

UCHWAŁA NR XXXVIII/313/22
RADY MIEJSKIEJ w Zalewie
z dnia 30 marca 2022r.

w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na rok 2022.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15) ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz.U. z 2022r., poz. 559 z późn.zm.) w związku z art. 4¹ ust. 2, ust. 2a i ust. 5 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz.U. z 2021r., poz. 1119 z późn.zm.) oraz art. 10 ust. 2 - ust. 2b ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity: Dz. U. z 2020r., poz. 2050 z późn.zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na rok 2022, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc Uchwała Nr XXXV/287/21 Rady Miejskiej w Zalewie z dnia 22 grudnia 2021r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na rok 2022.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Zalewa.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodniczący Rady Miejskiej
/-/ Krzysztof Gawryś

Załącznik
do Uchwały Nr XXXVIII/313/22
Rady Miejskiej w Zalewie
z dnia 30 marca 2022r.

**Gminny Program
Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów
Alkoholowych oraz Przeciwdziałania
Narkomanii
dla Gminy Zalewo na rok 2022**



Spis treści

<u>Spis treści</u>	2
<u>Wstęp</u>	3
<u>Rozdział I Podstawy prawne oraz charakterystyka uzależnień i przemocy</u>	4
<u>1.1. Podstawy prawne Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii</u>	4
<u>1.2. Alkohol</u>	4
<u>1.3. Narkotyki</u>	5
<u>1.4. Przemoc</u>	8
<u>1.5. Uzależnienie – mechanizm powstawania</u>	9
<u>1.6. Leczenie uzależnień</u>	10
<u>1.7. Rodzaje profilaktyki</u>	13
<u>1.8. Uzależnienia behawioralne</u>	13
<u>Rozdział II Analiza sytuacji występowania problemów alkoholowych oraz narkomanii w Gminie Zalewo</u>	15
<u>2.1. Dane demograficzne</u>	15
<u>2.2. Rynek alkoholowy</u>	16
<u>2.3. Społeczna diagnoza uczniów – „Zachowaj trzeźwy umysł”</u>	16
<u>2.4. Uzależnienia behawioralne</u>	22
<u>2.4.1. Populacja 15+</u>	23
<u>2.4.2. Zjawisko uzależnień behawioralnych w grupie młodzieży szkolnej</u>	25
<u>2.4.3. Korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci</u>	27
<u>2.5. Czynniki chroniące i czynniki ryzyka</u>	28
<u>Rozdział III Instytucje i organizacje współpracujące przy realizacji programu</u>	29
<u>3.1. Działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej</u>	29
<u>3.2. Działalność Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych</u>	30
<u>3.3 Działalność Punktu Konsultacyjnego w Zalewie</u>	31
<u>3.4 Działalność Posterunku Policji w Zalewie</u>	32
<u>3.5 Działania skierowane do dzieci i młodzieży</u>	33
<u>Rozdział IV Adresaci Programu</u>	35
<u>4.1 Adresaci Programu</u>	35
<u>Rozdział V Cele oraz realizacja Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na rok 2022</u>	36
<u>5.1. Cel główny, cele szczegółowe oraz realizacja Programu</u>	36
<u>5.2. Realizacja, monitoring i ewaluacja Programu</u>	39
<u>Rozdział VI Finansowanie Programu i zasady wynagrodzenia członków Komisji</u>	40
<u>6.1 Finansowanie Programu</u>	40
<u>6.2 Zadania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych</u>	40
<u>6.3 Zasady wynagradzania członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych</u>	40
<u>Spis tabel i ilustracji</u>	42

Wstęp

Gminny Program Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na 2022 rok, określa sposób realizacji zadań własnych gminy wynikających z art. 4¹ ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz.U. z 2021r. poz. 1119 z późn.zm.) i art. 10 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 z późn.zm.).

Program określa lokalną strategię w zakresie profilaktyki uzależnień oraz minimalizacji szkód społecznych i indywidualnych wynikających z używania alkoholu i narkotyków, a także z zachowań nie związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych a wykonywaniem określonych czynności (tzw. uzależnienia behawioralne). Program wyznacza obszary, w których władze samorządowe dążą do zmniejszenia skali występowania uzależnień, a także rozwijania w tym kierunku działań w środowisku lokalnym. W szczególności działania te koncentrują się na profilaktyce adresowanej do dzieci i młodzieży oraz na działaniach interwencyjnych w środowiskach przede wszystkim zagrożonych, głównie przemocą domową, poprzez własne inicjatywy a także poprzez wspieranie osób, organizacji i instytucji działających w tym zakresie.

Realizacja Programu zakłada współpracę różnych podmiotów, instytucji i osób fizycznych działających w obszarze profilaktyki uzależnień i przemocy.

Rozdział I

Podstawy prawne oraz charakterystyka uzależnień i przemocy

1.1. Podstawy prawne Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na rok 2022 powstał w oparciu o obowiązujące w tym zakresie akty prawne, programy krajowe oraz rekomendacje i diagnozy, w szczególności:

Ustawy:

1. z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz. 1119 z późn.zm.),
2. z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (tekst jednolity: Dz.U. z 2020 r. poz. 2050 z późn.zm.),
3. z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz. 1249),
4. z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz.1956 z późn.zm.),
5. z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn.zm.).

Programy krajowe:

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025, przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 642),
2. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022, przyjęty Uchwałą Nr 183 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2021r. (M.P. z 2021r. poz. 1204).

1.2. Alkohol

Alkohol etylowy jest cieczą lżejszą od wody, przezroczystą, o charakterystycznej woni

i piekącym smaku. W normalnych warunkach występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny, w stężeniu nie przekraczającym 0,15 promila. Wchłanianie rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu alkoholu do organizmu, już w jamie ustnej. Szybkość wchłaniania zależy m. in. od tempa przesuwania się treści pokarmowych z żołądka do dwunastnicy i jelit, a także od zawartości tłuszczu w pożywieniu.

Jelita są miejscem, gdzie najwięcej alkoholu przenika do krwi, natomiast największe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, krwi, żółci i płynie mózgowo-rdzeniowym. Do maksymalnego stężenia alkoholu we krwi dochodzi po upływie około 1-1,5 godziny od chwili jego spożycia. Proces metabolizowania alkoholu przebiega wolniej niż proces jego wchłaniania¹.

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Większe ryzyko niesie za sobą palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu².

Polskie prawo definiuje:

stan po użyciu alkoholu, gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila (lub rejestruje się obecność alkoholu w wydychanym powietrzu na poziomie od 0,1mg do 0,25 mg w 1 dm³)³.

Działanie alkoholu:

Alkohol silnie wpływa na mózg oraz układ nerwowy. Pod jego wpływem ludzie czują się szczęśliwi, mogą łatwiej nawiązywać kontakty z innymi osobami jak i również mają mniejsze zahamowania podczas wyrażania swoich poglądów.

Alkohol spowalnia aktywność ośrodkowego układu nerwowego w taki sposób, że informacje wędrują dłużej wzdłuż włókien nerwowych. Pod wpływem alkoholu ludzie stają się bardziej odprężeni oraz są zbyt pewni swoich możliwości, a jednocześnie ich zdolność do reakcji jest obniżona. Mowa staje się bardziej poplątana.

Alkohol wpływa na poczucie równowagi, zmienia gęstość tkanki i płynów w uchu. Im większa ilość wypitego alkoholu, tym większe zmiany, aż do momentu zupełnej utraty poczucia równowagi, co skutkuje zataczaniem się i chwianiem na nogach. Głównym narządem usuwającym alkohol z organizmu jest wątroba, choć czyni to bardzo wolno.

Za najczęstsze powikłania oraz diagnozowane skutki uboczne alkoholizmu uznaje się:

- ⇒ choroby nowotworowe - przełyku, gardła, ust, trzustki, wątroby,
- ⇒ upośledzenie systemu trawiennego - podrażnienie przewodu pokarmowego, zapalenie okrężnicy i przełyku, nieżyt żołądka,
- ⇒ nieprawidłowo funkcjonująca wątroba - żółtaczką, marskość wątroby, zniszczone komórki wątrobowe,
- ⇒ upośledzenie układu krążenia - niewydolność mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze krwi,
- ⇒ zaburzenia charakteru - drażliwość, agresywność, zły nastrój, bezsenność, osłabienie woli i panowania nad sobą,
- ⇒ padaczka - inaczej drgawkowe napady abstynencyjne, które pojawiają się zwykle u alkoholików, którzy zaprzestali picia lub drastycznie ograniczyli ilość spożywanego alkoholu,

¹ Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu”, B. Woronowicz Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2003

² <https://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>

³ Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku Art.

- ⇒ delirium - czyli majaczenie alkoholowe, które można rozpoznać po takich objawach jak podniecenie, urojenia, zaburzenia snu, napady drgawkowe, wyraźne drżenie mięśniowe oraz omamy wzrokowe i słuchowe.

1.3. Narkotyki

Narkotyk, substancja psychoaktywna, środek odurzający, używka – to określenia o podobnym znaczeniu stosowane wymiennie w języku potocznym. W medycynie, psychologii aktualnie obowiązującym nazewnictwem jest substancja psychoaktywna. W medycynie „narkotykami” określa się te substancje psychoaktywne, które działają m.in. przeciwbólowo poprzez określone receptory mózgowie (opiodowe). Z kolei pojęcie narkomanii wywodzi się od słowa „narcos” co oznacza odurzenie, senność, uśpienie⁴.

Jakie można wyróżnić substancje psychoaktywne?

1. Opiaty - do tej grupy należą: kodeina, metadon, heroina, morfina i opium.

Do niedawna pojęcia opiaty i opioidy były używane zamiennie. Obecnie opiatami nazywa się substancje narkotyczne wyrabiane z maku lekarskiego (morfina, heroina, opium, kodeina). Natomiast opioidy to termin szerszy obejmujący wszystkie substancje wchodzące w reakcję z receptorami opiodowymi w mózgu, również te wytwarzane sztucznie (np. metadon) oraz przez organizm człowieka (endorfyny, enkefaliny).

- ⇒ Heroina – może mieć postać proszku o kolorze wahającym się od białego do brązowego. Rafinowany w Azji tzw. brown sugar ma postać brązowych lub różowych granulek. Polska odmiana heroiny, tzw. kompot jest brązowym, oleistym płynem., trzymany zwykle w strzykawkach lub niewielkich pojemniczkach. Heroina może być przyjmowana dożylnie, do nosa w postaci tabaczkki lub palona (wdychanie oparów podgrzewanej heroiny). Heroina szybciej niż morfina dociera do mózgu, powodując silniejszy tzw. „haj”. Jest to subiektywne silne uczucie uniesienia, euforii lub ekscytacji odczuwane już w ciągu kilku sekund po wstrzyknięciu heroiny, trwające nie dłużej niż minutę. Z czasem wykształca się tolerancja na euforyzujące działanie narkotyku. Oprócz tego, opioidy wywołują ogólne dobre samopoczucie, stan odprężenia, spokój, senność. Pragnienie doświadczenia tych przyjemnych doznań stanowi ważny czynnik motywujący do ponownego sięgania po narkotyk.

2. Kanabinole

To grupa substancji sporządzanych z konopi indyjskich lub rzadziej, produkowana syntetycznie. Kanabinole zawierają co najmniej 60 kanabinoidów, z których najaktywniejszym jest tetrahydrokannabinol (THC). Oczekiwany efektem przyjmowania kanabinoli jest zwiększenie uczucia przyjemności, wyostrenie doznań zmysłowych, dlatego często przyjmowane są w weekendy, w trakcie zabaw, przy słuchaniu muzyki.

Wyróżnia się:

- ⇒ Marihuanę - zielone lub brązowe, suszone liście, zawierają 0,5 – 5 % THC, jednak zmodyfikowane odmiany mogą zawierać nawet do 15% THC. W takiej formie marihuana bywa najczęściej palona w skręcanych samodzielnie papierosach (tzw. skrętach).

⁴ www.kbpn.gov.pl

- ⇒ Haszysz – robiony jest z żywicy krzewu konopi i ma postać małych kostek o brązowym lub ciemniejszym kolorze. Tężenie THC wynosi 2 – 19%. Haszysz pali się w fajce lub przyjmuje doustnie.
- ⇒ Olej haszyszowy – ma postać gęstego zielono-brązowego oleju. Taka postać zawiera 10 – 30 % THC. Nasącza się nim skręty lub papierosy lub przyjmuje doustnie.
- ⇒ Kanabinoły syntetyczne produkowane są w postaci kapsułek lub tabletek.

3. Leki uspokajające i nasenne

- ⇒ Barbiturany to leki, których składnikiem aktywnym są pochodne kwasu barbiturowego, działające tłumiąco na ośrodkowy układ nerwowy. Stosowane są w leczeniu bezsenności i padaczce. Ponieważ łatwo powodują uzależnienie, a różnica między dawką terapeutyczną a toksyczną jest niewielka, sięga się po nie coraz rzadziej.
- ⇒ Benzodiazepiny (np. *Relanium*, *Oxazepam*, *Nitrazepam*) to leki o działaniu uspokajającym, nasennym, zmniejszającym napięcie mięśniowe, stosowane też jako przeciwpadaczkowe. Wprowadzono je w latach pięćdziesiątych jako bezpieczniejszą alternatywę dla barbituranów, ponieważ są mniej toksyczne i słabiej uzależniają. Leki zawierające benzodiazepiny są prawdopodobnie najczęściej zapisywanymi środkami psychoaktywnymi przez lekarzy na całym świecie.

4. Środki pobudzające

Główne środki pobudzające to kokaina, amfetamina i jej pochodne oraz kofeina.

- ⇒ Kokaina to substancja otrzymywana z liści krzewu *Erythroxylon coca*, rosnącego pierwotnie w Ameryce Południowej, gdzie była wykorzystywana przez Indian jako środek zwiększający wydolność fizyczną i niwelujący uczucie głodu. W medycynie stosowana jest od 1884 r. jako środek znieczulający (podana miejscowo, wykazuje takie właściwości). Obecnie zastąpiły ją inne, bezpieczniejsze syntetyczne substancje, stosowana bywa w okulistyce i otorynolaryngologii.
- ⇒ *Crack* to kokaina oczyszczona z soli. Otrzymuje się go z proszku, który rozpuszcza się w roztworze wodorowęglanu sodu i wody, gotuje i suszy. W porównaniu z innymi formami kokainy crack ma silniejsze, natychmiastowe i krótkotrwałe działanie (5 do 10 minut), szybciej też prowadzi do uzależnienia.
- ⇒ Amfetamina i jej pochodne (metamfetamina i jej pochodna ekstazy (MDMA)) są syntetycznymi środkami psychostymulującymi o działaniu podobnym do kokainy, powodującymi jednak dłuższe pobudzenie. Były stosowane w medycynie do leczenia astmy oskrzelowej, narkolepsji (senności napadowej) oraz otyłości. W Polsce amfetamina została usunięta z listy leków, jednak w niektórych krajach np. USA nadal bywa używana w terapii osób z ADHD. Amfetamina działa podobnie do kokainy, silnie pobudzając organizm: przyspiesza akcję serca i oddech, podwyższa ciśnienie krwi, powoduje zwiększenie aktywności psychoruchowej, niweluje uczucie senności i głodu, a nawet wywołuje jadłowstręt. Osoba zażywająca amfetaminę odczuwa bardzo duży przypływ energii, podwyższenie nastroju a nawet euforię, staje się bardzo pewna siebie. Zarazem zmniejsza się poczucie lęku i krytycyzm wobec własnego zachowania. Amfetamina powoduje też zwiększenie koncentracji uwagi, np. łatwiej jest skoncentrować się na nauce. Jednocześnie po jej zażyciu wzrasta drażliwość i agresywność, może pojawić się drżenie rąk, nadmierna potliwość lub formikacje (wrażenie obecności insektów na skórze).

5. Substancje halucynogenne

W tej grupie znajduje się wiele substancji, zarówno pochodzenia naturalnego jak i syntetycznych. Substancje naturalne:

- ⇒ Grzyby halucynogenne typu Psilocybe. Są to małe, brązowe grzyby o cienkiej nóżce. Wyglądem przypominają inne grzyby, jednak ich cechą charakterystyczną jest to, że w czasie krojenia zmieniają kolor na niebieski lub zielony. Spożywane są surowe, suszone lub w postaci wywaru.
- ⇒ Kaktus (pejotl) – występuje w postaci brązowych krążków suszonego owocu, proszku kapsułek lub płynu. Bywa rzuty lub palony.
- ⇒ Bieluń dziedzierzawa – silnie toksyczna i halucynogenna roślina rozpowszechniona całej Eurazji i Ameryce Północnej, pospolicie występująca w Polsce. W celu odurzenia spożywa się wywar z tej rośliny.
- ⇒ Sporysz – grzyb pasożytny na łodygach żyta.

Preparaty syntetyczne:

- ⇒ DMT (dimetylotryptamina), MDA, MDMA (ecstasy), etamina, fencyklydina.

Występują w postaci tabletek, kapsułek lub proszku.

- ⇒ LSD (dwuetyloamid kwasu lizergowego). Jest najtańszą i najbardziej popularną substancją psychoaktywną. Występuje w postaci kolorowych znaczków lub papierków czy bibułek nasączonych kwasem, pigułek lub płynu.

6. Lotne rozpuszczalniki

Lotne rozpuszczalniki znajdują się w wielu powszechnie dostępnych środkach takich jak kleje, rozpuszczalniki, rozcieńczalniki, niektóre farby, czy aerozole. Substancji występujących w tych środkach i powodujących odurzenie jest wiele, należą do nich m. in.: octany alifatyczne, toluen, benzen, ksylen, aceton, cykloheksan, tetrachlorek węgla, trichloroetylen, acetan amylu, chlorek metylenu. Użytkownikami lotnych rozpuszczalników są głównie dzieci i młodzież, ponieważ substancje te są tanie i łatwo dostępne⁵.

Jaki wpływ na organizm człowieka mają substancje psychoaktywne:

- ⇒ wpływają na centralny układ nerwowy,
- ⇒ przyjmowane są w celu doznania przyjemności, zmiany świadomości, uzyskania określonego nastroju, przeżycia ekstremalnych doznań,
- ⇒ wpływają na organizm człowieka powodując w różnym stopniu zmiany psychiczne (np. euforię, zmieniony odbiór rzeczywistości, iluzje, omamy, zaburzenia pamięci) oraz fizyczne (np. wzrost ciśnienia krwi, przyspieszenie tętna, pobudzenie),
- ⇒ przewlekłe przyjmowane mogą prowadzić do uzależnienia, które często nazywane też jest narkomanią czy toksykomanią,
- ⇒ mają pochodzenie naturalne lub syntetyczne.

1.4. Przemoc

Z nadużywaniem alkoholu oraz zażywaniem narkotyków mogą ściśle współwystępować zjawisko przemocy. W literaturze występuje wiele definicji przemocy. Pojęcie to najczęściej zastępowane jest terminami takimi jak brutalność, okrucieństwo, agresja. Niezależnie od formy, w jakiej występuje, stanowi pogwałcenie podstawowych praw człowieka. Przemocą

⁵<http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/126-uzaleniencie/1408-rodzaje-narkotykow-i-ich-dzialanie-agatapitucha.html>

jest „intencjonalne działanie lub zaniechanie jednej osoby wobec drugiej, które wykorzystując przewagę sił narusza prawa i dobra osobiste jednostki, powodując cierpienia i szkody”⁶. W celu określenia, czy dane zachowanie lub zaniechanie jest przemocą, należy zbadać czy spełnia następujące 4 warunki:

1. Jest intencjonalne;
2. Jedna osoba posiada wyraźną przewagę nad drugą;
3. Doszło do naruszenia praw i dóbr osobistych drugiej osoby;
4. Osoba, wobec której stosowana jest przemoc doświadcza cierpienia, ponosi szkody fizyczne i psychiczne⁷.

Przemoc w rodzinie zazwyczaj nie jest aktem jednorazowym, wręcz przeciwnie, ma ona charakter długotrwały, cykliczny. Zjawisko to najczęściej powtarza się według określonego schematu, który stanowią trzy następujące po sobie fazy:

1. Faza narastającego napięcia - jedno z parterów staje się napięte i stale poirytowane, sprawia wrażenie, że nie panuje nad swoim gniewem, często zaczyna pić czy przyjmować inne substancje odurzające. W tym czasie osoba doznająca przemocy stara się spełniać wszystkie zachcianki osoby stosującej przemoc, często przeprasza, wywiązuje się ze wszystkich swoich obowiązków. Objawami narastającego napięcia u ofiary przemocy są różne dolegliwości typu bóle głowy, brzucha, bezsenność, nadpobudliwość nerwowa.

2. Faza gwałtownej przemocy - osoba stosująca przemoc wpada w szał i stara się wyładować napięcie. Do ataków agresji sprawcy i stosowania przemocy dochodzi z mało istotnych powodów. Ofiara znajduje się w stanie szoku, uspakaja sprawcę, stara się ochronić siebie, odczuwa wstyd i przerażenie, staje się apatyczna. Jest to najkrótsza faza. Skutki użytej przemocy mogą być różne np. obrażenia fizyczne, a nawet doprowadzić do śmierci.

Po takim zachowaniu najczęściej dochodzi do spadku napięcia i obniżenia poziomu agresji sprawcy.

3. Faza miodowego miesiąca - jest to trzecia faza, kiedy sprawca przemocy wyładował już swoją złość, wie, że posunął się za daleko, wyraża skruchę, obiecuje poprawę, szuka wytłumaczenia dla tego, co zrobił, okazuje ciepło i miłość. Ofiara zaczyna wierzyć w zmianę sprawcy, a także w to, że przemoc była jedynie incydem, odczuwa bliskość i zaufanie.

Jednakże, faza ta przemija i znowu rozpoczyna się faza narastania napięcia⁸.

1.5. Uzależnienie – mechanizm powstawania

Człowiek od wieków stosuje różne używki, które wpływają na jego codzienne funkcjonowanie. Pod wpływem różnych substancji zmienia się nastrój, czy też samo postrzeganie rzeczywistości. Można wyróżnić substancje powszechnie stosowane, które są akceptowane przez społeczeństwo, jak np. kofeina zawarta w kawie czy teina – składnik herbaty; jak i substancje szkodliwe, takie jak nikotyna.

⁶ <http://niebieskalinia.info/index.php/przemoc-w-rodzinie> (dostęp: 25.08.2021).

⁷ Tamże.

⁸ J. Maciaszek, *Zjawisko przemocy we współczesnym świecie. Wybrane aspekty*, KUL, Stalowa Wola 2010, s. 39-41.

Czym jest uzależnienie? „Termin „uzależnienie” jest stosowany m.in. w odniesieniu do takich zaburzeń psychicznych, jak uzależnienie od narkotyków (narkomanii), leków (lekomanii), alkoholu (alkoholizmu) czy papierosów (nikotynizmu). W szerszym rozumieniu termin „uzależnienie” stosowany także w odniesieniu do wielu innych przymusowych zachowań, m.in. kompulsywnych zakupów, oglądania telewizji, seksu, masturbacji, korzystania z gier hazardowych lub komputerowych czy też nadmiarowego korzystania z Internetu. Współczesna psychologia traktuje pojęcie „uzależnienie” szeroko i zakłada, że może ono obejmować także inne czynności, nad wykonywaniem których dana osoba utraciła kontrolę⁹”

„Uzależnienia od substancji chemicznych rozwijają się stopniowo. W procesie tym można wyróżnić etapy:

- ⇒ **eksperymentowanie** – początkowo osoby są ciekawe skutków działania danej substancji i są przekonane o tym, że mogą ją zażyć raz bądź kilka razy, a potem z niej zupełnie zrezygnować; niestety pierwsze próby często prowadzą do zażywania okazjonalnego;
- ⇒ **zażywanie okazjonalne** – używki przyjmowane są na przykład podczas spotkań z przyjaciółmi, a ich zażywanie daje poczucie integracji z grupą oraz akceptacji, i powtarza się podczas kolejnych spotkań;
- ⇒ **zażywanie regularne** – zażywanie staje się częścią życia, wykorzystywane jest do osiągnięcia przyjemności; na tym etapie osoby są już uzależnione psychicznie, choć nieświadome tego faktu – wciąż wierzą, że mogą w każdej chwili zrezygnować z używki;
- ⇒ **uzależnienie** – ilości używek przyjmowanych do tej pory stają się niewystarczające, więc chorzy sięgają po większe dawki bądź silniejsze środki; do uzależnienia psychicznego dołącza uzależnienie fizjologiczne – reakcja organizmu na odstawienie, która powoduje bardzo złe samopoczucie: bóle głowy, mięśni, poczucie rozbicia, niepokój, a nawet agresję; jednym z pierwszych narządów uszkodzonych przez używki jest wątroba, narząd odpowiedzialny za neutralizowanie trucizn¹⁰”.

Można wyróżnić takie rodzaje uzależnień:

- ⇒ **Uzależnienie fizyczne** w powszechnej opinii jest traktowane jako najpoważniejszy rodzaj uzależnienia. Pojawia się ono na skutek stałego przyjmowania substancji psychoaktywnej, a przez to następuje wbudowanie jej cząsteczki w komórkę organizmu. Czego następstwem staje się niemożność funkcjonowania organizmu bez jej dostarczenia. Nagłe odstawienie narkotyku grozi przykrymi konsekwencjami, aby tego uniknąć potrzebny jest proces detoksykacji. Uzależnienie fizyczne w skrajnych przypadkach może prowadzić nawet do śmierci. Istnieje jednak możliwość zastosowania odpowiednich środków, tak zwanych blokerów lub detoksykacji, dzięki czemu organizm uwalnia się od tej formy uzależnienia.
- ⇒ **Uzależnienie psychiczne** stanowi największe niebezpieczne dla człowieka. Charakterystyczna dla tego uzależnienia jest nieodparta potrzeba sięgnięcia po substancję psychoaktywną. Ma to na celu sprawienie sobie przyjemności lub uniknięcie przykrości związanych z abstynencją.
- ⇒ **Uzależnienie społeczne** polega na czerpaniu przyjemności z poczucia jedności, którą daje wspólny rytuał towarzyszący przyjmowaniu środka psychoaktywnego. Uzależnienie to odpowiada na zapewnienie podstawowej potrzeby wieku adolescencji, jaką jest

⁹ Zimbardo Philip G. *Psychologia i życie*, s. 31. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999 r.

¹⁰ <https://zpe.gov.pl/a/uzaleznienia/Do63k2pYq>

poczucie przynależności i identyfikacji z grupą rówieśniczą, dlatego młodzi ludzie są na nie szczególnie narażeni.

⇒ **Zjawisko tolerancji** polega na potrzebie przyjmowania coraz większych ilości narkotyku, by osiągnąć ten sam stan zmiany świadomości co na początku. Często osoby uzależnione poddają się terapii odwykowej wyłącznie z powodu obniżenia kosztów związanych z zakupem środków psychoaktywnych.

Mogą wystąpić takie przypadki, w których człowiek, aby zdobyć substancje psychoaktywne posłuży się kradzieżą, czy innymi przestępstwami. Jednostka nie będzie wiedziała kiedy straci „kontrolę” nad swoim życiem, kiedy uzależnienie przejmie w pełni „władzę” nad funkcjonowaniem człowieka.

1.6. Leczenie uzależnień

„Często w praktyce terapeutycznej osoba pomagająca staje przed zadaniem wyjaśnienia lub przybliżenia, czy to pacjentowi, czy to jego rodzicom, na czym polega pomoc i jakie są jej formy. Brak dostatecznych informacji i krążące w tzw. drugim obiegu stereotypy oraz – często w wielu kwestiach sprzeczne – mity powodują wzrost obaw i znaczne nasilenie lęku nie tylko u przyszłych podopiecznych, ale również u ich rodziców, co znacznie osłabia motywację

i sprawia, że wielu postanawia wycofać się z decyzji o leczeniu i tak naprawdę przedłuża okres „używania”, pogłębiając fazę uzależnienia.

Dopiero jakieś traumatyczne przeżycie czy ekstremalna, bardzo trudna sytuacja są w stanie zdeterminować pacjenta w taki sposób, że podejmie leczenie bez względu na wszystko. Wówczas jednak leczenie pochłania już znacznie więcej czasu, środków, emocji i zaangażowania w proces terapii i niekoniecznie kończy się sukcesem i trwałą abstynencją.

Może jednak można by rozpocząć to wszystko wcześniej, mając większą świadomość tego, z czym można się spotkać na każdym etapie leczenia i oswoić się z założeniami i formami

oddziaływań terapeutycznych.

Punkt konsultacyjny ds. uzależnień najczęściej prowadzony jest przez stowarzyszenie lub fundację, ale ostatnio również przez jednostki samorządowe przy gminnych komisjach rozwiązywania problemów alkoholowych. W punkcie z reguły zatrudniony jest terapeuta lub konsultant, który dokonuje wstępnej diagnozy problemu, zbiera informacje dotyczące zaawansowania uzależnienia, udziela porad i informacji, wspiera decyzję o leczeniu i motywuje do podjęcia terapii w poradni ambulatoryjnej lub ośrodka stacjonarnym – średnio- lub długoterminowym.

Jeśli w danej miejscowości nie ma poradni, to punkt konsultacyjny jest pierwszym miejscem, gdzie można uzyskać wstępną pomoc. Niektóre punkty oferują też możliwość diagnozy lekarskiej (bardzo dobrze, jeśli psychiatrycznej) oraz konsultacje psychologiczne.

Poradnia ambulatoryjna w zależności od stopnia zaawansowania choroby oferuje pomoc dla uzależnionych od narkotyków, a także członków ich rodzin. W poradni zatrudnieni są terapeuci-profesjonaliści, ale też terapeuci-neofici, czyli osoby, które wyszły z nałogu i pomagają innym w zdrowieniu, dzieląc się również własnym doświadczeniem i problemami z początków własnej terapii. W poradni można się też spodziewać opieki medycznej, psychiatrycznej, badań psychologicznych i poradnictwa prawnego (oczywiście nie we wszystkich).

Rzetelna diagnoza pozwala ustalić, czy pacjent może spróbować leczyć się w systemie ambulatoryjnym, czy też jest już na etapie na tyle zaawansowanym, żeby wyjechać do

ośrodka stacjonarnego. Poradnie mogą być prowadzone przez stowarzyszenia i fundacje jako nie zarejestrowane w NFZ oraz zarejestrowane jako NZOZ. Bardzo często można spotkać poradnie NZOZ prowadzone przez osoby fizyczne – zwykle przez specjalistów w zakresie psychoterapii uzależnień (psychologów, pedagogów, psychiatrów).

Poradnie ambulatoryjne oferują różnorodne formy terapii indywidualnej i grupowej. Wykorzystują dorobek wielu nurtów psychologicznych. W zależności od zespołu terapeutycznego istnieją programy, których podstawy opierają się na założeniach społeczności terapeutycznych (poradnie MONAR) oraz takie, które wykorzystują dorobek nurtu psychologii behawioralnej i poznawczej.

W ramach kontroli abstynencji większość poradni posiada testy na obecność narkotyków w moczu. Z reguły jest tak, że jeśli pacjent nie jest w stanie utrzymać abstynencji w okresie terapii, to zostaje relegowany z programu i proponuje mu się ponowny udział po okresie „karencji” lub wyjazd do ośrodka. Program tak naprawdę konfrontuje pacjenta z rzeczywistym stanem uzależnienia. Każdemu narkomanowi wydaje się, że łatwo poradzi sobie z odrzuceniem środka psychoaktywnego, dopiero decyzja o terapii i początek abstynencji pozwala stwierdzić, jak głęboko uzależnienie zakorzeniło się w psychice pacjenta.

Programy poradniane trwają z reguły ok. 1–2 lat. Początkowo są bardzo intensywne, z czasem częstotliwość spotkań spada, jednakże, jak pokazuje praktyka, w programach utrzymują się pacjenci albo z bardzo dużą motywacją, albo będący w fazie nadużywania. Największym problemem systemu ambulatoryjnego okazuje się kontrola abstynencji – pacjenci nie zawsze są w stanie temu poddać, a możliwości poradni są z wiadomych względów ograniczone. Wtedy pojawia się możliwość umieszczenia pacjenta w ośrodku stacjonarnym (pobyt całodobowy). Jeśli jednak abstynencja nie zostaje dłużej zachowana, większość ośrodków wymaga przed przybyciem wypisu z oddziału detoksykacyjnego, aby zapobiec pojawieniu się problemów natury medycznej, ale także psychicznej (psychozy, napady lękowe itp.).

Oferty **oddziałów detoksykacyjnych** (odtruwających) do niedawna dotyczyły uzależnionych od opiatów (czyli np. heroiny) oraz pochodnych, a także środków psychotropowych i alkoholu. Obecnie obserwujemy konieczność odtrucia połączonego z obserwacją psychiatryczną. Takie oddziały oferują pomoc pacjentom nadużywającym amfetaminy, ekstazy i GHB, gdyż skutki psychiczne i wyniszczenie organizmu związane z tymi środkami wydają się być o wiele większe niż pierwotnie zakładano. Idealnie jest, kiedy po odtruciu pacjent bezpośrednio jedzie do ośrodka terapii i nie wraca do swojego środowiska.

W ogólnym zarysie w ofercie oddziału detoksykacyjnego można się spodziewać:

1. Odtrucie od substancji przyjmowanej przez osobę uzależnioną.
2. Zmniejszenie objawów niepożądanych po odstawieniu narkotyków – zmniejszenie głodu narkotycznego, bólów, napadów drgawek itd. oraz w skrajnych przypadkach do zapobiegania zgonom włącznie.
3. Diagnostyka powikłań takich jak HIV, WZW i innych chorób zakaźnych.
4. Indywidualne dobranie leków do sytuacji psychicznej pacjenta.
5. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym powstającym przy odstawianiu narkotyku.
6. Motywowanie do dalszego leczenia.

Środek narkotyczny zmienia funkcjonowanie komórek organizmu i zadaniem detoksykacji jest ponowne ustawienie funkcjonowania organizmu bez narkotyku, w miarę bezpiecznie i humanitarnie.

Leczenie krótkoterminowe realizują oddziały leczenia uzależnień (OLU). Oddziały takie funkcjonują głównie przy większych jednostkach służby zdrowia, szpitalach psychiatrycznych czy klinikach psychiatrii. Ich program jest oparty na założeniach teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz doświadczeń klinicznych. Na oddziałach można liczyć na całodobową opiekę medyczną, farmakoterapię oraz pomoc psychologiczną. Pierwotnie niemal wszystkie oddziały w Polsce oferowały pomoc dla osób uzależnionych od alkoholu i leków (istnieją oddziały dla mężczyzn, dla kobiet oraz koedukacyjne), obecnie jednak ponad połowa przyjmuje również narkomanów, ponieważ okazuje się, że program alkoholowy z indywidualnym prowadzeniem oraz ukierunkowaniem może być również skutecznym dla niektórych typów pacjentów.

Program trwa od 6 do 8 tygodni. Intensywne oddziaływania terapeutyczne (24 godziny na dobę) są tak naprawdę dobrym wstępem do kontynuowania terapii.

Osoba kończąca program terapeutyczny powinna kontynuować go bądź w poradni, bądź w ośrodku średnioterminowym. Warto wiedzieć, że żaden szef oddziału nie żegna pacjenta słowami „do widzenia, jest pan wyleczony”, ale zwraca uwagę na konieczność kontynuowania leczenia.

Leczenie stacjonarne średnioterminowe – jest wiele programów terapii uzależnień rekomendowanych głównie przez placówki służby zdrowia, które oferują programy terapeutyczne trwające od 6 do 8 miesięcy. Zawierają one intensywny program terapii, połączony z podejściem indywidualnym. Są to najczęściej oferty łączące podejście związane z teorią psychologicznych mechanizmów uzależnienia z metodą społeczności terapeutycznych. Każdy ośrodek nastawiony jest również na rozwój osobistych predyspozycji do wytrwania w abstynencji oraz rozwój zainteresowań. Ważne miejsce pełni również uczenie obowiązkowości, odpowiedzialności, dbania o higienę osobistą i kondycję fizyczną.

Leczenie stacjonarne długoterminowe – programy terapii trwające od 12–24 miesięcy oferowane przez placówki Monaru, Karanu, PTZN, ZOZY oraz inne fundacje. Kadre stanowią terapeuci, psycholodzy oraz neofici. Programy oparte są głównie na metodzie społeczności terapeutycznych i obejmują szereg oddziaływań zarówno terapeutycznych, jak i społecznych, mających na celu odbudowanie takich norm i wartości, jak uczciwość, odpowiedzialność, szczerłość, przyjaźń itd. Ważnym aspektem udziału w systemie jest praca, możliwość realizacji siebie w różnych rolach: od sprzątacza, kucharza, ogrodnika począwszy, na ochroniarzu czy prezesie społeczności skończywszy.

Udział w procesie terapii jest podzielony na kilka etapów, uprawniających do określonych ról, dających przywileje określane przez całą społeczność. Oczywiście każdy pacjent zaczynający terapię ma okres próbny i pierwsze przywileje otrzymuje nie wcześniej niż po miesiącu pobytu w ośrodku. Cechą charakterystyczną ośrodków są żelazne normy i zasady funkcjonowania, których złamanie powoduje nałożenie kar, czyli tzw. dociążeń – lub wykluczenie ze społeczności.

Ukończenie terapii w ośrodku długoterminowym nie jest ostatecznym „wyzdrowieniem”. Uzależnienie jest bowiem chorobą nieuleczalną i charakteryzuje się nawrotami, czyli kryzysami mogących spowodować ponowne sięgnięcie po narkotyki.

Dlatego też każdy absolwent ośrodka powinien po opuszczeniu ośrodka znaleźć swojego osobistego terapeutę, bądź – jeśli ma taką możliwość – skorzystać z pomocy grupy wsparcia dla neofitów lub grupy Anonimowych Narkomanów.

W AN nie ma ograniczeń społecznych, religijnych, ekonomicznych, rasowych, etnicznych, narodowych ani płciowych, nie ma też opłat wpisowych czy członkowskich.

Większość członków regularnie przyczynia się drobnymi sumami do pomocy w regulowaniu wydatków mityngów, przy czym datki te nie są obowiązkowe.

W programie Anonimowych Narkomanów członkowie są zachęceni do stosowania całkowitej abstynencji od wszystkich rodzajów narkotyków, z alkoholem włącznie. Z doświadczenia członków AN wynika, że ciągła i nieprzerwana abstynencja zapewnia najlepszy fundament dla zdrowienia i osobistego rozwoju.

Główną usługą dostępną w AN są mityngi grupowe. Każda grupa działa indywidualnie, wspierając się zasadami obowiązującymi dla całej organizacji, które są przedstawione w literaturze.

Większość grup na cotygodniowe spotkania wynajmuje sale w budynkach prowadzonych przez organizacje publiczne, religijne lub społeczne. Jedna osoba prowadzi mityng, natomiast reszta członków bierze udział w dzieleniu się swoim doświadczeniem w zdrowieniu

z uzależnienia od narkotyków. Członkowie grupy dzielą między siebie funkcje związane z usprawnieniem działania mityngu.¹¹

1.7. Rodzaje profilaktyki

Profilaktyka uniwersalna skierowana jest do ogółu społeczności, zawiera m.in.:

- ⇒ działania, których celem jest zmniejszenie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi alkoholizmu,
- ⇒ działania, które mają kreować zdrowy styl życia, rozwijać zainteresowania, wspierać prawidłowy rozwój i funkcjonowanie emocjonalno-społeczne społeczności .

Profilaktyka selektywna skierowana jest na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka, obejmuje m.in.:

- ⇒ działania profilaktyczne skierowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją działalność społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyka wystąpienia problemów uzależnień,
- ⇒ przede wszystkim działania uprzedzające, nie naprawcze,
- ⇒ działania, które służą zapobieganiu podejmowania przez wytypowane osoby lub ich grupy zachowań ryzykownych.

Profilaktyka wskazująca skierowana jest na jednostki lub grupy osób wysokiego ryzyka, które przejawiają pierwsze symptomy problemów uzależnienia od środków psychoaktywnych, zawiera m.in.:

- ⇒ działania, których celem jest zapobieganie rozwojowi zachowań ryzykownych u osób dotkniętych uzależnieniem,
- ⇒ działania, które uniemożliwiają rozprzestrzenianie się niepożądanego zjawiska na inne jednostki lokalnej społeczności.

1.8. Uzależnienia behawioralne

„Określenie „uzależnienie behawioralne” lub „czynnościowe” jest używane w odniesieniu do zjawiska zależności od określonych zachowań, utrwalonych i wielokrotnie powtarzanych, poprzez które osoba je podejmująca doświadcza pozytywnych stanów emocjonalnych (przyjemności, euforii, ulgi...). Ta zależność od powtarzania zachowań jest tak silna, że bywa

¹¹ R. Rejniak, *Formy pomocy osobom uzależnionym od narkotyków*,
<http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/formy-pomocy-osobom-uzalezniionym-od-narkotykw>

czasem nazywana „toksykomią bez substancji”. Do uzależnień behawioralnych należą m.in. patologiczny hazard, pracoholizm, zakupoholizm, seksoholizm, uzależnienie od komputera i Internetu, od ćwiczeń itp.”¹²

1.8.1. Hazard¹³

„Patologiczny hazard” (F63.0) mieści się w szerokiej kategorii zaburzeń nawyków i popędów, i polega – według definicji ICD 10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Tom I, Wydanie 2008, str. 241) – na często powtarzającym się uprawianiu hazardu, który przeważa w życiu człowieka ze szkodą dla wartości i zobowiązań społecznych, zawodowych, materialnych i rodzinnych. Jak wskazuje definicja zaburzenie wpływa nie tylko na życie osoby uzależnionej, ale również na jej najbliższego otoczenie. Wielokrotnie takie osoby ryzykują utratę pracy, zaciągają długi, kłamią i łamią prawo aby uzyskać swój cel, którym jest w szczególności osiągnięcie korzyści finansowej z wygranej. Hazard może mieć równe formy i często wykonując pewne czynności wydaje się, że nie mogą nieść ze sobą zagrożenia, np. gra na automatach, poker, zdrapki w sklepach, zakłady sportowe, sms-owe gry.

1.8.2. Internet¹⁴

Uzależnienie od Internetu, podobnie jak patologiczny hazard, mieści się w szerokiej kategorii zaburzeń nawyków i popędów jako „Inne zaburzenia nawyków i popędów” (F63.8) i jest określane jako inny rodzaj stale powtarzającego się niedostosowanego zachowania. Cechuje się niezdolnością do powstrzymania się od powtarzania nieprawidłowych zachowań, a impulsywne działanie jest poprzedzone stanem napięcia i uczuciem ulgi w czasie wykonywania czynności. Uzależnienie od Internetu może występować w różnych postaciach np. uzależnienia od relacji internetowych, takich jak: czat, facebook, grupy dyskusyjne i może się wiązać (wpływać) na rozwój innych uzależnienia behawioralne np. hazardu (gry online) czy zakupoholizmu (dostęp do sklepów internetowych). Ponadto może wywołać powstawanie zaburzeń psychicznych, w tym także uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

1.8.3. Zakupoholizm¹⁵

Wśród badanych uzależnień behawioralnych zakupoholizm ma pewnie najdłuższą, obok hazardu, historię. O manii lub obsesji kupowania pisali na początku XX wieku klasycy psychiatrii – Kraepelin i Bleuler. Można jednak przypuszczać, że zasięg kompulsywnego kupowania był niewielki, tak jak niewielki był odsetek osób, które mogły sobie pozwolić na kupowanie rzeczy innych niż najniezbędniejsze. Na większą skalę zjawisko zakupoholizmu pojawiło się zapewne niedawno, w społeczeństwie ponowoczesnym. Wpłynęły na to z jednej strony fala konsumpcjonizmu wzmacniana wyrafinowanymi strategiami marketingowymi, a z drugiej – narastające poczucie niepewności i niestałości życiowej, zawodowej, politycznej. Jak piszą Faber i O’Guinn (1992) oraz Cole i Sherrell (1995), motywem zakupów, spędzania coraz większej ilości czasu w sklepach, wydawania –mimo

¹² Informator o placówkach udzielających pomocy w zakresie uzależnień od hazardu i innych uzależnień behawioralnych II edycja, grudzień 2017, str. 4 (dostępny online: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1769037>)

¹³ Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych, CBOS 2012 (dostępny online: https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/wp-content/uploads/2019/06/RAPORT_CBOS_2.pdf)

¹⁴ Jak wyżej.

¹⁵ Jak wyżej.

poczucia winy – coraz większych kwot jest chęć osiągnięcia celów innych niż posiadanie rzeczy. Celem jest poprawa samooceny, rozładowanie lęku i napięcia związanego z coraz większą niepewnością. Zakupy, nawet bezsensowne, stają się jedną z niewielu czynności, w których jasno widzimy przyczynę i skutek, w których czujemy własną sprawczość, „siłę naszego pieniądza”.

W kryteriach diagnostycznych zakupoholizmu podkreśla się niepokój, impuls związany z kupowaniem. Odruch kupowania jest odczuwany jako nieodparty lub bezsensowny, wartość dokonywanych zakupów często przekracza możliwości finansowe. Niepokój, impuls lub akt kupowania wywołują znaczny stres, poczucie winy spowodowane stratą pieniędzy i czasu, negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne i zawodowe (Guerreschi, 2010).

1.8.4. Pracoholizm¹⁶

Praca, pracowitość należą do najważniejszych wartości współczesnego świata. Pracowitość jest fundamentem etyki protestanckiej, etyki legitymizującej narodziny kapitalizmu. W doktrynie i praktyce socjalizmu praca była nie tylko drogą do zaspokajania potrzeb, ale wartością samą w sobie, uzasadnieniem panowania klasy robotniczej, a później „ludu pracującego miast i wsi”. Nic dziwnego, że pracoholizm jako zjawisko patologiczne został „odkryty” stosunkowo niedawno. Co prawda po raz pierwszy koncepcję pracoholizmu przedstawił już w 1971 roku Oates, pisząc, że pracoholik ma tak wielką potrzebę pracy, że ma ona negatywny wpływ na zdrowie, szczęście osobiste i relacje międzyludzkie. Jednak dopiero w latach dziewięćdziesiątych pracoholizm stał się patologią, kategorią medyczną. Zaliczany jest do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

Rozdział II

Analiza sytuacji występowania problemów alkoholowych oraz narkomanii w Gminie Zalewo

2.1. Dane demograficzne

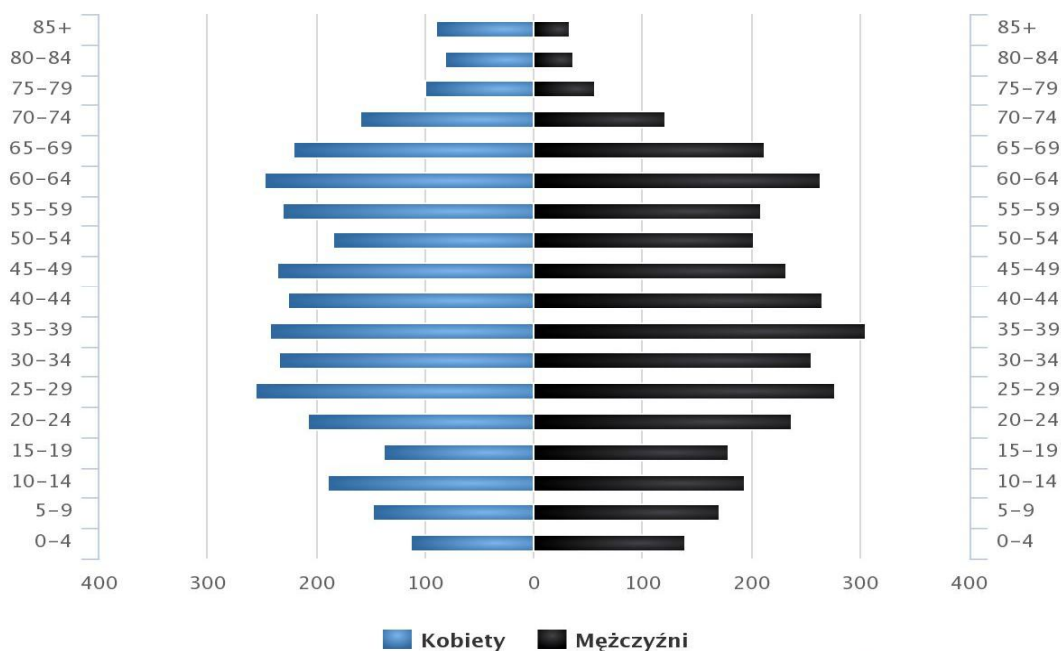
Gmina Zalewo to gmina miejsko-wiejska. Należy do województwa warmińsko-mazurskiego, powiatu iławskiego. Gmina Zalewo ma 6 699 mieszkańców, czyli zamieszkuje ją 7,2% ludności powiatu. Gmina stanowi 18,3% powierzchni powiatu. Siedzibą gminy jest miasto Zalewo¹⁷.

¹⁶ Jak wyżej.

¹⁷ https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Zalewo

Piramida wieku mieszkańców gminy Zalewo, 2020

(Źródło: GUS)



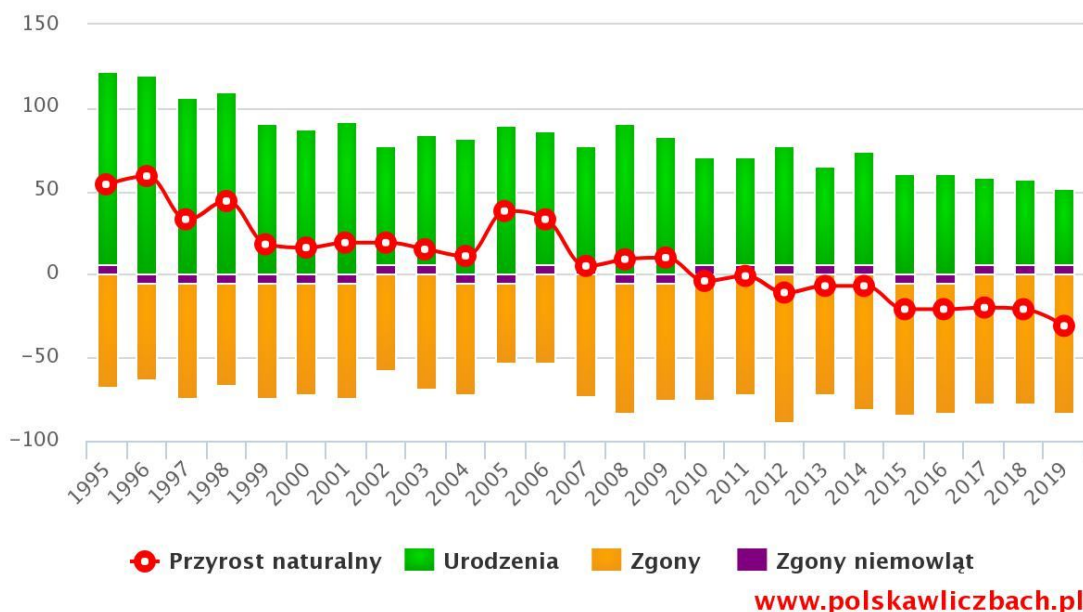
www.polskawliczbach.pl

Rysunek 1. Piramida wieku mieszkańców, 2020

Gmina Zalewo ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -31. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -4,57 na 1000 mieszkańców gminy Zalewo. W 2019 roku urodziło się 52 dzieci, w tym 36,5% dziewczynek i 63,5% chłopców. Średnia waga noworodków to 3 396 gramów. Współczynnik dynamiki demograficznej, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi 0,82 i jest znacznie większy od średniej dla województwa oraz znacznie większy od współczynnika dynamiki demograficznej dla całego kraju.

Przyrost naturalny w latach 1995–2019 w gminie Zalewo

(Źródło: GUS)



Rysunek 2. Przyrost naturalny w latach 1995-2019

2.2. Rynek alkoholowy

Ilość punktów sprzedaży napojów alkoholowych (ogółem **28**) w tym:

- a. do spożycia poza miejscem sprzedaży (wg zawartości alkoholu): **25**
 - do 4,5% - **25**
 - od 4,5% do 18% - **24**
 - powyżej 18% - **23**
- b. do spożycia w miejscu sprzedaży (wg zawartości alkoholu): **3**
 - do 4,5% - **3**
 - od 4,5% do 18% - **0**
 - powyżej 18% - **0**

2.3. Społeczna diagnoza uczniów – „Zachowaj trzeźwy umysł”

Badanie było realizowane za pomocą liczącego 60 pytań kwestionariusza ankiety internetowej (CAWI) wypełnianej audytoryjnie w dniach 1 października 2018 r. – 12 stycznia 2019 r. Po stronie samorządów bezpośredni udział w badaniu brali koordynatorzy (nauczyciele, pedagodzy), którzy nadzorowali przeprowadzenie badania w wyznaczonej placówce (np. w szkole).

Osoby badane:

Klasa V i VI: 28 (w tym 15 – dziewczynki, 13 – chłopcy)

Klasa VII i VIII: 33 (w tym 18 – dziewczynki, 15 – chłopcy)

Ważnymi aspektami pytań do młodzieży było sprawdzenie, czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widzieli kogoś ze swoich rówieśników, którzy palili papierosa, marihuanę, zażywali dopalaczy, pili piwo, wino, wódkę, szampana, czy też drinka.

Klasy VII - VIII

Tabela 1. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy klas V i VI

Wszyscy						
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widziałeś kogoś ze swoich rówieśników, kto:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
pałił papierosa	71.43	3.57	3.57	3.57	0	17.86
pałił marihuanę	92.86	3.57	0	0	0	3.57
zażywał dopalaczy	89.29	3.57	0	3.57	0	3.57
pił piwo	67.86	10.71	10.71	3.57	0	7.14
pił wino	82.14	14.29	0	0	0	3.57
pił wódkę	82.14	7.14	7.14	0	0	3.57
pił szampana	71.43	14.29	10.71	0	0	3.57
pił drinka	71.43	14.29	7.14	0	3.57	3.57
Dziewczynki						
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widziałeś kogoś ze swoich rówieśników, kto:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
pałił papierosa	66.67	0	6.67	6.67	0	20
pałił marihuanę	93.33	0	0	0	0	6.67
zażywał dopalaczy	86.67	0	0	6.67	0	6.67
pił piwo	60	6.67	13.33	6.67	0	13.33
pił wino	80	13.33	0	0	0	6.67
pił wódkę	80	0	13.33	0	0	6.67
pił szampana	66.67	20	6.67	0	0	6.67
pił drinka	60	26.67	6.67	0	0	6.67

Tabela 2. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy chłopców z klas V i VI

Chłopcy						
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widziałeś kogoś ze swoich rówieśników, kto:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
palit papierosa	76.92	7.69	0	0	0	15.38
palit marihuanę	92.31	7.69	0	0	0	0
zażywał dopalaczy	92.31	7.69	0	0	0	0
pił piwo	76.92	15.38	7.69	0	0	0
pił wino	84.62	15.38	0	0	0	0
pił wódkę	84.62	15.38	0	0	0	0
pił szampana	76.92	7.69	15.38	0	0	0
pił drinka	84.62	0	7.69	0	7.69	0

Klasy VII - VIII

Tabela 3. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy z klas VII i VIII

Wszyscy						
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widziałeś kogoś ze swoich rówieśników, kto:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
palit papierosa	30.3	18.18	3.03	9.09	15.15	24.24
palit marihuanę	72.73	3.03	6.06	0	6.06	12.12
zażywał dopalaczy	78.79	3.03	3.03	0	3.03	12.12
pił piwo	36.36	18.18	9.09	9.09	18.18	9.09
pił wino	63.64	12.12	9.09	6.06	3.03	6.06
pił wódkę	51.52	15.15	3.03	9.09	12.12	9.09

pił szampana	51.52	24.24	6.06	6.06	3.03	9.09
pił drinka	57.58	15.15	9.09	9.09	3.03	6.06

Tabela 4. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy dziewczynek z klas VII i VIII

Dziewczynki						
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widziałeś kogoś ze swoich rówieśników, kto:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
pałił papierosa	22.22	22.22	5.56	16.67	16.67	16.67
pałił marihuanę	83.33	5.56	5.56	0	5.56	0
zażywał dopalaczy	88.89	5.56	0	0	5.56	0
pił piwo	22.22	33.33	16.67	11.11	16.67	0
pił wino	66.67	16.67	5.56	5.56	5.56	0
pił wódkę	50	27.78	0	11.11	11.11	0
pił szampana	38.89	38.89	5.56	11.11	5.56	0
pił drinka	50	27.78	5.56	11.11	5.56	0

Tabela 5. Zachowaj trzeźwy umysł- rówieśnicy chłopców z klas VII i VIII

Chłopcy						
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widziałeś kogoś ze swoich rówieśników, kto:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
pałił papierosa	40	13.33	0	0	13.33	33.33
pałił marihuanę	60	0	6.67	0	6.67	26.67
zażywał dopalaczy	66.67	0	6.67	0	0	26.67
pił piwo	53.33	0	0	6.67	20	20
pił wino	60	6.67	13.33	6.67	0	13.33

pił wódkę	53.33	0	6.67	6.67	13.33	20
pił szampana	66.67	6.67	6.67	0	0	20
pił drinka	66.67	0	13.33	6.67	0	13.33

Kolejne pytanie dotyczyło, czy młodzież sama w ciągu ostatnich 12 miesięcy sami palili papierosa, marihuanę, zażywali dopalaczy, pili piwo, wino, wódkę, szampana, czy też drinka. Poniższe wyniki są podzielone w zależności od klasy i płci.

Klasy V- VI

Tabela 6. Zachowaj trzeźwy umysł- klasy V i VI

Wszyscy						
Czy ty sam(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
zapalił(a)eś papierosa	96.43	3.57	0	0	0	0
zapalił(a)eś marihuanę	100	0	0	0	0	0
zażył(a)eś dopalaczy	100	0	0	0	0	0
wypił(a)eś piwo	92.86	3.57	3.57	0	0	0
wypił(a)eś wino	100	0	0	0	0	0
wypił(a)eś wódkę	100	0	0	0	0	0
wypił(a)eś szampana	89.29	7.14	3.57	0	0	0
wypił(a)eś drinka	100	0	0	0	0	0

Tabela 7. Zachowaj trzeźwy umysł- dziewczynki z klasy V i VI

Dziewczynki						
Czy ty sam(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
zapalił(a)eś papierosa	93.33	6.67	0	0	0	0
zapalił(a)eś marihuanę	100	0	0	0	0	0
zażył(a)eś dopalaczy	100	0	0	0	0	0

wypite(a)ś piwo	86.67	6.67	6.67	0	0	0
wypite(a)ś wino	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś wódkę	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś szampana	86.67	6.67	6.67	0	0	0
wypite(a)ś drinka	100	0	0	0	0	0

Tabela 8. Zachowaj trzeźwy umysł- chłopcy z klasy V i VI

Chłopcy						
Czy ty sam(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
zapalił(a)eś papierosa	100	0	0	0	0	0
zapalił(a)eś marihuanę	100	0	0	0	0	0
zażyte(a)ś dopalaczy	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś piwo	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś wino	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś wódkę	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś szampana	92.31	7.69	0	0	0	0
wypite(a)ś drinka	100	0	0	0	0	0

Klasy VII – VIII

Tabela 9. Zachowaj trzeźwy umysł- klasy VII i VIII

Wszyscy						
Czy ty sam(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
zapalił(a)eś papierosa	72.73	12.12	6.06	3.03	0	6.06
zapalił(a)eś marihuanę	90.91	3.03	0	3.03	3.03	0
zażyte(a)ś dopalaczy	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś piwo	57.58	24.24	6.06	3.03	6.06	3.03

wypite(a)ś wino	87.88	9.09	3.03	0	0	0
wypite(a)ś wódkę	72.73	12.12	3.03	6.06	3.03	3.03
wypite(a)ś szampana	60.61	24.24	9.09	3.03	3.03	0
wypite(a)ś drinka	75.76	9.09	6.06	6.06	3.03	0

Tabela 10. Zachowaj trzeźwy umysł- dziewczynki z klasy VII i VIII

Dziewczynki						
Czy ty sam(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
zapalił(a)ś papierosa	83.33	11.11	5.56	0	0	0
zapalił(a)ś marihuanę	100	0	0	0	0	0
zażyte(a)ś dopalaczy	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś piwo	61.11	27.78	11.11	0	0	0
wypite(a)ś wino	88.89	11.11	0	0	0	0
wypite(a)ś wódkę	72.22	22.22	5.56	0	0	0
wypite(a)ś szampana	66.67	27.78	5.56	0	0	0
wypite(a)ś drinka	77.78	16.67	5.56	0	0	0

Tabela 11. Zachowaj trzeźwy umysł- chłopcy z klasy VII i VIII

Chłopcy						
Czy ty sam(a) w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	Wcale	Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	Kilka razy w miesiącu	Mniej więcej raz na tydzień	Kilka razy w tygodniu	Codziennie
zapalił(a)ś papierosa	60	13.33	6.67	6.67	0	13.33
zapalił(a)ś marihuanę	80	6.67	0	6.67	6.67	0
zażyte(a)ś dopalaczy	100	0	0	0	0	0
wypite(a)ś piwo	53.33	20	0	6.67	13.33	6.67
wypite(a)ś wino	86.67	6.67	6.67	0	0	0

wypite(a)ś wódkę	73.33	0	0	13.33	6.67	6.67
wypite(a)ś szampana	53.33	20	13.33	6.67	6.67	0
wypite(a)ś drinka	73.33	0	6.67	13.33	6.67	0

2.4. Uzależnienia behawioralne

Świadomość społeczeństwa w zakresie szkodliwości uzależnień behawioralnych na przestrzeni lat nie uległa zmianie, w dalszym ciągu uznawane są za rodzaje zachowań problemowych mniej niebezpiecznych dla człowieka. Za większe zagrożenie niezmiennie uważane są uzależnienia od substancji, wśród nich zaś przede wszystkim narkomania i alkoholizm, funkcjonujące w społecznej świadomości jako nałogi zagrażające życiu. Spośród uzależnień o charakterze behawioralnym tylko hazard ma w odbiorze społecznym „ciężar gatunkowy” zbliżony do uzależnień o charakterze chemicznym.¹⁸

2.4.1. Populacja 15+¹⁹

1) Hazard

Liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacujemy na 27 073 osoby. Zdecydowana większość grających na pieniądze definiuje się jako osoby, które „w żadnym sensie nie czują się nałogowymi graczami” (97,0%). Jeśli porównamy ten odsetek z odsetkiem grających bez problemu hazardowego (88,6%) okaże się, że 8,4% graczy nie jest świadoma, że sposób uprawiania przez nich hazardu można zaliczyć do ryzykownego lub patologicznego stylu gry.

W 2019 roku grający na pieniądze stanowili 37,1% populacji osób w wieku 15 lat i więcej. W porównaniu do wyniku uzyskanego w poprzednim badaniu, przeprowadzonym w 2015 roku, odsetek ten wzrósł o 2,9 punktu procentowego. W roku 2019, podobnie jak cztery lata wcześniej, najwięcej Polaków 15+ grało w tylko jedną grę na pieniądze (21,0%), rzadziej – w dwie lub trzy gry (odpowiednio 10,7% i 3,8%), a sporadycznie – w cztery i więcej (łącznie 1,6%). Polacy najczęściej grają w gry Totalizatora Sportowego (27,4,0%). Na kolejnym miejscu, ze znacznie słabszym wynikiem, plasują się zdraпки (16,3,0%), a dalej loterie lub konkursy SMS-owe (6,3%) oraz automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi (3,8%). 32,8% grających Polaków w wieku 15+ gra bez ryzyka uzależnienia, 2,7% charakteryzuje się niskim poziomem ryzyka uzależnienia, 0,9% – poziomem umiarkowanym i tyle samo (0,9%) gra na pieniądze w sposób wysoce ryzykowny (patologiczny hazard).

Wśród przyczyn podejmowania gier hazardowych na pierwszym miejscu znajdują się powody finansowe (chęć wygrania pieniędzy – dużych, małych, jakichkolwiek) oraz rozrywkowe.

W grupie osób grających ryzykownie i patologicznie relatywnie większego znaczenia niż w grupie grających bezproblemowo nabierają takie motywy jak: chęć odegrania się, niemożność powstrzymania się przed grą, przebywanie w środowisku graczy oraz chęć rozładowania stresu.

W stosunku do poprzednich badań wzrosła nieco wśród Polaków świadomość niebezpieczeństwa uzależnienia od gier hazardowych. Za gry o najwyższym potencjale

¹⁸ „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących od hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019”

¹⁹ Jak wyżej

uzależniającym respondenci uznają niezmiennie gry w kasynie, automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi, zakłady bukmacherskie oraz gry na pieniądze w Internecie.

2) Internet

Choć już w roku 2012 większość (61,4%) Polaków z grupy wiekowej 15+ przynajmniej sporadycznie korzystała z Internetu, to w kolejnych badaniach notowaliśmy systematyczny, znaczący przyrost odsetka internautów. W 2019 roku przynajmniej sporadycznie korzystanie z Internetu deklaruje blisko trzy czwarte (74,2%) badanej populacji. Większość (59,2%) korzysta z Internetu codziennie lub prawie codziennie. Przeważająca większość korzystających z sieci (98,0%) to przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów w związku z korzystaniem z Internetu. Problem z **uzależnieniem od Internetu** dotyczy obecnie 0,03% badanej populacji, co stanowi 0,04% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od Internetu jest 1,4% ogółu badanych, co stanowi 1,9% korzystających z Internetu. W liczbach bezwzględnych jest to – szacunkowo – ok. 465 000 osób. Zagrożeni uzależnieniem lub już uzależnieni nadal rekrutują się głównie spośród osób poniżej 25 roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni. Badani z grupy ryzyka częściej niż przeciętni internauci łączą się z siecią za pomocą urządzeń przenośnych (np. smartfon, tablet), częściej też niż przeciętni użytkownicy korzystają z niego zarówno za pośrednictwem komputera (stacjonarnego lub laptopa), jak i urządzeń przenośnych.

Obecność w **portalach społecznościowych** jest zjawiskiem dość powszechnym. Korzysta z nich blisko połowa (47,7%) populacji w wieku powyżej 15. roku życia i blisko dwóch na trzech internautów (64,3%). Pod względem liczby użytkowników najpopularniejszym portalem jest Facebook, a na kolejnych miejscach plasują się YouTube i Instagram. Z tych trzech portali korzysta odpowiednio 61,4%, 20,9% i 19,8% ogółu internautów. Facebook jest jednocześnie wymieniany przez więcej niż trzech na czterech badanych jako medium, z którego korzystają najczęściej (77,2%).

W ramach badania po raz pierwszy podjęta została próba deskrypcji zjawiska **fonoholizmu** w odniesieniu do ogółu Polaków. Wyodrębniono trzy typy użytkowników telefonów komórkowych: przeciętnych użytkowników, użytkowników w niewielkim stopniu zagrożonych uzależnieniem od telefonu (sporadyczne zachowania problemowe) oraz użytkowników wykazujących symptomy fonoholizmu. Ta ostatnia grupa stanowi 7,8% ogółu korzystających z telefonów komórkowych. Dane potwierdzają, że fonoholizm jest przypadłością charakterystyczną dla ludzi młodych. Odsetek osób zdradzających symptomy uzależnienia wśród młodych dorosłych (18–24 lata) jest wyższy niż wśród nastolatków w przedziale wiekowym 15–17 lat (odpowiednio 17,6% i 16,4%), a niewiele ustępują im pod tym względem osoby w przedziale wiekowym 25–34 lata (12,2%).

3) Zakupoholizm

Symptomy kompulsywnego kupowania przejawia obecnie 3,7% populacji Polaków od 15 roku życia. W ciągu ostatnich pięciu lat zjawisko kompulsywnego kupowania bardzo wyraźnie nasiliło się wśród ludzi bardzo młodych: mających od 15 do 17 lat. Badanie potwierdza, że kobiety są bardziej narażone na uzależnienie od zakupów niż mężczyźni, jednak szczególną uwagę zwraca wzrost zagrożenia uzależnieniem od zakupów wśród chłopców poniżej 18 roku życia. Mimo to nadal najliczniejszą grupę stanowią wśród nich osoby mające od 25 do 34 lat. W grupie zagrożonych mężczyzn najwięcej jest chłopców w wieku od 15 do 17 lat, zaś w grupie kobiet – osób od 25 do 34 lat. Osoby przejawiające

symptomy uzależnienia od zakupów częściej niż wolni od tego zagrożenia wykazują jednocześnie objawy innego problemu. Więcej niż jedna piąta „zakupoholików” to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy; więcej niż co siódmy jest zagrożony uzależnieniem od Internetu.

4) Pracoholizm

W 2019 roku blisko jedną dziesiątą Polaków mających 15 lat i więcej (9,1%) można zaliczyć do grupy tych, dla których uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem, a w przypadku ponad dwóch trzecich (70,2%) istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia takiego problemu.

W liczbach bezwzględnych zagrożenie uzależnieniem od pracy dotyczy ponad 2500000 osób. Zagrożeniu pracoholizmem sprzyja – ogólnie rzecz biorąc – w miarę regularne wykonywanie pracy zarobkowej, a w szczególności praca na własny rachunek (samozatrudnienie), natomiast z punktu widzenia wystąpienia ryzyka rzeczywistego uzależnienia od pracy najbezpieczniejszym rodzajem zatrudnienia wydaje się być umowa o pracę (etat).

Na uzależnienie od pracy najbardziej narażone są osoby w wieku produkcyjnym, przy czym na uwagę zasługuje przede wszystkim grupa wiekowa 25–34 lata, w której obecnie relatywnie dużo jest badanych z wynikiem testu wskazującym na rzeczywiste uzależnienie od pracy (11,6%), a mało tych, którzy takich symptomów nie mają w ogóle (10,9%). W badanej populacji Polaków w wieku 15+ zagrożenie pracoholizmem dotyka kobiety i mężczyzn w zbliżonym stopniu.

W grupie wiekowej 25–34 lata kobiety znacznie częściej niż mężczyźni uzyskują w teście Robinsona wyniki świadczące o pracoholizmie (14,0% wobec 8,7%), natomiast mężczyźni w tym wieku niemal dwukrotnie częściej niż kobiety zaliczają się do osób charakteryzujących się brakiem symptomów uzależnienia od pracy (14,7% wobec 7,6%).

2.4.2. Zjawisko uzależnień behawioralnych w grupie młodzieży szkolnej.

2.4.2.1. Granie w gry hazardowe²⁰

W gry hazardowe, czyli takie w których można wygrać lub przegrać pieniądze, chociaż raz, kiedykolwiek w życiu grało 18,2% badanych piętnasto-szesnastolatków oraz 21,4% siedemnasto-osiemnastolatków. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 5,5% uczniów z młodszej kohorty i 7,9% uczniów ze starszej kohorty. Porównanie wyników z 2019 r. z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy odsetków badanych, którzy grali w gry hazardowe kiedykolwiek w życiu, oraz tych którzy robili to w czasie ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik grania w czasie ostatnich 30 dni w starszej kohorcie nie uległ zmianie, zaś w młodszej zmniejszył się dopiero w 2019 r. W obu badanych kohortach rozpowszechnienie grania w gry hazardowe jest większe wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

W młodszej kohorcie uczniowie, których wg wyników testu przesiewowego LIE/BET²¹ można było zaliczyć do grona graczy problemowych stanowili 1,3% badanych, zaś w starszej – 1,2%.

2.4.2.2. Media społecznościowe²²

²⁰ Raport z badań ESPAD (2019) dostępny pod linkiem: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1880417

²¹ Wieczorek Ł., Dąbrowska K., Sierosławski J. (2021) Polska adaptacja i walidacja dwóch testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) oraz Kwestionariusz LIE/BET, *Serwis Informacyjny Uzależnienia*, 2021 (nr 1), s. 25-31.

W badaniu ESPAD zawarto też pytania dotyczące korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype oraz grania w gry na urządzeniach elektronicznych (komputer, smartfon, konsola, gry wideo). Analiza typowego dnia nauki szkolnej młodszej badanej grupy (15-16 lat) pokazuje najliczniejszą podgrupę badanych, która korzysta z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (30,1%), mniej osób poświęca na tą aktywność ok. 4-5 godzin (20,2%). W przypadku typowego dnia weekendowego, dominują dwie podgrupy badanych: podgrupa korzystająca ponad 6 godzin dziennie (26,4%) oraz korzystająca ok. 2-3 godzin (24,6%). W starszej grupie wiekowej, w typowym dniu nauki w szkole, największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (33,7%) lub około 4-5 godzin dziennie (20,4%). W trakcie weekendu dominuje korzystanie z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (27,2%), około 4-5 godzin dziennie (25,7%) lub 6 godzin lub więcej (25,2%). Czas spędzany w Internecie nie jest wskaźnikiem świadczącym o uzależnieniu natomiast jest sygnałem ostrzegawczym wymagającym analizy i monitorowania ze strony rodziców. Większa ilość czasu wolnego w weekend wydaje się sprzyjać dłuższemu korzystaniu z mediów społecznościowych, zwłaszcza w przypadku młodszej grupy wiekowej. Kolejna badana kwestia dotyczy symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype. W młodszej grupie 44,0% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu w tych mediach, około 40,9% jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęca na tą aktywność za dużo czasu. Co szósty (17,4%) ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie rozkład odpowiedzi jest podobny - analogiczne odsetki wynoszą 46,4%, 35,9% oraz 13,4%.

2.4.2.3. Gry cyfrowe²³

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier wideo na urządzeniach elektronicznych, takich komputer, smartfon, konsola. W młodszej grupie 21,7% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tą aktywność za dużo czasu, 17,1% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,0% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są niższe, 14,0% uczniów uważa, że spędza za dużo czasu na graniu, takiego zdanie jest 16,5% ich rodziców, a 6% ma zły humor, gdy nie może grać.

2.4.2.4. Czas spędzany w Internecie²⁴

Od pierwszych edycji badania „Nastolatki 3.0” obserwowany jest stały wzrost liczby godzin przeznaczanych przez młodzież na korzystanie z internetu. Obecnie nastolatki spędzają w sieci średnio 4 godziny i 50 minut dziennie (2014 r. – 3 godziny 40 minut²⁵, 2018 r. – 4 godziny 12 minut²⁶). W dni wolne od zajęć szkolnych czas ten wydłuża się średnio do 6 godzin i 10 minut. Co szósty nastolatek w dni wolne (16,9%) intensywnie

²² Patrz przypis 18.

²³ Jak wyżej

²⁴ Lange R., (2021), *Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów*, Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy, [online: <https://thinkstat.pl/publikacje/nastolatki-3-0-raport-z-ogolnopolskiego-badania-uczniow-2021-r>, dostęp z dn. 20.01.2022]

²⁵ Tanaś M., (red), (2016), *Nastolatki wobec internetu*, Warszawa: NASK - Instytut Badawczy, [online: https://akademia.nask.pl/publikacje/Nastolatki_wobec_internetu_.pdf, dostęp z dn. 20.01.2022]

²⁶ Bochenek, M., Lange R., (2019), *Nastolatki 3.0. Raport z ogólnopolskiego badania uczniów*, Warszawa: NASK – Państwowy Instytut Badawczy, [online: <https://thinkstat.pl/publikacje/nastolatki-3-0-edycja-2019>, dostęp z dn. 20.01.2022]

korzysta z Internetu w godzinach nocnych (po godzinie 22:00). Rodzice nie doszacowują czasu, jaki ich nastoletnie dzieci spędzają w Internecie, oraz nie kontrolują korzystania z sieci w godzinach nocnych. W opinii rodziców ich dzieci korzystają z sieci średnio 3 godziny i 38 minut. Jedynie 1,8% rodziców wskazuje, że ich dzieci korzystają z Internetu w czasie przeznaczonym na sen (po 22:00).

2.4.2.5. Inicjacja internetowa²⁷

Badania wskazują, że młodszy uczniowie rozpoczynają samodzielne korzystanie z Internetu (bez nadzoru rodziców) wcześniej niż ich starsi koledzy. Średnia inicjacji internetowej w szkole podstawowej wynosi 6 lat i 8 miesięcy. Uczniowie szkół średnich (17 l.) deklarują, iż zaczęli samodzielnie używać Internetu w wieku – 8 lat. W 2016 r. średnia ta wynosiła 9 lat 5 miesięcy²⁸. Niektóre dzieci rozpoczynają samodzielne użytkowanie Internetu mając zaledwie 4 lata (4,6%). Dzieci coraz wcześniej otrzymują własne urządzenia z dostępem do Internetu. Największy odsetek uczniów (40,7%) deklaruje, że pierwszy telefon z dostępem do internetu otrzymało w wieku 9 -10 lat, jednak co piąty nastolatek wskazuje, że już w wieku 7 - 8 lat miał do dyspozycji telefon z dostępem do sieci (20,5%). Biorąc pod uwagę mobilność takiego urządzenia, można zakładać niekontrolowany dostęp do urządzeń cyfrowych umożliwiających łączenie się z Internetem nawet w grupie bardzo małych dzieci.

2.4.2.6. Problemowe użytkowanie Internetu (PUI)²⁹

Co trzeci nastolatek (33,6%) ma objawy problemowego użytkowania Internetu (PUI), a trzech na stu – osiąga bardzo wysokie wskaźniki problemów (3,2%). Wyniki w poszczególnych podskalach (zjawisko mierzono testem E-SAPS18) wskazują, że najsilniejszymi komponentami PUI są tolerancja (eskalacja częstości i/lub wielkości bodźca) oraz objawy somatyczne spowodowane użytkowaniem smartfona (ból w nadgarstku lub karku, zawroty głowy, pogorszenie wzroku, zmęczenie, niewyspanie). 64,1% badanych nastolatków przyznaje, że powinna mniej korzystać z telefonu. Prawie co trzeci nastolatek (29,8%) odczuwa potrzebę korzystania stale ze smartfona, a 50,2% podaje, że korzysta z telefonu dłużej niż zamierzała. Co trzeci nastolatek (31,0%) przyznaje, że nie jest w stanie funkcjonować bez smartfona, a co czwarty (24,8%) odczuwa zniecierpliwienie oraz zdenerwowanie, gdy nie może z niego korzystać. 37,9% młodych ludzi podejmuje zakończone niepowodzeniem próby ograniczania korzystania z telefonu, 26,1% z powodu używania go zaniedbuje zaplanowane czynności lub obowiązki. Kategorią nastolatków, która relatywnie najmocniej jest obciążona problematycznym użytkowaniem internetu, są dziewczęta uczęszczające do szkoły ponadpodstawowej.

Co ciekawe, na rzecz możliwości dłuższego spędzania czasu w internecie co trzeci nastolatek (30,6%) byłby gotów zrezygnować z udziału w nabożeństwie, a co piąty z odrabiania lekcji i nauki (23,2%). 27% byłoby w stanie zrezygnować z oglądania telewizji, 20,6% z dodatkowych zajęć pozaszkolnych, 19,7% z wywiązywania się z obowiązków domowych, a 13,4% ze sportu i aktywności fizycznej.

²⁷ Jak wyżej

²⁸ Kamieniecki W., Bochenek M., Lange R., (red.), (2017) Raport z badania Nastolatki 3.0, Warszawa: NASK – Instytut Badawczy, [online: https://akademia.nask.pl/publikacje/Raport_z_badiana_Nastolatki_3_0.pdf, dostęp z dn. 20.01.2022]

²⁹ Patrz przypis 23.

Rodzice mają świadomość problemu, lecz nie mają dość dokładnego wglądu w to, jak bardzo smartfony i Internet stały się częścią życia ich dzieci. Czterech na pięciu rodziców wskazuje, że ich dziecko powinno mniej korzystać ze swojego telefonu/smartfona (79,6%), jednak większości przypadków rodzice nie doszacowują skali problemu w poszczególnych wskaźnikach PUI np.: tolerancja, wycofanie, objawy somatyczne. Przykładowo tylko 14,8% rodziców dostrzega, że ich dziecko ma problemy w funkcjonowaniu bez smartfona (przyznaje się do tego 31,0% nastolatków), a 26,2% zauważyło nieudane próby ograniczania korzystania z telefonu przez dziecko (takie próby podejmuje 37,9% nastolatków).

2.4.3. Korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci

Według badania CBOS z 2019 roku z urządzeń mobilnych korzysta jedna trzecia dzieci między 12 a 23 miesiącem życia i blisko dwie trzecie dzieci mających od 2 do 5 lat. Wśród najmłodszych dzieci średni czas spędzany w ciągu dnia z mobilnym ekranem wynosi 44 minuty, a wśród starszych – 49 minut. Na ogół spędzają one czas z urządzeniami przenośnymi w towarzystwie rodziców lub innych osób dorosłych, w mniejszym stopniu same, najrzadziej zaś korzystają z nich razem z innymi dziećmi. Jak deklarują rodzice, treści, z którymi dzieci mają styczność poprzez mobilne ekrany, przeważnie są dostosowane do ich wieku, można jednak zauważyć, że najmłodsze dzieci (12–23 miesiące) około trzykrotnie częściej niż te starsze (2–5 lat) konsumują treści zróżnicowane, nie tylko takie, które są adresowane wyłącznie do dzieci. Najwięcej badanych mających dzieci poniżej 6 roku życia wykorzystuje urządzenia mobilne do zajęcia czasu nudzącym się podopiecznym. Rzadziej stosuje się je po to, aby dzieci uspokoić, a jeszcze rzadziej, by je za coś nagrodzić lub skłonić do zjedzenia posiłku. Rodzice dzieci w wieku od 2 do 5 lat wyraźnie częściej niż opiekunowie młodszych wprowadzają urządzenia przenośne w celu gratyfikacji oraz niwelowania nudy.

Badanie pod nazwą „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat”³⁰ przeprowadzone przez Akademię Pedagogiki Specjalnej w Warszawie wykazało, że nieco ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54%) korzysta z urządzeń mobilnych takich jak smartfon, tablet, smartwatch czy laptop. Wiek dziecka jest skorelowany z korzystaniem z urządzeń mobilnych – im starsze dzieci, tym więcej z nich korzysta z urządzeń mobilnych. Średni wiek inicjacji używania urządzeń mobilnych to 2 lata i 2 miesiące. Większość dzieci korzysta z urządzeń mobilnych z dostępem do Internetu (75%). Dzieci w wieku od 0 do 6 lat korzystają z urządzeń mobilnych średnio przez ponad 1 godzinę dziennie. Podobnie, jak w badaniu CBOS większość dzieci korzysta wyłącznie z treści adresowanych do dzieci (88%). Badania potwierdzają także sytuacje, w których dzieci mają dostęp do urządzeń mobilnych: rodzice najczęściej umożliwiają korzystanie dzieciom podczas podróży, posiłków i podczas toalety; traktują dostęp do urządzenia mobilnego jako nagrodę, oferują je dzieciom kiedy się nudzą, płaczą lub marudzą.

2.5. Czynniki chroniące i czynniki ryzyka

Wśród uczniów szkół w gminie Zalewo została przeprowadzona diagnoza potrzeb rozwojowych, w tym czynników ryzyka oraz czynników chroniących. Poniższa tabela przedstawia zebrane wyniki.

³⁰ M. Rowicka (2020), Raport z badania: "Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0-6 lat" (dostępny online: [file:///C:/Users/kbnp/Downloads/RaportAPS%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/kbnp/Downloads/RaportAPS%20(3).pdf))

Diagnoza potrzeb rozwojowych, w tym czynników ryzyka oraz czynników chroniących przeprowadzona zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 12. Czynniki chroniące i czynnika ryzyka

Czynniki ryzyka	Czynniki chroniące
<p>Sfera psychologiczna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ nieśmiałość, wrażliwość uczniów, ⇒ niska samoocena uczniów, ⇒ brak umiejętności rozwijania swoich predyspozycji i pokonywania potencjalnych trudności, ⇒ niewystarczające umiejętności radzenia sobie ze stresem wywołanym pandemią Covid-19 i zdalnym nauczaniem, ⇒ problemy emocjonalne związane z osamotnieniem, frustracją wywołaną zdalnym nauczaniem. ⇒ deficyty rozwojowe: nadpobudliwość, słaba odporność na frustrację, niedojrzałość emocjonalna i społeczna, słaba kontrola wewnętrzna, ⇒ cechy charakteru takie jak: impulsywność, skłonność do zachowań ryzykownych, wysoki poziom lęku i niepokoju, ⇒ podatność na wpływy, ⇒ niski poziom oczekiwania sukcesu, ⇒ wcześnie występujące zachowania problemowe (zachowania opozycyjne, buntownicze, agresywne), ⇒ wczesne rozpoczynanie eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi (inicjacja przed 12 rokiem życia), ⇒ negatywne oczekiwania dotyczące skutków picia alkoholu i używania innych substancji. 	<p>Sfera psychologiczna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ poczucie przynależności do społeczności szkolnej, rówieśniczej, (integracja, akceptacja). ⇒ wysoka inteligencja, zdolność uczenia się, ciekawość poznawcza, ⇒ posiadanie planów i celów życiowych, aspiracje edukacyjne, ⇒ zrównoważony temperament, towarzyskość, dobre zdolności adaptacyjne, ⇒ sprawne mechanizmy samokontroli (radzenie sobie z negatywnymi emocjami, kontrola impulsów), ⇒ poczucie własnej wartości, wiara we własne możliwości, ⇒ optymizm i pogoda ducha, ⇒ umiejętności problemów, asertywność, poczucie własnej skuteczności.
<p>Sfera rodzinna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ rozwód, separacja rodziców, częsta nieobecność jednego z rodziców spowodowana wyjazdem za granicę w celach zarobkowych, ⇒ rodzicielskie wzorce zachowań dysfunkcyjnych. ⇒ niekorzystne czynniki prenatalne (palenia papierosów lub picie alkoholu przez matkę w czasie ciąży), ⇒ brak więzi z rodzicami, wrogość wobec dziecka, ⇒ konflikty rodzinne, ⇒ nieprawidłowa realizacja ról rodzicielskich (słaby 	<p>Sfera rodzinna:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ silna więź emocjonalna dzieci z rodzicami, ⇒ zainteresowanie rodziców sytuacją szkolną dziecka, ⇒ współpraca rodziców ze szkołą. ⇒ wsparcie ze strony rodziców, zaspokajanie potrzeb dziecka (emocjonalnych, poznawczych, społecznych i materialnych), ⇒ zasady rodzinne, jasne oczekiwania rodziców

<p>nadzór nad dzieckiem, małe zaangażowanie rodziców w aktywność dziecka, niekonsekwencja wychowawcza),</p> <p>⇒ przyzwalające postawy rodziców wobec różnych zachowań problemowych dzieci,</p> <p>⇒</p> <p>ntyspoleczne wzorce ról w dzieciństwie, negatywne wzory starszego rodzeństwa (picie, palenie, używanie narkotyków).</p>	
<p>Sfera społeczna:</p> <p>⇒</p> <p>acisk grupy rówieśniczej – negatywna presja rówieśnicza,</p> <p>⇒</p> <p>byt łatwa dostępność substancji odurzających,</p> <p>⇒</p> <p>oda na zażywanie środków odurzających.</p> <p>⇒ przynależność do niekonstruktywnej grupy rówieśniczej (rówieśnicy z problemami w zachowaniu, nie respektujący norm społecznych, używający substancji psychoaktywnych),</p> <p>⇒ obserwowanie u rówieśników aprobaty dla używania substancji psychoaktywnych,</p> <p>⇒ odrzucenie przez rówieśników,</p> <p>⇒</p> <p>yberprzemoc.</p> <p>⇒ bieda, niski status społeczno-ekonomiczny,</p> <p>⇒</p> <p>rzestępczość, nieprzestrzeganie prawa.</p>	<p>3. Sfera społeczna:</p> <p>⇒</p> <p>raktyki religijne,</p> <p>⇒</p> <p>oszanowanie norm, wartości, autorytetów, tradycji.</p> <p>⇒</p> <p>ryzależność do pozytywnej grupy rówieśniczej (rówieśnicy akceptujący normy, z aspiracjami edukacyjnymi, prospołeczni).</p> <p>⇒ zaangażowanie w konstruktywną działalność (dostęp do klubów młodzieżowych, klubów sportowych, wolontariat),</p> <p>⇒ przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo (dostęp do ośrodków rekreacji, klubów, poradni, ośrodków interwencji kryzysowej),</p> <p>⇒ obecność wspierających, mądrych dorosłych (wychowawców itp.).</p>
<p>Sfera szkolna:</p> <p>⇒ niski poziom wiedzy o skutkach zażywania narkotyków,</p> <p>⇒ niewystarczające kompetencje nauczycieli w zakresie rozpoznawania środków odurzających,</p> <p>⇒</p> <p>iewystarczająca integracja zespołów klasowych i integracja społeczna dzieci,</p> <p>⇒</p> <p>rak motywacji i zniechęcenie do nauki,</p> <p>⇒</p> <p>rudności adaptacyjne spowodowane zdalnym nauczaniem – brak bezpośredniego kontaktu z nauczycielami i rówieśnikami.</p> <p>⇒ <u>czasowe odizolowanie uczniów z grup rówieśniczych ze względu na COVID-19,</u></p> <p>⇒ zły klimat społeczny szkoły, brak wsparcia nauczycieli,</p> <p>⇒ wczesne niepowodzenia w nauce,</p> <p>⇒ negatywny stosunek do szkoły i obowiązków szkolnych,</p> <p>⇒</p>	<p>Sfera szkolna:</p> <p>⇒</p> <p>twarta komunikacja w środowisku szkolnym,</p> <p>⇒</p> <p>rzyjazny klimat szkoły, wsparcie nauczycieli,</p> <p>⇒</p> <p>ysokie poczucie bezpieczeństwa w szkole,</p> <p>⇒</p> <p>asne i przejrzyste zasady obowiązujące w szkole,</p> <p>⇒</p> <p>rospołecznie nastawiona grupa rówieśnicza,</p> <p>⇒</p> <p>ymaganie od uczniów odpowiedzialności i udzielania sobie wzajemnej pomocy,</p> <p>⇒</p> <p>twarzanie okazji do przeżywania sukcesu i rozpoznawania własnych osiągnięć,</p> <p>⇒</p> <p>decydowany brak akceptacji przez szkołę dla przemocy i używek,</p> <p>⇒</p> <p>ieobecność środków odurzających w szkole.</p>

Źródło: Dane ze szkół z Gminy Zalewo

Rozdział III

Instytucje i organizacje współpracujące przy realizacji programu

3.1. Działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zalewie jest jedną z instytucji pracującą m.in. z osobami uzależnionymi od alkoholu, rodziną uzależnionego oraz prowadzą działania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie. Poniższa tabela przedstawia dane obrazujące skalę działań podejmowanych przez Ośrodek na przełomie lat.

Tabela 13. Działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

Pomoc Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej			
	2018 r.	2019 r.	2020 r.
Liczba osób objętych pomocą przez MOPS, w tym:	515	804	709
- osoby nadużywającego alkoholu	86	75	59
Liczba rodzin, w których nadużywa się alkoholu, w tym:	31	17	23
- pijący ojciec	20	9	16
- pijąca matka	5	4	2
- oboje rodzice piją	6	4	5
Liczba dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym	70	36	51
Liczba osób pijących, a nieposiadających zobowiązań rodzinnych	49	54	31
Liczba osób wobec których stosowane są formy przemocy	18	11	16
Liczba dzieci w rodzinach, w których realizowana jest procedura „Niebieskiej Karty”	16	8	28

3.2. Działalność Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Tabela 14. Działalność Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

2018	2019	2020
<ul style="list-style-type: none"> • odbyło się 10 posiedzeń Komisji, • wszczęto postępowanie w sprawie o leczenie odwykowe wobec 27 osób oraz kontynuowała procedury wszczęte w latach wcześniejszych, • Gminna Komisja wystosowała 	<ul style="list-style-type: none"> • odbyło się 13 posiedzeń Komisji, • wobec 23 osób wszczęto procedurę zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu zgłoszonych oraz kontynuowano procedury wszczęte w latach poprzednich, 	<ul style="list-style-type: none"> • odbyło się 9 posiedzeń Komisji, • wobec 21 osób wszczęto procedurę zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu zgłoszonych w 2020 r. oraz kontynuowano procedury wszczęte w latach poprzednich,

2018	2019	2020
<p>58 wezwań na rozmowy motywujące do podjęcia leczenia,</p> <ul style="list-style-type: none"> • przeprowadziła 23 rozmowy motywujące (osoby, które stały się na wezwanie), • na badanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu skierowanych zostało 26 osób, • w wyniku przeprowadzonych badań uzyskano 15 opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, • do Sądu Rejonowego w Łławie złożono 21 wniosków o zastosowanie obowiązku leczenia odwykowego oraz 2 wnioski w sprawie zmiany sposobu leczenia, • postanowieniem Sądu skierowanych na badanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu zostało 13 osób. • Komisja zaopiniowała pozytywnie 15 wniosków o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych 	<ul style="list-style-type: none"> • wystosowano 61 wezwań na rozmowy motywujące do podjęcia leczenia, • przeprowadzono rozmowy motywujące z 25 osobami (osoby, które zgłosiły się na wezwanie), • 30 osób skierowano na badanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu; badanie wykonywane jest przez dwóch lekarzy: psychologa i psychiatrę i kończy się wydaniem opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, która zawiera informacje czy u osoby badanej występuje zespół zależności alkoholowej oraz wskazanie rodzaju zakładu leczniczego. • złożono 18 wniosków do Sądu Rejonowego w Łławie III Wydział Rodzinny i Nieletnich o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, • złożono 3 wnioski do Sądu Rejonowego w Łławie III Wydział Rodzinny i Nieletnich w sprawie zmiany sposobu leczenia odwykowego, • zaopiniowano 20 wniosków o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, • udział członków Komisji w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie – 17 powołań do grup roboczych, • udział 2 członków komisji 	<ul style="list-style-type: none"> • wystosowano 36 wezwań na rozmowy motywujące do podjęcia leczenia, • przeprowadzono rozmowy motywujące z 13 osobami (osoby, które zgłosiły się na wezwanie), • 9 osób skierowano na badanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu wykonywane przez dwóch lekarzy: psychologa i psychiatrę, kończące się wydaniem opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, która zawiera informacje czy u osoby badanej występuje zespół zależności alkoholowej oraz wskazanie rodzaju zakładu leczniczego, w tym: 4 osoby stały się na badanie w wyznaczonym terminie, • 9 osób zostało skierowanych na badanie postanowieniem Sądu Rejonowego w Łławie III Wydział Rodzinny i Nieletnich, • złożono 18 wniosków do Sądu Rejonowego w Łławie III Wydział Rodzinny i Nieletnich o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, • złożono 4 wnioski do Sądu Rejonowego w Łławie III Wydział Rodzinny i Nieletnich w sprawie zmiany sposobu leczenia odwykowego, • zaopiniowano 9 wniosków o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, • udział członków Komisji w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego ds.

2018	2019	2020
	w szkoleniu z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu, przeciwdziałania przemocy, przemocy seksualnej i innych form krzywdzenia dzieci oraz zachowania autodestrukcyjne wśród osób nieletnich.	Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, <ul style="list-style-type: none"> • udział w 20 grupach roboczych, w tym 15 nowych powołań do grup roboczych w 2020 r., • udział członków komisji w 90 posiedzeniach grup roboczych.

3.3 Działalność Punktu Konsultacyjnego w Zalewie

Uczestnikami punktu są osoby uzależnione od alkoholu, osoby współuzależnione czyli rodzina osoby uzależnionej, Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA), osoby wobec których stosowana jest przemoc oraz sprawcy przemocy, a także osoby, które utrzymują abstynencję i wspomagają się kontaktem z terapeutą. Osoby korzystające z pomocy Punktu są tam najczęściej kierowane przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Policję, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, kuratorów oraz grupy robocze działające przy Zespole Interdyscyplinarnym w Zalewie. Pracownicy Punktu utrzymują stały kontakt z w/w instytucjami oraz rodzinami potrzebującymi pomocy terapeutycznej.

Tabela 15. Działalność Punktu Konsultacyjnego

2018	2019	2020
<ul style="list-style-type: none"> • 46 osób z problemem alkoholowym (łącznie udzielono 443 porady), • 17 dorosłych członków rodziny osoby z problemem alkoholowym (łącznie udzielono 48 porad), • 6 osób doznających przemocy w rodzinie (łącznie udzielono 16 porad), • 4 osoby stosujące przemoc w rodzinie (łącznie udzielono 24 porady), • z pomocy Punktu skorzystało 19 osób, które ukończyły podstawowy program leczenia odwykowego (łącznie udzielono 190 porad), • 1 osoba pijąca ryzykownie i szkodliwie (łącznie udzielono 5 porad), 	<ul style="list-style-type: none"> • 52 osoby z problemem alkoholowym (łącznie udzielono 286 porad), • 18 dorosłych członków rodziny osoby z problemem alkoholowym (łącznie udzielono 40 porad), • 6 osób doznających przemocy w rodzinie (łącznie udzielono 11 porad), • z pomocy Punktu skorzystało 17 osób, które ukończyły podstawowy program leczenia odwykowego (łącznie udzielono 116 porad), • 3 dzieci z rodzin z problemami 	<ul style="list-style-type: none"> • 42 osoby z problemem alkoholowym (łącznie udzielono 322 porady), • 14 dorosłych członków rodziny osoby z problemem alkoholowym (łącznie udzielono 44 porady), • 6 osób doznających przemocy w rodzinie (łącznie udzielono 18 porad), • 7 osób stosujących przemoc w rodzinie (łącznie udzielono 47 porad), • 18 osób, które ukończyły podstawowy program leczenia odwykowego (łącznie udzielono 100 porad), • osoba pijąca ryzykownie i szkodliwie (łącznie 5 porad), • dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi (łącznie udzielono 6 porad), • udzielono wsparcia dla dzieci i rodziców dzieci z zaburzeniami

• 4 dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi (łącznie udzielono 8 porad).	alkoholowymi (łącznie udzielono 5 porad).	emocjonalnymi (12 osób, łącznie 24 porady) ³¹ .
--	---	--

3.4 Działalność Posterunku Policji w Zalewie

Poniższa tabela przedstawia dane obrazujące skalę działań podejmowanych przez Posterunek Policji w Zalewie na przełomie lat.

Tabela 16. Działalność Posterunku Policji w Zalewie

Działalność Posterunku Policji w Zalewie			
	2018 r.	2019 r.	2020 r.
Liczba wniosków skierowanych o ukaranie w związku z alkoholem:			
⇒ zakłócenia porządku publicznego pod wpływem alkoholu	10	27	4
⇒ jazda pod wpływem alkoholu:	30	24	14
○ przypadki wykroczeń	21	10	5
○ przypadki przestępstw	9	14	9
⇒ spożywanie alkoholu w miejscach zabronionych ustawą:			
○ ilość mandatów karnych	21	18	7
○ ilość wniosków do sądu	1	7	0
○ pouczenia	17	18	15
Ilość przeprowadzonych interwencji:			
⇒ w rodzinie	74	22	18
⇒ w miejscu publicznym	846	650	36
⇒ ilość wszczętych procedur „Niebieskiej Karty”	19	8	15
Ilość osób zatrzymanych do wytrzeźwienia:			
⇒ odwiezionych do miejsca zamieszkania	7	3	6
⇒ osadzonych w KPP w Iławie	8	13	9
Ilość nieletnich pod wpływem alkoholu	9	2	1
Ilość zatrzymanych praw jazdy za jazdę w stanie nietrzeźwym	4	5	4

3.5 Działania skierowane do dzieci i młodzieży

Formy pracy wychowawczej, działalności profilaktycznej oraz bezpieczeństwo w szkole 2020/2021:

1. Akcje/programy realizowane na terenie szkoły mające wpływ na bezpieczeństwo uczniów:

- ⇒ **"Zasady zdrowego stylu życia w trakcie pandemii"** – zamieszczanie informacji skierowanych do uczniów i rodziców na stronie internetowej szkoły, przekazywanie uczniom zaleceń i zasad zachowania się podczas pandemii za pomocą poczty elektronicznej i komunikatorów internetowych.
- ⇒ **Akademia Bezpiecznego Puchatka** - ogólnopolski program edukacyjny skierowany do uczniów klas I szkół podstawowych, obejmujący tematykę związaną z bezpieczeństwem dzieci w czterech sferach: na drodze, w domu, w szkole oraz w

³¹ Sprawozdanie z realizacji Gminnych Programów 2018 - 2020

Internecie.

- ⇒ **Konkurs plastyczny „Bezpiecznie na wsi – od 30 lat z KRUS wypadkom zapobiegamy”** – ogólnopolski konkurs plastyczny.
- ⇒ **„Kręci mnie bezpieczeństwo na stoku”** - ogólnopolski konkurs plastyczny zorganizowany w ramach akcji informacyjno – edukacyjnej „Kręci mnie bezpieczeństwo na stoku”. Organizatorem konkursu była Komenda Główna Policji wraz z Partnerami.
- ⇒ **Klasowy rajd rowerowy** – 23.06.2021. – wycieczka rowerowa klas IV i V połączona z zajęciami dotyczącymi bezpiecznego zachowania się na drodze oraz w miejscach wypoczynkowych.
- ⇒ Wycieczka uczniów klas 0-III odwiedzili do jednostki **Ochotniczej Straży Pożarnej w Dobrzykach**. Podczas tego spotkania dzieci poznały pracę strażaka - ochotnika, mogły obejrzeć sprzęt strażacki, przymierzyć stroje oraz posiedzieć w wozie strażackim. Strażacy przygotowali dla uczniów niespodziankę – zabawa hydronetką.

2. Akcje/programy o charakterze wychowawczym i profilaktycznym:

- ⇒ **„Ekomisja – Nie marnuję!”** - celem projektu jest edukacja dzieci i młodzieży na temat ekologii, zdrowego stylu życia oraz niemarnowania zasobów, w tym żywności.
- ⇒ **Ogólnopolski dzień ziemi** – prezentacja multimedialna w trakcie zdalnego nauczania.
- ⇒ **Zdalny poradnik pedagoga szkolnego** – udostępnianie uczniom materiałów na tematy takie jak: skuteczne metody nauki, motywacja do nauki, warunki do nauki.
- ⇒ **Konkurs plastyczny dla klas 0-III „Segregujemy śmieci”**.

3. Programy dotyczące zdrowego żywienia:

- ⇒ **Program dla szkół** - unijny program polegający na dostarczaniu dzieciom owoców i warzyw oraz mleka i produktów mlecznych. Program ma propagować wśród dzieci zdrowe nawyki żywieniowe. Działania edukacyjne stanowią kolejny główny element „Programu dla szkół”. Dzięki nim dzieci uczą się zasad zdrowego odżywiania, w szczególności poznają korzyści diety bogatej w owoce, warzywa i produkty mleczne, a także uczą się o ich pochodzeniu, uprawie i produkcji oraz m.in. jak postępować, aby nie marnować żywności.

Tabela 17. Programy realizowane w szkołach

Lp.	Tematyka	Odbiorcy	Data	Prowadzący
1	Program edukacyjny „Dziel się uśmiechem”	Kl. I-VI	Wrzesień 2020r.	Opiekun SK PCK
2	Pierwsza pomoc – szkolenie	kl. I, V, VI, VIII	Październik 2020r.	Instruktor z WR PCK w Morągu
3	Akcja Donacja	kl. VI-VIII (dziewczęta)	Czerwiec 2021r.	Opiekun SK PCK
4	„Bezpieczny uczeń – jak unikać zagrożeń”. Spotkanie online	Kl. I-III	Luty 2021r.	Komenda Wojewódzką Policji w Olsztynie wspólnie z Kuratorem Oświaty w Olsztynie.

Tabela 18. Inne istotne działania z zakresu profilaktyki, 2018 rok.

Rok 2018

- ⇒ Organizacja wycieczki letniej dla dzieci i młodzieży szkolnej z rodzin dotkniętych chorobą alkoholową. (W trybie konkursowym, wyłoniono wykonawcę zadania, tj. Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Oświatowo – Wychowawczych im. Teresy Kras z siedzibą w Lublinie. Kolonia została zorganizowana w miejscowości Iwonicz Zdrój (gmina Iwonicz-Zdrój, powiat krośnieński, województwo podkarpackie) dla 20 dzieci w terminie od 03.07.2018r. do 12.07.2018r. W ramach zadania dzieci miały możliwość uczestniczyć w zajęciach kulturalnych, sportowo - rekreacyjnych i profilaktycznych).
- ⇒ Organizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych z elementami profilaktyki uzależnień. (W trybie konkursowym, wyłoniono wykonawcę zadania, tj. Uczniowski Klub Sportowy „Ikar” z siedzibą w Dobrzykach. W zadaniu wzięło udział 20 uczestników. W ramach zadania zorganizowano zajęcia sportowo - rekreacyjne oraz zorganizowano zajęcia z pedagogiem, psychologiem, pracownikiem MOPS-u w Zalewie, na których to dzieci i młodzież w formie zabaw, warsztatów oraz współpracy w grupie z innymi dziećmi poznawała prawidłowe wzorce zachowań).
- ⇒ Udział w Kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł” - w ramach kampanii uzyskano materiały edukacyjne z zakresu profilaktyki uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy, które zostały przekazane do instytucji w celu ich rozpowszechnienia, w szczególności do szkół, MOPS, ośrodka zdrowia, Posterunku Policji
- ⇒ Zorganizowane zostały warsztaty profilaktyczne dla dzieci i młodzieży szkolnej z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym oraz przeciwdziałania przemocy i agresji rówieśniczej, w tym cyberprzemocy; łącznie odbyło się 12 warsztatów.
- ⇒ Udział pracownika merytorycznego w szkoleniach z zakresu wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz zadań Gminnej Komisji.
- ⇒ Dofinansowanie dwóch turnusów „Zielonych wakacji” organizowanych przez M-GCK w Zalewie.
 - sfinansowanie montażu placu zabaw w miejscowości Jaśkowo,
 - podniesienie standardu pomieszczenia Punktu Konsultacyjnego w Zalewie.

Tabela 19. Inne istotne działania z zakresu profilaktyki, 2019 rok.

Rok 2019

- ⇒ Organizacja wycieczki letniej dla dzieci i młodzieży szkolnej z rodzin dysfunkcyjnych. (W trybie konkursowym, wyłoniono realizatora zadania, tj. Polskie Towarzystwo Krajoznawcze z siedzibą w Zielonej Górze. Kolonia została zorganizowana w nadmorskiej miejscowości Grzybowo (k. Kołobrzegu) dla 15 dzieci w terminie od 24.07.2019r. do 03.08.2019r. W ramach zadania dzieci miały możliwość uczestniczyć w zajęciach kulturalnych, sportowo - rekreacyjnych i profilaktycznych).
- ⇒ Organizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych z elementami profilaktyki uzależnień. (W trybie konkursowym, wyłoniono realizatora zadania, tj. Uczniowski Klub Sportowy „Ikar” z siedzibą w Dobrzykach. W zadaniu wzięło udział 20 uczestników. W ramach zadania zorganizowano zajęcia sportowo - rekreacyjne oraz zajęcia profilaktyczne z pedagogiem, psychologiem i pracownikiem MOPS-u w Zalewie, na których to dzieci i młodzież poprzez ruch i zabawę uczyły się współpracy w grupie oraz poznawała prawidłowe wzorce zachowań).
- ⇒ Udział w Kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł” - w ramach kampanii uzyskano materiały edukacyjne z zakresu przeciwdziałania wyuczonej bezradności wśród dzieci i młodzieży (scenariusze, karty pracy, ulotki, plakaty), które zostały przekazane do szkół.
- ⇒ Zorganizowano 16 warsztatów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży szkolnej z zakresu przemocy i agresji rówieśniczej,

- ⇒ Sfinansowanie dwóch turnusów „Zielonych wakacji” organizowanych przez Miejsko-Gminne Centrum Kultury w Zalewie,
- ⇒ Sfinansowanie montażu placu zabaw w miejscowości Girgajny.

Tabela 20. Inne istotne działania z zakresu profilaktyki, 2020 rok.

Rok 2020

- ⇒ Dla 7 grup zrealizowano program profilaktyczny pn. „Spójrz inaczej” skierowany dla dzieci i młodzieży szkolnej, którego celem jest zapobieganie uzależnieniom i innym destrukcyjnym zachowaniom oraz nieprawidłowej adaptacji społecznej dzieci w wieku wczesnoszkolnym poprzez wspieranie prawidłowego rozwoju i rozwijanie umiejętności psychospołecznych kluczowych dla tego okresu rozwojowego (klasy I – III) oraz zapobieganie zachowaniom ryzykownym i destrukcyjnym w klasie szkolnej oraz problemom zdrowia psychicznego u dzieci w wieku 10 – 13 lat.
- ⇒ Sfinansowanie montażu placu zabaw w Zalewie przy ul. Mickiewicza,
- ⇒ W związku z panującą sytuacją epidemiologiczną w kraju zrezygnowano z ogłoszenia otwartego konkursu ofert na realizację zadań publicznych polegających na organizacji wypoczynku letniego dla dzieci i młodzieży szkolnej z rodzin dysfunkcyjnych oraz organizacji pozalekcyjnych zajęć sportowych z elementami profilaktyki uzależnień.

Rozdział IV Adresaci Programu

4.1 Adresaci Programu

Działania wyznaczone w Programie Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Zalewo na rok 2022 mają charakter ciągły i są skierowane do:

- ⇒ mieszkańców gminy (w ramach działań profilaktycznych),
- ⇒ osób zagrożonych uzależnieniem oraz współuzależnieniem,
- ⇒ osób/ instytucji zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii,
- ⇒ osób uzależnionych, osób dotkniętych i/bądź zagrożonych przemocą w rodzinie, osób stosujących przemoc w rodzinie,
- ⇒ rodzin osób z problemem uzależnień, przemocy w rodzinie,
- ⇒ placówek oświatowych oraz organizacji pozarządowych.

Rozdział V

Cele oraz realizacja Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na rok 2022

5.1. Cel główny, cele szczegółowe oraz realizacja Programu

Głównym celem wyznaczonym w Gminnym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo na rok 2022 jest:

Ograniczenie występowania negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych będących wynikiem używania alkoholu i narkotyków oraz innych zachowań ryzykownych.

Osiągnięciu celu głównego ma służyć realizacja przedstawionych poniżej celów szczegółowych. Będzie to możliwe przy zaangażowaniu wszystkich instytucji działających na terenie gminy, podmiotów społecznych i gospodarczych oraz przedstawicieli społeczności lokalnej. Gminny Program uwzględni również cele określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025.

Cel I. Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem oraz rodzinom dotkniętym przemocą

<i>Planowane działania</i>	<i>Planowani realizatorzy / Wskaźniki</i>
1) Prowadzenie Punktu Konsultacyjnego dla osób uzależnionych i ich rodzin oraz rodzin dotkniętych przemocą; 2) Podniesieniem standardu pomieszczenia Punktu Konsultacyjnego w Zalewie, w tym zakup niezbędnego wyposażenia (w miarę potrzeb).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gmina Zalewo ➤ Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ➤ Osoby zatrudnione w Punkcie <hr/> 1) Liczba punktów konsultacyjnych. 2) Liczba osób korzystających z pomocy punktu konsultacyjnego. 3) Liczba porad udzielonych osobom korzystającym z punktu konsultacyjnego.

Cel II. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy uzależnień, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie

<i>Planowane działania</i>	<i>Planowani realizatorzy / Wskaźniki</i>
1) Podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osób uzależnionych od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego poprzez: 2) przyjmowanie zgłoszeń dotyczących osób nadużywających alkoholu w celu wszczęcia procedury leczenia odwykowego, 3) prowadzenie rozmów interwencyjno – motywacyjnych z osobami zgłoszonymi na leczenie odwykowe, 4) kierowanie osób zgłoszonych na badanie	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gmina Zalewo ➤ Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ➤ Osoby zatrudnione w Punkcie ➤ Lekarze biegli sądowi (psycholog i psychiatra) ➤ Sąd ➤ Instytucje szkolące <hr/> 1) Liczba osób zgłoszonych na leczenie odwykowe.

<p>przez biegłych sądowych w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego,</p> <p>5) kierowanie wniosków do sądu o zastosowanie obowiązku do poddania się leczeniu odwykowemu oraz zmianę sposobu leczenia odwykowego.</p> <p>6) Zapewnienie technicznej obsługi Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych poprzez zakup wyposażenia, sprzętu, materiałów i artykułów biurowych na potrzeby obsługi GKRPA oraz niezbędnych do realizacji Programu;</p> <p>7) Organizowanie lub dofinansowanie szkoleń i konferencji dla przedstawicieli służb i instytucji powiązanych z tematem zjawiska przemocy, mechanizmów przemocy w rodzinie i ich wpływu na funkcjonowanie osób doświadczających lub stosujących przemoc, możliwości udzielania pomocy rodzinom z problemem alkoholowym i przemocy, podnoszenie kompetencji podmiotów działających na terenie gminy na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie;</p> <p>8) Dystrybucja materiałów informacyjno - edukacyjnych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i przemocy w rodzinie wśród mieszkańców.</p> <p>9) Działalność informacyjno-edukacyjna w różnych instytucjach, w tym upowszechnianie informacji dotyczących dostępnych adresów, gdzie można skorzystać ze specjalistycznej pomocy.</p>	<p>2) Liczba osób skierowanych na badanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu.</p> <p>3) Liczba złożonych wniosków do sądu.</p> <p>4) Liczba osób biorących udział w szkoleniach/konferencjach/spotkaniach.</p>
--	--

Cel III. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych

<i>Planowane działania</i>	<i>Planowani realizatorzy / Wskaźniki</i>
<p>1) Realizacja programów profilaktycznych oraz prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej i szkoleniowej wśród dzieci i młodzieży oraz dorosłych;</p>	<p>➤ Gmina Zalewo</p> <p>➤ Gminna komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych</p>

<p>2) Realizacja programu zagospodarowania czasu wolnego dzieci i młodzieży oraz programu promowania zdrowego stylu życia m.in. poprzez organizację zajęć pozalekcyjnych, urządzenie terenu rekreacyjno – sportowego służącego propagowaniu zdrowego stylu życia;</p> <p>3) Realizacja zajęć edukacyjnych z zakresu zasad korzystania przez dzieci i młodzież z Internetu;</p> <p>4) Upowszechnianie informacji o miejscach pomocowych tj. telefony zaufania, darmowe infolinie;</p> <p>5) Realizowanie zajęć profilaktycznych w zakresie rozwijania kompetencji psychospołecznych dzieci i młodzieży, w tym wzmacniania obszarów stanowiących podstawę do określenia własnych mocnych stron, wzmacnianie samooceny,</p> <p>6) Udział w kampaniach z zakresu profilaktyki uzależnień i przeciwdziałania przemocy w rodzinie.</p> <p>7) Organizacja wypoczynku letniego wraz z programem profilaktycznym dla dzieci i młodzieży;</p> <p>8) Organizowanie szkoleń/warsztatów edukacyjnych dla rodziców z zakresu rozwijania kompetencji wychowawczych rodziców i opiekunów;</p> <p>9) Poszerzanie kompetencji pracowników oświaty, pomocy społecznej, administracji samorządowej, służby zdrowia, Policji, członków Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w zakresie uzależnień behawioralnych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Szkoły ➤ Policja ➤ Ośrodek Pomocy Społecznej ➤ Organizacje pozarządowe ➤ Instytucje szkolące <hr/> <p>1. Liczba zrealizowanych programów/warsztatów profilaktycznych.</p> <p>2. Liczba zrealizowanych kampanii edukacyjnych.</p> <p>3. Liczba uczestników działań profilaktycznych.</p>
---	---

Cel IV. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych

<i>Planowane działania</i>	<i>Planowani realizatorzy / Wskaźniki</i>
<p>1) Podnoszenie kwalifikacji członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz wskazanego pracownika urzędu poprzez udział w konferencjach, szkoleniach, warsztatach oraz związane z tym koszty udziału i dojazdu;</p> <p>2) Poszerzanie kompetencji pracowników oświaty, pomocy społecznej, administracji samorządowej, służby zdrowia, Policji, członków Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w zakresie oddziaływań profilaktycznych, podejmowania interwencji w sytuacjach problemowych oraz umiejętności</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gmina Zalewo ➤ Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ➤ Szkoły ➤ Policja ➤ Ośrodek Pomocy Społecznej ➤ Ośrodek Zdrowia ➤ Sąd ➤ Instytucje szkolące <hr/> <p>1) Liczba osób uczestniczących w</p>

<p>psychospołecznych poprzez finansowanie dla nich szkoleń i warsztatów tematycznych;</p> <p>3) Współpraca z instytucjami działającymi w sferze przeciwdziałania uzależnieniom oraz przemocy w rodzinie, tj. Sądem Rejonowym w Iławie, Służbą Zdrowia, Policją, Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Szkołami.</p>	<p>szkoleniach/konferencjach/warsztatach.</p>
<p>Cel V. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego</p>	
<p><i>Planowane działania</i></p>	<p><i>Planowani realizatorzy / Wskaźniki</i></p>
<p>1) Dokonywanie kontroli przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982r.;</p> <p>2) Podejmowanie interwencji w przypadku złamania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim lub nietrzeźwym oraz w przypadku złamania zakazów promocji i reklamy napojów alkoholowych;</p> <p>3) Zorganizowanie szkolenia dla sprzedawców napojów alkoholowych (w miarę potrzeb).</p>	<p>➤ Gmina Zalewo</p> <p>➤ Gminna komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych</p> <hr/> <p>1) liczba skontrolowanych placówek handlowych i gastronomicznych;</p> <p>2) liczba ujawnionych przypadków łamania prawa;</p> <p>3) liczba przeszkolonych sprzedawców</p>

5.2. Realizacja, monitoring i ewaluacja Programu

Podmiotami odpowiedzialnymi za realizację działań są grupy, instytucje oraz organizacje funkcjonujące na terenie gminy lub obejmujące zasięgiem działania jej mieszkańców, które prowadzą działalność na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania uzależnieniom. Efektywna realizacja Programu wymaga stworzenia w środowisku pozytywnej atmosfery wokół problemów, które ma rozwiązywać oraz ścisłej współpracy wszystkich instytucji oraz osób stykających się z problemem uzależnień, w tym m.in.:

- ⇒ Oświata,
- ⇒ Poradnia Psychologiczno – Pedagogiczna w Iławie,
- ⇒ Stacja Sanitarno – Epidemiologiczną w Iławie,
- ⇒ Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Zalewie,
- ⇒ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zalewie,
- ⇒ Posterunek Policji w Zalewie,
- ⇒ Sąd Rejonowy w Iławie,
- ⇒ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Iława.
- ⇒ Miejsko-Gminna Biblioteka Publiczna w Zalewie.

Burmistrz Zalewa sprawuje na bieżąco nadzór nad realizacją Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii, a także podejmuje niezbędne działania do osiągnięcia wyznaczonych celów. Burmistrz Zalewa przedstawia Radzie Miejskiej w Zalewie sprawozdanie z realizacji Gminnego

Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii.

Rozdział VI

Finansowanie Programu i zasady wynagrodzenia członków Komisji

6.1 Finansowanie Programu

1. Źródłem finansowania zadań Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Zalewo są środki finansowe budżetu gminy, w tym środki pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz środków pochodzących z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml.
2. W roku 2022, na realizację Gminnego Programu, planuje się przeznaczyć kwotę 194.000,00 zł.

6.2 Zadania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

W Gminie Zalewo działa Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zwana dalej „Komisją”, powołana na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przez Burmistrza Zalewa, realizująca w szczególności następujące zadania:

- 1) inicjowanie działań określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi;
- 2) udział w pracach grup roboczych działających przy zespole interdyscyplinarnym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- 3) podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego;
- 4) opiniowanie zgodności lokalizacji punktu sprzedaży napojów alkoholowych z uchwałą Rady Miejskiej w Zalewie w sprawie ustalenia maksymalnej liczby zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz zasad usytuowania miejsc sprzedaży napojów alkoholowych na terenie Gminy Zalewo;
- 5) przeprowadzanie kontroli przestrzegania warunków sprzedaży napojów alkoholowych na terenie Gminy,
- 6) współpraca z jednostkami organizacyjnymi i osobami prawnymi oraz innymi podmiotami uczestniczącymi w realizacji Programu.

Zgodnie z ustawą (art. 4¹ ust. 4) w skład Komisji wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

6.3 Zasady wynagradzania członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Komisja otrzymuje zryczałtowane wynagrodzenie za wykonywanie czynności związanych z pracą Komisji na następujących zasadach:

- 1) za udział w posiedzeniach Komisji przysługuje jej członkom wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości 111,00 zł brutto;

- 2) w związku z kontrolą przestrzegania zasad sprzedaży napojów alkoholowych, a także za udział w innych czynnościach pozostających w zakresie zadań Komisji przysługuje jej członkom wynagrodzenie w wysokości określonej w pkt. 1).
- 3) wynagrodzenie przysługuje członkom Komisji tylko wówczas, gdy potwierdzą oni swój udział w danej czynności składając własnoręczny podpis na stosownym dokumencie (np. liście obecności czy pod protokołem z czynności, w której brał udział).
- 4) Komisji przysługuje uprawnienie do zwrotu kosztów podróży służbowej (związanych z wykonywaniem zadań Komisji m.in. z kontrolą punktów sprzedaży, wyjazdami na szkolenia dla członków komisji) na zasadach przewidzianych w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 29 stycznia 2013 r. w sprawie należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej (Dz. U. z 2013r., poz. 167).
- 5) Członkowie Komisji będący pracownikami etatowymi gminnych jednostek samorządowych za wykonywanie czynności w godzinach pracy nie otrzymują wynagrodzenia.

Spis tabel i ilustracji

Tabela 1. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy klas V i VI	20
Tabela 2. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy chłopców z klas V i VI	21
Tabela 3. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy z klas VII i VIII	21
Tabela 4. Zachowaj trzeźwy umysł, rówieśnicy dziewczynek z klas VII i VIII	22
Tabela 5. Zachowaj trzeźwy umysł- rówieśnicy chłopców z klas VII i VIII	22
Tabela 6. Zachowaj trzeźwy umysł- klasy V i VI	23
Tabela 7. Zachowaj trzeźwy umysł- dziewczynki z klasy V i VI	23
Tabela 8. Zachowaj trzeźwy umysł- chłopcy z klasy V i VI	24
Tabela 9. Zachowaj trzeźwy umysł- klasy VII i VIII	24
Tabela 10. Zachowaj trzeźwy umysł- dziewczynki z klasy VII i VIII	25
Tabela 11. Zachowaj trzeźwy umysł- chłopcy z klasy VII i VIII	25
Tabela 12. Czynniki chroniące i czynnika ryzyka	26
Tabela 13. Działalność Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej	29
Tabela 14. Działalność Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	30
Tabela 15. Działalność Punktu Konsultacyjnego	32
Tabela 16. Działalność Posterunku Policji w Zalewie	33
Tabela 17. Programy realizowane w szkołach	35
Tabela 18. Inne istotne działania z zakresu profilaktyki, 2018 rok	35
Tabela 19. Inne istotne działania z zakresu profilaktyki, 2019 rok	36
Tabela 20. Inne istotne działania z zakresu profilaktyki, 2020 rok	37
Rysunek 1. Piramida wieku mieszkańców, 2020	18
Rysunek 2. Przyrost naturalny w latach 1995-2019	19