa wobec przyszłości. Dyskusja dotycząca czynników warunkujących osiągnięcie psychicznego dobrostanu toczy się od lat na gruncie nauk społecznych. Czynniki te można podzielić na niezależne od człowieka, na które prawie wcale lub całkowicie nie ma się wpływu, oraz zależne od ludzkiej aktywności. Istotną zmienną modyfikującą wpływ tych czynników jest subiektywne poczucie możliwości wpływu na różnorakie zdarzenia czy realizację własnych planów. Przyjmuje się, że człowiek realizuje swoje dążenia po to, by adekwatnie do swoich potrzeb i aspiracji zorganizować swoje życie, nadać mu sens, a w konsekwencji uzyskać poczucie szczęścia, dobre samopoczucie.

Na pytanie „Co sądzi Pan/i o możliwościach dokonywania zmian we własnym życiu?” największa grupa badanych (40,3%) przeświadczona, że chciałaby coś jeszcze w życiu zmienić, ale będzie to, ich zdaniem, bardzo trudne. Jedna trzecia odpowiadających – 32,9% odpowiedziała, że chciałaby jeszcze wiele rzeczy zmienić i ma nadzieję, że się to uda. Można sądzić, że są to osoby, które cechuje największa motywacja do dokonywania zmian, stawiania sobie celów oraz największy optymizm w kwestii realizacji swoich zamierzeń. Najmniejsza grupa badanych, bo nieco ponad jedna czwarta odpowiadających (26,7%) odpowiedziała, że nic w ich życiu nie da się już zmienić. Prawdopodobnie osoby te pomimo chęci dokonania zmian w swoim życiu mają świadomość istnienia czynników niezależnych od nich samych (stan zdrowia, sytuacja finansowa), które w poważnym stopniu utrudnią bądź wręcz uniemożliwią dokonanie takiej zmiany.

Rys. 61. Ocena możliwości dokonywania zmian we własnym życiu (%)



Rozkład odpowiedzi na pytanie o możliwość dokonywania zmian we własnym życiu pozostaje niezależny od płci i sytuacji zawodowej badanych. W istotny sposób na odpowiedzi wpływają natomiast wiek, poziom wykształcenia badanych oraz wysokość dochodów.

Przekonanie o możliwości „dokonania czegoś” ściśle łączy się z wiekiem respondentów. Blisko dwie trzecie badanych w wieku 50-54 lata (61,9%) chciałaby jeszcze wiele rzeczy zmienić, badani wierzą też w powodzenie swoich planów. Z kolei już wśród badanych w wieku 55-59 lata ten odsetek wyniósł 47,3%. Odpowiedź tę zaznaczyło 24,4% w wieku 75-79 lata, podczas gdy wśród najstarszych badanych odsetek ten wyniósł – 8,5%. O możliwości dokonania czegoś w swoim życiu częściej przekonani są badani z grup o wyższym poziomie wykształcenia. Wśród osób z wyższym wykształceniem odsetek ten wyniósł 43,5%, podczas gdy wśród osób z wykształceniem średnim – 33,2%, zasadniczym zawodowym – 22,5%, a podstawowym – 19,4%. Na postrzeganą możliwość dokonania czegoś w swoim życiu wpływa

wysokość dochodów. Osoby lepiej zarabiające częściej udzielały takiej właśnie odpowiedzi niż gorzej sytuowani badani. I tak u osób dysponujących dochodem do 1000 zł wyniósł on 12,5%, a wśród najlepiej zarabiających, powyżej 3001 zł – 52,5%.

Tab. 31. Ocena możliwość dokonywania zmian we własnym życiu na tle zmiennych socjodemograficznych – zbiorowość 50+ (%)

50+	chciałbym jeszcze wiele rzeczy zmienić i wierzę, że przynajmniej w części mi się to uda	chciałbym coś jeszcze zmienić w swoim życiu, ale będzie to bardzo trudne	nic się w moim życiu już nie da zmienić
wiek			
50-54	61,9	30,2	7,9
55-59	47,3	37,8	14,9
60-64	38,7	43,0	18,3
65-69	28,4	50,0	21,6
70-74	16,1	46,4	37,5
75-79	24,4	31,7	43,9
80 <	8,5	36,6	54,9
wykształcenie			
podstawowe	19,4	35,5	45,2
zas. zawodowe	22,5	37,3	40,2
średnie	33,2	41,0	25,8
wyższe	43,5	42,7	13,7
dochód			
do 1000 zł	12,5	57,5	30,0
1001-2000 zł	17,5	37,4	45,0
2001 – 3000 zł	41,7	41,7	16,7
3001 i więcej	52,5	35,6	11,9

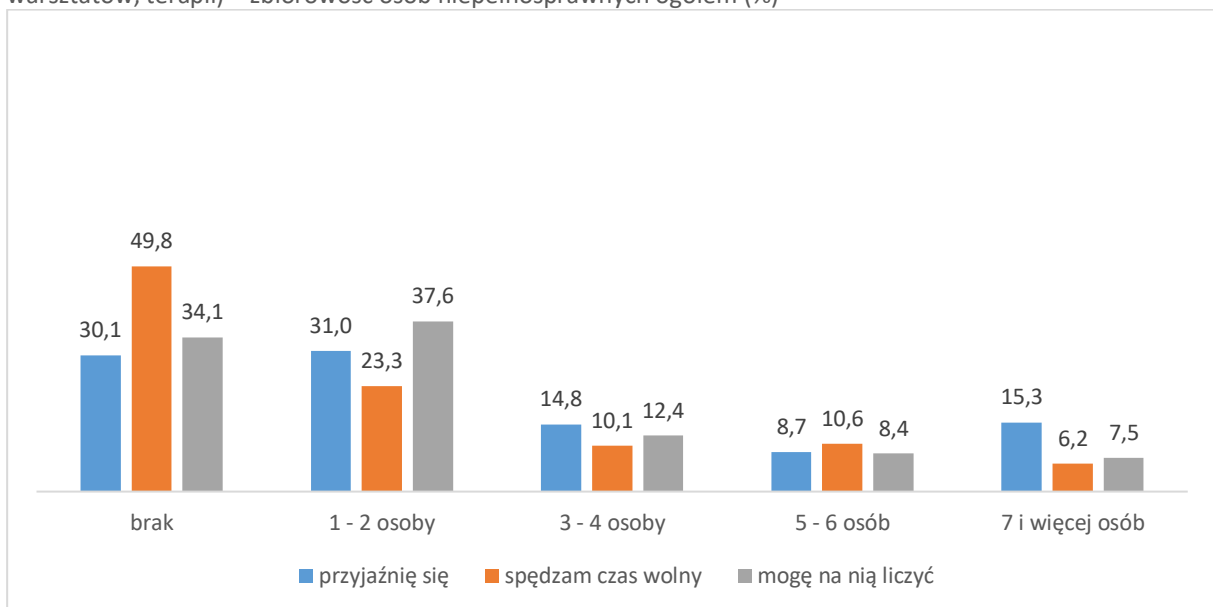
Utrzymywanie bliskich relacji społecznych oraz spędzanie czasu wolnego – zbiorowość osób niepełnosprawnych

Kompletne relacje społeczne stanowią istotny element poczucia tożsamości i zakotwiczenia w rzeczywistości. Mają też kluczowe znaczenie dla stabilności psychicznej, a nawet stanu zdrowia. Osoby niepełnosprawne biorące udział w badaniu zostały zapytane o dwa typy relacji społecznych. Oba wiążą się z relacjami – co istotne – z osobami spoza najbliższej rodziny. Z jednej strony chodziło o osoby, z którymi badani spotykają się w sytuacjach zorganizowanych, np. szkoła, praca, warsztaty, terapia, a z drugiej o sytuacje, w których relacje społeczne utrzymuje się z osobami spoza miejsc zorganizowanego sposobu spędzania czasu. W pytaniu poruszono trzy aspekty: przyjaźnienie się,

spędzanie czasu wolnego oraz możliwość oparcia się na takiej osobie, *liczyć na kogoś...* W każdym przypadku zapytano o ilość osób, z którymi badany pozostaje w danej relacji.

W zbiorowości osób niepełnosprawnych ogółem, w przypadku relacji z osobami ze szkoły, pracy, warsztatów czy terapii, najczęściej pojawiała się odpowiedź „brak” lub „0” w przypadku spędzania czasu wolnego (49,8%), kolejną pod względem częstości pojawiania się była ta oznaczająca 1-2 osoby, na które respondent może liczyć (37,6%), kolejną – w tym samym typie relacji – była odpowiedź „brak” (34,1%). W przypadku przyjaźni badani wskazywali najczęściej 1-2 osoby (31,0%).

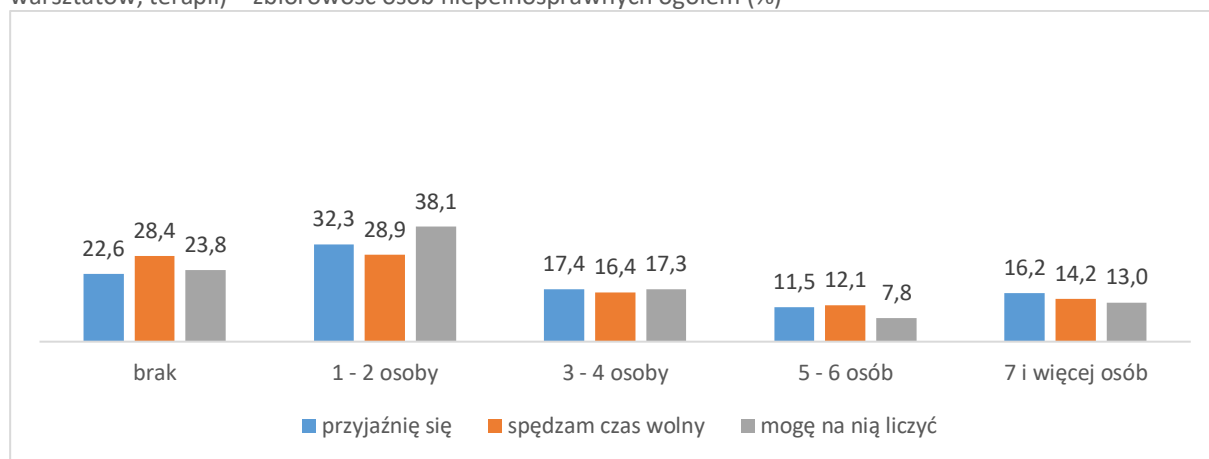
Rys. 62. Z iloma osobami spoza najbliższej rodziny łączą badanych bliskie relacje (z osobami ze szkoły, pracy, warsztatów, terapii) – zbiorowość osób niepełnosprawnych ogółem (%)



n = 250

W przypadku relacji społecznych z osobami spoza szkoły, pracy, warsztatów czy terapii, w zbiorowości osób niepełnosprawnych ogółem, najczęściej pojawiającą się odpowiedzią była odnosząca się do 1-2 osób, na które badany może liczyć (38,1%). Z taką samą liczbą osób, 1-2, przyjaźni się 32,3% odpowiadających. Czas wolny z 1-2 osobami spędza 28,9%, a 28,4% nie wskazało żadnej osoby, z którą spędza czas wolny.

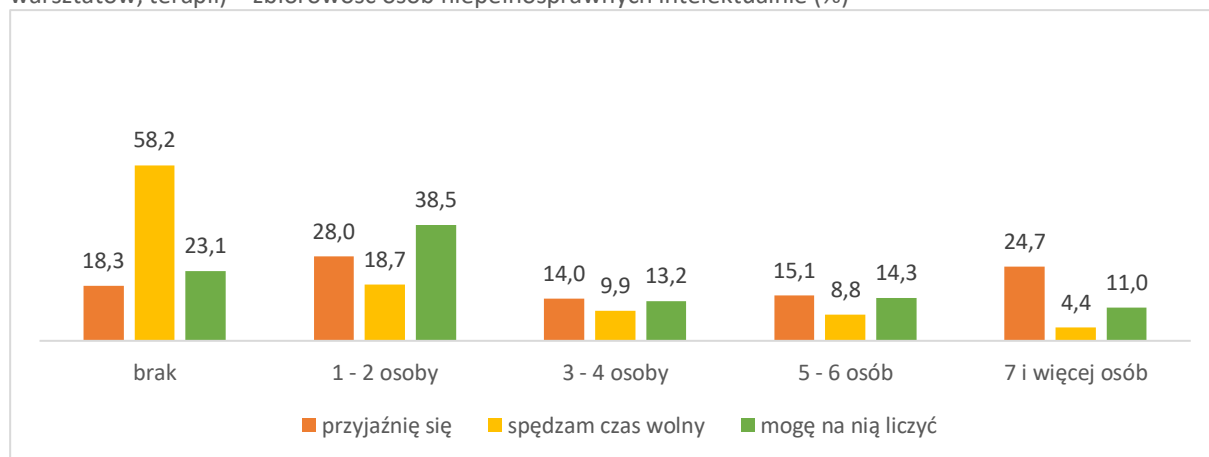
Rys. 63. Z iloma osobami spoza najbliższej rodziny łączą badanych bliskie relacje (z osobami spoza szkoły, pracy, warsztatów, terapii) – zbiorowość osób niepełnosprawnych ogółem (%)



n = 250

W porównaniu do zbiorowości osób niepełnosprawnych ogółem, wśród niepełnosprawnych intelektualnie zauważalny jest wyższy odsetek odpowiedzi wskazujących na brak osób, z którymi badany spędzałby czas wolny (58,2%). Dotyczy to oczywiście relacji z osobami ze szkoły, pracy itd. Drugą pod względem częstości występowania jest ta odnosząca się do 1-2 osób, na które badany może liczyć (38,5%). Na trzecim miejscu można wskazać odpowiedź – 1-2 osoby, które respondent uważa za przyjaciół (28,0%).

Rys. 64. Z iloma osobami spoza najbliższej rodziny łączą badanych bliskie relacje (z osobami ze szkoły, pracy, warsztatów, terapii) – zbiorowość osób niepełnosprawnych intelektualnie (%)

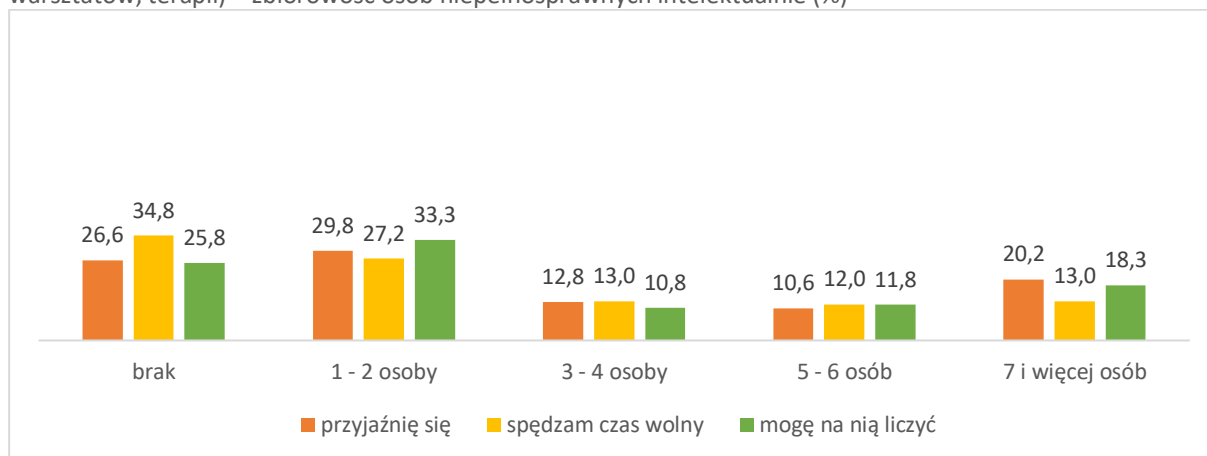


n = 101

W przypadku relacji z osobami spoza szkoły, pracy, warsztatów i terapii rozkłady odpowiedzi wyrównują się. Osoby niepełnosprawne intelektualnie najczęściej wskazywały na brak osób, z którymi

spędzają czas wolny (34,8%), następnie – dokładnie jedna trzecia badanych (33,3%) wskazała na 1-2 osoby, na które mogą liczyć, a 29,8% na 1-2 osoby, z którymi się przyjaźni.

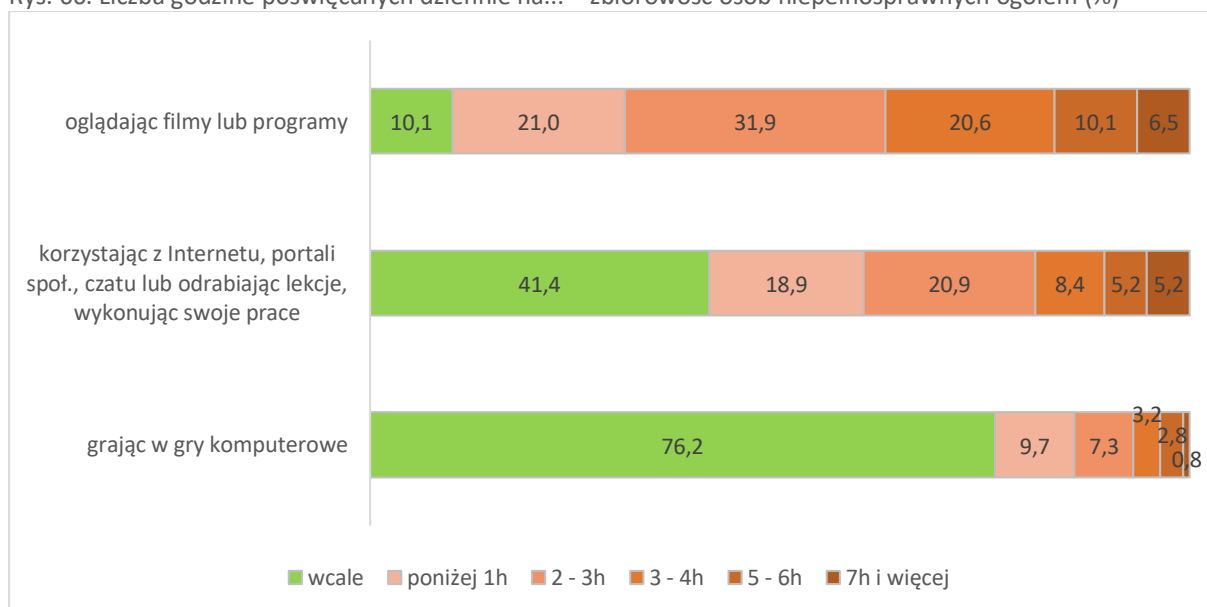
Rys. 65. Z iloma osobami spoza najbliższej rodziny łączą badanych bliskie relacje (z osobami spoza szkoły, pracy, warsztatów, terapii) – zbiorowość osób niepełnosprawnych intelektualnie (%)



n = 101

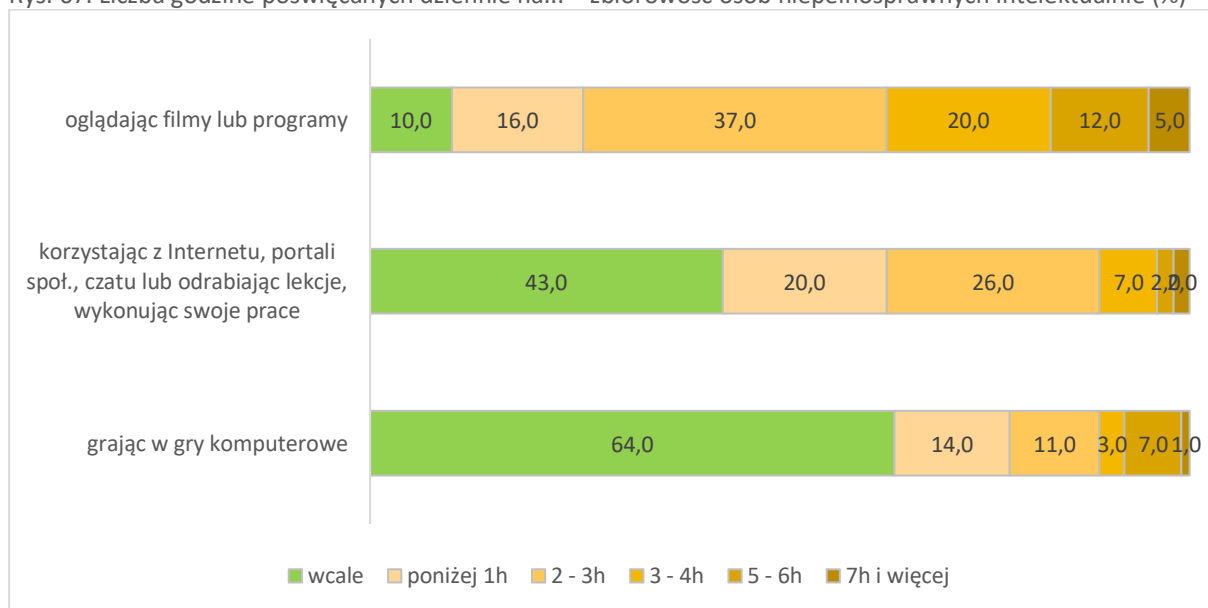
Dysponując swoim czasem osoby niepełnosprawne ogółem na oglądanie filmów i programów poświęcają dziennie 2-3 godziny (31,9%), 3-4h – 20,6% oraz poniżej 1h (21,0%). Z kolei co dziesiąty odpowiadający w ogóle nie poświęca czasu na oglądanie filmów lub programów. W przypadku korzystania w Internecie największa grupa odpowiadających bo stanowiąca 41,4% w ogóle nie poświęca na to czasu. Podobnie reprezentowane grupy 18,9% i 20,9% odnoszą się do mniej niż 1h oraz 2-3h. Nieco ponad trzy czwarte odpowiadających w ogóle nie poświęca czasu na gry komputerowe. Niecałe 10% badanych spędza w ten sposób czas przez mniej niż 1 godzinę dziennie.

Rys. 66. Liczba godzin poświęcanych dziennie na... – zbiorowość osób niepełnosprawnych ogółem (%)



Wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie rozkłady odpowiedzi są bardzo zbliżone do tych w populacji wszystkich osób niepełnosprawnych. Występujące różnice są nieznaczne. Te najwyraźniejsze dotyczą grania na komputerach. Grupa grających – niezależnie od ilości czasu poświęcanego – jest większa niż wśród wszystkich niepełnosprawnych respondentów. Grupa spędzająca w ten sposób czas poniżej 1 godziny dziennie stanowi 14,0%, a 2-3h dziennie – 11,0%.

Rys. 67. Liczba godzin poświęconych dziennie na... – zbiorowość osób niepełnosprawnych intelektualnie (%)



Aneks 1. Kwestionariusz użyty w badaniu wśród osób po 50. roku życia



Zakład Realizacji Badań Społecznych
83-304, Kawle Dolne 25, info@qqzrbs.pl



Urząd Miasta Gdańsk
ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk

Szanowni Państwo,

Miasto Gdańsk we współpracy z Zakładem Realizacji Badań Społecznych prowadzi badania socjologiczne wśród mieszkańców miasta, dotyczące spożywania alkoholu i problemów społecznych, które mogą być związane z jego nadużywaniem. Badania prowadzone są wśród kobiet i mężczyzn w wieku powyżej 50. roku życia zamieszkujących w Gdańsku. Badania są anonimowe, to znaczy, że nigdzie nie prosimy o podanie imienia i nazwiska. Wyniki zostaną opracowane w postaci zbiorczych zestawień statystycznych, a następnie przekazane władzom miasta Gdańska w celu opracowania programów przeciwdziałania problemom społecznym.

Gorąco prosimy o udział w badaniu. Dziękujemy!

<p>Na początek chcielibyśmy zapytać o spożycie piwa przez Pana(ią)</p> <p>1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 4.</i></p>	<p>2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>3. Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – postępując się miarą kufła piwa (0,5 litra)?</p> <p>1. w ogóle nie piję piwa 2. jeden kufel lub mniej 3. około 2 kufli 4. około 3 kufli 5. około 4 kufli 6. powyżej 4 kufli</p>
<p>4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 7.</i></p>	<p>5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>6. Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, postępując się miarą lampki wina (100 ml)?</p> <p>1. w ogóle nie piję wina 2. jedną lampkę lub mniej 3. około 2 lampek 4. około 3 lampek 5. około 4 lampek 6. powyżej 4 lampek</p>
<p>7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę (lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak)?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 10.</i></p>	<p>8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>9. Ile wódki (koniaku, whisky) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – postępując się miarą kieliszka (50 ml)?</p> <p>1. w ogóle nie piję wódki 2. jeden kieliszek lub mniej 3. około 2 kieliszków 4. około 3 kieliszków 5. około 4 kieliszków 6. powyżej 4 kieliszków</p>

<p>10. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek uspokajający lub nasenny ?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 12.</i></p>	<p>11. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu</p> <p>5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>
<p>12. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek, wydawany bez recepty w celu poprawy samopoczucia, zwiększenia aktywności lub odurzenia?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 14.</i></p>	<p>13. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) takich leków?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu</p> <p>5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>
<p>14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 16.</i></p>	<p>15. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu</p> <p>5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>

Chcielibyśmy teraz zapytać o obserwacje, osobiste doświadczenia i odczucia związane ze spożywaniem alkoholu w różnych sytuacjach.

16. Czy zdarzyło się, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	tak	nie
1. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym	1	2
2. był(a) Pan(i) świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym	1	2
3. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem przez osobę będącą pod wpływem narkotyku (np. marihuany, amfetaminy, dopalaczy lub innych)	1	2
4. był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu w miejscu pracy	1	2
5. był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu przez nieletnich	1	2
6. widział(a) Pan(i) jak sprzedawano nieletnim alkohol	1	2
7. widział(a) Pan(i), jak osoba wyglądająca na nieletnią próbowała kupić alkohol i została wylegitymowana przez sprzedawcę lub kogoś innego	1	2

A teraz chcielibyśmy zapytać o osobiste doświadczenia. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że...		tak	nie	nie pamiętam, nie jestem pewien	
8. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem alkoholu?		1	2	3	
9. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem narkotyku (np. marihuany, amfetaminy, dopalaczy lub innych)		1	2	3	
10. jechał(a) Pan(i) rowerem pod wpływem alkoholu?		1	2	3	
11. spożywał(a) Pan(i) alkohol w miejscu pracy?		1	2	3	
12. używał(a) Pan(i) marihuany lub innego narkotyku w miejscu pracy?		1	2	3	
W czasie ostatnich 12 miesięcy	nigdy	rzadziej niż 1 raz w m-cu	około 1 raz w m-cu	około 1 raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie
13. Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?	1	2	3	4	5
14. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu zrobił(a) Pan(i) coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana(i) środowisku normy postępowania?	1	2	3	4	5
15. Jak często w ostatnim roku potrzebował(a) Pan(i) napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym piciu”, aby móc dość do siebie?	1	2	3	4	5
16. Jak często w ostatnim roku miał(a) Pan(i) poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?	1	2	3	4	5
17. Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) z powodu picia przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy?	1	2	3	4	5
18. Jak często zdarzyło się Panu(i) spożywać alkohol, zażywając w tym samym czasie przepisane leki?	1	2	3	4	5
17. Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?					
.....					
.....					
.....					
18. Czy zna Pan(i) jakieś instytucje, które świadczą pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami?					
1. nie, nie potrafię wskazać żadnej instytucji					
2. tak, np.:					
19. Czy spotkał(a) się Pan(i) z jakimiś działaniami lub ofertą profilaktyczną, terapeutyczną lub specjalistyczną skierowanymi do osób w Pana(i) wieku?					
1. nie, nie spotkałem się z czymś takim					
2. tak, były to:					

<p>20. Czy zetknął(ęła) się Pan(i) z jakąś formą terapii leczenia alkoholizmu lub terapii dla osób współzależnionych? <i>Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, jeśli badany wskaże odp. 2 - 4.</i></p> <p>1. nie 2. tak, osobiście brałem(a)m udział w terapii 3. tak, ktoś z moich najbliższych brał udział w terapii 3. tak, ktoś z moich przyjaciół, znajomych brał udział w terapii</p>	<p>21. Czy rozważał(a) Pan(i) rozpoczęcie terapii leczenia alkoholizmu lub terapii dla osób współzależnionych? <i>Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, jeśli badany wskaże odp. 2 - 4.</i></p> <p>1. nie 2. tak, dotyczyło to mojej osoby 3. tak, dotyczyło to kogoś z moich najbliższych 4. tak, dotyczyło to kogoś z moich przyjaciół, znajomych</p>					
<p>22. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu(i), że lekarz pierwszego kontaktu podczas Pana(i) wizyty w przychodni zapytał Pana(i) o to, czy zażywa Pan(i)...</p> <p>1. bez wskazań lekarskich, jakieś preparaty o działaniu łagodnie leczniczym, profilaktycznym lub pielęgnacyjnym dostępne bez recepty, tzw. parafarmaceutyki? 2. bez wskazań lekarskich, leki do nabycia bez recepty, np. silnie działające leki przeciwbólowe? 4. bez wskazań lekarskich, kiedyś przepisany antybiotyk? 5. nadużywa Pan(i) alkoholu?</p>	<p>nie był(a)m u lekarza w tym okresie</p> <p>1 (przejdź do pyt. 23)</p>	<p>tak, lekarz zadał takie pytanie</p> <p>2 2 2 2</p>	<p>nie, lekarz nie zadał takiego pytania</p> <p>3 3 3 3</p>	<p>nie pamiętam</p> <p>4 4 4 4</p>		
<p>23. Jak Pan(i) sądzi, czy picie alkoholu nawet w niewielkich ilościach przez kobiety ciężarne może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci?</p> <p>1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie</p>						
<p>24. Prosimy ustosunkować się do poniższych stwierdzeń:</p> <p>1. Istnieją okoliczności, które usprawiedliwiają przemoc w rodzinie 2. Osoby bite są współodpowiedzialne za przemoc w rodzinie 3. Lepiej się nie wtrącać, bo można jeszcze bardziej zaszkodzić osobie pokrzywdzonej 4. Lepiej się nie wtrącać, bo można potem samemu mieć kłopoty</p>	<p>zdecydowanie się zgadzam</p> <p>1 1 1 1</p>	<p>raczej się zgadzam</p> <p>2 2 2 2</p>	<p>raczej się nie zgadzam</p> <p>3 3 3 3</p>	<p>zdecydowanie się nie zgadzam</p> <p>4 4 4 4</p>		
<p>25. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do przemocy fizycznej (np. bicia, szarpania, popychania)?</p> <p>1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy</p>	<p>26. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do przemocy psychicznej (np. wyzwiska, przeklinanie, groźby, szantaż)?</p> <p>1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy</p>					
<p><i>Chcielibyśmy poprosić Pana(nią) o podzielenie się swoimi opiniami dotyczącymi problemu narkomanii.</i></p>						
<p>27. W jakim stopniu zgadza się Pan(i) lub nie zgadza z poniższym stwierdzeniem:</p> <p>Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone</p>	<p>zdecydowanie się zgadzam</p> <p>1</p>	<p>raczej się zgadzam</p> <p>2</p>	<p>ani się zgadzam, ani się nie zgadzam</p> <p>3</p>	<p>raczej się nie zgadzam</p> <p>4</p>	<p>zdecydowanie się nie zgadzam</p> <p>5</p>	<p>nie wiem, trudno powiedzieć</p> <p>6</p>

**Niniejsze badanie poświęcone jest sytuacji osób w wieku powyżej 50. roku życia.
Dlatego też zadam kilka pytań dotyczących tego tematu.**

28. Proszę powiedzieć, kiedy, Pana(i) zdaniem, rozpoczyna się starość? [Można wskazać maksymalnie 3 odpowiedzi]

- | | |
|---|--|
| 1. po przejściu na emeryturę | 5. kiedy człowiek traci siły i staje się coraz mniej aktywny |
| 2. kiedy nasilają się kłopoty ze zdrowiem | 6. kiedy człowiek traci zainteresowanie tym, co się wokół niego dzieje |
| 3. kiedy człowiek staje się zależny od innych | 7. kiedy zaczynają się kłopoty z pamięcią |
| 4. kiedy pojawiają się zmiany w wyglądzie zewnętrznym i sposobie zachowania | 8. kiedy indziej |
| | 9. trudno powiedzieć |

29. Czy czuje się Pan(i) człowiekiem starym?

- tak
- pod pewnym względem tak, ale pod pewnym nie
- nie

30. Jak ocenia Pan(i) swój obecny stan zdrowia?

- dobry
- raczej dobry
- przeciętny
- raczej zły
- zły

31. Każdy człowiek w różnym stopniu jest zadowolony lub niezadowolony z różnych sfer swego życia. Chcielibyśmy prosić Pana(nią) o określenie, w jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(a) z każdej z wymienionych dziedzin?

	bardzo zadowolony	raczej zadowolony	ani zadowolony, ani niezadowolony	raczej niezadowolony	bardzo niezadowolony
1. z relacji z członkami bliższej i dalszej rodziny	1	2	3	4	5
2. z życia towarzyskiego (posiadanie dobrych przyjaciół, znajomych)	1	2	3	4	5
3. ze spędzania czasu wolnego	1	2	3	4	5
4. ze swojego stanu zdrowia	1	2	3	4	5
5. z sytuacji finansowej	1	2	3	4	5
6. ogólnie – ze swojego życia	1	2	3	4	5

32. Co sądzi Pan(i) o możliwościach dokonywania zmian we własnym życiu?

- chciałbym jeszcze wiele rzeczy zmienić i wierzę, że przynajmniej w części mi się to uda
- chciałbym coś jeszcze zmienić w swoim życiu, ale będzie to bardzo trudne
- nic się w moim życiu już nie da zmienić

Na koniec prosimy jeszcze o kilka informacji o Panu/Pani – są one niezbędne do statystycznego opracowania wyników badań

M1. Płeć 1. kobieta 2. mężczyzna	M2. W którym roku się Pan(i) urodził(a)? 	M3. Jakie ma Pan(i) wykształcenie? 1. niepełne podstawowe 5. średnie 2. podstawowe 6. pomaturalne 3. zasadnicze zawodowe 7. niepełne wyższe 4. niepełne średnie 8. wyższe
M4. Jaki jest Pana(i) stan cywilny? 1. kawaler/panna/singielk(ka) 2. żonaty/zamężna/w stałym związku 3. rozwiedziony/rozwiedziona 4. wdowiec/wdowa	M5. Jaki jest Pana(i) status zawodowy? 1. jestem osobą pracującą zawodowo 2. jestem osobą bezrobotną 3. jestem osobą niepracującą, nieposzukującą pracy 4. jestem emerytem 5. jestem rencistą	

M6. Jakie są łączne miesięczne dochody netto (na rękę) w Pana(i) gospodarstwie domowym?	M7. Jak ocenia Pan(i) atmosferę panującą w Pana(i) domu?
1. do 500 zł 2. 501 – 1000 zł 8. 6001 – 7000 zł 3. 1001 – 2000 zł 9. 7001 – 8000 zł 4. 2001 – 3000 zł 10. 8001 – 9000 zł 5. 3001 – 4000 zł 11. 9001 – 10000 zł 6. 4001 – 5000 zł 12. 10001 – 15000 zł 7. 5001 – 6000 zł 13. powyżej 15000 zł	1. bardzo dobra 2. raczej dobra 3. różnie bywa, czasem dobra, czasem zła 4. raczej zła 5. bardzo zła
	M8. Czy jest Pan(i) osobą 1. wierzącą i praktykującą 2. wierzącą i niepraktykującą 3. niewierzącą, ale przywiązaną do niektórych praktyk religijnych 4. niewierzącą i niepraktykującą 5. trudno powiedzieć

Dziękujemy za udział w badaniach!

Aneks 2. Kwestionariusz użyty w badaniu wśród osób niepełnosprawnych



Zakład Realizacji Badań Społecznych
83-304, Kawle Dolne 25, info@qqzrbs.pl



Urząd Miasta Gdańsk
ul. Nowe Ogrody 8/12, 80-803 Gdańsk

Szanowna Pani, Szanowny Panie,

Miasto Gdańsk we współpracy z Zakładem Realizacji Badań Społecznych prowadzi badania socjologiczne wśród mieszkańców miasta, dotyczące spożywania alkoholu i codziennych relacji społecznych. Badania te prowadzone są wśród osób niepełnosprawnych zamieszkujących w Gdańsku. Badania są anonimowe – nigdzie nie prosimy o podanie imienia i nazwiska. Wyniki zostaną opracowane w postaci zbiorczych zestawień statystycznych, a następnie przekazane władzom miasta Gdańska w celu opracowania programów wspierających osoby niepełnosprawne.

Gorąco prosimy o udział w badaniu. Dziękujemy!

S1. Jakże zna Pan(i) rodzaje alkoholu?

.....

.....

.....

S2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) jakiś rodzaj alkoholu?

1. nie, w ogóle nie piję alkoholu --- **proszę przejść do pyt. 10.**
2. tak, kilka razy
3. tak, regularnie

1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?

1. tak
2. nie --- **proszę przejść do pyt. 4.**

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

1. codziennie lub prawie codziennie
2. 5-6 razy w tygodniu
3. 3-4 razy w tygodniu
4. 1-2 razy w tygodniu
5. 2-3 razy w miesiącu
6. 1 raz w miesiącu
7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy
8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy
9. raz w czasie ostatnich 12 mcy

3. Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kufła lub butelki piwa (0,5 litra)?

1. jeden kufel lub mniej
2. około 2 kufli
3. około 3 kufli
4. około 4 kufli
5. powyżej 4 kufli

4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?

1. tak
2. nie --- **proszę przejść do pyt. 7.**

5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?

1. codziennie lub prawie codziennie
2. 5-6 razy w tygodniu
3. 3-4 razy w tygodniu
4. 1-2 razy w tygodniu
5. 2-3 razy w miesiącu
6. 1 raz w miesiącu
7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy
8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy
9. raz w czasie ostatnich 12 mcy

6. Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, posługując się miarą kieliszka do wina?

1. jedną kieliszek lub mniej
2. około 2 kieliszków
3. około 3 kieliszków
4. około 4 kieliszków
5. powyżej 4 kieliszków

<p>7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę (lub inny napój spirytusowy, np. nalewkę, whisky, koniak)?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 10.</i></p>	<p>8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>9. Ile wódki (koniaku, whisky) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – postępując się miarą kieliszka do wódki?</p> <p>1. jeden kieliszek lub mniej 2. około 2 kieliszków 3. około 3 kieliszków 4. około 4 kieliszków 5. powyżej 4 kieliszków</p>
<p>10. Czy przyjmuje Pan(i) stale jakieś lekarstwa?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 12.</i></p>	<p>11. Czy przyjmując te leki, może Pan(i) spożywać alkohol?</p> <p>1. tak 2. nie</p>	
<p>12. Czy wie Pan(i) co to są leki uspokajające lub nasenne?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 15.</i></p>	<p>13. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek uspokajający lub nasenny ?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 15.</i></p>	<p>14. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>
<p>15. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek, wydawany bez recepty w celu poprawy samopoczucia, zwiększenia aktywności lub odurzenia?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 17.</i></p>	<p>16. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) takich leków?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	
<p>17. Czy wie Pan(i) co to jest marihuana?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 20.</i></p>	<p>18. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 20.</i></p>	<p>19. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>

20. Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?

.....

.....

.....

21. Czy zna Pan(i) jakieś instytucje, które świadczą pomoc osobom mającym problem z alkoholem lub narkotykami?

1. nie, nie potrafię wskazać żadnej instytucji
2. tak, np.:

22. Z kim zwykle pije Pan(i) alkohol? Dotyczy ostatnich 12 miesięcy.

1. w ogóle nie piję alkoholu --- **proszę przejść do pyt. 25.**
2. sam(a), bez towarzystwa
3. w gronie najbliższej rodziny
4. ze znajomymi, z przyjaciółmi

23. Gdzie najczęściej pije Pan(i) alkohol?

1. w domu
2. gdzieś na powietrzu
3. u znajomych, przyjaciół
4. gdzieś indziej, gdzie?.....

24. Czy zdarzyło się, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy, że	nigdy	rzadziej niż 1 raz w m-cu	około 1 raz w m-cu	około 1 raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie
1. nie mógł(mogła) Pan(i) zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?	1	2	3	4	5
2. z powodu picia alkoholu zrobił(a) Pan(i) coś niewłaściwego?	1	2	3	4	5
3. potrzebował(a) Pan(i) napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym piciu”, aby móc dojść do siebie?	1	2	3	4	5
4. miał(a) Pan(i) poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?	1	2	3	4	5
5. nie mógł(mogła) Pan(i) z powodu picia przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy?	1	2	3	4	5

Porozmawiajmy teraz o zagadnieniach związanych z relacjami społecznymi oraz z czasem wolnym

25. Każdy człowiek w różnym stopniu jest zadowolony lub niezadowolony z różnych sfer swego życia. W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(a) z każdej z wymienionych dziedzin?

	bardzo zadowolony	raczej zadowolony	ani zadowolony, ani niezadowolony	raczej niezadowolony	bardzo niezadowolony
1. z relacji z członkami bliższej i dalszej rodziny	1	2	3	4	5
2. z życia towarzyskiego (posiadanie przyjaciół, znajomych)	1	2	3	4	5
3. ze spędzania czasu wolnego	1	2	3	4	5
4. ze swojego stanu zdrowia	1	2	3	4	5
5. z sytuacji finansowej	1	2	3	4	5
6. ogólnie – ze swojego życia	1	2	3	4	5

26. Czy ma Pan(i) jakieś bliskie relacje z osobami spoza swojej najbliższej rodziny? Wpisujemy liczbę osób.						
Z iloma takimi osobami...	ze szkoły lub pracy, warsztatów, terapii		spoza szkoły, pracy, warsztatów, terapii itp			
1. przyjaźni się Pan(i)? osób	 osób			
2. spędza Pan(i) czas wolny? osób	 osób			
3. może Pan(i) na nie liczyć? osób	 osób			
27. Ile godzin dziennie, w czasie wolnym, korzysta Pan(i) z telewizji, komputera, tabletu lub smartfona	wcale	poniżej 1 h	2-3h	3-4 h	5-6 h	7 h i więcej
1. oglądając filmy lub programy	1	2	3	4	5	6
2. grając w gry komputerowe	1	2	3	4	5	6
3. korzystając z Internetu, portali społecznościowych, czatu lub odrabiając lekcje, wykonując swoje prace	1	2	3	4	5	6
Na koniec prosimy jeszcze o kilka informacji o Pan(i) – są one niezbędne do statystycznego opracowania wyników badań						
M1. Płeć 1. kobieta 2. mężczyzna	M2. W którym roku się Pan(i) urodził(a)? 		M3. Jakie ma Pan(i) wykształcenie? 1. niepełne podstawowe 5. średnie 2. podstawowe 6. pomaturalne 3. zasadnicze zawodowe 7. niepełne wyższe 4. niepełne średnie 8. wyższe			
M4. Jaki jest Pana(i) stan cywilny? 1. kawaler/panna/singielk(ka) 2. żonaty/zamężna/w stałym związku 3. rozwiedziony/rozwiedziona 4. wdowiec/wdowa	M5. Jaki jest Pana(i) status zawodowy? 1. jestem osobą pracującą zawodowo 2. jestem osobą bezrobotną 3. jestem osobą niepracującą, nieposzukującą pracy 4. jestem emerytem 5. jestem rencistą					
M6. Jakie są łączne miesięczne dochody netto (na rękę) w Pana(i) gospodarstwie domowym? 1. do 500 zł 2. 501 – 1000 zł 3. 1001 – 2000 zł 4. 2001 – 3000 zł 5. 3001 – 4000 zł 6. 4001 – 5000 zł 7. 5001 – 6000 zł 8. 6001 – 7000 zł 9. 7001 – 8000 zł 10. 8001 – 9000 zł 11. 9001 – 10000 zł 12. 10001 – 15000 zł 13. powyżej 15000 zł	M7. Jaka kwota pieniędzy dysponuje Pan(i) w skali miesiąca na własne wydatki i potrzeby? 1. do 500 zł 2. 501 – 1000 zł 3. 1001 – 2000 zł 4. 2001 – 3000 zł 5. 3001 – 4000 zł 6. 4001 – 5000 zł 7. powyżej 5000 zł					

M8. Rodzaj niepełnosprawności:

1. choroby neurologiczne (w tym neurodegeneracyjne)
2. ruchowa
3. intelektualna
4. choroby układu oddechowego i krążenia
5. narządu wzroku
6. słuchu lub mowy
7. metaboliczna
8. choroby psychiczne
9. inne:

Dziękujemy za udział w badaniach!