

UCHWAŁA NR XL/773/22
SEJMIKU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

z dnia 28 marca 2022 r.

**w sprawie uchwalenia Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów
Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022 – 2026**

Na podstawie art. 18 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa (Dz.U. z 2020 r., poz. 1668 ze zm.), w związku z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r., poz. 1119 ze zm.) oraz art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r., poz. 2050 ze zm.) , Sejmik Województwa Wielkopolskiego uchwala, co następuje:

§ 1.

Uchwala się Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022 – 2026, w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Wielkopolskiego.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Sejmiku
Województwa
Wielkopolskiego

Małgorzata Waszak-Klepka

**URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
W POZNANIU
DEPARTAMENT ZDROWIA**

**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ
PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII
DLA WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
NA LATA 2022-2026**

POZNAŃ, MARZEC 2022

SPIS TREŚCI

3

WPROWADZENIE³

1. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU.....	4
2. POSTAWY I ZACHOWANIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO WOBEC ALKOHOLU	5
3. POSTAWY I ZACHOWANIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO WOBEC INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH	22
4. UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE	34
5. STRATEGIE I ZAŁOŻENIA MERYTORYCZNE PROGRAMU.....	44
6. FINANSOWANIE PROGRAMU	50

WPROWADZENIE

W związku z nowelizacją ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r., poz. 2469), która weszła w życie 1 stycznia 2022 roku, uchwalony Uchwałą nr XXXIX/935/17 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 18 grudnia 2017 roku Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2018 – 2022, zmieniony Uchwałą nr XXV/478/20 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 21 grudnia 2020 roku, oraz Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020-2024, uchwalony Uchwałą nr XIV/275/19 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 20 grudnia 2019 roku, zachowały swoją moc do dnia uchwalenia nowego wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, nie dłużej jednak niż do dnia 31 marca 2022 roku. Efektem ww. nowelizacji jest uchwalenie nowego Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022-2026.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022-2026 (Program) jest odpowiedzią na zapisy ustawowe określające zadania samorządu województwa w zakresie zapobiegania uzależnieniom. Program został opracowany zgodnie z zapisami ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1119) i ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2050) oraz w oparciu o cel operacyjny numer 2 – *Profilaktyka uzależnień* Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 642).

Wśród wielu problemów społecznych występujących w Polsce, na jedno z czołowych miejsc, wysuwają się problemy związane z nadużywaniem alkoholu. Konsumpcja alkoholu ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne zarówno jednostek, jak i rodzin, a jej konsekwencje dotyczą nie tylko osób pijących szkodliwie, ale wpływają też na całą populację.

Podstawę prawną rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce stanowi ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Narkomania to jedna z poważniejszych chorób współczesnego społeczeństwa, dotycząca również polskiego społeczeństwa. To zjawisko wielowymiarowe, które pociąga za sobą liczne konsekwencje, wśród których najdotkliwsze są szkody zdrowotne, jak infekcje, zatrucia organizmu czy depresja.

Zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii realizuje się, w myśl ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

1. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU

Podstawy prawne Programu stanowią:

1) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. z 2021 poz. 642), w którym zdefiniowano cel operacyjny nr 2 – *Profilaktyka uzależnień* oraz określono zadania służące jego realizacji w obszarach uzależnienia od alkoholu i narkotyków oraz od występowania określonych typów zachowań (uzależnienia behawioralne).

2) Ustawa 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.), stanowiąca dokument określający zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Ustawa określa kierunki polityki państwa wobec alkoholu. Kompleksowo reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację, określa również źródła finansowania tych zadań, w tym samorządu województwa.

Zgodnie z art. 4 ustawy, samorząd województwa realizuje zadania w formie wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Zadania jednostek samorządu terytorialnego określają art. 1 i 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

3) Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 z późn. zm.), określa działania związane z profilaktyką, leczeniem i rehabilitacją, ograniczaniem szkód zdrowotnych i społecznych oraz ich realizatorów i źródła finansowania. Samorząd województwa zgodnie z zapisami ustawy opracowuje i realizuje wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, biorąc pod uwagę cele operacyjne dotyczące przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii realizowane są przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej przez organy administracji rządowej i jednostki samorządu terytorialnego, a także inne podmioty zaangażowane w przeciwdziałanie narkomanii jak również rodziny osób uzależnionych.

4) Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 183 z późn. zm.) określająca zadania z zakresu zdrowia publicznego (jednym z zadań z tego zakresu jest promocja zdrowia), podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego.

5) Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1668 z późn. zm.), wskazująca, że samorząd województwa prowadzi politykę rozwoju województwa m. in. poprzez wspieranie i prowadzenie działań na rzecz integracji społecznej i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, a także wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, m. in. w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Zadania samorządu województwa z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom pozostają w związku poniższymi aktami prawnymi i dokumentami programowymi:

- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1249),
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1057 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 176 z późn. zm.),

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 447),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi.

Należy również pokreślić znaczenie, dla omawianych w niniejszym dokumencie zagadnień, strategicznego dokumentu regionalnego, a mianowicie Strategii Polityki Społecznej dla Województwa Wielkopolskiego do roku 2030, która przyjęta została Uchwałą Nr XXV/476/20 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 21 grudnia 2020 r.

Strategia ta stanowi jeden z najważniejszych dokumentów wyznaczających główne kierunki rozwoju i wdrażania polityki społecznej w regionie, w tym również polityki zdrowotnej, rozumianej jako jej integralny składnik.

2. POSTAWY I ZACHOWANIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO WOBEC ALKOHOLU

Napoje alkoholowe należą do najpowszechniej spożywanych dóbr konsumpcyjnych. Jednocześnie jest to towar szczególnego rodzaju. Jego specyfika polega na tym, że z pićm wiązać się może wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Wynika to z psychoaktywnej funkcji tej substancji. W każdej niemal kulturze istnieje jakaś substancja o tych właściwościach, której używanie jest powszechnie akceptowane, chociaż obwarowane licznymi ograniczeniami regulowanymi przez zespół norm. Owe normy odnoszą się do częstości jej używania, ilości przyjmowanej jednorazowo, okoliczności w jakich można po nią sięgać. Dla naszego kręgu kulturowego taką substancją jest właśnie alkohol. Jeśli używany jest w zgodzie z normami, powstanie negatywnych konsekwencji jest mniej prawdopodobne, jeśli owe normy się przekracza - prawdopodobieństwo przykrych konsekwencji rośnie.

W planowaniu i prowadzeniu działań zmierzających do rozwiązywania problemów alkoholowych ważne jest posiadanie rzetelnej wiedzy dotyczącej wzorców zachowań związanych z konsumpcją napojów alkoholowych przez mieszkańców województwa, a także systematyczne aktualizowanie bieżących informacji odnośnie struktury spożycia alkoholu oraz postaw zachowań wobec wybranych kategorii zjawisk i problemów alkoholowych.

Przedstawiony poniżej zakres problemów wynika z treści raportu opracowanego na zlecenie Zarządu Województwa Wielkopolskiego w roku 2019 pn: „Używanie alkoholu i narkotyków przez

młodzież szkolną” w ramach międzynarodowego projektu: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD), podczas którego zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów pierwszych klas (wiek: 15-16 lat) oraz trzecich klas (wiek: 17-18 lat) szkół średnich Województwa Wielkopolskiego.

Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ułożonych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży.

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa. Próby picia ma za sobą 85,9% uczniów klas pierwszych i 97,0% uczniów trzecich klas szkół średnich (tabela 1).

W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiegokolwiek napoje alkoholowe 75,9% młodszych uczniów i 95,4% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakiegokolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów młodszych nie odbiegają znacznie od odsetków konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych.

Tabela 1. Picie napojów alkoholowych

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	85,9	80,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	75,9	67,9
	W czasie 30 dni przed badaniem	50,1	46,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	97,0	92,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	95,4	89,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	86,0	76,1

Na tym tle nie dziwi wyższy odsetek konsumentów w klasach starszych - większość uczniów z tych klas w momencie badania była już pełnoletnia lub zbliżała się do wieku dorosłości. Niewiele niższy odsetek konsumentów alkoholu wśród uczniów z młodszej kohorty - głównie piętnastolatków powinien budzić niepokój spoglądając na rzecz, czy to z perspektywy zdrowia publicznego, czy norm prawnych. Jak pokazują wyniki badania, wśród piętnastolatków picie alkoholu stanowi normę, przynajmniej w sensie statystycznym.

Uczniowie w Województwie Wielkopolskim odróżniają się znacząco od uczniów w całym kraju pod względem picia napojów alkoholowych. Zarówno pod względem picia kiedykolwiek w życiu, jak i w ciągu ostatnich 12 miesięcy młodzież wielkopolska w wyższych odsetkach niż ich rówieśnicy z próby ogólnopolskiej deklaruje picie napojów alkoholowych.

Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjęto picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jakiegokolwiek napoje alkoholowe w tym czasie piło 50,1% uczniów z grupy młodszej i 86,0% uczniów z grupy starszej. Trzeba przypomnieć, że badanie było realizowane w listopadzie i grudniu - okres ostatnich 30 dni przypadał zatem na październik, listopad i grudzień, w zależności od tego kiedy, który z badanych wypełniał ankietę. Okres ten nie obejmował zatem świąt,

karnawału, czy wakacji, które jak można przypuszczać szczególnie sprzyjają okazjom do picia. Częste używanie alkoholu było znacznie rzadziej deklarowane przez uczniów w Województwie Wielkopolskim niż na terenie całego kraju. Dotyczy to obu kohort.

W młodszej kohorcie rozpowszechnienie picia alkoholu nie jest zróżnicowane ze względu na płeć, wśród uczniów ze starszej kohorty różnice ujawniają się tylko przy piciu w czasie ostatnich 30 dni (tabele 2 i 3) – ten wskaźnik jest wyższy u dziewcząt niż u chłopców.

W obu kohortach zarówno wśród dziewcząt jak i wśród chłopców picie kiedykolwiek w życiu, picie w czasie ostatnich 12 miesięcy oraz picie w czasie ostatnich 30 dni było częściej deklarowane przez uczniów z Województwa Wielkopolskiego, niż ich rówieśników z próby ogólnopolskiej. Jedynym wyjątkiem są dziewczęta z młodszej kohorty, gdzie rozpowszechnienie picia w czasie ostatnich 30 dni nie odbiega od średniej ogólnopolskiej.

Tabela 2. Picie napojów alkoholowych wśród chłopców

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	86,3	80,1
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	74,7	67,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	51,4	46,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	96,8	91,7
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	94,8	88,1
	W czasie 30 dni przed badaniem	84,0	76,5

Tabela 3. Picie napojów alkoholowych wśród dziewcząt

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	85,4	79,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	76,9	68,7
	W czasie 30 dni przed badaniem	49,2	47,2
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	97,2	93,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	96,0	89,9

	W czasie 30 dni przed badaniem	88,4	75,7
--	--------------------------------	------	------

Konsumpcję poszczególnych typów napojów alkoholowych prześledzimy na przykładzie doświadczeń alkoholowych zebranych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (tabela 4). W pierwszych klasach najwyższy odsetek konsumentów ma piwo, na drugim miejscu jest wódka a dopiero na trzecim wino. Wśród młodzieży starszej młodzieży, odsetek konsumentów piwa i wódki jest niemal identyczny, zaś wina – znacznie niższy.

Tabela 4. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Piwo	45,7	47,5
	Cider	5,9	7,4
	Alcopop	4,3	5,8
	Wino	27,7	24,7
	Wódka	39,8	33,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Piwo	73,5	72,2
	Cider	10,6	12,1
	Alcopop	10,7	9,7
	Wino	46,8	43,2
	Wódka	74,3	60,0

Piwo piło, co najmniej raz w ciągu ostatnich trzydziestu dni, 45,7% uczniów klas pierwszych i znacznie więcej, bo 73,5% klas trzecich. Picie wódki zdarzyło się w tym czasie ponad jednej trzeciej uczniów z młodszej kohorty (39,8%) i prawie trzem czwartym uczniów starszych (74,3%). Wino piła ponad jedna czwarta (27,7%) młodszej młodzieży objętej badaniem i prawie połowa (46,8%) uczniów ze starszej grupy.

W Województwie Wielkopolskim, w obu kohortach, rozpowszechnienie picia piwa i wina jest wyższe niż średnio w kraju.

Płeć wprowadza pewne różnice w obrazie popularności poszczególnych trunków. W tabelach 5 i 6 zebrano dane o odsetkach chłopców i dziewcząt pijących każdy z trunków w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

W młodszej kohorcie, zarówno wśród chłopców jak i wśród dziewcząt, na pierwszym miejscu jest piwo, potem wódka i wino. Inaczej jest u dziewcząt w klasach starszych, gdzie na pierwszym miejscu jest wódka, na drugim piwo, a na trzecim wino.

W obu grupach w przypadku piwa i wódki odsetki pijących w czasie ostatnich 30 dni są wyższe wśród chłopców niż wśród dziewcząt, zaś w przypadku wina odwrotnie wyższe odsetki obserwujemy u dziewcząt.

Tabela 5. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród chłopców

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Piwo	50,7	47,7
	Cider	6,4	8,8
	Alcopop	4,6	6,1
	Wino	21,8	21,8
	Wódka	43,0	35,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Piwo	78,1	73,7
	Cider	12,1	14,1
	Alcopop	12,5	10,4
	Wino	32,5	35,2
	Wódka	76,2	63,1

Tabela 6. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem wśród dziewcząt

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Piwo	41,5	47,2
	Cider	5,6	6,2
	Alcopop	4,1	5,3
	Wino	32,7	27,5
	Wódka	37,1	31,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Piwo	68,3	70,7
	Cider	8,7	10,2
	Alcopop	8,8	8,9
	Wino	63,6	50,8
	Wódka	72,1	57,0

Dziewczęta z trzecich klas Województwa Wielkopolskiego częściej niż ich rówieśnice w całym kraju deklarowały picie wina i wódki. Dziewczęta z młodszej kohorty w mniejszym odsetku sięgały po piwo niż ich rówieśnice z próby ogólnopolskiej, ale za to w większym odsetku po wino i wódkę.

Różnice między Wielkopolską, a całym krajem obserwujemy także u chłopców. W obu kohortach chłopcy z województwa częściej niż średnio w kraju deklaruje picie wódki, a ponadto w starszej kohorcie – także piwa.

Wskaźnikiem wielkości konsumpcji przy jednej okazji każdego z napojów alkoholowych było pytanie o ilość wypitą przy ostatniej okazji picia napojów alkoholowych.

Szczególnie niebezpieczne dla zdrowia młodego człowieka, jak również dla porządku publicznego jest picie w znacznych ilościach, a szczególnie ilość prowadzących do przekroczenia progu nietrzeźwości. Kwestię nietrzeźwości badano także przy użyciu pytania, w którym nietrzeźwość została zdefiniowana bardziej precyzyjnie poprzez wskaźniki behawioralne (zataczanie się, bełkotanie, utrata pamięci). Takie sformułowanie pytania spowodowało, że „chwyta” ono stany silnego upicia, tak zatem trzeba interpretować wyniki. Rozkłady odpowiedzi na to pytanie zawarto w tabeli 7.

Grubo ponad jedna trzecia (39,4%) uczniów z młodszej kohorty i prawie trzy czwarte (71,3%) badanych ze starszej kohorty ma za sobą doświadczenie silnego upicia się.

Tabela 7. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	39,4	33,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	31,6	26,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	13,5	11,3
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	71,3	56,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	55,0	44,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	23,4	18,8

Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczyło chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 31,6% piętnasto-szesnastolatków oraz 55,0% uczniów ze starszej grupy. W czasie ostatnich 30 dni w stanie silnego upicia się było 13,5% uczniów pierwszych klas i 23,4% uczniów klas trzecich.

Porównanie odsetków potwierdzeń nietrzeźwości w Województwie Wielkopolskim i w całym kraju pokazuje, że trzecioklasiści z województwa częściej potwierdzali silne upicie się, niezależnie od horyzontów czasowych. W młodszej kohorcie wiekowej odnotować trzeba także wyższe odsetki uczniów w Województwie Wielkopolskim, niż analogiczne odsetki dla całego kraju, ale z wyjątkiem upijania się w czasie ostatnich 30 dni.

Wskaźniki silnego upijania się są zróżnicowane ze względu na płeć. W starszej kohorcie przybierają one wyższe wartości u chłopców niż u dziewcząt (tabele 8 i 9), natomiast w młodszej, chociaż w dwóch pierwszych wskaźnikach zaznacza się przewaga chłopców, to jeśli chodzi o upijanie się w czasie ostatnich 30 dni – notujemy podobne odsetki wśród dziewcząt, jak wśród chłopców.

Tabela 8. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród chłopców

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	42,5	33,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	34,5	26,7
	W czasie 30 dni przed badaniem	14,4	12,9
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	75,8	59,0
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	62,0	46,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	30,0	20,8

Tabela 9. Silne upicie się tzn. wypicie tyle, żeby np. zataczać się, bełkotać, nie pamiętać co się działo, wśród dziewcząt

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	36,8	33,5
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	29,1	25,8
	W czasie 30 dni przed badaniem	12,5	10,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	66,9	54,4
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	47,5	41,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	16,0	16,8

Zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewcząt, wskaźniki silnego upijania się są w Województwie Wielkopolskim wyższe niż w całym kraju, za wyjątkiem upijania się w czasie ostatnich 30 dni przez dziewczęta – ten wskaźnik nie odróżnia dziewcząt z województwa od średniej krajowej.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje¹, że obecnie 2,3 miliarda osób na całym świecie pije alkohol. Najwyższy poziom spożycia alkoholu jest na kontynencie europejskim, gdzie ponad połowa populacji spożywa alkohol. W 2016 roku całkowite spożycie alkoholu na mieszkańca w populacji na świecie w wieku powyżej 15 lat wynosiło 6,4 litra.

Średnia spożycia alkoholu w Polsce jest wyższa niż średnia europejska – według danych WHO w Polsce na jednego mieszkańca przypadało w 2016 roku średnio 10,6 litra czystego alkoholu etylowego, co sprawia, że nasz kraj znalazł się w czołówce europejskich państw pod względem spożycia alkoholu. W regionie Europy Środkowowschodniej wyższe wskaźniki konsumpcji alkoholu

1

WHO, Global status report on alcohol and health 2018

odnotowano na Litwie i Łotwie: powyżej 12,9 litra. Najczęściej Polacy piją piwo (56%) i wódkę (36%), rzadziej wino (8%).

Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wynika, że średnie spożycie 100% alkoholu w litrach na 1 mieszkańca w 2019 roku wynosiło 9,78, do czego w szczególności przyczynia się wzrost konsumpcji wyrobów spirytusowych na 1 mieszkańca Polski.

Tabela 10. Spożycie alkoholu w litrach na 1 mieszkańca Polski

Rok	Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	Wino i miody pitne	Wino i miody pitne w przeliczeniu na 100% alkoholu	Piwo	Piwo w przeliczeniu na 100% alkoholu	Spożycie średnio na 1 mieszkańca w litrach 100% alkoholu
2014	3,2	6,3	0,76	98,9	5,44	9,4
2015	3,2	6,3	0,76	99,1	5,45	9,41
2016	3,2	5,8	0,7	99,5	5,47	9,37
2017	3,3	6,1	0,73	98,5	5,42	9,45
2018	3,3	6,0	0,72	100,5	5,53	9,55
2019	3,7	6,2	0,74	97,1	5,34	9,78

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Według Diagnozy Społecznej 2015², odsetek osób, które w sytuacji dla nich problemowej sięgają po alkohol jest mniejszy tj. 3,5% (w 2013 r. wynosił 3,9 %) niż odsetek osób, które przyznają się do nadużywania alkoholu tj. 6,2% (porównując do 6,7% dwa lata wcześniej). Biorąc pod uwagę wykonywany zawód grupami najbardziej dotkniętymi problemem alkoholowym są twórcy, artyści, literaci, dziennikarze (21,5%), operatorzy maszyn i urządzeń górniczych (16,2%), robotnicy pomocniczy w górnictwie i budownictwie (13,8%), lekarze, weterynarze, dentyści (12,6%), hutnicy (12,1%). Są to w większości, z wyjątkiem lekarzy i artystów zawody typowo męskie. Najmniejszy odsetek osób nadużywających alkoholu jest wśród robotników produkcji tekstylnej (1,5%), średniego personelu ds. finansowych (2%), fryzjerów, kosmetyczek (2,5%), pomocy i sprzątaczek (2,6%).

Prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu jest 4-krotnie mniejsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn. W porównaniu z najmłodszymi respondentami (16-24 lata) istotnie większe prawdopodobieństwo wystąpienia problemu alkoholowego występuje tylko wśród osób w wieku 25-34 lata. Czynnikiem różnicującym powszechność nadużywania alkoholu jest wielkość miejscowości zamieszkania: najbardziej rozpowszechnione jest nadużywanie alkoholu w dużych (ale nie największych) miastach a najmniejsze na wsi. Osoby z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym rzadziej od osób z wykształceniem podstawowym nadużywają alkoholu. Częściej, w porównaniu z innymi grupami społeczno-zawodowymi przy kontroli pozostałych cech nadużywanie alkoholu występuje w grupie bezrobotnych i innych biernych zawodowo. W porównaniu z osobami żyjącymi w stanie wolnym o połowę rzadziej nadużywają alkoholu osoby żyjące w małżeństwie, a o ponad 2/3 osoby owdowiałe. Stres życiowy niezwykle silnie wiąże się z nadużywaniem alkoholu.

Osoby doświadczające wysokiego poziomu stresu nadużywają alkoholu prawie ponad 4 razy częściej w porównaniu z osobami doświadczającymi niewielkiego stresu. Oczywiście związek przyczynowy może być tu dwustronny: zarówno stres może skłaniać do picia, jak

2

Czapiński J., Panek T.: Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa 2015, Rada Monitoringu Społecznego, str.294-297.

i nadużywanie alkoholu może wywoływać różne problemy życiowe zwiększające poziom stresu.

Przedstawiony poniżej zakres problemów wynika z treści raportu opracowanego na zlecenie Zarządu Województwa Wielkopolskiego w roku 2013 pn: „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych oraz używania narkotyków wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego”. Badanie przeprowadzono w listopadzie 2012 roku w oparciu o indywidualne, bezpośrednie wywiady z respondentami z reprezentatywnej grupy 400 dorosłych mieszkańców województwa, wybranych losowo.

Alkoholizm jako najpoważniejszy problem w skali kraju i lokalnej wskazał podobny odsetek respondentów: 9,1% vs. 8,5%. W skali całego kraju mieszkańcy województwa wielkopolskiego wskazywali na problem picia alkoholu przez młodzież nieznacznie rzadziej (4,1%) niż w przypadku skali lokalnej (5,8%).

Tabela 11. Odsetki badanych wskazujących różne problemy społeczne – jako najważniejszy problem w Polsce

	woj. wielkopolskie	Polska
	Najważniejszy problem	Najważniejszy problem
Przestępczość gospodarcza	1,7 %	6,5 %
Przestępczość pospolita	3,3 %	5,3 %
Narkomania	2,6 %	4,1 %
Zanieczyszczenie środowiska	3,7 %	2,5 %
Alkoholizm	8,5 %	9,1 %
Kryzys moralny	2,8 %	2,8 %
Zły stan zdrowia społeczeństwa	7,8 %	6,1 %
Spadek stopy życiowej	12,9 %	11,3 %
Sytuacja mieszkaniowa	4,2 %	3,4 %
Przemoc w rodzinie	4,8 %	6,0 %
Przemoc i agresja na ulicach	3,9 %	5,9 %
Picie alkoholu przez młodzież	5,8 %	4,1 %
Bezrobocie	33,9 %	24,1 %
Korupcja	3,9 %	8,7 %

Konsumpcja napojów alkoholowych

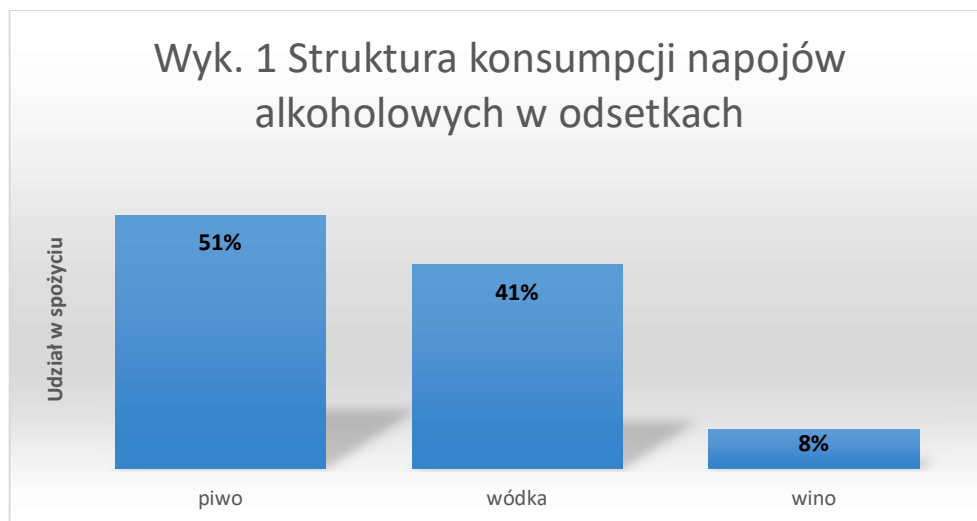
Oszacowanie ilości alkoholu wypijanego przez mieszkańców Wielkopolski, oparto na ich deklaracjach odnośnie konsumpcji kilku rodzajów napojów alkoholowych: wódki i innych napojów spirytusowych (whisky, brandy, gin itp.), bimbrowa, wina domowego, wina gronowego (wraz z szampanem) oraz piwa. Każdy blok składał się z pytań dotyczących ostatniej (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) okazji oraz ilości wypitego wówczas alkoholu (w mililitrach). Zebrane w ten sposób informacje pozwoliły na oszacowanie – dla każdego respondenta – ilości spożytego przez niego alkoholu. Analiza ilości skonsumowanego alkoholu opiera się na przeliczeniu wypitych napojów alkoholowych na stuprocentowy alkohol. Z przeprowadzonych badań wynika, że przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku alkohol piło 95,7% mieszkańców województwa wielkopolskiego.

Jak wynika z badań, każdy dorosły mieszkaniec województwa wielkopolskiego wypił średnio 5,12 litra czystego 100% alkoholu. Biorąc pod uwagę, iż stanowi to od 40-60% rzeczywistego spożycia można przyjąć, iż faktyczny średni poziom konsumpcji 100% alkoholu wśród dorosłych mieszkańców województwa wynosi między 8,5 a 12,8 litrów czystego, stuprocentowego alkoholu³.

³ Informacje na podstawie raportu z badań ankietowych zrealizowanych w 2012 roku pt. „Rozpowszechnienie picia napojów alkoholowych oraz używania narkotyków wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego” opracowanego przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.

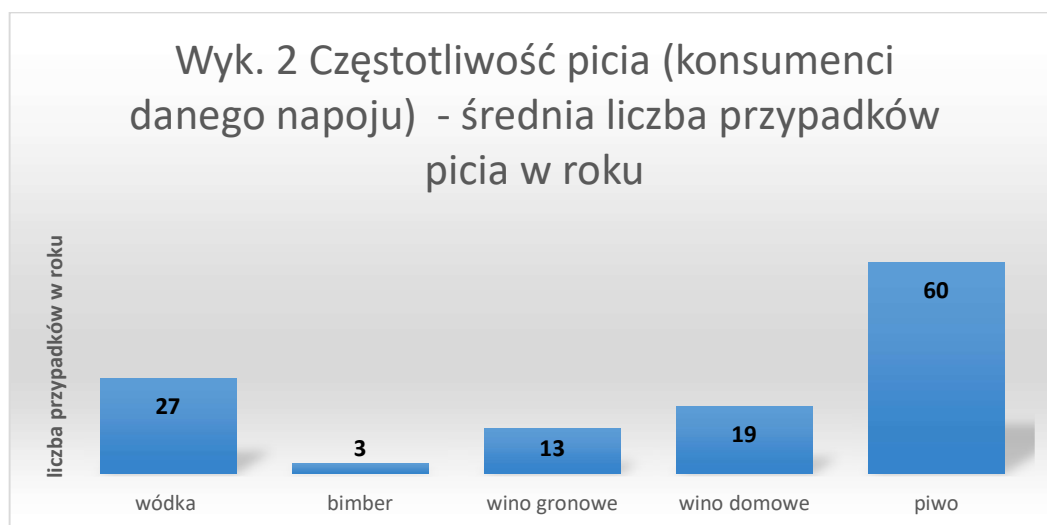
Na pierwszym miejscu pod względem poziomu spożycia znajduje się piwo (2,62 litra 100% alkoholu na osobę, wśród wszystkich badanych), nieznacznie niższy poziom spożycia odnotowano w przypadku wódki i innych napojów spirytusowych (2,08 litra 100% alkoholu na osobę). Najmniej popularnym trunkiem wśród badanych jest wino – każdy mieszkaniec wypił pod postacią wina średnio 0,42 litra 100% alkoholu.

Największy udział w konsumpcji napojów alkoholowych (w ujęciu procentowym) przypada na piwo - 51% z ogólnie wypitego 100% alkoholu. Niższy udział odnotowano w przypadku wódki - 41% ogólnego spożycia alkoholu. Zdecydowanie najmniej popularne jest wino – jego udział w strukturze konsumpcji wynosi zaledwie 8%.



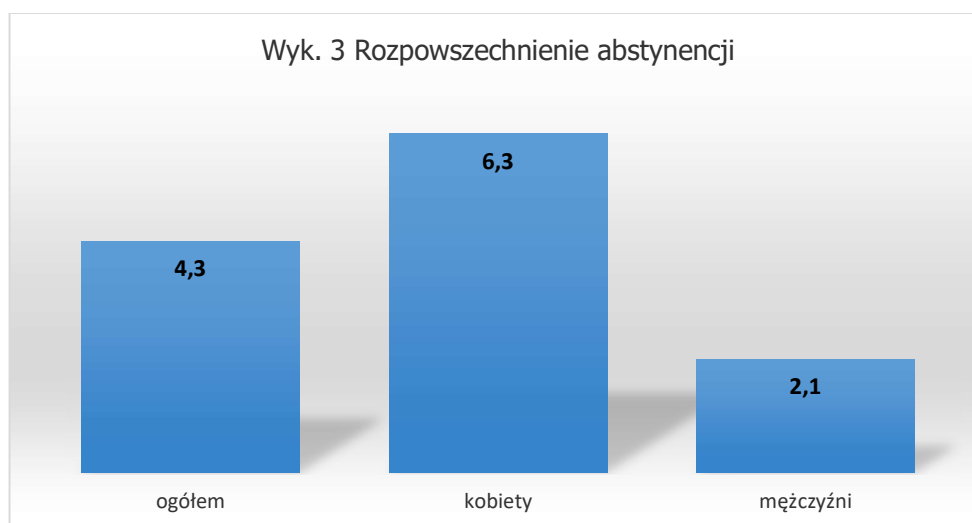
Mieszkańcy Wielkopolski najczęściej deklarują spożywanie wszystkich trzech rodzajów alkoholi (45,5% wskazało na picie zarówno piwa, wina, jak i wódki). Stosunkowo nieliczna jest frakcja tych konsumentów, którzy piją tylko jeden rodzaj trunku (tylko napoje spirytusowe pije 3,0% badanych, tylko piwo 4,3%, zaś tylko wino 12,8%).

Analiza danych dotyczących częstotliwości spożywania napojów alkoholowych oraz wielkości jednorazowego spożycia przez konsumentów danego rodzaju napoju alkoholowego pokazuje, że najczęściej spożywanym alkoholem jest piwo (przeciętnie 60 razy w roku, a zatem średnio raz na tydzień), ponad dwukrotnie rzadziej pita jest wódka (średnio 27 razy w roku, czyli raz na dwa tygodnie), a najrzadziej wino gronowe (średnio 13 razy w ciągu roku). Warto podkreślić stosunkowo rzadkie w porównaniu z pozostałymi typami alkoholi spożycie bimbrowa (zaledwie 3 razy w roku).



Abstynenci vs. osoby pijące ryzykownie

Analizując ilość alkoholu wypitego przez mieszkańców województwa wielkopolskiego warto przyjrzeć się dwóm skrajnym grupom: abstynentom oraz grupie osób ryzykownie pijących. Pierwsza z ww. grup obejmuje osoby, które w ciągu ubiegłego roku w ogóle nie piły alkoholu, druga zaś osoby konsumujące jego nadmierną ilość – dla mężczyzn nadmierna ilość to konsumpcja ponad 10 litrów stuprocentowego alkoholu rocznie, dla kobiet ponad 7,5 litra.

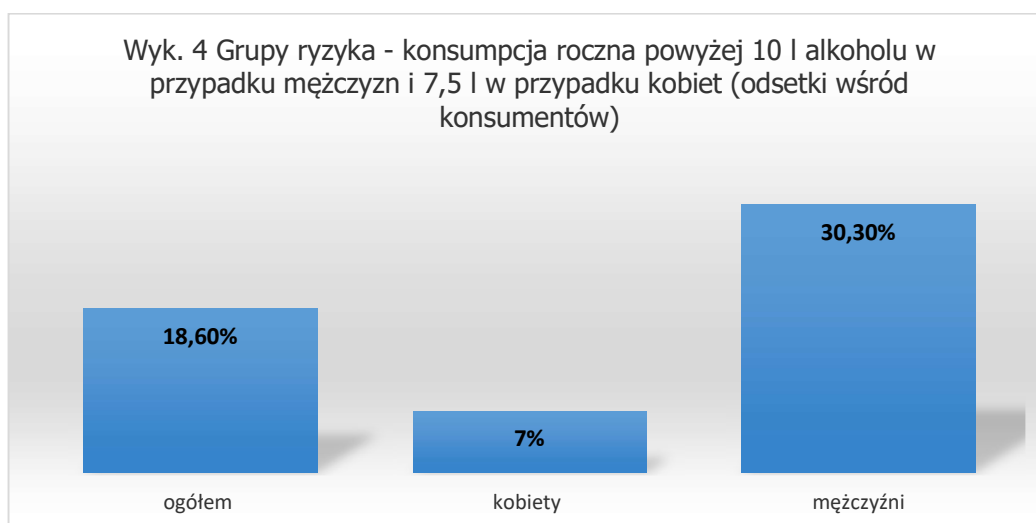


Abstynenci stanowią 4,3% badanej populacji, w grupie osób nie spożywających alkoholu przeważają kobiety (6,3% w stosunku do 2,1% mężczyzn). Najwyższe odsetki abstynentów obojga płci zaobserwowano wśród najstarszych badanych, zaś najniższe wśród osób w wieku 40-49 lat. Dla porównania wśród osób w wieku 18-29 lat nie piło 1,4% kobiet i żaden z mężczyzn. Analiza zróżnicowania odsetków abstynentów w zależności od wykształcenia badanych pozwala odnotować nieco niższe odsetki kobiet niepijących alkoholu wśród badanych z wykształceniem

wyższym (7,6%). Wśród osób z wykształceniem podstawowym odnotowano aż 23,8% niepijących kobiet i 8,5% niepijących mężczyzn⁴.

Kolejna z omawianych cech – status zawodowy - silniej różnicuje rozpowszechnienie abstynencji. Niższe odsetki abstynentów obserwujemy w przypadku osób pracujących, najwyższe zaś w przypadku emerytów i rencistów obojga płci. W pierwszej grupie nie piło 16,6% kobiet i 6% mężczyzn, w grupie osób pracujących- 3,2% kobiet i 0,8% mężczyzn. Co ciekawe, stosunek do wiary zdecydowanie nie różnicuje odpowiedzi udzielanych przez badanych. Wśród wierzących nie pije 6,8% kobiet i żaden z mężczyzn, w pozostałej grupie- 5,5% kobiet i 2,7% mężczyzn.

W opinii brytyjskich naukowców zajmujących się problematyką zdrowia, ryzyko poważnych problemów zdrowotnych istotnie wzrasta, kiedy poziom konsumpcji alkoholu w ciągu roku przekracza - w przypadku mężczyzn 10 litrów czystego 100% alkoholu, a w przypadku kobiet – 7,5 litra. Tak zdefiniowani „ryzykownie pijący” stanowią 18,6% całej populacji konsumentów w województwie. Pomimo tego, że ilość wypitego alkoholu oznaczającego nadmierne picie jest wyższa dla mężczyzn niż kobiet, to właśnie mężczyźni częściej kwalifikują się do grupy ryzyka (30,3% mężczyzn oraz 7% kobiet).



Najliczniejszą reprezentację osób zaliczających się do grupy ryzyka, obserwujemy wśród mężczyzn w wieku 50-64 lat (38% spośród konsumentów alkoholu w tym przedziale wiekowym) z wykształceniem zawodowym, najrzadziej zaś nieaktywne zawodowo kobiety po 50 roku życia o wykształceniu zawodowym.

Warto również wspomnieć, jaki procent z całości wypijanego rocznie alkoholu przypada na osoby zaliczane do tzw. grupy ryzyka. Osoby należące do tej frakcji wypijają aż 64% alkoholu, jaki piją w ciągu roku dorośli mieszkańcy województwa. Średnie roczne spożycie liczone w litrach 100% alkoholu w tzw. frakcji wysokiego ryzyka (tj. grupie badanych, którzy w ciągu roku wypijają – w przypadku mężczyzn ponad 10 l a w przypadku kobiet ponad 7,5 litra czystego 100% alkoholu) wynosi 18 litrów, a dla pozostałych badanych osób (czyli konsumentów nie pijących ryzykownie - 2 litry).

4

Ibidem.

Analizując poszczególne frakcje konsumentów napojów alkoholowych warto również zwrócić uwagę na osoby pijące ponad 12 litrów stuprocentowego alkoholu rocznie – czyli pijące szkodliwie dla zdrowia. Osoby pijące tak znaczne ilości alkoholu stanowią nieco ponad 10% spośród wszystkich konsumentów alkoholu. Warto podkreślić, iż ta niewielka grupa konsumentów alkoholu spożywa połowę (50%) całości alkoholu wypijanego w województwie. Jednocześnie średnie spożycie liczone w litrach stuprocentowego alkoholu dla osób pijących ponad 12 litrów rocznie wynosi 23 litry, zaś wśród pozostałych konsumentów - 3 litry.

Inicjacja alkoholowa

Należy zauważyć, że inicjacja alkoholowa w okresie niepełnoletności jest zjawiskiem dość powszechnym wśród mieszkańców województwa – co trzeci badany przyznaje, że po raz pierwszy pił alkohol przed osiemnastym rokiem życia (32,6%). Kobiety czyniły to rzadziej od mężczyzn – wczesna inicjacja jest udziałem ponad 51% spośród nich, dla mężczyzn odsetek ten był znacznie wyższy i wyniósł ponad 85%.

Wczesną inicjację picia napojów alkoholowych częściej deklarują osoby młodsze niż starsze. Przykładowo niemal 3/4 respondentów w wieku od 18 do 29 lat spożywało alkohol w okresie niepełnoletności, podczas gdy w grupie osób po 65 roku życia odsetek ten wynosił nieco ponad 65%. Odsetek takich wskazań był najniższy w grupie wiekowej 30-39 lat (59,9%). Inicjacja przed ukończeniem 18. roku życia występuje częściej u osób, których roczne spożycie alkoholu kształtowało się na poziomie powyżej 12 litrów 100% alkoholu. W tej grupie odsetek takich wskazań wynosił 71,6%, dla porównania wśród badanych ze spożyciem średnim do 1,2 litra – 66,4%, zaś wśród abstynentów – 60,1%. Analiza wyników w powiązaniu z płcią wskazuje, że wśród kobiet odsetek osób, które przeżyły swoją inicjację alkoholową przed 18 r.ż. maleje wyraźnie wraz z wiekiem badanych. Wśród kobiet w wieku 18-29 lat odnotowano nieco ponad 58% takich wskazań, wśród kobiet w wieku 50-64 lat już tylko 44,5%, a w starszej grupie (powyżej 65 r.ż.) – zaledwie 16,7%.

W przypadku mężczyzn odsetek osób, które inicjowały przed 18 rokiem życia także spada wraz z wiekiem, ale nie jest to już spadek tak dynamiczny: z 96,1% w grupie 18-29 lat do 71,45 w populacji badanych powyżej 65 lat.

Zjawisko nietrzeźwości wśród kierowców

Nadużywanie napojów alkoholowych w pewnych sytuacjach i w pracy bywa bardzo ryzykowne, stwarzające nie tylko ryzyko dla samych konsumentów tych napojów ale również dla innych osób. W szczególności dotyczy to kierowców, którzy będąc pod wpływem alkoholu decydują się kierować samochodem lub motocyklem (albo innym pojazdem mechanicznym) oraz osób, które piją alkohol w trakcie wykonywania pracy. Podane poniżej statystyki należy traktować, jako wartości wyraźnie zaniżone, ponieważ wielu respondentów prowadzących pojazdy mechaniczne pod wpływem alkoholu lub spożywających alkohol w pracy raczej ukrywa te zachowania i niechętnie się do nich przyznaje nawet podczas anonimowych badań ankietowych. Warto jednak monitorować te zjawiska na przestrzeni dłuższych okresów czasu, analizując trendy i ewentualne zmiany w tym zakresie. Należy także zwrócić uwagę na istotną różnicę pomiędzy wielkością populacji przyznającej się do ww. zachowań oraz odsetkiem badanych, którzy deklarują, iż byli świadkami wspomnianych sytuacji. Wśród wszystkich badanych, odsetek osób, które przyznają się do prowadzenia kiedykolwiek w życiu samochodu lub innego pojazdu pod wpływem alkoholu wynosi 9,2%. W grupie tej wyraźnie przeważają mężczyźni (17,5% w stosunku do 1,6% kobiet). Odnotowana różnica jest istotna statystycznie i oznacza, że co szósty badany mężczyzna przynajmniej raz w życiu prowadził pojazd po wypiciu alkoholu.

Analiza odpowiedzi ze względu na płeć i wiek respondentów wyraźnie obrazuje przewagę dopuszczających się takiego zachowania mężczyzn (3,5% w stosunku do 0,3% kobiet) oraz

wyższe odsetki respondentów w wieku 65 lat i więcej (4,6%) i 18-29 lat (2,4%) oraz 40-49 lat (2,8%), spośród których aż 8,5% przyznało się do prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

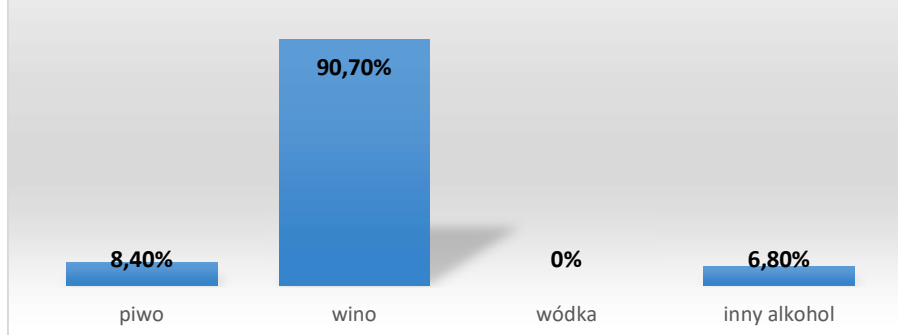
Kolejną z omawianych kwestii jest bycie świadkiem kierowania różnymi pojazdami mechanicznymi pod wpływem alkoholu. W przypadku pytań o zachowania i sytuacje nieakceptowane społecznie, takie jak prowadzenie pod wpływem alkoholu, opinie wyrażane o osobach trzecich są zwykle bliższe stanowi faktycznemu niż te, które bezpośrednio dotyczą zabronionych prawem zachowań respondenta. I tak, bycie świadkiem kierowania samochodem lub motocyklem pod wpływem alkoholu w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie zadeklarowało aż 9,3% spośród wszystkich badanych. Spośród osób, będących świadkami tej sytuacji, ponad dwie piąte podjęło różne próby interwencji. W $\frac{3}{4}$ -tych przypadków interweniujący oświadczyli kierowcy, że ten nie powinien prowadzić pojazdu. Co czwarta interwencja polegała na odebraniu kierowcy kluczyków i uniemożliwieniu mu w ten sposób prowadzenia pojazdu (23,1%). W 27% przypadków respondenci odprowadzili kierowcę będącego pod wpływem alkoholu do domu (lub w inne wskazane miejsce), a w 1/5 – wezwali taksówkę. Żadna z interwencji nie zakończyła się wezwaniem policji lub innych służb porządkowych. Skutki podejmowanych interwencji przynosiły z większą częstotliwością rezultaty pozytywne. Ponad 68% interwencji spowodowało, że kierowca będący pod wpływem alkoholu nie pojechał samochodem, zaś niespełna 1/3 przypadków zakończyła się tym, że nietrzeźwy kierowca poprowadził samochód pomimo podjętych starań.

Picie alkoholu przez kobiety w ciąży

Następną ważną kwestią, z którą należy się zmierzyć w ujęciu społecznym jest problem picia alkoholu przez kobiety w ciąży. Należy w tym miejscu podkreślić, że nawet najmniejsze ilości alkoholu spożywane przez kobiety w ciąży stanowią zagrożenie dla zdrowia ich dzieci.

Wśród kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży, 21,1% zadeklarowało, że w okresie, gdy spodziewały się dziecka, co najmniej raz piły alkohol. Najczęściej były to kobiety w wieku 50-64 lat (26,5%) oraz w wieku 40-49 lat (25%). Najniższy odsetek odnotowano wśród kobiet w wieku powyżej 65 lat (0%) oraz w najmłodszej grupie wiekowej 18-29 lat (7,7%). Najwyższe odsetki kobiet pijących w ciąży zaobserwowano wśród kobiet z wykształceniem podstawowym oraz średnim (23,3% i 25,9%). Częstotliwość sięgania po alkohol przez kobiety w ciąży jest dosyć wysoka – co ósma spośród nich uczyniła to kilka razy w miesiącu (12,8%). Niemal co piąta (18%) piła w czasie ciąży raz w miesiącu. Kilka razy w czasie ciąży po alkohol sięgnęło niemal 2/5 kobiet pijących w ciąży (37,8%). Tylko raz – 28,4%. Kobiety, które przyznały się do picia alkoholu w ciąży zostały poproszone o wskazanie rodzaju alkoholu, jaki spożywały. Na pierwszym miejscu zdecydowanie znalazło się wino – ponad 90% odpowiedzi. Na drugim miejscu znalazło się piwo (8,4%). Żadna z badanych kobiet, która piła alkohol w czasie ciąży nie wskazała w analizowanym kontekście na wódkę. Inny napój alkoholowy piło nieco ponad 6% respondentek we wspomnianej grupie.

Wyk. 5 Rodzaj alkoholu pitego przez kobiety w ciąży (możliwość wielu odpowiedzi)



Uwagę zwraca fakt, że aż 7,2% respondentek wskazało, że gdy były w ciąży do picia niewielkich ilości alkoholu namawiał je lekarz. Warto także podkreślić, że wszystkie te respondenci, które piły w czasie ciąży i były namawiane do tego przez lekarza sięgnęły po wino. Jednocześnie ponad 45% badanych twierdzi, że lekarz nigdy nie ostrzegał ich przed skutkami picia alkoholu w czasie, gdy były w ciąży - przeciwnego zdania był mniejszy odsetek kobiet – 28,9%.

Jak pokazują wyniki badań, co szósty pytany uważa, że picie niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może mieć korzystny wpływ na przebieg ciąży oraz zdrowie dzieci (16%). Przekonanie odwrotne wyraziło 70,2 % badanych. Niemal 14% nie miało jednoznacznej opinii na ten temat. Na uwagę zasługuje fakt, że odsetek osób przekonanych, że picie niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może mieć korzystny wpływ – częściej wyrażały właśnie kobiety (18,8%). Wśród mężczyzn taką opinię wyraziło 14,2%⁵.

W roku 2020 na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wykonane zostało badanie dotyczące *Wzorów konsumpcji alkoholu w Polsce* o zasięgu ogólnopolskim prowadzone metodą CAPI na próbie 2000 osób wylosowanych z populacji generalnej w wieku 18+.

W badaniu uwzględniono także blok pytań dotyczących rozpowszechnienia problemu picia alkoholu przez kobiety będące w ciąży.

W próbie znalazło się 70,4% kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży. Największy odsetek kobiet będących kiedykolwiek w ciąży był w sposób oczywisty w najstarszej grupie wiekowej, najmniejszy - w najmłodszej. Kolejne wyniki dotyczą tylko grupy kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży.

Do picia alkoholu w czasie ciąży przyznało się 7,1% badanych kobiet będących kiedykolwiek w ciąży. Odsetek ten jest niższy w porównaniu z badaniami zlecanymi przez PARPA w 2008 r.⁶ (12,1%) oraz w 2005 r. (16,5%). Jest natomiast wyższy, niż w badaniach sondażowych zrealizowanych na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego w 2017 r.⁷, gdy do spożywania alkoholu w czasie ciąży przyznało się 4,8% badanych. Z

5 Ibidem.

6 PARPA (2008), *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce 2008*, <http://www.parpa.pl/download/wvni%20badania%20wzorv%20konsumpcji%202008%202%20metody%20poprMFdoc.pdf>

7 2018/04 Główny Inspektor Sanitarny (2017) Raport Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży, <https://gis.gov.pl> > wp-content > uploads >

kolei w badaniu zrealizowanym przez Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w 2013 r. picie alkoholu zadeklarowało 10,1% ciężarnych kobiet⁸.

Picie alkoholu w czasie ciąży nie różniło się w grupie badanych kobiet ze względu na ich wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy zaangażowanie religijne. Ponadto te zmienne socjodemograficzne nie miały wpływu na częstotliwość czy rodzaj wypijanego alkoholu.

Wśród kobiet, które zadeklarowały picie alkoholu w czasie ciąży, 46,6% przyznało, że piło alkohol więcej niż raz w tym okresie, natomiast jedna respondentka przyznała, że piła w czasie ciąży przynajmniej raz w miesiącu. Ponadto jednorazowy incydent picia w czasie ciąży zadeklarowało 42,5% kobiet. Natomiast 8,8% kobiet nie potrafiło sobie przypomnieć, jak często piło alkohol w czasie ciąży.

Niemal połowa kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży zadeklarowała picie wina (49,3%), w następnej kolejności wódki (29,4%), natomiast najrzadziej wskazywanym alkoholem było piwo (21,1%).

5 kobiet zadeklarowało, że w czasie ciąży wypity jednorazowo co najmniej 4 porcje standardowe alkoholu (stanowiło to 10% kobiet pijących alkohol w czasie ciąży), natomiast 17 kobiet (32,6% pijących w czasie ciąży) nie mogło sobie przypomnieć, czy taka sytuacja miała miejsce.

Tabela 12. Częstotliwość spożywania alkoholu w czasie ciąży (odsetek kobiet deklarujących picie alkoholu w trakcie ciąży)

	%	
Raz w okresie całej ciąży	22	42,5
Kilka razy w okresie całej ciąży	24	46,6
Raz w miesiącu	1	2,0
Nie pamiętam	5	8,8
Ogółem	52	100,0

Tabela 13. Rodzaj spożywanego alkoholu w czasie ciąży (odsetek kobiet deklarujących picie alkoholu w trakcie ciąży)

	%	
Napoje spirytusowe tzn. wódka, koniak, whisky itp.)	15	29,4
Wino (gronowe, owocowe, domowe)	26	49,3
Piwo	11	21,2
Ogółem	52	100,0

⁸ Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki (2013) Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży <http://ciazabezalkoholu.pl/images/file/RozpowszechnianieFASD/Zachowania.pdf>

Tabela 14. Wypijanie w czasie ciąży więcej niż 4 porcje standardowe przy jednej okazji (odsetek kobiet deklarujących picie alkoholu w trakcie ciąży)

		%
Tak	5	10,0
Nie	30	57,3
Nie pamiętam	17	32,6
Ogółem	52	100,0

Sprzedaż alkoholu nieletnim

Jednym z najważniejszych problemów społecznych ostatniej dekady jest spożywanie alkoholu przez młodzież. W województwie wielkopolskim w ostatnim roku przed badaniem ponad połowa (54,4%) respondentów było świadkiem picia alkoholu przez nastolatków. Równie często takie doświadczenia deklarowały kobiety jak i mężczyźni (54,8% vs. 53,9%). Interwencję w takiej sytuacji podjęło zaledwie 13,8% świadków. Częściej, zgodnie z deklaracjami, podejmowały kobiety (20,3%) niż mężczyźni (6,6%). Sprzedaż alkoholu niepełnoletnim w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem zaobserwował co piąty badany (20,5%) – rzadziej z taką sytuacją zetknęły się kobiety (15,1%) niż mężczyźni (26,4%). Interwencję wobec sprzedaży alkoholu osobie niepełnoletniej częściej podejmowały, zgodnie z deklaracjami kobiety – niemal 1/3 (30,8%), rzadziej mężczyźni - co dziewiąty świadek (11,2%).

Picie alkoholu a pandemia covid 19

W zrealizowanych w roku 2020 na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych badaniach pt. *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce*, na podstawie których powstał raport z badań kwestionariuszowych, zaobserwowano, że w przypadku kobiet i mężczyzn - co dziesiąty mężczyzna i co dwudziesta kobieta w czasie pandemii piła więcej alkoholu.

Najwyższe odsetki osób deklarujących zwiększenie picia alkoholu zanotowano wśród mieszkańców największych miast (19%), a najniższe wśród mieszkańców wsi (6,8%). Istotnie statystycznie różnice dotyczą również wykształcenia - najwyższy odsetek osób pijących więcej alkoholu dotyczył osób z wykształceniem zawodowym (11,4%), a najniższy - osób z wyższym wykształceniem (5,5%). Najwyższe odsetki konsumentów, którzy pili więcej w czasie pandemii zanotowano w grupie osób w wieku 35-49 lat (9,9%), a najniższe wśród najstarszych uczestników badania powyżej 64. roku życia (5,8%).

Analizie poddano także różnice w picu alkoholu w dobie pandemii ze względu na ilość wypijanego alkoholu w ciągu roku. Różnice okazały się istotne statystycznie - osoby pijące najmniej najrzadziej deklarowały zwiększenie picia alkoholu w tym czasie (1,6%), natomiast najczęściej zwiększenie picia zgłaszały osoby pijące najwięcej (24,3%).

Na zadane respondentom pytanie: w jakim stopniu pandemia koronawirusa wpłynęła na ich obecne spożycie alkoholu - zdecydowana większość konsumentów alkoholu stwierdziła, że pandemia nie zmieniła ich dotychczasowego wzorca spożywania alkoholu (79,4%), 8,1% osób zadeklarowało, że w czasie pandemii piją więcej, i taki sam odsetek konsumentów stwierdził, że w trakcie pandemii pije mniej alkoholu.

3. POSTAWY I ZACHOWANIA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO WOBEC INNYCH SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

Do szerokiej grupy innych niż alkohol i tytoń substancji psychoaktywnych należą takie substancje legalne jak leki przeciwbólowe i nasenne czy substancje wziewne oraz szeroka gama substancji nielegalnych. Pod pojęciem substancji nielegalnych rozumiemy tu substancje, których produkcja i obrót nimi są czynami zabronionymi przez prawo. W języku publicystyki substancje te często nazywane są narkotykami.

Dane z tabeli 14 pokazują, że wśród uczniów klas młodszych na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz (22,3%) a na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza (16,9%). Wśród uczniów klas starszych na pierwszym miejscu również znajdują się marihuana i haszysz (48,7%). Leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza także ułożyły się na drugim miejscu (22,1%).

Wśród pierwszoklasistów na trzecim miejscu znalazły się substancje wziewne (8,4%), a na czwartym leki przeciwbólowe przyjmowane w celu odurzenia się (7,3%).

W starszej kohorcie na trzecim miejscu znajduje się amfetamina (7,8%), a na czwartym ekstazy (6,9%).

Wśród pierwszoklasistów, co najmniej trzyprocentowe rozpowszechnienie osiągnęły jeszcze: amfetamina (4,1%), ekstazy (3,8%), LSD lub inne halucynogeny (3,6%) oraz kokaina (3,2%).

Wśród starszych uczniów analogiczna lista środków, których używało kiedykolwiek w życiu, co najmniej 3% badanych, jest podobna i obejmuje takie środki jak: leki przeciwbólowe w celu odurzenia się (5,4%), LSD lub inne halucynogeny (5,4%), kokaina (4,7%), metamfetamina (3,8%), oraz grzyby halucynogenne (3,1%). W przypadku większości substancji podobne lub wyższe rozpowszechnienie eksperymentowania odnotować trzeba wśród starszej młodzieży niż w młodszej grupie.

Tabela 14. Używanie substancji kiedykolwiek w życiu

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	22,3	21,4
	Substancje wziewne	8,4	8,6
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	16,9	15,1
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	7,3	6,6
	Amfetamina	4,1	4,2
	Metamfetamina	2,6	3,0
	LSD lub inne halucynogeny	3,6	3,2
	Crack	0,9	1,4
	Kokaina	3,2	2,9
	Relevin	0,9	1,3
	Heroina	1,5	1,9
	Ekstazy	3,8	3,3
	Grzyby halucynogenne	2,6	2,3
	GHB	1,1	1,4

	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,4	2,1
	Alkohol razem z tabletkami	7,8	5,3
	Sterydy anaboliczne	1,4	2,6
	Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	14,4	12,1
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	48,7	37,2
	Substancje wziewne	6,1	6,9
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	22,1	18,3
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	5,4	5,9
	Amfetamina	7,8	4,7
	Metamfetamina	3,9	2,9
	LSD lub inne halucynogeny	5,4	4,2
	Crack	1,4	1,1
	Kokaina	4,7	3,1
	Relevin	0,5	0,9
	Heroina	1,2	1,5
	Ecstasy	6,9	5,1
	Grzyby halucynogenne	3,1	2,2
	GHB	0,7	1,1
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,6	1,9
	Alkohol razem z tabletkami	8,7	6,9
	Sterydy anaboliczne	3,1	2,1
	Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	34,3	24,1

GHB używany był kiedykolwiek przez 2,6% młodszych uczniów i 0,7% starszej młodzieży. Niskim rozpowszechnieniem charakteryzują się także crack oraz heroina. W starszej kohorcie heroina była używana kiedykolwiek przez 1,2% badanych, a crack przez 1,4%. Są to odsetki niewiele odbiegające od odsetka respondentów, którzy przyznali się do używania nieistniejącego środka – relevinu (0,5%).

W młodszej grupie odsetek badanych, którzy zadeklarowali używanie kiedykolwiek w życiu heroiny (1,5%) lub cracku (0,9%) był podobny, jak w starszej kohorcie. Także frakcja użytkowników relevinu (0,9%) okazała się nie odbiegać znacząco od analogicznej frakcji starszych uczniów. Należy także zwrócić uwagę na relatywnie wysokie rozpowszechnienie używania narkotyków w zastrzykach (2,4% wśród pierwszoklasistów i 1,6% w starszej grupie).

Szczególny niepokój powinny budzić dość znaczne odsetki młodzieży eksperymentującej z alkoholem w połączeniu z lekami (7,8% w młodszej kohorcie i 8,7% w starszej). Jeszcze bardziej rozpowszechnione jest łączeniu alkoholu z marihuaną lub haszyszem (14,4% w młodszej kohorcie i 34,3% w starszej). Łączne przyjmowanie różnych substancji jest szczególnie niebezpieczne ze

względu na zwiększone ryzyko szkód zdrowotnych w wyniku efektu synergicznego, jaki pojawia się zwłaszcza przy łączeniu alkoholu z lekami psychoaktywnymi.

Porównanie wyników uzyskanych w Województwie Wielkopolskim i na poziomie kraju nie pokazuje większych różnic w rozpowszechnieniu eksperymentowania z substancjami. Jediną znaczącą różniącą jest wyraźnie większe rozpowszechnianie sięgania po przetwory konopi przez siedemnasto-osiemnastoletków w Województwie Wielkopolskim niż średnio w kraju.

Dane z tabel 15 i 16 pokazują, że rozpowszechnienie podejmowania prób z substancjami psychoaktywnymi innymi niż alkohol i tytoń zależne jest od płci.

Tabela 15. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród chłopców

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	28,1	24,8
	Substancje wziewne	7,9	8,5
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	11,0	10,1
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	3,5	4,7
	Amfetamina	4,5	4,8
	Metamfetamina	2,4	3,5
	LSD lub inne halucynogeny	4,5	4,2
	Crack	1,0	2,3
	Kokaina	2,6	3,5
	Relevin	1,0	2,1
	Heroina	1,0	2,5
	Ecstasy	4,7	4,4
	Grzyby halucynogenne	3,9	3,6
	GHB	1,4	2,3
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,4	2,3
	Alkohol razem z tabletkami	5,7	4,5
Sterydy anaboliczne	2,4	3,4	
Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	17,9	14,4	
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	52,5	41,4
	Substancje wziewne	5,7	7,3
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	13,9	11,0
	Leki przeciwbólowe w celu odurzania się	3,0	4,0
	Amfetamina	8,8	5,3
	Metamfetamina	5,1	3,3

LSD lub inne halucynogeny	7,5	5,6
Crack	1,9	1,7
Kokaina	6,2	3,7
Relevin	0,4	1,3
Heroina	1,9	1,9
Ecstasy	9,0	5,9
Grzyby halucynogenne	4,1	3,4
GHB	0,8	1,6
Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,7	2,1
Alkohol razem z tabletkami	7,1	6,0
Sterydy anaboliczne	3,2	3,2
Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	39,5	27,4

Tabela 16. Używanie substancji chociaż raz w życiu wśród dziewcząt

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	17,6	18,2
	Substancje wziewne	8,8	8,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	21,4	19,9
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	10,4	8,4
	Amfetamina	3,8	3,6
	Metamfetamina	2,7	2,5
	LSD lub inne halucynogeny	2,7	2,3
	Crack	0,6	0,6
	Kokaina	3,5	2,2
	Relevin	0,6	0,5
	Heroina	1,8	1,4
	Ecstasy	2,9	2,2
	Grzyby halucynogenne	1,4	1,0
	GHB	0,8	0,5

	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,2	1,9
	Alkohol razem z tabletkami	9,4	6,2
	Sterydy anaboliczne	0,6	1,9
	Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	11,5	10,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	44,3	33,1
	Substancje wziewne	6,7	6,5
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	31,0	25,2
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia się	8,0	7,6
	Amfetamina	6,7	4,1
	Metamfetamina	2,4	2,5
	LSD lub inne halucynogeny	2,8	2,7
	Crack	0,9	0,4
	Kokaina	3,0	2,6
	Relevin	0,7	0,5
	Heroina	0,4	1,1
	Ecstasy	4,5	4,2
	Grzyby halucynogenne	1,9	1,0
	GHB	0,6	0,6
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	1,5	1,8
	Alkohol razem z tabletkami	10,3	7,8
	Sterydy anaboliczne	3,0	1,1
	Alkohol razem z marihuana lub haszyszem	28,5	20,8

Chłopcy częściej deklarują próby używania większości substancji, poza lekami uspokajającymi i nasennymi. Rozpowszechnianie eksperymentowania z lekami uspokajającymi i nasennymi wśród dziewcząt jest ponad dwukrotnie wyższe niż wśród chłopców. W młodszej kohorcie także próby łączenia alkoholu z tabletkami spotyka się trochę częściej u dziewcząt niż u chłopców.

Wśród chłopców ze starszej kohorty Województwa Wielkopolskiego rozpowszechnienie eksperymentowania z substancjami pozostaje na poziomie zbliżonym do ich rówieśników w całym kraju. Jedynie w przypadku marihuany i haszyszu odnotowujemy znacznie większe rozpowszechnienie prób ich używania w Województwie Wielkopolskim niż średnio w kraju.

Chłopcy z młodszej kohorty województwa lokują się nieco wyżej od średniej krajowej w zakresie eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, natomiast podobnie jak ich rówieśnicy z próby ogólnopolskiej deklarują używanie kiedykolwiek w życiu większości innych substancji.

W grupie dziewcząt stwierdzić trzeba brak większych różnic między Województwem Wielkopolskim i całym krajem w zakresie prób używania większości substancji. Znaczącymi odstępstwami od tej prawidłowości jest znacznie wyższe rozpowszechnienie doświadczeń z

marihuaną lub haszyszem oraz używania leków uspokajających i nasennych wśród wielkopolskich trzecioklasistek. W młodszej grupie dziewcząt zwraca uwagę trochę wyższy odsetek sięgających po alkohol razem z tabletkami.

Za wskaźnik aktualnego używania substancji przyjmuje się zwykle używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Dane zawarte w tabeli nr 17 pokazują, że przetwory konopi używało w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 19,2% uczniów z młodszej grupy i 39,8% - ze starszej. Substancje wziewne aktualnie używało 3,9% pierwszoklasistów i 2,0% trzecioklasistów, amfetaminę 3,4% pierwszoklasistów i 4,3% trzecioklasistów, zaś ecstazy – 2,9% uczniów z pierwszej grupy i 5,4% - z drugiej. Rozpowszechnienie aktualnego używania pozostałych substancji, takich jak metamfetamina, kokaina i crack w młodszej kohorcie jest bardzo niskie – nie osiąga 3,0%. W starszej kohorcie poziom 3,0% osiąga tylko kokaina.

Podobnie jak w przypadku eksperymentowania z marihuaną lub haszyszem, używanie tych substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy jest bardziej rozpowszechnione w Województwie Wielkopolskim niż na terenie całego kraju.

Tabela 17. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	19,2	16,7
	Substancje wziewne	3,9	4,5
	Ecstazy	2,9	2,3
	Amfetamina	3,4	2,7
	Metamfetamina	2,0	1,9
	Kokaina	2,5	1,8
	Crack	0,8	1,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	39,8	29,6
	Substancje wziewne	2,0	2,1
	Ecstazy	5,4	3,6
	Amfetamina	4,3	3,1
	Metamfetamina	2,4	2,0
	Kokaina	3,0	1,8
	Crack	1,0	0,8

Łatwy do zaobserwowania jest także związek między aktualnym używaniem substancji a płcią (tabele 18 i 19). Podobnie jak w przypadku eksperymentowania występuje ono częściej wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Używanie przetworów konopi w czasie ostatnich 12 miesięcy jest większe w Województwie Wielkopolskim niż średnio w kraju zarówno wśród dziewcząt jak i wśród chłopców.

Tabela 18. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród chłopców

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	24,2	19,8
	Substancje wziewne	3,9	5,0
	Ecstasy	4,0	3,2
	Amfetamina	4,2	3,4
	Metamfetamina	2,0	2,5
	Kokaina	3,0	2,2
	Crack	1,2	1,8
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	44,7	33,8
	Substancje wziewne	1,7	2,9
	Ecstasy	7,8	4,2
	Amfetamina	6,2	3,5
	Metamfetamina	3,7	2,3
	Kokaina	4,4	2,4
	Crack	1,5	1,2

Tabela 19. Używanie substancji w czasie ostatnich 12 miesięcy wśród dziewcząt

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	15,2	13,8
	Substancje wziewne	3,9	4,0
	Ecstasy	1,9	1,5
	Amfetamina	2,8	2,1
	Metamfetamina	1,8	1,4
	Kokaina	2,0	1,4
	Crack	0,3	0,4
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	34,2	25,6
	Substancje wziewne	2,2	1,3
	Ecstasy	2,6	2,8
	Amfetamina	2,2	2,7
	Metamfetamina	1,1	1,8
	Kokaina	1,5	1,3
	Crack	0,4	0,4

Okres ostatnich 30 dni przed badaniem można przyjąć za wskaźnikowy dla względnie częstego, okazjonalnego używania. Palenie marihuany lub używanie innych narkotyków, podobnie jak picie alkoholu, w większości przypadków nie ma charakteru regularnego. Stąd trudno mieć pewność, że wszyscy uczniowie, którzy zadeklarowali kontakt z daną substancją w czasie ostatnich 30 dni na pewno używają jej, co najmniej raz na miesiąc. Można jednak założyć, z pewnym przybliżeniem, że proporcje używających raz na miesiąc wśród tych, którzy nie używali w ostatnim miesiącu są równe proporcji używających rzadziej, a potwierdzających używanie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Przy takim założeniu można uznać, że 11,9% uczniów klas pierwszych i 18,8% uczniów klas trzecich używa marihuany lub haszyszu, co najmniej raz w miesiącu (tabela 20). Analogiczne odsetki dla substancji wziewnych wynoszą – 1,6% u pierwszoklasistów oraz 0,9% u trzecioklasistów.

Tabela 20. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	11,9	9,0
	Substancje wziewne	1,6	2,3
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	18,8	15,1
	Substancje wziewne	0,9	1,1

W Województwie Wielkopolskim w starszej kohorcie odnotowujemy większy odsetek młodzieży używającej przetworów konopi w czasie ostatnich 30 dni w porównaniu do całego kraju. W młodszej kohorcie natomiast nie obserwujemy różnic.

Częste używanie przetworów konopi zróżnicowane jest ze względu na płeć – chłopcy w większym odsetku niż dziewczęta sięgają często po te substancje (tabele 21 i 22). Różnica jest szczególnie duża w starszej kohorcie.

Tabela 21. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród chłopców

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	15,5	11,3
	Substancje wziewne	1,8	3,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	25,3	18,1
	Substancje wziewne	0,8	1,7

Tabela 22. Używanie substancji w czasie ostatnich 30 dni wśród dziewcząt

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Marihuana lub haszysz	9,0	6,7
	Substancje wziewne	1,5	1,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Marihuana lub haszysz	11,3	12,2
	Substancje wziewne	1,1	0,5

Należy zauważyć, że odsetki badanych, którzy używali przetworów konopi wśród chłopców w pierwszych klasach osiągnęły dość wysoki poziom 15,5%, a w klasach trzecich – 25,3%. Oznacza to, iż w Województwie Wielkopolskim mniej więcej co szósty piętnasto-szesnastolatek i co czwarty siedemnasto-osiemnastolatek palił marihuanę lub haszysz w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Częste używanie marihuany lub haszyszu przez pierwszoklasistów jest bardziej rozpowszechnione w Województwie Wielkopolskim niż na terenie całego kraju zarówno wśród chłopców, jak i wśród dziewcząt. W starszej kohorcie ta prawidłowość odnosi się tylko do chłopców.

Leki uspokajające i nasenne używane w celach niemedycznych to druga pod względem rozpowszechnienia substancja wśród młodzieży szkolnej. Jak przekonują dane z tabeli 23 zjawisko używania leków uspokajających i nasennych w celach innych niż medyczne ma szerszy zakres niż używanie ich wedle przepisu lekarza w celach leczniczych.

Tabela 23. Używanie leków z przepisu lekarza

Poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie, nigdy	87,1	88,3
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	9,0	7,7
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	3,9	4,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie, nigdy	89,0	88,9
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	7,5	6,8
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	3,6	4,3

Dane z tabel 24 i 25 sugerują, iż używanie leków uspokajających i nasennych w celach medycznych jest bardziej rozpowszechnione wśród dziewcząt niż wśród chłopców. Jest tak w obu

kohortach, podobnie jak miało to miejsce w przypadku używania tych leków w celach niemedycznych.

Tabela 24. Używanie leków z przepisu lekarza wśród chłopców

Poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie, nigdy	91,2	91,3
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	6,7	5,3
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	2,2	3,4
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie, nigdy	91,6	92,2
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	5,8	4,9
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	2,6	2,8

Tabela 25. Używanie leków z przepisu lekarza wśród dziewcząt

Poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie, nigdy	84,2	85,5
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	10,9	9,9
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	5,0	4,6
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie, nigdy	86,0	85,8
	Tak, ale krócej niż przez trzy tygodnie	9,2	8,6
	Tak, przez trzy tygodnie lub dłużej	4,7	5,6

Problem „dopalaczy”

Problem „dopalaczy” (smart drugs, legal highs) pojawił się w Europie w połowie poprzedniej dekady. W Polsce zaczął narastać w ostatnich latach. Problem dopalaczy rozwijał się na styku świata substancji legalnych i nielegalnych. „Dopalacze” oferowane są w większości krajów europejskich, a także w internecie. Wszędzie problem ten jest przedmiotem troski władz i zaniepokojenia społecznego. Nasza wiedza na temat dopalaczy jest wyrywkowa, zarówno w wymiarze farmakologicznym, jak społeczno-kulturowym. Brak nawet precyzyjnej naukowej definicji „dopalaczy”.

„Dopalacze” określić można jako preparaty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne nie objęte kontrolą prawną. Niektóre z nich są pochodzenia roślinnego, inne – syntetycznego. Dopalacze w zasadzie cieszą się statusem legalności – jednak obrót nimi odbywa się na zasadach pewnego wybiegu, stanowi omińnięcie prawa. W Polsce dopalacze jeszcze do października 2010 r. sprzedawane były jak produkty kolekcjonerskie, w innych krajach sprzedawane bywają jako kadzidła, sole do kąpiei, odświeżacze powietrza, itp.

Z używaniem „dopalaczy” wiąże się wiele zagrożeń. Są to nowe, nieprzebadane substancje przyjmowane wedle nowych nierozpoznanych wzorów. W efekcie braku doświadczeń z tymi substancjami u użytkowników zwiększa się ryzyko powikłań. O niektórych z tych substancji można przypuszczać, że są bardziej niebezpieczne niż ich nielegalne odpowiedniki, inne mogą się okazać całkiem niegroźne. W 2010 r., szpitale raportowały liczne przypadki zatruc, w tym śmiertelnych. Zgłaszały też trudności w niesieniu pomocy osobom, które przedawkowały dopalacze ze względu na trudny do określenia obraz toksykologiczny. Z drugą falą takich przypadków mieliśmy do czynienia w 2015 r.

Potrzeba rozpoznania epidemiologicznego fenomenu „dopalaczy” skłoniła do wprowadzenia do ankiety już w 2011 r. kilku pytań na temat kontaktów z tymi substancjami.

W Województwie Wielkopolskim 3,8% badanych z pierwszej grupy i 3,4% badanych z drugiej grupy było kiedykolwiek w sklepie z „dopalaczami”. Odsetki respondentów, którzy dokonywali zakupów „dopalaczy” są nieco wyższe (wśród pierwszoklasistów – 4,9%, wśród trzecioklasistów – 4,5%). Trzeba dodać, że zakupów tych dokonywano nie tylko w sklepach z dopalaczami.

Dane o źródłach zakupów dopalaczy zestawiono w tabeli 26.

Jednym z miejsc zakupu „dopalaczy” były sklepy z tymi substancjami (wśród pierwszoklasistów – 1,9%, wśród trzecioklasistów – 1,1%). Za pośrednictwem internetu takich zakupów dokonywało 1,1% badanych z młodszej kohorty oraz 0,9% ze starszej. W największych odsetkach badani dokonywali zakupów w inny sposób (4,2% pierwszoklasistów i 4,3% trzecioklasistów). Wyniki te mogą wskazywać na proces przejmowania handlu dopalaczami przez nielegalny rynek.

Tabela 26. Źródła zakupów dopalaczy

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	W sklepie z dopalaczami	1,9	2,4
	Przez internet	1,1	1,7
	W inny sposób	4,3	4,3

Starsza kohorta (17-18 lat)	W sklepie z dopalaczami	1,1	1,9
	Przez internet	0,9	1,3
	W inny sposób	4,2	4,4

Do używania dopalaczy, chociaż raz w życiu, przyznało się 5,0% pierwszoklasistów i 6,1% trzecioklasistów (tabela 27). Odsetki aktualnych użytkowników są sporo niższe (wśród pierwszoklasistów – 3,4%, wśród trzecioklasistów – 3,6%). W czasie ostatnich 30 dni po substancje te sięgało 2,4% badanych z pierwszej grupy i 2,1% z drugiej grupy.

Rozpowszechnianie używania dopalaczy w województwie lokuje się na podobnym poziomie, jak średnio w kraju.

Tabela 27. Używanie dopalaczy

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	5,0	5,2
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	3,4	3,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,4	2,5
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	6,1	5,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	3,6	3,5
	W czasie 30 dni przed badaniem	2,1	2,2

W tabeli 28. pokazano, pod jakimi postaciami dopalacze były używane w czasie ostatnich 12 miesięcy.

Tabela 28. Używanie dopalaczy – postać substancji używanej w czasie ostatnich 12 miesięcy

poziom klasy		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Mieszanki ziołowe do palenia	6,1	6,1
	Proszek, kryształki, lub tabletki	2,6	3,4
	Płyn	0,4	1,6
	Inne	2,0	2,3

Starsza kohorta (17-18 lat)	Mieszanki ziołowe do palenia	7,6	6,3
	Proszek, kryształki, lub tabletki	4,6	2,9
	Płyn	1,0	1,3
	Inne	1,1	2,3

Najczęściej dopalaczy używano w postaci mieszanki ziołowej do palenia (6,1% uczniów młodszych i 7,6% starszych). Dopalamce pod innymi postaciami były wykorzystywane znacznie rzadziej.

4. UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

Terminem „uzależnienia behawioralne” czy „uzależnienia od czynności” określane są zaburzenia zachowania o charakterze nałogowym, niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Do takiej formy zaburzeń należą zaburzenia uprawiania hazardu, jak również liczne zachowania wykonywane w sposób kompulsyjny np: związane z internetem i grami (zaburzenia grania w gry), z zakupami (zaburzenia kompulsyjnego kupowania), z aktywnością fizyczną (zaburzenia uprawiania ćwiczeń), z seksem (zaburzenia uprawiania seksu) czy z pracą (silna potrzeba wykonywania pracy lub innych czynności z nią związanych), ale także zachowania związane ze zdrowym odżywianiem się (ortoreksja) czy opalaniem (tanoreksja). Tego typu zachowania, mimo że dotyczą czynności regularnych (przystosowawczych), stają się kompulsyjne, co oznacza, że bardzo trudno jest nad nimi zapanować i prowadzą one do negatywnych konsekwencji dla jednostki i jej otoczenia. Celem tych zachowań, wykonywanych w sposób patologiczny jest nie tyle uzyskanie przyjemności, co obniżenie negatywnego afektu – złego samopoczucia, obniżonej samooceny, ponurego nastroju.⁹

Hazard

Z badania CBOS10 wynika, że w 2019 roku osoby grające w czasie ostatnich 12 miesięcy na pieniądze stanowiły 37,1% populacji osób w wieku powyżej 15 roku życia. W porównaniu do wyniku uzyskanego w poprzednim badaniu, przeprowadzonym w 2015 roku, odsetek ten wzrósł o 2,9 punktu procentowego. Polacy najczęściej grają w gry Totalizatora Sportowego (27,4%). Na kolejnym miejscu, ze znacznie słabszym wynikiem, plasują się zdrapki (16,3%), a dalej loterie lub konkursy SMS-owe (6,3%) oraz automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi (3,8%). Spośród wszystkich grających, 32,8% Polaków gra bez ryzyka powstania problemów, 2,7% charakteryzuje się niskim poziomem ryzyka uzależnienia 0,9% - poziomem umiarkowanym i tyle samo (0,9%) gra na pieniądze w sposób wysoce ryzykowny (zagrożenie patologicznym hazardem). Liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacujemy na ok. 27 tys. osób. W poprzedniej edycji badania, w 2015 roku, liczbę grających patologicznie szacowano na 34 051 osób, co oznacza, że w ciągu tego okresu nastąpił spadek o blisko 20%. W porównaniu z poprzednim badaniem spadła także częstość grania na pieniądze wśród ogółu Polaków, przy czym największe spadki częstości grania nastąpiły w przypadku gier na automatach. Liczba grających codziennie lub kilka razy w tygodniu spadła z 31,4% do 8,8%, co prawdopodobnie należy wiązać z efektem nowelizacji ustawy hazardowej, która miała miejsce w 2017 roku i ograniczyła

⁹ J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie. Warszawa 2015

¹⁰ Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Oszacowanie rozpowszechniania oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Raport z badań, Warszawa, maj 2019

możliwość uprawiania hazardu, między innymi grania na - powszechnie kiedyś dostępnych - automatach z tzw. niskimi wygranymi.

Porównując cechy społeczno-demograficzne można najogólniej wnioskować, że częściej grają na pieniądze: mężczyźni niż kobiety; ludzie młodzi w wieku 18-34 lata; mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi; ludzie dobrze wykształceni niż słabo wykształceni; zarabiający lepiej niż zarabiający gorzej; ludzie oceniający swoją sytuację materialną jako dobrą niż ludzie oceniający ją jako złą.

W badaniach przeprowadzonych na przestrzeni lat 2012–2019 odsetek osób definiujących swoją sytuację jako nałóg pozostaje bardzo niski. W roku 2019 do nałogowego hazardu przyznało się niespełna pół procent badanych graczy (0,4%). W poprzednich latach było to 1,5% (w 2015) oraz 0,7% (w 2012). Niemal wszyscy grający na pieniądze określają się jako osoby, które „w żadnym sensie nie czują się nałogowymi graczami”. Bólem skłaniającym do gry osoby bez problemu hazardowego są powody natury finansowej i rozrywkowej. Deklaracje badanych bez problemu hazardowego różnią się jednak istotnie od deklaracji osób znajdujących się w grupie ryzyka. Przede wszystkim dane pokazują, że im wyższe ryzyko uzależnienia, tym większa identyfikacja z każdym powodem grania. W przypadku badanych z problemem hazardowym na pierwszy plan wysuwają się sprawy finansowe. Grają oni po to, aby poprawić swoją sytuację materialną, wygrać choćby małą kwotę, wygrać dużą wygraną, zdobyć pieniądze na „ekstra wydatek”, spłacić dług hazardowy, odegrać się. Ponadto grają, bo nie mogą przestać, tkwią w środowisku, które również gra oraz jest to sposób poradzenia sobie ze stresem.

Dane z tabeli 29 opracowanej w ramach badań ESPAD w roku 2019 „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” sugerują, że około jednej piątej pierwszoklasistów (19,2%) oraz jednej czwartej trzecioklasistów (25,5%) z Wielkopolski ma za sobą doświadczenia gry na pieniądze. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 4,9% piętnasto-szesnastolatków i 11,6% siedemnasto-osiemnastolatków.

Porównanie wyników uzyskanych w Wielkopolsce z wynikami w całym kraju nie ujawnia znaczących różnic w młodszej kohorcie, natomiast sugeruje większe rozpowszechnianie grania w gry hazardowe w starszej kohorcie w województwie, niż średnio w kraju.

Tabela 29. Granie w gry hazardowe, tj. takie gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać

Kohorta		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Kiedykolwiek w życiu	19,2	18,2
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	10,9	10,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	4,9	5,5
Starsza kohorta (17-18 lat)	Kiedykolwiek w życiu	25,5	21,4
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	18,7	12,8
	W czasie 30 dni przed badaniem	11,6	7,9

Następne pytanie dotyczyło częstotliwości stawiania pieniędzy w grach hazardowych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (tabela 30). Najliczniejszą frakcją w obu kohortach

stanowiły osoby, które grały raz na miesiąc lub rzadziej (9,3% w młodszej kohorcie i 10,8% w starszej kohorcie). Odsetek badanych, którzy grali 2-3 razy w tygodniu wynosił w młodszej kohorcie 1,2% oraz w starszej kohorcie 3,6%. Wyniki uzyskane w obu kohortach w Wielkopolsce nie odbiegają znacząco od wyników ogólnopolskich.

Tabela 30. Częstotliwość stawiania pieniędzy w grach hazardowych w czasie ostatnich 12 miesięcy

Kohorta		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie grał	88,0	89,1
	Raz na miesiąc lub rzadziej	9,3	7,3
	2-4 razy w miesiącu	1,6	2,1
	2-3 razy w tygodniu	1,2	1,5
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie grał	82,2	87,2
	Raz na miesiąc lub rzadziej	10,8	8,9
	2-4 razy w miesiącu	3,3	2,1
	2-3 razy w tygodniu	3,6	1,8

Uczniowie, jeśli grają w gry hazardowe najczęściej poświęcają na to mniej niż 30 minut w ciągu dnia (tabela 31). Robi tak 6,4% uczniów z młodszej kohorty oraz 11,2% uczniów ze starszej kohorty. Podobnie jest na poziomie kraju.

Tabela 31. Czas spędzany na grach hazardowych typowego dnia w czasie ostatnich 12 miesięcy

Kohorta		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Nie w czasie ostatnich 12 miesięcy	88,7	89,4
	Mniej niż 30 minut	6,4	5,8
	Między 30 minut a 1 godzina	1,7	2,3
	Między 1 godzina a 2 godziny	1,4	1,0
	Między 2 godziny a 3 godziny	1,1	0,5
	3 godziny lub więcej	0,7	1,0
Starsza kohorta (17-18 lat)	Nie w czasie ostatnich 12 miesięcy	83,2	87,6
	Mniej niż 30 minut	11,4	7,6
	Między 30 minut a 1 godzina	2,0	2,4

	Między 1 godzina a 2 godziny	1,6	1,0
	Między 2 godziny a 3 godziny	0,6	0,3
	3 godziny lub więcej	1,2	1,1

W tabeli 32 zestawiono dane na temat częstotliwości grania w poszczególne gry hazardowe przez uczniów z Województwa Wielkopolskiego, zaś w tabeli 33 przez uczniów z próby ogólnopolskiej. W województwie w młodszej kohorcie największą popularnością cieszyły się loterie (10,2%). Najczęściej respondenci grali w nie raz na miesiąc lub rzadziej (8,7%). Najmniejszą popularnością cieszyły się automaty (6,8%) oraz zakłady sportowe (6,7%) na których najczęściej grano również raz w miesiącu. W starszej kohorcie najczęściej deklarowano zakłady sportowe (12,8%), a najrzadziej grę na automatach (6,3%).

W próbie ogólnopolskiej badani z młodszej grupy najczęściej wskazywali karty lub kości, a z starszej grupy – zakłady sportowe.

Tabela 32. Częstotliwość grania w poszczególne gry hazardowe w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (Wielkopolskie)

Kohorta		W ogóle nie	Raz na miesiąc lub rzadziej	2-4 razy w miesiącu	2-3 razy w tygodniu
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Automaty	93,2	5,5	0,7	0,5
	Karty lub kości	92,9	5,3	1,5	0,2
	Loterie (bingo, lotto)	89,8	8,7	1,0	0,5
	Zakłady sportowe	93,3	4,1	1,9	0,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Automaty	93,7	4,9	0,9	0,5
	Karty lub kości	88,4	8,2	2,4	1,0
	Loterie (bingo, lotto)	87,8	9,0	2,6	0,6
	Zakłady sportowe	87,2	6,1	3,1	3,7

Tabela 33. Częstotliwość grania w poszczególne gry hazardowe w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (Polska)

Kohorta		W ogóle nie	Raz na miesiąc lub rzadziej	2-4 razy w miesiącu	2-3 razy w tygodniu
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Automaty	94,5	4,2	0,7	0,5

	Karty lub kości	90,4	6,5	1,9	1,3
	Loterie (bingo, lotto)	91,5	6,1	1,5	0,9
	Zakłady sportowe	92,6	4,2	1,6	1,6
Starsza kohorta (17-18 lat)	Automaty	94,9	4,0	0,8	0,3
	Karty lub kości	91,0	6,1	1,9	0,9
	Loterie (bingo, lotto)	90,5	7,4	1,6	0,5
	Zakłady sportowe	89,8	5,8	2,6	1,8

W badaniu zastosowano dwa wskaźniki grania problemowego (tabela 34). Pierwszy to potrzeba stawiania w grze coraz większych pieniędzy, a drugi to okłamywanie kogoś ważnego dla respondenta w sprawie tego jak dużo gra w gry hazardowe.

Potrzebę stawiania coraz większych pieniędzy wyraziło 5,6% uczniów z młodszej kohorty oraz 7,1% uczniów ze starszej kohorty. Kłamanie w sprawie tego jak wiele się gra okazało się nieco mniej rozpowszechnione, tylko ok. 2% uczniów przyznało się do tego zachowania. Obydwa symptomy problemowego grania przejawiało 0,5% badanych w każdej kohorcie.

Porównując wyniki uzyskane w Województwie Wielkopolskim z uzyskanymi na poziomie kraju odnotować trzeba brak istotnych różnic.

Tabela 34. Symptomy grania problemowego w gry hazardowe

Kohorta		Wielkopolskie	Polska
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Potrzeba stawiania coraz większych pieniędzy	5,6	6,0
	Kłamanie w sprawie tego, jak wiele się gra	1,4	2,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Potrzeba stawiania coraz większych pieniędzy	7,1	6,8
	Kłamanie w sprawie tego, jak wiele się gra	2,3	2,2

Internet

Według opublikowanych przez GUS danych z 2019 r. 99,3% gospodarstw domowych z dziećmi wykorzystuje internet do codziennych aktywności¹¹.

Internet stanowi cenne źródło różnego rodzaju zasobów – od pozyskiwania informacji, nawiązywania/utrzymywania kontaktów interpersonalnych, a na rozrywce kończąc. Jednak w labiryncie tych zasobów nie brakuje ciemnych zaułków, które mogą stanowić zagrożenie nawet dla dorosłych, nie wspominając o dzieciach i młodzieży.

11

GUS, Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2015-2019, Warszawa, styczeń 2019

Z badania CBOS¹² wynika, że problemy z uzależnieniem od internetu przejawiało w 2019 roku 0,03% badanej populacji, co stanowi 0,04% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od internetu jest 1,4% ogółu badanych, co stanowi 1,9% korzystających z internetu. Zagrożeni uzależnieniem od internetu to najczęściej badani poniżej 25 roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni. Wśród osób w wieku 15–17 lat, 8% wykazuje zagrożenie uzależnieniem bądź uzależnienie od sieci, natomiast wśród użytkowników z grupy wiekowej 18–24 lata zagrożonych uzależnieniem jest 4,2%. Obecnie wśród użytkowników internetu zagrożenie uzależnieniem od sieci znacznie częściej dotyczy mężczyzn (3,5%) niż kobiet (2%), osób zamieszkujących w miastach liczących co najmniej 500 tys. mieszkańców (4,5%). Ponad połowa (50,2%) przeciętnych użytkowników sieci spędza w internecie średnio w ciągu doby nie więcej niż godzinę, podczas gdy większość zagrożonych uzależnieniem od sieci korzysta z niej przez co najmniej cztery godziny na dobę.

Raport z badań dotyczący problematycznego używania internetu przez młodzież¹³ wskazuje, że wśród polskich nastolatków w wieku 12–17 lat problematyczne używanie internetu (PUI) występuje u 11,9% z nich, 11,4% to osoby z częściowymi objawami PUI, a 0,5% – z nasilonymi objawami PUI. Problematyczni użytkownicy internetu to częściej dziewczęta (13,9%) niż chłopcy (9,3%) oraz starsze nastolatki (w wieku 15–17 lat) niż młodsze (w wieku 12–14 lat). Ponad połowa (52,8%) nastolatków deklaruje, że w ich rodzinach obowiązują zasady dotyczące korzystania z internetu. Najpopularniejsza z nich to zakaz korzystania w czasie posiłków. Z raportu wynika, że ponad połowa (54,4%) młodych ludzi miała kontakt z niebezpiecznymi treściami w internecie. Niemal co trzeci (31,8%) widział w sieci rzeczywiste sceny okrucieństwa i przemocy, zaś co czwarty – treści dotyczące sposobów samookaleczania (26,1%), materiały pornograficzne (25,2%) lub zachęcające do obrażania innych czy dyskryminujące (23,9%). Nieco mniej osób napotkało na treści propagujące zaburzenia odżywiania (19%) lub prezentujące sposoby popełniania samobójstwa (15,8%). Najrzadziej młodzi ludzie spotykali się z materiałami zachęcającymi do używania narkotyków (8%). Nastolatki problematycznie używające internetu istotnie częściej korzystają z portali społecznościowych i udostępniają na nich zdjęcia, oglądają filmiki i śmieszne obrazki. Ponadto istotnie częściej słuchają muzyki online, ściągają pliki, oglądają filmy i seriale oraz robią zakupy przez internet. W przypadku gier internetowych jedyną różnicą istotną statystycznie między użytkownikami normalnymi a problematycznymi jest granie w gry hazardowe online. Osoby, które używają problematycznie internetu, istotnie częściej mają kontakt z niebezpiecznymi treściami, w tym dotyczącymi okaleczania się i sposobów popełniania samobójstwa, a także istotnie częściej podejmują zachowania autoagresywne. Istotnie rzadziej natomiast spędzają czas offline – aktywnie uprawiając sport, czytając książki lub grając w gry planszowe.

W ramach badań ESPAD realizowanych wśród młodzieży Województwa Wielkopolskiego w roku 2019 „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” w tabeli 35 przedstawiono czas korzystania z mediów społecznościowych w typowym dniu roboczym i weekendowym w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem.

Analiza typowego dnia roboczego młodszej kohorty ujawnia najliczniejszą frakcję badanych, która korzysta z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (32,0%), mniej osób poświęca na tą aktywność ok. 4-5 godzin (23,0%). W przypadku typowego dnia weekendowego, dominują dwie frakcje badanych: frakcja korzystająca ponad 6 godzin dziennie (31,7%) oraz korzystająca ok. 4-5 godzin (27,0%).

W starszej kohorcie, w typowym dniu roboczym, największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z mediów społecznościowych 2-3 godziny dziennie (34,7%) lub około 4-5 godzin dziennie (24,6%). W trakcie weekendu dominuje korzystanie z mediów społecznościowych ponad 6 godzin dziennie (27,2%) oraz korzystająca ok. 4-5 godzin (28,6%).

12 Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Oszacowanie rozpowszechniania oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Raport z badań, Warszawa, maj 2019

13 K. Makarut, J. Włodarczyk, P. Skoneczna, Problematyczne używanie internetu przez młodzież. Raport z badań. Warszawa 2019

Tabela 35. Czas spędzony w mediach społecznościowych w czasie ostatnich 7 dni (Wielkopolska)

Kohorta			Wielkopolskie
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Typowy dzień roboczy	Nie	3,5
		Pół godziny lub mniej	6,3
		Około 1 godziny	15,0
		Około 2-3 godzin	32,0
		Około 4-5 godzin	23,0
		6 godzin lub więcej	20,2
	Typowy dzień weekendowy	Nie	3,4
		Pół godziny lub mniej	4,6
		Około 1 godziny	10,6
		Około 2-3 godzin	22,7
		Około 4-5 godzin	27,0
		6 godzin lub więcej	31,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Typowy dzień roboczy	Nie	1,8
		Pół godziny lub mniej	6,4
		Około 1 godziny	14,3
		Około 2-3 godzin	34,7
		Około 4-5 godzin	24,6
		6 godzin lub więcej	18,2
	Typowy dzień weekendowy	Nie	2,2
		Pół godziny lub mniej	4,8
		Około 1 godziny	11,7
		Około 2-3 godzin	25,5
		Około 4-5 godzin	28,6
		6 godzin lub więcej	27,2

Większa ilość czasu wolnego w weekend wydaje się sprzyjać dłuższemu korzystaniu z mediów społecznościowych, zwłaszcza w przypadku uczniów z młodszej kohorty.

Kolejna badana kwestia dotyczy symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype (tabela 36).

Tabela 36. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype (Wielkopolska)

Kohorta		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	18,5	24,9	23,6	20,8	12,2
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	6,1	11,8	20,8	32,6	28,7
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	19,1	23,2	16,8	22,6	18,3
Starsza kohorta (17-18 lat)	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	21,6	27,3	23,8	18,1	9,3
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	3,7	11,2	19,9	34,6	30,7
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	15,3	18,7	16,3	28,6	21,2

Tabela 37. Symptomy nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook, Skype (Polska)

Kohorta		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	19,3	24,6	22,0	20,2	13,8
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	6,9	10,6	17,5	31,3	33,7
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	20,8	20,1	16,7	20,6	21,8
Starsza kohorta (17-18 lat)	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	19,6	26,8	23,0	20,3	10,3
	Zły humor jeśli brak możliwości uczestnictwa w tych mediach	3,8	9,5	19,4	33,9	33,5
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu w tych mediach	15,2	20,7	15,9	25,4	22,7

W młodszej grupie 43,4% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu w tych mediach, około 42,3% jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęca na tą aktywność za dużo czasu. Co szósty badany (17,9%) ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie rozkład odpowiedzi jest podobny - analogiczne odsetki wynoszą 48,8%, 33,9% oraz 14,9%.

Nie odnotowano istotnych różnic w zakresie występowania symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych w Wielkopolsce i w próbie ogólnopolskiej.

Gry komputerowe

Gry komputerowe to najpopularniejszy sposób korzystania z komputera wśród dzieci w wieku 4–14 lat. Tak spędza czas 60% dzieci. Gry komputerowe są bardziej popularne wśród chłopców niż wśród dziewcząt. Z aktywności tej korzysta 69% chłopców w wieku 4–14 lat i 51% dziewcząt. Wiek dziecka jest czynnikiem wyraźnie różnicującym sposób korzystania z komputera. Im starsza grupa wiekowa, tym większy odsetek dzieci korzysta z komputera. O ile wśród dzieci w wieku 4–6 lat z komputera korzysta 48%, o tyle w grupach starszych (7–10 lat, 11–14 lat) jest to odpowiednio 71% i 85% dzieci¹⁴.

W ramach badań ESPAD realizowanych wśród młodzieży Województwa Wielkopolskiego w roku 2019 „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” opracowana została tabela 38, w której zaprezentowano rozkłady czasu spędzonego na grach na urządzeniach elektronicznych w typowym dniu roboczym i weekendowym w czasie ostatnich 7 dni przed badaniem. Przypomnijmy, że w obu kohortach wiekowych najliczniejsze frakcje stanowili badani, którzy w ogóle nie korzystali z gier video. Analiza typowego dnia roboczego w młodszej kohorcie graczy ujawnia najliczniejszą frakcję badanych, którzy grali 2-3 godziny dziennie (21,3%), mniej osób poświęcało na tą aktywność ok. pół godziny (16,5%). W przypadku typowego dnia weekendowego dominuje frakcja badanych grających 2-3 godziny (19,1%).

W starszej kohorcie, w typowym dniu roboczym, największy odsetek graczy poświęcał na grę 2-3 godziny dziennie (17,4%) lub około godziny dziennie (17,2%). W trakcie weekendu dominuje korzystanie z gier 2-3 godziny dziennie (18,6%).

Tabela 38. Czas spędzony na grach na urządzeniach elektronicznych w czasie ostatnich 7 dni (Wielkopolskie)

Kohorta		Nie korzystał	Pół godziny lub mniej	Ok. 1 godz.	Ok. 2-3 godz.	Ok. 4-5 godz.	6 godzin i więcej
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Typowy dzień roboczy	36,3	14,2	16,5	21,3	5,9	5,9
	Typowy dzień weekendowy	30,4	11,1	10,2	19,1	15,5	13,8
Starsza kohorta (17-18 lat)	Typowy dzień roboczy	35,8	15,7	17,2	17,4	7,3	6,6
	Typowy dzień weekendowy	35,4	10,4	10,5	18,6	11,9	13,1

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich komputer, smartfon, konsola (tabela 39). W młodszej grupie 19,3% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tą aktywność za dużo czasu, 13,9% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 7,6% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są nieco niższe bądź na podobnym poziomie.

14

J. Węgrzecka-Giluiń, Uzależnienia behawioralne. Rodzaje oraz skala zjawiska. Sygnały ostrzegawcze i skutki. Kompendium wiedzy dla Rodziców, Warszawa 2013

Tabela 39. Symptomy nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych, takich komputer, smartfon, konsola (Wielkopolskie)

Kohorta		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Ani tak, ani nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
Młodsza kohorta (15-16 lat)	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	6,1	7,5	14,6	25,0	46,8
	Zły humor jeśli brak możliwości grania	2,8	4,8	10,8	22,8	58,8
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	8,7	10,6	12,6	15,4	52,7
Starsza kohorta (17-18 lat)	Przekonanie, że spędza się za dużo czasu na graniu	4,6	8,8	13,1	21,2	52,4
	Zły humor jeśli brak możliwości grania	2,0	3,9	8,0	19,6	66,5
	Przekonanie rodziców, że spędza się za dużo czasu na graniu	7,1	9,6	10,2	16,0	57,2

Porównanie Województwa Wielkopolskiego i kraju ogółem pod względem symptomów nadmiernego korzystania z gier na urządzeniach elektronicznych nie ujawnia istotnych różnic. Ta prawidłowość dotyczy obu kohort. Jeśli występują różnicę to są one niewielkie.

Zakupoholizm

Z danych CBOS¹⁵ wynika, że problem kompulsywnego kupowania dotyczyć może obecnie 3,7% populacji Polaków od 15 roku życia. W stosunku do roku 2015 zanotowano minimalny spadek odsetka osób zagrożonych uzależnieniem od zakupów (o 0,4 punktu procentowego). Z analiz statystycznych wynika, że kluczowe znaczenie dla rozwoju tego uzależnienia ma wiek. Ludzie młodzi, poniżej 35 roku życia, zdecydowanie częściej niż starsi wykazują symptomy kompulsywnego kupowania. Kategorią szczególnie zagrożoną uzależnieniem od zakupów są osoby w wieku od 15 do 17 lat. W ciągu ostatnich pięciu lat zjawisko kompulsywnego kupowania bardzo wyraźnie nasiliło się wśród ludzi bardzo młodych, mających od 15 do 17 lat. Odsetek najmłodszych respondentów wykazujących symptomy problemowego kupowania zwiększył się od 2015 do 2019 roku o 5,5 punktu procentowego, z 8,5% do 14,1%.

Z perspektywy czasu szczególną uwagę zwraca ogromny wzrost zagrożenia uzależnieniem od zakupów wśród chłopców poniżej 18 roku życia. W 2012 roku symptomy kompulsywnego kupowania były zauważalne wśród 2,4% z nich, w roku 2015 w ogóle nie odnotowano tego zjawiska wśród niepełnoletniej męskiej młodzieży, w 2019 – problem ten może dotyczyć aż 12,3% z nich. Oznacza to, że młodzi chłopcy, mający od 15 do 17 lat, są drugą najbardziej zagrożoną uzależnieniem od zakupów grupą. Pierwszą są dziewczęta w tym samym wieku (zjawisko to może dotyczyć 15,9% z nich).

Istotne znaczenie ma płeć. Ostatnie badanie potwierdza prawidłowość, zgodnie z którą kobiety bardziej niż mężczyźni narażone są na uzależnienie od zakupów. Problem kompulsywnego kupowania może obecnie dotyczyć 5,2% kobiet i 2% mężczyzn.

15

Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Oszacowanie rozpowszechniania oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Raport z badań, Warszawa, maj 2019

Badanie CBOS potwierdziło istnienie zjawiska współwystępowania uzależnień behawioralnych – osoby przejawiające symptomy uzależnienia od zakupów częściej niż wolni od tego zagrożenia wykazują jednocześnie objawy innego problemu. Więcej niż jedna piąta „zakupoholików” to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy (21,8% wobec 8,6% wśród niemających problemu z kompulsywnym kupowaniem); więcej niż co siódma jest zagrożona uzależnieniem od Internetu (15,1% wobec 1,3%). Chociaż odsetek mających problem z hazardem jest porównywalny w obu grupach (i wynosi odpowiednio 1,5% i 1,7%), to wśród osób z problemem zakupowym częściej można obserwować umiarkowany poziom ryzyka uzależnienia od hazardu (dotyczy to 7,0% z nich i 2,2% niezagrażonych uzależnieniem od zakupów).

Pracoholizm

Z danych CBOS w 2019 roku prawie jedna dziesiąta Polaków powyżej 15 roku życia (9,1%) miała problem z uzależnieniem od pracy. Zarówno uzależnienie, jak i zagrożenie uzależnieniem dotyka przede wszystkim młodych dorosłych, poniżej 35 roku życia, w szczególności osoby w wieku 25-34 lata. Istotnym czynnikiem ryzyka są różne aspekty aktywności zawodowej. Zagrożeniu pracoholizmem sprzyja w szczególności praca na własny rachunek, natomiast czynnikiem zagrażającym w kontekście uzależnienia od pracy jest pełnienie funkcji kierowniczych, odpowiedzialność za pracę innych osób lub kierowanie projektami. Wyniki badania z 2019 roku, podobnie jak w poprzednich badaniach, wskazują, że na poziomie ogólnym w badanej populacji Polaków w wieku 15+ zagrożenie pracoholizmem dotyka kobiety i mężczyzn w zbliżonym stopniu.

5. STRATEGIE I ZAŁOŻENIA MERYTORYCZNE PROGRAMU

Strategicznym celem Programu jest: Wzmacnianie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i narkotykowych oraz związanych z uzależnieniami behawioralnymi w Województwie Wielkopolskim

Cel strategiczny będzie realizowany poprzez cele operacyjne oraz zadania służące osiągnięciu celu strategicznego Programu.

Cele operacyjne:

I. Inicjowanie i wspieranie działań edukacyjnych oraz profilaktycznych wśród dzieci, młodzieży i dorosłych w obszarze problematyki związanej z uzależnieniami

I.1. Inicjowanie, prowadzenie oraz wspieranie edukacyjnych kampanii społecznych z obszaru problematyki alkoholowej, FASD oraz przeciwdziałania przemocy domowej, w obszarze przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych, zagrożeń uzależnieniami behawioralnymi

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe
- d. środowiska abstynenckie
- e. organizacje pozarządowe

- f. Regionalne Centrum Profilaktyki Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Rogoźnie
- g. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- h. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

Wskaźniki:

- a. liczba inicjowanych/prowadzonych/wspieranych przedsięwzięć/kampanii
- b. liczba informacji w środkach masowego przekazu
- c. liczba opublikowanych materiałów edukacyjnych
- d. liczba odbiorców w ramach inicjowanych/prowadzonych/wspieranych przedsięwzięć/kampanii

I.2. Wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe (MOW/MOS)
- d. organizacje pozarządowe (MOW/MOS)

Wskaźniki:

- a. liczba wspieranych programów
- b. liczba odbiorców wspieranych programów

I.3. Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień oraz zjawiska przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym poprzez np. współpracę z mediami, wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prowadzenie stron internetowych, telefonów zaufania

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe
- d. środowiska abstynenckie
- e. organizacje pozarządowe
- f. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- g. Policja

Wskaźniki:

- a. liczba działań podjętych celem upowszechnienia wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień oraz zjawiska przemocy w rodzinie
- b. liczba odbiorców podejmowanych działań

I.4. Wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne
- c. placówki lecznicze
- d. poradnie
- e. organizacje pozarządowe

Wskaźniki:

- a. liczba miejsc, w których wdrożone zostały standardy i procedury profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD
- b. liczba działań związanych z upowszechnianiem standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD

I.5. Zmniejszanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu oraz zwiększanie skuteczności w przestrzeganiu prawa w zakresie sprzedaży, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych

Realizatorzy:

- a. samorządy gminne
- b. Policja

Wskaźniki:

- a. liczba gmin prowadzących kontrole punktów sprzedaży
- b. liczba przeprowadzonych szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych
- c. liczba uczestników szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych

II. Rozwój systemu pomocy osobom uzależnionym oraz ich rodzinom

II.1. Edukacja kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień i rozwój systemu kształcenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji pracowników lecznictwa odwykowego oraz instytucji z obszaru rozwiązywania problemów społecznych i uzależnień

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe
- d. organizacje pozarządowe
- e. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- f. placówki leczenia uzależnień

Wskaźniki:

- a. liczba przeprowadzonych szkoleń, warsztatów, seminariów i konferencji
- b. liczba uczestników biorących udział w szkoleniach, warsztatach, seminariach i konferencjach
- c. liczba uczestników programu certyfikacji terapeutów uzależnień korzystających z dofinansowania województwa

II.2. Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja) oraz na temat FAS/FASD

Beneficjenci:

- a. samorząd województwa
- b. pracownicy lecznictwa odwykowego
- c. pracownicy służby zdrowia
- d. organizacje pozarządowe
- e. Okręgowa Izba Lekarska i Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Wskaźniki:

- a. liczba przeprowadzonych szkoleń, warsztatów, seminariów i konferencji
- b. liczba uczestników biorących udział w szkoleniach, warsztatach, seminariach i konferencjach

II.3. Rozwój placówek leczenia uzależnień stacjonarnych i ambulatoryjnych dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorzady gminne
- c. placówki lecznicze
- d. poradnie
- e. organizacje pozarządowe

Wskaźniki:

- a. liczba placówek, które otrzymały wsparcie finansowe/merytoryczne
- b. wysokość nakładów finansowych poniesionych na rozwój placówek leczenia uzależnień

II.4. Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorzady gminne
- c. placówki lecznicze
- d. poradnie
- e. placówki leczenia uzależnień
- f. organizacje pozarządowe

Wskaźniki:

- a. liczba działań podjętych w ramach zadania
- b. wysokość nakładów finansowych poniesionych na zadanie

II.5. Wspieranie rozwoju systemu przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu poprzez dofinansowanie ośrodków przeznaczonych dla osób zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym, tj. Centrów Integracji Społecznej

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne
- c. samorządy powiatowe
- d. organizacje pozarządowe

Wskaźniki:

- a. liczba dofinansowanych Centrów Integracji Społecznej
- b. wysokość nakładów finansowych poniesionych na utworzenie Centrów Integracji Społecznej
- c. liczba uczestników dofinansowanych Centrów Integracji Społecznej

II.6. Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym oraz wspieranie rozwoju sieci placówek wsparcia dziennego na terenie województwa

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe
- d. organizacje pozarządowe

Wskaźniki:

- a. liczba nowo powstałych placówek wsparcia dziennego
- b. liczba działających placówek wsparcia dziennego
- c. wysokość nakładów finansowych przeznaczonych na uruchomienie nowych placówek

II.7. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe
- d. organizacje pozarządowe

Wskaźniki:

- a. liczba działających punktów konsultacyjnych udzielających pomocy osobom doznającym przemocy w rodzinie
- b. liczba telefonów zaufania dla ofiar przemocy w rodzinie
- c. liczba działających hosteli dla ofiar przemocy w rodzinie
- d. liczba działających ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie

III. Rozwój i wzmacnianie współpracy z instytucjami i osobami działającymi w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom oraz monitorowanie stanu problemów alkoholowych i narkotykowych oraz związanych z uzależnieniami behawioralnymi na terenie województwa wielkopolskiego

III.1. Organizacja konferencji, seminariów, narad, szkoleń, warsztatów poświęconych zdobywaniu nowej wiedzy, wymianie doświadczeń, promowaniu dobrych praktyk oraz podjęciu wspólnych działań na rzecz profilaktyki uzależnień

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe
- d. organizacje pozarządowe
- e. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- f. placówki leczenia uzależnień

Wskaźniki:

- a. liczba przeprowadzonych szkoleń, warsztatów, seminariów, konferencji, narad
- b. liczba uczestników biorących udział w szkoleniach, warsztatach, seminariach, konferencjach, naradach

III.2. Monitorowanie stanu problemów alkoholowych i narkotykowych oraz związanych z uzależnieniami behawioralnymi na terenie województwa wielkopolskiego

Realizatorzy:

- a. samorząd województwa
- b. samorządy gminne oraz pełnomocnicy gminni ds. rozwiązywania problemów uzależnień i koordynatorzy gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii
- c. samorządy powiatowe
- d. organizacje pozarządowe
- e. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
- f. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

Wskaźniki:

- a. liczba zrealizowanych badań i diagnoz
- b. wysokość nakładów finansowych na zrealizowane badania i diagnozy

III.3. Wspieranie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w realizacji zadań statutowych

Realizatorzy:

a. samorząd województwa

Wskaźniki:

a. wysokość nakładów finansowych przeznaczonych na działania WOTUW

6. FINANSOWANIE PROGRAMU

W imieniu Zarządu Województwa Wielkopolskiego zadania Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022 - 2026 realizował będzie Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

Na realizację zadań Wojewódzkiego Programu są przeznaczone środki uzyskiwane zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z tytułu wydawania zezwoleń na obrót hurtowy napojów alkoholowych do 18% zawartości alkoholu.

Środki finansowe przekazane na realizację Wojewódzkiego Programu uchwała corocznie Sejmik Województwa Wielkopolskiego w uchwale budżetowej. Program ma charakter ramowy, zachodzi zatem konieczność corocznego, szczegółowego określenia zadań, realizowanych w ramach tego Programu i określenia ich w harmonogramie realizacji zadań w danym roku, przyjmowanym stosowną uchwałą Zarządu Województwa Wielkopolskiego.

Finansowanie realizacji poszczególnych zadań, wynikających z Harmonogramu określa preliminarz wydatków opracowany na dany rok, zgodny z projektem budżetu województwa w dziale 851 – ochrona zdrowia, w rozdziałach 85154 - przeciwdziałanie alkoholizmowi i 85153 – zwalczanie narkomanii oraz w dziale 852 – pomoc społeczna , w rozdziale 85202 – domy pomocy społecznej.

Uzasadnienie do uchwały Nr XL/773/22
Sejmiku Województwa Wielkopolskiego
z dnia 28 marca 2022 r.

w sprawie uchwalenia Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022 – 2026

Do zadań samorządu województwa należą zadania określone w przepisach ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

W związku z nowelizacją ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r., poz. 2469), która weszła w życie 1 stycznia 2022 roku, uchwalony Uchwałą nr XXXIX/935/17 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 18 grudnia 2017 roku Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2018 – 2022, zmieniony Uchwałą nr XXV/478/20 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 21 grudnia 2020 roku oraz uchwalony Uchwałą nr XIV/275/19 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 20 grudnia 2019 roku Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020 – 2024, zachowują moc do dnia uchwalenia nowego wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, nie dłużej jednak niż do dnia 31 marca 2022 roku.

Wobec powyższego uchwalenie nowego Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2022-2026 jest zasadne.