



Protokół przekazania próbki

1. Kod próbki (taki sam jak w ankiecie)				
2. Data pozyskania próbki (dzień, miesiąc, rok)				
3. Miejsce pozyskania próbki	1. Drop-in	<input type="checkbox"/>	2. Festiwal	<input type="checkbox"/>
	3. Impreza w Warszawie	<input type="checkbox"/>	4. Impreza w Krakowie	<input type="checkbox"/>
	5. Wypełniana online	<input type="checkbox"/>		
4. Źródło pozyskania substancji	1. Internet	<input type="checkbox"/>	2. Sklep	<input type="checkbox"/>
	3. Dealer	<input type="checkbox"/>	4. Znajomy	<input type="checkbox"/>
	5. Inne, jakie?			
5. Cena w PLN PLN			
6. Nazwa				
7. Czy używał/a Pan/Pani kiedykolwiek wcześniej tej substancji?	1. Tak	<input type="checkbox"/>	2. Nie	<input type="checkbox"/>
8. Jaka jest substancja czynna?	Nie wiem			<input type="checkbox"/>
9. Postać	1. Susz	<input type="checkbox"/>	2. Proszek	<input type="checkbox"/>
	3. Kryształ	<input type="checkbox"/>	4. Liquid	<input type="checkbox"/>
	5. Inne, jakie?			
10. Forma	1. Produkt w czystej postaci	<input type="checkbox"/>	2. Produkt z nazwą handlową	<input type="checkbox"/>
11. Rodzaj substancji	1. Mieszanka ziołowa	<input type="checkbox"/>	2. Syntetyczny kanabinoid (w czystej postaci)	<input type="checkbox"/>
	3. Stymulant/ empatogen	<input type="checkbox"/>	4. Psychodelik	<input type="checkbox"/>
	5. Dysocjant	<input type="checkbox"/>	6. Inna, jaka?	
12. Kolor				

13. Sposób zażywania	1. Palenie/waporyzacja	<input type="checkbox"/>	2. Inhalowanie	<input type="checkbox"/>
	3. Wciąganie przez nos	<input type="checkbox"/>	4. Polykanie	<input type="checkbox"/>
	5. Wstrzykiwanie	<input type="checkbox"/>	6. Inne, jakie?	
14. Spodziewany efekt	1. Stymulujący/euforyczny	<input type="checkbox"/>	2. Uspokajający/ relaksujący	<input type="checkbox"/>
	3. Psychodeliczny	<input type="checkbox"/>	4. Inne, jakie?	
15. Uwagi				

Badanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych,
będących w dyspozycji Ministra Zdrowia



Informacja o badaniu

Badanie, do którego Pana/Panią zapraszamy, prowadzi konsorcjum czterech podmiotów: Fundacja Polityki Społecznej PREKURSOR, Społeczna Inicjatywa Narkopolityki, Narodowy Instytut Leków oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Badanie jest współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Celem badania jest poznanie wzorów używania Nowych Substancji Psychoaktywnych (tzw „dopalaczy”) i „tradycyjnych” narkotyków oraz związanych z tym konsekwencji zdrowotnych. Wiedza ta posłuży do przygotowania lepszej oferty profilaktyki i ograniczania szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Aby to badanie miało sens, ważne jest, aby odpowiedział/a Pan/i na każde pytanie z namysłem i tak szczerze, jak to tylko możliwe. Prosimy pamiętać, że Pana/i odpowiedzi są całkowicie poufne. Posłużą one jedynie do opracowania anonimowych zestawień statystycznych. Nie jest to żaden test. Nie ma tu dobrych i złych odpowiedzi. Jeśli nie znajdzie Pan/i odpowiedzi całkiem trafnej, prosimy wybrać najbardziej przybliżoną.

Wypełnienie niniejszego kwestionariusza jest warunkiem przekazania otrzymanej od Pana/Pani próbki do analiz laboratoryjnych, w celu identyfikacji nowych substancji psychoaktywnych.

Z góry dziękujemy Panu/Pani za udział w badaniu

1. Kod						
	<i>Numer</i>					
2. Data wypełniania ankiety – dzień, miesiąc, rok						
	<i>Dzień</i>		<i>Miesiąc</i>		<i>Dwie ostatnie cyfry roku</i>	
3. Miejsce przeprowadzania ankiety	1. Drop-in		2. Festiwal		3. Impreza w Warszawie	
	4. Impreza w Krakowie		5. Wypełniana online			

I. WZORY UŻYWANIA SUBSTANCJI

1. Używanie substancji psychoaktywnych

Substancja	Nigdy	Tak, ale nie w ostatnich 12 miesiącach	Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni	Tak, w ciągu ostatnich 30 dni	Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni
1. Przetwory konopi (marihuana, haszysz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Amfetamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ekstazy/MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Kokaina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Heroina bądź inne opiaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Grzybki halucynogenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ketamina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. GHB/GBL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Leki stymulujące używane w celach niemedycznych (np. leki nootropowe, Ritalin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Leki uspokajające używane w celach niemedycznych (np. Relanium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Substancje wziewne (np. poppersy, eter, kleje, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Używanie Nowych Substancji Psychoaktywnych.

Przez Nowe Substancje Psychoaktywne (potocznie zwane „dopalaczami”) rozumiemy substancje pochodzenia syntetycznego lub naturalnego, które nie podlegają kontroli polskiego prawa, jak również te, które zostały wpisane na listę substancji kontrolowanych po 2009r., np mefedron, Alfa-PVP, etc

Tego typu substancje są czasem sprzedawane jako oznakowane marką produkty w formie mieszanek ziołowych (np. „Spice”) lub mieszanek chemicznych („sole do kąpeli - bath salts”). Mamy na myśli tutaj dopalacze zarówno w czystej postaci, jak i dopalacze sprzedawane pod nazwami handlowymi. Jeśli nie jest Pan/Pani pewien/na którego z podanych typów dopalaczy Pan/Pani używał/a, prosimy o wybranie opcji "Inne".

Substancja	Nigdy	Tak, ale nie w ostatnich 12 miesiącach	Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni	Tak, w ciągu ostatnich 30 dni	Ile razy w ciągu ostatnich 30 dni
1. Mieszanki ziołowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Syntetyczne kannabinoidy (w czystej postaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Stymulanty sprzedawane pod nazwami handlowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Stymulanty/Empatogeny (w czystej postaci; pochodne mefedronu, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Psychodeliki (NBOMy, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Dysocjanty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Inne, jakie...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Jak nazywa się Pana/Pani ulubiony dopalacz?

4. Jakiego dopalacza używał Pan/Pani najczęściej w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

5. Gdzie zazwyczaj używał Pan/Pani dopalaczy w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Proszę wybrać **jedną** odpowiedź.

1. We własnym domu	<input type="checkbox"/>
2. W domu kogoś innego	<input type="checkbox"/>
3. Podczas imprez (np. w klubie)	<input type="checkbox"/>
4. W pracy lub w szkole	<input type="checkbox"/>
5. Na ulicy, w parku	<input type="checkbox"/>
6. W ośrodkach opieki stacjonarnej/hostelach	<input type="checkbox"/>
7. Inne, gdzie?	

6. W jaki sposób używał/a Pan/Pani zazwyczaj dopalaczy w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (**wiele odpowiedzi** możliwych)

1. Palenie/waporyzacja	<input type="checkbox"/>
2. Wciąganie przez nos	<input type="checkbox"/>
3. Połykanie	<input type="checkbox"/>
4. Wstrzykiwanie	<input type="checkbox"/>
5. Inne, jakie?	

7. Czy używał Pan/Pani narkotyki lub dopalacze drogą iniekcyjną?

	Nigdy	Tak, ale nie w ostatnich 12 miesiącach	Tak, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, ale nie w ciągu ostatnich 30 dni	Tak, w ciągu ostatnich 30 dni
1. Narkotyki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dopalacze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, zdarzyło się Panu/Pani łączyć dopalacze z innymi środkami, podczas jednej okazji?

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
1. Dopalacze z innymi dopalaczami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dopalacze z tradycyjnymi narkotykami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dopalacze z alkoholem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dopalacze z lekami (np. kodeiny, benzodiazepiny, nootropy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Czy, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przygotowywał/a Pan/Pani własne mieszanki na bazie dopalaczy? (**wiele odpowiedzi** możliwych)

1. Nie przygotowuję własnych mieszanek	<input type="checkbox"/>
2. Przygotowuję własne mieszanki ziołowe	<input type="checkbox"/>
3. Przygotowuję mieszanki z tytoniem	<input type="checkbox"/>
4. Przygotowuję mieszanki z e-liquidami	<input type="checkbox"/>
5. Przygotowuję mieszanki z różnych dopalaczy	<input type="checkbox"/>
6. Przygotowuję mieszanki z narkotykami	<input type="checkbox"/>
7. Inne, jakie?	

10. Jak zazwyczaj pozyskiwał/a Pan/Pani dopalacze, w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Proszę wybrać **jedną** odpowiedź.

1. Kupuję sam/a	<input type="checkbox"/>
2. Dostaję za darmo	<input type="checkbox"/>
3. Wymieniam za coś	<input type="checkbox"/>
4. Znajomy kupuje dla mnie	<input type="checkbox"/>
5. Kupujemy razem w grupie	<input type="checkbox"/>
6. Inne, jakie?	

11. Jeśli w ciągu ostatnich 12 miesięcy kupował Pan/Pani dopalacze, to skąd one pochodziły? (**wiele** odpowiedzi możliwych)

1. Sklep stacjonarny	<input type="checkbox"/>
2. Internet	<input type="checkbox"/>
3. Dealer	<input type="checkbox"/>
4. Od znajomego	<input type="checkbox"/>
Inne, jakie?	

12. Biorąc pod uwagę ostatnich 12 miesięcy, ile pieniędzy (średnio) przeznaczał/a Pan/Pani miesięcznie na zakup dopalaczy?

.....PLN	<input type="checkbox"/> Brak odpowiedzi
----------	--

13. Jaka była cena ostatnio zakupionego dopalacza w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (pytanie dotyczy **każdej** z wymienionych substancji; cena w PLN)

	Cena za porcję	Wielkość porcji	Jednostka miary (gram/mililitr/sztuka)
1. Mieszanki ziołowe			g ml szt
2. Syntetyczne kanabinoidy (w czystej postaci)			g ml szt
3. Stymulanty sprzedawane pod nazwami handlowymi			g ml szt
4. Stymulanty/empatogeny (w czystej postaci)			g ml szt
5. Psychodeliki			g ml szt
6. Dysocjanty			g ml szt
7. Inne, jakie...			g ml szt

14. Czy zdarzyło się kiedykolwiek Panu/Pani, że otrzymał/a Pan/Pani inną substancję, niż tą która została zamówiona/zakupiona?

1. Narkotyki	1. Tak <input type="checkbox"/>	2. Nie <input type="checkbox"/>	3. Nie wiem <input type="checkbox"/>
2. Dopalacze	1. Tak <input type="checkbox"/>	2. Nie <input type="checkbox"/>	3. Nie wiem <input type="checkbox"/>

15. **Jeśli Dopalacze TAK:** gdzie była zakupiona ta substancja (**wiele odpowiedzi** możliwych)?

1. Sklep stacjonarny	<input type="checkbox"/>
2. Internet	<input type="checkbox"/>
3. Dealer	<input type="checkbox"/>
4. Od znajomego	<input type="checkbox"/>
Inne, jakie?	

II. KONSEKWENCJE ZDROWOTNE I SPOŁECZNE ORAZ PERCEPCJA RYZYKA ZWIĄZANEGO Z UŻYCIEM DOPALACZY

16. Biorąc pod uwagę ostatnie 12 miesięcy, jak często po użyciu dopalaczy odczuwał/a Pan/Pani następujące objawy fizyczne?
(proszę zaznaczyć X przy każdej odpowiedzi)

	Nigdy	W mniejszej części przypadków	W większości przypadków	Za każdym razem
1. Podwyższona temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Słaby apetyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zmęczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zaburzenia snu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mdłości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bóle brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trudności w oddychaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bóle klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bóle stawów/kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bóle mięśni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Drętwienie/mrowienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dreszcze/ napady zimna, gorąca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Utrata przytomności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Biorąc pod uwagę ostatnie 12 miesięcy, jak często po użyciu dopalaczy odczuwał/a Pan/Pani następujące objawy emocjonalne i psychologiczne? (proszę zaznaczyć X przy każdej odpowiedzi)

	Nigdy	W mniejszej części przypadków	W większości przypadków	Za każdym razem
1. Uczucie napięcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Napady lęku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uczucie przerażenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wewnętrzna nerwowość/ rozedrganie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Urojenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Uczucie samotności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Samoszkodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Myśli samobójcze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Napady agresji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Utrata kontroli nad zachowaniem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Czy zdarzyło się kiedyś Panu/Pani zatrucie dopalaczami?

1. Tak <input type="checkbox"/>	2. Nie <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------

19. **Jeśli TAK:** Czy w wyniku zatrucia dopalaczami korzystał Pan/ Pani z pomocy medycznej? Jeśli tak, to gdzie i ile razy?

	Tak	Nie	Ile razy?
1. Oddział toksykologiczny w szpitalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Inny oddział szpitalny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Przychodnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Pogotowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Inna pomoc medyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kolejne dwa pytania będą dotyczyły tego, jak ocenia Pan/Pani ryzyko związane z używaniem dopalaczy: zarówno w odniesieniu do tego, jak ludzie ryzykują, że sobie zaszkodzą, jak i w odniesieniu do Pan/Pani własnej sytuacji

20. Jak bardzo wg Pana/Pani **ludzie ryzykują, że sobie zaszkodzą** (zdrowotnie bądź w inny sposób) używając następujących substancji? (proszę zaznaczyć X przy każdej odpowiedzi)

		Brak ryzyka/Bardzo niskie ryzyko	Niskie ryzyko	Umiarkowane ryzyko	Wysokie ryzyko	Bardzo wysokie ryzyko
Dopalacze z grupy:	1. Mieszanek ziołowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Syntetycznych kanabinodów (w czystej postaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Stymulantów sprzedawanych pod nazwami handlowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Stymulantów/ empatogenów (w czystej postaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Psychodelików	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Dysocjantów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Marihuana lub haszysz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Amfetamina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ecstasy/MDMA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kokaina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heroina/Opiaty		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. LSD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Jak bardzo **Pan/pani ryzykuje, że sobie zaszkodzi** (zdrowotnie bądź w inny sposób), używając następujących substancji (*proszę zaznaczyć X przy każdej odpowiedzi*)

		Brak ryzyka/Bardzo niskie ryzyko	Niskie ryzyko	Umiarkowane ryzyko	Wysokie ryzyko	Bardzo wysokie ryzyko
Dopalacze z grupy:	1. Mieszanek ziołowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Syntetycznych kanabinodów (w czystej postaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Stymulantów sprzedawanych pod nazwami handlowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Stymulantów/empatogenów (w czystej postaci)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Psychodelików	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Dysocjantów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Marihuana lub haszysz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Amfetamina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ecstasy/MDMA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kokaina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heroina/Opiaty		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. LSD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Co zazwyczaj Pan/Pani robi aby uniknąć niepożądanych efektów brania dopalaczy? (**wiele odpowiedzi** możliwych)

1. Kupuję tylko z rzetelnych, sprawdzonych źródeł	<input type="checkbox"/>
2. Jeśli nie znam, bądź nie jestem pewien danego produktu, zaczynam od małej ilości	<input type="checkbox"/>
3. Unikam dzielenia się sprzętem (np rurką, igłą lub strzykawką)	<input type="checkbox"/>
4. Przygotowuję produkt przed zażyciem, np dobrze kruszę przed wciąganiem	<input type="checkbox"/>
5. Unikam mieszania dopalaczy z alkoholem	<input type="checkbox"/>
6. Unikam mieszania depresantów (np. cannabis, ketamina)	<input type="checkbox"/>
7. Unikam mieszania stymulantów (np. mefedron, amfetamina, MDMA)	<input type="checkbox"/>
8. Unikam mieszania stymulantów z depresantami (kokaina i ketamina, speed i ketamina)	<input type="checkbox"/>
9. Robię przerwy, odpoczywam (np. w trakcie imprez)	<input type="checkbox"/>
10. Dbam o uzupełnianie płynów (woda, napoje lub izotoniki)	<input type="checkbox"/>
11. Planuję gdzie i kiedy biorę, nie „zeruję” spontanicznie	<input type="checkbox"/>
12. Planuję jak i z kim biorę, używam w towarzystwie osób które znam	<input type="checkbox"/>
13. Unikam zażywania kiedy nie czuję się komfortowo w swoim otoczeniu	<input type="checkbox"/>
14. Unikam zażywania sam, zawsze zażywam w towarzystwie	<input type="checkbox"/>
Inne, jakie...	

23. Skąd czerpie Pan/Pani wiedzę na temat szkodliwości albo ryzyka związanego z używaniem dopalaczy? (**wiele odpowiedzi** możliwych)

1. Nie szukam takich informacji	<input type="checkbox"/>
2. Czerpię wiedzę z własnych doświadczeń	<input type="checkbox"/>
3. Pytam znajomych, którzy próbowali/używali	<input type="checkbox"/>
4. Pytam osoby, od której go otrzymałem bądź kupiłem	<input type="checkbox"/>
5. Poszukuję treści naukowych	<input type="checkbox"/>
6. Szukam informacji na forach internetowych, grupach dyskusyjnych i w mediach społecznościowych	<input type="checkbox"/>
7 Czerpię wiedzę z mediów (gazety, telewizja, etc)	<input type="checkbox"/>
8. Oceniam wygląd (kolor, teksturę, etc)	<input type="checkbox"/>
9. Korzystam z informacji otrzymanych w programach redukcji szkód	<input type="checkbox"/>
10. Korzystam z informacji pochodzących z kampanii i działań profilaktycznych (KBPN, GIS, MZ)	<input type="checkbox"/>
11. Inne, jakie...	

III. DANE SOCJODEMOGRAFICZNE

Pytanie	Odpowiedzi	
	24. Płeć	1. Mężczyzna
25. Wiek	(wpisać liczbę lat ukończonych).....	
26. Sytuacja mieszkaniowa?	1. Własne mieszkanie	5. W ośrodku opieki
	2. Wynajęte mieszkanie lub pokój	6. Schronisko dla bezdomnych/Hostel
	3. Mieszkam z rodzicami	7. Inne, jakie.....
	4. Mieszkam u przyjaciół	

27. Stan cywilny?	1. Kawaler/panna	3. Rozwiedziony/a
	2. Żonaty/zamężna	4. Inne
28. Miejsce zamieszkania	1. Miejscowość licząca powyżej 100000 mieszkańców	3. Miejscowość poniżej 50000 mieszkańców
	2. Miejscowość licząca 50000-100000 mieszkańców	
29. Poziom wykształcenia (najwyższe ukończone)	1. podstawowe nieukończone lub bez wykształcenia szkolnego	5. średnie maturalne
	2. podstawowe	6. średnie policealne
	3. gimnazjalne	7. wyższe – licencjat
	4. zasadnicze zawodowe	8. wyższe – magisterskie
30. Aktywność zawodowa	1. stała praca	4. renta
	2. praca dorywcza	5. bezrobotny
	3. uczeń, student	6. Inne, jakie...
31. Źródła utrzymania (proszę zaznaczyć X przy każdej możliwej odpowiedzi)	1. wynagrodzenie	<input type="checkbox"/>
	2. zasiłek dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/>
	3. zasiłek z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>
	4. pozostawanie na utrzymaniu rodziny	<input type="checkbox"/>
	5. renta	<input type="checkbox"/>
	6. handel narkotykami, kradzieże, itp.	<input type="checkbox"/>
	7. inne, jakie?	

**Proszę teraz włożyć kwestionariusz do koperty i zakleić ją
Dziękujemy za udział w badaniu!**