

UCHWAŁA NR XXVIII/197/26
RADY MIEJSKIEJ RADZYŃ CHEŁMIŃSKIEGO

z dnia 16 stycznia 2026 r.

w sprawie przyjęcia „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński na lata 2026 - 2029”.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.) art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151 z późn. zm.), art. 10 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939 z późn.zm.), **uchwała się, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się „Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński na lata 2026 - 2029”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Traci moc uchwała nr XL/321/22 Rady Miejskiej Radzyń Chełmińskiego z dnia 31 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia „Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Narkomanii oraz Uzależnień Behawioralnych dla Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński na lata 2022-2025”.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2026 r.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Zbigniew Makuracki



**Gminny Program Profilaktyki
i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
oraz Przeciwdziałania Narkomanii
na lata 2026-2029
DLA MIASTA I GMINY Radzyń Chełmiński**

Radzyń Chełmiński 2026

Spis treści

Wprowadzenie	3
Podstawy prawne	5
Rozdział I – Diagnoza.....	6
Wstęp.....	6
Diagnoza Problemów Społecznych – wnioski	6
Diagnoza Problemów Społecznych – rekomendacje	18
Dane statystyczne.....	22
Rozdział II – Założenia i Adresaci Programu.....	22
Rozdział III – Realizatorzy Programu (posiadane zasoby).....	24
Rozdział IV – Cele Programu	25
Rozdział V – Zadania Programu i sposoby ich realizacji.	26
Rozdział VI – Przewidywane rezultaty.....	31
Rozdział VII – Finansowanie zadań	32
Rozdział VIII –Gminna Komisja Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	33
Zadania Gminnej Komisji Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych:	33
Zasady wynagradzania Członków Komisji.....	34
Rozdział IX – Monitoring i ewaluacja.....	35
Rozdział X – Postanowienia końcowe.....	36

Wprowadzenie

Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii (zwany dalej Programem), zaplanowany został do realizacji na lata 2026-2029.

Z jednej strony, stanowi on kontynuację działań (programów) realizowanych w tym zakresie na terenie Gminy Radzyń Chełmiński we wcześniejszych latach, ale jednocześnie wprowadza nowe zadania ukierunkowane na profilaktykę i rozwiązywanie problemów uzależnień (alkoholowych, narkotykowych oraz behawioralnych).

Zaznaczyć trzeba, że ustawą z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r., poz. 2469), dokonano zmian dotyczących polityki państwa w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki uzależnień. Dotychczas uchwalane przez gminy/miasta programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania od substancji psychoaktywnych (względnie: przeciwdziałania narkomanii), mogą być rozszerzone o kwestie przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym (zgodnie z nowym brzmieniem art. 4¹ ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

Uzależnieniem behawioralnym, inaczej czynnościowym, nazywana jest grupa objawów związanych z wielokrotnym, długotrwałym i utrwalonym powtarzaniem konkretnej czynności. Działanie takie ma na celu zredukowanie złego samopoczucia i wewnętrznego napięcia poprzez osiągnięcie uczucia przyjemności, zaspokojenia, radości czy nawet euforii przez osobę wykonującą daną czynność. Często są to zachowania akceptowane społecznie. Przykładami uzależnień behawioralnych są: hazard, uzależnienie od komputera (oraz gier komputerowych), fonoholizm (uzależnienie od telefonu komórkowego), zakupoholizm, ortoreksja (nadmierna koncentracja na zdrowym odżywianiu).

Uzależnianie od alkoholu, jak również uzależnianie od narkotyków bądź substancji psychoaktywnych, są z kolei uzależnieniami fizjologicznymi. Tego rodzaju uzależnienia są charakteryzowane jako nabyta silna potrzeba stałego zażywania określonych substancji, odczuwana jako szereg dolegliwości fizycznych.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 1 i 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, samorząd gminny jest zobowiązany do prowadzenia działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu. W szczególności zadania te obejmują:

- 1) zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych;
- 2) udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- 3) 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;
- 4) wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- 5) podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów dotyczących reklamy napojów alkoholowych i zasad ich sprzedaży oraz występowania przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
- 6) wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

W kontekście nowego brzmienia art. 4¹ ust. 2, planując działania w ramach Programu, należy jednocześnie uwzględnić zadania wskazane do realizacji przez Narodowy Program Zdrowia 2021-2025. Jednym z celów operacyjnych jest „Profilaktyka uzależnień” (Cel operacyjny nr 2), do którego przypisano następujące zadania:

1. Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom.
2. Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu).
3. Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień.
4. Poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.
5. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin.
6. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie.
7. Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich.

Wobec wszystkich wymienionych zadań jako jednego z realizatorów wymieniono jednostki samorządu terytorialnego.

Niniejszy Program określa lokalną strategię w zakresie profilaktyki uzależnień oraz minimalizacji szkód społecznych i indywidualnych, wynikających z tychże uzależnień.

Jest także dostosowany do specyfiki problemów występujących na terenie Gminy Radzyń Chełmiński i uwzględnia lokalne możliwości realizacji pod względem prawnym, administracyjnym i ekonomicznym. Zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych mają charakter długofalowy i stanowią kontynuację wcześniej podejmowanych działań, co w dużym stopniu warunkuje ich skuteczność. Należy nadmienić, iż niniejszy Program może być modyfikowany w przypadku uzasadnionych potrzeb związanych z zapobieganiem i rozwiązywaniem problemów dot. uzależnień, uchwałami Rady Miejskiej.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, realizatorem Programu jest Ośrodek Pomocy Społecznej albo centrum usług społecznych, ewentualnie inna jednostka. W celu realizacji gminnego/miejskiego programu wójt/burmistrz/prezydent miasta może powołać pełnomocnika. W przypadku Gminy Radzyń Chełmiński, realizatorem będzie Referat Oświaty, Kultury, Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński. Jednakże, aby zapobiegać negatywnym zjawiskom społecznym, należy włączyć do współpracy oraz współrealizacji Programu również inne podmioty (wskazane w dalszej części Programu).

Podstawy prawne

Podstawy prawne opracowania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2026-2029:

Ustawy:

- 1) z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151 ze zm., ze szczególnym uwzględnieniem zmian wynikających z ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw; Dz. U. z 2021 r., poz. 2469);
- 2) z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r., poz. 1939 ze zm.);
- 3) z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1673, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wynikających z ustawy z dnia 9 marca 2023 r. w sprawie zmiany ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw; Dz. U. z 2023 r., poz. 535);
- 4) z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r., poz. 1670 ze zm.);
- 5) z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450 ze zm.);
- 6) z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 ze zm.);
- 7) z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2025 r., poz. 1338 ze zm.)

Rozdział I – Diagnoza

Wstęp

Konkretne działania profilaktyczne w zakresie uzależnień wymagają wiedzy o rozmiarach i charakterze zjawiska. Źródłem informacji dotyczących skali problemów alkoholowych i narkotykowych na terenie Gminy Radzyń Chełmiński jest Diagnoza Problemów Społecznych, którą przeprowadzono wśród mieszkańców w okresie wrzesień – listopad 2025 r. W badaniu łącznie wzięło udział 192 osoby (101 dorosłych mieszkańców, 63 uczniów szkół podstawowych, a także 28 przedstawicieli instytucji pomocowych). Badanie odnosiło się między innymi do takich problemów jak: uzależnienie od alkoholu, zażywanie narkotyków, przemoc domowa oraz uzależnienia behawioralne.

Z uwagi na bardzo obszerny charakter wskazanego dokumentu, na potrzeby niniejszego Programu zaprezentowane zostaną jedynie wybrane wnioski oraz rekomendacje, zawarte w Diagnozie (dot. problemów uzależnień).

W dalszej części niniejszego Rozdziału, zawarte zostały dane statystyczne dot. problemu uzależnień (dane z instytucji gminnych).

Diagnoza Problemów Społecznych – wnioski

Analiza badania dorosłych mieszkańców gminy

Problem alkoholowy

W zakresie częstotliwości spożywania alkoholu respondenci najczęściej deklarowali picie „kilka razy w roku” – takiej odpowiedzi udzieliło 36,63% badanych. Znacząca grupa (19,8%) wskazała, że w ogóle nie pije alkoholu. Kolejne wskazania dotyczyły picia „kilka razy w miesiącu” (12,87%), „rzadziej niż raz w roku” (9,9%), „raz w tygodniu” (8,91%) oraz „raz w miesiącu” (5,94%). Relatywnie niewielki odsetek mieszkańców deklarował picie „kilka razy w tygodniu” (3,96%) lub „codziennie” (1,98%). Układ odpowiedzi pokazuje przewagę spożywania okazjonalnego i rzadkiego, przy niewielkim udziale osób deklarujących bardzo częste lub codzienne korzystanie z alkoholu. Wśród osób spożywających alkohol najczęściej wybieranymi rodzajami trunków były piwo lub cydr oraz wino – oba typy napojów wskazało po 43,21% respondentów. W dalszej kolejności wymieniano wódkę (22,22%), mocne alkohole typu whisky, koniak czy drinki na bazie mocnych alkoholi (20,99%), a także nalewki i likiery (9,88%). Niewielki odsetek badanych wskazywał alkohol domowej produkcji lub pochodzący spoza legalnych źródeł (8,64%) oraz inne rodzaje alkoholu, w tym m.in. szampan. Struktura ta wskazuje na zróżnicowane preferencje, przy dominacji napojów o niższej mocy (piwo, wino) oraz istotnym, choć mniejszym, udziale napojów wysokoprocentowych.

Analiza miejsc spożywania alkoholu pokazuje, że najczęściej wskazywana była przestrzeń domowa – 56,79% respondentów deklarowało, że pije alkohol przede wszystkim w domu. Istotną rolę odgrywają również domy znajomych podczas zorganizowanych spotkań towarzyskich (urodziny, imieniny, sylwester itp.), które wskazało 46,91% badanych, oraz imprezy rodzinne (28,4%). Rzadziej wymieniano spożywanie alkoholu u znajomych podczas niezorganizowanych spotkań (13,58%), na świeżym powietrzu (9,88%) czy w lokalach gastronomicznych i rozrywkowych (restauracje, bary, puby, dyskoteki – 6,17%).

W odniesieniu do spożywania alkoholu w samotności ponad połowa ankietowanych (56,79%) deklarowała, że nigdy nie pije sama. Jednocześnie 23,46% badanych wskazało odpowiedź „rzadko”, 8,64% – „często”, a 11,11% – „zawsze lub praktycznie zawsze”. Dane wskazują więc na przewagę spożywania alkoholu w sytuacjach społecznych, przy jednoczesnym istnieniu wyodrębnionej grupy osób, które deklarują picie w samotności z różną częstotliwością.

Analiza subiektywnego opisu stanu fizycznego podczas spożywania alkoholu pokazuje, że 53,09% badanych określa swoje doświadczenia jako „praktycznie nie czuję wpływu alkoholu (bardzo mała dawka alkoholu)”, a 39,51% – „czuję lekkie rozluźnienie i szum w głowie (mała dawka alkoholu)”. Jedynie 6,17% mieszkańców deklarowało stan związany ze średnią dawką alkoholu (wyraźne rozluźnienie i nieznaczne problemy z koordynacją, mową i myśleniem), a 1,23% – stan związany z dużą dawką (znaczące problemy z koordynacją i myśleniem). Nikt nie wskazał stanu braku pamięci przebiegu zdarzeń. Udzielone odpowiedzi

sugerują, że większość badanych opisuje swoje spożycie alkoholu jako umiarkowane, choć w badanej grupie obecne są także deklaracje sytuacji związanych z wyższym poziomem upojenia.

Jeśli chodzi o wykonywanie obowiązków zawodowych pod wpływem alkoholu, 96,3% respondentów zadeklarowało, że nigdy im się to nie zdarzyło. Niewielki odsetek osób przyznał, że wykonywał obowiązki w pracy „czasami” (2,47%) lub „rzadko” (1,23%) pod wpływem alkoholu. W obszarze bezpieczeństwa ruchu drogowego 69,31% badanych zadeklarowało, że nigdy nie było świadkiem prowadzenia pojazdu przez osobę będącą pod wpływem alkoholu, natomiast 11,88% wskazało odpowiedź „czasami” i tyle samo „rzadko”. Dodatkowo 4,95% respondentów obserwowało takie sytuacje „bardzo często”, a 1,98% – „często”. Dane te pokazują, że w ocenie części mieszkańców zjawisko prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu jest obecne w lokalnym otoczeniu.

W kontekście obserwacji spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży 59,41% ankietowanych zadeklarowało, że nie widziało takich sytuacji, 25,74% odpowiedziało „nie wiem”, natomiast 14,85% wskazało, że zetknęło się z taką sytuacją. Należy podkreślić, że są to wyłącznie deklaracje oparte na subiektywnych obserwacjach respondentów. W ocenie zmian w zakresie spożycia alkoholu na przestrzeni ostatnich kilku lat 31,68% badanych uznało, że poziom spożycia jest stały, 28,71% oceniło, że spożycie „wzrasta”, a 9,9% – że „maleje”. Jednocześnie 29,7% respondentów zaznaczyło odpowiedź „trudno powiedzieć”. Odpowiedzi te pokazują, że mieszkańcy w zróżnicowany sposób postrzegają kierunek zmian związanych z używaniem alkoholu w swojej miejscowości, a istotna część badanych nie formułuje w tej kwestii jednoznacznej opinii.

Problem narkotykowy

W obszarze używania środków psychoaktywnych (narkotyki, dopalacze, leki używane w celach innych niż medyczne) zdecydowana większość dorosłych mieszkańców zadeklarowała brak kontaktu z tymi substancjami. Odpowiedź „nie zażywam środków psychoaktywnych” wskazało 95,05% respondentów. Pozostałe osoby przyznały, że zażywały takie substancje „tylko raz” (1,98%), „raz w roku lub mniej” (1,98%) lub „raz w miesiącu” (0,99%). Nikt nie zadeklarował przyjmowania środków psychoaktywnych z częstotliwością „kilka razy w miesiącu” lub częściej. Odpowiedzi te wskazują na marginalną skalę deklarowanego kontaktu z narkotykami, dopalaczami lub lekami używanymi pozamedycznie w badanej próbie dorosłych mieszkańców. Wśród osób, które kiedykolwiek sięgały po środki psychoaktywne, najczęściej wskazywanymi motywami były „ciekawość” oraz „przyjemność/relaksacja” – obie odpowiedzi pojawiły się u 60% tej grupy. Rzadziej wymieniano „presję grupy” (20%). Pozostałe motywacje, takie jak chęć bycia modnym, zaimponowania w towarzystwie, „dobra zabawa” czy zażycie substancji bez zgody, nie pojawiły się w udzielonych odpowiedziach.

W zakresie rodzaju substancji, po które sięgali respondenci mający kontakt z narkotykami lub podobnymi środkami, najczęściej wskazywana była marihuana lub haszysz (60% tej podgrupy). W dalszej kolejności wymieniano inne formy konopi, amfetaminę oraz kokainę/crack – po 20% wskazań każdej z tych kategorii. Nie pojawiły się deklaracje dotyczące dopalaczy, ekstazy, heroiny, tzw. „kompotu”, GHB, steroidów anabolicznych, substancji wziewnych czy leków o zastosowaniu niemedycznym. Należy jednak pamiętać, że są to odsetki liczone wyłącznie wśród niewielkiej grupy osób, które zadeklarowały używanie środków psychoaktywnych. Analiza czasu, jaki upłynął od ostatniego zażycia środków psychoaktywnych, pokazuje, że 60% osób mających kontakt z takimi substancjami zadeklarowało, iż było to ponad 12 miesięcy przed badaniem. Pozostałe osoby wskazały, że zażywały środki psychoaktywne „w ostatnim roku” (20%) lub „w ostatnim miesiącu” (20%).

Przyglądając się deklaracjom dotyczącym zażywania środków psychoaktywnych w samotności, 80% osób, które miały kontakt z takimi substancjami, zadeklarowało, że nigdy nie zażywa ich samodzielnie, natomiast 20% wskazało odpowiedź „często”. Dane te, choć odnoszą się do bardzo niewielkiej liczby grupy, pokazują, że część badanych wiąże używanie substancji z sytuacjami samotności.

Ocena dostępności środków psychoaktywnych w miejscowości badanych jest w dużej mierze niejednoznaczna. Aż 73,27% respondentów wybrało odpowiedź „nie wiem” na pytanie, czy zdobycie takich środków byłoby łatwe czy trudne. Jednocześnie 17,82% mieszkańców uznało, że zdobycie środków psychoaktywnych byłoby „łatwe”, natomiast 8,91% – że „trudne”. Podobny obraz wyłania się z pytania o znajomość miejsc sprzedaży: 84,16% badanych zadeklarowało, że nie zna miejsc, w których można nabyć narkotyki lub dopalacze. Niewielkie odsetki respondentów wskazywały na możliwość zakupu na osiedlu lub w centrum miejscowości (7,92%), przez Internet (5,94%), u konkretnej osoby (5,94%), w lokalach rozrywkowych (2,97%) czy w lokalnych siłowniach i klubach sportowych (0,99%).

W zakresie postaw wobec środków psychoaktywnych 85,15% respondentów uznało, że zażywanie narkotyków, dopalaczy lub leków w celach pozamedycznych jest „zdecydowanie” szkodliwe dla zdrowia, a 8,91% – że „raczej tak”. Niewielki odsetek osób wybrał odpowiedź „trudno powiedzieć” (4,95%), natomiast 0,99% badanych stwierdziło, że zażywanie takich środków „zdecydowanie nie”

jest szkodliwe. Poglądy dotyczące legalizacji marihuany są w badanej grupie zróżnicowane i w dużej części niezdecydowane. Odpowiedź „nie mam zdania” wybrało 40,59% mieszkańców, 33,66% opowiedziało się przeciwko legalizacji, natomiast 25,74% zadeklarowało poparcie dla legalizacji marihuany.

Przemoc i cyberprzemoc

W pytaniu dotyczącym znajomości osób doświadczających przemocy w swoim domu 52,48% mieszkańców zadeklarowało, że nie zna takich osób, 24,75% wskazało odpowiedź „tak”, a 22,77% – „nie wiem”. Oznacza to, że co czwarty respondent identyfikuje w swoim otoczeniu osoby, które doświadczają przemocy domowej, a jednocześnie znaczna część badanych nie potrafi jednoznacznie ocenić, czy takie sytuacje występują w ich bezpośrednim środowisku. Analiza deklaracji dotyczących osobistego doświadczania przemocy pokazuje, że 80,2% respondentów zadeklarowało, iż nigdy nie doświadczyli żadnej formy przemocy. Jednocześnie 11,88% wskazało, że doświadczyło przemocy ponad 12 miesięcy przed badaniem, a po 3,96% badanych zadeklarowało doświadczenie przemocy w okresie ostatnich 30 dni lub w okresie ostatnich 12 miesięcy.

Wśród osób deklarujących doświadczenie przemocy najczęściej wskazywaną formą była przemoc psychiczna – zadeklarowało ją 80% tej grupy. Kolejno wymieniano przemoc fizyczną (50%), mobbing (25%), zaniedbanie (10%) oraz przemoc ekonomiczną (5%). Dodatkowo 5% osób zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”, co może wskazywać na trudność w jednoznacznym zakwalifikowaniu własnych doświadczeń. Osoby wskazujące doświadczenie przemocy zostały poproszone o określenie, kto wobec nich stosował takie zachowania. W odpowiedziach pojawiały się różne typy relacji rodzinnych, towarzyskich i zawodowych. Po 15% wskazań dotyczyło ojca/opiekuna, znajomych/przyjaciół oraz kategorii „Inne odpowiedzi”. Po 10% badanych z tej grupy wymieniano matkę/opiekunkę, brata, partnera/partnerkę oraz pracodawcę, natomiast 5% – męża/żonę. Najczęściej wskazywaną kategorią były jednak „obce osoby” – 45% odpowiedzi.

W pytaniu o stosowanie przemocy wobec innych osób 90,1% ankietowanych zadeklarowało, że nigdy nie stosowało żadnej formy przemocy. Pozostali respondenci przyznali, że takie sytuacje miały miejsce „więcej niż 12 miesięcy temu” (4,95%), „w okresie ostatnich 12 miesięcy” (2,97%) lub „w okresie ostatnich 30 dni” (1,98%). Wśród osób, które zidentyfikowały u siebie zachowania przemocowe, najczęściej wskazywaną formą była przemoc psychiczna (60%) i fizyczna (50%), a w mniejszym stopniu przemoc ekonomiczna, zaniedbanie oraz odpowiedź „nie wiem” – po 10%. Analiza relacji, w których badani przyznali się do stosowania przemocy, pokazuje, że zachowania te były kierowane m.in. wobec obcych osób i znajomych/przyjaciół (po 30% wskazań wśród tej grupy). Po 20% odpowiedzi dotyczyło matki/opiekunki, ojca/opiekuna, brata oraz dziecka/dzieci. Rzadziej wskazywano współpracowników, pracodawcę oraz odpowiedzi z kategorii „Inne” (po 10%).

W odpowiedziach nie pojawiły się deklaracje stosowania przemocy wobec partnera/partnerki czy męża/żony w tej części próby. W odniesieniu do związku między stosowaniem przemocy a używaniem substancji psychoaktywnych większość osób, które przyznały się do stosowania przemocy, zadeklarowała, że w momencie tych zachowań nie była pod wpływem żadnych substancji (80%). Jednocześnie 20% wskazało, że w takim czasie było pod wpływem alkoholu. Nie pojawiły się odpowiedzi dotyczące narkotyków czy dopalaczy.

W pytaniu o istnienie okoliczności usprawiedliwiających stosowanie przemocy 69,31% badanych zadeklarowało, że takie okoliczności nie istnieją. Jednocześnie 17,82% respondentów uznało, że istnieją okoliczności, które mogą uzasadniać użycie przemocy, a 12,87% wybrało odpowiedź „nie wiem”. Pokazuje to, że większość badanych odrzuca usprawiedliwianie przemocy, choć w badanej populacji obecna jest także grupa osób o odmiennym lub niejednoznacznym nastawieniu. W odniesieniu do stosowania kar fizycznych wobec dzieci jako metody wychowawczej 75,25% respondentów opowiedziało się przeciwko takiej praktyce, 9,9% uznało ją za dobrą metodę wychowawczą, natomiast 14,85% wybrało odpowiedź „nie wiem”.

W obszarze cyberprzemocy 51,49% mieszkańców zadeklarowało, że nigdy nie doświadczyło żadnej z wymienionych form przemocy w Internecie. Wśród osób, które wskazały doświadczenia cyberprzemocy, najczęściej wymienianą formą było wyłudzenie pieniędzy (27,72%), a następnie wyzywanie i używanie wobec nich wulgaryzmów (18,81%) oraz włamania lub kradzież kont (17,82%). Kolejne wskazywane formy obejmowały podszywanie się pod daną osobę (13,86%), ośmieszanie lub poniżanie (11,88%), rozesyłanie

ośmieszających zdjęć i filmów (10,89%), grożenie lub straszenie (6,93%) oraz szantażowanie (4,95%). Pojawiły się również pojedyncze odpowiedzi w kategorii „Inne”, w tym opis włamania na konto połączonego z próbą wymuszenia. W pytaniu dotyczącym stosowania cyberprzemocy wobec innych 88,12% badanych zadeklarowało, że nigdy nie używało żadnej z wymienionych form przemocy w Internecie. Pozostałe osoby przyznały się do takich zachowań, jak wyzywanie lub używanie wulgaryzmów wobec innych (5,94%), ośmieszanie lub poniżanie oraz wyłudzenie pieniędzy (po 4,95%), rozesyłanie ośmieszających zdjęć lub filmów (2,97%), grożenie lub straszenie oraz włamania/kradzież kont (po 1,98%), a także podszywanie się i szantażowanie (po 0,99%).

Uzależnienia behawioralne i korzystanie z technologii

W zakresie świadomości dotyczącej uzależnień behawioralnych 51,49% badanych zadeklarowało, że wie, czym są tego typu uzależnienia, a 48,51% – że nie posiada takiej wiedzy. Pytanie dotyczące odczuwania wewnętrznego przymusu lub silnego pragnienia rozpoczęcia oraz jak najdłuższego kontynuowania określonych czynności pozwala oszacować skalę zachowań potencjalnie związanych z uzależnieniami behawioralnymi. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „nie dotyczy” (45,54%), co oznacza brak identyfikacji z żadną z wymienionych sytuacji przez niemal połowę badanych. Wśród osób wskazujących konkretne czynności najczęściej wymieniano korzystanie z telefonu komórkowego (29,7%) oraz nadmierne myślenie o pracy – pracoholizm (19,8%).

Kolejne wskazywane obszary obejmowały dbałość o sylwetkę poprzez ćwiczenia fizyczne, restrykcyjną dietę i/lub stosowanie sterydów (12,87%) oraz korzystanie z komputera i Internetu (11,88%). Rzadziej deklarowano wewnętrzny przymus związany ze zdrowym odżywianiem (6,93%), robieniem zakupów (4,95%), oglądaniem pornografii i graniem w gry komputerowe/video (po 3,96%), rozpoczynaniem zakładów bukmacherskich (2,97%), graniem w lotto, zdraпки i na automatach o niskich wygranych, korzystaniem z zabiegów medycyny estetycznej lub operacji plastycznych (po 1,98%) oraz kradzieżą drobnych przedmiotów (0,99%).

W pytaniu o osobę z najbliższego otoczenia, która – zdaniem respondenta – jest uzależniona, 40,59% badanych wskazało odpowiedź „nie znam takiej osoby/osób”. Jednocześnie 41,58% respondentów zadeklarowało, że zna osobę uzależnioną od korzystania z telefonu komórkowego. W dalszej kolejności wskazywano uzależnienie od korzystania z komputera i Internetu (24,75%), grania w gry komputerowe/video (20,79%), nadmiernego myślenia o pracy – pracoholizmu (15,84%) oraz robienia zakupów (14,85%). Pojawiały się także odniesienia do grania w lotto, zdraпки (12,87%), grania na automatach o niskich wygranych (9,9%), oglądania pornografii i rozpoczynania zakładów bukmacherskich (po 7,92%), zdrowego odżywiania oraz dbałości o sylwetkę (po 6,93%), korzystania z zabiegów medycyny estetycznej (4,95%) oraz kradzieży drobnych przedmiotów (3,96%).

Korzystanie z urządzeń elektronicznych (komputer, tablet, telefon komórkowy wykorzystywany do celów innych niż rozmowy, konsola do gier, smart TV) ma w badanej populacji charakter powszechny. Aż 80,2% respondentów deklaruje korzystanie z nich codziennie, 6,93% – kilka razy w tygodniu, a 2,97% – kilka razy w roku. Zaledwie 0,99% badanych wskazało korzystanie kilka razy w miesiącu, tyle samo – „raz do roku lub rzadziej”, natomiast 7,92% zadeklarowało, że nie korzysta z tego typu urządzeń. Czas poświęcany na korzystanie z Internetu poza pracą w przeważającej części mieści się w przedziale do 3 godzin dziennie. Odpowiedź „1–3 godziny” wskazało 51,61% badanych, a „do 1 godziny” – 23,66%. Jednocześnie 18,28% respondentów korzysta z Internetu 3–6 godzin dziennie, 3,23% – 6–10 godzin, a 1,08% – powyżej 10 godzin dziennie. 2,15% ankietowanych zadeklarowało, że w ogóle nie korzysta z Internetu.

Jeśli chodzi o powody korzystania z Internetu (poza pracą), najczęściej wybieraną kategorią były social media (Facebook, X, Instagram, TikTok itp.) – 80,22% badanych. Kolejne wskazania dotyczyły kontaktu ze znajomymi (51,65%), słuchania muzyki oraz bieżących wiadomości, poszerzania wiedzy i rozwijania hobby (po 48,35%), robienia zakupów (47,25%), oglądania filmów, seriali oraz programów (40,66%), korzystania z Internetu „z nudów” (26,37%) oraz grania w gry online (16,48%). Nieliczni respondenci wskazywali na poznawanie nowych osób (2,2%) i prowadzenie

bloga lub własnej strony (1,1%). W odpowiedziach w kategorii „Inne” pojawiały się m.in. poszukiwanie ogłoszeń o pracę oraz pomoc w odrabianiu lekcji. W zakresie samooceny uzależnienia od telefonu komórkowego 54,84% mieszkańców zadeklarowało, że „można powiedzieć”, iż są uzależnieni, ponieważ trudno byłoby im funkcjonować bez telefonu. 38,71% stwierdziło, że mogłoby żyć bez telefonu komórkowego, 4,3% – że „zdecydowanie” jest uzależnionych, a 2,15% – że w ogóle nie korzysta z telefonu komórkowego.

W odniesieniu do zachowań hazardowych większość respondentów deklaruje brak udziału w tego typu aktywnościach w ostatnich 12 miesiącach. W przypadku konkursów wymagających wysyłania płatnych SMS-ów 77,23% mieszkańców wskazało, że nigdy w nich nie uczestniczyło, a 22,77% – że brało w nich udział „kilka razy”. W odniesieniu do gry na automatach w salonach gier 95,05% ankietowanych zadeklarowało, że nigdy nie korzystało z tej formy rozrywki w ostatnich 12 miesiącach, a 4,95% – że robiło to „kilka razy”. Z kolei zakłady bukmacherskie w tym czasie „nigdy” nie były obstawiane przez 87,13% badanych, „kilka razy” – przez 7,92%, a „wiele razy” – przez 4,95% respondentów.

Analiza badania uczniów klas 4-6

Problem alkoholowy

W odniesieniu do kontaktu z alkoholem wszyscy badani uczniowie zadeklarowali, że nigdy nie próbowali napojów alkoholowych. Na pytanie o to, czy kiedykolwiek zdarzyło się im spróbowanie napojów alkoholowych (dotyczy próbowania poniżej 18. roku życia) 100% uczniów wybrało odpowiedź „nie”, a 0% odpowiedź „tak”. Dane te wskazują, że w badanej grupie nie odnotowano deklaracji inicjacji alkoholowej.

Problem papierosów i e-papierosów

W zakresie zachowań nikotynowych wszyscy badani uczniowie zadeklarowali, że nigdy nie palili papierosów. Na pytanie o liczbę prób palenia papierosów (poniżej 18. roku życia) 100% respondentów wskazało odpowiedź „nigdy nie paliłem/am”, a żadna osoba nie wybrała odpowiedzi „raz”, „kilka razy”, „zdarza mi się to często” lub „palę regularnie”. Oznacza to, że w badanej grupie nie występują deklaracje dotyczące inicjacji palenia papierosów.

W przypadku wiedzy na temat e-papierosów 80,49% uczniów zadeklarowało, że wie, czym są e-papierosy, natomiast 19,51% wskazało odpowiedź „nie”. Większość uczniów rozpoznaje więc ten termin, choć jednocześnie niemal jedna piąta badanych nie posiada takiej wiedzy. Na pytanie, czy osoby w podobnym wieku palą e-papierosy, 54,55% uczniów wybrało odpowiedź „nie wiem”, 24,24% – „nie”, a 21,21% – „tak”. Oznacza to, że ponad połowa badanych nie potrafi ocenić, czy rówieśnicy korzystają z e-papierosów, natomiast około jedna piąta uczniów dostrzega takie zachowania w swoim otoczeniu. Własne doświadczenia uczniów z e-papierosami są w badanej próbie jednoznaczne. Na pytanie o to, ile razy w życiu (jeśli w ogóle) zdarzyło im się próbować e-papierosy, wszyscy uczniowie wskazali odpowiedź „nie stosuję e-papierosów” (100%). Żaden z badanych nie zaznaczył odpowiedzi wskazujących na jakąkolwiek częstotliwość używania. Opinie uczniów dotyczące bezpieczeństwa e-papierosów w porównaniu z tradycyjnymi papierosami są zróżnicowane, przy dużym udziale odpowiedzi niejednoznacznych. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „trudno powiedzieć” – 51,52% badanych. Kolejne odpowiedzi to: „zdecydowanie nie” (21,21%), „raczej tak” (18,18%), „raczej nie” (6,06%) oraz „zdecydowanie tak” (3,03%). Oznacza to, że ponad połowa uczniów nie ma ukształtowanego zdania na temat bezpieczeństwa e-papierosów, a pozostali w różnym stopniu uznają je za bardziej lub mniej bezpieczne niż papierosy tradycyjne.

Problem narkotykowy

W obszarze zażywania narkotyków, dopalaczy lub leków w celach innych niż medyczne wszyscy ankietowani uczniowie zadeklarowali brak kontaktu z tego typu substancjami. Na pytanie, czy kiedykolwiek próbowali takich środków, 100% respondentów wybrało odpowiedź „nie”, a 0% – „tak”. Dane te wskazują, że w badanej grupie nie odnotowano deklaracji inicjacji narkotykowej ani używania dopalaczy. W zakresie postrzegania szkodliwości środków psychoaktywnych 95,12% uczniów wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak”, a 2,44% – „raczej tak” na stwierdzenie, że zażywanie narkotyków, dopalaczy lub leków w celach pozamedycznych jest szkodliwe dla zdrowia. Jedynie 2,44% uczniów wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć”. Nie pojawiły się odpowiedzi „raczej nie” ani „zdecydowanie nie”. Oznacza to, że w badanej grupie panuje wysoki poziom przekonania o szkodliwości tych substancji dla zdrowia.

Przemoc i cyberprzemoc

W opinii uczniów na temat przyczyn agresji i przemocy wśród młodzieży najczęściej wskazywano „uzależnienia od alkoholu/narkotyków/dopalaczy/leków w celach innych niż medyczne” – 65,85% odpowiedzi. Kolejne wskazania obejmowały: „wpływ Internetu/telewizji/gier komputerowych” (43,9%), „depresję, stany lękowe i inne choroby psychiczne” (36,59%), „zazdrość/zaborczość” (34,15%) oraz „problemy rodzinne” (29,27%). Rzadziej wymieniano „wpływ środowiska, znajomych” i odpowiedź „nie wiem” (po 21,95%), „różnice w poglądach” (17,07%) oraz „problemy finansowe i różnice w dochodach rodziców” i „problemy w komunikacji międzyludzkiej” (po 12,2%).

Na pytanie, czy zdarzyło się uczniom doświadczyć przemocy, 85,37% badanych odpowiedziało „nie”, a 14,63% – „tak”. Wśród uczniów, którzy zadeklarowali doświadczenie przemocy, najczęściej wskazywano,

że zachowania te pochodziły od kolegów i koleżanek ze szkoły (50%). W dalszej kolejności wymieniano znajomych/przyjaciół (33,33%) oraz siostrę i obce osoby (po 16,67%). Nie odnotowano wskazań dotyczących rodziców ani innych dorosłych z najbliższego otoczenia. Wśród rodzajów przemocy doświadczanej przez uczniów dominowały zachowania związane z odczuwaniem zagrożenia, upokorzeniem lub wyśmiewaniem. 83,33% uczniów, którzy zadeklarowali doświadczenie przemocy, wskazało, że ktoś groził im, zastraszał, przezywał, upokarzał, wyśmiewał się z nich lub ich wyglądu bądź zawstydział. 16,67% wskazało na zachowania o charakterze fizycznym, takie jak bicie, popychanie, szarpanie czy kopanie. Nie odnotowano odpowiedzi dotyczących dotykania w miejsca intymne ani zaniedbania opieki.

Na pytanie o związek między stosowaniem przemocy a używaniem substancji psychoaktywnych 66,67% uczniów, którzy doświadczyli przemocy, zadeklarowało, że osoba stosująca przemoc nie była pod wpływem substancji, natomiast 33,33% wybrało odpowiedź „nie wiem”. Nikt nie wskazał, że zachowania przemocowe wiązały się bezpośrednio z alkoholem, narkotykami, dopalaczami czy lekami używanymi bez wskazań medycznych.

W pytaniu o stosowanie przemocy wobec innych 90,24% uczniów stwierdziło, że nigdy nie stosowało przemocy, a 9,76% – że takie sytuacje im się zdarzyły. W grupie uczniów, którzy przyznali się do stosowania przemocy, najczęściej wskazywano zachowania wobec brata oraz znajomych/przyjaciół (po 50%), a następnie wobec siostry, kolegów/koleżanek ze szkoły oraz obcych osób (po 25%). Jeśli chodzi o formy stosowanej przemocy, 75% uczniów z tej grupy wskazało zachowania fizyczne (bicie, popychanie, szarpanie itp.), a 25% – zachowania o charakterze psychicznym (grożenie, zastraszanie, przezywanie, wyśmiewanie, zawstydzanie). Nie odnotowano deklaracji dotyczących zachowań o charakterze seksualnym. Na pytanie, czy w szkole występuje problem przemocy między uczniami, 53,66% badanych wybrało odpowiedź „nie wiem”, 41,46% – „tak”, a 4,88% – „nie”. Oznacza to, że znaczna część uczniów uznaje, że przemoc w szkole występuje, przy jednoczesnym dużym odsetku osób, które nie mają jednoznacznej opinii w tej kwestii.

W sytuacji doświadczania przemocy uczniowie najczęściej deklarują, że zwróciliby się o pomoc do rodziców lub opiekunów (85,37%). W dalszej kolejności wskazywane są: nauczyciele (46,34%), pedagog szkolny, psycholog, terapeuta lub inny specjalista (43,9%) oraz znajomi/przyjaciele (24,39%). Część uczniów deklaruje, że poradziłaby sobie samodzielnie lub skorzystałaby z telefonu zaufania/punktów konsultacyjnych (po 17,07%), a także zwróciłaby się do Policji (14,63%), dziadków lub instytucji pomocowych (po 12,2%). Niewielki odsetek badanych wymienia inne osoby z rodziny, instytucje religijne lub wskazuje odpowiedź „nie wiem”.

W pytaniu dotyczącym rozumienia pojęcia cyberprzemocy uczniowie mogli wskazać kilka odpowiedzi. Najczęściej wybierano stwierdzenie „naśmiewanie się z kogoś w Internecie” – 68,29% uczniów. Kolejne wskazania obejmowały: „publikowanie obraźliwych treści na czyjś temat w Internecie” (53,66%), „naruszanie czyjejś prywatności w Internecie, np. kradzież kont i osobistych informacji, publikowanie danych osobowych, wysyłanie niechcianych treści” (48,78%), „przezwiśka w stronę innych osób w Internecie” (46,34%) oraz „agresję elektroniczną w Internecie (zastraszanie, grożenie itp.)” (43,9%). Odpowiedź „nie wiem” wskazało 12,2% badanych.

W zakresie osobistych doświadczeń cyberprzemocy 73,17% uczniów zadeklarowało, że nigdy nie doznało żadnej z wymienionych form tego zjawiska. Jednocześnie 24,39% wskazało, że doświadczyło wyzywania lub używania wobec nich wulgarnych określeń w Internecie. Rzadziej pojawiały się odpowiedzi dotyczące podszywania się oraz ośmieszania lub poniżania (po 4,88%) oraz włamań lub kradzieży kont (2,44%). Nie odnotowano deklaracji dotyczących rozsyłania ośmieszających materiałów, wyłudzeń pieniędzy, gróźb, szantażu czy innych form wymienionych w ankiecie.

W pytaniu o stosowanie cyberprzemocy wobec innych 97,56% uczniów zadeklarowało, że nigdy nie stosowało żadnej z wymienionych form przemocy w Internecie. Jedynie 2,44% badanych przyznało, że zdarzyło im się używać wobec innych wyzwisk lub wulgarnych określeń online. Nie pojawiły się odpowiedzi dotyczące podszywania się, rozpowszechniania ośmieszających materiałów, wyłudzeń pieniędzy, gróźb, szantażu ani włamań na konta.

Uzależnienia behawioralne i korzystanie z technologii

Wiedza uczniów na temat uzależnień behawioralnych jest ograniczona. Na pytanie „Czy wiesz, czym są uzależnienia behawioralne?” 80,49% badanych wybrało odpowiedź „nie”, a 19,51% – „tak”. Oznacza to, że pojęcie to nie jest powszechnie rozpoznawane wśród uczniów klas 4–6. Korzystanie z urządzeń elektronicznych (komputer, tablet, telefon komórkowy, konsola do gier, smart TV itp.) jest w badanej grupie powszechne. 73,17% uczniów zadeklarowało, że korzysta z takich urządzeń codziennie, a 26,83% – kilka

razy w tygodniu. Żaden z uczniów nie wskazał odpowiedzi „kilka razy w miesiącu”, „kilka razy w roku”, „raz do roku lub rzadziej” ani „nie korzystam”.

Na pytanie o czas przeznaczany w ciągu dnia na korzystanie z Internetu poza nauką najczęściej wybieraną odpowiedzią było „1–3 godziny” (43,33%). Kolejne wskazania obejmowały „3–6 godzin” (33,33%), „do 1 godziny” (13,33%), „6–10 godzin” (6,67%) oraz „powyżej 10 godzin” (3,33%). Żaden z uczniów nie zadeklarował, że nie korzysta z Internetu. Oznacza to, że większość badanych spędza w Internecie (poza nauką) co najmniej jedną godzinę dziennie, a część uczniów – powyżej 3 godzin dziennie.

Wśród powodów korzystania z Internetu najczęściej wskazywano kontakt ze znajomymi (68,29%), słuchanie muzyki (60,98%), a także naukę oraz oglądanie filmów, seriali i programów (po 58,54%). Kolejne powody to granie w gry online (39,02%), korzystanie z Internetu „z nudów” (29,27%), social media i poszerzanie wiedzy/hobby (po 26,83%), poznawanie nowych osób (7,32%) oraz robienie zakupów (4,88%). Odpowiedź „prowadzenie bloga lub własnej strony” nie była wybierana.

W pytaniu o zachowania mogące wskazywać na trudności w regulowaniu korzystania z Internetu 63,41% uczniów wskazało, że żadne z podanych stwierdzeń ich nie dotyczy. Wśród pozostałych odpowiedzi najczęściej pojawiała się stwierdzenie „najbliższe mi osoby zarzucają mi, że zbyt dużo czasu spędzam w sieci” (19,51%) oraz „próbuję bezskutecznie ograniczyć czas spędzany w sieci” (14,63%). Rzadziej wybierano stwierdzenia dotyczące wybierania sieci zamiast spotkań z innymi, zapominania o codziennych obowiązkach, kłamania na temat czasu korzystania z Internetu (po 4,88%), a także późnego surfowania w sieci, zdenerwowania z powodu przerywania korzystania z Internetu i spadku efektywności nauki z powodu zbyt długiego przebywania w sieci (po 2,44%).

W obszarze bezpieczeństwa korzystania z technologii 48,78% uczniów zadeklarowało, że na urządzeniu, z którego korzystają, nie ma zainstalowanej tzw. blokady rodzicielskiej, 34,15% wskazało odpowiedź „tak”, a 17,07% – „nie wiem”. W odniesieniu do udostępniania danych osobowych osobom poznanym w Internecie 97,56% badanych zadeklarowało, że nie podałyby swoich danych, 2,44% – „nie wiem”, a żadna osoba nie wybrała odpowiedzi „tak”.

Jeśli chodzi o samoocenę uzależnienia od telefonu komórkowego, 51,22% uczniów stwierdziło, że „można powiedzieć”, iż są uzależnieni, ponieważ trudno byłoby im funkcjonować bez telefonu. 46,34% zadeklarowało, że mogłoby żyć bez telefonu komórkowego, a 2,44% – że „zdecydowanie” jest uzależnionych od telefonu. Dane te wskazują, że ponad połowa uczniów postrzega swoje funkcjonowanie jako silnie powiązane z korzystaniem z telefonu komórkowego.

W kontekście doświadczenia odrzucenia lub dyskryminacji z powodu braku dostępu do urządzeń elektronicznych 82,93% uczniów wskazało, że nie czuło się w ten sposób traktowane, natomiast 17,07% zadeklarowało, że takie doświadczenia miały miejsce. Wskazuje to na obecność w badanej grupie uczniów, którzy wiążą poczucie gorszej pozycji w grupie rówieśniczej z ograniczonym dostępem do technologii.

Analiza badania uczniów klas 7-8

Problem alkoholowy

W obszarze kontaktu z alkoholem większość badanych uczniów zadeklarowała brak doświadczeń związanych z próbami napojów alkoholowych przed ukończeniem 18. roku życia. Odpowiedź „nie” na pytanie o kiedykolwiek podejmowane próby spożywania alkoholu wskazało 90,91% uczniów, natomiast 9,09% badanych przyznało, że miało kontakt z alkoholem. Wskazuje to na stosunkowo niewielki, lecz wyodrębniony odsetek młodzieży, która deklaruje inicjację alkoholową w tym wieku. Wśród uczniów, którzy przyznali, że kiedykolwiek pili alkohol, wiek pierwszego kontaktu z napojami alkoholowymi mieścił się w przedziale 11–12 lat. Wszyscy uczniowie z tej grupy (100%) wskazali na tę kategorię wiekową, nie pojawiły się odpowiedzi dotyczące wieku 10 lat i mniej ani 13–14 lat lub więcej. Okoliczności pierwszego spożycia alkoholu rozkładają się równomiernie pomiędzy odpowiedzi „poczęstowali mnie inni członkowie rodziny” a kategorię „żadne z powyższych” – po 50% wskazań wśród uczniów, którzy mieli kontakt z alkoholem. Analiza odpowiedzi na pytanie o czas ostatniego spożycia alkoholu pokazuje, że połowa uczniów, którzy deklarują picie alkoholu, spożywała go w okresie ostatnich 12 miesięcy, natomiast druga połowa – ponad rok przed badaniem. Brak jest odpowiedzi wskazujących na spożycie alkoholu w okresie ostatnich 30 dni, co sugeruje, że w badanej grupie deklarowane picie ma charakter okazjonalny i nie jest opisywane jako bardzo częste.

Częstotliwość spożywania alkoholu wśród uczniów, którzy deklarują jego picie, rozkłada się równomiernie pomiędzy odpowiedzi „piłem/am tylko raz” oraz „kilka razy w roku” – po 50% wskazań. Jeśli chodzi o rodzaj najczęściej wybieranego alkoholu, uczniowie, którzy deklarują jego spożywanie, wskazali wyłącznie

wódkę (100% odpowiedzi w tej grupie). Miejsca spożywania alkoholu są zróżnicowane, przy czym uczniowie z tej grupy deklarowali równolegle kilka przestrzeni. Odpowiedzi „w swoim domu”, „u znajomych podczas niezorganizowanych spotkań”, „u znajomych podczas zorganizowanych spotkań” oraz „na świeżym powietrzu” zostały wskazane każdorazowo przez 100% uczniów, którzy deklarują picie alkoholu. W odniesieniu do spożywania alkoholu w samotności uczniowie deklarują, że zdarza się im to „rzadko” – odpowiedź tę wskazało 100% osób z grupy spożywającej alkohol. Nie pojawiły się deklaracje, że uczniowie nigdy nie piją sami, ani odpowiedzi wskazujące na częste lub stałe spożywanie alkoholu w samotności.

Opis subiektywnego stanu fizycznego podczas spożywania alkoholu wskazuje, że uczniowie najczęściej określają swoje doświadczenia jako związane z bardzo małą dawką. Odpowiedź „praktycznie nie czuję wpływu alkoholu” została wskazana przez 100% uczniów, którzy piją alkohol. W pytaniu dotyczącym problemów doświadczanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w związku z piciem alkoholu wśród dostępnych odpowiedzi jako powód trudności wskazywano „poważne problemy z rodzicami”. Ze względu na niewielką liczebność grupy deklarującej picie alkoholu wyniki te należy interpretować ostrożnie, jako opis jednostkowych doświadczeń.

Ocena potencjalnej dostępności alkoholu dla osób niepełnoletnich w miejscowości jest zróżnicowana i obciążona dużym odsetkiem odpowiedzi „nie wiem”. Tak odpowiedziało 45,45% badanych uczniów. Jednocześnie 27,27% uznało, że zdobycie alkoholu byłoby „niemożliwe”, natomiast po 13,64% badanych oceniło je jako „trudne” lub „łatwe”. Dane te wskazują na brak jednolitej percepcji dostępności alkoholu w środowisku lokalnym, przy istotnej grupie uczniów, którzy nie podejmują się oceny tej kwestii.

Problem papierosów i e-papierosów

W zakresie palenia papierosów tradycyjnych większość uczniów zadeklarowała brak kontaktu z tą formą używania nikotyny. Odpowiedź „nigdy nie paliłem/am” wybrało 90,91% badanych. Jednocześnie 4,55% uczniów zadeklarowało, że paliło papierosy „kilka razy”, a 4,55% – że „pali regularnie”. Wiek pierwszego kontaktu z papierosami wśród uczniów, którzy je palili, rozkłada się równomiernie pomiędzy kategorie „10 lat i mniej” oraz „11–12 lat” – po 50% wskazań w tej podgrupie. Nikt nie zadeklarował wieku 13–14 lat lub więcej jako momentu inicjacji. Oznacza to, że pierwsze próby palenia w tej próbie pojawiają się stosunkowo wcześnie, w późnym wieku szkolnym lub jeszcze przed nim. Analiza deklarowanej częstości palenia w okresie ostatnich 30 dni pokazuje, że połowa uczniów, którzy kiedykolwiek palili, nie paliła w tym okresie („nie paliłem w ciągu ostatnich 30 dni” – 50%), natomiast druga połowa wskazała na palenie w wymiarze 1–5 papierosów dziennie (50%).

Znajomość pojęcia e-papierosów w badanej grupie jest powszechna. Na pytanie „Czy wiesz, czym są e-papierosy?” 100% uczniów odpowiedziało „tak”. Wskazuje to na wysoki poziom świadomości istnienia tego typu produktów wśród młodzieży w wieku klas 7–8. Jednocześnie 86,36% uczniów uważa, że osoby w ich wieku palą e-papierosy, a 13,64% deklaruje odpowiedź „nie wiem”. Nie pojawiła się odpowiedź „nie”. W zakresie własnych doświadczeń z e-papierosami 86,36% uczniów deklaruje, że ich nie używa („nie stosuję e-papierosów”). Jednocześnie 4,55% badanych wskazało, że używa e-papierosów „raz na tydzień”, 4,55% – „co 2–3 dni”, a 4,55% – „codziennie”. Na pytanie o powód sięgnięcia po e-papierosa wszyscy uczniowie, którzy kiedykolwiek go używali, wskazali odpowiedź „żadne z powyższych”. Oznacza to, że proponowane w ankiecie odpowiedzi (np. chęć spróbowania czegoś nowego, poszukiwanie bezpieczniejszej alternatywy dla papierosów tradycyjnych czy próba zerwania z nałogiem) nie oddają wprost deklarowanych motywów w tej grupie.

Opinie uczniów na temat bezpieczeństwa e-papierosów w porównaniu z papierosami tradycyjnymi są zróżnicowane i obciążone wysokim odsetkiem odpowiedzi niejednoznacznych. Najczęściej wybraną kategorią było „trudno powiedzieć” – 45,45% odpowiedzi. Kolejne odpowiedzi to: „zdecydowanie nie” (27,27%), „raczej nie” (22,73%) oraz „raczej tak” (4,55%). Nie pojawiła się odpowiedź „zdecydowanie tak”. Oznacza to, że wielu uczniów nie ma ugruntowanej opinii na temat bezpieczeństwa e-papierosów, a wśród tych, którzy tę opinię formułują, przeważają przekonania o braku większego bezpieczeństwa tej formy używania nikotyny. Zapytani o to, czy e-papierosy są uzależniające, uczniowie najczęściej wskazywali, że są one uzależniające „tak, tak samo jak papierosy tradycyjne” – 77,27% odpowiedzi. 4,55% badanych uznało, że e-papierosy uzależniają „w mniejszym stopniu niż papierosy tradycyjne”, 4,55% – że nie są uzależniające, a 13,64% wybrało odpowiedź „nie wiem”. Dane te wskazują, że większość uczniów postrzega e-papierosy jako produkty o potencjale uzależniającym podobnym do papierosów tradycyjnych.

Problem narkotykowy

W obszarze środków psychoaktywnych (narkotyki, dopalacze, leki używane w celach innych niż medyczne) wszyscy badani uczniowie zadeklarowali brak własnych doświadczeń. Na pytanie „Czy próbowałeś/aś kiedykolwiek zażywać narkotyki/dopalacze lub leki w celach innych niż medyczne?” 100% respondentów wybrało odpowiedź „nie”. W badanej próbie nie odnotowano więc deklaracji inicjacji narkotykowej.

Ocena hipotetycznej dostępności substancji psychoaktywnych w miejscowości jest zróżnicowana. 54,55% uczniów odpowiedziało „nie wiem” na pytanie o to, czy zdobycie narkotyków lub dopalaczy byłoby łatwe czy trudne. 27,27% uznało, że zdobycie takich środków byłoby „trudne”, a 18,18% – że „łatwe”. Odpowiedzi te wskazują, że ponad połowa uczniów nie podejmuje się oceny dostępności tych substancji, natomiast wśród pozostałych przeważa przekonanie o trudności ich zdobycia, przy jednoczesnym istnieniu grupy uczniów, którzy oceniają dostępność jako relatywnie łatwą.

W pytaniu o znajomość miejsc zakupu narkotyków lub dopalaczy 77,27% badanych zadeklarowało, że nie zna takich miejsc. Jednocześnie część uczniów wskazała potencjalne lokalizacje: 9,09% – Internet, 9,09% – szkołę lub jej otoczenie, 9,09% – konkretną osobę, u której można je zdobyć. Po 4,55% odpowiedzi dotyczyło osiedla/centrum miejscowości, lokali rozrywkowych (bar, pub, dyskoteka) oraz siłowni lub klubu sportowego. Pojawiły się także odpowiedzi w kategorii „inne”, w tym opis osoby spoza miejscowości. Dane te wskazują na zróżnicowany poziom wiedzy uczniów o potencjalnych miejscach obrotu substancjami psychoaktywnymi, przy dominacji deklarowanego braku takiej wiedzy.

W ocenie szkodliwości narkotyków, dopalaczy i leków używanych w celach pozamedycznych zdecydowana większość uczniów uznaje je za substancje szkodliwe dla zdrowia. Odpowiedź „zdecydowanie tak” wybrało 81,82% badanych, „raczej tak” – 9,09%, a 9,09% – „trudno powiedzieć”. Nie odnotowano odpowiedzi „raczej nie” ani „zdecydowanie nie”. Wyniki te wskazują na wyraźnie ukształtowane przekonanie o negatywnych konsekwencjach zdrowotnych zażywania środków psychoaktywnych.

Przemoc i cyberprzemoc

Uczniowie zostali poproszeni o wskazanie, jakie sytuacje, ich zdaniem, mogą wywoływać agresję lub przemoc wśród młodzieży. Najczęściej wymienianym czynnikiem były „uzależnienia od alkoholu, narkotyków, dopalaczy, leków w celach innych niż medyczne” – 86,36% odpowiedzi. Kolejne często wskazywane przyczyny to: „depresja, stany lękowe i inne choroby psychiczne” oraz „problemy rodzinne” – po 72,73% wskazań. Uczniowie zwracali również uwagę na „zazdrość/zaborczość” (68,18%), „wpływ środowiska, znajomych” (63,64%) oraz „wpływ Internetu, telewizji, gier komputerowych” (54,55%). Rzadziej wymieniano „problemy w komunikacji międzyludzkiej” (45,45%), „różnice w poglądach” (40,91%) oraz „problemy finansowe i różnice w dochodach rodziców” (36,36%). Odpowiedź „nie wiem” wskazało 13,64% uczniów. Struktura odpowiedzi pokazuje, że młodzież wiąże występowanie agresji i przemocy z wieloma równoległymi czynnikami, obejmującymi sytuację rodzinną, stan zdrowia psychicznego, relacje rówieśnicze oraz wpływ mediów i substancji psychoaktywnych.

Na pytanie „Czy zdarzyło Ci się doświadczyć przemocy?” 59,09% uczniów odpowiedziało „tak”, natomiast 40,91% – „nie”. Oznacza to, że ponad połowa badanych deklaruje doświadczenia związane z przemocą w różnych środowiskach życia. Wśród osób, które zadeklarowały doświadczenie przemocy, najczęściej wskazywano na zachowania ze strony kolegów i koleżanek ze szkoły – 69,23% odpowiedzi w tej grupie. W dalszej kolejności wymieniano „inne osoby z najbliższego otoczenia” oraz osoby obce – po 23,08%, a także znajomych/przyjaciół – 15,38%. Rzadziej wskazywano na rodziców i innych członków rodziny (po 7,69% odpowiedzi). Analiza form przemocy, których doświadczają uczniowie, pokazuje przewagę zachowań o charakterze psychicznym. 69,23% uczniów z tej grupy wskazało na sytuacje, w których ktoś groził, zastraszał, przezywał, upokarzał, wyśmiewał się z nich lub ich wyglądu oraz zawstydział. 30,77% badanych deklaroowało sytuacje zaniedbania, rozumiane jako brak opieki w sytuacji potrzeby (np. choroba, głód, lęk). 7,69% uczniów wskazało na doświadczenia przemocy fizycznej (bicie, popychanie, szarpanie itp.) oraz tyle samo – na doświadczenia dotykania w miejsca intymne w sposób nieakceptowany. Zapytani o to, czy osoba stosująca wobec nich przemoc była pod wpływem substancji psychoaktywnych, uczniowie najczęściej wybierali odpowiedź „nie wiem” – 61,54% osób z tej grupy. 38,46% zadeklarowało, że osoba stosująca przemoc „nie była pod wpływem substancji”.

Na pytanie „Czy zdarzyło Ci się stosować przemoc wobec innych?” 81,82% uczniów odpowiedziało „nie”, a 18,18% – „tak”. Dane te wskazują, że znacząca większość badanych nie identyfikuje siebie jako osoby stosującej przemoc, jednak w grupie uczniów obecny jest wyodrębniony odsetek deklarujący takie zachowania. Wśród osób, które przyznają się do stosowania przemocy, najczęściej wskazywano kolegów i koleżanki ze szkoły – 75% odpowiedzi w tej podgrupie. 25% uczniów wskazało znajomych/przyjaciół. Analiza form stosowanej przemocy wskazuje na współwystępowanie zachowań psychicznych i fizycznych.

75% uczniów stosujących przemoc zadeklarowało, że ich zachowania polegały na groźeniu, zastraszaniu, przezywaniu, upokarzaniu, wyśmiewaniu czy zawstydzaniu innych, natomiast 50% tej grupy wskazało na zachowania fizyczne (bicie, popychanie, szarpanie itp.).

Na pytanie o ocenę sytuacji w szkole 50% uczniów uznało, że w ich szkole występuje problem przemocy między uczniami, 13,64% stwierdziło, że taki problem nie występuje, natomiast 36,36% odpowiedziało „nie wiem”. Oznacza to, że połowa badanych dostrzega zjawisko przemocy rówieśniczej w środowisku szkolnym, przy istotnym odsetku uczniów, którzy nie formułują jednoznacznej oceny.

W sytuacji doświadczania przemocy uczniowie najczęściej deklarują, że zwróciliby się o pomoc do rodziców lub opiekunów – 68,18% badanych. W dalszej kolejności wskazywane są: znajomi/przyjaciele (40,91%), nauczyciele oraz pedagog szkolny, psycholog, terapeuta lub inny specjalista (po 27,27%), Policja (18,18%) oraz samodzielne radzenie sobie (13,64%). Odpowiedzi dotyczące dziadków, innych członków rodziny oraz telefonu zaufania/ punktów konsultacyjnych wskazywało po 9,09% uczniów, natomiast 4,55% – instytucje pomocowe. Odpowiedź „nie wiem” wybrało 22,73% badanych.

Rozumienie pojęcia cyberprzemocy wśród uczniów jest szerokie. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „naśmiewanie się z kogoś w Internecie” – 81,82% badanych. Kolejne wskazania dotyczyły: „publikowania obraźliwych treści na czyjś temat w Internecie” (72,73%), „agresji elektronicznej w Internecie (zastraszanie, groźenie itp.)” (63,64%), „naruszania czyjejś prywatności w Internecie” (59,09%) oraz „przezwisk w stronę innych osób w Internecie” (50%). Odpowiedź „nie wiem” wybrało 9,09% uczniów. W zakresie osobistych doświadczeń związanych z cyberprzemocą 40,91% uczniów zadeklarowało, że nigdy nie doznało żadnej z wymienionych form. Jednocześnie 50% badanych wskazało, że doświadczyło wyzywania lub używania wobec nich wulgaryzmów w Internecie, 31,82% – ośmieszania lub poniżania, 13,64% – podszywania się, 13,64% – wyłudzeń pieniędzy oraz 13,64% – gróźb lub straszenia. 9,09% uczniów deklarowało doświadczenia związane z rosyłaniem ośmieszających zdjęć/filmów oraz szantażowaniem, a 4,55% – z włamaniami lub kradzieżą kont. W pytaniu o stosowanie cyberprzemocy wobec innych 90,91% uczniów zadeklarowało, że nigdy nie używało żadnej z wymienionych form przemocy w Internecie. Po 4,55% badanych przyznało, że zdarzyło im się stosować wyzwiska/wulgaryzmy lub ośmieszać i poniżać inne osoby online.

Uzależnienia behawioralne i korzystanie z technologii

Wiedza uczniów na temat uzależnień behawioralnych jest niejednorodna. Na pytanie „Czy wiesz, czym są uzależnienia behawioralne?” 63,64% badanych odpowiedziało „nie”, a 36,36% – „tak”. Oznacza to, że ponad połowa uczniów nie identyfikuje tego pojęcia, mimo że równolegle deklarują intensywne korzystanie z nowych technologii oraz innych form aktywności, które mogą być z nim powiązane. Korzystanie z urządzeń elektronicznych (komputer, tablet, telefon komórkowy, konsola do gier, smart TV) ma w badanej grupie charakter powszechny i częsty. 86,36% uczniów zadeklarowało, że korzysta z takich urządzeń codziennie, 9,09% – kilka razy w tygodniu, a 4,55% – kilka razy w miesiącu. Nikt nie wskazał odpowiedzi „kilka razy w roku”, „raz do roku lub rzadziej” ani „nie korzystam”.

Czas poświęcany przez uczniów na korzystanie z Internetu poza nauką jest zróżnicowany, przy przewadze wskazań 1–3 godzin dziennie. Odpowiedź „1–3 godziny” wybrało 47,37% badanych, „6–10 godzin” – 26,32%, „do 1 godziny” oraz „3–6 godzin” – po 10,53%, natomiast 5,26% uczniów deklaruje korzystanie z Internetu „powyżej 10 godzin” dziennie. Nikt nie wskazał, że nie korzysta z Internetu. Motywy korzystania z Internetu są wielowymiarowe. Najczęściej wskazywanym powodem jest kontakt ze znajomymi – 81,82% uczniów. Kolejne odpowiedzi obejmują: słuchanie muzyki (72,73%), robienie zakupów (59,09%), naukę oraz korzystanie z mediów społecznościowych (po 54,55%), oglądanie filmów, seriali i programów oraz poszerzanie wiedzy/hobby (po 50%). 40,91% uczniów korzysta z Internetu w celu grania w gry online, 36,36% – „z nudów”, a 18,18% – w celu poznawania nowych osób.

W pytaniu dotyczącym zachowań mogących świadczyć o trudnościach w regulowaniu korzystania z Internetu uczniowie najczęściej wskazywali, że żadne z podanych stwierdzeń ich nie dotyczy – 68,18% odpowiedzi. Jednocześnie 18,18% badanych deklarowało, że najbliższe osoby zarzucają im zbyt długie przebywanie w sieci. Po 9,09% uczniów wskazywało, że próbuje bezskutecznie ograniczyć czas spędzany w sieci oraz że z powodu zbyt długiego przebywania w Internecie zdarza im się zapominać o codziennych obowiązkach. Po 4,55% badanych wybierało stwierdzenia „coraz częściej wybieram sieć zamiast spotkań z innymi”, „denerwuję się, gdy ktoś przerywa mi korzystanie z Internetu” oraz „z powodu zbyt długiego przebywania w sieci spada efektywność mojej nauki”.

Jeśli chodzi o zabezpieczenia techniczne, 63,64% uczniów deklaruje, że na urządzeniu, z którego korzystają, nie ma zainstalowanej tzw. blokady rodzicielskiej, 13,64% wskazuje odpowiedź „tak”,

a 22,73% – „nie wiem”. Dane te pokazują, że większość uczniów postrzega swoje urządzenia jako pozbawione dodatkowych ograniczeń ze strony dorosłych.

W odniesieniu do udostępniania danych osobowych osobom poznanym w Internecie 77,27% badanych deklaruje, że nie podałyby swoich danych, natomiast 22,73% wybiera odpowiedź „nie wiem”. Nikt nie zadeklarował gotowości przekazania danych osobie poznanej online.

W samoocenie związanej z telefonem komórkowym 45,45% uczniów stwierdziło, że „można powiedzieć”, iż są uzależnieni od telefonu, ponieważ trudno byłoby im funkcjonować bez tego urządzenia. Tyle samo, 45,45%, zadeklarowało, że mogłoby żyć bez telefonu komórkowego, natomiast 9,09% – że „zdecydowanie” jest uzależnionych od telefonu. Na pytanie o doświadczenie odrzucenia lub dyskryminacji ze względu na brak dostępu do urządzeń elektronicznych 59,09% uczniów odpowiedziało „nie”, natomiast 40,91% zadeklarowało, że czuło się w ten sposób traktowane.

W obszarze zachowań hazardowych zdecydowana większość uczniów deklaruje brak tego typu doświadczeń. Na pytanie o aktywności takie jak kupowanie/sprzedawanie kryptowalut online, obstawianie zakładów sportowych czy gry w kasynach internetowych 95,45% badanych wskazało, że żadna z wymienionych sytuacji nie zdarzyła się im więcej niż raz. Jednocześnie 4,55% uczniów zadeklarowało obstawianie zakładów sportowych online, a 4,55% – granie w kasynie online na prawdziwe pieniądze.

Uczniowie zostali także zapytani o znajomość pojęć związanych z zaburzeniami odżywiania. Pojęcie „anoreksja” deklaruje rozumieć 72,73% badanych, „kompulsywne objadanie się” – 63,64%, natomiast „bulimię” – 40,91%. W pytaniu o aktualne działania związane z kontrolą masy ciała 63,64% uczniów zadeklarowało, że nie stosuje żadnych działań, ponieważ „waży tyle, ile trzeba”, 22,73% – że obecnie stosuje dietę lub robi coś innego, aby schudnąć, 9,09% – że nie podejmuje działań, choć uważa, że powinno schudnąć, a 4,55% – że nie podejmuje działań, ale powinno przytyć.

Analiza badania pracowników instytucji pomocowych

Problem alkoholowy

Z perspektywy przedstawicieli instytucji pomocowych problem alkoholowy jest wskazywany jako najbardziej widoczny spośród analizowanych problemów społecznych. W pytaniu o trzy najbardziej widoczne problemy społeczne ponad połowa ankietowanych (55,56%) wskazała alkoholizm jako jedno z kluczowych wyzwań w miejscu wykonywania obowiązków zawodowych. Jednocześnie 32,14% badanych uznało alkoholizm za jeden z głównych powodów występowania problemów społecznych na terenie ich pracy, obok niezaradności życiowej (64,29%) oraz bezrobocia (32,14%).

Respondenci zostali poproszeni o ocenę zmian w zakresie spożywania alkoholu na przestrzeni ostatnich lat. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „nie mam wiedzy” (46,43%), co wskazuje, że znaczna część pracowników instytucji pomocowych nie podejmuje jednoznacznej oceny kierunku zmian. Wśród pozostałych odpowiedzi 28,57% ankietowanych uznało, że poziom spożycia alkoholu jest stały, 14,29% oceniło, że maleje, natomiast 10,71% – że wzrasta. W obszarze kontaktu z osobami z problemem alkoholowym 42,86% badanych deklaruje, że spotyka się z uzależnieniami alkoholowymi „czasami”. Po 25% respondentów wskazuje, że ma do czynienia z tym zjawiskiem „często” lub „rzadko”, a 7,14% – „bardzo często”.

Pracownicy instytucji pomocowych identyfikują szereg konsekwencji stosowania alkoholu.

Najczęściej wymienianym skutkiem jest rozpad rodziny (42,86% odpowiedzi). Kolejne w kolejności są przemoc domowa (39,29%) oraz popadanie w konflikty, zakłócanie porządku publicznego i pogorszenie zdrowia – po 35,71% wskazań. Bezrobocie jako następstwo problemu alkoholowego wskazało 32,14% badanych, problemy wychowawcze – 25%, samotność – 17,86%, ubóstwo – 14,29%, a załamanie – 3,57%. Istotnym aspektem jest postrzeganie praktyk sprzedaży alkoholu. Na pytanie o częstość sprzedaży alkoholu osobom nietrzeźwym lub nieletnim respondenci najczęściej wskazywali, że takie sytuacje zdarzają się „rzadko” (28,57%). Po 25% badanych wybrało odpowiedź „czasami” lub „nigdy”, a 21,43% uznało, że sprzedaż ma miejsce „często”.

W odniesieniu do przestrzegania przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi połowa badanych (50%) zadeklarowała odpowiedź „nie wiem”, 39,29% uznało, że sprzedawcy i właściciele punktów sprzedaży alkoholu stosują się do przepisów, natomiast 10,71% – że się do nich nie stosuje. Jednocześnie 96,43% ankietowanych nie posiada wiedzy o przypadkach utraty koncesji za sprzedaż alkoholu osobom nieletnim lub nietrzeźwym, a 3,57% wskazało, że taka sytuacja nigdy nie miała miejsca. D

W wymiarze potrzeb szkoleniowych 50% respondentów wskazało na potrzebę szkoleń w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w miejscowości. Jednocześnie w ocenie działań

podejmowanych przez lokalne władze w celu ograniczenia picia alkoholu, zażywania narkotyków, uzależnień behawioralnych i przemocy, 25% badanych uznało, że działania te są odpowiednie, 28,57% – że „raczej tak”, 35,71% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, natomiast 7,14% – „raczej nie” i 3,57% – „nie”.

Problem narkotykowy

W zestawieniu najbardziej widocznych problemów społecznych na terenie wykonywania obowiązków zawodowych narkomania jest wskazywana stosunkowo rzadko. Jako jeden z maksymalnie trzech najbardziej widocznych problemów społecznych narkomanię wskazało 3,7% badanych, podczas gdy alkoholizm i uzależnienia behawioralne były wskazywane odpowiednio przez 55,56% i 44,44% respondentów. W pytaniu o główne powody występowania problemów społecznych na terenie wykonywania obowiązków zawodowych żadna z osób badanych nie wskazała narkomanii jako głównej przyczyny. Wśród najczęściej wymienianych czynników pojawiają się natomiast niezaradność życiowa, bezrobocie, alkoholizm, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych oraz ubóstwo. Respondenci zostali poproszeni o ocenę, czy ich zdaniem na terenie wykonywania obowiązków służbowych występuje problem z narkotykami, dopalaczami lub innymi środkami psychoaktywnymi używanymi w celach pozamedycznych. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „trudno powiedzieć” – wskazało ją 64,29% ankietowanych. 25% respondentów uznało, że taki problem nie występuje, natomiast 10,71% – że problem występuje.

Zdecydowana większość ankietowanych (95,24%) deklaruje, że nie zna miejsc, w których można zakupić lub otrzymać narkotyki, dopalacze lub inne środki psychoaktywne w celach pozamedycznych. Jedynie pojedyncze wskazania dotyczyły osiedla, centrum miejscowości, dyskoteki czy siłowni (po 4,76% odpowiedzi). Nikt z badanych nie wskazał szkoły ani konkretnej osoby jako miejsca lub źródła dostępu do takich substancji. Zapytani o potrzeby szkoleniowe w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, przedstawiciele instytucji pomocowych wskazywali tę kategorię znacznie rzadziej niż problem alkoholowy czy uzależnienia behawioralne. Potrzebę szkolenia z zakresu problemów narkotykowych zadeklarowało 10,71% respondentów, przy 50% wskazań na szkolenia dotyczące problemów alkoholowych oraz 39,29% na uzależnienia behawioralne.

Przemoc

Na pytanie, czy na terenie wykonywania obowiązków służbowych występuje problem przemocy domowej, 53,57% przedstawicieli instytucji odpowiedziało „tak”, natomiast 46,43% – „nie”. Taki rozkład odpowiedzi pokazuje, że ponad połowa badanych identyfikuje przemoc domową jako problem występujący w ich obszarze działania, przy jednoczesnej istotnej grupie osób, które nie obserwują takich zjawisk w swojej codziennej pracy. Z perspektywy przedstawicieli instytucji pomocowych najczęściej występującym rodzajem przemocy jest przemoc psychiczna – wskazało ją 73,33% respondentów. Kolejnymi formami były przemoc fizyczna (46,67%) oraz zaniedbanie (40%). Przemoc ekonomiczną wymieniło 20% badanych, natomiast przemoc seksualną – 6,67%. Dodatkowo 13,33% respondentów wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, co może świadczyć o trudnościach w jednoznacznym zaklasyfikowaniu niektórych sytuacji.

Respondenci zostali również poproszeni o wskazanie grup, które ich zdaniem najczęściej doświadczają przemocy. Najczęściej wymienianą grupą były kobiety – 80% odpowiedzi. Kolejno wskazywano osoby nieletnie (60%) oraz osoby starsze (46,67%). Osoby z niepełnosprawnościami wskazało 6,67% badanych. W odpowiedziach nie pojawiły się wskazania dotyczące mężczyzn czy osób chorujących psychicznie jako grup szczególnie narażonych. Struktura ta pokazuje, że z perspektywy instytucji pomocowych przemoc najczęściej dotyczy kobiet, dzieci i osób starszych. W pytaniu o grupy najczęściej stosujące przemoc respondenci najczęściej wskazywali osoby uzależnione – 93,33% odpowiedzi.

W dalszej kolejności wymieniano recydywistów oraz młodzież (po 26,67%), a także osoby ubogie, bezrobotne i osoby chore (po 13,33%). Niewielki odsetek odpowiedzi dotyczył kategorii „nie wiem” oraz „inne odpowiedzi”, gdzie wymieniono m.in. osobowości narcystyczne i toksyczne.

W obszarze potrzeb szkoleniowych 35,71% ankietowanych wskazało na potrzebę zorganizowania szkoleń dotyczących rozwiązywania problemów przemocy w miejscowości. Odpowiedź ta plasuje się za szkoleniami z zakresu problemów alkoholowych i uzależnień behawioralnych, ale jednocześnie pokazuje, że przemoc jest jednym z kluczowych obszarów, w których pracownicy instytucji pomocowych dostrzegają potrzebę podnoszenia kompetencji.

Uzależnienia behawioralne i korzystanie z technologii

Uzależnienia behawioralne należą - obok problemu alkoholowego - do najczęściej wskazywanych wyzwań z perspektywy instytucji pomocowych. W pytaniu o najbardziej widoczne problemy społeczne uzależnienia

behawioralne (rozumiane jako uzależnienia od czynności, m.in. gier hazardowych, telefonu, komputera, Internetu, jedzenia, pracy, zakupów) zostały wskazane przez 44,44% respondentów, co plasuje je na drugim miejscu po alkoholizmie. Ponad połowa badanych (53,57%) deklaruje, że w swojej pracy spotkała się z problemem uzależnień behawioralnych wśród mieszkańców, natomiast 46,43% – że nie miała takiego doświadczenia.

Wśród rodzajów uzależnień behawioralnych, z którymi spotykają się przedstawiciele instytucji, najczęściej wymieniane są uzależnienia związane z komputerem i Internetem (73,33% wskazań).

Kolejną kategorią jest hazard (53,33%), a następnie praca oraz jedzenie (po 20%) i zakupy (13,33%). Nie pojawiły się deklaracje dotyczące uzależnienia od pornografii lub seksu w tej grupie. Struktura odpowiedzi wskazuje, że z perspektywy praktyki instytucji pomocowych szczególnie widoczne są uzależnienia związane z korzystaniem z technologii oraz hazardem.

Respondenci wskazali również formy pomocy oferowane osobom z problemem uzależnień behawioralnych na terenie wykonywania obowiązków zawodowych. Najczęściej wymienianą formą jest poradnictwo (66,67% odpowiedzi), co oznacza, że wsparcie ma często charakter doradczy i interwencyjny. 53,33% ankietowanych wskazało profilaktykę jako element działań, 26,67% – terapię indywidualną, natomiast po 13,33% – psychoedukację oraz terapię grupową. Deklaracje te pokazują, że w lokalnym systemie wsparcia dostępny jest wachlarz form pomocy, obejmujący zarówno działania profilaktyczne, jak i terapeutyczne, przy dominacji oddziaływań o charakterze poradniczym.

W opinii przedstawicieli instytucji pomocowych uzależnienia behawioralne mają znaczący wpływ na funkcjonowanie rodziny. 80% respondentów ocenia ten wpływ jako wysoki, 13,33% – jako umiarkowany, a 6,67% – jako niski. Nikt z ankietowanych nie stwierdził, że uzależnienia behawioralne nie mają wpływu na dysfunkcję rodziny. Wskazuje to na spójną ocenę, zgodnie z którą uzależnienia od czynności, w tym związane z korzystaniem z technologii, są postrzegane jako czynnik istotnie zaburzający relacje rodzinne i codzienne funkcjonowanie gospodarstw domowych.

Z perspektywy instytucji pomocowych ważne jest także to, w jaki sposób osoby z problemem uzależnień poszukują wsparcia. Aż 92,86% respondentów uważa, że osoby uzależnione od alkoholu, narkotyków, dopalaczy, innych środków psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych nie zgłaszają się samodzielnie po pomoc, a jedynie 7,14% wskazuje, że takie zgłoszenia mają miejsce. Na pytanie, dokąd mieszkańcy zwracają się o pomoc w razie problemu uzależnień, 46,15% ankietowanych wskazało inne instytucje pomocowe, 23,08% – rodzinę, 23,08% – radzenie sobie samodzielnie, 19,23% – lekarza oraz poszukiwanie pomocy w Internecie, 11,54% – znajomych. Jednocześnie 30,77% wybrało odpowiedź „nie wiem”, a wśród odpowiedzi otwartych pojawiła się opinia, że część osób w ogóle nie szuka pomocy, nie rozpoznając problemu.

Diagnoza Problemów Społecznych – rekomendacje

Poniżej przedstawiono najważniejsze rekomendacje wypływające z przeprowadzonych badań.

Zwiększenie dostępności programów edukacyjnych i profilaktycznych dotyczących spożycia alkoholu

- Edukacja na temat odpowiedzialnej konsumpcji alkoholu, skierowana zarówno do dorosłych, jak i młodzieży. Gmina powinna rozważyć organizację kampanii edukacyjnych, które promują świadome i umiarkowane spożywanie oraz podkreślają konsekwencje zdrowotne nadmiernego picia, a także jazdy po alkoholu.
- Zwiększenie dostępności lokalnych punktów wsparcia dla osób nadużywających alkoholu, w tym rozszerzenie działań poradni leczenia uzależnień oraz organizowanie grup wsparcia dla rodzin osób uzależnionych.
- Wprowadzenie lub wzmocnienie programów profilaktycznych skierowanych do kobiet w ciąży, które podkreślają skutki spożywania alkoholu podczas ciąży oraz zagrożenia związane z FASD (Alkoholowy Zespół Płodowy).

Wzmocnienie działań prewencyjnych związanych z narkotykami dopalaczami

- Wprowadzenie szerszych programów profilaktycznych, które edukują o szkodliwości substancji psychoaktywnych i promują alternatywne metody radzenia sobie ze stresem i napięciem, w szczególności skierowane do młodych dorosłych.
- Zacieśnienie współpracy między gminą, służbami zdrowia i policją w celu monitorowania dostępu do substancji psychoaktywnych oraz ich handlu. Warto również rozważyć wprowadzenie regularnych kampanii informacyjnych, które zwiększą świadomość społeczną na temat konsekwencji zażywania narkotyków.
- Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i wsparcia psychologicznego dla osób uzależnionych, a także programów interwencyjnych dla osób, które sięgają po narkotyki z powodu stresu lub presji społecznej.

Rozwój programów przeciwdziałania przemocy domowej

- Tworzenie lokalnych punktów wsparcia dla osób doznających przemocy domowej oraz wzmocnienie istniejących instytucji, które oferują pomoc psychologiczną, prawną i schronienie dla osób doznających przemocy.
- Rozszerzenie programów edukacyjnych dotyczących rozpoznawania i zgłaszania przemocy domowej, a także szkoleń dla nauczycieli, pracowników socjalnych i służb medycznych w zakresie identyfikacji osób doznających przemocy.

Edukacja w zakresie uzależnień behawioralnych

- Programy edukacyjne dla dorosłych, które uczą, jak świadomie i z umiarem korzystać z technologii, a także promują zdrowe nawyki cyfrowe.
- Wprowadzenie lokalnych inicjatyw, takich jak warsztaty dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym, gdzie mieszkańcy mogą nauczyć się technik radzenia sobie z nadmiernym korzystaniem z telefonów, internetu i gier.
- Kampanie społeczne, które podkreślają znaczenie równowagi między życiem online a offline, szczególnie w kontekście zdrowia psychicznego.

Wzmocnienie kontroli i odpowiedzialności w handlu alkoholem

- Regularne szkolenia dla sprzedawców alkoholu, które obejmują przepisy dotyczące sprzedaży alkoholu osobom nieletnim i nietrzeźwym oraz edukują o ich roli w ograniczaniu nadużywania alkoholu w społeczności.
- Zaostrzenie kontroli sprzedaży alkoholu w punktach handlowych, w tym prowadzenie kontroli przestrzegania zasad dotyczących weryfikacji wieku kupujących.

- Zacieśnienie współpracy z lokalnymi władzami i policją, aby monitorować miejsca, gdzie może dochodzić do nielegalnej sprzedaży alkoholu, szczególnie osobom niepełnoletnim.

Wprowadzenie działań w zakresie przeciwdziałania cyberprzemocy

- Promować kampanie społeczne na temat cyberprzemocy, skierowane do wszystkich grup wiekowych, aby zwiększyć świadomość o tym zjawisku i jego skutkach.
- Utworzenie specjalnych programów wsparcia dla osób doznających cyberprzemocy, w tym dostęp do poradnictwa psychologicznego oraz prawnego.
- Szkolenia dla nauczycieli i rodziców, aby mogli skutecznie rozpoznawać oznaki cyberprzemocy i wiedzieli, jak reagować w przypadku jej wystąpienia.

Zacieśnienie współpracy z lokalnymi społecznościami i organizacjami pozarządowymi

- Finansowanie programów profilaktycznych realizowanych przez organizacje pozarządowe, które już mają doświadczenie w tych obszarach.
- Wspieranie inicjatyw społecznych, takich jak grupy wsparcia, warsztaty edukacyjne, kampanie informacyjne oraz inne formy działania na rzecz zdrowia publicznego.

Rekomendacje w kontekście przeciwdziałaniu uzależnieniom oraz przemocy wśród dzieci i młodzieży.

Wzmacnianie edukacji w zakresie uzależnień od alkoholu i nikotyny

- Organizowanie regularnych programów profilaktycznych dla uczniów, które będą podkreślały negatywne skutki spożywania alkoholu i palenia papierosów. Istotne jest, aby programy były interaktywne i uwzględniały realistyczne sytuacje, z którymi dzieci i młodzież może się spotkać.
- Prowadzenie kampanii informacyjnych dla rodziców na temat wpływu alkoholu i nikotyny na młodzież oraz roli dorosłych w zapobieganiu tym problemom (np. ograniczenie dostępu do alkoholu podczas rodzinnych uroczystości).
- Wzmocnienie współpracy między szkołami, ośrodkami zdrowia oraz lokalnymi organizacjami zajmującymi się uzależnieniami, aby wspólnie działać na rzecz zapobiegania.

Zwiększenie działań profilaktycznych w zakresie narkotyków i substancji psychoaktywnych

- Opracowanie programów wczesnej interwencji w szkołach, z uwzględnieniem informacji o zagrożeniach związanych z narkotykami, w tym dopalaczami. Ważne jest również podkreślenie roli internetu jako kanału dystrybucji tych substancji i edukacja na temat bezpiecznego korzystania z sieci.
- Zwiększenie dostępu do specjalistycznej pomocy dla uczniów i rodziców, np. poprzez konsultacje z psychologami i terapeutami, którzy specjalizują się w problemach uzależnień.

Przeciwdziałanie przemocy rówieśniczej i cyberprzemocy

- Organizowanie szkoleń dla nauczycieli, uczniów i rodziców dotyczących rozpoznawania oznak przemocy rówieśniczej i cyberprzemocy, a także skutecznych sposobów przeciwdziałania.
- Stworzenie łatwo dostępnych kanałów wsparcia dla osób doznających przemocy, np. anonimowe infolinie lub platformy internetowe, gdzie uczniowie mogą zgłaszać przemoc bez obaw przed odwetem.
- Wdrażanie programów, które promują zdrowe relacje między uczniami, np. warsztaty dotyczące rozwiązywania konfliktów, empatii i współpracy.

Uświadamianie uczniów na temat uzależnień behawioralnych

- Zwiększenie świadomości na temat uzależnień behawioralnych, takich jak uzależnienie od internetu, gier komputerowych czy mediów społecznościowych, poprzez kampanie edukacyjne skierowane zarówno do uczniów, jak i rodziców.
- Wprowadzenie w szkołach programów, które uczą zdrowego zarządzania czasem spędzanym w internecie oraz radzenia sobie z presją korzystania z technologii w życiu codziennym.
- Organizowanie warsztatów dotyczących bezpieczeństwa w sieci, aby uczniowie mieli świadomość zagrożeń związanych z nadużywaniem technologii oraz sposobów ochrony swoich danych osobowych.

Wsparcie dla uczniów z zaburzeniami odżywiania

- Szkolenie nauczycieli i szkolnych psychologów w zakresie rozpoznawania wczesnych objawów anoreksji, bulimii i kompulsywnego objadania się, aby szybko reagować na problemy uczniów.
- Promowanie zdrowego odżywiania i stylu życia poprzez zajęcia edukacyjne, warsztaty kulinarne oraz aktywności fizyczne, które mogą wspierać uczniów w dbaniu o swoje zdrowie psychiczne i fizyczne.

Zwiększenie dostępności wsparcia dla uczniów

- Zwiększenie liczby dostępnych konsultacji z psychologami i doradcami w szkołach, aby uczniowie mieli dostęp do profesjonalnej pomocy w razie potrzeby.
- Wprowadzenie regularnych, anonimowych ankiet, które pozwolą uczniom na zgłaszanie problemów bez obaw o konsekwencje, co ułatwi monitorowanie skali problemów i umożliwi szybką reakcję.

Dane statystyczne

Dane z GKRPA:

	2022	2023
Liczba członków GKRPA	7	7
Liczba osób, które skorzystało z pomocy terapeuty w ramach Stowarzyszenia Specjalistyczna Pomoc Rodzinom „Nadzieja”	20	38
Liczba porad, których udzielił terapeuta w ramach Stowarzyszenia Specjalistyczna Pomoc Rodzinom „Nadzieja”	32	96
Liczba porad udzielonych osobom z problemem alkoholowym przez instruktora/konsultanta ds. uzależnień w Punkcie Konsultacyjno – Informacyjnym	120	25
Liczba konsultacji udzielonych przez psychologa ds. uzależnień w Punkcie Konsultacyjno – Informacyjnym	164	99

Rozdział II – Założenia i Adresaci Programu

Niniejszy Program, zawiera zadania, które będą realizowane z uwzględnieniem aktualnych potrzeb lokalnych (wynikających z przeprowadzonej diagnozy) oraz wykorzystaniem istniejących zasobów instytucjonalnych i osobowych służących rozwiązywaniu problemów wynikających z uzależnień.

Adresatami Programu są mieszkańcy Gminy Radzyń Chełmiński, w szczególności:

- osoby uzależnione (przede wszystkim od alkoholu, narkotyków i innych substancji psychoaktywnych, ale również borykające się z innymi typami uzależnień, zwłaszcza uzależnień behawioralnych);

- członkowie rodzin z problemem alkoholowym i innymi uzależnieniami, w tym osoby współuzależnione;
- dzieci i młodzież szkolna, w tym ze środowisk zagrożonych i z problemami wynikającymi z uzależnień (ze szczególnym uwzględnieniem uzależnień behawioralnych wśród dzieci i młodzieży);
- najbliższe otoczenie osób uzależnionych.

Rozdział III – Realizatorzy Programu (posiadane zasoby)

Jak zostało to już wskazane, realizatorem niniejszego programu jest Referat Oświaty, Kultury, Zdrowia i Promocji Urzędu Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński. Jednakże, aby zapobiegać negatywnym zjawiskom społecznym, należy włączyć do współpracy/współrealizacji Programu następujące podmioty:

1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
2. Urząd Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński.
3. Jednostki organizacyjne Urzędu Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński.
4. Zespół Interdyscyplinarny ds. Rozwiązywania Problemów Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Radzynie Chełmińskim.
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Chełmińskim.
6. Placówki oświatowo – wychowawcze i opiekuńczo – wychowawcze.
7. Organizacje pozarządowe.
8. Policja – Komenda Miejska Policji w Grudziądzu.
9. Sąd Rejonowy w Wąbrzeźnie, w tym Zespoły Kuratorskiej Służby Sądowej.
10. Pozostałe podmioty i jednostki, funkcjonujące w zakresie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej oraz świadczeń zdrowotnych, które swoimi działaniami mogą wesprzeć ww. jednostki, w szczególności:
 - placówki lecznicze oraz placówki wsparcia i przeciwdziałania uzależnieniom,
 - stowarzyszenia lub organizacje pozarządowe,
 - grupy samopomocowe AA, Al.-Anon, czy DDA.

Rozdział IV – Cele Programu

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi, Program „*stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia*”. Opracowane Cele niniejszego Programu, jak również Zadania (określone w następnym Rozdziale), są zatem zgodne z Narodowym Programem Zdrowia 2021-2025.

Cele Strategiczne niniejszego Programu to:

1. Rozpoznawanie specyfiki problemów uzależnień na terenie Gminy Radzyń Chełmiński oraz potrzeb lokalnego środowiska w zakresie pomocy w ich rozwiązywaniu.
2. Zwiększenie dostępności i skuteczności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych oraz członków ich rodzin.
3. Zmniejszenie rozmiarów aktualnie istniejących problemów uzależnień i zapobieganie powstawaniu nowych.
4. Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących szkód wynikających z nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez dorosłych oraz dzieci i młodzież, jak również odnośnie uzależnień behawioralnych.
5. Upowszechnianie informacji o formach pomocy oraz instytucjach świadczących pomoc osobom uzależnionym i ich rodzinom.
6. Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, w szczególności w rodzinie z problemem alkoholowym.
7. Promocję zdrowego stylu życia i zachęcanie do różnorodnych form aktywności mieszkańców (bez środków uzależniających).
8. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa mieszkańców.
9. Podnoszenie poziomu wiedzy i kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień.

Rozdział V – Zadania Programu i sposoby ich realizacji.

<u>Zadanie 1</u> Zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, w szczególności od alkoholu i substancji psychoaktywnych.
1. Upowszechnianie informacji o placówkach leczenia odwykowego. 2. Prowadzenie rozmów przez członków GKRPA, motywujących do podjęcia dobrowolnego leczenia odwykowego. 3. Przyjmowanie wniosków w sprawie leczenia odwykowego osób nadużywających alkoholu, rozpatrywanie zgłoszeń i pism z Policji, MGOPS i innych instytucji, uzasadniających wszczęcie postępowania o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. 4. Wspieranie placówek leczenia uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w celu zapewnienia kompleksowej opieki terapeutycznej w zakresie podstawowego programu leczenia uzależnień. 5. Finansowanie kosztów sporządzenia opinii biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. 6. Współudział w organizowaniu lokalnych narad i konferencji przy udziale Policji, dyrektorów szkół, MGOPS w zakresie diagnozowania i wdrażania systemu pomocy rodzinom z problemami alkoholowymi. 7. Współpraca Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z dyrektorami szkół, przedszkoli i Policją w rozpoznawaniu zjawisk patologicznych wśród młodzieży szkolnej pod kątem ujawniania zagrożeń spowodowanych nadużywaniem napojów alkoholowych, narkotyków, dopalaczy i innych środków uzależniających. 8. Udzielanie osobom zainteresowanym i ich rodzinom aktualnych informacji na temat dostępnych placówek pomocy oraz instytucji, które są włączone w systemowe wspieranie rodzin uwikłanych w problemy alkoholowe.
<u>Zadanie 2</u> Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe lub narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą domową.

1. Umożliwianie ofiarom przemocy w rodzinie korzystania ze specjalistycznej pomocy np. psychologicznej, prawnej, zdrowotnej.
2. Dofinansowanie działalności specjalistycznych miejsc pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie, w szczególności pomoc dzieciom pokrzywdzonym (grupy wsparcia, pomoc psychologa, itp.).
3. Uruchamianie procedury Niebieskiej Karty w przypadku wystąpienia przemocy w rodzinie.
4. Kierowanie osób nadużywających alkoholu, o których mowa w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, na badanie biegłych sądowych w przedmiocie uzależnienia oraz finansowanie kosztów tych badań.
5. Kierowanie do sądu wniosku o wszczęcie postępowania o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu oraz dokonywanie opłat sądowych w związku ze składanymi wnioskami.
6. Upowszechnianie informacji dotyczących uzależnień, w szczególności alkoholizmu, narkomanii oraz zjawiska przemocy w rodzinie (przewodniki, ulotki, plakaty, broszury, czasopisma, książki, kampanie lokalne, gadżety itp.).
7. Finansowanie szkoleń, kursów, warsztatów specjalistycznych, itp. dla członków GKRPA, członków ZI ds. przemocy w rodzinie, pracowników MGOPS, nauczycieli z zakresu profilaktyki problemowej i przeciwdziałania przemocy.

Zadanie 3

Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii, jak również przeciwdziałania 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.

1. Organizowanie i finansowanie profesjonalnych, autorskich programów profilaktycznych, warsztatów profilaktycznych i terapeutyczno-wychowawczych przeznaczonych dla dzieci, młodzieży, nauczycieli i rodziców (w tym również rekomendowanych przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom).
2. Prowadzenie zajęć profilaktyczno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży.

3. Udział w ogólnopolskich kampaniach i akcjach informacyjno-profilaktycznych, w tym zakup niezbędnych ulotek, broszur, plakatów, gadżetów oraz ich dystrybucja, w szczególności dotyczących pijanych kierowców, kobiet w ciąży spożywających alkohol, przemocy w rodzinie, dopalaczy.
4. Organizowanie i finansowanie (lub współfinansowanie) spektakli profilaktycznych, zajęć, imprez, spotkań, wyjazdów profilaktycznych, edukacyjnych, kulturalnych, sportowych i turystycznych integrujących społeczność lokalną, promujących zdrowy styl życia i ograniczających spożywanie alkoholu.
5. Organizowanie i finansowanie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla dzieci i młodzieży, tworzenie dzieciom, młodzieży i dorosłym warunków do spędzania czasu wolnego (np. wyjazdy, zabawy, koła zainteresowań, kluby).
6. Wspieranie i finansowanie przedsięwzięć profilaktycznych promujących trzeźwy i bezpieczny sposób spędzania wolnego czasu.
7. Organizowanie konkursów mających podłoże profilaktyczne i promujących zdrowy styl życia (obejmujące zakup nagród, upominków, poczęstunku dla uczestników).
8. Współfinansowanie wypoczynku dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych, na obozach, biwakach, wycieczkach, koloniach, półkoloniach, których program obejmuje zajęcia z elementami profilaktycznymi, socjoterapeutycznymi z uwzględnieniem profilaktyki uniwersalnej zgodnie z wytycznymi Narodowego Programu Zdrowia.
9. Diagnozowanie i monitorowanie problemów społecznych, w tym uzależnień i przemocy na terenie gminy.

Zadanie 4

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

1. Wspieranie działań profilaktycznych podejmowanych przez inne instytucje, organizacje pozarządowe, kościoły i osoby fizyczne działające na rzecz osób i rodzin z problemem alkoholowym.
2. Współdziałanie członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z Miejsko – Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w zakresie rozwiązywania problemów w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym.
3. Współfinansowane części oprogramowania, sprzętu oraz kamer monitoringu miejskiego

służącego do monitorowania miejsc, gdzie występują zdarzenia/szkody powodowane przez spożywanie alkoholu.

4. Kontynuowanie współpracy z Policją w zakresie kontroli przestrzegania zapisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przez placówki korzystające z zezwoleń na handel napojami alkoholowymi na terenie gminy.
5. Współpraca z Policją w zakresie zapobiegania patologiom społecznym związanym z nadużywaniem alkoholu, narkotyków oraz przeprowadzanie spotkań profilaktycznych z dziećmi, młodzieżą w szkołach.
6. Udzielanie wsparcia materialnego i edukacyjnego dla inicjatyw podejmowanych przez podmioty zajmujące się statutowo profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień.
7. Dofinansowanie programów dla osób uzależnionych od alkoholu, realizowanych przez stowarzyszenia działające na terenie gminy.
8. Współfinansowanie działań sportowych i rekreacyjnych realizowanych przez kluby sportowe z terenu gminy/miasta mające na celu profilaktykę.
9. Współdziałanie z kuratorami sądowymi, asystentami rodzin, pracownikami socjalnymi wykonującymi nadzór nad osobami poddanymi leczeniu odwykowemu.
10. Wspieranie wszelkich inicjatyw społecznych w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Zadanie 5

Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

1. Organizowanie i finansowanie szkoleń dla sprzedawców i właścicieli sklepów handlujących napojami alkoholowymi.
2. Przeprowadzanie kontroli przestrzegania zasad określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w podmiotach prowadzących sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu i poza miejscem sprzedaży.
3. Współpraca z organami i instytucjami w przypadku naruszenia ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

<u>Zadanie 6</u> Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.
Dofinansowanie zatrudnienia socjalnego osobom uzależnionym od alkoholu po zakończonym programie psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego poprzez wspomaganie działalności Centrum Integracji Społecznej – <u>w przypadku utworzenia CIS.</u>

Rozdział VI – Przewidywane rezultaty

Przewidywane efekty działań podjętych w ramach realizacji niniejszego Programu obejmują przede wszystkim:

- stały spadek liczby osób dotkniętych uzależnieniami,
- łagodzenie skutków społecznych i zawodowych alkoholizmu,
- rozwój sieci wspierającej osoby uzależnione i ich rodziny,
- wzrost świadomości dzieci i młodzieży na temat negatywnych skutków uzależnień – w szczególności co do wpływu na zdrowie oraz rodzinę (relacje),
- wzrost aktywności instytucji pomocowych powiązany ze wzrostem zaufania do tychże instytucji,
- powszechna wiedza sprzedawców alkoholu na temat ich odpowiedzialności oraz podstawowych regulacji prawnych dot. sprzedaży alkoholu.

Prognozowane zmiany Gmina Radzyń Chełmiński osiągnie poprzez współpracę wszystkich osób, stowarzyszeń oraz instytucji i organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy społecznej.

Rozdział VII – Finansowanie zadań

Źródłem finansowania zadań zawartych w niniejszym Programie będą środki finansowe budżetu Gminy stanowiące dochody z tytułu wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, wniesione przez podmioty gospodarcze zgodnie z art. 18² ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dochody te stanowią dochód gminy, który w całości jest przeznaczany na realizację programu.

Klasyfikacja budżetowa obejmuje dział 851 (Ochrona zdrowia), rozdział 85153 (Zwalczanie Narkomanii) oraz 85154 (Przeciwdziałanie Alkoholizmowi).

Dodatkowym źródłem finansowania mogą być środki, pozyskiwane z tzw. „opłat za małpki” na przeciwdziałanie negatywnym skutkom spożywania alkoholu.

Poza wyżej wymienionymi źródłami finansowania, Gmina może uwzględnić w budżecie dodatkowe środki własne, w związku z realizacją zadań wynikających z niniejszego Programu.

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, poprzez Urząd Miasta i Gminy, a także przy udziale Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, uwzględniając postanowienia uchwały budżetowej, co roku przedstawia Burmistrzowi szacowane koszty realizacji zadań w postaci planu finansowego. Plan ten w szczególności uwzględnia:

- koszty realizacji zadań profilaktycznych,
- koszty kursów i szkoleń,
- wynagrodzenia członków GKRPA.

Plan finansowy, z uwagi na kilkuletnią perspektywę realizacji niniejszego Programu, może być modyfikowany i zmieniany w danym roku jego realizacji, z uwzględnieniem przesunięć środków między zadaniami.

Rozdział VIII - Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Zadania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych:

1. Inicjowanie działań zmierzających do orzeczenia o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu od alkoholu osób zgłoszonych jako nadużywające alkoholu.
2. Podejmowanie działań zmierzających do poddania się leczeniu odwykowemu osób uzależnionych od alkoholu:
 - udzielanie informacji na temat możliwości leczenia uzależnienia,
 - motywowanie do podjęcia terapii odwykowej,
 - udzielanie informacji o działających grupach wsparcia, klubach i stowarzyszeniach abstynenckich.
3. Kontrolowanie przestrzegania warunków sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych.
4. Propagowanie i popularyzowanie wiedzy z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
5. Współpraca z organizacjami, placówkami, instytucjami i osobami fizycznymi związanymi z problematyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.
6. Opiniowanie wniosków o wydanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.
7. Udzielanie stosownego wsparcia i informacji ofiarom przemocy domowej o możliwości ich powstrzymania, a także prowadzenie do uruchomienia interwencji w przypadku zdiagnozowania przemocy domowej.
8. Udzielanie informacji na temat możliwości pomocy i kompetencji poszczególnych służb z terenu gminy i powiatu, które zajmują się profesjonalną i systemową pomocą dla osób i rodzin z problemem alkoholowym lub występowaniem przemocy domowej.
9. W przypadku wystąpienia przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym, stosowanie procedury „Niebieskiej Karty” i współpraca z zespołem interdyscyplinarnym działającym na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
10. Współpraca z Miejsko – Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej, a także innymi podmiotami (np. fundacje, stowarzyszenia) mająca na celu prowadzenie działań związanych z integracją społeczną osób uzależnionych.

Zasady wynagradzania Członków Komisji

1. Osobom powołanym w skład GKRPA przysługuje wynagrodzenie za pracę w Komisji. Do podstawowych obowiązków wszystkich członków Komisji należy m.in. udział w posiedzeniach Komisji, prowadzenie rozmów motywujących z osobami kierowanymi do Komisji, przeprowadzanie kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych, opiniowanie zgodności lokalizacji punktu sprzedaży napojów alkoholowych z uchwałami Rady Miejskiej.
2. Wszystkim Członkom Komisji przysługuje wynagrodzenie w formie ryczałtu liczonego procentowo w stosunku do wysokości brutto minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego Rozporządzeniem Rady Ministrów.
3. Członkom Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przysługuje wynagrodzenie w wysokości:
 - Członkom Komisji za udział w posiedzeniu Komisji przysługuje wynagrodzenie w wysokości 300 zł;
 - Przewodniczącemu Komisji za udział w posiedzeniu przysługuje wynagrodzenie w wysokości 600 zł;
 - Członkowi Komisji za każdorazowy udział w pracach Zespołu Kontrolnego GKRPA, w pracach Zespołu Motywacyjno-Interwencyjnego GKRPA, a także za organizowanie i udział w innych przedsięwzięciach z zakresu działania Komisji, przysługuje wynagrodzenie w wysokości 250 zł.
4. Kwota określone w pkt 3 jest kwotą brutto.
5. Wynagrodzenie będzie wypłacane po przedstawieniu przez Przewodniczącego Komisji wykazu osób oraz list obecności w posiedzeniach.
6. Członkom Komisji przysługuje zwrot kosztów podróży na szkolenia i konferencje, na posiedzenia sądu w przedmiocie zobowiązania do leczenia odwykowego, kontrole w sklepach oraz innych podróży służbowych. Zwrot kosztów przysługuje w wysokości udokumentowanej, np. kartą polecenia wyjazdu służbowego, biletami, fakturami obejmującymi rachunek kosztów podróży, cenę biletu a także opłaty za przejazdy drogami płatnymi i autostradami, postoje w strefie płatnego parkowania, miejsc parkingowych i inne niezbędne wydatki wiążące się bezpośrednio z odbywaniem podróży.

Rozdział IX – Monitoring i ewaluacja

Monitoring jest to stała i ciągła obserwacja ilościowych oraz jakościowych zmian pewnych wielkości, mająca na celu zapewnienie informacji zwrotnych na temat skuteczności i efektywności wdrażania niniejszego Programu na terenie Gminy Radzyń Chełmiński, a także jego ocenę i zmianę (tam, gdzie jest to konieczne). Monitoring służy badaniu i ocenie sposobu oraz efektywności dochodzenia do wyznaczonych celów i zadań, a także poziomu ich osiągnięcia.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2c ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Burmistrz Gminy Radzyń Chełmiński sporządza, na podstawie ankiety opracowanej przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, informację z realizacji działań podejmowanych w danym roku, które wynikają z niniejszego Programu, i przesyła ją do tegoż Centrum w terminie do dnia 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczy informacja.

Realizatorem niniejszego Programu jest Referat Oświaty, Kultury, Zdrowia i Promocji Urzędu Miasta i Gminy Radzyń Chełmiński, przy ścisłej współpracy z Gminną Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wobec tego, podstawowym dokumentem w procesie monitoringu, stanowiącym również podstawę do wypełnienia przez Burmistrza ww. ankiety, będą coroczne raporty realizacji zadań opracowywane przez Przewodniczącego GKRPA we współpracy z Dyrekcją MGOPS. Raporty takie sporządzane będą do końca lutego roku następującego po roku, którego dotyczyć będzie raport. Dokument ten będzie opracowany w oparciu o sprawozdania (raporty cząstkowe) jednostek organizacyjnych Gminy z realizacji wyznaczonych dla nich zadań oraz wszelkie dane uzyskane od podmiotów publicznych oraz prywatnych zaangażowanych w politykę społeczną, w tym w szczególności przeciwdziałanie uzależnieniom. Raport ten, Przewodniczący GKRPA wraz z kierownictwem MGOPS przedstawia Burmistrzowi w formie informacji o stanie wdrażania Programu.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2b ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Burmistrz sporządza raport z wykonania w danym roku Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii i efektów jego realizacji, który przedkłada Radzie Miejskiej w terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, którego dotyczy raport.

Rozdział X – Postanowienia końcowe

1. Program obejmuje zadania do realizacji od dnia 01.01.2026 r. do dnia 31.12.2029 r.
2. Działalność GKRPA jest finansowana w ramach realizacji niniejszego Programu.
3. Nadzór i koordynację nad realizacją Programu sprawuje Burmistrz Gminy Radzyń Chełmiński.
4. Przy realizacji programu należy współpracować ze wszystkimi instytucjami i organizacjami statutowo zobowiązanymi do rozwiązywania problemów alkoholowych, problemu narkomanii, a także innych uzależnień (zwłaszcza behawioralnych).

UZASADNIENIE

Zgodnie z zapisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 10 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, do zadań własnych gminy należy prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, przeciwdziałaniem narkomanii oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym.

Przedłożony **Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2026–2029** stanowi kontynuację dotychczasowych działań podejmowanych na terenie Gminy Radzyń Chełmiński, jednocześnie uwzględniając aktualne uwarunkowania prawne oraz potrzeby lokalnej społeczności.

Program został opracowany w oparciu o **Diagnozę Problemów Społecznych przeprowadzoną w 2025 roku**, obejmującą m.in. analizę problemów związanych z używaniem alkoholu, substancji psychoaktywnych, zjawiskiem przemocy oraz narastającymi problemami uzależnień behawioralnych, w szczególności wśród dzieci i młodzieży. Wnioski z diagnozy wskazują na potrzebę kontynuowania i wzmacniania działań profilaktycznych, edukacyjnych oraz wspierających, a także na konieczność zapewnienia dostępności pomocy terapeutycznej i specjalistycznej.

Program jest spójny z kierunkami określonymi w **Narodowym Programie Zdrowia**, a zaplanowane w nim działania obejmują m.in.:

- profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą,
- wsparcie rodzin i osób doświadczających problemów uzależnień,
- przeciwdziałanie przemocy domowej,
- działania edukacyjne i informacyjne,
- rozwój lokalnego systemu pomocy oraz współpracy międzyinstytucjonalnej.

Przyjęcie Programu w formie załącznika do uchwały Rady Miejskiej umożliwia jego kompleksową realizację w latach 2026–2029 oraz stanowi podstawę do planowania i wydatkowania środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych.

Mając na uwadze obowiązek ustawowy oraz potrzebę zapewnienia ciągłości działań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień, podjęcie niniejszej uchwały jest w pełni zasadne.