

Wchł

ZASTĘPCA BURMISTRZA
Jolanta MUSZYŃSKA

Projekt

z dnia 3 listopada 2021 r.
Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W TARNOWSKICH GÓRACH**

z dnia 2021 r.

**w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz
Przeciwdziałania Narkomanii w Tarnowskich Górach na 2022 rok**

Na podstawie Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1372 z późn. zm.), art. 4¹ ust. 2 i ust. 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 z późn. zm.) oraz art. 10 ust. 2, ust. 2a, ust. 2b i ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 z późn. zm.) na wniosek Burmistrza Miasta Tarnowskie Góry

**Rada Miejska w Tarnowskich Górach
uchwała:**

§ 1. Przyjąć Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Tarnowskich Górach na 2022 rok, będący załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Zobowiązać Burmistrza Miasta do przedłożenia Radzie Miejskiej rocznego raportu z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii do dnia 31 marca 2023 roku.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 roku.

Naczelnik
Wydziału Edukacji, Sportu i Zdrowia
Anna Konopka

RADCA PRAWNY
Dagmara Kokowska-Smok

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 z późn. zm.) rada gminy corocznie uchwała gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiący część strategii rozwiązywania problemów społecznych oraz uwzględniający cele operacyjne określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Zgodnie z art.4¹ ust. 5 wyżej cytowanej ustawy gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zawiera również zasady wynagradzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zgodnie z art. 10 ust. 2 ust. 2a, ust. 2b i ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 z późn. zm.) rada gminy uchwała gminny program przeciwdziałania narkomanii, uwzględniający zadania własne gminy zawarte w wyżej cytowanej ustawie oraz cele operacyjne określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Niniejszy projekt uchwały Rady Miejskiej w Tarnowskich Górach w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii w Tarnowskich Górach na 2022 rok wychodzi naprzeciw wymaganiom przepisów ww. ustaw.

Naczelnik
Wydziału Edukacji, Sportu i Zdrowia

Anna Konopka

5

Załącznik
do Uchwały Nr/...../2021
Rady Miejskiej w Tarnowskich Górach
z dnia 2021

GMINNY PROGRAM
PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W TARNOWSKICH GÓRACH NA 2022 ROK



Wprowadzenie

Spośród licznych problemów społecznych, jakie występują w naszym kraju, problemy związane-ogólnie ujmując – z alkoholem i narkomanią mają szczególne znaczenie. Wynika to przede wszystkim z rozmiarów tych zjawisk oraz społecznych i ekonomicznych kosztów, jakie z tego tytułu ponosi budżet państwa. Konsumpcja alkoholu oraz używanie substancji psychoaktywnych ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne zarówno jednostek, jak i rodzin, a jej konsekwencje dotyczą nie tylko osób pijących szkodliwie, ale wpływają na całą populację. Nadużywanie alkoholu oraz używanie substancji psychoaktywnych powoduje wiele szkód społecznych, takich jak: zakłócenia bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie. W związku z powyższym działania w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii powinny być przedmiotem szczególnej troski ze strony organów administracji rządowej i samorządowej.

Podstawą prawną rozwiązywania problemów alkoholowych jest ustawa z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U z 2021 r. poz. 1119 z późn. zm.) a podstawę prawną przeciwdziałania narkomanii stanowi ustawa z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2020 roku Nr 2050 z późn. zm.). Ustawy te określają kierunki polityki państwa wobec problemów alkoholizmu i zjawisk narkomanii. Kompleksowo regulują zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, identyfikują zagadnienia związane z problematyką ograniczania popytu jak i podaży narkotyków, określają zagadnienia dotyczące postępowania z osobami uzależnionymi, wskazują zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację, ustalają również źródła finansowania tych zadań. Ustawy te nakładają na gminy obowiązek prowadzenia działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz z przeciwdziałaniem narkomanii, z integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Realizacja tych zadań prowadzona jest w postaci Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii, uchwalanego corocznie przez radę gminy.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii koresponduje z obowiązującymi na dzień pisania programu, następującymi dokumentami strategicznymi i programowymi, które funkcjonują na poziomie ogólnopolskim, wojewódzkim, powiatowym i gminnym:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 (Cel operacyjny nr 2);
- Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2021;
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022;
- Krajowy Program Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV;
- Strategia Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020-2030;
- Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego „Śląskie 2030”;
- Program przeciwdziałania uzależnieniom w województwie śląskim na lata 2021-2030;
- Program przeciwdziałania przemocy w rodzinie w województwie śląskim na lata 2021-2025;
- Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Tarnowskie Góry na lata 2014-2022.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii oparty jest na uznaniu, że trzeźwość obywateli oraz przeciwdziałanie narkomanii stanowi

niezbędny warunek moralnego i materialnego dobra narodu, w tym szczególnie tej jego części, którą określa społeczność lokalna gminy Tarnowskie Góry. Tenże program oznacza prawną podstawę podejmowanych działań i jest częścią Gminnej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Tarnowskie Góry na lata 2014-2022 a także uwzględnia cele operacyjne, dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Jednostką realizującą ten program jest Urząd Miejski w Tarnowskich Górach oraz Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowskich Górach

Realizacja zadań przedmiotowego programu jest finansowana w sposób ciągły zgodnie z art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U z 2021 r. poz. 1119 z późn. zm.) ze środków pochodzących z opłat pobieranych za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, wydawanych przez Burmistrza Miasta w myśl art. 18 ww. ustawy.

PODSTAWOWE DEFINICJE

Profilaktyka uniwersalna (ukierunkowana na całe populacje) – są to działania profilaktyczne, adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów alkoholowych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka, sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej, adresowane do całej populacji dzieci, wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

Profilaktyka selektywna (ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka) – to działania profilaktyczne, adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne, są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci, pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki podejmuje się ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym.

Profilaktyka wskazująca (ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka, demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych) – to działania profilaktyczne, adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub i innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu, opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami a także interwencje podejmowane wobec uczniów, upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania, mające na celu redukcję

szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne, zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych, popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

Ryzykowne spożywanie alkoholu – to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu), nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób: picie ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20-40g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40-60g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety, zawierającym się w przedziale 140-209g, a w przypadku mężczyzn w granicach 280-349g.

Szkodliwe picie alkoholu – to swoisty wzorec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210g lub więcej w tygodniu przez kobiety oraz 350g i więcej w tygodniu przez mężczyzn. Jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze.

FASD Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorders) – to ogólny termin, opisujący całościowo spektrum skutków rozwojowych, występujących u dzieci matek, pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się, mogą trwać przez całe życie. W diagnostyce klinicznej obowiązuje termin FAS - Płodowy Zespół Alkoholowy, który charakteryzuje się dysmorfiami twarzy, opóźnieniami wzrostu oraz nieprawidłowościami ośrodkowego układu nerwowego. U dzieci, u których nie występują wszystkie cechy FAS, diagnozowany jest częściowy FAS. Rodzaj i siła zaburzenia dziecka zależy przede wszystkim od ilości alkoholu, spożywanego przez kobietę w ciąży oraz częstotliwości picia. Należy pamiętać, że nie ma bezpiecznej dawki alkoholu, jaką może spożywać kobieta w ciąży; w związku z tym, aby dziecko było zdrowe, należy całkowicie powstrzymać się od spożywania alkoholu w okresie prenatalnym oraz karmienia piersią.

Wczesne rozpoznanie i krótka interwencja – to krótkie interwencje, podejmowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie.

Leczenie uzależnienia – to działania, służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, wynikających z używania alkoholu. Przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Uzależnienie, (a w zasadzie Zespół uzależnienia od alkoholu) – to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu

uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne). Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów, występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku (picia):

- 1) silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”);
- 2) upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z pićm (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków, zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia);
- 3) fizjologiczne objawy stanu odstawienia, pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenne) albo gdy używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) odbywa się w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich;
- 4) zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu), oznaczająca potrzebę spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu;
- 5) inne następstwa z powodu picia alkoholu – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź uwolnienia się od następstw jego działania;
- 6) uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).

Rehabilitacja (postępowanie po leczeniu) – to działania, podtrzymujące zmianę u osób uzależnionych po zakończeniu leczenia uzależnienia, utrwalające efekty leczenia, uczące umiejętności służących zdrowieniu oraz pomagające w podejmowaniu i realizacji zadań, wynikających z ról społecznych. Przykładami są: treningi zapobiegania nawrotom w uzależnieniu, grupy wsparcia dla „absolwentów” leczenia uzależnień, treningi zachowań konstruktywnych, programy wychodzenia z bezdomności, grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików, kluby abstynenta, programy aktywizacji zawodowej.

Narkotyki – to substancje psychoaktywne, które po dotarciu do mózgu, pobudzają jego ośrodki, wpływając tym samym na procesy psychiczne człowieka (np. spostrzeganie, myślenie, emocje); ponadto prowadzą do zmiany stanów świadomości, a działając na człowieka – zmieniają jego samopoczucie i odbiór otaczającej rzeczywistości. Narkotyk jest to substancja, powodująca zniesienie bólu, euforię, oszołomienie, której częste stosowanie prowadzi do narkomanii. W mowie potocznej określa się tym terminem każdy nielegalny środek psychoaktywny, używany do celów niemedyycznych, niezależnie od jego właściwości farmakologicznych i kierunku działania.

Narkomania – to stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich.

Nowa substancja psychoaktywna – to każda substancja (lub grupy substancji pochodzenia naturalnego lub syntetycznego w formie czystej lub w formie preparatu), działająca na ośrodkowy układ nerwowy, inna niż substancja psychotropowa i środek odurzający, stwarzająca (zgodnie z rekomendacją Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi, związanych

z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w art. 18b ust. 1 pkt 3 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii) zagrożenia dla zdrowia lub zagrożenia społeczne porównywalne do zagrożeń, stwarzanych przez substancję psychotropową lub środek odurzający, lub które naśladują działanie tych substancji, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 44f pkt 3 tej ustawy.

Środek odurzający – to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie środków odurzających, stanowiącym załącznik nr 1 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Substancja psychotropowa – to każda substancja pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, działająca na ośrodkowy układ nerwowy, określona w wykazie substancji psychotropowych, stanowiącym załącznik nr 2 do ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Środek zastępczy – to produkt, zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający lub substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, którego wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych; do środków zastępczych nie stosuje się przepisów o ogólnym bezpieczeństwie produktów.

Osoba zagrożona uzależnieniem – to osoba, u której zespół zjawisk psychicznych i oddziaływań środowiskowych stwarza duże prawdopodobieństwo powstania uzależnienia od środków odurzających lub substancji psychotropowych albo osoba, która sporadycznie używa środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

Osoba uzależniona – to osoba, która w wyniku używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych albo używania ich w celach medycznych – znajduje się w stanie uzależnienia od tych środków lub substancji.

Uzależnienie od środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych – to zespół zjawisk psychicznych lub somatycznych, wynikających z działania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych na organizm ludzki, charakteryzujący się zmianą zachowania lub innymi reakcjami psychofizycznymi i koniecznością używania stale lub okresowo tych środków lub substancji w celu doznania ich wpływu na psychikę lub dla uniknięcia następstw wywołanych ich brakiem.

Używanie szkodliwe – to używanie substancji psychoaktywnej, powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi.

Nadużywanie środków psychoaktywnych – to nieuzasadnione przyjmowanie środka psychoaktywnego w nadmiernych ilościach oraz w nieodpowiednim czasie. Przyjmowanie może mieć charakter jednorazowy lub wielokrotny. Wiąże się ono z wystąpieniem zaburzeń somatycznych i psychicznych, zakłócających lub uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie społeczne i prowadzi do uzależnienia się od przyjmowanego środka.

Ostre zatrucie (intoksykacja) – to stan organizmu, spowodowany zażyciem substancji psychoaktywnej, któremu towarzyszą różne zaburzenia w układzie oddechowym, krążenia,

pokarmowym. Pojawiają się także zaburzenia procesów poznawczych, spostrzegania, przeżywania emocji i zachowania. Objawy zatrucia zależą od wielkości dawki, rodzaju zażytej substancji i predyspozycji osobniczych, związanych z ogólnym stanem zdrowia, stanem psychicznym, tolerancją na dany środek. Niekiedy małe dawki danego środka mogą powodować silne efekty, bądź też mogą dawać nietypowe rezultaty. W niektórych przypadkach może dojść do zagrożenia życia lub do zgonu.

Formy zażywania substancji psychoaktywnych:

- zażywanie eksperymentalne,
- zażywanie rekreacyjne,
- zażywanie okolicznościowo – sytuacyjne,
- zażywanie intensywne,
- zażywanie przymusowe.

Zmiana tolerancji środka psychoaktywnego – to stan organizmu, spowodowany powtarzającym się zażywaniem danego środka. Jest to wzrost odporności organizmu na jego działanie. Polega to na tym, że dotychczas przyjmowane dawki okazują się niewystarczające do osiągnięcia oczekiwanego efektu. Najczęściej jest to wzrost tolerancji, czyli im dłużej się stosuje jakiś środek, tym większych dawek potrzeba do osiągnięcia tego samego efektu. Czasami jednak może wystąpić zjawisko odwróconej tolerancji. Występuje ono wówczas, gdy dochodzi do nadwrażliwości na daną substancję i polega na tym, że osiągnięcie efektu następuje przy mniejszych dawkach.

Ograniczenie szkód zdrowotnych i społecznych – to działania, ukierunkowane na zmniejszenie problemów zdrowotnych i społecznych, wynikających z używania w celach innych niż medyczne środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych.

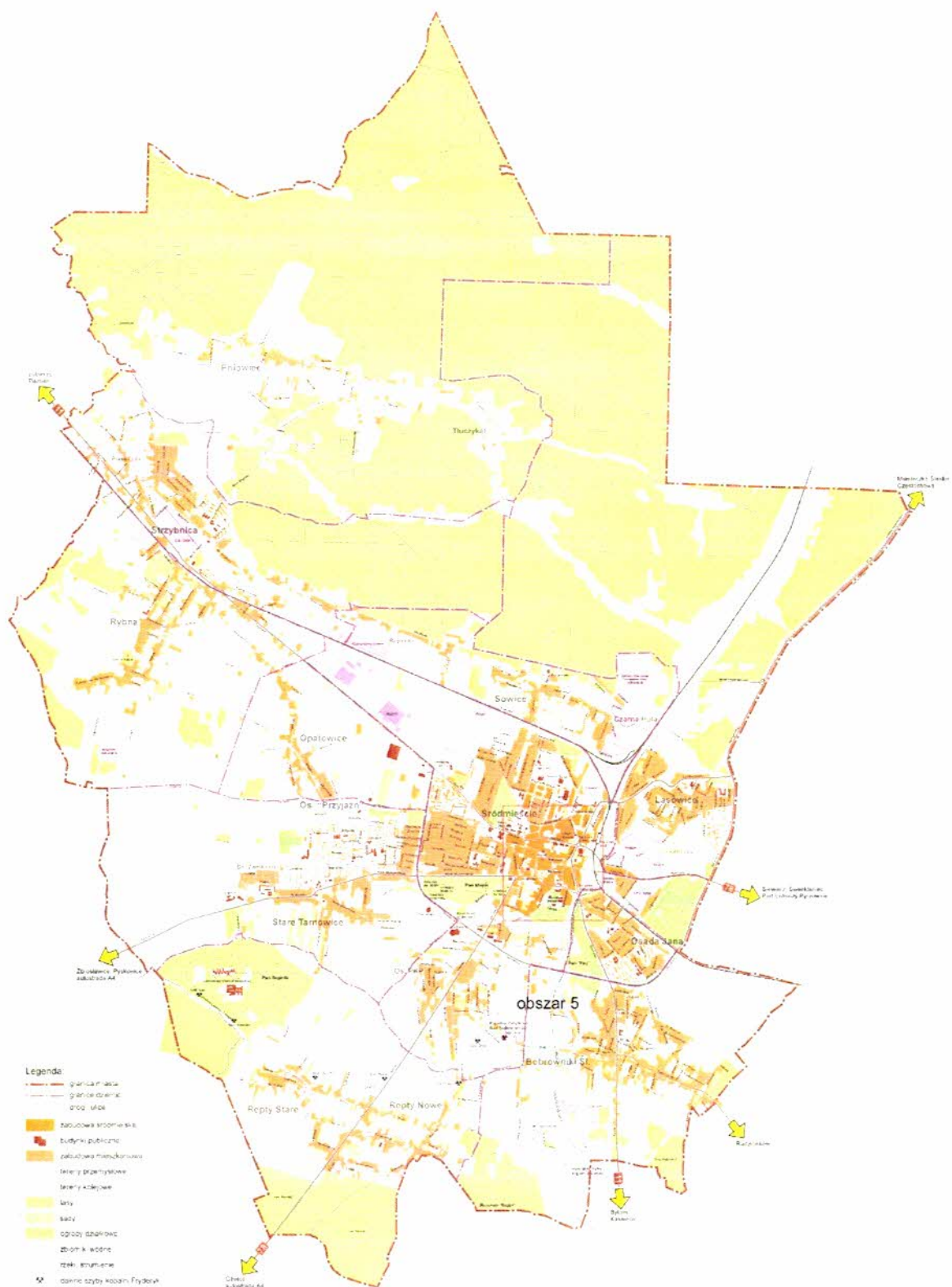
OPIS MIASTA

Tarnowskie Góry to miasto i gmina w południowo-zachodniej Polsce, usytuowane na północnym krańcu dawnego Górnośląskiego Okręgu Przemysłowego (GOP). Tarnowskie Góry są siedzibą Starostwa Powiatowego. Miasto zajmuje powierzchnię 83,47 km² i liczy blisko 60.000 mieszkańców. W jego skład wchodzi 11 dzielnic: Śródmieście, Osada Jana, Opatowice, Sowice, Bobrowniki Śląskie – Piekary Rudne, Repty Śląskie, Stare Tarnowice, Rybna, Strzybnica, Pniowiec i Lasowice. Północną część miasta stanowią rozległe lasy lublinieckie.

Nazwa miasta pochodzi od nazwy wsi Tarnowice (obecnie dzielnica - Stare Tarnowice) i słowa *gory*, co w po staropolsku oznaczało kopalnie. Historia miasta jest ściśle związana z wydobywaniem rud srebra, ołowiu i cynku. W połowie XVI wieku Tarnowskie Góry były największym ośrodkiem górnictwa kruszcowego na Górnym Śląsku.

Tarnowskie Góry są nowoczesnym i bezpiecznym miastem, przyjętym w 2007 roku do „**Sieci Bezpiecznych Wspólnot**” Światowej Organizacji Zdrowia, pielęgnującym tradycję, zabytki, piękno krajobrazu, przyciągającym swoimi walorami turystów oraz nowy kapitał inwestycyjny. Miasto posiada dogodne połączenia z Aglomeracją Górnośląską oraz z Poznaniem i krajami Unii Europejskiej. Tarnowskie Góry są jednym z największych węzłów kolejowych w Europie. Ponadto w odległości 20 km od miasta znajduje się międzynarodowe lotnisko w Katowicach-Pyrzowicach.

Rysunek 1 Mapa miasta Tarnowskie Góry



Źródło: Wydział Kultury, Turystyki i Promocji Miasta.

Rys demograficzny miasta

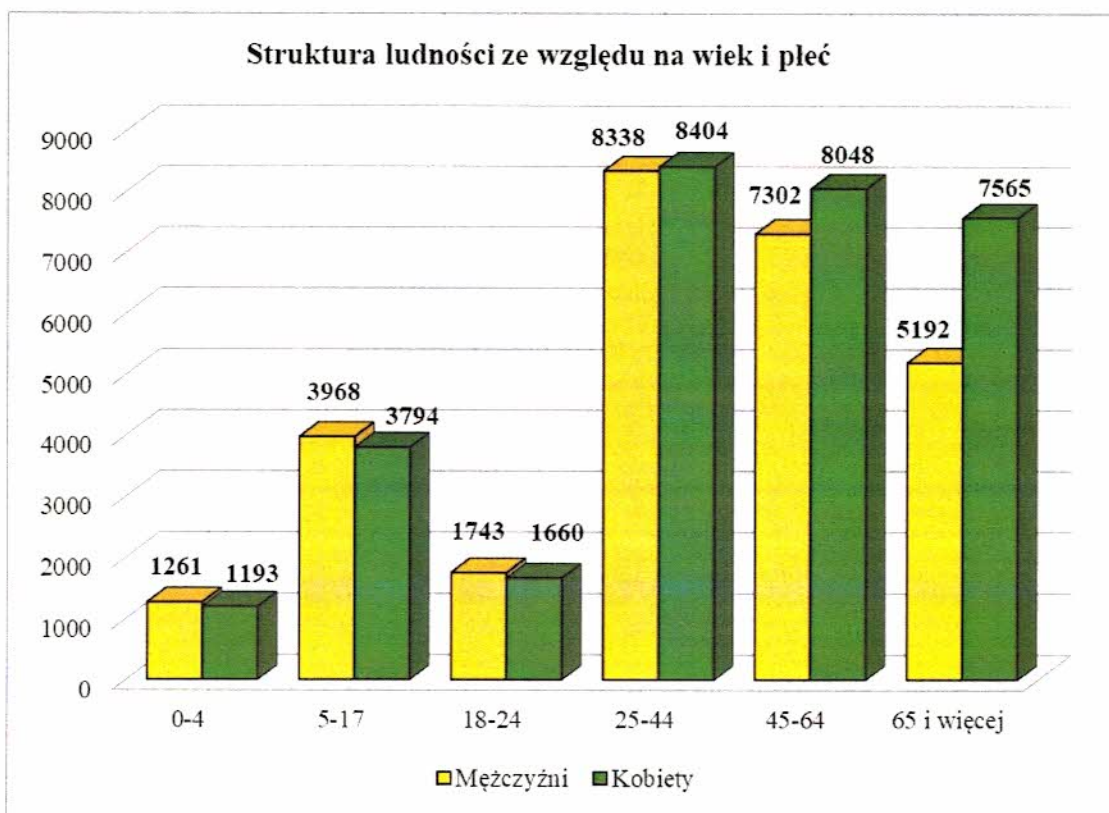
Ogólna liczba ludności wg stanu na dzień 30.06.2021 r. wyniosła 58.468 osób, z czego 27.804 (tj. 47,55 %) stanowili mężczyźni a 30.664 (tj. 52,45 %) stanowiły kobiety. Strukturę ludności prezentuje tabela 1 i wykres 1.

Tabela 1. Struktura ludności ze względu na wiek i płeć.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Procent
0 – 4	1.261	1.193	2.454	4,20
5 – 17	3.968	3.794	7.762	13,28
18 – 24	1.743	1.660	3.403	5,82
25 – 44	8.338	8.404	16.742	28,63
45 – 64	7.302	8.048	15.350	26,25
65 i więcej	5.192	7.565	12.757	21,82
Razem	27.804	30.664	58.468	100,00

Dane: UM Urząd Stanu Cywilnego i Spraw Społecznych.
Źródło: Opracowanie własne.

Wykres 1. Struktura ludności.



Źródło: Opracowanie własne.

KONSUMPCJA ALKOHOLU W POLSCE

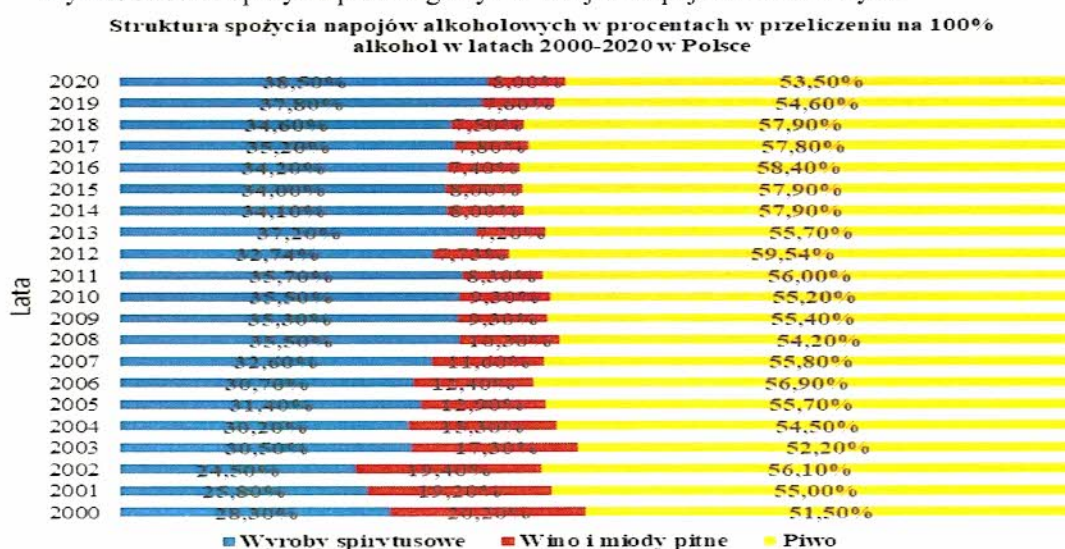
Co prawda w 2001 r. zanotowano spadek spożycia alkoholu na jednego mieszkańca do poziomu 6,63 l, jednak już od roku 2002 (po obniżce akcyzy na napoje spirytusowe w roku 2002) notuje się stały, wyraźny wzrost ilości wypijanego alkoholu, aż do 9,58 l w 2008 r. Na początku 2009 r. podniesiono akcyzę na napoje spirytusowe (o ok. 9%) oraz wino (o ok. 16,5%), a na piwo (o 13,6%) i wielkość spożycia zmniejszyła się do 9,02 litra 100% alkoholu na jednego mieszkańca, czyli o ponad 0,5 litra w odniesieniu do roku poprzedniego. Spadek spożycia alkoholu w 2009 r. w stosunku do lat poprzednich był przerwaniem kilkuletniej tendencji wzrostowej. Jednakże od 2011 r. następuje wzrost spożycia alkoholu, by w 2013 r. osiągnąć najwyższy poziom wynoszący 9,67 l 100% alkoholu na 1 mieszkańca. W latach 2014-2016, oscyluje wokół poziomu 9,40l 100% alkoholu na 1 mieszkańca. Od 2017r. do 2019r. następuje znów wzrost spożyci alkoholu a w 2020r. następuje spadek do 9,60l 100% alkoholu na 1 mieszkańca (patrz wykres 2).

Wykres 2. obraz spożycia 100% alkoholu na 1 mieszkańca.



Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Wykres 3. obraz spożycia poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych



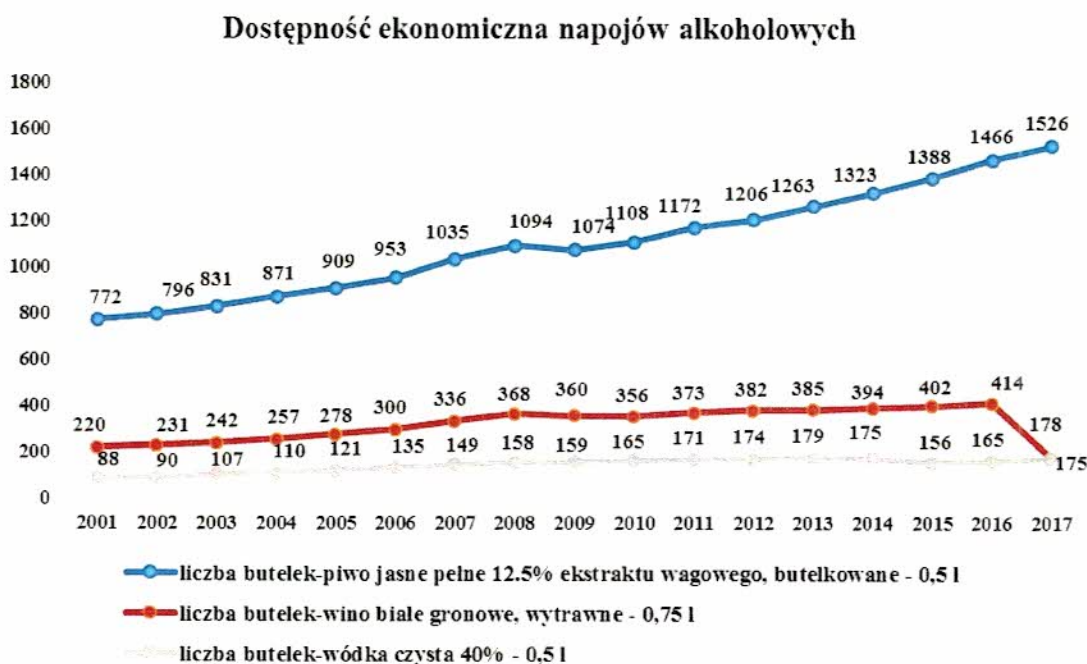
Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

Dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych

Badania naukowe dowodzą, iż istnieje związek pomiędzy ceną alkoholu a wielkością jego spożycia. Im większa jest dostępność ekonomiczna alkoholu, tym większe jest jego spożycie. W 2014 roku w porównaniu z 2013 r. zanotowano średni wzrost cen napojów alkoholowych o 1,9%. Najbardziej wzrosła cena napojów spirytusowych – o 4,4%, cena wina wzrosła o 1%, natomiast cena piwa utrzymała się na podobnym poziomie.

Ważnym wskaźnikiem dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych jest liczba butelek poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych, które można zakupić za średnie miesięczne wynagrodzenie. W 2014 r. ceny alkoholu wzrosły nieznacznie przy jednoczesnym wzroście przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, w związku z czym odnotowano wzrost dostępności piwa i wina. Ze względu na wzrost podatku akcyzowego na alkohol etylowy, cena napojów wysokoprocentowych wzrosła, spowodowało to zmniejszenie się dostępności cenowej tego typu alkoholi o 2,6%¹. Powyższe dane prezentuje wykres nr 4.

Wykres 4. Dostępność ekonomiczna poszczególnych napojów alkoholowych.



Źródło: Główny Urząd Statystyczny. Spadek dostępności ceny wina białego gronowego jest spowodowany zmianą reprezentanta dla tej kategorii alkoholu.

Poza dostępnością ekonomiczną ważnym czynnikiem, wpływającym na wysokość spożycia alkoholu, jest większa fizyczna (praktyczna) możliwość jego nabycia a to już określa rynek napojów alkoholowych.

¹ Ministerstwo Zdrowia, projekt Sprawozdania z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi od dnia 1 stycznia 2014r. do dnia 31 grudnia 2014r., Warszawa 2015r.

Rynek napojów alkoholowych w mieście

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U z 2019 r. poz. 2277 z późn. zm.) rada gminy ustala, w drodze uchwały, maksymalną liczbę zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na terenie gminy (miasta), odrębnie dla poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych (o których mowa w art. 18 ust. 3 ustawy), liczbę zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży jak i zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży. Ponadto rada gminy ustala również w drodze uchwały, zasady usytuowania na terenie gminy miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych.

Stosując się do w/w przepisu art. 12 ustawy, Rada Miejska w Tarnowskich Górach podjęła stosowne uchwały, regulujące rynek napojów alkoholowych mieście.

Są to:

- Uchwała Nr LIV/570/2018 Rady Miejskiej w Tarnowskich Górach z dnia 19 czerwca 2018r. w sprawie ustalenia na terenie miasta Tarnowskie Góry liczby zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży i poza miejscem sprzedaży;
- Uchwała Nr LIV/569/2018 Rady Miejskiej w Tarnowskich Górach z dnia 19 czerwca 2018r. w sprawie ustalenia zasad usytuowania na terenie miasta Tarnowskie Góry miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych.

Dostępność do napojów alkoholowych mieście – wg stanu na dzień 31 grudnia 2020r. roku – przedstawia się następująco:

Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych:

Ogółem punktów detalicznych i gastronomicznych – **192**,

w tym:

- | | |
|--|------------|
| a) do spożycia poza miejscem sprzedaży ogółem – 119 | |
| wg zawartości alkoholu: | |
| - do 4,5 % | 108 |
| - od 4,5 % do 18 % | 98 |
| - powyżej 18 % | 99 |
|
 | |
| b) do spożycia w miejscu sprzedaży ogółem – | 73 |
| wg zawartości alkoholu: | |
| - do 4,5 % | 71 |
| - od 4,5 % do 18 % | 52 |
| - powyżej 18 % | 48 |

Porównanie liczby punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Tarnowskich Górach w latach 2012-2019 jest na tym polu interesująca a przedstawia wykres poniżej:

Wykres 5. Liczba punktów sprzedaży alkoholu w Tarnowskich Górach.



Dane: Wydział Gospodarki Miejskiej UM.
Źródło: Opracowanie własne.

Z przedstawionego wykresu wynika, że od 2013 roku następuje spadek liczby punktów sprzedaży alkoholu, z wyjątkiem 2020 roku, gdzie nastąpił wzrost.

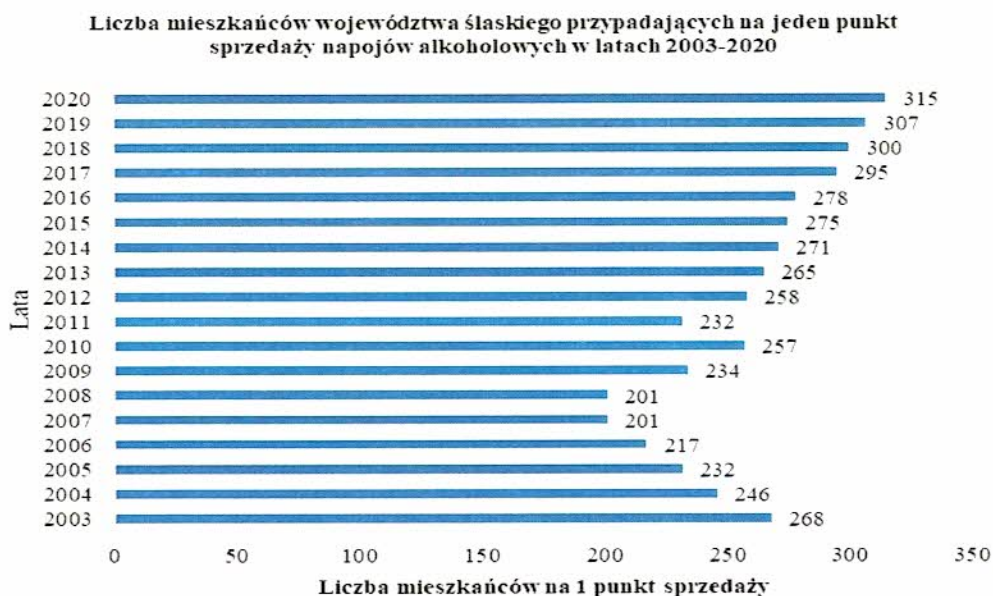
Należy zauważyć, że zgodnie z Uchwałą Nr LIV/570/2018 Rady Miejskiej w Tarnowskich Górach z dnia 19 czerwca 2018r. ustalona liczba zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych kształtuje się następująco:

- 1) Punkty detaliczne:
 - a) do 4,5 % wartości alkoholu oraz piwo w liczbie – 150;
 - b) powyżej 4,5 % do 18% zawartości alkoholu (z wyjątkiem piwa) w liczbie – 120;
 - c) powyżej 18 % zawartości alkoholu w liczbie 120.
- 2) Punkty gastronomiczne:
 - a) do 4,5 % wartości alkoholu oraz piwo w liczbie – 120;
 - b) powyżej 4,5 % do 18% zawartości alkoholu (z wyjątkiem piwa) w liczbie – 80;
 - c) powyżej 18 % zawartości alkoholu w liczbie 80.

Biorąc pod uwagę ogólną liczbę sklepów i lokali gastronomicznych, zajmujących się handlem alkoholem – wypada zaznaczyć, iż jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych przypada w Tarnowskich Górach na ok. 305 osób.

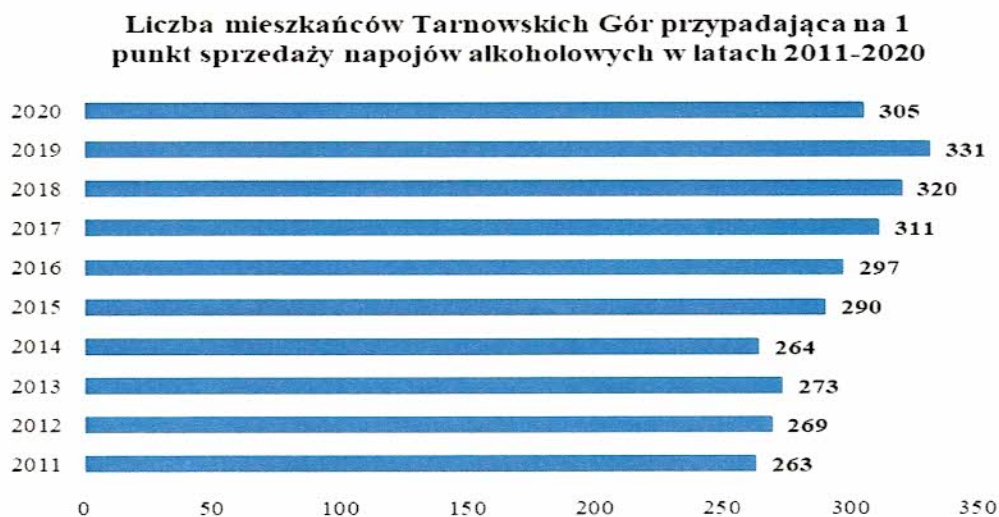
Porównanie dostępności do napojów alkoholowych w województwie śląskim i w Tarnowskich Górach na przestrzeni kilku ostatnich lat prezentują wykresy poniżej.

Wykres 6. Dostępność do napojów alkoholowych w województwie śląskim.



Źródło: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na podstawie wypełnianych przez gminy corocznie ankiety pod nazwą PARPA-G1 *Roczne sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych*.

Wykres 7. Dostępność do napojów alkoholowych w Tarnowskich Górach.



Dane: Biuro Gospodarki Rynkowej UM.
Źródło: Opracowanie własne.

Z zaprezentowanych powyżej (wykresy: 6. i 7.) danych wynika, że w Tarnowskich Górach od 2014 roku sukcesywnie wzrasta liczba mieszkańców, przypadających na jeden punkt sprzedaży alkoholu. A skala tego wzrostu jest dość znacząca, bowiem porównując dane pomiędzy 2019 a 2014 rokiem – trzeba stwierdzić, iż przekroczył on poziom 20%. Niestety w 2020 roku zmalała liczba mieszkańców przypadająca na jeden punkt sprzedaży alkoholu.

DOROŚLI a ALKOHOL i NARKOTYKI

Ciekawym źródłem informacji w tym zakresie stały się badania ankietowe, jakie odbyły się na terenie miasta. Badania ankietowe przeprowadzono wśród mieszkańców Tarnowskich Gór, którzy ukończyli 18 lat. Wybór osób badanych dokonano metodą doboru losowego a wielkość próby wynosiła 150 osób. Badania realizowane były metodą ankiet bezpośrednich (rozdawanych i odbieranych przez ankieterów w miejscach publicznych). Wyniki badań z uwzględnieniem oceny określonych problemów społecznych przedstawia poniżej tabela 2.

Tabela 2. Stosunek dorosłych do problemów społecznych prezentuje.

Jakie z problemów społecznych uważa Pan/Pani za najważniejsze?	% odpowiedzi
Bezrobocie	59 %
Narkomania	41 %
Alkoholizm	37 %
Zubożenie społeczeństwa	31 %
Wzrost przestępczości	34 %
Kryzys rodziny	22 %
Zanieczyszczenie środowiska	19 %
AIDS	11 %

Dane: Firma Ekster.

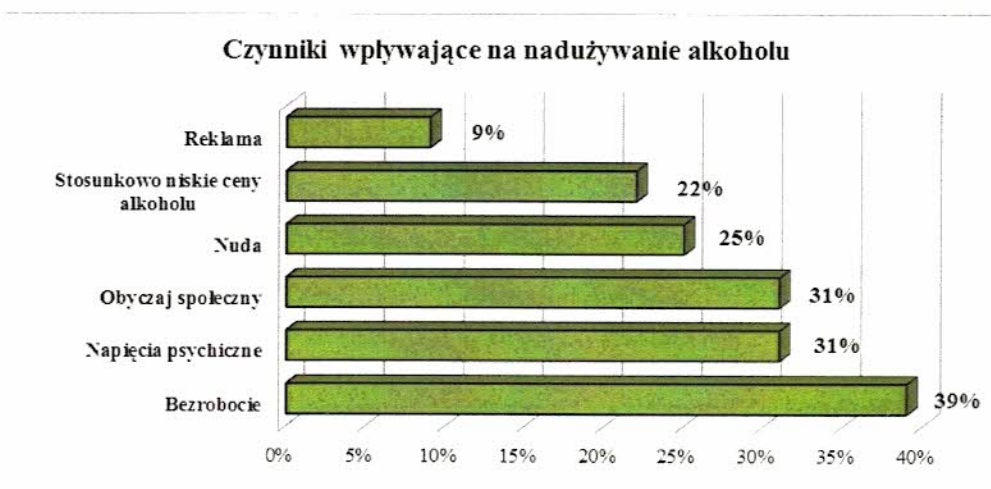
Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z zaprezentowanych powyżej danych – zagrożenie narkomanią oraz alkoholizmem spostrzegane są jako jedne z najważniejszych zagrożeń. Co drugi, co trzeci z ankietowanych wskazał na te zagrożenia.

Bardzo ważną informacją, związaną z nadużywaniem alkoholu przez osoby dorosłe, jest określenie najważniejszych czynników, które powodują sięganie po alkohol.

Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że najczęstszą przyczyną nadużywania alkoholu jest utrata pracy, napięcia psychiczne i obyczaj społeczny. Co trzeci z ankietowanych wskazał na te rodzaje czynników, kosztem „nudy” i „stosunkowo niskiej ceny alkoholu”, na które to czynniki zwracał uwagę co 4-5 z ankietowanych. Szczegółowe dane przedstawia poniżej wykres 8.

Wykres 8. Czynniki wpływające na nadużywanie alkoholu przez dorosłych.



Dane: Firma Ekster.

Źródło: Opracowanie własne.

W opinii społecznej narkoman to przede wszystkim osoba chora, nieszczęśliwa, mająca zły wpływ na swoje otoczenie, a także człowiek, któremu nie powiodło się w życiu. W najmniejszym stopniu osobom uzależnionym od narkotyków przypisywane są takie cechy, jak awanturnictwo i chuligaństwo, duża wrażliwość oraz popełnianie przestępstw. Potwierdzają to jednoznacznie dane wykazane poniżej w wykresie 9.

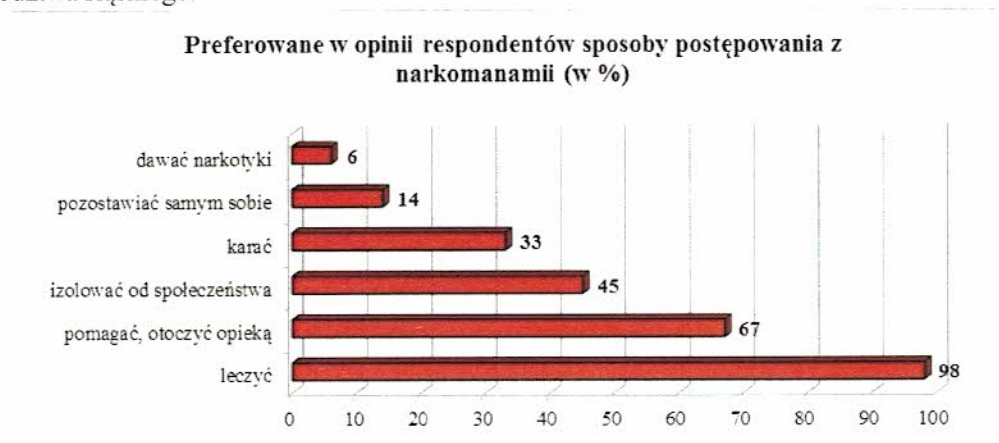
Wykres 9. Cechy, które najlepiej opisują narkomana.



Źródło: Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach.

Z tych to informacji wynika, że w opinii mieszkańców województwa śląskiego najlepszym sposobem postępowania z narkomanami jest ich leczenie. Aż 98 % mieszkańców uważa, że narkomanów trzeba leczyć, zaś prawie 7 na 10 osób uważa, że osoby uzależnione powinny zostać otoczone opieką. Niemal połowa badanych to zwolennicy izolowania narkomanów od reszty społeczeństwa (należy jednak tutaj zaznaczyć, że ten sposób postępowania nie wyklucza ani leczenia, ani niesienia pomocy osobom uzależnionym). W najmniejszym stopniu podzielany jest pogląd, że narkomanów należy pozostawić samym sobie lub dawać im narkotyki. Preferowane sposoby postępowania z narkomanami wskazane przez mieszkańców województwa śląskiego prezentuje poniżej wykres 10.

Wykres 10. Preferowane sposoby postępowania z narkomanami według mieszkańców województwa śląskiego.



Źródło: Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach.

Czynnik dostępności do narkotyków jest w obecnych czasach czynnikiem bardziej decydującym o inicjacji stosowania środków psychoaktywnych niż czynnikiem wewnętrznej potrzeby ludzkiej. Dostępność może mieć charakter finansowy (czy substancja jest osiągalna ekonomicznie, odległość do punktów sprzedaży, gęstość sieci dilerów), kulturowy (np. zwyczaje lokalne, sposób traktowania substancji, przekazy rodzinne, obecność reklamy, wartości religijne) i prawny. Warto nadmienić, że dostępność kulturowa jest bardzo ważnym czynnikiem, wpływającym na podejmowanie zachowań ryzykownych. Jeśli w środowisku, w którym się przebywa, nie ma dezaprobaty do sięgania po substancje psychoaktywne, a ich zażywanie jest normalne i powszechne, wówczas dostępność kulturowa ryzykownych zachowań jest znaczna. Z prawidłowości tej korzysta chętnie reklama i marketing, odwołując się do zwyczajów społecznych i współkształtując obowiązujące normy.

Badania, przeprowadzone w 2007 r. wśród problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych – wykazały, że narkomani w województwie śląskim w zasadzie nie mają problemów w dostępie do narkotyków. Każdy z nich ma kontakty w środowisku dostawców. Jeśli dysponuje się gotówką, kupno narkotyku w ogóle nie stanowi żadnej trudności. Narkotyki można zamówić na telefon lub kupić u ulicznych sprzedawców. Większość narkomanów korzysta ze stałego dealera. Umożliwia to nie tylko stałą podaż, ale także stanowi minimalną gwarancję jakości. Nielegalny rynek zarzucany jest środkami o różnym poziomie czystości, różnym składzie chemicznym, zdarzają się oszustwa, można na tym polu kupić środki szczególnie toksyczne. Kupujący narkotyki nigdy nie jest pewien co otrzymuje, nie wie zatem jak dobrać dawkę. Stały dostawca w pewnym chociaż stopniu łagodzi to ryzyko. Rynek substancji nielegalnych obsługiwany jest nie tylko przez dealerów zajmujących się stale tym procederem. Często sami użytkownicy narkotyków pełnią czasowo tę rolę. Z wypowiedzi narkomanów wynika, że wielu z nich zapewnia innym użytkownikom narkotyki i czasem dzieje się to nie bezinteresownie. Takie sporadyczne „dealowanie” grozi wejściem na stałe w struktury dystrybucji narkotyków, czego zwykle nie udaje się przerwać bez konsekwencji.

Mówiąc o dostępie do narkotyków oraz wszelkiego rodzaju ryzykach, jakie na tym polu występują, warto odwołać się do przekonań i świadomości samych mieszkańców miasta. Bo one rzucają określone światło na te sprawy.

Opinie mieszkańców na temat dostępności do narkotyków na terenie Tarnowskich Gór. Prezentuje je tabela 3.

Tabela 3. Opinie mieszkańców na temat dostępności do narkotyków.

Zdecydowanie łatwy	44 %
Raczej łatwy	22 %
Zdecydowanie trudny	8 %
Raczej trudny	9 %
Nie wiem	17 %

Dane: Firma Ekster.
Źródło: Opracowanie własne.

Z zaprezentowanych w tabeli danych wynika, że w opinii mieszkańców miasta dostęp do narkotyków na terenie Tarnowskich Gór jest bardzo łatwy. Tak uznało dwóch na trzech ankietowanych (łącznie 66% odpowiedzi „zdecydowanie łatwy” i „raczej łatwy”).

MŁODZIEŻ A ALKOHOL I SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE

Podstawą diagnozy zachowań związanych z alkoholem i substancjami psychoaktywnymi wśród młodzieży są internetowe badania ankietowe przeprowadzone w 2018 roku w ramach realizowanej kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł”, zorganizowanej przez Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Chociaż od tego czasu minęło już prawie 2 lata, to [w świetle innych pośrednich badań i danych, przeprowadzonych i powstałych po tym okresie] należy zauważyć, że wyniki tej kampanii wydają się być nadal aktualne. A ich przedstawienie – w pełni uzasadnione.

Procedura badawcza

Przygotowanie próby i realizacja badania

Badaną populację stanowili uczniowie szkół podstawowych z samorządów, biorących udział w kampanii „Zachowaj Trzeźwy Umysł 2018”. Do badań ankietowych przystąpiły dzieci i młodzież w dwóch grupach wiekowych: klasy młodsze (V i VI klasa szkół podstawowych) oraz roczniki starsze (czyli klasy VII i VIII szkół podstawowych). Respondenci stanowią próbę reprezentatywną dla ogółu uczniów szkół podstawowych, kształcących się w małych i średnich miastach z terenu całej Polski. Łącznie w badaniu wzięli udział uczniowie z około 294 gmin.

Badanie było realizowane za pomocą liczącego 60 pytań kwestionariusza ankiety internetowej (CAWI), wypełnianej audytoryjnie w dniach 1 października 2018 r. – 12 stycznia 2019 r. Po stronie samorządów bezpośredni udział w badaniu brali koordynatorzy (nauczyciele, pedagodzy), którzy nadzorowali przeprowadzenie badania w wyznaczonej placówce (np. w szkole). Do ich zadań należało poinformowanie uczniów i rodziców o badaniu, zebranie od rodziców uczniów uczestniczących w badaniu zgody na uczestnictwo, a także uzgodnienie harmonogramów realizacji badania. Bezpośredni udział w badaniu brały także osoby monitorujące (np. nauczyciele informatyki), które zabezpieczały pracę od strony technicznej. Do ich zadań należało przygotowanie sali komputerowej, sprzętu komputerowego do przeprowadzenia ankiety oraz współpraca z koordynatorem badania w placówce.

Proces weryfikacji wiarygodności i kontroli, wykluczanie odpowiedzi ze względu na niespójności w odpowiedziach

W przypadku kwestionariusza ankiety internetowej respondent nie mógł go przesłać, jeżeli na którekolwiek z postawionych pytań nie udzielił odpowiedzi. W celu wyeliminowania ze zbioru uczniów, którzy udzielali wewnętrznie sprzecznych odpowiedzi, dokonano szczegółowej selekcji ankiet. Selekcja dotyczyła między innymi pytania p20: *Jak często uprawiasz sport poza lekcjami wf. W szkole?*, które jest pytaniem alternatywnym po zastosowanej regule przejścia z pytania wcześniejszego p19: *Czy uprawiasz jakiś sport poza lekcjami wf. w szkole?* Respondenci, którzy w pytaniu p19 zaznaczyli odpowiedź inną niż *Nie uprawiam żadnego sportu*, a w pytaniu p20 nie podali częstotliwości uprawiania tego sportu zaznaczając opcję *Nie uprawiam żadnego sportu* zostali automatycznie zakwalifikowani do kategorii brak odpowiedzi.

Charakterystyka badanych uczniów

Respondenci reprezentują uczniów głównie z miejskich i wiejskich ośrodków. Łącznie w badaniu uczestniczyło 70 185 uczniów (35 983 dziewcząt i 34 202 chłopców). Jeżeli chodzi o poziom klasy, to w klasach V-VI zbadano 36 947 uczniów, natomiast w klasach VII-VIII 33 238 uczniów. Dokładne dane prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Charakterystyka badanych uczniów dane ogólnopolskie.

	Klasy V-VI	Klasy VII-VIII	Ogółem
Dziewczynka	18.819	17.164	35.983
Chłopiec	18.128	16.074	34.202
Ogółem	36.947	33.238	70.185

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Charakterystyka badanych uczniów w tarnogórskich szkołach podstawowych

W badaniu uczestniczyli wszyscy chętni uczniowie z klas V-VIII tarnogórskich szkół podstawowych. Badanie przeprowadzono w 12 szkołach podstawowych. Charakterystykę badanych uczniów prezentuje tabela 5.

Tabela 5. Charakterystyka badanych uczniów z tarnogórskich szkół podstawowych.

	Klasy V-VI	Klasy VII-VIII	Ogółem
Dziewczynka	211	261	472
Chłopiec	220	240	460
Ogółem	431	501	932

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Nim zostaną przedstawione i skomentowane wyniki badań – warto przytoczyć w tym miejscu uwagi wyrażone przez badaczy, zajmujących się tą tematyką.

Według nich – „(...) ... picie alkoholu przez nastolatki wiąże się często z powstawaniem różnych problemów i negatywnie wpływa na zdrowie, bezpieczeństwo, a niekiedy i życie młodych ludzi. Spożycie alkoholu nawet w ilościach nieszkodliwych dla dorosłych, może poważnie zaburzyć życie i zakłócić przebieg procesów rozwojowych młodych ludzi. Wyniki badań wskazują, że picie alkoholu zaburza zdolność do uczenia się, zapamiętywania i logicznego rozumowania, jest częstym źródłem trudności w nauce i przeszkadza w dalszej edukacji i karierze zawodowej. Ponadto hamuje ono rozwój emocjonalny, opóźnia społeczne i poznawcze dojrzewanie. Nastolatek pijący alkohol nastawiony jest jedynie na doraźne i natychmiastowe odczuwanie przyjemności, a w związku z tym nie uczy się dojrzałych i skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów życiowych i sposobów konstruktywnego spędzania czasu wolnego. Wczesne i częste picie alkoholu przez nastolatka zwiększa ryzyko uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, tj. nikotyny, marihuany oraz innych narkotyków. (...) Picie i upijanie się alkoholem przez nieletnich jest ponadto przyczyną poważnych i doraźnych szkód związanych z wypadkami, zachorowaniami, konfliktami z prawem, większym prawdopodobieństwem stania się ofiarą przestępstwa, ryzykownymi zachowaniami seksualnymi, groźbą zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV, niechcianą ciążą itp. (...)”².

Obszar diagnozy związany z młodzieżą i alkoholem możemy podzielić na dwie grupy: młodych ludzi, którzy nigdy nie używali alkoholu - abstynentów i nastolatków, którzy są już po alkoholowej inicjacji. Grupa pierwsza to osoby nie ponoszące żadnych strat z powodu własnego picia,

² J. Jarczyńska, *Picie alkoholu przez młodzież w okresie dorastania a wybrane czynniki w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009, s. 18.

praca z taką młodzieżą powinna skupić się na podtrzymaniu tej decyzji i udzieleniu wsparcia, każdej możliwej pomocy. Grupę osób, które sięgnęły po alkohol znów podzielić możemy na dwie części: tych, którzy piją alkohol regularnie (przyjęliśmy jako granicę co najmniej raz w miesiącu) oraz tych, dla których był to tylko jednorazowy epizod lub nie piją od dłuższego czasu. I w jednym i w drugim przypadku nie może być mowy o picu mało ryzykownym jak to ma miejsce wśród osób pełnoletnich, używających alkoholu sporadycznie. Każda ilość alkoholu wypijana przez młodych ludzi niesie za sobą poważne ryzyko wystąpienia strat natychmiastowych bądź długofalowych.

Opracowując gminny program profilaktyki, bardzo ważną rzeczą jest poznanie przyczyn sięgania przez młodych ludzi po alkohol oraz częstotści tych zdarzeń. W pierwszej części sprowadzają się one do wyników odpowiedzi na postawione pytanie w stylu – „czy widziałeś/aś kogoś ze swoich rówieśników, kto ...”. Obrazują to poniższe dane, ujęte w zestawieniach tabelarycznych, poczynając od Tabeli 6. a na Tabeli 21. kończąc.

Tabela 6. Papierosy

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto palił papierosy:	Papierosy			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	6,5	7,0	16,17	13,9
Kilka razy w tygodniu	3,71	4,6	14,17	10,8
Mniej więcej raz na tydzień	1,62	2,8	7,39	5,8
Kilka razy w miesiącu	4,41	4,9	10,38	9,3
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	11,37	9,9	16,77	15,8
Wcale	72,39	70,7	35,13	44,5

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Powyższa Tabela 6. Papierosy odnosi się do kwestii palenia papierosów. Łącząc kategorie odpowiedzi wskazujące na fakt, że ankietowani, przynajmniej raz w tygodniu widzieli kogoś ze swoich rówieśników, kto palił papierosy w jedną kategorię, i tych, którzy rzadziej widzieli palących rówieśników w drugą kategorię – można by powiedzieć, że prawie co czwarty ankietowany (22,1%) raz na tydzień widział, jak ktoś z jego rówieśników pali papierosy. Z kolei co piąty widział palących rówieśników przynajmniej raz na miesiąc (19,7%).

W tym kontekście warto również zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę. A mianowicie na znacznie większe natężenie tych negatywnych zjawisk w przypadku populacji Tarnowskich Gór w porównaniu do średniej w Polsce w środowisku dzieci i młodzieży, uczniów klas VII-VIII. Co z pewnością musi być niepokojące i wymagające pogłębionej refleksji.

Tabela 7. Marihuana

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto palił marihuanę:	Marihuana			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	2,09	2,2	4,39	4,4
Kilka razy w tygodniu	0,23	0,4	1,6	1,5
Mniej więcej raz na tydzień	0,46	0,7	4,59	1,5
Kilka razy w miesiącu	0,93	0,5	3,19	1,9
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	1,86	1,6	6,19	4,8
Wcale	94,43	94,6	80,04	85,9

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”

W świetle danych wskazanych w Tabeli 7. Marihuana – z kimś, kto na co dzień pali marihuanę [narkotyk w Polsce zakazany] spotyka się 3,3% uczniów. Jakkolwiek odsetek ten może wydawać się niewielki, to warto podkreślić, że co dwudziesty uczeń szkoły podstawowej z palącym marihuanę rówieśnikiem spotyka się przynajmniej raz na tydzień (5,2%). Zatem z pewną regularnością. Nie można też mówić o znikomości tego wskaźnika dla uczniów młodszych, spośród których co najmniej 3,3% raz na tydzień widzi palącego marihuanę kolegę lub koleżankę. Wskaźnik ten dla każdej grupy wiekowej powinien wynosić 0,0%. I tu podobnie jak w przypadku palenia papierosów – dane dotyczące populacji Tarnowskich Gór i uczniów klas VII-VIII są wyższe niż średnie krajowe.

Tabela 8. Dopalacze

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto zażywał dopalaczy:	Dopalacze			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	2,09	2,0	3,19	3,7
Kilka razy w tygodniu	0,23	0,4	0,6	0,7
Mniej więcej raz na tydzień	0,23	0,7	1,2	1,0
Kilka razy w miesiącu	0,46	0,7	1,2	1,2
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	2,78	1,5	3,79	2,5
Wcale	94,21	94,8	90,02	90,8

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”

W przypadku zażywania dopalaczy (Tabela 8. Dopalacze) spośród ogółu badanych 7,1% spotkało się z kimś, kto w ostatnim roku zażywał dopalacze. Przedstawione statystyki nie pozostawiają wątpliwości, że dopalacze nie zostały całkowicie wyeliminowane z otoczenia uczniów szkół podstawowych, a wraz z wiekiem uczniów problem narasta. Aczkolwiek negatywny obraz Tarnowskich Gór na tle danych krajowych już tak nie razi jak w poprzednich analizowanych zjawiskach.

Tabela 9. Piwo

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto pił piwo:	Piwo			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	4,87	3,7	7,58	7,1
Kilka razy w tygodniu	3,48	3,2	8,38	5,9
Mniej więcej raz na tydzień	1,86	3,0	8,38	5,6
Kilka razy w miesiącu	4,87	4,7	12,97	9,1
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	10,9	9,9	16,37	15,8
Wcale	74,01	75,4	46,31	56,5

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

A co z powrotem jest widoczne w przypadku danych dotyczących picia piwa (Tabela 9. Piwo). Bowiem na ich podstawie można powiedzieć, że picie piwa dla co trzeciego ucznia nie stanowi żadnego problemu. Spośród uczniów szkół podstawowych co trzeci w ciągu ostatniego roku przebywał w obecności rówieśnika spożywającego ten trunek (33,6%). Ponadto niepokojącym jest to, że wskaźniki odnoszące się do populacji Tarnowskich Gór w obu grupach wiekowych są wyższe niż średnia w Polsce. I podobnie jak w przypadkach palenia papierosów musi to być niepokojące i wymagające pogłębionej refleksji.

Tabela 10. Wino

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto pił wino:	Wino			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	2,55	2,5	6,39	5,3
Kilka razy w tygodniu	1,16	1,3	2,99	2,4
Mniej więcej raz na tydzień	2,32	1,8	4,99	2,9
Kilka razy w miesiącu	1,86	3,0	8,58	4,7
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	10,21	7,3	10,98	9,4
Wcale	81,9	84,2	66,07	75,1

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

W świetle danych ujętych w Tabeli 10. Wino należy zaznaczyć, że wino jest mniej popularnym wśród młodzieży trunkiem niż piwo. Z jego spożyciem przez rówieśników spotkał się co piąty uczeń (20,1%). Ale znów dane dotyczące populacji Tarnowskich Gór są znacznie wyższe dla uczniów klas VII-VIII niż średnia krajowa.

Tabela 11. Wódka

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto pił wódkę:	Wódka			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	2,78	2,8	6,79	6,2
Kilka razy w tygodniu	1,16	1,1	5,19	3,7
Mniej więcej raz na tydzień	0,46	1,5	7,39	4,0
Kilka razy w miesiącu	2,32	2,6	9,78	6,2
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	7,42	6,7	12,97	12,2
Wcale	85,85	85,2	57,88	67,8

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Z danych zamieszczonych w Tabeli 11. Wódka wynika, że wódka jako alkohol uznawany za najmocniejszy jest spożywana przez kogoś z grupy rówieśniczej w obecności prawie co czwartego ucznia (23,0%). Uczniowie młodszy znacznie rzadziej przebywają w obecności kolegów lub koleżanek

spożywających wódkę, niż respondenci ze starszej grupy. Stąd też wskaźniki są niższe. Ale nie zmienia to postaci rzeczy, że dane dotyczące populacji Tarnowskich Gór w przedziale wiekowym klas VII-VIII są znacznie wyższe niż średnia w kraju. Podobnie jest w przypadku częstotliwości korzystania z innych używek. A mianowicie picia szampana, którego dane zamieszczone zostały w Tabeli 12. Szampan. A należy w tym kontekście dodatkowo jeszcze podkreślić, że szampan jest napojem alkoholowym, który zaraz po piwie jest następnym pod względem popularności spożycia wśród uczniów szkół podstawowych. Z jego piciem spotyka się więcej niż co czwarty uczeń (26,1%). Podobnie jak alkohole poprzednie, szampan jest bardziej popularny w grupie uczniów starszych, w przypadku których [co już powiedziano] populacje tarnogórskich uczniów niechlubnie wyróżniają się na tle krajowym.

Tabela 12. Szampan

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto pił szampana:	Szampan			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	2,32	2,7	6,39	5,3
Kilka razy w tygodniu	1,62	1,3	2,2	2,4
Mniej więcej raz na tydzień	1,62	1,7	3,79	2,7
Kilka razy w miesiącu	1,86	3,5	7,98	4,9
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	14,85	12,5	17,96	15,6
Wcale	77,73	78,3	61,68	69,1

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”

Tabela 13. Drink

Czy w ciągu 12 miesięcy widziałeś(aś) kogoś ze swoich rówieśników, kto pił drinka:	Drink			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,86	2,7	6,39	5,5
Kilka razy w tygodniu	0,93	1,2	2,79	2,6
Mniej więcej raz na tydzień	1,62	1,7	5,39	2,9
Kilka razy w miesiącu	3,02	3,0	7,58	4,4
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	8,82	7,1	9,58	9,1
Wcale	83,76	84,3	68,26	75,5

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”

W świetle danych w Tabeli 13. Drink co dwudziesty uczeń szkoły podstawowej spotkał się w ciągu ostatniego roku z sytuacją, w której jego rówieśnik pił drinka (19,9%). W takiej sytuacji znacznie częściej znaleźli się uczniowie klas starszych. I znów tarnogórzanie wyróżniają się większą częstotliwością niż pozostali w kraju.

Kolejna seria pytań odnosi się do spożywania różnych używek przez samych badanych. Słowem od odpowiedzi na pytanie w stylu – „Czy ty sam/a w ciągu 12 m-cy paliłeś/aś/zażywałeś/aś/piłeś/aś ...”

Tabela 14. Papierosy

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy paliłeś(aś) papierosa:	Papierosy			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,39	1,5	5,79	4,7
Kilka razy w tygodniu	0	0,5	3,79	2,5
Mniej więcej raz na tydzień	0	0,5	1,6	1,7
Kilka razy w miesiącu	0,23	0,6	3,19	2,6
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	2,78	2,9	10,38	8,5
Wcale	95,59	93,9	75,25	80,0

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

I tak z danych zamieszczonych w Tabeli 14. Papierosy wynika, że palenie papierosów w ciągu ostatniego roku ma za sobą co ósmy uczeń szkoły podstawowej (12,7%). Częściej mieszkańiec Tarnowskich Gór niż statystyczny Polak.

Tabela 15. Marihuana

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy paliłeś(aś) marihuanę:	Marihuana			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,39	1,2	3,19	2,6
Kilka razy w tygodniu	0	0,1	1	0,4
Mniej więcej raz na tydzień	0	0,2	0,6	0,6
Kilka razy w miesiącu	0,23	0,2	2	0,6
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	0,7	0,	2,59	2,2
Wcale	97,68	97,5	90,62	93,5

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

W świetle danych zawartych w Tabeli 15. Marihuana można zauważyć iż do zapalenia marihuany przynajmniej raz na tydzień przyznało się 2,6% ogółu ankietowanych. Częściej też do zapalenia marihuany w ciągu ostatniego roku przyznają się uczniowie starsi (6,5%) niż młodsi (2,5%). Skala zjawiska mogłaby się wydawać znikoma, jednak budzi zaniepokojenie to, że wraz z wiekiem przybywa uczniów gotowych zapalić marihuanę. Tym bardziej w sytuacji, gdy wskaźniki Tarnowskich Gór przewyższają dane krajowe.

Tabela 16. Dopalacze

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy zażywałeś(aś) dopalaczy:	Dopalacze			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,16	1,2	2,99	2,3
Kilka razy w tygodniu	0	0,1	0	0,2
Mniej więcej raz na tydzień	0	0,3	0	0,4
Kilka razy w miesiącu	0,46	0,3	0,6	0,4
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	0,23	0,6	1	0,9
Wcale	98,14	97,6	95,41	95,8

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Z Tabeli 16 Dopalacze wynika, że po dopalacze jako jeden z najbardziej niebezpiecznych środków odurzających – wywołujących nieodwracalne zmiany w organizmie, niekiedy zakończone zgonem – w ciągu ostatniego roku sięgnęło 3,3% uczniów. Zjawisko zażywania dopalaczy wśród uczniów starszych (4,2%) jest jednak nieco większe niż wśród młodszych uczniów (2,6%). Podobnie jak w przypadku marihuany można zauważyć tendencję do zwiększania się, wraz z wiekiem, wskaźnika korzystających z dopalaczy młodych ludzi. I niewielkim pocieszeniem jest to, że dane dotyczące tarnogórskich uczniów nie odstają aż tak bardzo od danych na poziomie krajowym. A co niestety daje się zauważyć ponownie w przypadku sięgania po piwo (Tabela 17. Piwo).

Tabela 17. Piwo

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy piłeś(aś) piwo:	Piwo			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,39	1,3	3,79	3,0
Kilka razy w tygodniu	0	0,3	2,2	1,5
Mniej więcej raz na tydzień	0,7	0,5	2,99	2,4
Kilka razy w miesiącu	0,93	0,8	6,99	4,1
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	5,1	4,8	15,57	13,4
Wcale	91,88	92,3	68,46	75,6

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Bowiem na podstawie danych w tym zakresie trzeba zauważyć, że po piwo w ciągu ostatniego roku sięgnęło 15,6% uczniów. Jeżeli chodzi o grupę wiekową, to piwo częściej piją uczniowie starsi (24,4%) niż młodsi (7,7%). Mieszkańcy Tarnowskich Gór częściej niż pozostali w kraju. Tak samo jak w przypadku danych dotyczących picia wina (Tabela. 18. Wino).

Tabela 18. Wino

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy piłeś(aś) wino:	Wino			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,39	1,2	3,39	2,6
Kilka razy w tygodniu	0	0,2	1,4	0,8
Mniej więcej raz na tydzień	0	0,4	1	1,3
Kilka razy w miesiącu	0,46	0,4	4,59	2,1
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	2,09	2,5	13,17	8,8
Wcale	96,06	95,3	76,45	84,4

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.
Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Aczkolwiek wino nie należy do bardzo popularnych wśród młodzieży trunków. W ciągu ostatniego roku spożywało go 9,9% uczniów. Spośród uczniów młodszych w ciągu ostatnich 12 miesięcy 4,7% piło wino, podczas gdy wśród uczniów starszych odsetek ten wynosił 15,6%.

Tabela 19. Wódka

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy piłeś(aś) wódkę:	Wódka			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,39	1,3	3,59	3,0
Kilka razy w tygodniu	0	0,2	1,8	1,0
Mniej więcej raz na tydzień	0,23	0,3	1,2	1,6
Kilka razy w miesiącu	0,7	0,4	4,59	2,4
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	1,86	1,7	10,38	8,0
Wcale	95,82	96,1	78,44	84,0

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Zródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”

Wódka, podobnie jak wino, nie jest tak bardzo popularnym alkoholem wśród młodzieży jak piwo, chociaż z danych ujętych w Tabeli 19. Wódka wynika, że co dziesiąty uczeń szkoły podstawowej sięgnął po ten alkohol w ciągu ostatniego roku (9,6%). W grupie badanych młodszych po wódkę sięgnęło 3,9% uczniów. Podczas gdy w grupie uczniów starszych było już 16% uczniów. I znów niechlubnie wyróżnia się populacja tarnogórska na tle krajowym.

Tabela 20. Szampan

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy piłeś(aś) szampana:	Szampan			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,16	1,5	3,79	2,8
Kilka razy w tygodniu	0,46	0,4	2	0,9
Mniej więcej raz na tydzień	0,46	0,7	1,2	1,2
Kilka razy w miesiącu	1,86	1,5	2,2	2,5
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	9,74	9,1	21,56	15,7
Wcale	86,31	86,9	69,26	77,0

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Zródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”

Szampan jest alkoholem najbardziej popularnym wśród młodych ludzi. Na podstawie danych wskazanych w Tabeli 20. Szampan należy zauważyć, że w ciągu ostatniego roku przynajmniej raz

spożyło go 17,8% uczniów, a przynajmniej raz na miesiąc-14,2%. Ten alkohol jest bardzo popularny w grupie uczniów młodszych (13,1%). Spośród badanych starszych prawie co czwarty sięgnął po szampana (23,0%). I ponownie niepokojącym jest to, że dane populacji Tarnowskich Gór są wyższe od średnich krajowych.

Tabela 21. Drink

Czy Ty sam(a) w ciągu 12 miesięcy piłeś(aś) drinka:	Drink			
	Klasy V-VI		Klasy VII-VIII	
	Tarnowskie Góry	Polska	Tarnowskie Góry	Polska
Codziennie	1,16	1,4	3,19	2,9
Kilka razy w tygodniu	0,23	0,2	1,4	0,8
Mniej więcej raz na tydzień	0,7	0,4	1,8	1,3
Kilka razy w miesiącu	1,39	0,5	2,59	2,0
Mniej więcej raz w miesiącu lub rzadziej	2,32	2,5	7,58	7,1
Wcale	94,2	95,0	83,43	86,0

Dane: Stowarzyszenie Producentów i Dziennikarzy Radiowych z Poznania.

Źródło: Społeczna diagnoza uczniów 2018 „Lustro”.

Drink, w przeciwieństwie do szampana, jest trunkiem najmniej popularnym wśród młodych ludzi. W ciągu roku sięgnęło po niego 9,3% uczniów. Pomimo małej popularności rośnie jego spożycie wraz z wiekiem ankietowanych. Pośród uczniów młodszych drinka wypił co dwudziesty uczeń (5,0%), podczas gdy wśród uczniów starszych co siódmy (14,0%). I tak jak we wszystkich powyżej rozważanych przypadkach – częściej uczynił to Tarnogórzanin niż statystyczny Polak.

Podsumowując rozważania na temat palenia przez młodzież papierosów, zażywania różnych substancji odurzających, a także spożycia alkoholu – warto zastanowić się nad faktem dosyć wysokiego odsetka młodych ludzi, którym te wszystkie niebezpieczne substancje towarzyszą w ich życiu codziennym. Spośród badanych uczniów trzech na siedmiu ma kontakt z palącymi papierosy rówieśnikami, co trzeci spotyka się z kolegami i koleżankami, którzy piją piwo, co czwarty ma kontakt z kimś, kto w ciągu ostatniego roku spróbował wódki i szampana, co piąty koleguje się z rówieśnikiem pijącym wino lub drinki. Ponadto na dziesięciu kolegów statystycznego ucznia znajdzie się jeden, który w ciągu roku spróbował dopalaczy, a w klasie liczącej 14 osób przynajmniej jeden spróbował dopalaczy. Fakt, że skala tych negatywnych zjawisk w odniesieniu do mieszkańca Tarnowskich Gór jest jeszcze większa – musi nie tylko wywoływać głębokie refleksje i zaniepokojenie. Ale także konieczność wzmożenia działań na polach edukacyjnych i profilaktycznym.

SZKODY ZWIĄZANE Z UŻYCIEM ALKOHOLU I ZAŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Problemy uzależnienia od wszelakiego rodzaju używek oraz ich skala w każdej grupie społecznej oraz społecznościach lokalnych są istotnym wskaźnikiem ich dezorganizacji.

Nadużywanie alkoholu oraz używanie substancji psychoaktywnych powoduje wiele szkód społecznych, takich jak: zakłócenia bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie oraz szkody zdrowotne.

Nadużywanie napojów alkoholowych zawsze wiąże się z ryzykiem powstania problemów naruszania prawa. W zależności od okoliczności picia oraz postępowania pijącego ryzyko to może się znacznie zwiększać bądź zmniejszać. Do sytuacji obciążonych szczególnie wysokim ryzykiem wystąpienia szkód należą: picie alkoholu w czasie pracy oraz prowadzenie samochodu lub innego pojazdu, będąc pod wpływem alkoholu.

Nietrzeźwość w ruchu drogowym

Po spożyciu alkoholu dochodzi do pogorszenia koordynacji ruchowej, spowolnienia reakcji, błędnej oceny prędkości i odległości, pogorszenia wzroku, polegającego m.in. na ograniczeniu pola widzenia. Jest to szczególnie ważne podczas wykonywania zadań wymagających dużej koncentracji i szybkiego reagowania, co ma miejsce podczas prowadzenia pojazdów mechanicznych. Ryzyko zagrożenia wypadkiem drogowym w zależności od stężenia alkoholu we krwi zwiększa się 7 razy przy stężeniu 0,5-1,0‰, 31 razy przy stężeniu od 1,0 do 1,5‰, 128 razy przy stężeniu powyżej 1,5‰.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi rozróżnia:

- stan po użyciu alkoholu – gdy stężenie alkoholu we krwi wynosi 0,2–0,5‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi 0,1–0,25 mg/1 dm³,
- stan nietrzeźwości – gdy stężenie alkoholu we krwi przekracza 0,5‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu przekracza 0,25 mg/1 dm³.

Prowadzenie pojazdu w stanie po użyciu alkoholu (0,2–0,5‰) jest wykroczeniem i podlega sankcjom przewidzianym w art. 87. Kodeksu wykroczeń (t.j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 821 z późn. zm.), tj. karze aresztu lub grzywny nie mniejszej niż 50 zł oraz zakazowi prowadzenia pojazdów. Prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwości (powyżej 0,5‰) jest przestępstwem i podlega sankcjom przewidzianym w art. 178a. Kodeksu karnego (t.j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 z późn. zm.), tj. grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 2 oraz zakazowi prowadzenia pojazdów.

Jak te kwestie kształtują się w gruncie tarnogórskim – przedstawia to Wykres 11. Liczba zatrzymanych kierowców prowadzących pojazd pod wpływem alkoholu w powiecie tarnogórskim.

Wykres 11. Liczba zatrzymanych kierowców prowadzących pojazd pod wpływem alkoholu w powiecie tarnogórskim.



Dane: Komenda Powiatowa Policji w Tarnowskich Górach
Źródło: Opracowanie własne.

Z danych wykazanych w powyższym wykresie wynika, że w 2020r. nastąpił znaczny spadek liczby zatrzymanych kierowców, prowadzących pojazd pod wpływem alkoholu w porównaniu do lat poprzednich. Przyczyną spadku liczby zatrzymanych kierowców, prowadzących pod wpływem alkoholu, może być zwiększenie świadomości kierowców, związanej z zagrożeniem jakie stwarzają, jeżdżąc pod wpływem alkoholu oraz ilość przeprowadzanych kontroli przez Policję dot. trzeźwości kierowców. Powyższe dane wskazują na zasadność kontynuowania działań, mających na celu zwiększenie świadomości kierowców o zagrożeniach, jakie wiążą się z prowadzeniem pojazdu pod wpływem alkoholu.

Podobnie również jest w przypadku zażywania substancji psychoaktywnych, gdzie skala zagrożeń i przestępczości na tym polu jest niemała.

Przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w latach 2014 – 2019 w powiecie tarnogórskim prezentuje poniżej Tabela 22. Przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Tabela 22. Przestępstwa z ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Rodzaj przestępstw	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Udzielanie albo nakłanianie do zażycia narkotyków	50	23	14	9	10	12
Udzielanie narkotyków innej osobie w celu osiągnięcia korzyści	57	10	13	8	15	25
Posiadanie narkotyków	89	70	68	78	79	61
Inne w tym wyrabianie, uprawa, przemyt	3	4	5	4	3	2
Razem	199	107	100	99	107	100

Dane: Komenda Powiatowa Policji w Tarnowskich Górach
Źródło: Opracowanie własne.

Z zaprezentowanych powyżej danych wynika, że od 2017 roku spada w porównaniu do lat poprzednich ogólna ilość wykrytych przestępstw związanych z narkomanią. W 2019 roku nastąpił wzrost liczby zatrzymanych osób za udzielanie narkotyków innej osobie albo za nakłanianie do zażycia narkotyków w porównaniu do lat poprzednich. Wzrosła liczba osób zatrzymanych za posiadanie narkotyków w porównaniu do lat poprzednich. Natomiast w ogólnym ujęciu nie oznacza to jeszcze zdecydowanego ograniczenia skali przestępczości na tym polu, aby mówić o trwałych tendencjach spadkowych.

Nietrzeźwość publiczna

Konsumpcja alkoholu w miejscach publicznych, zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jest zabroniona pod karą grzywny. Poważne problemy mogą mieć również osoby nietrzeźwe zatrzymane przez policję lub straż miejską, które swoim zachowaniem zakłócają porządek w miejscach publicznych lub tworzą zagrożenie dla swojego życia lub zdrowia względnie życia lub zdrowia innych osób. Większość z nich umieszczanych jest w izbie wytrzeźwień lub w policyjnym pomieszczeniu dla osób nietrzeźwych. Na terenie województwa śląskiego działa 11 izb wytrzeźwień.

Zbiorowość mieszkańców Tarnowskich Gór z podziałem na mężczyzn i kobiety zatrzymanych w izbie wytrzeźwień prezentuje poniżej Wykres 12. Zbiorowość pacjentów Izby Wytrzeźwień z terenu miasta Tarnowskie Góry.

Wykres 12. Zbiorowość pacjentów Izby Wytrzeźwień z terenu miasta Tarnowskie Góry.



Dane: Izba Wytrzeźwień w Zabrze i Bytomiu.

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższe dane z tego wykresu pokazują, że w 2015 roku nastąpił znaczący wzrost liczby osób zatrzymanych w izbie wytrzeźwień, tj. o 102 osoby więcej w porównaniu do 2014 roku. Świadczy to o wzroście ilości interwencji spowodowanych zakłócaniem spokoju i porządku publicznego przez osoby nietrzeźwe. W 2016 roku nastąpił spadek liczby osób zatrzymanych w izbie wytrzeźwień w porównaniu do 2015 roku, a w 2017 roku znów wzrosła liczba osób zatrzymanych w izbie wytrzeźwień w porównaniu do 2016 roku. Ale przejściowo, bo w 2018 roku spadła ogólna ilość osób zatrzymanych w izbie wytrzeźwień, natomiast nastąpił dość duży wzrost kobiet zatrzymanych w izbie wytrzeźwień w porównaniu do lat poprzednich. W 2019 roku ponownie nastąpił wzrost liczby osób zatrzymanych w izbie wytrzeźwień. Znaczący spadek osób zatrzymanych w izbie wytrzeźwień w 2020 roku wynika z zamknięcia izby wytrzeźwień przez dwa miesiące z powodu panującej epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

ZAKŁADY LECZNICTWA ODWYKOWEGO

Leczenie uzależnienia od alkoholu

Specjalistyczne leczenie odwykowe w Polsce działa w oparciu o następujące akty i podstawy prawne:

- art. 21 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 1119 z późn. zm.);
- art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawującymi opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2021 r., poz. 1862 późn. zm.).

Na podstawie wyżej wymienionych aktów prawnych, leczenie osób uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin prowadzą zakłady leczenia odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej.

W systemie leczenia odwykowego funkcjonują 4 rodzaje zakładów:

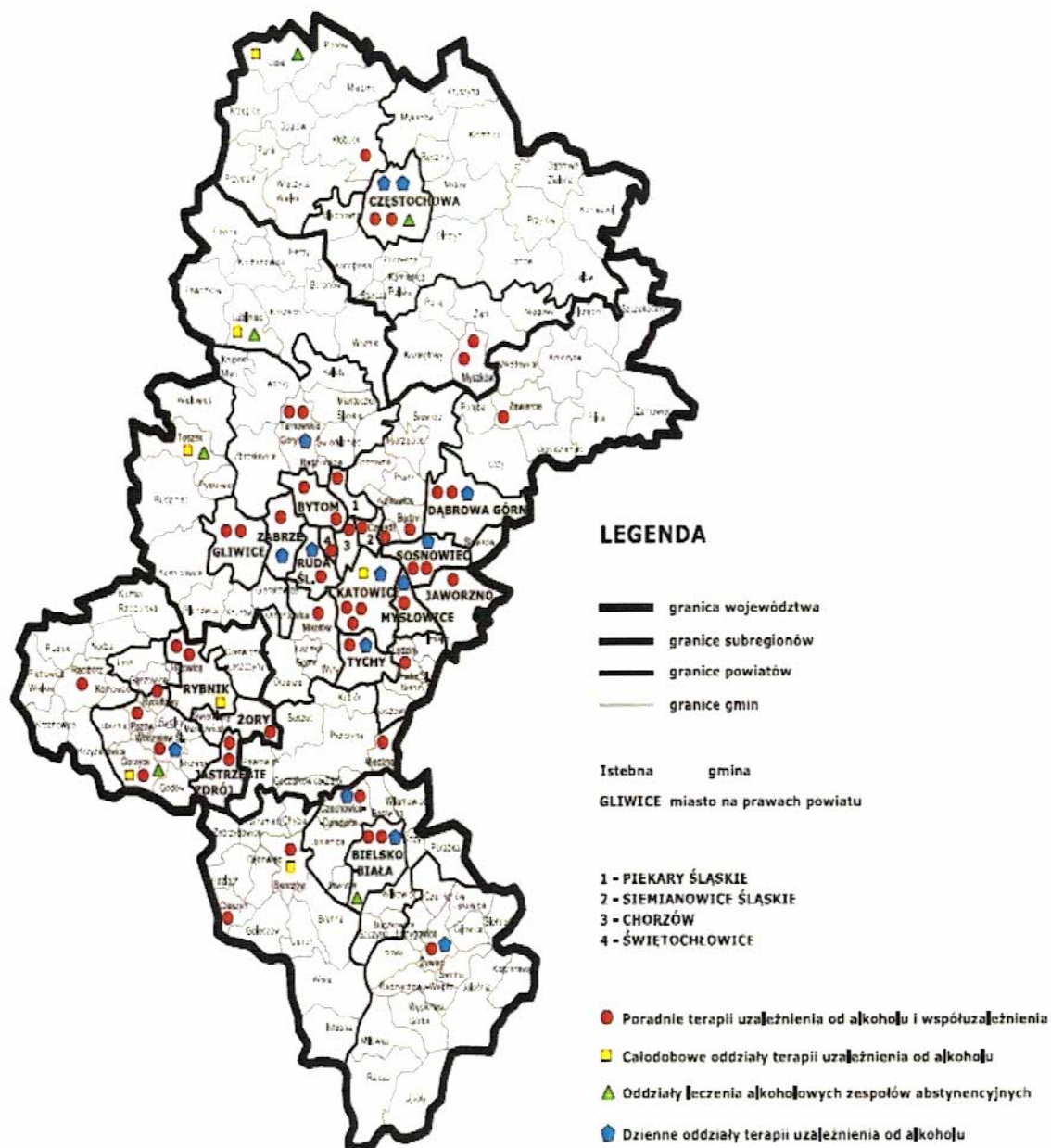
- Placówki ambulatoryjne – przychodnie/poradnie realizujące program terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia; pacjent uczestniczy 2-3 razy w tygodniu w terapii grupowej i indywidualnych sesjach z terapeutą; leczenie obejmuje opiekę lekarską i psychologiczną;
- Placówki stacjonarne – całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu. Pobyt obejmuje: diagnostykę uzależnienia i współistniejących zaburzeń zdrowia somatycznego, wywołanych przeważnie nadużywaniem alkoholu, leczenie farmakologiczne tych zaburzeń oraz udział w programie terapii uzależnienia;
- Oddziały dzienne – forma pośrednia pomiędzy oddziałem całodobowym a przychodnią; pacjent zgłasza się do oddziału codziennie (w dni robocze); przebywa w oddziale ok. 7-8 godzin dziennie, na noc udaje się do domu;
- Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych – całodobowe oddziały, które leczą tzw. zespoły abstynencyjne, występujące u osób uzależnionych od alkoholu, które z różnych względów zaprzestają picia lub zmniejszają spożycie alkoholu; pierwsze objawy pojawiają się wtedy, gdy znacząco obniża się stężenie alkoholu we krwi, tj. zazwyczaj po kilku – kilkunastu godzinach po ostatnim spożyciu alkoholu.

W 2018 roku w województwie śląskim funkcjonowało w sumie 86 podmiotów leczenia odwykowego, w tym: 55 poradni i przychodni, 18 oddziałów dziennych, 8 oddziałów całodobowych, 5 oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Rysunek 2. Zakłady leczenia odwykowego w województwie śląskim, zamieszczony poniżej przedstawia rozmieszczenie zakładów leczenia odwykowego w województwie śląskim.

Rys. 2. Zakłady lecznictwa odwykowego w województwie śląskim.

Zakłady lecznictwa odwykowego w województwie śląskim



Źródło: Wojewódzko Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Gorzycach.

Na terenie miasta Tarnowskie Góry zadania z zakresu leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych realizują następujące zakłady opieki zdrowotnej:

- 1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej przy ul. Karłuszowiec 11, posiadający w swoich strukturach:
 - Poradnie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu;
 - Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu.
- 2) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Usługi Medyczne Śródmieście przy ul. Bytomskiej 8, posiadający w swoich strukturach:
 - Poradnie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu.
- 3) Centrum Profilaktyki i Leczenia Uzależnień przy ul. Słowackiego 1, posiadający w swoich strukturach:
 - Poradnie terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych;
 - Oddział dzienny terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych

Specjalistyczne leczenie odwykowe od substancji psychoaktywnych w Polsce działa w oparciu o następujące akty prawne:

- art. 26 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 2050 z późn. zm.);
- art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 26 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii leczenie osoby uzależnionej prowadzi podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący praktykę lekarską, w tym w ramach grupowej praktyki lekarskiej.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych zorganizowane jest w oparciu o sieć placówek ambulatoryjnych, które są podstawowym ogniwem pierwszej interwencji i pomocy psychologicznej oraz sieć placówek stacjonarnych.

Leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane jest na oddziałach detoksykacyjnych, dziennych ośrodkach leczenia uzależnień, oddziałach leczenia uzależnień w strukturach szpitala, oddziałach terapeutycznych dla osób uzależnionych w zakładach karnych. Ponadto realizowane są programy redukcji szkód oraz programy reintegracji społecznej. Część podmiotów świadczy także usługi dla pacjentów z podwójną diagnozą.

Leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce przebiega w trzech etapach. Pierwszy etap polega na detoksykacji osoby uzależnionej i może on trwać kilka tygodni. Jego celem jest poprawa stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, zmierzająca do zlikwidowania dokuczliwych objawów zespołu abstynenckiego. Detoksykacja jest wstępem do dalszej terapii. Drugi etap leczenia przebiegać może w formie ambulatoryjnej lub stacjonarnej. Ostatnie stadium polega na readaptacji społecznej, która prowadzona jest w warunkach otwartych. Celem readaptacji jest ponowne przystosowanie do życia poprzez wychowanie, socjalizację, pracę fizyczną w ośrodku, organizację czasu wolnego oraz możliwość kontynuowania nauki.

W 2019 roku w województwie śląskim funkcjonowało w sumie 13 podmiotów leczenia odwykowego od substancji psychoaktywnych, w tym: 6 poradni, 3 oddziały dzienne, 3 oddziałów całodobowych, 1 oddział leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych.

SZKODY ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z NADUŻYWIANIEM ALKOHOLU ORAZ UŻYWIANIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

W związku z dynamicznym rozwojem zjawiska wprowadzania do legalnego obrotu nowych substancji psychoaktywnych Państwowa Inspekcja Sanitarna woj. śląskiego od listopada 2013 roku prowadzi monitoring zatruc nowymi narkotykami w oparciu o informacje, pozyskiwane z podmiotów leczniczych funkcjonujących na terenie województwa. W Tabeli 23. Liczba osób zatrutych środkami zastępczymi tzw. „dopalaczami” w latach 2014-2018 w województwie śląskim zaprezentowane są dane, dotyczące ilości osób zatrutych środkami zastępczymi.

Tabela 23. Liczba osób zatrutych środkami zastępczymi tzw. „dopalaczami” w latach 2014-2020 w województwie śląskim.

Rok	Liczba osób zatrutych	Liczba osób hospitalizowanych	Liczba zgonów
2014	602	465	4
2015	2.191	1.566	7
2016	961	684	2
2017	1.280	939	3
2018	1.184	711	15
2019	698	351	30
2020	302	148	2

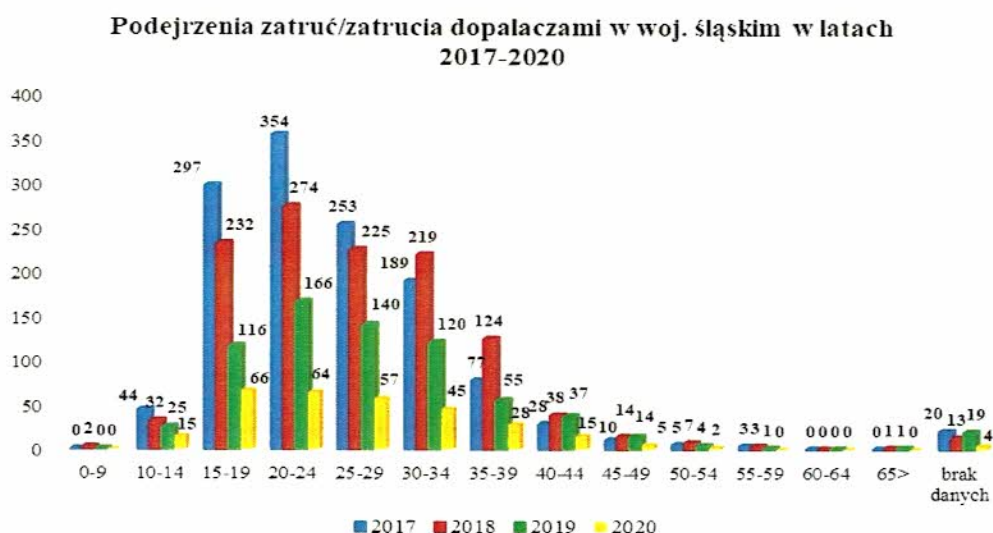
Dane: Państwowa Inspekcja Sanitarna woj. śląskiego.

Źródło: Opracowanie własne.

Z zaprezentowanych powyżej danych wynika, że największa liczba zatruc była w 2015 roku. W 2016 roku nastąpił spadek zatruc o 1.230 przypadków w porównaniu do roku poprzedniego, a w 2017 znów wzrosła liczba zatruc. Natomiast od 2018 roku nastąpił spadek zatruc w porównaniu do 2017 roku. Podobnie kształtuje się obraz w odniesieniu do liczby osób hospitalizowanych z tego powodu. Nie zmienia to jednak postaci rzeczy, iż przy takich wahaniach trudno również określić stałą tendencję w tym zakresie. Dodatkowo spotęgowany niepokojąco wysokim wskaźnikiem liczby zgonów, jaką wykazano w 2019 roku. Dane za 2020 rok mogą być obarczone błędem ponieważ wystąpiła w Polsce epidemia wywołana zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

Zdecydowanie bardziej jednoznaczny obraz rysuje się w kwestii do której się odnoszą dane wykazane w Wykresie 13. Podejrzenia zatruc/zatrucia środkami zastępczymi w poszczególnych grupach wiekowych w woj. śląskim w latach 2016-2018.

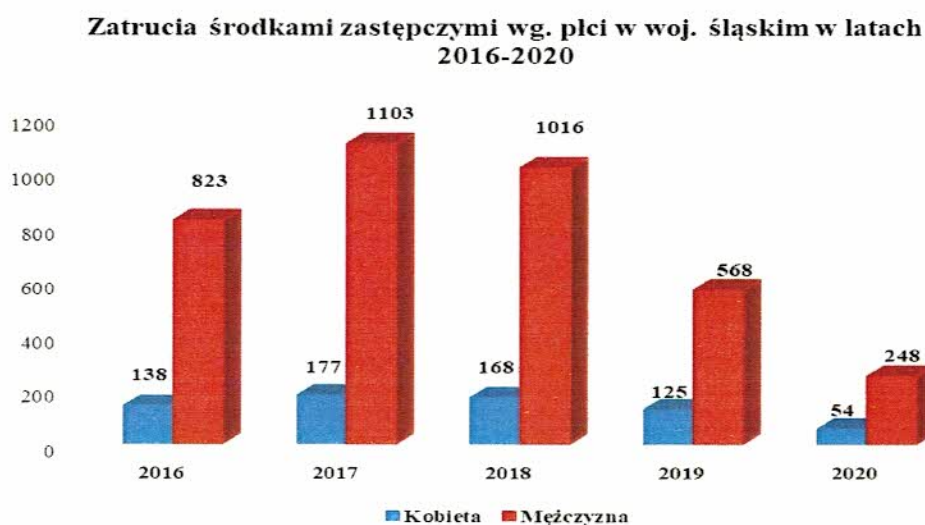
Wykres 13. Podejrzenia zatruc/zatrucia środkami zastępczymi w poszczególnych grupach wiekowych w woj. śląskim w latach 2017-2020.



Dane: Państwowa Inspekcja Sanitarna woj. śląskiego.
Źródło: Opracowanie własne.

Bowiem na podstawie danych wykazanych w powyższym wykresie – należy podkreślić, iż problem związany ze spożyciem środków zastępczych dotyczy głównie ludzi młodych, w tym dzieci. Niepokojącym zjawiskiem jest sięganie po środki zastępcze przez dzieci, będące w wieku poniżej 15 roku życia. W tym miejscu trzeba również zaznaczyć, iż liczba zatruc ściśle koreluje z płcią – mężczyźni dużo chętniej sięgali po środki zastępcze niż kobiety. A dane te prezentuje poniżej Wykres 14. Zatrucia środkami zastępczymi wg. płci w woj. śląskim w latach 2017-2020. „Gołym okiem” widać, że różnice pomiędzy liczbami sięgających po środki zastępcze mężczyznami i kobietami są porażające.

Wykres 14. Zatrucia środkami zastępczymi wg. płci w woj. śląskim w latach 2016-2018.



Dane: Państwowa Inspekcja Sanitarna woj. śląskiego.
Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowując dotychczasową analizę należy podkreślić, iż według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Większe ryzyko niesie za sobą palenie tytoniu i nadciśnienie tętnicze. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu. Choroby występujące na tle nadużywania alkoholu to przede wszystkim: nadciśnienie tętnicze, choroby wątroby, niektóre typy nowotworów, zaburzenia psychiczne, zwłaszcza o charakterze depresyjnym i lękowym. Nadużywanie alkoholu jest przyczyną uszkodzeń ciała i śmierci w wyniku wypadków, przemocy, zatruc, samobójstwa. Corocznie – z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z nadużywaniem alkoholu – umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób. To nie jest jedyny aspekt sprawy.

Według danych Państwowego Zakładu Higieny w ostatnich latach rośnie w Polsce liczba zgonów, spowodowanych zatruciem alkoholem, zgonów z powodu marskości wątroby oraz zaburzeń psychicznych wynikających z używania alkoholu.

Konsekwencją życia z osobą nadużywającą alkoholu może być współuzależnienie, które nie jest chorobą, lecz utrwaloną reakcją na przewlekłą i niszczącą sytuację życiową, wynikającą z picia osoby bliskiej, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania, prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą realistyczne i skuteczne rozwiązanie problemów osobistych i problemów rodziny jako całości. Osoba współuzależniona koncentruje się na szukaniu sposobu ograniczania picia partnera, nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrwała problem alkoholowy w rodzinie.

Przedstawione dane dotyczące liczby leczonych nie obrazują faktycznej skali problemu, gdyż znaczna część osób, doznających zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu nie podejmuje leczenia. Szacuje się, że w Europie ok. 3% dorosłych (5% mężczyzn i 1% kobiet) to osoby uzależnione od alkoholu. Biorąc pod uwagę powyższe dane, można z pewnym marginesem błędu oszacować liczbę pełnoletnich mieszkańców województwa śląskiego uzależnionych od alkoholu na ok. 115 tysięcy.

Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych

W kolejnych tabelach 24-27 zaprezentowane zostały dane, dotyczące liczebności leczących się osób. Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych zostali przedstawieni w poszczególnych latach w trzech ujęciach (woj. śląskie, Powiat Tarnogórski, miasto Tarnowskie Góry), z podziałem na płeć i jednostki chorobowe oraz uwzględnienie „wskaźnika nasycenia”.

Takie zestawienie danych pozwoli na jeszcze bardziej wyraziste przedstawienie obrazu chorych – mieszkańców Tarnowskich Gór na tle osób zamieszkujących obszar Powiatu Tarnogórskiego czy województwa śląskiego. Mowa jest tu o mieszkańcach Tarnowskich Gór w pewnym uproszczeniu. Bowiern odwołujemy się w tym kontekście dodanych statystycznych, które nie muszą być tożsame z typową ewidencją pacjentów; prowadzonej w określonych jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego zlokalizowanego na terenie Tarnowskich Gór uwzględniającej dane adresowe pacjenta; tj. miejsce jego zamieszkania.

Tabela 24. Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w 2017 roku.

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10	Woj. śląskie				Powiat tarnogórski				Miasto Tarnowskie Góry			
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	9,24	4.201	3.089	1.112	14,86	207	137	70	33,07	195	134	61
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,23	103	75	28	0,93	13	8	5	2,20	13	8	5
Współuzależnienia	0,13	59	14	45	2,87	40	13	27	6,78	40	13	27
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	49,93	22.712	16.203	6.509	62,45	870	621	249	146,37	863	615	248
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,67	303	214	89	0,65	9	9	0	1,52	9	9	0
Współuzależnienia	8,53	3.882	594	3.288	10,91	152	9	143	25,78	152	9	143

Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach.
Źródło: Opracowanie własne.

Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Województwa w Katowicach
Źródło: Opracowanie własne

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10	Woj. śląskie		Powiat tarnogórski				Miasto Tarnowskie Góry					
	Wskaznik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Wskaznik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	10,21	4 645	3 365	1 280	10,12	141	107	34	22,75	134	105	29
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,17	77	55	22	1,29	18	14	4	3,06	18	14	4
Współuzależnienia	0,24	110	46	64	1,43	20	3	17	3,39	20	3	17
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	51,11	23 248	16 774	6 474	58,79	819	595	224	138,22	814	591	223
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,84	382	294	88	0,29	4	4	0	0,68	4	4	0
Współuzależnienia	9,37	4 262	717	3 545	12,13	169	16	153	28,70	169	16	153

Tabela 26. Chorzy leczeni w jednostkach leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w 2019 roku.

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10	Woj. śląskie				Powiat tarnogórski				Miasto Tarnowskie Góry			
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	11,01	4.975	3.441	1.534	9,04	127	97	30	21,55	127	97	30
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,18	84	64	20	0,71	10	10	0	1,70	10	10	0
Współuzależnienia	0,45	202	34	168	2,35	33	4	29	5,60	33	4	29
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	50,12	22.643	16.198	6.445	58,64	824	599	225	139,48	822	597	225
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,75	339	226	113	0,14	2	2	0	0,34	2	2	0
Współuzależnienia	9,45	4.270	668	3.602	10,96	154	16	138	26,13	154	16	138

Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach.
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 27. Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w 2020 roku.

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10	Wskaźnik na 10,000 mieszkańców			Woj. śląskie			Powiat tarnogórski			Miasto Tarnowskie Góry		
	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K	Ogółem	M	K
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	10,07	4 505	3 195	1 310	10,37	139	96	43	23,77	139	96	43
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,30	135	98	37	1,04	14	10	4	2,39	14	10	4
Współuzależnienia	0,37	164	26	138	2,16	29	3	26	4,96	29	3	26
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	42,48	19 001	14 028	4 973	54,78	734	555	179	125,53	734	555	179
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,97	436	264	172	0,30	4	0	4	0,68	4	0	4
Współuzależnienia	9,31	4 165	692	3 473	12,39	166	14	152	28,39	166	14	152

Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódki w Katowicach
Źródło: Opracowanie własne

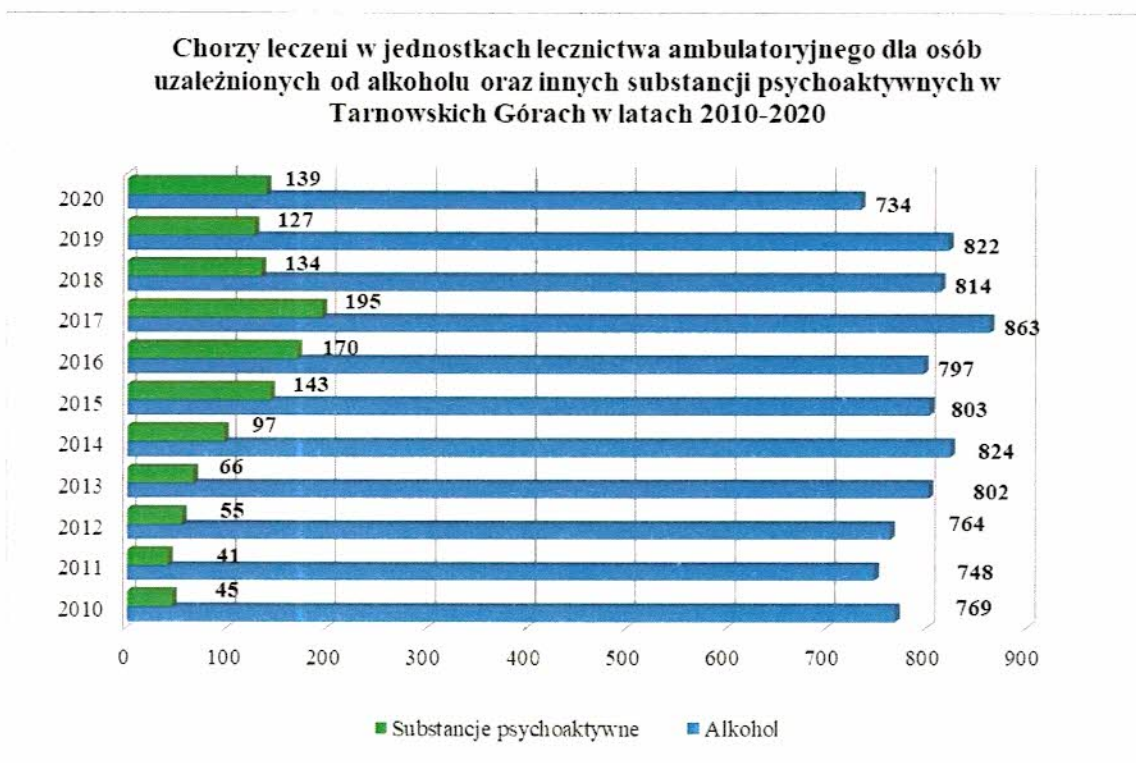
Z zaprezentowanych danych wynika, że:

- w Tarnowskich Górach w 2020 roku nastąpił wzrost liczby osób w porównaniu do lat 2018-2019, u których stwierdzono zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych;
- w Tarnowskich Górach w 2020 roku nastąpił spadek w porównaniu do lat poprzednich liczby osób, u których stwierdzono zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu;
- w latach 2017 - 2020 w Tarnowskich Górach wskaźnik chorobowości, spowodowanej zaburzeniami związanymi z używaniem środków psychoaktywnych oraz alkoholu, jest wyższy niż w województwie śląskim a także w powiecie tarnogórskim wg wskaźnika na 10.000 mieszkańców;
- chorzy z Tarnowskich Gór stanowią niemalże całą grupę chorych Powiatu Tarnogórskiego leczonych w jednostkach leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych.
- wśród chorych leczonych ambulatoryjnie dominują mężczyźni i to w każdym z trzech ujęć terytorialnych stanowiących równocześnie co najmniej 2/3 ogółu pacjentów.

W sposób jeszcze bardziej obrazowy powyższe wnioski prezentuje Wykres 15. Chorzy leczeni w jednostkach leczenia ambulatoryjnego zamieszczony poniżej. Co prawda ogranicza się on do danych chorych leczonych z Tarnowskich Gór. Ale pozwala równocześnie uchwycić tendencję albo co najmniej pewne zależności.

W tym kontekście trzeba również zaznaczyć, iż na przestrzeni bez mała dekady nastąpił znaczny wzrost liczby chorych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych.

Wykres 15. Chorzy leczeni w jednostkach leczenia ambulatoryjnego.



Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach.
Źródło: Opracowanie własne.

Kolejną ważną informacją są dane dotyczące liczby chorych, którzy po raz pierwszy trafili do poradni leczenia uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych. Dane te prezentują tabele 28-31, które zostały zamieszczone poniżej. Podobnie jak wcześniej – chorzy leczeni po raz pierwszy w jednostkach leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych zostali przedstawieni w poszczególnych latach w trzech ujęciach (woj. śląskie, powiat tarnogórski, miasto Tarnowskie Góry) z podziałem na płeć i jednostki chorobowe oraz z uwzględnieniem „wskaźnika nasycenia”. I podobnie do uwag wyrażonych powyżej – obraz chorych leczonych mieszkańców miasta Tarnowskie Góry staje się jeszcze bardziej wyrazisty.

Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
Źródło: Opracowanie własne.

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10		Woj. śląskie			Powiat tarnogórski			Miasto Tarnowskie Góry			
Wskaźnik na 10,000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10,000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10,000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	4,11	1,414	457	6,32	88	58	30	13,74	81	57	24
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,08	36	27	0,57	8	5	3	1,36	8	5	3
Współuzależnienia	0,06	26	3	0,86	12	3	9	2,03	12	3	9
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	17,35	7,892	5,898	1,994	21,03	293	240	49,19	290	237	53
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,29	132	108	24	0,21	3	3	0,51	3	3	0
Współuzależnienia	3,34	1,518	245	1,273	4,52	63	4	10,68	63	4	59

Tablica 28 Chorzy leczeni po raz pierwszy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w 2017 roku.

Tabela 29. Chorzy leczeni po raz pierwszy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w 2018 roku.

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10	Woj. śląskie			Powiat tarnogórski				Miasto Tarnowskie Góry				
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	3,77	1.713	1.270	443	3,52	49	35	14	8,15	48	35	13
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,05	21	16	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Współuzależnienia	0,07	31	15	16	0,65	9	2	7	1,53	9	2	7
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	16,39	7.455	5.332	2.123	19,45	271	198	73	45,84	270	197	73
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,43	194	154	40	0,07	1	1	0	0,17	1	1	0
Współuzależnienia	3,24	1.476	234	1.242	5,17	72	8	64	12,22	72	8	64

Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach.
Źródło: Opracowanie własne.

Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
Zródło: Opracowanie własne

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10	Woj. śląskie			Powiat tarnogórski			Miasto Tarnowskie Góry					
	Wskaźnik na 10,000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10,000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10,000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	2,90	1.312	860	452	3,63	51	40	11	8,65	51	40	11
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,04	19	9	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Współuzależnienia	0,13	59	10	49	1,49	21	4	17	3,56	21	4	17
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	10,38	4.689	3.183	1.506	22,35	314	236	78	53,28	314	236	78
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,24	110	67	43	0	0	0	0	0	0	0	0
Współuzależnienia	2,13	961	196	765	4,84	68	10	58	11,54	68	10	58

Tabela 30. Chorzy leczeni po raz pierwszy w jednostkach leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w 2019 roku.

Tabela 31. Chorzy leczeni po raz pierwszy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w 2020 roku.

Rozpoznanie wg klasyfikacji ICD 10	Woj. śląskie				Powiat tarnogórski				Miasto Tarnowskie Góry			
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	2,39	1.068	711	357	3,13	42	24	18	7,18	42	24	18
Współistniejące uzależnienia od alkoholu (F10)	0,07	31	18	13	0,45	6	2	4	1,02	6	2	4
Współuzależnienia	0,05	22	7	15	0,52	7	2	5	1,20	7	2	5
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	8,16	3.651	2.549	1.102	11,94	160	122	38	27,36	160	122	38
Współistniejące uzależnienia od środków psychoaktywnych (F11-F19)	0,29	128	78	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Współuzależnienia	1,93	862	169	693	3,95	53	4	49	9,06	53	4	49

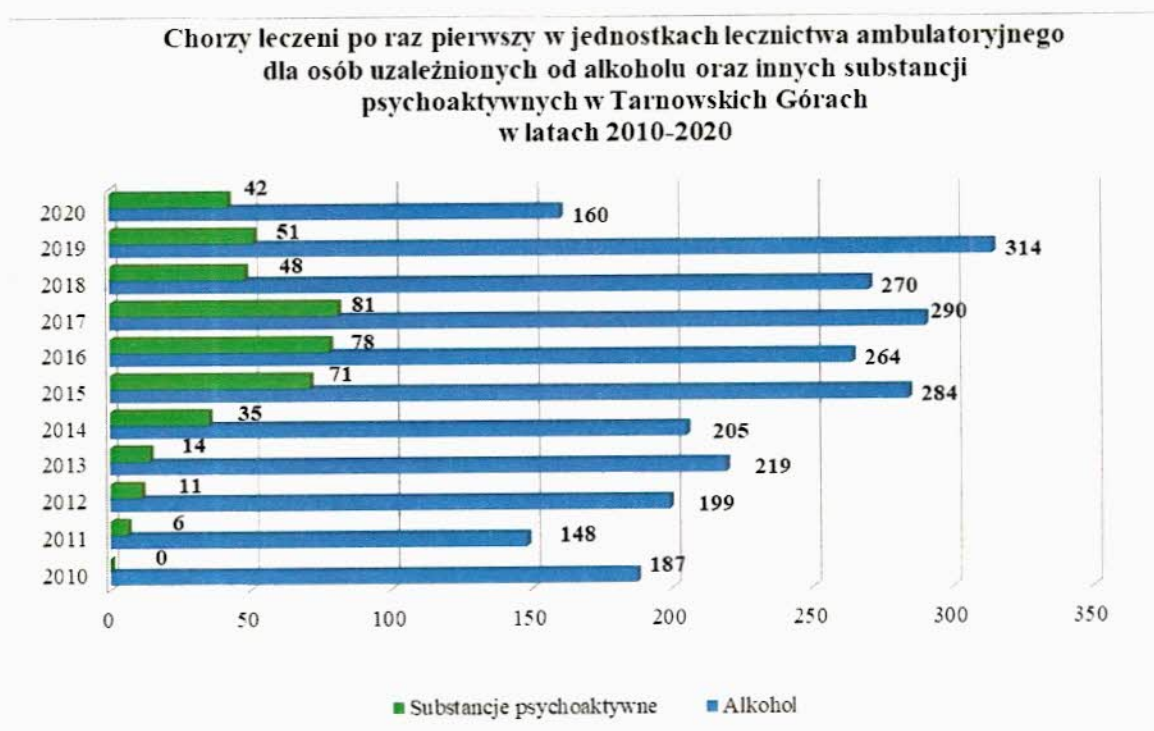
Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
Źródło: Opracowanie własne

Z zaprezentowanych danych wynika, że w Tarnowskich Górach w 2020 roku nastąpił spadek w porównaniu do lat 2015-2019 liczby osób, które po raz pierwszy trafiły do poradni leczenia uzależnień i u których rozpoznano zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych i osób, mających zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu. I podobnie jak w przypadku poprzedniej oceny wskaźnik zachorowalności na zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych w latach 2017-2020 jest w Tarnowskich Górach wyższy w porównaniu do województwa śląskiego i do powiatu tarnogórskiego wg wskaźnika na 10.000 mieszkańców, co jest niepokojącym zjawiskiem. I znów – chorzy z Tarnowskich Gór stanowią niemalże całą grupę chorych Powiatu Tarnogórskiego leczonych po raz pierwszy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych.

I ponownie wśród chorych leczonych po raz pierwszy dominują mężczyźni i to w każdym z trzech ujęć terytorialnych stanowiących równocześnie co najmniej 2/3 ogółu pacjentów. W sposób jeszcze bardziej obrazowy powyższe wnioski prezentuje Wykres 16. Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego po raz pierwszy, zamieszczony poniżej. Co prawda ogranicza się on do danych chorych leczonych z Tarnowskich Gór. Ale pozwala równocześnie uchwycić tendencję albo co najmniej pewne zależności.

W tym kontekście trzeba również zaznaczyć, iż na przestrzeni bez mała dekady nastąpił wzrost liczby chorych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych.

Wykres 16. Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego po raz pierwszy



Dane: Wydział Zdrowia Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach.
Źródło. Opracowanie własne.

Porównując dane przedstawione na wykresie 16 z danymi wykazanymi na wykresie 15 trzeba wspomnieć o jeszcze jednej prawidłowości. A mianowicie chorzy leczeni po raz pierwszy w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego stanowią znaczący (bo ok 40%) udział w ogólnej liczbie takich pacjentów w danym roku.

Struktura pacjentów, korzystających z świadczeń zdrowotnych zakresu leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych

Dane dotyczące struktury pacjentów, korzystających z świadczeń zdrowotnych zakresu leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w zakładach opieki zdrowotnej na terenie Tarnowskich Gór, przedstawiają tabele 32-36, 37-41 oraz 42-46 zamieszczone poniżej.

W tym kontekście mowa jest o pacjentach poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w SP ZOZ - Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej, pacjentach dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu w SP ZOZ - Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej oraz pacjentach poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej - Usługi Medyczne Śródmieście. Ponadto z zastosowaniem podziału na:

Pacjenci poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w SP ZOZ - Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej

Tabela 32. Ilość udzielonych porad w poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w latach 2018-2020 w TOTU-SP ZOZ

Ilość porad	2018	2019	2020
		3.853	3.742

Dane: SP ZOZ - TOTU.
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 33. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w TOTU – SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na płeć.

Zbiorowość pacjentów poradni	2018	2019	2020
Mężczyźni	268	316	310
Kobiety	203	196	188
Razem	471	512	498

Dane: SP ZOZ - TOTU.
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 34. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w TOTU – SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na rocznik (dekadę) urodzenia.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
1940 – 1949	3	1	4	0	2	2	0	3	3
1950 – 1959	23	24	47	14	14	28	15	14	29
1960 – 1969	44	55	99	50	64	114	32	48	80
1970 – 1979	54	64	118	46	84	130	49	90	139
1980 – 1989	57	84	141	65	108	173	58	108	166
1990 – 2003	22	40	52	21	44	65	34	47	81
Razem	203	268	471	196	316	512	188	310	498

Dane: SP ZOZ - TOTU.
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 35. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w TOTU - SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na wykształcenie.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
Podstawowe	13	16	29	8	30	38	11	18	29
Zasadnicze zawodowe	31	67	98	26	77	103	7	50	57
Średnie	49	61	110	55	71	126	34	66	100
Wyższe	28	16	44	32	18	50	28	19	47
Brak danych	82	108	190	75	120	195	108	157	265
RAZEM	203	268	471	196	316	512	188	310	498

Dane: SP ZOZ - TOTU.
Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 36. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w TOTU - SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na aktywność zawodową.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
Pracuje	68	107	175	77	131	208	62	90	152
Nie pracuje	0	1	1	15	18	33	4	5	9
Studiuje	0	0	0	0	2	2	0	1	1
Uczy się	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Na rencie	5	12	17	3	10	13	6	14	20
Na emeryturze	11	9	20	7	9	16	1	1	2
Prace dorywcze	18	24	42	1	22	23	1	17	18
Bezrobotny z zasiłkiem	3	1	4	1	3	4	1	3	4
Bezrobotny bez zasiłku	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Świadczenia MOPS	4	3	7	17	5	22	7	7	14
Brak danych	94	111	205	75	115	190	106	171	277
RAZEM	203	268	471	196	316	512	188	310	498

Dane: SP ZOZ - TOTU.

Źródło: Opracowanie własne

Wśród pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w TOTU - SP ZOZ obserwuje się nieznaczny wzrost ich liczby na przestrzeni ostatnich lat, dominujących roczników 1970-1979 i 1980-1989, przewagą liczby mężczyzn nad liczbą kobiet, duży udział osób z wykształceniem średnim i zawodowym oraz takich, którzy pracują na stałe. Nie zmienia postaci rzeczy, że spory wyznacznik liczbowy stanowią ci, o których nie ma jakichkolwiek danych. A liczba takich przypadków wzrasta z roku na rok.

Pacjenci dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu w SP ZOZ - Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej

Tabela 37. Ilość osobodni w dziennym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu w TOTU – SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020.

Ilość osobodni	2018	2019	2020
		1.434	1.625

Dane: SP ZOZ - TOTU.

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 38. Zbiorowość pacjentów dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu w TOTU – SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na płeć.

Zbiorowość pacjentów poradni	2018	2019	2020
Mężczyźni	43	47	31
Kobiety	16	14	11
Razem	59	61	42

Dane: SP ZOZ - TOTU.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 39. Zbiorowość pacjentów dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu w TOTU – SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na rocznik (dekadę) urodzenia.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
1940 – 1949	0	0	0	0	1	1	0	0	0
1950 – 1959	4	0	4	0	2	2	0	6	6
1960 – 1969	2	14	16	3	15	18	1	6	7
1970 – 1979	5	8	13	5	11	16	2	8	10
1980 – 1989	5	18	23	6	16	22	6	5	11
1990 – 2003	0	3	3	0	2	2	2	6	8
Razem	16	43	59	14	47	61	11	31	42

Dane: SP ZOZ - TOTU.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 40. Zbiorowość pacjentów dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu w TOTU - SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na aktywność zawodową.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
Pracuje	1	19	20	3	20	23	3	13	16
Nie pracuje	0	1	1	0	4	4	0	1	1
Studiuje	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uczy się	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na rencie	1	3	4	0	0	0	0	0	0
Na emeryturze	3	2	5	0	2	2	0	2	2
Prace dorywcze	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Bezrobotny	0	1	1	0	0	0	1	0	1

z zasiłkiem									
Bezrobotny bez zasiłku	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Świadczenia MOPS	1	0	1	3	0	3	0	1	1
Brak danych	10	15	25	8	21	29	7	14	21
RAZEM	16	43	59	14	47	61	11	31	42

Dane: SP ZOZ - TOTU.
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 41. Zbiorowość pacjentów dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu w TOTU - SP ZOZ w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na wykształcenie.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
Podstawowe	2	1	3	1	1	2	2	2	4
Zasadnicze zawodowe	4	15	19	1	10	11	0	8	8
Średnie	3	13	16	2	11	13	0	5	5
Wyższe	1	2	3	2	2	4	3	3	6
Brak danych	6	12	18	8	23	31	6	13	19
RAZEM	16	43	59	14	47	61	11	31	42

Dane: SP ZOZ - TOTU.
Źródło: Opracowanie własne

Wśród pacjentów dziennego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu w TOTU - SP ZOZ obserwuje się coroczny wzrost ich liczby, z dominacją roczników 1960-1969, 1970-1979 i 1980-1989 przeważa liczba mężczyzn nad liczbą kobiet i tak jak powyżej – dominują osoby z średnim i zawodowym wykształceniem, oczywiście osoby pracujące ale i także, o których brak jest jakichkolwiek danych. I tak jak wcześniej – sprawa wymagałaby dodatkowych wyjaśnień.

Pacjenci poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej - Usługi Medyczne Śródmieście

Tabela 42. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w NZOZ „Śródmieście” w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na płeć.

Zbiorowość pacjentów poradni	2018	2019	2020
Mężczyźni	409	328	289
Kobiety	123	196	163
Razem	532	524	452

Dane: NZOZ „Śródmieście”.
Źródło: Opracowanie własne

Tabela 43. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w NZOZ „Śródmieście” w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na rocznik (dekadę) urodzenia.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
1940 – 1949	6	15	21	6	11	17	6	12	18
1950 – 1959	17	61	78	26	42	68	15	37	52
1960 – 1969	31	113	144	51	89	140	40	68	108
1970 – 1979	40	112	152	65	85	150	53	80	133
1980 – 1989	25	88	113	40	77	117	37	72	109
1990 – 2003	4	20	24	8	24	32	12	19	31
Razem	123	409	532	196	328	524	163	289	452

Dane: NZOZ „Śródmieście”.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 44. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w NZOZ „Śródmieście” w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na aktywność zawodową.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
Pracuje	49	159	208	76	163	239	64	159	223
Nie pracuje	26	62	88	53	58	111	62	62	124
Studiuje	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Uczy się	1	1	2	0	2	2	1	0	1
Na rencie	12	30	42	10	12	22	4	16	20
Na emeryturze	15	46	61	27	40	67	14	28	42
Prace dorywcze	11	43	54	10	37	47	3	7	10
Bezrobotny z zasiłkiem	0	3	3	1	4	5	1	2	3
Bezrobotny bez zasiłku	0	3	3	0	1	1	1	0	1
Świadczenia MOPS	4	42	46	17	11	28	13	14	27
Brak danych	5	18	23	2	0	2	0	1	1
RAZEM	123	408	531	196	328	524	163	289	452

Dane: NZOZ Śródmieście

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 45. Zbiorowość pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w NZOZ „Śródmieście” w Tarnowskich Górach w latach 2018-2020 ze względu na wykształcenie.

Zbiorowość pacjentów	2018			2019			2020		
	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem	K	M	Ogółem
Niepełne podstawowe	2	4	6	9	5	14	3	3	6
Podstawowe	25	61	86	22	28	50	12	26	38
Zasadnicze zawodowe	54	203	257	87	214	301	71	189	260
Średnie	29	103	123	63	64	127	60	56	116
Wyższe	12	36	48	14	17	31	17	15	32
Brak danych	1	2	3	1	0	1	0	0	0
RAZEM	123	409	532	196	328	524	163	289	452

Dane: NZOZ „Śródmieście”

Źródło: Opracowanie własne.

Wśród pacjentów poradni terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w NZOZ „Śródmieście” obserwuje się wahanie ich liczby na przestrzeni ostatnich lat, dominujących roczników z lat 1960-1969 i 1970-1979, zdecydowaną przewagą liczby mężczyzn nad liczbą kobiet, duży udział osób z wykształceniem podstawowym, średnim i zawodowym oraz takich, którzy pracują i nie pracują. Liczne grono stanowią emeryci osoby na rencie oraz imający się prac dorywczych.

Pacjenci oddziałów szpitalnych leczenia w związku z nadużywaniem alkoholu oraz używaniem substancji psychoaktywnych

Szkody zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu oraz używaniem substancji psychoaktywnych to nie tylko leczenie ambulatoryjne w poradniach, ale również leczenie zamknięte, tj. na oddziałach szpitalnych. Dane dotyczące mieszkańców powiatu tarnogórskiego, hospitalizowanych z powodu szkodliwego picia alkoholu oraz używania substancji psychoaktywnych w latach 2014 – 2017, w odniesieniu do danych z całego województwa śląskiego, przedstawiają tabele 46-50 i wykresy zamieszczone poniżej. Poza sprawą porównania „wskaźników nasycenia” zawierają one także podział na jednostki chorobowe z uwzględnieniem danych dotyczących mężczyzn i kobiet. Pokazanie skali i natężenia tych zjawisk wg wskaźnika na 10.000 mieszkańców stanowi pewną formę porównania kondycji mieszkańców Powiatu Tarnogórskiego na tle populacji województwa śląskiego. Szkoda tylko, że nie udało się pozyskać danych dotyczących lat 2018-2019. Stąd wyciąganie jakichkolwiek wniosków wymaga pewnej dozy ostrożności.

Tabela 46 Porównanie ilości hospitalizacji mieszkańców Powiatu Tarnogórskiego do całego Województwa Śląskiego w 2014 roku

ROZPOZNANIE Klasyfikacja ICD 10	Województwo Śląskie				Powiat Tarnogórski			
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Ogółem (F10-F19)	21,13	9.673	7.902	1.771	8,43	117	93	24
W tym F10	17,47	8.000	6.545	1.455	7,13	99	81	18
W tym F11-F19	3,65	1.673	1.357	316	1,30	18	12	6

Dane: Zakład Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Źródło: Opracowanie własne.

Opis klasyfikacji chorobowej ICD 10:

F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;

F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu;

F11 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów;

F12 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli;

F13 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających;

F14 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy;

F15 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny;

F16 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów;

F17 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu;

F18 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi;

F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych.

Tabela 47. Porównanie ilości hospitalizacji mieszkańców Powiatu Tarnogórskiego do całego Województwa Śląskiego w 2015 roku.

ROZPOZNANIE Klasyfikacja ICD 10	Województwo Śląskie				Powiat Tarnogórski			
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Ogółem (F10-F19)	6,09	2.787	2.293	494	4,54	63	56	7
W tym F10	5,07	2.320	1.914	406	3,89	54	47	7
W tym F11-F19	1,02	467	379	88	0,65	9	9	0

Dane: Zakład Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Źródło: Opracowanie własne

Opis klasyfikacji chorobowej ICD 10:

F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;

F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu;

F11 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów;

F12 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli;

F13 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających;

F14 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy;

F15 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny;

F16 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów;

F17 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu;

F18 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi;

F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych.

Tabela 48. Porównanie ilości hospitalizacji mieszkańców Powiatu Tarnogórskiego do całego Województwa Śląskiego w 2016 roku.

ROZPOZNANIE Klasyfikacja ICD 10	Województwo Śląskie				Powiat Tarnogórski			
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Ogółem (F10-F19)	5,96	2.713	2.177	536	5,96	83	66	17
W tym F10	5,11	2.324	1.873	451	5,24	73	58	15
W tym F11-F19	0,85	389	304	85	0,72	10	8	2

Dane: Zakład Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Źródło: Opracowanie własne

Opis klasyfikacji chorobowej ICD 10:

F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;

F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu;

F11 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów;

F12 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli;

F13 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających;

F14 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy;

F15 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny;

F16 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów;

F17 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu;

F18 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi;

F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych.

Tabela 49. Porównanie ilości hospitalizacji mieszkańców Powiatu Tarnogórskiego do całego Województwa Śląskiego w 2017 roku

ROZPOZNANIE Klasyfikacja ICD 10	Województwo Śląskie				Powiat Tarnogórski			
	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K	Wskaźnik na 10.000 mieszkańców	Ogółem	M	K
Ogółem (F10-F19)	4,98	2.264	1.852	412	4,88	68	54	14
W tym F10	4,26	1.937	1.598	339	4,23	59	50	9
W tym F11-F19	0,72	327	254	73	0,65	9	4	5

Dane: Zakład Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
Źródło: Opracowanie własne.

Opis klasyfikacji chorobowej ICD 10:

F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu;

F11 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów;

F12 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli;

F13 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających;

F14 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy;

F15 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny;

F16 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów;

F17 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu;

F18 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi;

F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych.

Tabela 50 Porównanie ilości hospitalizacji mieszkańców Powiatu Tarnogórskiego do całego Województwa Śląskiego z podziałem na wiek w latach 2016-2017.

Wiek	2016				2017			
	F10		F11-F19		F10		F11-F19	
	Województwo Śląskie	Powiat Tarnogórski	Województwo Śląskie	Powiat Tarnogórski	Województwo Śląskie	Powiat Tarnogórski	Województwo Śląskie	Powiat Tarnogórski
0-18	2	0	6	0	2	0	7	0
19-29	169	9	163	4	136	4	155	3
30-64	1.972	52	203	5	1.653	46	154	5
65 i więcej	181	12	17	1	146	9	11	1

Dane: Zakład Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
 Źródło: Opracowanie własne.

Opis klasyfikacji chorobowej ICD 10:

F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;

F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu;

F11 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów;

F12 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli;

F13 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspakajających;

F14 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy;

F15 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny;

F16 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów;

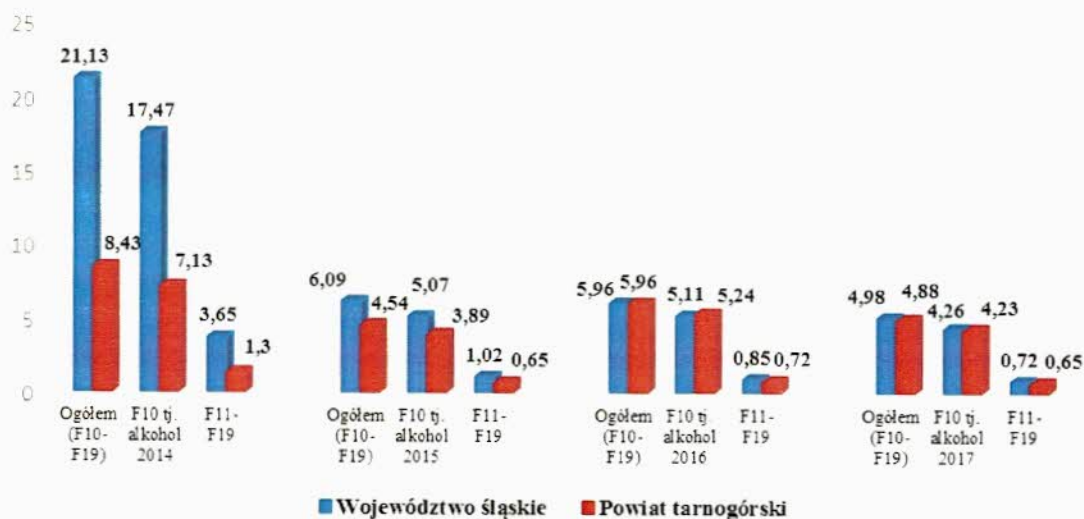
F17 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu;

F18 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzeniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi;

F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych.

Wykres 17. Przedstawia porównanie wskaźników hospitalizacji związanych z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania w latach 2014-2017

Porównanie wskaźników hospitalizacji w latach 2014-2017



Dane: Zakład Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
Źródło: Opracowanie własne.

Z przedstawionych danych wynika, że w 2017 roku w powiecie tarnogórskim nastąpił spadek wskaźnika hospitalizacji związanej z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, spowodowanymi używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych w porównaniu do 2016 roku. Zmniejszenie wartości wskaźnika spowodowane jest mniejszą liczbą osób, które spożywają alkohol i używają substancji psychoaktywnych w sposób zagrażający swojemu życiu, a co powoduje konieczność podjęcia leczenia w szpitalach. Niemniej jednak trudno jest na obecnym etapie z powodu braku danych za lata 2018 i 2019 określić czy będzie to stała tendencja. Tym bardziej, iż w świetle danych dotyczących „wskaźnika nasycenia”, tj. wskaźnika na 10.000 mieszkańców nie ma większych rozbieżności pomiędzy woj. śląskim a Powiatem Tarnogórskim. Podobnie jak i w odniesieniu do podziału na kategorie wiekowe i dominacji w poszczególnych latach i w obu jednostkach tych samych roczników cierpiących na ten sam rodzaj zaburzeń. Tak w województwie śląskim jak i w Powiecie Tarnogórskim jedynie pacjenci w wieku 0-18 lat byli rzadkością wśród hospitalizowanych mieszkańców z powodu rozwiniętych zaburzeń. I oby taki stan rzeczy w odniesieniu do tej grupy wiekowej nie ulegał zmianie.

ZABURZENIA ŻYCIA RODZINNEGO ZWIĄZANE Z ALKOHOLEM, W TYM ZJAWISKO PRZEMOCY W RODZINIE

Uwagi ogólne

W skali kraju w świetle danych w rodzinach z problemem alkoholowym, w których co najmniej jedna osoba pije w sposób szkodliwy dla niej i dla członków tej rodziny, żyje 3–4 mln osób, w tym 1,5–2 mln dzieci, 2,5 mln osób nadużywających alkoholu oraz 700–900 tys. osób uzależnionych. Wśród najważniejszych konsekwencji życia w rodzinie z problemem alkoholowym wyróżnia się szkody: fizyczne, psychosomatyczne, psychologiczne, emocjonalne i psycho-społeczne. Życie w rodzinie z problemem alkoholowym jest związane zazwyczaj z niższym statusem socjoekonomicznym, chronicznym stresem, ograniczonymi możliwościami zdobywania wykształcenia i kariery zawodowej. Dodatkowo członkowie rodzin z problemem alkoholowym są grupą ryzyka, która jest szczególnie narażona na przemoc. Trzeba jednak pamiętać, że przemoc może mieć miejsce zarówno w rodzinach tzw. dysfunkcyjnych (gdzie są takie zjawiska jak: uzależnienie, bezrobocie itp.) jak i w rodzinach o wysokim statusie społecznym, w których z pozoru nie ma większych problemów.³

Alkohol jako główne przyczyny przemocy w rodzinie

Powszechnie uważa się, że alkohol jest główną przyczyną przemocy w rodzinie oraz że przemoc zawsze związana jest z alkoholem. W badaniach przeprowadzonych w 2005 roku 8% Polaków, a w 2012 roku 4% wskazało problem alkoholowy jako przyczynę konfliktów i przemocy w rodzinie. I niezależnie od tego jaki odsetek pojawi się w następstwie kolejnych badań to sprawa wymaga bacznej uwagi, bo wiążą się z nią poważne reperkusje społeczne.

Na konsekwencje spowodowane nadużywaniem alkoholu w sposób szczególny narażone są rodziny z problemem alkoholowym, a więc takie, w których przynajmniej jedna z osób pije w sposób nadmierny, szkodliwy lub niekontrolowany. Członkowie tych rodzin żyją w zaburzonym systemie rodzinnym, w którym dominuje stres, samotność i izolacja, nieprzewidywalność wydarzeń, brak poczucia bezpieczeństwa, stabilności i kontroli nad tym, co dzieje się w domu. Mechanizmy, które funkcjonują w rodzinach alkoholowych, sprzyjają nakręcaniu spirali przemocy (fizycznej, psychicznej, różnych form zaniedbania) oraz utrudniają jej ujawnienie.

Obraz rodziny z syndromem alkoholowym

Życie w takiej rodzinie opiera się na trzech zasadach:

- 1) „nie mów” – zakłada konieczność utrzymywania w tajemnicy tego, co dzieje się w rodzinie; dotyczy to zarówno nadużywania alkoholu jak i innych zdarzeń, które mają miejsce w domu (kłótni, awantur, przemocy) oraz związanych z tym emocji i uczuć;
- 2) „nie czuj” – wymaga od członków rodziny „zamrożenia” uczuć, ponieważ konfrontacja z nimi jest trudna i bolesna;
- 3) „nie ufaj” – opiera się na przekonaniu, że nadużywającemu alkoholu członkowi rodziny nie można ufać.

Funkcjonowanie według tych zasad wywiera szczególne piętno na dzieciach, które pozbawione są poczucia bezpieczeństwa, stabilizacji i przewidywalności. Przystosowują się do funkcjonowania w takiej rodzinie, jednak koszty, jakie w związku z tym ponoszą (emocjonalne, psychiczne, zdrowotne), mają wpływ na całe ich późniejsze życie.

Życie całej rodziny koncentruje się wokół osoby nadużywającej alkoholu i stosującej przemoc. Dorosłych i dzieci stale zajmuje myślenie o tym, co ta osoba zrobi, co powie, jak zareaguje i jak będzie się zachowywać. Towarzyszy temu ciągła huśtawka emocjonalna: przeżywanie na

³ Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania problemów Alkoholowych na lata 2011-2015

przemian strachu i chwilowego uczucia ulgi, rozczarowania i nadziei na poprawę sytuacji, złości i nienawiści, a zarazem potem przywiązania i miłości, poczucia krzywdy i gotowości wybaczenia. Dodatkowo, dorośli członkowie takich rodzin ulegają mechanizmowi, który wikła ich w proces uzależnienia męża/zony, partnera/partnerki. Rezygnują z własnych potrzeb, przeżywają lęk przed tym, co się wydarzy w przyszłości, odczuwają obsesyjną potrzebę kontrolowania współmałżonka i chronienia go przed konsekwencjami jego zachowań. Często jednak muszą podejmować dodatkowe działania, dodatkowe obowiązki, w tym dotyczące pracy, ponieważ osoby nadużywające alkoholu dopuszczają się zaniedbań w każdej materii i nie wywiązują się z obowiązków opieki nad bliskimi.

Z wyników badań wynika, że w rodzinach z problemem alkoholowym prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy jest ponad dwukrotnie większe niż w rodzinach, w których problem alkoholowy nie występuje.

Członkowie rodzin, w których dochodzi do przemocy często podkreślają zależność pomiędzy stanem nietrzeźwości sprawcy a stosowaniem przez niego przemocy. Są przekonani, że gdyby był trzeźwy, nigdy nikogo by nie skrzywdził. Łatwiej jest przerzucić odpowiedzialność za przemoc na substancję chemiczną niż żyć ze świadomością, że mąż/zona/ojciec/matka to osoba, która krzywdzi w sposób celowy i zamierzony.⁴

A w grę wchodzi nie tylko fizyczne znęcanie się nad członkami rodziny, lecz także dręczenie psychiczne, przemoc seksualna i ekonomiczna. Z różnorodnymi na tych polach formami od naruszenia nietykalności fizycznej poczynając, tj. bicie, popychanie, szarpanie, poprzez wulgarne wyzwiska, zastraszanie, szantażowanie i grożenie czy upokorzenie a na gwałtach, wymuszeniach pożycia seksualnego czy przysłowiowym w tej materii sadyzmie kończąc.

Przemoc w rodzinie i jej zapobieganie w świetle przepisów prawa

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie po określonych korektach i nowelizacjach dała narzędzie do reagowania na przemoc i podejmowania interwencji członkom gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (a także policji, pomocy społecznej, przedstawicielom oświaty i ochrony zdrowia). Jeśli w czasie rozmowy z członkiem rodziny z problemem alkoholowym gminna komisja uzyska informacje, w wyniku których nabierze podejrzenia, że w rodzinie dochodzi do przemocy, to zobowiązana jest uruchomić procedurę „Niebieskiej Karty”. Uruchomienie procedury następuje poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A” (określonego w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dn. 13.09.2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” i wzorów formularzy „Niebieska Karta”). Oryginał tego dokumentu przesyła się do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego działającego w gminie.

Bowiem reasumując należy pamiętać, że przemoc w każdej postaci jest karalna. A na tym polu w kraju działa szereg instytucji, które mogą i powinny pomagać ofiarom przemocy domowej. Często ratującymi się dotąd przed nią np. ucieczką z mieszkania. A co w świetle przepisów nowej ustawy antyprzemocowej się zmienia, bo zmusza sprawcę przemocy do natychmiastowego opuszczenia mieszkania i do wdrożenia zakazu zbliżania się do swoich ofiar. Zatem chociażby z tych względów rola przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego jest tu niezbędna.

⁴Katarzyna Michalska, „Przemoc w rodzinie a alkohol” Wydawnictwo Remedium

GMINNE ZASOBY DO ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH I PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII W ŚWIELE GŁÓWNYCH PROBLEMÓW WYNIKAJĄCYCH Z DIAGNOZY ORAZ CELÓW DO OSIĄGNIĘCIA

W mieście Tarnowskie Góry ustrukturyzowano działania różnych podmiotów, dzięki czemu można było stworzyć zintegrowany system instytucjonalnej pomocy osobom uzależnionym, ich rodzinom, a zwłaszcza dzieciom.

Miasto posiada następujące zasoby służące bezpośrednio i pośrednio rozwiązywaniu problemów uzależnień i pomocy rodzinom dysfunkcyjnym, tj.:

- Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej – SP ZOZ,
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej,
- placówki wsparcia dziennego,
- świetlica socjoterapeutyczna,
- świetlice środowiskowe,
- Tarnogórskie Centrum Kultury,
- pedagodzy szkolni wyspecjalizowani w zakresie profilaktyki uzależnień dla dzieci i młodzieży.

Ponadto miasto współpracuje z:

- Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną,
- Poradnię Leczenia Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu,
- Poradnię Terapii Uzależnień od Substancji Psychoaktywnych,
- Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie,
- Powiatowym Urzędem Pracy,
- Komendą Powiatową Policji,
- organizacjami pozarządowymi, działającymi na tym polu,
- tarnogórskimi parafiami Kościoła Katolickiego i innymi związkami wyznaniowymi,
- Domami Pomocy Społecznej.

Główne problemy wynikające z diagnozy:

- ciągle zbyt mała wiedza wśród młodzieży na temat szkodliwego wpływu alkoholu i substancji psychoaktywnych (w tym dopalaczy) na organizm człowieka – patrząc przez pryzmat skali problemu;
- wzrost zachowań ryzykownych wśród młodzieży, związanych z alkoholem i substancjami psychoaktywnymi oraz wzrost wykrywalności przestępstw na tych polach;
- występowanie agresji w szkole, w domu, na ulicy potwierdzone własnymi obserwacjami i codziennymi informacjami w różnych mediach;
- spożywanie alkoholu przez młodzież przestaje być sporadycznym wyskokiem a staje się obyczajem i to niezależnie od faktu zmniejszającej się liczby punktów sprzedaży alkoholu i jego dostępności;
- sięganie po alkohol w coraz młodszym wieku;
- traktowanie przez młodzież picia alkoholu jako lekarstwa na problemy i smutki – w świetle wyników badań czynników wpływających na nadużywanie alkoholu;
- wzrost szkód ekonomicznych, społecznych i psychologicznych, spowodowanych nadużywaniem alkoholu oraz używaniem substancji psychoaktywnych w świetle obrazu struktury wiekowej, wykształceniowej i zawodowej pacjentów leczonych w różnego rodzaju ośrodkach terapii;

- ciągle duża liczba mieszkańców Tarnowskich Gór trafiających do Izby Wyrzeźwień a co jest tym bardziej niepokojące – to zwiększającą się w tej liczbie udziału kobiet;
- ciągle znacząca liczba leczonych osób w jednostkach leczenia ambulatoryjnego dla osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych – znacznie wyższe niż średnia w woj. śląskim i stanowiące większość chorych całego powiatu tarnogórskiego;
- mimo chwilowych spadków nadal wysoki wskaźnik hospitalizacji mieszkańców Tarnowskich Gór, spowodowany nadmiernym i szkodliwym spożywaniem alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych – tym bardziej dramatyczny patrząc na obraz struktury wiekowej pacjentów;
- kierowcy prowadzący pojazdy pod wpływem alkoholu – pomimo prowadzonych od lat kampanii i wzrastających kar mandatów a równocześnie w obliczu pewnego przyzwolenia społecznego dla tego rodzaju nagannych postaw.

Cele do osiągnięcia:

- zmniejszenie szkód ekonomicznych, społecznych i psychologicznych, spowodowanych nadużywaniem alkoholu oraz używaniem substancji psychoaktywnych, szczególnie dotyczących dzieci i młodzieży;
- zmiana postaw społecznych wobec problemu narkomanii oraz problemów alkoholowych i metod ich rozwiązywania;
- ograniczenie spożycia napojów alkoholowych, podniesienie wieku inicjacji alkoholowej, zmiana struktury spożywania napojów alkoholowych;
- zmiana obyczajów związanych z używaniem alkoholu zwłaszcza przez młode pokolenie;
- zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej, w szczególności dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka;
- zahamowanie tempa wzrostu liczby dzieci i młodzieży, używających substancji psychoaktywnych i alkoholu;
- poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych;
- zwiększenie wiedzy o substancjach psychoaktywnych, o alkoholu i o skutkach ich działania na organizm człowieka, w szczególności wśród dzieci i młodzieży;
- zwiększenie pomocy psychospołecznej dla ofiar przemocy;
- zmniejszenie liczby mieszkańców Tarnowskich Gór, trafiających do Izby Wyrzeźwień;
- zmniejszenie wskaźnika hospitalizacji mieszkańców Tarnowskich Gór, spowodowanych nadmiernym i szkodliwym spożywaniem alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych;
- przeciwdziałanie agresji w szkole, w domu, na ulicy, związanej z używaniem alkoholu oraz substancji psychoaktywnych.

MISJA

Diagnoza problemów alkoholowych oraz narkotyków i narkomanii na terenie miasta Tarnowskie Góry pokazuje, że ich wymiar społeczny i ekonomiczny dyktuje konieczność strategicznego traktowania działań służących ich rozwiązywaniu. Mając powyższe na uwadze, za misję przyjmuje się:

Podejmowanie, wzmacnianie i inspirowanie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w Tarnowskich Górach

PODSTAWOWE KIERUNKI DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH

I. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem.

1. Wspieranie działalności Tarnogórskiego Ośrodka Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej – SP ZOZ między innymi poprzez:
 - 1) zakup usług zdrowotnych dla osób uzależnionych i współuzależnionych oraz ofiar przemocy poprzez terapię indywidualną i grupową;
 - 2) finansowanie zadań z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz programów polityki zdrowotnej, adresowanych między innymi do:
 - osób zagrożonych wykluczeniem społecznym;
 - osób uzależnionych po leczeniu odwykowym;
 - ofiar przemocy;
 - dzieci dyslektycznych i z ADHD;
 - dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem i ich rodzin;
 - rodzin osób uzależnionych;
 - DDA;
 - 3) finansowanie remontów oraz doposażenia placówki w niezbędny sprzęt;
 - 4) finansowanie rozbudowy ośrodka;
 - 5) finansowanie prowadzenia świetlicy socjoterapeutycznej dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych wraz z ich dożywianiem;
 - 6) finansowanie prowadzenia Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego dla osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin, udzielającego pomocy doraźnej, interwencyjnej i terapeutycznej w zakresie porad psychologicznych, pedagogicznych i prawnych;
 - 7) finansowanie prowadzenia placówki wsparcia dziennego.
2. Finansowanie terapii indywidualnej i grupowej dla osób uzależnionych od alkoholu, od substancji psychoaktywnych oraz dla członków ich rodzin.
3. Dofinansowanie szkoleń, podnoszących kwalifikacje osób prowadzących terapię uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, od substancji psychoaktywnych.
4. Finansowanie zajęć terapeutycznych, odbywających się w trakcie obozów rodzinno-terapeutycznych i rajdów trzeźwościowych.
5. Organizacja i finansowanie szkoleń i zajęć warsztatowych z zakresu metod wczesnego rozpoznawania i wczesnej interwencji dla wybranych grup pracowników służby zdrowia, nauczycieli, pedagogów szkolnych, pracowników socjalnych, pracowników domów pomocy społecznej.
6. Wspieranie działalności poradni:
 - 1) terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu;
 - 2) terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
7. Realizacja zadań w zakresie programów zdrowotnych, profilaktyki i edukacji zdrowotnej, w tym dot. HIV/AIDS głównie w środowiskach dysfunkcyjnych poprzez ich finansowanie.
8. Finansowanie opinii biegłych, orzekających w przedmiocie uzależnienia od alkoholu.
9. Finansowanie kosztów postępowania sądowego w przedmiocie zobowiązania do leczenia odwykowego.

II. *Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe i problemy narkomanii, pomocy psychospolecznej, prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą.*

1. Prowadzenie, finansowanie działalności Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego dla osób uzależnionych i współuzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych oraz doświadczających przemocy w rodzinie, udzielającego pomocy doraźnej, interwencyjnej i terapeutycznej w zakresie porad psychologicznych, pedagogicznych i prawnych.
2. Interwencja kryzysowa wobec ofiar przemocy domowej (w tym dzieci).
3. Prowadzenie i finansowanie świetlic socjoterapeutycznych, placówek wsparcia dziennego, punktów terapii, świetlic opiekuńczo-wychowawczych oraz świetlic środowiskowych dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych wraz z ich dożywianiem.
4. Finansowanie zadań, realizowanych przez placówki wsparcia dziennego, o których mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
5. Współpraca z Policją, Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej oraz Zespołem Interdyscyplinarnym w zakresie realizacji procedury „Niebieska Karta” oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
6. Udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego i grupach roboczych.
7. Finansowanie działań, związanych z realizacją zadań, wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
8. Współpraca z Starostwem Powiatowym i Policją w celu zapewnienia bezpieczeństwa dzieciom i młodzieży od zagrożeń i dostępności substancji psychoaktywnych na terenie szkół oraz podczas wakacji i ferii.
9. Działalność profilaktyczno-edukacyjna, związana z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie.
10. Organizacja lokalnych kampanii na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
11. Prowadzenie grup wsparcia oraz innych działań korekcyjno-interwencyjnych dla ofiar i sprawców przemocy.
12. Organizacja i finansowanie szkoleń i kursów specjalistycznych, zwiększających kompetencje osób, pomagających ofiarom przemocy domowej i seksualnej.
13. Współpraca z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej i z innymi instytucjami w celu realizacji programów pomocowych dla osób uzależnionych i ich rodzin, dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.
14. Realizacja programów, mających na celu integrowanie osób uzależnionych i ich rodzin ze środowiskiem lokalnym.
15. Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez centra integracji społecznej.

III. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży.

1. Organizacja lokalnych kampanii, promujących zdrowy – trzeźwy styl życia, kampanii dot. przeciwdziałania narkomanii, przeciwdziałania uzależnieniom oraz HIV/AIDS.
2. Kontynuacja kampanii, inicjowanych m. in. przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
3. Finansowanie szkolnych programów profilaktycznych.
4. Organizacja imprez środowiskowych wspólnie z gminami objętymi porozumieniem o współpracy.
5. Szkolenia dla grup zawodowych, pracujących z osobami uzależnionymi i grupami ryzyka.
6. Organizacja i finansowanie programów edukacyjno-profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, w tym programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego.
7. Organizowanie imprez dla dzieci i młodzieży o charakterze kulturalnym i sportowo-turystycznym, w tym „akcja lato/zima”.
8. Finansowanie wypoczynku dzieci i młodzieży z rodzin dysfunkcyjnych.
9. Organizowanie i finansowanie działań, związanych z realizacją programów edukacyjno-profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom, w tym wdrażanie programów interwencyjnych.
10. Wspieranie programów i przedsięwzięć profilaktycznych, opracowywanych i realizowanych przez młodzież, a skierowanych do grup rówieśniczych.
11. Realizacja programów, stanowiących alternatywę wobec używania alkoholu przez dzieci i młodzież, w tym organizacja wyjazdów turystyczno-rekreacyjnych, organizacji szkolnego współzawodnictwa sportowego, zakup sprzętu sportowego dla dzieci i młodzieży.
12. Profilaktyka realizowana przez organizacje pozarządowe, kluby sportowe oraz organizacje wyznaniowe.
13. Finansowanie zajęć pozalekcyjnych z elementami wczesnej profilaktyki uzależnienia w szkołach, w tym m.in. finansowanie zatrudnienia animatora zajęć sportowych w ramach programu „Moje Boisko ORLIK 2012”.
14. Udział w lokalnych, regionalnych i ogólnopolskich kampaniach społecznych, związanych z przeciwdziałaniem uzależnieniom.
15. Organizowanie i finansowanie działań na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców i zapewnienie bezpieczeństwa w miejscach publicznych.
16. Organizowanie badań, sondaży, lokalnych diagnoz i ekspertyz, pozwalających ocenić aktualny stan problemów uzależnień, istniejących zasobów oraz planowanych środków zapobiegawczych.
17. Zakup testów przesiewowych, umożliwiających rozpoznanie problemowego używania narkotyków przez nastolatków.
18. Działalność profilaktyczno-edukacyjna, związana z uzależnieniami, w tym zakup czasopism, książek, publikacji dot. profilaktyki uzależnień.

IV. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów uzależnień.

1. Finansowanie i wspieranie działań, realizowanych przez organizacje pozarządowe w sferze rozwiązywania problemów uzależnień oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
2. Wspieranie działalności samopomocowych w sferze rozwiązywania problemów uzależnień.
3. Finansowanie kosztów uruchomienia określonych oddziaływań terapeutycznych, realizowanych na terenie organizacji pozarządowych po zakończeniu leczenia w placówce odwykowej.
4. Dofinansowanie szkoleń dla członków organizacji trzeźwościowych.
5. Finansowanie szkoleń, zwiększających kompetencje i doskonalących umiejętności dla osób, pracujących w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom.
6. 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.
7. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych między innymi poprzez: zakup wyposażenia, czasopism, literatury fachowej, doskonalenie form oddziaływań prawnych i społecznych w stosunku do osób nadużywających alkoholu, stosujących przemoc w rodzinie, łamiących prawo i ogólnie przyjęte normy społeczne.
8. Finansowanie szkoleń, zwiększających kompetencje i doskonalących umiejętności dla członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
9. Zwrot kosztów podróży, związanych z wykonywaniem funkcji członka Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a w szczególności zwrot kosztów podróży za uczestnictwo w szkoleniach.

V. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

1. Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych realizuje zadania, wynikające z przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a w szczególności:
 - 1) doradza przy opracowywaniu Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych miasta Tarnowskie Góry;
 - 2) rozpatruje, ocenia i opiniuje wnioski realizatorów zadań, wynikających z Programu Profilaktyki;
 - 3) zgodnie z art.18 ust.3a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi opiniuje wnioski o wydanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu, wydając postanowienia o zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z obowiązującymi uchwałami Rady Miejskiej w Tarnowskich Górach;
 - 4) podejmuje działania, zmierzające do poddania się leczeniu odwykowemu osób uzależnionych od alkoholu poprzez przeprowadzanie rozmów motywujących;
 - 5) prowadzi akcje informujące społeczeństwo Tarnowskich Gór o możliwości interwencji wobec osób nadużywających alkoholu i używających innych środków psychoaktywnych;
 - 6) prowadzi akcje, informujące rodziców o możliwościach interwencji wobec dzieci nadużywających alkohol i używających innych środków psychoaktywnych;
 - 7) prowadzi dyżury informacyjne i przyjmuje zgłoszenia, związane z uzależnieniem od alkoholu oraz z przemocą w rodzinie, w tym realizuje procedury „Niebieska Karta”;
 - 8) bierze udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego i grupach roboczych;
 - 9) przeprowadza wywiady alkoholowe w celu złożenia wniosków do sądu o zobowiązanie do leczenia odwykowego;

2. Zasady działania Komisji określone zostały w Regulaminie Działania Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Tarnowskich Górach.
3. Zasady wynagradzania członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – z uwzględnieniem stopnia i formy zaangażowania poszczególnych członków komisji w jej działania a także odpowiedzialności za całokształt prac Komisji – są następujące:
 - 1) ustala się wynagrodzenie dla członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Tarnowskich Górach za udział w posiedzeniu Komisji w następujący sposób:
 - a) przewodniczący i zastępca przewodniczącego Komisji – 7% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, obliczonego na podstawie Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego na każdy kwartał w Monitorze Polskim;
 - b) pozostali członkowie Komisji – 4% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, obliczonego na podstawie Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego na każdy kwartał w Monitorze Polskim;
 - c) wynagrodzenie za udział w posiedzeniu Komisji wypłacane jest na podstawie listy obecności, zatwierdzonej przez Przewodniczącego Komisji;
 - 2) ustala się wynagrodzenie dla członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Tarnowskich Górach, biorących udział w posiedzeniu Zespołu Interdyscyplinarnego lub grupach roboczych w wysokości 3% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, obliczonego na podstawie Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego na każdy kwartał w Monitorze Polskim; wynagrodzenie za udział w posiedzeniu Zespołu Interdyscyplinarnego lub grupach roboczych wypłacane jest na podstawie listy obecności, zatwierdzonej przez Przewodniczącego Komisji;
 - 3) ustala się wynagrodzenie dla członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Tarnowskich Górach za pełnione dyżury, o których mowa w ust. 1 pkt. 7, w wysokości 3% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, obliczonego na podstawie Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego na każdy kwartał w Monitorze Polskim; wynagrodzenie za pełnione dyżury wypłacane jest na podstawie listy obecności, zatwierdzonej przez Przewodniczącego Komisji;
 - 4) ustala się wynagrodzenie dla członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Tarnowskich Górach za kontrole punktów sprzedaży napojów alkoholowych w wysokości 3% przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego, obliczonego na podstawie Komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego na każdy kwartał w Monitorze Polskim; wynagrodzenie za przeprowadzone kontrole wypłacane jest na podstawie protokołu z kontroli wraz z listą osób, biorących udział w kontroli zatwierdzonej przez Przewodniczącego Komisji.