

Projekt

z dnia 8 grudnia 2025 r.

Zatwierdzony przez

**Uchwała
Rady Miasta Zakopane
z dnia 2025 r.
nr**

**w sprawie przyjęcia Diagnozy Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Narkomanii oraz
Miejskiego Programu Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Narkomanii na rok 2026-2029.**

Na podstawie art.4¹ ust 2 i 5 ustawy z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U.2023.2151 z dnia 2023.10.06), oraz art. 10 ust 2 i 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005r o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U z 2023 poz 1939) RADA MIASTA ZAKOPANE uchwala co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się Miejski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Narkomanii na lata 2026-2029 w brzmieniu stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Zakopane

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały nr
Rady Miasta Zakopane
z dnia 2025 r.



**MIEJSKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
NA LATA 2026-2029
W GMINIE MIEJSKIEJ ZAKOPANE**

Zakopane 2025

Spis treści

Wprowadzenie.....	2
Podstawy prawne.....	5
Rozdział I – Diagnoza	6
Wstęp	6
Diagnoza Problemów Społecznych – wnioski	6
„Diagnoza Problemów Społecznych – rekomendacje.....	23
Dane statystyczne	27
Rozdział II – Założenia i Adresaci Programu	29
Rozdział III – Realizatorzy Programu (posiadane zasoby)	30
Rozdział IV – Cele Programu	31
Rozdział V – Zadania Programu i sposoby ich realizacji.	32
Rozdział VI – Przewidywane rezultaty	37
Rozdział VII – Finansowanie zadań.....	38
Rozdział VIII – Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.....	39
Zadania Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych:	39
Zasady wynagradzania Członków Komisji	40
Rozdział IX – Monitoring i ewaluacja	42
Rozdział X – Postanowienia końcowe	43

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 Zakopane 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 uwzględniać 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 Zakopane 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 Miasta.

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 miejskiego programu wójt/burmistrz/prezydent miasta może powołać pełnomocnika. W przypadku Gminy Zakopane, realizatorem będzie Pełnomocnik Burmistrza ds. Przeciwdziałania Alkoholizmowi. 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 Miejskiego 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 Zakopane jest Diagnoza Problemów Społecznych, którą przeprowadzono wśród mieszkańców w okresie luty-kwiecień 2025 r. W badaniu łącznie wzięło udział 1117 osób (204 dorosłych mieszkańców, 845 uczniów szkół podstawowych, a także 68 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).

Diagnoza Problemów Społecznych – wnioski

Problemy społeczne z perspektywy dorosłych mieszkańców

Problem alkoholowy

W zakresie częstości spożywania alkoholu odnotowano przewagę odpowiedzi wskazujących na okazjonalny charakter konsumpcji, ze szczególnym nasileniem odpowiedzi „kilka razy w roku” na poziomie 38,24%. Jednocześnie 17,65% badanych zadeklarowało, że nie pije alkoholu, a 17,16% wskazało częstotliwość „kilka razy w miesiącu”; pozostałe kategorie („rzadziej niż raz w roku”, „raz w miesiącu”, „raz w tygodniu”, „kilka razy w tygodniu”, „codziennie”) miały niższe częstości, mieszczące się w przedziale od 4,41% do 7,84%. W pytaniu o najczęściej wybierany rodzaj alkoholu dominowały wino (44,05%) i piwo/cydr (42,26%), przy dalszych wskazaniach na whisky/koniak i inne mocne alkohole (23,81%), wódkę (14,29%), nalewki/likieri (12,5%) oraz alkohol domowej produkcji bądź pochodzący spoza legalnego źródła (7,74%). Analiza miejsc spożywania wskazuje na prymat domu (57,14%), następnie spotkań zorganizowanych u znajomych (42,26%), imprez rodzinnych

(32,14%), lokali gastronomiczno-rozrywkowych (29,76%), spotkań niezorganizowanych u znajomych (16,07%) oraz przestrzeni otwartej (12,5%).

W odniesieniu do spożywania w samotności najczęściej wybierano odpowiedź „nigdy” (48,21%), dalej „rzadko” (33,33%), „zawsze lub praktycznie zawsze” (10,12%) oraz „często” (8,33%). Subiektywna ocena stanu fizycznego podczas spożywania najczęściej opisywała lekkie rozluźnienie (47,02%) lub brak odczuwalnego wpływu (41,07%); znacznie rzadziej wskazywano objawy odpowiadające średniej dawce (8,33%) oraz stanom towarzyszącym dużym i bardzo dużym dawkom (po 1,79%).

W sferze funkcjonowania zawodowego zdecydowana większość respondentów deklarowała, że nigdy nie wykonywała obowiązków w pracy pod wpływem alkoholu (89,88%), przy sporadycznych wskazaniach „rzadko” (4,76%), „czasami” (3,57%) oraz „bardzo często” (1,79%). Obserwacje zachowań drogowych najczęściej nie potwierdzały sytuacji prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu („nigdy” 61,27%); pozostałe odpowiedzi rozkładały się na „rzadko” 20,59%, „czasami” 9,31%, „bardzo często” 4,9% oraz „często” 3,92%. Dodatkowo większość badanych nie odnotowała na terenie miejscowości sytuacji spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży (55,39%), przy 18,63% odpowiedzi „tak” i 25,98% „nie wiem”. Ocena trendu konsumpcji alkoholu w perspektywie kilku lat najczęściej wskazywała wzrost (31,86%), następnie odpowiedzi „trudno powiedzieć” (30,39%), „jest stałe” (26,96%) oraz „maleje” (10,78%).

Problem narkotykowy

W obszarze używania środków psychoaktywnych zdecydowanie przeważała odpowiedź „nie zażywam środków psychoaktywnych”, udzielona przez 94,61% respondentów. Pozostałe kategorie były nieliczne i dotyczyły przede wszystkim używania „kilka razy w roku” (2,45%), a także pojedynczych wskazań „zażywałem/am tylko raz”, „raz w roku lub mniej”, „raz w miesiącu”, „kilka razy w tygodniu” i „codziennie” (po 0,49%). Wśród wymienianych substancji, w grupie osób z doświadczeniem używania, najwyższy odsetek dotyczył marihuany lub haszyszu (90,91%), dalej LSD i innych substancji halucynogennych (36,36%), a po 18,18% dopalaczy, ekstazy, kokainy/crack i GHB; rzadziej wskazywano amfetaminę, substancje wziewne oraz leki o zastosowaniu niemedycznym (po 9,09%). Odpowiedzi dotyczące czasu ostatniego użycia rozkładały się na „w ostatnim miesiącu” 54,55%, „w ostatnim roku” 27,27% oraz „ponad rok temu” 18,18%. Deklaracje odnoszące się do używania w samotności były zróżnicowane, przy najczęstszym wyborze „nigdy” (36,36%) oraz wskazaniach „często”

27,27%, a także „rzadko” i „zawsze lub praktycznie zawsze” po 18,18%. W pytaniu o motywy użycia dominowały kategorie „przyjemność/relaksacja” (81,82%) i „ciekawość” (27,27%). W ocenie dostępności w miejscowości przeważała odpowiedź „nie wiem” (66,67%), przy wskazaniach „łatwe” (21,57%) i „trudne” (11,76%). Wskazując znane miejsca zakupu, najczęściej wybierano „nie znam takich miejsc” (83,74%), z rzadszymi wskazaniami na „konkretną osobę”, „osiedle/centrum”, lokale rozrywkowe, Internet oraz lokalną siłownię/klub sportowy. Ocena szkodliwości używania środków psychoaktywnych dla zdrowia rozkładała się następująco: „zdecydowanie tak” 81,37%, „raczej tak” 8,33%, „trudno powiedzieć” 7,84%, „zdecydowanie nie” 1,96% i „raczej nie” 0,49%. W kwestii legalizacji marihuany przeważała odpowiedź „tak” (36,76%), przy 32,84% odpowiedzi „nie” oraz 30,39% „nie mam zdania”.

Zjawiska związane z przemocą i cyberprzemocą

W odpowiedzi na pytanie o osobiste doświadczenia jakichkolwiek form przemocy większość badanych deklarowała brak takich zdarzeń (69,12%). Wskazania dotyczące wcześniejszych doświadczeń obejmowały okres „więcej niż 12 miesięcy temu” (21,08%), „ostatnich 30 dni” (5,39%) oraz „ostatnich 12 miesięcy” (4,41%). Wśród form, których doświadczono, najczęściej wymieniano przemoc psychiczną (84,13%), dalej przemoc fizyczną (42,86%) oraz mobbing (33,33%); rzadziej wskazywano zaniedbanie (20,63%), przemoc ekonomiczną (17,46%) i przemoc seksualną (12,7%). W pytaniu o to, z czyjej strony dochodziło do przemocy, najczęściej wskazywano obce osoby (31,75%), partnera/partnerkę (26,98%), męża/żonę (26,98%) oraz pracodawcę (26,98%); dalsze odpowiedzi obejmowały ojca/opiekuna (19,05%), współpracowników (14,29%), matkę/opiekunkę (9,52%), znajomych/przyjaciół (4,76%), brata (3,17%) oraz dziecko/dzieci (1,59%).

W odniesieniu do udzielanych przez badanych odpowiedzi o stosowanie przemocy wobec innych dominowała deklaracja „nigdy” (85,29%), przy odpowiedziach dotyczących okresu „więcej niż 12 miesięcy temu” (9,8%), „ostatnich 30 dni” (2,94%) oraz „ostatnich 12 miesięcy” (1,96%). W grupie osób, które potwierdziły stosowanie, wskazywano najczęściej przemoc fizyczną (53,33%) i psychiczną (50%), a następnie ekonomiczną (13,33%), odpowiedź „nie wiem” (10%), zaniedbanie (6,67%) i mobbing (3,33%). Z kolei relacje, w których te zachowania wystąpiły, obejmowały męża/żonę, partnera/partnerkę oraz współpracowników (po 23,33%), dalej dziecko/dzieci i znajomych/przyjaciół (po 16,67%), obce osoby (13,33%), pracodawcę (6,67%), a także ojca/opiekuna, brata i inne wskazania po 3,33%. W kontekście użycia substancji podczas takich zdarzeń zdecydowana większość badanych wskazała, że nie

była pod wpływem (86,67%), przy odsetku 13,33% odnoszącym się do alkoholu oraz po 3,33% do narkotyków i dopalaczy. W ocenie dopuszczalności okoliczności usprawiedliwiających użycie przemocy przeważała odpowiedź „nie” (67,16%), przy 18,63% „tak” i 14,22% „nie wiem”. W odniesieniu do stosowania kar fizycznych wobec dzieci przeważała odpowiedź „nie” (72,55%), natomiast „nie wiem” uzyskało 18,63%, a „tak” 8,82%.

W ramach cyberprzemocy niemal połowa osób zadeklarowała, że nigdy jej nie doświadczyła (49,02%). Wśród wskazanych form najczęściej pojawiały się wyzywanie i wulgaryzmy kierowane wobec danej osoby (30,88%) oraz wyłudzenie pieniędzy (25,49%); ponadto wymieniano ośmieszanie lub poniżanie (17,16%), włamania lub kradzież kont (15,69%), podszywanie się (12,25%), grożenie lub straszenie (9,8%), a także rozsyłanie ośmieszających materiałów i szantażowanie (po 7,84%). W pytaniu o stosowanie cyberprzemocy wobec innych dominowała odpowiedź negatywna (87,75%); wśród wskazywanych form pojawiały się wyzywanie i wulgaryzmy (6,37%), ośmieszanie lub poniżanie (2,45%), wyłudzenie pieniędzy (2,45%), rozsyłanie ośmieszających materiałów i włamania lub kradzież kont (po 1,47%), podszywanie się (0,98%) oraz szantażowanie (0,49%).

Uzależnienia behawioralne oraz korzystanie z technologii

Wiedzę na temat uzależnień behawioralnych potwierdziło 51,47% badanych, a 48,53% odpowiedziało przecząco. W zakresie częstego odczuwania wewnętrznego przymusu wykonywania wybranych czynności najczęściej wskazywano korzystanie z telefonu komórkowego (35,29%), przy jednoczesnym wysokim odsetku odpowiedzi „nie dotyczy” (42,16%). Pozostałe kategorie obejmowały między innymi nadmierne myślenie o pracy (20,59%), korzystanie z komputera i Internetu (13,73%), zdrowe odżywianie (12,75%), dbałość o sylwetkę (11,76%), zakupy (11,27%), granie w gry komputerowe lub wideo (6,37%) oraz inne rzadziej wybierane aktywności. W pytaniu o występowanie uzależnień w najbliższym otoczeniu najczęściej wskazywano korzystanie z telefonu komórkowego (50%), przy 37,25% odpowiedzi „nie znam takiej osoby/osób”; kolejne pozycje dotyczyły korzystania z komputera i Internetu (28,92%) oraz pracobolizmu (25,98%), a dalej m.in. gier komputerowych (17,65%) i zakupów (13,24%).

W badaniu praktyk cyfrowych codzienne korzystanie z urządzeń elektronicznych deklarowało 80,88% respondentów, przy 9,8% odpowiedzi „nie korzystam” i niższych odsetkach dla częstotliwości niższych niż codzienna. Czas poświęcany na Internet poza pracą najczęściej mieścił się w przedziale 1–3 godziny dziennie (43,48%), przy kolejnych wskazaniach 3–6

godzin (23,91%) oraz do 1 godziny (20,11%); rzadziej wybierano kategorie 6–10 godzin (6,52%) i powyżej 10 godzin (0,54%). Najczęściej wskazywanym powodem korzystania z Internetu były media społecznościowe (72,99%), następnie bieżące wiadomości i poszerzanie wiedzy (55,75%), słuchanie muzyki (52,3%), kontakt ze znajomymi (50,57%), zakupy (50%) oraz oglądanie treści wideo (48,85%). W autoocenie zależności od telefonu przeważała odpowiedź „trudno byłoby funkcjonować bez niego” (46,2%), przy 41,85% wskazań „mógłbym/mogłabym żyć bez telefonu” oraz 11,96% deklaracji „zdecydowanie jestem uzależniony/a”.

Zachowania o charakterze hazardowym

Udział w konkursach z płatnymi SMS-ami w okresie ostatnich 12 miesięcy najczęściej opisywano odpowiedzią „nigdy” (82,35%), przy 16,67% odpowiedzi „kilka razy” i 0,98% „wiele razy”. W pozostałych formach o charakterze hazardowym, takich jak obstawianie zakładów czy gra na automatach, odnotowano niskie częstotliwości z przewagą odpowiedzi „nigdy”.

Podsumowanie

Przedstawiony materiał wskazuje na utrwalony wzorzec okazjonalnej konsumpcji alkoholu, z koncentracją spożycia w środowisku domowym i przy przewadze wina oraz piwa lub cydru, a także na wysokie deklaracje nielączenia alkoholu z wykonywaniem pracy oraz rzadkie obserwacje prowadzenia pojazdu pod wpływem. W obszarze środków psychoaktywnych dominują odpowiedzi negujące używanie, a wśród osób deklarujących doświadczenie używania najczęściej wymieniana jest marihuana lub haszysz, przy wskazaniach ostatniego kontaktu najczęściej w horyzoncie ostatniego miesiąca. W obszarze przemocy większość badanych nie identyfikuje doświadczeń własnych, a wśród form wskazywana jest przede wszystkim przemoc psychiczna; jednocześnie dominuje brak akceptacji dla okoliczności usprawiedliwiających użycie przemocy oraz odrzucenie kar fizycznych wobec dzieci. W sferze zachowań cyfrowych widoczne jest powszechne, codzienne korzystanie z urządzeń i Internetu przede wszystkim w celach społecznościowych i informacyjnych, przy jednoczesnej częstej autoocenie trudności w funkcjonowaniu bez telefonu.

Problemy społeczne z perspektywy uczniów klas 4-6

Problem alkoholowy

W zakresie próbowania napojów alkoholowych przeważały odpowiedzi negujące kontakt, przy 89,85% wskazań „nie” i 10,15% odpowiedzi twierdzących. Wśród osób deklarujących pierwszą próbę odnotowano zróżnicowany wiek inicjacji: 39,02% uczniów wskazało 8 lat lub mniej, 31,71% 11–12 lat lub więcej, a 29,27% 9–10 lat. Okoliczności pierwszego kontaktu najczęściej opisywano jako sytuację „przez pomyłkę” na poziomie 29,27%, dalej pojawiały się odpowiedzi „żadne z powyższych” oraz „poczęstowali mnie rodzice/opiekunowie” po 17,07%, a także „w czasie uroczystości rodzinnej za zgodą dorosłych” 14,63%, „poczęstowali mnie inni członkowie rodziny” 9,76%, „w czasie uroczystości rodzinnej bez wiedzy dorosłych” 7,32% oraz „ze znajomymi poza domem” 4,88%.

Problem nikotynowy

W odniesieniu do palenia papierosów zdecydowana większość uczniów nigdy nie paliła, co zadeklarowało 90,35% badanych. Wskazania dotyczące pojedynczych doświadczeń obejmowały odpowiedź „raz” na poziomie 7,18% oraz „kilka razy” 1,73%, natomiast regularne palenie zadeklarowało 0,50% uczniów, a 0,25% wskazało, że zdarza się to często. Wiek pierwszej próby w tej grupie najczęściej mieścił się w przedziale 9–10 lat (44,74%) oraz 11–12 lat lub więcej (42,11%), rzadziej wskazywano 8 lat lub mniej (13,16%). Znajomość pojęcia e-papierosów potwierdziło 77,23% badanych. Pytani o to, czy osoby w ich wieku palą e-papierosy, najczęściej odpowiadali „nie wiem” (43,59%), rzadziej „nie” (32,69%) i „tak” (23,72%). Własne próby używania e-papierosów były rzadkie: 96,47% uczniów zadeklarowało brak stosowania, 2,56% wskazało „rzadziej niż raz na tydzień”, 0,64% „co 2–3 dni”, a 0,32% „raz na tydzień”. W ocenie bezpieczeństwa e-papierosów względem tradycyjnych dominowało „trudno powiedzieć” (41,67%), przy 23,40% „zdecydowanie nie”, 17,95% „raczej nie”, 13,46% „raczej tak” i 3,53% „zdecydowanie tak”. W pytaniu o uzależniający charakter e-papierosów 66,35% uznało je za uzależniające w takim samym stopniu jak papierosy tradycyjne, 23,08% wybrało „nie wiem”, 7,69% „tak, ale w mniejszym stopniu”, a 2,88% „nie”.

Problem narkotykowy

W obszarze kontaktu z narkotykami lub dopalaczami 98,76% uczniów wskazało, że nie miało takich doświadczeń, a 1,24% potwierdziło kontakt. Wśród osób, które deklarowały pierwszą próbę, 60% podało wiek 11–12 lat lub więcej, a po 20% wskazania dotyczyły kategorii 8 lat

lub mniej oraz 9–10 lat. Jako źródło substancji najczęściej pojawiały się odpowiedzi „dostałem/am od kolegi/koleżanki” i „nie wiem” po 40%, następnie „dostałem/am od starszego brata lub siostry” oraz „braliśmy to wspólnie, w grupie przyjaciół” po 20%. Wśród motywów dominowała „przyjemność/relaksacja” na poziomie 40%, dalej „chęć dobrej zabawy”, „ciekawość” oraz „otrzymałem/am je nieświadomie (bez mojej zgody)” po 20%. W ocenie szkodliwości zażywania 80,94% badanych wskazało „zdecydowanie tak”, 11,63% „raczej tak”, 2,72% „trudno powiedzieć”, 2,48% „raczej nie” oraz 2,23% „zdecydowanie nie”.

Problem przemocy i cyberprzemocy

W pytaniu o czynniki wywołujące agresję lub przemoc wśród młodzieży najczęściej wymieniano uzależnienia od alkoholu, narkotyków i dopalaczy na poziomie 64,36% oraz wpływ Internetu, telewizji i gier komputerowych 46,04%. Zbliżone odsetki, po 43,56%, dotyczyły depresji, stanów lękowych i innych chorób psychicznych oraz problemów rodzinnych, a 42,57% wskazywało zazdrość i zaborczość. Doświadczenie przemocy potwierdziło 35,15% uczniów, podczas gdy 64,85% udzieliło odpowiedzi negatywnej. W odpowiedziach dotyczących osób stosujących przemoc najczęściej pojawiali się koledzy i koleżanki ze szkoły na poziomie 58,45% oraz znajomi i przyjaciele 30,28%; rzadziej wskazywano osoby z rodziny, inne osoby z bliskiego otoczenia oraz osoby obce. Wśród form doświadczanej przemocy dominowały zachowania werbalne i psychiczne na poziomie 58,45% oraz działania fizyczne 50,70%, rzadziej odnotowywano naruszenia intymności 14,79% i zaniedbanie opieki w sytuacjach potrzeby 9,15%. W pytaniu o występowanie wpływu substancji podczas zdarzenia 51,43% uczniów wskazało, że nie było wpływu, 42,14% wybrało „nie wiem”, a 4,29% odnotowało alkohol; pozostałe kategorie uzyskały niższe wartości. W odniesieniu do stosowania przemocy wobec innych 74,26% uczniów zaprzeczyło takim zachowaniom, a 25,74% potwierdziło ich występowanie. W tej grupie najczęściej wskazywano kolegów ze szkoły oraz brata jako osoby, wobec których dochodziło do takich zdarzeń, przy przewadze działań fizycznych 68,27% oraz zachowań werbalnych i psychicznych 36,54%. W ocenie skali zjawiska w szkole 44,80% badanych odpowiedziało „nie wiem”, 42,82% „tak”, a 12,38% „nie”. W sytuacji potrzeby uzyskania pomocy uczniowie najczęściej deklarowali zwrócenie się do rodziców lub opiekunów 75,99%, następnie do nauczycieli 48,76% oraz do specjalistów szkolnych i innych specjalistów 29,95%; w mniejszych odsetkach wskazywano znajomych i przyjaciół, Policję oraz członków rodziny. W odniesieniu do rozumienia cyberprzemocy najczęściej wymieniano naśmiewanie się w Internecie 57,18% oraz

publikowanie obraźliwych treści 54,70%, obok agresji elektronicznej, naruszania prywatności i przezwisk. Doświadczenie cyberprzemocy negowało 70,79% uczniów, a najczęściej wskazywaną formą było wyzywanie i używanie wulgaryzmów 18,56%, przy rzadziej występujących pozostałych formach. W deklaracjach dotyczących stosowania cyberprzemocy 86,14% uczniów wskazało brak takich zachowań, a najczęściej pojawiającą się formą było wyzywanie i używanie wulgaryzmów 7,43%, przy niższych odsetkach innych kategorii.

Uzależnienia behawioralne, korzystanie z technologii

Korzystanie z urządzeń elektronicznych miało charakter powszechny: 63,61% uczniów korzystało codziennie, 25,00% kilka razy w tygodniu, rzadziej wybierano kategorie kilka razy w miesiącu 5,69%, nie korzystam 3,71%, kilka razy w roku 1,49% oraz raz do roku lub rzadziej 0,50%. Czas poświęcany na Internet poza nauką najczęściej mieścił się w przedziale 1–3 godziny dziennie 45,53%, następnie 3–6 godzin 22,18% oraz do 1 godziny 16,73%; wyższe wartości obejmowały 6–10 godzin 6,61% oraz powyżej 10 godzin 8,95%. Wśród powodów korzystania z Internetu dominował kontakt ze znajomymi 69,15%, dalej słuchanie muzyki 63,75%, granie w gry online 60,67%, oglądanie filmów i programów na platformach wideo 52,70% oraz nauka 44,22%. W samoopisie zachowań online 52,96% uczniów wskazało, że żadne z wymienionych zdań ich nie dotyczy, przy istotnych odsetkach odpowiedzi na temat zbyt długiego czasu spędzanego w sieci 24,42%, trudności w ograniczaniu czasu 15,94%, zatajania czasu korzystania 16,45% oraz zapominania o obowiązkach 14,14%. Zastosowanie zabezpieczeń rodzicielskich na używanych urządzeniach potwierdziło 50,39% uczniów, 32,65% wskazało brak takich zabezpieczeń, a 16,97% nie miało wiedzy w tym zakresie. Udostępnienie danych osobowych osobie poznanej w Internecie 88,95% oceniło negatywnie, 9,00% wybrało „nie wiem”, a 2,06% odpowiedziało twierdząco. W autoocenie zależności od telefonu 50,39% stwierdziło, że trudno byłoby funkcjonować bez tego urządzenia, 41,90% oceniło, że mogłoby funkcjonować bez telefonu, a 7,71% uznało się za zdecydowanie uzależnionych. Poczucie odrzucenia lub dyskryminacji z powodu braku dostępu do urządzeń lub Internetu zadeklarowało 22,77% uczniów, natomiast 77,23% nie identyfikowało takich doświadczeń.

Podsumowanie

Wyniki badań w grupie uczniów klas IV–VI ukazują przewagę odpowiedzi negujących kontakt z alkoholem, papierosami oraz środkami psychoaktywnymi, przy czym pojedyncze deklaracje prób najczęściej przypadają na wiek około 9–12 lat. W obszarze nikotyny widoczna jest wysoka

znajomość e-papierosów i przeważające przekonanie o ich uzależniającym charakterze zbliżonym do papierosów tradycyjnych, przy rzadkich deklaracjach bieżącego stosowania. W zakresie przemocy i cyberprzemocy dominują odpowiedzi negujące własne doświadczenia, choć wyraźnie identyfikowane są zdarzenia rówieśnicze, zwłaszcza w środowisku szkolnym, z przewagą form werbalno-psychicznych i fizycznych. Korzystanie z technologii ma charakter codzienny i powszechny, a główne motywy to kontakty społeczne, rozrywka i nauka; równocześnie część uczniów opisuje trudności w ograniczaniu czasu online, przy istotnym udziale zabezpieczeń rodzicielskich oraz wysokiej ostrożności w udostępnianiu danych osobowych.

Problemy społeczne z perspektywy uczniów klas 7-8

Problem alkoholowy

Na pytanie o kiedykolwiek próbowanie napojów alkoholowych 67,12% uczniów odpowiedziało „nie”, a 32,88% „tak”. Wśród osób, które deklarowały pierwszą próbę, odnotowano następujący rozkład wieku: 30,56% „10 lat i mniej”, 27,78% „13–14 lat”, 18,75% „11–12 lat”, 17,36% „15–16 lat” oraz 5,56% „17–18 lat”. Najczęściej wskazywanymi okolicznościami pierwszego spożycia były „w czasie uroczystości rodzinnej za zgodą dorosłych” (22,22%) oraz „przez pomyłkę” (19,44%), dalej „w czasie imprezy towarzyskiej” (13,89%), „poczęstowali mnie rodzice/opiekunowie” (10,42%) oraz po 8,33% „poczęstowali mnie inni członkowie rodziny” i „ze znajomymi poza domem”; rzadziej „w czasie uroczystości rodzinnej bez wiedzy dorosłych” (7,64%), „żadne z powyższych” (6,94%), „pod nieobecność rodziców w domu” i „w czasie wycieczki szkolnej” (po 1,39%), a „na dyskotecę, w barze, pubie, kawiarni” nie odnotowano wskazań. Wśród osób pijących ostatnie spożycie alkoholu najczęściej lokowano „ponad rok temu” (37,5%), przy 31,94% „w ostatnim miesiącu” i 30,56% „w ostatnim roku”. W ciągu ostatnich 30 dni bardzo mocne upicie odnotowało 32,61% z grona tych, którzy kiedykolwiek pili; 67,39% zaprzeczyło takim zdarzeniom. W pytaniu o częstość picia dominowało „piłem/am tylko raz” (39,58%), następnie „kilka razy w roku” (29,86%), „rzadziej niż raz w roku” (15,97%), dalej „codziennie” (4,17%), „kilka razy w miesiącu” i „raz w tygodniu” (po 3,47%), „raz w miesiącu” (2,78%) oraz „kilka razy w tygodniu” (0,69%). Wśród wybieranych napojów najczęściej wskazywano „piwo/cydr” (57,47%), „wino/szampań” (40,23%) i „wódkę” (36,78%); dalej „whisky/rum/gin/drinki i inne mocne alkohole” (20,69%), „alkohol domowej roboty” (13,79%) i „nalewki/likier” (12,64%). Miejsca spożywania

najczęściej obejmowały „w swoim domu” (47,13%) i „u znajomych podczas zorganizowanych spotkań” (41,38%), a także „podczas imprez rodzinnych” (33,33%); rzadziej „na świeżym powietrzu” (26,44%), „u znajomych podczas niezorganizowanych spotkań” i „w lokalu” (po 22,99%) oraz „na wycieczkach szkolnych” (12,64%). W odniesieniu do picia w samotności 65,52% wskazało „nigdy”, 29,89% „rzadko”, a po 2,3% „często” i „zawsze lub prawie zawsze”. Deklarowany stan fizyczny podczas picia najczęściej opisywano jako „praktycznie nie czuję wpływu alkoholu” (49,43%) lub „lekkie rozluźnienie” (26,44%); rzadziej „średnia dawka” (16,09%) i „w większości nie pamiętam przebiegu zdarzeń” (8,05%). W okresie ostatnich 12 miesięcy 78,16% nie odnotowało problemów z powodu picia, natomiast 11,49% wskazało „niechciany lub przypadkowy kontakt fizyczny”, po 8,05% „poważne problemy z rodzicami” i „z przyjaciółmi”, po 4,6% „wypadek/uszkodzenie ciała/bójka lub problemy zdrowotne”, „problemy w szkole/z nauką”, a „Inne odpowiedzi” miały 6,9%. W ocenie dostępności alkoholu dla nieletnich 41,27% wybrało „nie wiem”, 39,23% „łatwe”, 13,83% „trudne” i 5,67% „niemożliwe”.

Problem nikotynowy

W pytaniu o próby palenia papierosów 76,64% zadeklarowało „nigdy”, 9,52% „raz”, 8,62% „kilka razy”, 2,95% „palę regularnie” i 2,27% „zdarza mi się to często”. Wiek pierwszej próby najczęściej przypadł na „13–14 lat” (32,35%) oraz „11–12 lat” (31,37%), rzadziej „15–16 lat” (19,61%), „10 lat i mniej” (9,8%) i „17–18 lat” (6,86%). W ciągu ostatnich 30 dni 68,63% nie paliło, a wśród palących odnotowano „mniej niż jeden papieros na tydzień” (10,78%), „1–5 dziennie” (8,82%), „mniej niż jeden dziennie” (5,88%), „więcej niż 20 dziennie” (3,92%) i „6–10 dziennie” (1,96%). Znajomość e-papierosów potwierdziło 91,61% uczniów. Na pytanie, czy osoby w ich wieku palą e-papierosy, 76,98% odpowiedziało „tak”, 19,31% „nie wiem”, a 3,71% „nie”. Własne doświadczenia z e-papierosami rozkładały się następująco: „nie stosuję” 85,64%, „rzadziej niż raz na tydzień” 6,44%, „codziennie” 3,71%, „raz na tydzień” 3,22% i „co 2–3 dni” 0,99%. Wśród powodów pierwszej próby najczęściej wskazywano „chciałem/am spróbować czegoś nowego” (46,55%) i „żadne z powyższych” (41,38%); rzadziej „sprawdzić różnicę względem tradycyjnych” (8,62%) oraz „zerwać z paleniem tradycyjnych” (3,45%). W ocenie bezpieczeństwa e-papierosów względem tradycyjnych 36,63% wybrało „trudno powiedzieć”, po 24,5% „zdecydowanie nie” i „raczej nie”, 10,64% „raczej tak” i 3,71% „zdecydowanie tak”. W ocenie uzależniającego charakteru 71,29% uznało e-papierosy za

uzależniające „tak samo jak tradycyjne”, 18,81% „nie wiem”, 7,92% „tak, ale w mniejszym stopniu” i 1,98% „nie”.

Problem narkotykowy

Kontakt z narkotykami lub dopalaczami negowało 95,92% uczniów; 4,08% deklarowało doświadczenie. Wiek pierwszej próby w tej grupie najczęściej lokowano w kategorii „10 lat i mniej” (33,33%) oraz „15–16 lat” (27,78%); rzadziej „13–14 lat” (16,67%), „11–12 lat” (11,11%), „17–18 lat” i „18 i więcej” (po 5,56%). Przy pierwszym użyciu wskazywano przede wszystkim „marihuana lub haszysz” (77,78%), dalej „leki o zastosowaniu niemedycznym” (44,44%), „inne formy konopi” i „grzyby halucynogenne” (po 33,33%), „kokaina/crack” oraz „LSD i inne halucynogenne” (po 27,78%), „amfetamina”, „ekstazy” i „heroina” (po 22,22%), a także „dopalacze”, „kompot”, „substancje wziewne” i „Inne odpowiedzi” (po 16,67%). Źródła pozyskania najczęściej obejmowały „braliśmy wspólnie, w grupie przyjaciół” i „dostałem/am od kolegi/koleżanki” (po 33,33%), następnie „nie wiem” (27,78%), „od obcej osoby” (22,22%) oraz po 16,67% dla szeregu innych wskazań. Częstość używania w tej grupie rozkładała się na „codziennie” 38,89%, „zażywałem/am tylko raz” 33,33%, „raz w miesiącu” 11,11% oraz po 5,56% „raz w roku lub mniej”, „kilka razy w roku” i „raz w tygodniu”. Ostatnie użycie najczęściej dotyczyło „ostatniego miesiąca” (83,33%); „w ostatnim roku” i „ponad rok temu” po 8,33%. Wśród substancji używanych ostatnio dominowała „marihuana lub haszysz” (83,33%), przy 25% wskazań m.in. „amfetamina”, „grzyby halucynogenne”, „kokaina/crack”, „LSD i inne halucynogenne” i „leki o zastosowaniu niemedycznym”; po 16,67% odnotowano „inne formy konopi”, „ekstazy”, „heroina”, „kompot”, „substancje wziewne” i „Inne odpowiedzi”, a „dopalacze” 8,33%. Miejsca używania obejmowały najczęściej „na świeżym powietrzu” (66,67%), a po 50% „u znajomych podczas niezorganizowanych” i „zorganizowanych spotkań” oraz „na wycieczkach szkolnych”; po 25% „w swoim domu”, „w barze/dyskotece” i „podczas imprez rodzinnych”. Używanie w samotności opisywano jako „zawsze lub praktycznie zawsze” w 41,67%, „nigdy” 33,33%, „rzadko” 16,67% i „często” 8,33%. W okresie ostatnich 12 miesięcy 75% nie odnotowało problemów związanych z zażywaniem; po 25% wskazywano „niechciany lub przypadkowy kontakt fizyczny”, „wypadek/uszkodzenia ciała/bójka lub problemy zdrowotne” oraz „poważne problemy z przyjaciółmi”; po 16,67% „problemy w szkole/z nauką”, „zniszczenie/zgubienie/kradzież cennej rzeczy” i „poważne problemy z rodzicami”. W ocenie dostępności 66,44% wybrało „nie wiem”, 17,46% „trudne” i 16,1% „łatwe”. Znajomość miejsc zakupu najczęściej negowano

(„nie znam takich miejsc” 79,09%), przy dalszych wskazaniach „na osiedlu/w centrum” 11,36%, „przez Internet” 10,23%, „znam konkretną osobę” 8,64% i rzadziej inne lokalizacje. Za szkodliwe dla zdrowia zażywanie uznało 80,05% („zdecydowanie tak”) i 12,24% („raczej tak”); odpowiedzi „trudno powiedzieć” stanowiły 3,85%, „zdecydowanie nie” 2,72% i „raczej nie” 1,13%.

Problem przemocy i cyberprzemocy

Wśród czynników, które zdaniem uczniów mogą wywoływać agresję lub przemoc wśród młodzieży, najczęściej wskazywano „uzależnienia od alkoholu/narkotyków/dopalaczy” (74,6%) oraz „zazdrość/zaborczość” (61,68%), dalej „problemy rodzinne” (60,32%), „wpływ środowiska/znajomych” (57,14%), „depresję, stany lękowe i inne choroby psychiczne” (48,3%) oraz „wpływ Internetu/telewizji/gier” (46,49%); rzadziej „różnice w poglądach” i „problemy w komunikacji” (po 40,36%) oraz „problemy finansowe i różnice w dochodach rodziców” (34,92%). Doświadczenie przemocy potwierdziło 44,9% uczniów, natomiast 55,1% udzieliło odpowiedzi negatywnej. W odpowiedziach dotyczących osób stosujących przemoc najczęściej pojawiali się „koledzy/koleżanki ze szkoły” (54,04%) oraz „znajomi/przyjaciele” (29,8%); rzadziej „obce osoby” (22,73%), „brat” (15,66%), „tata/opiekun” i „inne osoby z najbliższego otoczenia” (po 13,64%), „mama/opiekunka” (11,11%), „siostra” (10,61%) i „inni członkowie rodziny” (6,57%). Wśród form doznawanej przemocy dominowały zachowania werbalno-psychiczne („grożenie, zastraszanie, przezywanie, upokarzanie, wyśmiewanie, zawstydzanie” 71,72%) oraz działania fizyczne (47,47%); rzadziej wskazywano „brak opieki w sytuacji potrzeby” (15,66%) i „niepożądany dotyk miejsc intymnych” (14,14%). W pytaniu o występowanie wpływu substancji podczas zdarzeń uczniowie najczęściej wskazywali, że osoba dopuszczająca się tych zachowań „nie była pod wpływem” (61,03%) lub „nie wiem” (35,9%); rzadziej „alkoholu” (14,36%), „narkotyków” (7,18%), „dopalaczy” (6,15%) i „leków bez zastosowania medycznego” (4,1%). Stosowanie przemocy wobec innych negowało 75,74% uczniów, a 24,26% potwierdziło takie zachowania; w tej grupie najczęściej wskazywano „kolegów ze szkoły” (47,66%) i „znajomych/przyjaciół” (42,06%), dalej „brata” i „obce osoby” (po 25,23%), „siostrę” (18,69%), „inne osoby z najbliższego otoczenia” (10,28%), „mamę/opiekunkę” i „innych członków rodziny” (po 7,48%) oraz „tatę/opiekuna” (6,54%). Wśród form stosowanych zachowań dominowały działania fizyczne (71,96%) oraz werbalno-psychiczne (45,79%), a „niepożądany dotyk miejsc intymnych” odnotowano w 8,41%. W ocenie skali zjawiska w szkole 36,51% odpowiedziało „nie wiem”, 32,65% „tak” i 30,84%

„nie”. W sytuacji potrzeby uzyskania pomocy uczniowie najczęściej deklarowali zwrócenie się do rodziców/opiekunów (62,13%), następnie do znajomych/przyjaciół (38,55%), samodzielne radzenie sobie (35,37%), nauczycieli (27,89%) oraz pedagoga/psychologa/terapeuty lub innego specjalisty (22,45%); rzadziej do innych członków rodziny (19,95%), dziadków (19,05%), Policji (14,29%), Telefonu Zaufania/punktów konsultacyjnych (8,84%), instytucji pomocowych (7,48%), poszukiwanie pomocy w Internecie (6,8%) oraz instytucji religijnych (4,76%); 17,69% wskazało „nie wiem”. W zakresie rozumienia cyberprzemocy najczęściej wymieniano „publikowanie obraźliwych treści” (72,11%) i „naśmiewanie się w Internecie” (70,07%), a dalej „agresję elektroniczną” (63,72%), „naruszanie prywatności” (56,46%) i „przezwiska” (49,89%); 16,1% wybrało „nie wiem”. Doświadczanie cyberprzemocy negowało 56,46% uczniów, a najczęściej wskazywaną formą było „wyzywanie/wulgaryzmy” (26,98%); pozostałe formy miały niższe odsetki. Stosowanie cyberprzemocy wobec innych negowało 81,63% uczniów; wśród form najczęściej pojawiała się „wyzywanie/wulgaryzmy” (13,15%), „ośmieszanie/pomóżanie” (6,58%) i „rozsyłanie ośmieszających materiałów” (5,67%), przy niższych udziałach pozostałych kategorii.

Uzależnienia behawioralne, korzystanie z technologii

Znajomość pojęcia uzależnień behawioralnych zadeklarowało 25,62% uczniów, 74,38% odpowiedziało „nie”. Korzystanie z urządzeń elektronicznych „codziennie” zadeklarowało 84,35% badanych, „kilka razy w tygodniu” 9,98%; kategorie „nie korzystam” (3,4%), „raz do roku lub rzadziej” (1,13%), „kilka razy w miesiącu” (0,91%) i „kilka razy w roku” (0,23%) pojawiały się rzadziej. Czas przeznaczany na Internet poza nauką najczęściej mieścił się w przedziałach „1–3 godz.” (38,17%) i „3–6 godz.” (36,29%), następnie „6–10 godz.” (11,02%), „do 1 godz.” (7,8%) i „powyżej 10 godz.” (6,45%); 0,27% wskazało „nie korzystam”. Najczęściej deklarowane powody korzystania z Internetu obejmowały „słuchanie muzyki” (79,06%), „kontakt ze znajomymi” (77,41%), „social media” (70,59%) i „oglądanie treści wideo” (69,65%); dalej „nauka” (51,06%), „granie w gry online” (49,88%), „z nudów” (43,53%), „poszerzanie wiedzy/hobby” (40%), „robienie zakupów” (35,29%), „poznawanie nowych osób” (18,82%) i „prowadzenie bloga/strony” (5,65%). W autoopisie zachowań online 47,53% wskazało, że „żadne z powyższych” ich nie dotyczy; spośród pozostałych najczęściej pojawiały się „zarzut zbyt długiego czasu w sieci” (20%), „bezskuteczne próby ograniczania” (19,53%), „zapominanie o obowiązkach” (18,59%), „późne surfowanie nocą” i „zatajanie czasu korzystania” (po 17,65%), a rzadziej inne kategorie. W pytaniach o aktywności o charakterze

hazardowym 84,71% zadeklarowało, że „nie zdarzyła się żadna z powyższych sytuacji”; wskazania dotyczyły m.in. „obstawiania zakładów sportowych online” (10,12%), „gry na pieniądze w kasynach online” (8,24%), „kupowania/sprzedawania kryptowalut online” (7,06%) oraz „płatnych SMS-ów w konkursach” (5,88%). Blokadę rodzicielską na urządzeniu deklarowało 25,65% uczniów, 64,71% odpowiedziało „nie”, a 9,65% „nie wiem”. Udostępnienie danych osobowych osobie poznanej w Internecie negowało 79,76% badanych, 14,12% wybrało „nie wiem”, a 6,12% „tak”. Za „zdecydowanie uzależnionych od telefonu” uznało się 8,22% uczniów, 53,99% stwierdziło, że „trudno byłoby funkcjonować bez niego”, a 37,79% uznało, że „mogłoby żyć bez telefonu”. Doświadczenie odrzucenia lub dyskryminacji z powodu braku dostępu do urządzeń bądź Internetu zadeklarowało 24,72% uczniów; 75,28% wskazało odpowiedź negatywną.

Znajomość pojęcia „anoreksja” potwierdziło 57,6% uczniów, a 42,4% wskazało „nie”. Pojęcie „bulimia” zna 45,35% badanych, 54,65% udzieliło odpowiedzi negatywnej. „Kompulsywne objadanie się” rozpoznawało 63,04% uczniów, 36,96% nie potrafiło określić tego zjawiska. Działania związane z redukcją masy ciała podejmuje 23,36% badanych; 48,07% zadeklarowało „nie, ponieważ ważę tyle, ile trzeba”, 18,37% „nie, ale powinienem/powinnam schudnąć”, a 10,2% „nie, ale powinienem/powinnam przytyć”.

Podsumowanie

W badanej grupie uczniów klas VII–VIII przeważają deklaracje braku kontaktu z alkoholem w ujęciu „kiedykolwiek”, przy istotnym udziale jednorazowych epizodów i okazjonalnej częstotliwości wśród osób pijących oraz dominacji spożycia w środowisku domowym i w kręgu rówieśniczym. W obszarze nikotyny utrzymuje się przewaga odpowiedzi „nigdy” dla papierosów tradycyjnych przy jednoczesnej wysokiej świadomości e-papierosów i ograniczonym własnym stosowaniu. W odniesieniu do środków psychoaktywnych większość uczniów neguje kontakt, a u osób z doświadczeniem najczęściej wskazywana jest marihuana/haszysz, z ostatnim użyciem koncentrującym się w horyzoncie ostatniego miesiąca. W zakresie przemocy rozpoznawane są przede wszystkim formy werbalno-psychiczne i fizyczne, najczęściej w relacjach rówieśniczych, przy deklarowanym kierowaniu próśb o pomoc przede wszystkim do rodziców/opiekunów. Korzystanie z technologii ma charakter codzienny, z dominacją aktywności muzycznych, komunikacyjnych i społecznościowych, a część uczniów identyfikuje trudności z ograniczaniem czasu online; jednocześnie większość nie udostępnia danych osobowych obcym. Świadomość wybranych zaburzeń odżywiania jest

zróżnicowana, a niemal co czwarty badany deklaruje bieżące działania ukierunkowane na redukcję masy ciała. Powyższy opis stanowi spójną prezentację rozkładów odpowiedzi w populacji uczniów klas VII–VIII zgodnie z danymi źródłowymi.

Problemy społeczne z perspektywy przedstawicieli instytucji pomocowych

Najbardziej widoczne problemy społeczne

Z perspektywy badanych na pierwszy plan wysuwają się uzależnienia behawioralne, wskazane przez 63,24% respondentów. W dalszej kolejności wymieniano alkoholizm z odsetkiem 54,41% oraz nikotynizm na poziomie 50%. Mniej liczne były wskazania przemocy rówieśniczej w szkole (26,47%) i przemocy domowej (20,59%), natomiast narkomania uzyskała 13,24%. W odpowiedziach dodatkowych pojawiały się pojedyncze wzmianki o pracoholizmie, rozpadzie więzi społecznych, niskich zarobkach oraz zakupoholizmie, a także deklaracje braku wiedzy w tym zakresie.

Główne powody występowania problemów społecznych

Za najważniejszy powód występowania problemów społecznych uznano alkoholizm, który wskazało 55,88% badanych. Kolejne pozycje zajęły bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych (48,53%) oraz niezaradność życiowa (44,12%). Wskazywano również przemoc domową (25%), odpowiedź „nie wiem” (19,12%), bezrobocie (17,65%), wielodzietność i samotne wychowywanie dzieci (po 14,71%), długotrwałą lub ciężką chorobę (11,76%) oraz narkomanię i inne odpowiedzi (po 7,35%). Najrzadziej wymieniano ubóstwo i bezdomność (po 5,88%).

Za grupę najbardziej narażoną uznano nieletnich, których wskazało 63,24% respondentów. W dalszej kolejności pojawiały się osoby samotne (35,29%), odpowiedź „bez znaczenia” rozumiana jako brak różnic w narażeniu (33,82%) oraz osoby ubogie (32,35%). Mniej liczne były wskazania dotyczące osób starszych (17,65%), a także osób dorosłych i osób z niepełnosprawnościami (po 16,18%).

Problem alkoholowy

W ocenie dynamiki spożycia alkoholu na przestrzeni ostatnich lat połowa badanych zadeklarowała brak wiedzy (50%). Pozostałe odpowiedzi rozkładały się na „wzrasta” (22,06%),

„jest stałe” (14,71%) oraz „maleje” (13,24%). Na pytanie o częstość kontaktu ze zjawiskiem uzależnień alkoholowych najczęściej wybierano odpowiedź „często” (30,88%) oraz „czasami” (29,41%); rzadziej wskazywano „rzadko” (20,59%) i „bardzo często” (14,71%), natomiast „nigdy” padło w 4,41% przypadków. Wśród konsekwencji stosowania alkoholu najczęściej wskazywano rozpad rodziny (57,35%), następnie przemoc domową (47,06%), zakłócanie porządku publicznego (44,12%), popadanie w konflikty (41,18%) oraz pogorszenie zdrowia (39,71%). Rzadziej pojawiały się problemy wychowawcze (35,29%), bezrobocie (22,06%), samotność (16,18%), ubóstwo (14,71%) i załamanie (11,76%).

Częstość sprzedaży alkoholu osobom nietrzeźwym lub nieletnim najczęściej oceniano jako „czasami” (32,35%). Odpowiedź „nigdy” wskazało 25% badanych, „często” 17,65%, „rzadko” 16,18%, a „bardzo często” 8,82%. W pytaniu o stosowanie przez sprzedawców i właścicieli punktów sprzedaży alkoholu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości przeważała odpowiedź „nie wiem” (41,18%), przy 36,76% odpowiedzi „tak” i 22,06% „nie”. Na pytanie o wiedzę o utracie koncesji za sprzedaż osobom nieletnim lub nietrzeźwym 77,94% odpowiedziało „nie wiem”, 13,24% wskazało, że taka sytuacja nigdy nie miała miejsca, a 8,82% potwierdziło, że bywają takie sytuacje.

Narkotyki i inne środki psychoaktywne

W ocenie skali problemu z narkotykami, dopalaczami oraz innymi środkami psychoaktywnymi 38,24% badanych odpowiedziało „nie”, 33,82% „trudno powiedzieć”, a 27,94% „tak”. W zakresie znajomości miejsc zakupu większość ankietowanych (85,71%) zadeklarowała, że nie zna takich miejsc; pozostałe odpowiedzi dotyczyły centrum miejscowości (7,14%), kategorii „inne odpowiedzi” (4,76%) oraz pojedynczych wskazań na osiedle, szkołę lub konkretną osobę (po 2,38%).

Problem uzależnień behawioralnych

Z problemem uzależnień behawioralnych w miejscu wykonywania obowiązków spotkało się 52,94% respondentów, natomiast 47,06% zadeklarowało brak takich doświadczeń. Wśród rodzajów wskazywano przede wszystkim komputer/Internet (97,22%), dalej hazard (41,67%), pracę (30,56%), zakupy (25%), jedzenie (19,44%) oraz pornografię/sex (16,67%). W pytaniu o wpływ uzależnień behawioralnych na funkcjonowanie rodziny 69,44% oceniło ten wpływ jako wysoki, a 30,56% jako umiarkowany; nie odnotowano odpowiedzi wskazujących na niski wpływ lub jego brak.

Najczęściej deklarowaną formą pomocy było poradnictwo, wskazane przez 69,44% badanych. Rzadziej wymieniano terapię indywidualną (47,22%), profilaktykę (41,67%), psychoedukację (36,11%) oraz terapię grupową (27,78%). Na pytanie, czy osoby z uzależnieniami same zwracają się o pomoc, 91,18% odpowiedziało „nie”, a 8,82% „tak”. W sytuacji poszukiwania wsparcia przez mieszkańców najczęściej padała odpowiedź „radzą sobie sami” (38,71%) oraz „szukają pomocy w Internecie” (35,48%). Wskazywano także inne instytucje pomocowe (30,65%), znajomych (24,19%), lekarza (19,35%) i rodzinę (11,29%), przy 20,97% odpowiedzi „nie wiem”.

Problem przemocy

W ocenie badanych na terenie wykonywania obowiązków występuje problem przemocy domowej, co zadeklarowało 64,71% respondentów; odpowiedź negatywną podało 35,29%. W zakresie rodzajów najczęściej wskazywano przemoc psychiczną (90,91%) oraz fizyczną (72,73%), a także zaniedbanie (56,82%), przemoc ekonomiczną (31,82%) i seksualną (15,91%); 9,09% udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Jako grupy najczęściej doświadczające przemocy wskazywano kobiety (88,64%) oraz nieletnich (84,09%), następnie osoby starsze (40,91%), osoby psychicznie chore i osoby z niepełnosprawnościami (po 20,45%), a najrzadziej mężczyzn (4,55%). W pytaniu o grupy najczęściej stosujące przemoc najczęściej wybierano kategorię „uzależnieni” (81,82%), dalej „recydywiści” (45,45%), „młodzież” (29,55%), „bezrobotni” i „osoby chore” (po 18,18%) oraz „nie wiem” (11,36%).

Potrzeby szkoleniowe służb

Wskazania dotyczące potrzeb szkoleniowych koncentrowały się na obszarze rozwiązywania problemów przemocy w miejscowości (63,24%) oraz problemów alkoholowych (61,76%). Na kolejnych miejscach znalazły się uzależnienia behawioralne (57,35%) i narkomania (29,41%). Odpowiedź „nie wiem” wybrało 19,12% badanych, a „nie zachodzi taka potrzeba” 5,88%.

Działania władz lokalnych i poinformowanie mieszkańców

Ocena działań władz lokalnych w zakresie ograniczania picia alkoholu, używania środków psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych oraz przemocy najczęściej mieściła się w kategoriach „raczej tak” i „trudno powiedzieć” (po 35,29%). Rzadziej pojawiały się odpowiedzi „raczej nie” (16,18%), „tak” (7,35%) oraz „nie” (5,88%). W odniesieniu do poinformowania mieszkańców o istnieniu instytucji pomocowych dominowała odpowiedź „trudno powiedzieć” (45,59%), przy 35,29% odpowiedzi „nie” i 19,12% „tak”.

Podsumowanie

Zebrane odpowiedzi przedstawicieli instytucji pomocowych wskazują na silną widoczność uzależnień behawioralnych oraz problematyki alkoholowej, przy jednoczesnym akcentowaniu roli czynników wychowawczych i życiowych w genezie problemów społecznych. Za najbardziej narażonych uznano nieletnich, a w obszarze przemocy najczęściej identyfikowano formy psychiczne i fizyczne, z przewagą wskazań dotyczących kobiet i osób małoletnich jako grup, które najczęściej doświadczają tego zjawiska. W zakresie wsparcia dominują działania poradnicze i terapia indywidualna, a wpływ uzależnień behawioralnych na funkcjonowanie rodziny oceniano najczęściej jako wysoki. Dane dotyczące sprzedaży alkoholu osobom nieletnim lub nietrzeźwym oraz stosowania przepisów pokazują znaczący odsetek odpowiedzi „nie wiem”, co współwystępuje z częstą neutralną oceną działań władz oraz niewystarczającym, w ocenie badanych, poziomem poinformowania o instytucjach wsparcia.

.Diagnoza Problemów Społecznych – rekomendacje

Poniżej przedstawiono rekomendacje wypływające z przeprowadzonych badań, które mają na celu podjęcie działań skutecznie przeciwdziałającym problemom społecznym na terenie Gminy Zakopane.

Problem alkoholowy

- Zintensyfikować działania profilaktyczne dla dorosłych i młodzieży, uwzględniając konteksty konsumpcji (dom, spotkania towarzyskie, przestrzeń publiczna) i ograniczanie epizodów ryzykownych.
- Wzmocnić poradnictwo środowiskowe i zakładowe o moduły rozpoznawania wczesnych sygnałów problemowego picia oraz skutków zdrowotno-społecznych.
- Udoskonalić współpracę służb w identyfikowaniu miejsc i sytuacji podwyższonego ryzyka, z jasnymi ścieżkami kierowania do już dostępnych form pomocy.
- Zwiększyć nadzór i informowanie punktów sprzedaży o obowiązkach prawnych wobec nieletnich i osób nietrzeźwych oraz konsekwencjach naruszeń.
- Upowszechnić komunikaty dla rodziców i szkół o wzorcach inicjacji oraz postrzeganej dostępności alkoholu w starszych rocznikach szkolnych.

Problem nikotynowy (w tym e-papierosy)

- Rozwinąć szkolne programy wczesnej profilaktyki z odrębnym komponentem o e-papierosach (charakter uzależniający, wpływ grupy rówieśniczej).
- Usprawnić poradnictwo wychowawcze i rodzinne, dostarczając scenariusze rozmów o presji rówieśniczej i decyzjach zdrowotnych.
- Zwiększyć częstotliwość krótkich, anonimowych pomiarów w szkołach, aby wcześniej wykrywać zmiany trendów i adekwatnie modyfikować działania.

Problem narkotykowy i inne środki psychoaktywne

- Pogłębić edukację opartą na faktach, akcentując dominujące motywy sięgania po substancje (relaks, ciekawość, wpływ rówieśników) oraz praktyczne strategie odmawiania.
- Ukierunkować profilaktykę na najczęściej sygnalizowane substancje i konteksty używania (spotkania rówieśnicze, przestrzeń otwarta), przy zachowaniu profilu uniwersalnego.
- Ułatwić dostęp do krótkich konsultacji (psycholog, terapeuta uzależnień) w istniejących punktach poradnictwa poprzez klarowne informacje o zasadach i godzinach dostępności.

Przemoc i cyberprzemoc

- Ujednolicić standardy postępowania międzyinstytucyjnego, z wyraźnym podziałem ról szkół, pomocy społecznej, ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych.
- Zwiększyć liczbę i widoczność bezpiecznych kanałów zgłaszania (w tym anonimowych) dla dorosłych i nieletnich oraz zapewnić wsparcie osobom zgłaszającym.
- Wzmocnić edukację szkolną o rozpoznawaniu i reagowaniu na najczęstsze formy cyberprzemocy (wyzwiska, obraźliwe publikacje, nękanie), z treningiem dokumentowania, blokowania i zgłaszania.
- Rozbudować mechanizmy wsparcia rówieśniczego (mediacje, liderzy koleżeńscy) oraz zwiększyć kompetencje rodziców w zakresie wczesnej reakcji.

Uzależnienia behawioralne i korzystanie z technologii

- Zintensyfikować kampanie dotyczące higieny cyfrowej dla dorosłych i młodzieży: limity czasu, przerwy ekranowe, alternatywy offline.
- Wzmocnić poradnictwo w rozpoznawaniu przymusu korzystania z telefonu, gier i zakupów; wdrożyć proste narzędzia samooceny i krótkiej interwencji.

- Skonsolidować współpracę szkół z rodzicami w zakresie ustawień ochronnych i domowych zasad korzystania z urządzeń.

Zachowania o charakterze hazardowym

- Przy niskiej skali zjawiska - podtrzymać i rozszerzyć monitoring oraz edukację uzupełniającą w blokach o uzależnieniach behawioralnych (gry online, mikropłatności, konkursy premium).
- Wyposażyć rodziców i nauczycieli w katalog wczesnych sygnałów ostrzegawczych (utrata kontroli, ukrywanie wydatków, wahania nastroju związane z graniem).

Zdrowie psychiczne i obraz ciała (w tym zaburzenia odżywiania)

- Zwiększyć dostępność i czytelność informacji o zaburzeniach odżywiania oraz nieadaptacyjnych praktykach kontroli masy ciała.
- Włączyć do opieki wychowawczo-psychologicznej moduły o obrazie ciała i wsparciu rówieśniczym; ułatwić kierowanie do istniejących konsultacji psychologicznych.

Informowanie mieszkańców i dostęp do oferty wsparcia

- Uspójnić i zintensyfikować wielokanałowe informowanie o dostępnych usługach (strony miejskie, szkoły, przychodnie, media lokalne), w tym krótkie przewodniki „gdzie zwrócić się po pomoc” dla typowych sytuacji.
- Zwiększyć obecność treści online z instrukcjami „krok po kroku” w obszarach uzależnień, przemocy i kryzysów rodzinnych, z odsyłaczami do lokalnych punktów pomocy.

Kompetencje kadr i rozwój profesjonalny

- Systematyzować cykliczne szkolenia w obszarach: przemoc (procedury, dokumentacja), problem alkoholowy, uzależnienia behawioralne, narkomania; położyć nacisk na komponent praktyczny (studia przypadków, narzędzia interwencji).
- Wzmocnić superwizję i konsultacje międzyinstytucyjne dla zespołów pierwszej linii (szkoły, OPS, zdrowie, służby porządkowe) w celu ujednolicenia praktyk.

Współpraca i standardy międzyinstytucyjne

- Doprecyzować ścieżki kierowania i informacje zwrotne między instytucjami, zwłaszcza w sprawach rodzinnych, nieletnich oraz przypadkach łączących przemoc, alkohol i ryzyka cyfrowe.
- Ustandaryzować formularze i minimalne zestawy danych do opisu zdarzeń (przemoc, cyberprzemoc, interwencje), aby ułatwić analizę trendów i planowanie.

Działania wobec rodziców i środowiska rówieśniczego

- Rozwinąć programy dla rodziców o praktyczne moduły: rozmowa o substancjach, ustalanie granic i konsekwencji, presja rówieśnicza, umowy rodzinne dotyczące technologii.
- Wzmacniać programy rówieśnicze (mediacje, liderzy) w celu wczesnego wyłapywania ryzyk i promowania zachowań ochronnych.

Monitoring i ewaluacja

- Utrwalić cykliczny monitoring kluczowych wskaźników (alkohol, nikotyna, narkotyki, przemoc/cyberprzemoc, praktyki cyfrowe, obraz ciała) z półrocznymi przeglądami.
- Rozszerzyć sprawozdawczość międzyinstytucyjną o wspólne przeglądy danych i dostosowywać intensywność profilaktyki oraz interwencji do bieżącej sytuacji.
- Wprowadzić krótkie, powtarzalne ankiety dla szkół i mieszkańców dorosłych w celu mierzenia zmian w wiedzy, postawach i zachowaniach.

Dane statystyczne

Dane z działalności w zakresie zapobiegania i walki z uzależnieniami:

	2023	2024
Liczba osób korzystających z telefonicznej pomocy	1067	1054
Wnioski, które wpłynęły o przymusowe leczenie alkoholowe	23	28
Wnioski skierowane do sądu o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego	11	14
Osoby, które zgłosiły się do biegłych na badania w przedmiocie uzależnienia	7	6
Liczba osób, którym udzielono pomocy podczas dyżurów w Punkcie Konsultacyjnym dla Osób Uzależnionych i ich Rodzin	70	-
Liczba osób, która skorzystała ze wsparcia psychologicznego w punkcie konsultacyjnym dla ofiar przemocy w rodzinie dla osób doznających przemocy i świadków przemocy	178	176
Liczba osób, którym zapewniono pomoc psychologiczną i terapeutyczną dla członków rodzin poprzez prowadzenie Punktu Konsultacyjnego dla Rodziców i Wychowawców w zakresie trudności wychowawczych	60	60
Liczba konsultacji udzielonych w Punkcie Pomocy Rodzinie w Sytuacji Kryzysowej	316	117

Liczba oględzin lokali starających się o uzyskanie zezwolenia na sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych zgodnie z ustawą oraz aktami prawa miejscowego	113	
---	-----	--

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 Zakopane, 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 Pełnomocnik Burmistrza ds. przeciwdziałania alkoholizmowi. Jednakże, aby zapobiegać negatywnym zjawiskom społecznym, należy włączyć do współpracy/współrealizacji Programu następujące podmioty:

1. Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Zakopanem.
2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zakopanem.
3. Urząd Miasta Zakopane.
4. Placówki oświatowe z terenu Gminy – szkoły podstawowe, ze szczególną rolą dyrektora oraz kadry pedagogicznej, w tym również świetlice profilaktyczno-środowiskowe funkcjonujące przy szkołach.
5. Policja – Komenda Powiatowa Policji w Zakopanem.
6. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem.
7. 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 leczenia odwykowego,
 - stowarzyszenia lub organizacje pozarządowe oraz kościelne,
 - grupy samopomocowe, m.in.: 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 Zakopane 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.

Zadanie 1

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, MOPS 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. Współdziałanie w organizowaniu lokalnych narad i konferencji przy udziale Policji, dyrektorów szkół, MOPS 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.

Zadanie 2

**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 MOPS, 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. Podjęcie działań administracyjno-organizacyjnych w celu utworzenia świetlicy opiekuńczo-wychowawczej.
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 Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w zakresie rozwiązywania problemów w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym.
3. 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.
4. Współpraca z Policją w zakresie zapobiegania patologiom społecznym związanym z nadużywaniem alkoholu, narkotyków oraz przeprowadzanie spotkań profilaktycznych z dziećmi, młodzieżą w szkołach.
5. Udzielanie wsparcia materialnego i edukacyjnego dla inicjatyw podejmowanych przez podmioty zajmujące się statutowo profilaktyką i rozwiązywaniem problemów uzależnień.
6. Dofinansowanie programów dla osób uzależnionych od alkoholu, realizowanych przez stowarzyszenia działające na terenie Gminy.
7. Współfinansowanie działań sportowych i rekreacyjnych realizowanych przez kluby sportowe z terenu Gminy mające na celu profilaktykę.
8. Współdziałanie z kuratorami sądowymi, asystentami rodzin, pracownikami socjalnymi wykonującymi nadzór nad osobami poddanymi leczeniu odwykowemu.

9. 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.

Zadanie 6

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 – w przypadku utworzenia CIS.

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 Zakopane 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 Zakopane może uwzględnić w budżecie dodatkowe środki własne, w związku z realizacją zadań wynikających z niniejszego Programu.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, poprzez Urząd Miasta, a także przy udziale Miejskiej 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 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 Miejskim 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 Miasta.
2. Członkom Komisji przysługuje następujące wynagrodzenie:
 - Przewodniczący Komisji otrzymuje miesięczne wynagrodzenie w wysokości do 60% minimalnego wynagrodzenia (ilość godzin miesięcznie – maksymalnie 60);
 - Członek Gminnej Komisji będący Koordynatorem ds. kontroli otrzymuje miesięczne wynagrodzenie w wysokości do 20 % minimalnego wynagrodzenia (ilość godzin miesięcznie - maksymalnie do 20);
 - pozostali członkowie Gminnej Komisji z wyjątkiem Sekretarza Komisji otrzymują miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości do 10 % minimalnego wynagrodzenia (ilość godzin miesięcznie- maksymalnie do 10);
 - członkowie GKRPA lub inne osoby będą otrzymywać wynagrodzenie z tytułu działań mających na celu zmotywowanie do leczenia i prowadzenie związanej z tym dokumentacji w wysokości 50 złotych za każdą godzinę posiedzenia;
 - członkowie GKRPA z tytułu przeprowadzenia oględzin lokali tj. 1 punktu sprzedaży napojów alkoholowych w zakresie jego lokalizacji zgodnie z przepisami prawa będą otrzymywać wynagrodzenie w wysokości 60 złotych za każdy punkt;
 - członkowie GKRPA, upoważnieni pracownicy, strażnicy miejscy z tytułu przeprowadzenia kontroli 1 punktu sprzedaży napojów alkoholowych pod kątem przestrzegania przepisów ustawy i prawa miejscowego w wysokości 60 złotych za każdy punkt (przyjmuje się, iż czas kontroli 1 punktu wynosi 1/2 h);
 - z tytułu pełnienia dyżurów w telefonie zaufania: w wysokości 30,50 złotych (słownie: trzydzieści złotych) za godzinę dyżuru w dni robocze oraz w wysokości 35 złote za godzinę dyżuru w niedzielę i święta;
 - z tytułu koordynowania prac dyżurnych w telefonie zaufania w wysokości do 10% minimalnego wynagrodzenia brutto (ilość godzin miesięcznie-10).

3. Podstawą do wypłaty wynagrodzenia lista obecności (wypłat), podpisana i zatwierdzona przez Przewodniczącego Komisji.
4. 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 Zakopane, 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 Zakopane 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 Pełnomocnik Burmistrza ds. przeciwdziałania alkoholizmowi, przy ścisłej współpracy Gminnej Komisji 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 Dyрекcją MOPS. 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, Pełnomocnik Burmistrza 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 Miasta 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 Zakopane.
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).

Przewodniczący Rady

Grzegorz Jóźkiewicz

UZASADNIENIE

W wyniku sporządzonej w 2025 r. diagnozy problemów społecznych ukierunkowanych szczególnie na problematykę uzależnień alkoholowych, od narkotyków i behawioralnych zostały opracowane rekomendacje. Zostały one podjęte do realizacji w latach 2026 -2029.