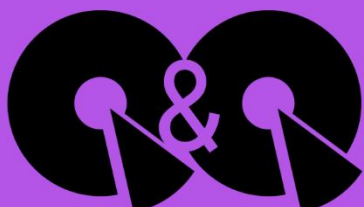


Wzorce konsumpcji alkoholu

Studium socjologiczne

Marta Abramowicz
Maciej Brosz

Beata Bykowska-Godlewska
Tomasz Michalski
Anna Strzałkowska



ZAKŁAD REALIZACJI
BADAŃ SPOŁECZNYCH

Recenzja:
dr hab. Jarosław Załęcki

Redaktor prowadzący:
dr Maciej Brosz

Projekt okładki:
Bartłomiej Brosz

Opracowanie graficzne, skład i łamanie:
dr Maciej Brosz



Creative Commons (CC-BY-NC-ND 3.0 PL)

Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych
3.0 Polska

Kawle Dolne 2018

ISBN: 978-83-944961-2-8

Wydawnictwo Zakładu Realizacji Badań Społecznych Q&Q

e-mail: info@qqzrbs.pl

<http://qqzrbs.pl>

Spis treści

Wprowadzenie.....	6
ROZDZIAŁ I Analiza materiałów zastanych – desk research	29
1. Sytuacja ludnościowa i specyfika miasta.....	31
1.1. Sytuacja ludnościowa.....	31
1.2. Specyfika miasta	38
2. Stan prac nad wdrożeniem systemu monitoringu alkoholizmu	41
2.1. Organizacja monitoringu i jego cele	41
2.2. Zakres dostępnych danych i ich ocena.....	50
2.3. Plany badawcze.....	51
3. Charakterystyka zjawiska i trendów.....	53
3.1. Dostępność alkoholu	53
3.2. Użytkowanie alkoholu w populacji generalnej.....	58
3.3. Problemowe spożycie alkoholu	63
3.4. Konsekwencje zdrowotne problemowego spożycia alkoholu.....	64
3.5. Konsekwencje społeczne problemowego spożycia alkoholu.....	67
3.6. Postawy wobec spożywania alkoholu	71
3.7. Sytuacja w Gdańsku na tle dużych miast w Polsce	71
4. Opis i ocena posiadanych zasobów oraz podejmowanych działań	74
4.1. Ograniczanie popytu – profilaktyka uniwersalna	74
4.2. Ograniczanie popytu – profilaktyka selektywna i wskazująca.....	78
4.3. Ograniczanie popytu – leczenie i rehabilitacja	80
4.4. Ograniczanie popytu – readaptacja społeczna.....	83
4.5. Ograniczanie popytu – pozostałe działania	85
4.6. Ograniczanie podaży w ramach GPPiRPA	87
4.7. Ograniczanie podaży przez inne podmioty	89
5. Wnioski i rekomendacje do dalszych działań w perspektywie krótkoterminowej	91
6. Ogólna ocena funkcjonowania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	93
Załączniki:	95
ROZDZIAŁ II Badanie ilościowe wśród mieszkańców Gdańska	101
1. Struktura próby badawczej	102
2. Konsumpcja napojów alkoholowych.....	107
2.1. Piwo.....	107
2.2. Wino lub szampan.....	112
2.3. Wódka lub inny napój spirytusowy	116
2.4. Konsumenci i abstynenci.....	121

2.5. Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych	124
2.6. Częste spożywanie napojów alkoholowych	127
2.7. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością.....	132
2.8. Odczucia związane ze spożywaniem alkoholu	138
2.9. Konsumpcja alkoholu a używanie substancji psychoaktywnych	140
3. Problemy i zagrożenia związane z pićm alkoholu.....	142
3.1. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem alkoholu.....	142
3.2. Jeżdżenie rowerem pod wpływem alkoholu.....	143
3.3. Spożywanie alkoholu w miejscu pracy	145
4. Ryzyko związane z korzystaniem z używek w ocenie badanych	146
5. Picie alkoholu przez kobiety w ciąży	148
6. Alkohol a młodzież.....	152
6.1. Spożywanie i kupowanie alkoholu przez nieletnich	152
6.3. Opinie dotyczące młodzieży korzystającej z używek	153
7. Problemy i patologie w środowisku społecznym.....	154
7.1. Nadmierne spożywanie alkoholu przez kogoś w otoczeniu.....	154
7.2. Pomoc osobom uzależnionym – identyfikowane formy wsparcia	158
7.3. Postawy wobec najbliższych – dzieci, partnerów, osób starszych	160
7.3. Postawy wobec przemocy	162
8. Zestawienie najważniejszych wyników oraz syntetyczne porównanie wskaźników.....	165
8.1. Zestawienie najważniejszych wyników	165
8.2. Porównanie wskaźników za lata 2005 – 2011 - 2015.....	168
ROZDZIAŁ III Badanie jakościowe wśród mieszkańców Gdańska.....	169
1. Badanie wśród odbiorców wsparcia – indywidualne wywiady pogłębione	169
1.1. Aktualna sytuacja życiowa – alkohol.....	170
1.2. Aktualna sytuacja życiowa – narkotyki	171
1.3. Aktualna sytuacja życiowa – wnioski	172
1.4. Używanie substancji psychoaktywnych – alkohol	173
1.5. Używanie substancji psychoaktywnych – narkotyki	175
1.6. Używanie substancji psychoaktywnych – wnioski.....	177
1.7. Ocena systemu wsparcia – alkohol	179
1.8. Ocena systemu wsparcia – narkotyki.....	182
1.9. Ocena systemu wsparcia – wnioski	185
2. Badanie wśród ekspertów i ekspertek – zogniskowane wywiady grupowe	187
2.1. Wyniki badań ilościowych a doświadczenie ekspertów	187
2.2. Obecna sytuacja w Gdańsku	188
2.3. Nowe trendy i wyzwania w terapii	189

2.4. Zróźnicowanie dzielnicowe Gdańska	190
Wnioski i rekomendacje	192
Aneks: Narzędzia użyte w badaniach terenowych.....	196
Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z odbiorcami systemu wsparcia.....	196
Dyspozycje do wywiadu pogłębionego grupowego z ekspertami i ekspertkami	197
Kwestionariusz użyty w badaniu ilościowym.....	198
Bibliografia.....	205

Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszego opracowania jest prezentacja aktualnych wzorców konsumpcji alkoholu przez mieszkańców Gdańska, określonych w oparciu o wyniki badań empirycznych, przeprowadzonych w 2014 roku, w kontekście potrzeb i wyzwań, jakie stoją przed polityką społeczną, a w szczególności tym jej obszarem, który odpowiada za rozwiązywanie problemów alkoholowych. Rosnące wskaźniki spożycia alkoholu w Polsce i zauważalne tendencje zmian w profilu społeczno-demograficznym konsumentów napojów alkoholowych, rodzą potrzebę wnikliwej diagnozy stanu problemów, które ze spożywaniem alkoholu się łączą. Określa się je wspólnym mianem problemów alkoholowych.

Problemy alkoholowe obejmują między innymi różnego rodzaju wypadki, w tym przede wszystkim komunikacyjne, z udziałem nietrzeźwych użytkowników dróg (np. piesi, rowerzyści) i nietrzeźwych kierujących pojazdami mechanicznymi. Alkohol bywa przyczyną utonięć, mniej lub bardziej współgra ze skłonnościami do podejmowania prób samobójczych. Konsumpcja alkoholu generuje także straty gospodarcze i ekonomiczne, np. w obszarze rynku pracy. Tu wymienić można chociażby utraconą produktywność, absencję chorobową, spowodowaną nadużyciem alkoholu czy zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, które są przyczyną niezdolności do wykonywania pracy, a także wszelkie wypadki przy pracy. Spożywanie alkoholu bywa częstokroć tłem dla różnego typu przestępstw, w tym najcięższych jak zabójstwa, gwałty, pobicia i innych, np. rozbojów, kradzieży, wymuszeń, przestępstw przeciwko mieniu. Alkohol niemal zawsze towarzyszy aktom przemocy domowej. Spożywanie alkoholu, w szczególności spożywanie nadmierne, generuje koszty zarówno policzalne, jak i takie, których wielkość trudno oszacować. Powoduje „spadek jakości życia, cierpienie rodzin, negatywnie wpływa na wychowanie dzieci, rodzi cierpienie ofiar wypadków drogowych i przestępstw, prowadzi do ubóstwa, degradacji i wykluczenia społecznego. W efekcie koszty związane z konsumpcją alkoholu kilkukrotnie nawet przewyższają dochody państwa z tytułu podatków od sprzedaży wyrobów alkoholowych”¹.

Problemy powodowane przez alkohol nie są zjawiskiem nowym. Mają za sobą długą historię, która rozpoczyna się właściwie w momencie odkrycia alkoholu przez człowieka. Nikt dokładnie nie wie kiedy to zdarzenie nastąpiło, ale na pewno było ono bardzo odległe

¹ Zgliszczyński W., 2016, *Alkohol w Polsce*, „Infos. Zagadnienia społeczno-gospodarcze” nr 11, s.4., artykuł opublikowany na stronie internetowej Biura Analiz Sejmowych, dostęp online: [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/36EA6D746CFEC2FCC1257FD2003E6CEF/\\$file/Infos_215.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/36EA6D746CFEC2FCC1257FD2003E6CEF/$file/Infos_215.pdf), [10.05.2017].

w czasie. Szacuje się, że alkohol był znany ludziom już w epoce kamienia łupanego. Prawdopodobnie czysty przypadek sprawił, że pozostawione na słońcu owoce lub zboża w naturalny sposób uległy fermentacji, w wyniku której powstał alkohol. Jako istota obdarzona inteligencją, człowiek zaobserwował to zjawisko, przyjrzał mu się uważnie i wkrótce posiadał tajemnicę wytwarzania substancji, która odtąd towarzyszyła mu już zawsze, wpisując się na stałe w sferę ludzkiej kultury. Początkowo spożywanie alkoholu towarzyszyło jedynie ważnym obrzędom, z czasem jednak, poprzez stopniową profanację, upowszechniło się i jako takie zmieniło w zwyczaj.²

Początkowo alkohol dostępny był jedynie pod postacią piwa i wina. W tych napojach stężenie etanolu nie przekraczało 14%. Bakterie, czyli żywe organizmy, odpowiedzialne za fermentację, w wyższych stężeniach po prostu obumierają i cały proces ulega zatrzymaniu. Dopiero około X wieku n. e. odkryto metodę destylacji. Jak pisał Anthelme Brillat-Savarin, „ludzie pili wino przez wiele wieków, ani się spodziewając, że można z niego wydobyć ekstrakt stanowiący o jego mocy. Ale odkąd Arabowie nauczyli nas sztuki destylowania, którą odkryli, by móc uwalniać zapach kwiatów, a zwłaszcza róży, tak czczonej w ich pismach, pojawiła się możliwość odsłonięcia przyczyny owego szczególnego podniecenia, jakie wywołuje wino i jego działania pobudzającego organy smaku. I tak, krok po kroku, odkryto alkohol, spirytus i wódkę”³. Pozyskiwany w procesie destylacji czysty alkohol pierwotnie stosowano głównie w medycynie, m.in. do wyrobu lekarstw czy uśmierzania bólu. Minęło kilka wieków, zanim rozpowszechnił się w innych obszarach życia. W powszechne używanie jako substancja spożywcza, wszedł dopiero około XVI wieku, szybko zmieniając dotychczasowy obraz alkoholowej konsumpcji.

Alkohol spotykamy w każdej kulturze i w każdej możemy wyodrębnić sferę obyczajową związaną ze sposobem jego używania. Wybitny polski socjolog, Jan Szczepański, na podstawie swoich naukowych obserwacji postawił tezę, że „bez alkoholu żadne społeczeństwo obyć się nie może”⁴. Zauważał, że żadna próba całkowitego wyrugowania alkoholu z przestrzeni społecznej nigdy nie zakończyła się powodzeniem. Podkreślał, że we wzorcach konsumpcji alkoholu odzwierciedla się specyfika geograficznych, demograficznych i historycznych uwarunkowań społecznego bytu. Wymieniał liczne funkcje, jakie spełnia alkohol, zaliczając do nich m.in., fizjologiczne, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne i polityczne. Alkohol

² Kinney J., Leaton G., 1996, *Zrozumieć alkohol*, Warszawa, s.19.

³ Brillat-Savarin A., 1996, *Fizjologia smaku*, Warszawa, s.96.

⁴ Szczepański J., 1972, *Inna polityka* [w:] Górski J., Moczarowski K. (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa, s.253.

posiada działanie bakteriobójcze, odżywcze, stymuluje trawienie. Jego spożycie powoduje redukcję lęku i napięcia psychicznego. Alkohol ułatwia nawiązywanie kontaktów międzyludzkich, spełnia funkcje integracyjne, towarzyszy uroczystościom, ceremoniom, obrzędom. Produkcja alkoholu stanowi ważną gałąź gospodarki. Alkohol jest źródłem dochodu, pełni funkcję stabilizatora rynku. W polityce bywa instrumentem sprawowania władzy, narzędziem walki politycznej, np. dyskredytacji przeciwników. Nie ma takiej dziedziny społecznego życia, w której alkohol bezpośrednio czy pośrednio nie spełniałby jakiejś funkcji. Można z całą stanowczością stwierdzić, że jest on integralnym elementem kultury i ważnym składnikiem więzi społecznej.

Analizując dzieje polskiego społeczeństwa, od średniowiecza poczynając, a na współczesności kończąc, odnajdujemy liczne potwierdzenia tezy postawionej przez Szczepańskiego. Piśmiennictwo polskie doby średniowiecznej dostarcza wielu przykładów na to, że konsumpcja alkoholu wśród Polaków już w tamtych czasach była bardzo rozpowszechniona. Produktem spożywczym, który na co dzień używano było piwo. Pito je w różnych postaciach, od lekkich, produkowanych domowymi sposobami, z krótką fermentacją, na pograniczu kwasu, po mocniejsze w działaniu piwa chmielowe. W niższych warstwach hierarchii społecznej piwo pili wszyscy, od najmłodszych po starszyznę. Był to napój niejako podstawowy, bez możliwości zastąpienia go innym. Woda w średniowieczu, o czym warto pamiętać, nie nadawała się do konsumpcji. Czerpana z wszelkiego rodzaju studni, czy też lokalnych rzek, często była bakteriologicznie skażona. Picie jej nierzadko wywoływało zaburzenia gastryczne, gorączkę, a nawet zarazy i epidemie⁵. W zestawieniu z wodą, piwo wydawało się dużo zdrowsze i na pewno bardziej bezpieczne.

Obok piwa w średniowieczu popularnością cieszyło się wino, jednak było ono dużo droższe i trudniej dostępne. Od XIV wieku, ze względu na upadek rodzimego winiarstwa, do którego doszło wskutek zmian klimatycznych, wina trzeba było sprowadzać z zagranicy. Dlatego tylko nieliczni mogli sobie pozwolić na luksus ich konsumpcji.⁶

Na przełomie XV i XVI wieku w Polsce, jako pierwszym spośród słowiańskich krajów, upowszechniła się znajomość metody destylacji. Przy jej zastosowaniu zaczęto produkować gorzałkę (czyli wódkę), której popularność szybko rosła, głównie za sprawą umacniania się politycznej i gospodarczej pozycji szlachty. Konsumpcja gorzałki wykazywała tendencje wzrostowe. Przyczyniał się do tego tzw. przywilej propinacyjny⁷, który przyznawał panu

⁵ Tazbir J., 1995, *Sarmaci i alkohol*, „Kultura i Społeczeństwo” nr 1, s.94.

⁶ Morawski Z., 1978, *Winiarstwo w Polsce XII – XIV w.*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej” nr 1, s.75.

⁷ Leonhard B., 1979, *Z dziejów pijaństwa i jego zwalczania w Polsce*, „Zdrowie i Trzeźwość” nr 1, s.11.

feudalnemu wyłączne prawo do produkcji i sprzedaży trunków w obrębie jego dóbr, a na chłopstwo nakładał obowiązek wypijania w karczmie odgórnie określonej ilości alkoholu z okazji ślubów, chrzcin, zgonów czy dokonania transakcji kupna-sprzedaży.

Karczma stała się istotnym źródłem dochodu szlachty i jednocześnie ważnym ośrodkiem wiejskiego życia. Gawiedź przychodziła tu, by wypełnić ciążący na niej obowiązek picia pańskich trunków, a przy okazji załatwiała ważne sprawy, słuchała opowieści wędrowców, naradzała się, dyskutowała, kłóciła się i godziła. Wiejska karczma integrowała społeczność, jednocześnie ją alkoholizując. W miastach, odpowiednikami karczmy były wszelkiego rodzaju browarnie, winiarnie i gorzelnie. Cieszyły się również ogromną popularnością. Długie godziny spędzali w nich mieszczanie, kupcy, a także szlachta, przebywająca w mieście przejazdem lub w interesach.

Rosnącym poziomem spożycia alkoholu i skutkami powszechnego pijaństwa już w XVI wieku niepokoiły się światłe umysły epoki. Jan Kochanowski jedno ze swoich moralizatorskich dzieł zatytułował „Iż pijaństwo jest rzecz sprośna a nieprzystojna człowiekowi”⁸. Przestrzegał w nim przed zgubnymi konsekwencjami alkoholowego nałogu. Pouczał, że alkohol przynosi straty zarówno jednostce ludzkiej, rodzinie, społeczeństwu i całemu narodowi. „Kto by mógł wyliczyć, jako wiele zwad, jako wiele morderstwa i innych haniebnych rzeczy się dzieje prze to zbyt a niemierne pijaństwo? O czym człowiek po trzeźwemu ani pomyśli, to wszystko upiwszy się popełni. Żadna tak sromotna rzecz nie jest, której by się on wstydił, której by się on nie ważył, wszystko mu równo”⁹. W nawoływaniach do trzeźwości i przestroгах przed skutkami pijaństwa Kochanowskiemu wtórował ksiądz Piotr Skarga, autor słynnych kazań „Kazań Sejmowych”¹⁰. Niestety rezultaty ich działań okazały się znikome. W wieku XVII i XVIII nastąpił dalszy rozkwit pijaństwa, które – jak podkreślają historycy, za panowania dynastii Sasów stało się polską cechą narodową, przynajmniej w odniesieniu do szlachty. Podczas sejmików szlacheckich - pisał Jędrzej Kitowicz „wódkę podawano od rana, obiad łączył się z wieczerzą, która przeciągała się do następnego dnia. Dla prędszego zawrotu głowy pito tedy wino zmieszane z gorzałką, zaś dla ochłody pragnienia - piwo”¹¹. Trunki wszelkiego rodzaju były bardzo popularne także w codziennym życiu. Ambicją każdego szlachcica było, aby gości napoić ponad miarę, „bo zła to kompanija, zła uczta, kiedy gość

⁸ Kochanowski J., 2018, *Iż pijaństwo jest rzecz sprośna a nieprzystojna człowiekowi*, dostęp online: http://staropolska.pl/renesans/jan_kochanowski/pijanstwo.html, [20.04.2018].

⁹ Tamże.

¹⁰ Skarga P., 2013, *Kazania sejmowe*, Kraków.

¹¹ Kitowicz J., 1985, *Opis obyczajów za panowania Augusta III*, Warszawa, s.247.

trzeźwo żegnał się z gospodarzem. Taki szlachcic co trzeźwość zachowywał w swym domu niewielką miał estymacją i pospolicie nazywano go wędzikiszką i moderatem”¹².

Po alkoholowej rozpuście wieku XVIII, Polacy wkroczyli w wiek XIX w stanie alkoholowego upojenia. Statystyki podają, że w 1844 roku na ziemiach polskich spożycie czystego spirytusu w przeliczeniu na głowę wynosiło 9 litrów. Pijaństwo dopełniało i tak już dramatyczną sytuację narodu, który utracił swe niepodległe państwo i pogrążył się w ubóstwie. Biorąc pod uwagę konieczność zatrzymania postępującej degradacji społeczeństwa polskiego, walka o jego trzeźwość stała się wyzwaniem, wręcz palącą koniecznością.¹³

W XIX wieku, w szczególności w drugiej jego połowie, spontanicznie zawiązywały się różne pro-trzeźwościowe inicjatywy. Ruchy społeczne, medyczne, liczne bractwa, dla których zapleczem i wsparciem był Kościół katolicki, nawoływały naród polski do otrzeźwienia. Ich krótką, ale intensywną działalność przyniosła wymierne efekty. Pod koniec XIX wieku spożycie czystego spirytusu wśród Polaków spadło do poziomu 2 litrów per capita. „To otrzeźwienie – pisał historyk Jan Kieniewicz – mogło być spontanicznym działaniem obronnym społeczeństwa, które poczuło się zagrożone w swym istnieniu”¹⁴.

Jednym z działaczy trzeźwościowych tego okresu, którego wysiłki zasługują na szczególne uznanie, był Henryk Gnatowski, autor publikacji „O alkoholu ze stanowiska lekarskiego i społecznego”¹⁵. Nakreślił nowatorski jak na tamte czasy, program systemowego przeciwdziałania alkoholizmowi, w którym zwracał uwagę nie tylko na konieczność walki ze skutkami pijaństwa, ale także na potrzebę profilaktyki, adresowanej głównie do dorastającej młodzieży.

Narodowy proces trzeźwienia zapoczątkowany w drugiej połowie XIX wieku nieprzerwanie trwał, z pozytywnym skutkiem, także w pierwszych dekadach XX wieku. W latach dwudziestych spożycie czystego alkoholu na głowę wynosiło nieco ponad 1 litr¹⁶. Niestety, druga wojna światowa i lata okupacji niemieckiej w Polsce, zniweczyły te sukcesy. Alkohol stał się narzędziem w hitlerowskiej polityce eksterminacji narodu polskiego. Jak podkreślał Kazimierz Moczarski w „Rozmowach z katem”, celem tej polityki było doprowadzenie do powszechnej choroby alkoholowej, do psychicznego i biologicznego skarlenia narodu.¹⁷

¹² Tamże, s.241.

¹³ Kieniewicz J., 1984, *Moment otrzeźwienia*, „Przegląd Powszechny” nr 7/8, s.157-170.

¹⁴ Tamże, s.168.

¹⁵ Gnatowski H., 1908, *O alkoholu ze stanowiska lekarskiego i społecznego*, Poznań, s.28.

¹⁶ *Mały Rocznik Statystyczny*, 1938, Warszawa, s.147.

¹⁷ Moczarski K., 1997, *Rozmowy z katem*, Warszawa, s.161.

Po II wojnie światowej na skutki polityki okupacyjnej nałożyły się nowe problemy: „trudne i pełne konfliktów procesy: masowe migracje, demobilizacja, urbanizacja wsi, rustyfikacja miast, szybka industrializacja, zerwanie tradycyjnych więzi społecznych, przekształcenia ról, zmiany systemów wartości itp.”¹⁸. W powojennej, chaotycznej rzeczywistości nastąpiło wymieszanie się tradycyjnie wiejskich i miejskich wzorców konsumpcji alkoholu. Powstał jeden skumulowany model, będący połączeniem wiejskiego picia rzadkiego ale za to „na umór”, z dawnym miejskim wzorcem picia częstego, ale ilości mniejszych. Nowy model łączył w sobie to co najgorsze, duże ilości i częste spożywanie.¹⁹

Komunistyczne władze, nie potrafiły znaleźć rozwiązania dla narastających z roku na rok problemów alkoholowych. Ich stanowisko wobec pogłębiającej się alkoholizacji społeczeństwa nacechowane było ideologicznie. Propaganda głosiła, że alkoholizm jest spuścizną systemu kapitalistycznego. Naiwnie prognozowano, że w socjalistycznym państwie zjawisko to zniknie. By tę wizję urzeczywistnić, wdrażano mechanizmy ścisłej kontroli państwa nad produkcją i obrotem napojami alkoholowymi, co z kolei przyczyniało się do rozwoju bimbrownictwa. W roku 1948 powołano do życia Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy, który miał tropić, karać i w efekcie radykalnie usuwać z przestrzeni społecznej wszelkie przejawy po-kapitalistycznej alkoholowej patologii. Opisana wyżej strategia z założenia nastawiona była na maskowanie problemów i propagandową gloryfikację nowego politycznego systemu.

Zmiana podejścia do alkoholu i problemów z nim związanych możliwa stała się dopiero w roku 1956. Przeobrażenia polityczne tego okresu otworzyły pole do dyskusji o niepokojąco rosnącym spożyciu napojów alkoholowych w Polsce. Sejm uchwalił wówczas pierwszą powojenną Ustawę o zwalczaniu alkoholizmu²⁰. Jednak poziom spożycia alkoholu w następnych dziesięcioleciach rósł nadal, co odzwierciedlają statystyki. Alarmujący pułap osiągnięty został pod koniec lat siedemdziesiątych. Wówczas statystyczny Polak, według tylko oficjalnych ustaleń, wypijał osiem litrów czystego alkoholu rocznie. Dane dotyczące konsumpcji alkoholu z nielegalnych źródeł nie są znane, ale zakłada się, że było to nie mniej niż 20-30% oficjalnego spożycia.

Sytuacja stała się na tyle poważna, że zajęli się nią naukowcy. W wydanym przez Komitet Polskiej Akademii Nauk ekspertyzie zatytułowanej „Polska 2000”, zwracano uwagę między innymi na wielkość strat, które alkohol powoduje w gospodarce i w życiu

¹⁸ Moskalewicz J., 1988, *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982*, Warszawa, s.46-47.

¹⁹ Tamże, s.48.

²⁰ *Ustawa o zwalczaniu alkoholizmu*, Dz. U. 1956 nr 12, poz. 62.

społecznym. Rozpoczęła się ogólnokrajowa dyskusja o alkoholizmie i problemach z nim związanych²¹. W dzieło propagowania trzeźwości w roku 1980 włączyła się „Solidarność” wspierana przez Kościół katolicki. W klimacie przemian społecznych rodziła się Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, którą uchwalono w 1982 roku²². Już w samej nazwie tego dokumentu, dostrzec można zasadniczą zmianę, jaka dokonała się w podejściu do głównego zagadnienia. Podczas gdy w akcie z 1956 roku ustawodawca wypowiadał alkoholizmowi walkę, która w założeniu, jak każda walka, prowadzić ma do zwycięstwa i ostatecznego pokonania wroga, to w roku 1982 pojęcie walki zastąpiono terminem przeciwdziałania problemom wynikającym z konsumpcji alkoholu. W pojęcie przeciwdziałania wpisany jest procesualny charakter podejmowanej aktywności. Przeciwdziałanie jest permanentne, obliczone na długi czas, nie zwiastuje zwycięstwa, ale zapowiada systematyczne modyfikowanie przyjętych strategii i umiejętne dobór środków do dynamicznie zmieniających się potrzeb. W ustawie z 1982 roku – to także ważna zmiana – wyraźny nacisk położono również na profilaktykę.

Kolejny punkt zwrotny w historii polskich problemów alkoholowych przypadł na czas transformacji ustrojowej. Gwałtowne przemiany społeczno-ekonomiczne tego okresu znalazły swoje odzwierciedlenie w dziedzinie problemów alkoholowych, które nabrały nowego wymiaru i dynamiki. W izolowanej dotąd od wpływów świata zachodniego Polsce wystąpiło zjawisko, które można określić mianem zachwytu i bezkrytycznego naśladownictwa wszystkiego co stamtąd. Szybko upowszechniał się nowy styl życia, oparty na wartościach promujących młodość, szczęście i sukces. Ten ostatni stał się wyznacznikiem ludzkich dążeń i pragnień. Sukces, jeśli ma być pełny, musi być wyeksponowany, a najpełniejszy swój wyraz uzyskuje w dziedzinie konsumpcji. Modne stało się „bywanie w pubach”, które na wzór zachodni, skupiały głównie młodych ludzi. Biesiadowanie odbywało się głównie przy piwie, którego popularność zaczęła rosnąć w niesłychanym tempie.²³

Od lat pięćdziesiątych poczynając, poprzez następne dekady, poziom konsumpcji piwa systematycznie wzrastał, co więcej, wzrasta nadal. W ostatnich latach w przeliczeniu na jednego mieszkańca ilość rocznie wypijanego piwa zbliżyła się do 100 litrów. Pod postacią piwa statystyczny Polak wypija aż pięć i pół litra czystego alkoholu. Dla porównania, w roku

²¹ Leonhard B., 1979, *Powojenne zmagania z pijaństwem i alkoholizmem*, „Zdrowie i trzeźwość” nr 6, s.12.

²² *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230.

²³ Sierosławski J., 1997, *Normy wieku inicjacji alkoholowej*, „Alkoholizm i narkomania” nr 4, s.629.

1993 wypijaliśmy trzydzieści trzy litry piwa, co w przeliczeniu dawało 1,82 litra czystego alkoholu. Aktualnie spożycie piwa jest więc trzykrotnie wyższe niż 25 lat temu.²⁴

Wśród zamożniejszej części społeczeństwa w latach dziewięćdziesiątych odnotowano znaczny wzrost zainteresowania winem. Pojawiła się nawet nieco snobistyczna moda na zakładanie wzorem francuskim, domowych piwniczek. Jednak po okresie wzmożonej fascynacji, przypadającej na lata 1996-2005, zainteresowanie to zaczęło wyraźnie spadać i aktualnie spożycie wina jest nawet nieznacznie niższe niż w roku 1993, kiedy to statystyczny Polak wypijał je w ilości siedmiu i pół litra rocznie (co w przeliczeniu dawało ok. 0,9 litra czystego alkoholu). Obecnie szacuje się, że Polacy wypijają około siedmiu litrów wina na głowę rocznie (co daje ok. 0,7 litra czystego alkoholu). W porównaniu do okresu sprzed dwudziestu pięciu lat nie zmieniło się natomiast spożycie wódki. Zarówno w 1993 roku jak i obecnie, statystyczny Polak wypija jej 3,2 litra rocznie.²⁵

Podane wyżej wielkości, odnoszące się do aktualnego spożycia alkoholu w Polsce są niepokojące. Pod postacią piwa, wina i wódki łącznie w przeliczeniu na osobę wielkość konsumpcji sięga alarmującego poziomu 10,3 l czystego alkoholu. Polacy piją dużo. Piją o wiele za dużo. Na tle innych krajów europejskich wciąż znajdujemy się w niechlubnej czołówce. Struktura alkoholowej konsumpcji w Polsce zdominowana jest przez piwo (58,4%), na drugim miejscu wymienić należy wódkę i wyroby spirytusowe (34,2%), trzecie miejsce zajmuje wino oraz miody pitne (7,4%).²⁶

Warto przy tym pamiętać, że statystyczne dane to wielkości uśrednione. W rzeczywistości rozkład spożycia alkoholu w całej populacji wygląda nieco inaczej. W każdym społeczeństwie są bowiem osoby, które alkoholu nie piją w ogóle, ale też są i takie, które piją go w ilościach znacznie przekraczających statystyczną średnią. Ocenia się, że około 20-30% populacji stanowią osoby niepijące (abstynenci). Będą wśród nich ludzie starsi, chorzy, będą kobiety w ciąży, matki karmiące, będzie młodzież, a przynajmniej jej część. Natomiast wśród pijących alkohol dorosłych Polaków, „aż 25% sięga po alkohol co najmniej raz w tygodniu (38% mężczyzn i ponad 10% kobiet). Grupa osób najwięcej pijących (powyżej dwunastu litrów czystego alkoholu rocznie), która stanowi 7,3% konsumentów napojów alkoholowych, spożywa 46,1% całego wypijanego alkoholu”²⁷. W tej grupie znajdziemy osoby

²⁴ *Spożycie alkoholu w Polsce* - dane opublikowane na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dostęp online: parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki, [10.06.2018].

²⁵ Tamże.

²⁶ Tamże.

²⁷ Zgliszczyński W., dz. cyt., s.2.

uzależnione od alkoholu (Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych szacuje, że w Polsce takich osób jest ok. 800 tysięcy)²⁸ oraz osoby pijące ryzykownie/szkodliwie (PARPA podaje, że takich osób może być w Polsce nawet dwa i pół miliona)²⁹. Grupa osób mało pijących (do 1,2 l czystego alkoholu rocznie), która stanowi 46,9% konsumentów, wypija 4,9% całości spożywanego alkoholu³⁰. Dysproporcje dotyczące wielkości spożycia napojów alkoholowych przez różne grupy w rzeczywistości są więc ogromne.

Warto w tym miejscu zastanowić się, kto tworzy grupę najwięcej pijących Polaków. Do niedawna w świadomości społecznej utrzymywał się nierzeczywisty i ocennie nacechowany stereotyp osoby pijącej. Wydawało się, że skłonność do nadużywania alkoholu powiązana jest przede wszystkim z niskim wykształceniem, z brakiem życiowych perspektyw. Upijanie się kojarzone było z przynależnością do grup zmarginalizowanych, z wykluczeniem społecznym. Alkoholikiem, pogardliwie nazywano kogoś, najczęściej mężczyznę, kto w odróżnieniu od „porządnych obywateli” ostentacyjnie popijał w bramie lub pod tzw. „budką z piwem”, w towarzystwie równie jak on sam szemranych typów. Taka uproszczona wizja rzeczywistości to niewątpliwie spuścizna PRL-u i polityki komunistycznych władz, nastawionej na negowanie, umniejszanie znaczenia i maskowanie wielu problemów społecznych, do których zaliczał się też alkoholizm.³¹

Stereotypy odmiennie waloryzowały spożywanie alkoholu również ze względu na płeć. To co uchodziło mężczyznom, dla kobiet było zakazane. Widok pijanego mężczyzny na ulicy nie wzbudzał co prawda sympatii, ale też wydawało się, że można to zjawisko jakoś zrozumieć czy zaakceptować. Ironiczny uśmiech, niesmak, politowanie, złośliwe komentarze, to były zwyczajowe reakcje wobec pijanego mężczyzny. Pijana kobieta wyzwaliała dużo silniejsze emocje: pogardę, odrazę, oburzenie, wyraźną dezaprobatę. Kobieta w barze, pijąca publicznie piwo czy inny napój alkoholowy, to był widok niemal nieprzyzwoity. Uważano, że „takich rzeczy” kobietom po prostu robić nie wypada. Relatywnie niskie było także społeczne przyzwolenie na picie alkoholu przez młodzież. Różne źródła podają, że z takimi stereotypowymi przekonaniem na temat picia alkoholu mieliśmy do czynienia jeszcze do niedawna. W pewnej części pozostają one nadal aktualne, ale tradycyjne wyobrażenie

²⁸ *Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych*, informacja opublikowana na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dostęp online: <http://www.parpa.pl/index.php/33-analazy-badania-raporty/132-statystyki>, [01.06.2018].

²⁹ Tamże.

³⁰ Zgliszczyński W., dz. cyt., s.2.

³¹ Wnuk M., Marcinkowski T., 2012, *Alkoholizm – przegląd koncepcji i metod leczenia*, „Hygeia. Public Health” nr 47 (1), s.50.

na temat spożywania alkoholu i problemów z alkoholem powiązanych, poszerza się dziś o nowe zjawiska, które są już na tyle rozpowszechnione we współczesnej kulturze, że nie sposób ich nie zauważyć.

Obecnie na scenę problemów alkoholowych wkraczają nowi aktorzy. To coraz częściej postaci ze świata dobrobytu, wykształceni i majątni przedstawiciele elit. Zjawisko alkoholizacji wśród najlepiej wykształconych i zarabiających Polaków może nie jest jeszcze tak bardzo rozpowszechnione jak w innych krajach, ale w oparciu o istniejące dane, można stwierdzić, że tendencja ta staje się wyraźna³². W wielu państwach zachodnich, np. w USA, jest ona już tak utrwalona, że zaczęto nawet używać specjalnego terminu na określenie tego zjawiska. Mówi się tam o HFA (High Functioning Alcoholics), czyli alkoholikach wysoko funkcjonujących. Należą do nich osoby dobrze zarabiające, odnoszące sukcesy zawodowe, posiadające rodziny, cieszące się uznaniem, autorytetem, nienagannie wyglądające. To tzw. „alkoholicy z klasą”, przedstawiciele wysoko cenionych zawodów. Bardzo podobnie rzecz ma się w Polsce. Grupy zawodowe charakteryzujące się wysokim poziomem spożycia alkoholu to m.in. dziennikarze, lekarze, dentyści, architekci, inżynierowie³³. Zarabiają tyle, że stać ich na to, by odwlec w czasie wystąpienie negatywnych konsekwencji nadmiernego picia, a jeśli już konsekwencje te wystąpią, mogą przynajmniej skutecznie je maskować. Wśród HFA spotykamy zarówno mężczyzn, jak i kobiety.

Rosnąca liczba pijących kobiet to kolejna zauważalna zmiana w obszarze alkoholowej konsumpcji. Do spożywania alkoholu przyznaje się obecnie 80% Polek. Jedyne 20% to zadeklarowane abstynentki. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez TNS Polska³⁴, odsetek pijących pań w całej populacji zbliża się powoli do liczby pijących panów (89%). Z kolei wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS³⁵ wyraźnie wskazują, że w młodym pokoleniu, to jest wśród osób pomiędzy 25 a 34 rokiem życia, odsetek pijących kobiet jest nawet wyższy niż odsetek pijących mężczyzn. Te młode kobiety są z reguły dobrze wykształcone, aktywne zawodowo i finansowo niezależne. Na co dzień pochłonięte pracą, konsumują alkohol głównie w weekendy. Piją aby się „wyluzować”, odprężyć. Piją

³²*Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 roku*, Raport z badań przeprowadzonych przez TNS Polska dla Związku Pracodawców Polskiego Przemysłu Spirytusowego, dostęp online: <http://www.tnsglobal.pl/jakpijapolacy/pdf/raport.pdf>, [06.06.2018].

³³*Kto pije w Polsce najczęściej? Prześwietlamy grupy zawodowe*, dostęp online: <http://warszawa.naszemiasto.pl/artykul/kto-pije-w-polsce-najwiecej-przeswietlamy-grupy-zawodowe,4346165,galop,t,id,tm.html>, [20/05.2018].

³⁴*Alkohol i kobiety*, artykuł opublikowany na stronie internetowej Instytutu Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dostęp online: <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/261-alkohol-i-kobiety.html>, [04.06.2018].

³⁵Feliksiak M., 2010, *Postawy wobec alkoholu*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, s.2.

w towarzystwie, przy alkoholu świętując zawodowe sukcesy. Piją odważnie, otwarcie, publicznie. Piją dużo, w sposób dotąd właściwy raczej mężczyznom. Są wolne od lęku, że ich wizerunek ucierpi na tym, iż piją. Bywają dumne z tego, że piją. Piją bo mogą, bo lubią, bo chcą. Z drugiej strony, coraz częściej po alkohol sięgają także kobiety, które ze swojego życia aż tak bardzo zadowolone nie są. Piją rozwódki, kobiety pozostające w separacji, kobiety samotne, które często w pojedynkę ponoszą trud wychowania dzieci. One piją inaczej niż te pierwsze. Piją w domowym zaciszu, kiedy nikt nie widzi, pomiędzy rozwieszaniem prania a mieszaniem zupy na jutrzejszy obiad. Te kobiety w alkoholu szukają ulgi, pocieszenia, stosują alkohol jako reduktor lęku, jak lekarstwo na spokojny sen. Eksperti z zakresu problemów alkoholowych wyraźnie zauważają, że liczba kobiet uzależnionych od alkoholu w ostatnich latach niebezpiecznie wzrasta. Szacuje się, że na trzech uzależnionych od alkoholu mężczyzn przypada jedna kobieta.³⁶

Następna istotna zmiana w trendach alkoholowej konsumpcji to rosnące spożycie alkoholu wśród młodzieży. Tu również trzeba obalić pewne utrwalone, ale nieodpowiadające rzeczywistości stereotypy. Dawniej zwykło się uważać, że po alkohol szybciej i częściej sięga młodzież problemowa, z tzw. „gorszych” domów, z dysfunkcyjnych rodzin, młodzież o niskim poziomie aspiracji edukacyjnych, z problemami szkolnymi, przynależąca do subkultur o kontestacyjnym czy buntowniczym charakterze. Dziś takie przekonania należy już włożyć między bajki. Aktualne badania wskazują, że młodzież pije, bo lubi, bo konsumpcję alkoholu utożsamia z dobrą zabawą. Najwięcej piją osoby w tzw. „dobrych domów”, w których nie występuje ani patologia, ani bieda. Dzieci z zamożnych rodzin piją obecnie nawet więcej niż ich gorzej sytuowani rówieśnicy, bo po prostu na więcej je stać. Młodzi ludzie nie piją dlatego, że nie radzą sobie ze swoim życiem lub kontestują świat, ale po, by życie było wesołe i przyjemne. W swych wyborach kierują się wartościami o charakterze hedonistycznym. Ponad połowa, bo aż 59% piętnastolatków w Polsce przyznaje się do spożywania alkoholu. Liczba pijących wzrasta wraz z wiekiem. Wśród maturzystów, czyli w kategorii wiekowej pomiędzy 18 a 19 rokiem życia, odsetek osób używających alkoholu wynosi aż 91%. Młodzież pijąca jest przy tym całkowicie świadoma faktu, że alkohol poważnie szkodzi zdrowiu. Jednak ani wiedza, ani świadomość zagrożeń, nie spełniają u niej roli czynnika ograniczającego spożycie. Młodzi ludzie konfrontowani ze sprzecznością jaka istnieje

³⁶ Szafrńska-Romanów A., *Elegancki alkoholizm. Jak piją współczesne Polki*, dostęp online: <http://zwierciadlo.pl/psychologia/elegancki-alkoholizm-jak-pija-wspolczesne-polki>, [30.05.2018].

między sferą poznawczą a behawioralną, najczęściej wzruszają lekceważąc ramionami, mówiąc, że „przecież wszyscy tak robią”.³⁷

Biorąc pod uwagę opisane powyżej prawidłowości, należy stwierdzić, że w obrazie alkoholowej konsumpcji na przestrzeni ostatnich lat zachodzą bardzo dynamiczne zmiany. Odciskają one swoje piętno także w wielu innych dziedzinach życia. W gruncie rzeczy, ze społecznego punktu widzenia, w którym bierze się pod uwagę szkody, jakie powoduje alkohol w życiu jednostek i zbiorowości, istotne znaczenie ma nie tylko sam poziom konsumpcji, określony przez ilość wypijanego alkoholu, ale właśnie ustalenie, kto alkoholu używa, w jaki sposób go używa i jakie skutki z tego używania wynikają. Wiadomo bowiem, że u różnego typu konsumentów, alkohol, choć sam w sobie jest zawsze li tylko substancją o charakterystycznych właściwościach chemicznych, może powodować odmienne konsekwencje.

Medyczne fakty, z którymi trudno dyskutować, wskazują że kobiety metabolizują alkohol inaczej niż mężczyźni. Z reguły mają one mniejsze od mężczyzn rozmiary ciała i ważą od nich mniej, a więc przy założeniu, że kobieta i mężczyzna przyjmą taką samą porcję alkoholu, u kobiety rozpuści się on w mniejszej ilości płynów wewnątrzustrojowych i jego stężenie w jej krwi będzie wyższe niż u mężczyzny. Intensywniejszemu wchłanianiu alkoholu przez organizm kobiety sprzyja ponadto estrogen. To między innymi dlatego panie upijają się szybciej. Organizmy kobiet biologicznie wykazują także mniejszą zdolność do radzenia sobie z negatywnymi skutkami spożywania alkoholu i podlegają szybszemu wyniszczeniu, niż ma to miejsce u mężczyzn. Podobną prawidłowość można zaobserwować w odniesieniu do młodych organizmów obojga płci, które aż do ukończenia dwudziestego piątego roku życia pozostają w trakcie intensywnych procesów rozwojowych. „W przypadku młodego, rozwijającego się organizmu nadużywanie alkoholu w krótkim czasie powoduje w nim nieodwracalne zmiany pod postacią różnego rodzaju uszkodzeń organicznych. Zaburzona zostaje również sfera psychiczna, gdzie głównie dochodzi do dysfunkcji pamięci i osłabienia krytycyzmu. Powstają konflikty w sferze interakcji społecznych. Koszty społeczne, ekonomiczne i zdrowotne wynikające z problemów alkoholowych młodzieży stanowią znaczne obciążenie dla społeczeństwa”³⁸.

³⁷ Śmigielska K., 2015, *Rozpowszechnienie używania środków psychoaktywnych wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Część II: Alkohol*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 96 (3), s.631.

³⁸ Żołnierczuk-Kieliszek D., Kulik T., Sidor R., Janiszewska M., Stefanowicz A., Pacian A., Pacian J., 2013, *Zachowania zdrowotne związane ze spożyciem alkoholu i wiedza młodzieży gimnazjalnej na temat skutków nadużywania alkoholu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” tom 19, nr 2, s.162.

W najbardziej ogólnej charakterystyce szkód jakie powoduje alkohol w żywym organizmie, zwykle zwraca się uwagę na toksyczne działanie aldehydu octowego, który jest głównym metabolitem alkoholu. Wchodzi on w reakcję z różnymi substancjami, które fizjologicznie występują w ludzkim organizmie. Pośrednio, właśnie poprzez swoje metabolity, alkohol oddziałuje negatywnie i upośledza funkcjonowanie wielu wewnętrznych układów: nerwowego, pokarmowego, krążenia, oddechowego, moczowego i hormonalnego, powodując w ich obrębie wiele znaczących i nieodwracalnych szkód³⁹. Eksperci z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wymieniają te szkody w następującym porządku:⁴⁰

- W obrębie układu nerwowego: polineuropatia, zmiany zanikowe mózdzku i mózgu, zwyrodnienia w płatach czołowych, ubytek szarej substancji mózgu, encefalopatia Wernickiego i inne.
- W obrębie układu pokarmowego: przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki jelit oraz upośledzenie wchłaniania, stany zapalne trzustki i wątroby (stłuszczenie, zwłóknienie, marskość) i inne.
- W obrębie układu krążenia: nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatia alkoholowa (zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego i powiększenie serca) i inne.
- W obrębie układu oddechowego: przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli i inne.
- W obrębie układu moczowego: ostra niewydolność nerek, wzrost stężenia kwasu moczowego we krwi i związane z tym objawy dny moczanowej i inne.
- W obrębie układu hormonalnego: nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników i zniszczenie ich struktury, hypogonadyzm i feminizacja mężczyzn, u kobiet zaburzenia miesiączkowania, zanik jajników, maskulinizacja i inne.

Ponadto alkohol osłabia system odpornościowy organizmu; zwiększa ryzyko zachorowalności na określone odmiany raka, w tym: przełyku, wątroby, gardła, krtani, tchawicy, piersi, wywołuje niedobory witamin i mikroelementów; sprzyja występowaniu zaburzeń widzenia, zmian skórnych, zapalenia wielonerwowego; powoduje zmiany w błonach

³⁹ Bąbała O., Działo J., Deptuła W., 2011, *Alkohol a zdrowie*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych” nr 1-2, s.189-194.

⁴⁰ *Szkody zdrowotne wywołane przez alkohol*, informacja opublikowana na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dostęp online: <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>, [15.05.2018].

śluzowych, w szpiku kostnym; prowadzi do zaburzeń procesów rozrodczych; wpływa na psychikę: wywołuje bezsenność, depresję, niepokój, prowadzi do prób samobójczych, zmian osobowości, odpowiedzialny jest za amnezję, psychozę alkoholową, halucynozę alkoholową, delirium tremens, otępienie. Spożywanie alkoholu nie jest więc i nie może być obojętne dla żadnego organizmu. Do przedstawionej wyżej długiej listy zagrożeń związanych ze spożywaniem alkoholu należy dla pełnego obrazu dopisać jeszcze jedno: od alkoholu można się uzależnić. Choć wydaje się to oczywiste, jednak dla porządku warto w tym miejscu przypomnieć, czym jest uzależnienie i jak się je rozpoznaje.

Przez długie lata uzależnienie od alkoholu powszechnie, zwane alkoholizmem, postrzegane było jako zjawisko przynależące raczej do obszaru moralności niż medycyny. Nałóg alkoholowy, niemożność powstrzymania się od picia oraz postępująca zdrowotna, społeczna i duchowa degradacja osoby pijącej, rozumiane były jako rezultat występowania u niej deficytów moralnych, jako przejaw słabości charakteru, brak woli poprawy. Dopiero w latach pięćdziesiątych XX wieku, dzięki badaniom Elvina Mortona Jellinka, amerykańskiego lekarza czeskiego pochodzenia, takie pojmowanie alkoholizmu zaczęło ustępować miejsca medycznej koncepcji choroby alkoholowej. Holistyczny model, który zaproponował Jellinek, zakładał, że alkoholizm jest chorobą, tak samo jak chorobami są nowotwory, gruźlica czy cukrzyca. I tak jak one, alkoholizm również wymaga leczenia, gdyż potencjalnie jest chorobą śmiertelną.⁴¹

W oparciu o koncepcję Jellinka „w latach pięćdziesiątych XX wieku w stanie Minnesota w USA pojawiła się pierwsza pionierska placówka, w której zapoczątkowano eksperymentalny program leczenia alkoholików. Program ten dał podstawy do stworzenia modelu Minnesota, ważnego dla kolejnych lat badań nad alkoholizmem. Model ten obejmował następujące założenia: alkoholizm jest chorobą polegającą na utracie kontroli nad piciem i na patologicznym pragnieniu alkoholu; u podłoża tej choroby leży zależność chemiczna; alkoholizm powinien być leczony jako choroba „bez winy”, nie zaś poprzez karanie osoby uzależnionej; alkoholizm jest chorobą chroniczną, złożoną z dwóch podstawowych poziomów, tj.: nałogowe zachowanie i problemy psychologiczno-społeczne; zaprzeczanie chorobie jest jej symptomem, można więc leczyć pacjentów, którzy negują jej istnienie”⁴². Świat medyczny wkrótce ostatecznie uznał koncepcję alkoholizmu jako choroby za stanowisko powszechnie obowiązujące, dając temu wyraz w zapisach zawartych w dwóch najważniejszych

⁴¹ Frąckowiak M., Motyka M., 2015, *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 96 (2), s.315.

⁴² Tamże.

klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych, tj. w DSM (Diagnostic and Statistical Manual, opracowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne) i w ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia). Są to systemy, które wyznaczają obowiązujące w medycynie kierunki postępowania diagnostycznego. Co kilka lat, w oparciu o nowe ustalenia płynące z badań naukowych i praktyki klinicznej, są one aktualizowane.

W podejściu do choroby alkoholowej w Polsce, według obowiązujących zapisów ICD-10, funkcjonują takie kategorie diagnostyczne: jak nadużywanie alkoholu, utożsamiane z używaniem szkodliwym i zespół uzależnienia. Używanie szkodliwe oznacza taki sposób przyjmowania alkoholu, który u osoby pijącej powoduje szkody somatyczne lub psychiczne. Postawienie rozpoznania wymaga stwierdzenia, że aktualna szkoda została spowodowana rzeczywiście używaniem substancji psychoaktywnej. W tym celu w diagnostyce stosuje się różnego rodzaju testy i kwestionariusze (np. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test, opracowany przez Światową Organizację Zdrowia). Zespół uzależnienia od alkoholu oznacza natomiast „kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie (często silne, czasami przemożne) przyjmowania alkoholu. (...) Przyjęcie alkoholu nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób poprzednio nieuzależnionych”⁴³. Zespół uzależnienia od alkoholu „oznaczony w ICD-10 kodem: F 10.2 można zdiagnozować przy występowaniu trzech lub więcej spośród sześciu objawów osiowych, przez co najmniej miesiąc, lub jeżeli utrzymywały się one krócej niż jeden miesiąc, ale występowały w sposób powtarzający się w ciągu ostatniego roku”⁴⁴.

Porównując zapisy obecnie obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 i nowej, piątej wersji DSM, która ukazała się w 2013 roku, zauważyć można pewną nową tendencję w obszarze diagnostycznym promowaną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Tendencja ta przejawia się odchodzeniem od stosowania terminów nadużywania alkoholu i uzależnienia od alkoholu. W ich miejsce wprowadzona zostaje jedna, ogólna kategoria zaburzenia związanego z używaniem alkoholu. Zakłada się przy tym, że zaburzenie to może mieć charakter łagodny, umiarkowany lub ciężki. Klasyfikacja DSM V określa aż jedenaście

⁴³ *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków-Warszawa, s.73.

⁴⁴ Frąckowiak M., Motyka M., dz. cyt., s. 317.

(zamiast siedmiu jak w DSM IV) kryteriów diagnostycznych, opisujących różne patologiczne stany, które mają związek ze spożywaniem alkoholu. Zalicza się do nich: „1/ Częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano; 2/ Uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia; 3/ Poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i niwelowaniem skutków picia; 4/ Głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia; 5/ Nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu; 6/ Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu; 7/ Ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych; 8/ Powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa; 9/ Spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu; 10/ Ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą przyjmowania znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu; 11/ Występowanie zespołu abstynencyjnego, które wiąże się z ujawnieniem się charakterystycznych dla tego zespołu objawów lub z używaniem alkoholu (czy innej zbliżonej substancji, np. benzodiazepiny) w celu zmniejszenia lub uniknięcia tych objawów”⁴⁵. Jeśli u pacjenta w okresie ostatnich 12 miesięcy wystąpiły 2 lub 3 z nich, mówimy wówczas o łagodnym charakterze zaburzenia, jeśli 4 lub 5 możemy uznać, że zaburzenie ma charakter umiarkowany. O zaburzeniu ciężkim mówimy wtedy, gdy pacjent zgłasza wystąpienie 6 lub więcej objawów.

Warto w tym miejscu zadać pytanie, przejawem jakich szerszych tendencji w medycznym podejściu do choroby alkoholowej są zmiany wprowadzone w DSM V i jakie implikują konsekwencje dla leczenia? Za najważniejszą z tych zmian środowiska lekarskie i terapeutyczne uznają fakt, że języka medycznego praktycznie znika kategoria uzależnienia

⁴⁵DSM V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), 2013, Washington, cytat za: Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej L., Samochowiec J., 2015, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 1 (28), s.56.

od alkoholu. W DSM V wyraźnie rezygnuje się też z diagnostyki wieloosiowej, która polegała na tym, że najpierw należało określić nasilenie poszczególnych objawów u pacjenta, a następnie odnieść je do odpowiednich skal kwantyfikujących. Odejście od diagnostyki wieloosiowej w gruncie rzeczy, oznacza zgodę na to, że diagnoza zaburzenia nie musi mieć charakteru wyłącznie kryterialnego. Otwiera się więc tu przestrzeń do posługiwania się w procesie diagnostycznym „nieostrymi” narzędziami, takimi jak empatia, intuicja i emocje klinicysty, które aktywizują się i ujawniają w indywidualnym kontakcie z pacjentem.

W tak rozumianej diagnozie zmienia się także rola pacjenta – z przedmiotowej, jak to miało miejsce wcześniej, na bardziej upodmiotowioną. W podejściu kryterialnym lekarz/terapeuta występując w pozycji autorytetu, miał za zadanie leczyć chorobę, stosując procedury i określając cele tego leczenia w sposób, który niekoniecznie uwzględniał oczekiwania czy ograniczenia pacjenta. Leczenie tym samym miało charakter mocno dyrektywny. Pacjent na ogół informowany był o tym, że choroba, na którą cierpi jest nieuleczalna i prowadzi do wyniszczenia, zaś alternatywą dla niej jest całkowita abstynencja. Oczekiwano od niego, że uzna swoją chorobę, tj. uzależnienie, przyjmując do wiadomości także jej nieuleczalny charakter. Wymagano, że pacjent będzie odtąd postrzegał samego siebie przez pryzmat tej choroby, to znaczy włączy fakt bycia uzależnionym w obszar własnej tożsamości. No i oczywiście, że będzie zachowywał całkowitą abstynencję. Dla wielu osób takie założenia okazywały się jednak zbyt trudne albo wręcz niemożliwe do przyjęcia. Pacjenci czując, że nie podołają formułowanym wobec nich oczekiwaniom, często wycofywali się z leczenia, porzucali terapię, choć bardzo potrzebowali pomocy i wsparcia. To między innymi dlatego, leczenie odwykowe w ostatnich latach nie mogło się pochwalić wysoką skutecznością. Pacjentom leczącym się z alkoholizmu, bardzo często zdarzały się nawroty.

Czytając zapisy zawarte w DSM V można zakładać, i taka była najprawdopodobniej intencja autorów, że leczenie prowadzone w oparciu o nowy paradygmat, będzie opierało się na bardziej zindywidualizowanym i wielopłaszczyznowym podejściu do pacjenta i jego choroby – w tej kolejności, a nie odwrotnie (choroby i pacjenta). Pacjent na pierwszym miejscu – co to w praktyce oznacza? Pamiętać należy o tym, że każda choroba rozwija się zawsze na indywidualnym podłożu psychicznym i fizycznym. Liczba i konstelacja objawów jest różna u poszczególnych osób. Pacjenci różnie do swojej choroby podchodzą: jedni ją uznają, inni kontestują. Odmiennie ją też waloryzują i nadają jej różne znaczenia. Indywidualnie kształtuje się motywacja do podjęcia leczenia i wytrwania w tym procesie. Różnice odnoszą się także do sposobu definiowania celów, jakie poprzez terapię pacjent chce/zamierza osiągnąć. Nie wszyscy pacjenci są w stanie, a przynajmniej nie od razu, zaakceptować wizję całkowitej

abstynencji. Nie wszyscy są gotowi pokornie uznać samych siebie za osoby uzależnione. W związku z tak różnymi uwarunkowaniami, oczekiwaniami, potrzebami i ograniczeniami osób cierpiących na zaburzenie związane z używaniem alkoholu, przed praktyką terapeutyczną i szeroko pojętym leczeniem pojawia się wyzwanie dotyczące poszerzenia oferty o nowe formy pracy i pomocy, np. o behawioralny trening samokontroli czy programy ograniczania picia albo redukcji szkód. Propozycje te wydają się całkiem dobrym rozwiązaniem dla osób z łagodnym lub umiarkowanym natężeniem zaburzenia.⁴⁶

Oczekując na ukazanie się niebawem jedenastej edycji klasyfikacji ICD (zapowiadana jest na rok 2018), można się zastanawiać, w których punktach i czy w ogóle, będzie ona zbieżna ze stanowiskiem zaprezentowanym w DSM V. Wydaje się jednak, że w obecnych realiach, potrzeba indywidualizowania procedur diagnostycznych i leczniczych ma charakter uniwersalny i nie dotyczy wyłącznie społeczeństwa amerykańskiego. Chodzi przecież o to, by systematycznie czynić leczenie bardziej dostępnym, elastycznym, otwartym na potrzeby pacjentów, bardziej przyjaznym, a przez to także bardziej skutecznym.

Tendencja, która na gruncie zmian wprowadzonych w DSM V zarysowuje się w sferze leczenia, polegająca na promowaniu zindywidualizowanego podejścia do problemów związanych z używaniem alkoholu, z uwzględnieniem szczególnej sytuacji każdego pacjenta, uwidacznia się również w innych, pozamedycznych obszarach. W dyskusjach prowadzonych w środowiskach związanych z profilaktyką, edukacją, zdrowiem publicznym czy polityką społeczną, wyraźnie podkreśla się, że w docieraniu z informacją, wsparciem czy pomocą, najlepiej sprawdzają się działania kierunkowe, specyficznym sprofilowane, czyli ogólnie rzecz biorąc takie, które uwzględniają zindywidualizowane potrzeby i oczekiwania beneficjentów. Bo tak jak nie ma jednego modelu terapii dla wszystkich pacjentów, tak nie ma i nie może być jednego uniwersalnego programu profilaktycznego czy jednego właściwego rozwiązania z zakresu polityki społecznej dla wszystkich palących problemów, jakie występują w przestrzeni społecznej. Każde środowisko ma bowiem swoje specyficzne potrzeby. Budowanie strategii skutecznych oddziaływań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wymaga przede wszystkim szczegółowej identyfikacji potrzeb różnych grup, funkcjonujących w lokalnych środowiskach, w poszczególnych dzielnicach, miastach, miasteczkach, wsiach, itp. Dynamika procesów związanych z rozwojem społecznym, ruchliwością w płaszczyźnie poziomej i pionowej, ze zmianami strukturalnymi rynku pracy, z różnicowaniem się modeli funkcjonowania rodziny i innych ważnych instytucji społecznych,

⁴⁶ Jakubczyk A., Wojnar M., 2012, *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria polska” nr 3, s.376-378.

w tym systemu kontroli społecznej, wymusza w zasadzie permanentne monitorowanie rzeczywistości pod kątem rozpoznawania i eksplorowania najbardziej problemowych obszarów, które wymagają jakiejś formy interwencji.

Wychodząc naprzeciw temu wyzwaniu, socjologowie z Uniwersytetu Gdańskiego w 2015 roku, przeprowadzili kompleksowe badania, w których uwagę swoją skoncentrowali na najbardziej istotnych problemach, powiązanych bezpośrednio i pośrednio z konsumpcją alkoholu w mieście. **Celem tych badań było szczegółowe określenie wzorców konsumpcji alkoholu przez mieszkańców Gdańska oraz rozpoznanie specyfiki problemów alkoholowych występujących na terenie miasta wraz ze wskazaniem na tej podstawie najbardziej pożądanych i adekwatnych do realnych potrzeb kierunków działalności profilaktycznej i interwencyjnej, zmierzającej do zapobiegania, redukcji i naprawy szkód, powstałych w związku ze spożywaniem alkoholu przez gdańszczan.** Badania przeprowadzone zostały na zlecenie Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień (GCPU) oraz Gminy Gdańsk.

Postępowanie badawcze, podporządkowane wyżej opisanemu celowi, obejmowało działania prowadzone równolegle w trzech obszarach. Pierwszy obszar dotyczył oceny sytuacji w mieście pod kątem ustalenia co do tej pory zostało zrobione i jakie są efekty przeprowadzonych działań. W tej części badania zastosowano metodę *desk research*. Polega ona na dotarciu przez badacza do istniejących danych statystycznych (danych zastanych) i poddaniu ich analizie w wybranym kontekście. Zastosowana procedura badawcza składała się z trzech zasadniczych etapów. Pierwszym były badania terenowe, podczas których zgromadzono dane, następnie poddano te dane weryfikacji we współpracy z przedstawicielami instytucji, które je sporządziły. W drugim etapie zebrane materiały poddano analizie ilościowej i jakościowej. Trzeci etap polegał na sformułowaniu wniosków i rekomendacji w odniesieniu do przyszłych działań.

Drugi obszar badań dotyczył diagnozy aktualnego stanu problemów alkoholowych wśród mieszkańców Gdańska. W tej części posłużono się metodą sondażową. Wśród dorosłych gdańszczan przeprowadzono badanie ankietowe. Dobór respondentów do badania miał charakter losowo-kwotowy. Losowano adresy gospodarstw domowych metodą ustalonej ścieżki, po czym pod wskazanym adresem zapraszano do udziału w badaniu osobę spełniającą kryterium kwotowe (płeć/wiek). W przypadku dwóch osób spełniających kryterium kwotowe, stosowano losowanie proste na podstawie metody: *kto ostatni obchodził urodziny?* Wyłonionym w ten sposób respondentom pozostawiano do samodzielnego wypełnienia kwestionariusz ankiety, który potem od nich odbierano. W ten sposób zbadano 1003 osoby.

Narzędzie zastosowane w badaniu, stanowiące załącznik do niniejszego opracowania, cechowało się wysokim stopniem standaryzacji. W kwestionariuszu łącznie zawarto 45 pytań, wśród których znalazło się 27 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte, 8 skalogramów i 11 pytań metryczkowych.

W trzecim obszarze, poszukiwane informacje pozyskano przy zastosowaniu metody jakościowej. Zdecydowano się tu na wyznaczenie dwu ścieżek postępowania. W ramach pierwszej z nich przeprowadzono 20 pogłębionych wywiadów indywidualnych z osobami, które były odbiorcami systemu wsparcia instytucjonalnego w związku z występowaniem u nich uzależnienia. Próbkę badawczą skonstruowano w oparciu o dobór celowy. Znalazły się w niej osoby uzależnione w przeszłości od alkoholu (10 osób) i od narkotyków (10 osób). Wszystkie osoby z uzależnieniem od narkotyków miały w swojej historii także problemy alkoholowe (w obrębie problemów związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych często bowiem dochodzi do występowania takich zjawisk jak politoksykomania, zależność mieszana, zależność krzyżowa). W grupie osób badanych z uzależnieniem od alkoholu znalazły się 3 kobiety i 7 mężczyzn. W grupie badanych uzależnionych od narkotyków znalazło się 5 kobiet i 5 mężczyzn. W ramach drugiej ścieżki badawczej zdecydowano się na przeprowadzenie pogłębionego wywiadu zogniskowanego (metoda fokusowa) z grupą ekspertek i ekspertów z zakresu profilaktyki, leczenia uzależnień i pomocy. Osoby do udziału w tej części badania wskazała instytucja zamawiająca czyli GPCU. Łącznie w grupie fokusowej znalazło się 12 osób reprezentujących: Straż Miejską, Monar, Mrowisko, Towarzystwo Brata Alberta, Stowarzyszenie na Rzecz Integracji Społecznej Klub Abstynenta „Przyszłość”. Byli wśród nich także terapeuci prowadzący terapię uzależnień i przedstawiciele rad dzielnic.

Działania prowadzone w ramach trzech wskazanych i opisanych wyżej obszarów, w których zastosowano odpowiednio metodę *desk research*, metodę sondażową oraz wywiady pogłębione (indywidualne i grupowe), zmierzały do tego, by finalnie, po zakończeniu całej procedury gromadzenia i analizy danych, znaleźć odpowiedź na kluczowy dla całego projektu problem badawczy i podporządkowane mu problemy szczegółowe. **Główny problem badawczy sformułowano w formie pytania: W jaki sposób mieszkańcy Gdańska używają alkoholu i czy istnieją specyficzne w tym zakresie wzorce konsumpcji oraz jakie problemy społeczne generuje spożywanie alkoholu przez gdańszczan i co należy zrobić, aby skutecznie te problemy rozwiązywać?**

Problemowi głównemu podporządkowane zostały problemy szczegółowe. Rozstrzygnięcia problemów szczegółowych zamierzano dokonać poprzez analizę danych zgromadzonych odpowiednio w badaniach prowadzonych w trzech wymienionych wyżej

obszarach. Dla obszaru pierwszego (*desk research* - analiza danych zastanych) problemy szczegółowe określono w sposób następujący:

1. Czy istnieją specyficzne cechy społeczności lokalnej i samego Gdańska, które mogą istotnie wpływać na dynamikę rozwoju problemów alkoholowych w mieście? Jakie to są cechy?
2. Jak powinien wyglądać program monitoringu problemów alkoholowych oraz działania zmierzające do ich ograniczenia? Co wynika z ewaluacji dotychczasowego Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych?
3. W jaki sposób są prowadzone prace nad przygotowaniem oraz implementacją monitoringu problemów alkoholowych w Gdańsku?
4. Jakie jest rozpowszechnienie problemów alkoholowych wśród lokalnej populacji oraz jakie są tego skutki?
5. Jakie działania na rzecz przeciwdziałania wzrostowi spożycia alkoholu i wynikającym z niego problemom alkoholowym zostały dotychczas podjęte oraz co ewentualnie należy zmienić, by były one jak najbardziej efektywne?

Dla obszaru drugiego (badania ilościowe, technika ankiety) problemy szczegółowe miały postać następującą:

1. Jaka jest struktura spożycia napojów alkoholowych w Gdańsku, czyli co, w jakich ilościach i z jaką częstotliwością piją gdańszczanie (piwo, wino, wódka i inne wyroby spirytusowe)?
2. Do jakich problemów/skutków prowadzi konsumpcja alkoholu przez gdańszczan? Czy konsumpcji alkoholu towarzyszy korzystanie z innych substancji psychoaktywnych? Czy, a jeśli tak to z jaką częstotliwością, po spożyciu alkoholu dochodzi do łamania reguł porządku społecznego (picie w pracy, jazda rowerem lub pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu)?
3. Jaka jest społeczna percepcja zjawiska spożywania alkoholu przez młodzież i ciężarne kobiety, czy badani upatrują w nim zagrożenia dla zdrowia i życia ludzkiego? Jakie przyjmują postawy wobec tego zjawiska?
4. Jakie zjawiska przynależne do obszaru patologii społecznej (przemoc w rodzinie, rozwój uzależnienia) wiążą się z konsumpcją alkoholu przez gdańszczan?
5. Czy mieszkańcy Gdańska wiedzą gdzie można szukać pomocy i wsparcia w rozwiązywaniu problemów alkoholowych? Czy znają instytucje zajmujące się leczeniem/terapią uzależnień? Czy potrafią identyfikować potrzeby osób uzależnionych? Czy są skłonni reagować w sytuacjach kryzysowych?

Dla obszaru trzeciego (badanie jakościowe wśród mieszkańców Gdańska) problemy szczegółowe obejmowały następujące kwestie:

1. Jakie są szczególne/indywidualne doświadczenia osób korzystających z pomocy instytucjonalnej w procesie leczenia/wychodzenia z uzależnienia? Jak osoby te oceniają otrzymaną pomoc pod kątem dostępności i jakości świadczonych usług?
2. Czy i w jaki sposób otrzymane wsparcie/pomoc doprowadziły do zmiany w funkcjonowaniu społecznym osób korzystających z nich? Jakie są realne efekty prowadzonych działań w ramach systemu wsparcia/pomocy, czy w rzeczywistości przyczyniają się one do poprawy jakości życia?
3. Jak funkcjonowanie systemu wsparcia postrzegają eksperci na co dzień pracujący w różnych instytucjach związanych z profilaktyką, leczeniem/terapią i udzielaniem innych form pomocy osobom uzależnionym? Czy system ten jest wystarczający w stosunku do realnie istniejących potrzeb?
4. Jakie główne potrzeby i problemy związane z prowadzeniem i rozwijaniem działalności tych instytucji identyfikują eksperci? Jakie widzą szanse w tym zakresie, jakie przeszkody i jakie wyzwania?
5. Czy eksperci zauważają nowe trendy w leczeniu/terapii i profilaktyce uzależnień? Jeśli tak, to jakie? I czy w oparciu o swoje doświadczenia zawodowe widzą/identyfikują potrzebę wprowadzenia zmian w ofercie skierowanej do potencjalnych odbiorców tak, aby pomoc udzielana osobom jej potrzebującym była jak najbardziej adekwatna do potrzeb i skuteczna.

Przedstawiony wyżej sposób sformułowania problematyki badawczej (problem główny i wynikające z niego problemy szczegółowe przyporządkowane do trzech obszarów) znalazł swoje odzwierciedlenie w strukturze niniejszego opracowania. Składa się ono z trzech rozdziałów, z których każdy prezentuje wyniki badań przeprowadzonych z zastosowaniem odmiennej metody (rozdział pierwszy: *desk research*, rozdział drugi: badanie ilościowe, rozdział trzeci: badanie jakościowe). Każdy z tych trzech rozdziałów, w końcowej części przedstawia syntetyczne wnioski sformułowane w odniesieniu do poczynionych ustaleń badawczych. Autorzy badań pokusili się tu także o sformułowanie praktycznych rekomendacji, z tą myślą, że mogą się one okazać przydatne nie tylko dla instytucji zlecających badanie. Wydaje się, że zarówno wyniki badań, wnioski z nich wynikające, jak i rekomendacje, mogą posłużyć jako ważny punkt wyjścia lub odniesienia wszystkim tym podmiotom, które do prowadzenia społecznie pożytecznej działalności potrzebują empirycznie zweryfikowanej wiedzy o otaczającej rzeczywistości. Publikacja niniejsza dedykowana jest w szczególności

różnego typu stowarzyszeniom, organizacjom pozarządowym, fundacjom, szkołom, świetlicom, poradniom, specjalistom i innym osobom oraz instytucjom, które łączy jeden wspólny cel: dążenie do uczynienia Gdańska miastem bezpiecznym i przyjaznym dla jego mieszkańców.

ROZDZIAŁ I

Analiza materiałów zastanych – *desk research*

Zaprezentowane w tym rozdziale opracowanie, sporządzone przy zastosowaniu metody zwanej *desk research*, wpisuje się w cykl działań ujętych w Gminnym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (zwany dalej w skrócie GPPiRPA), którego wersja na 2014 rok została przyjęta 30 października 2014 r. przez Radę Miasta Gdańska Uchwałą Nr LVIII/1443/14 (plus późniejsze zmiany).

Opracowanie to swoim zasięgiem czasowym obejmuje lata 2012–2014⁴⁷ i jako pierwsze prezentuje kompleksowe informacje dotyczące spożycia alkoholu i rozpowszechnienia problemów alkoholowych w Gdańsku. Dotychczas tego typu raporty realizowane na zamówienie Urzędu Miasta Gdańska odnosiły się jedynie do problematyki narkomanii.

Głównym celem niniejszego opracowania jest prezentacja informacji dotyczących zjawiska spożywania alkoholu w Gdańsku i rozpowszechnienia problemów z tym zjawiskiem związanych (zwanych dalej problemami alkoholowymi) oraz analiza działań podejmowanych na rzecz ich ograniczenia i rozwiązywania. Dzięki informacjom zawartym w tym opracowaniu możliwe stanie się dokładniejsze określenie celów, a także niezbędnych środków finansowych i instytucji, które powinny zająć się przeciwdziałaniem alkoholizmowi w kolejnych programach rocznych. Dużo miejsca poświęcono opracowaniu schematu monitoringu problemów alkoholowych z elementami ewaluacji GPPiRPA (rozd. 2.1.). Zdecydowano się na to z powodu niewielkiej liczby gotowych modeli konceptualnych odnoszących się do obszaru problemów alkoholowych, w przeciwieństwie do zjawiska narkomanii, gdzie modele takie istnieją i są wykorzystywane do interpretacji danych.

Podjęte działania nawiązują także do Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015 opracowanego na podstawie art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.) przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i przyjętego uchwałą nr 35/2011 Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 roku. Szczególnie jeśli chodzi o cel strategiczny 6.0.0.0: „Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki

⁴⁷ W przypadku niektórych danych statystycznych udostępnianych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) lub wojewódzkie urzędy statystyczne aktualizacja nie nastąpiła lub obejmowała aktualizację o dane za 2010 r. Wynika to z charakteru udostępniania danych w systemie statystyki publicznej, gdzie są one częstokroć umieszczane nawet z rocznym opóźnieniem w stosunku do końca okresu, który obejmują

i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz ograniczenie wydatkowania środków finansowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych”⁴⁸, który jest odpowiedzią na zdiagnozowany problem VI: „Pogarszająca się jakość działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wydatkowanie środków z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych za zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych (naruszenie art. 18 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi”⁴⁹. W powyższym dokumencie zapisano, że głównymi realizatorami tego celu są: PARPA, wojewodowie, samorządy województwa; w drugiej kolejności: uczelnie, RIO, NIK. Miejsce samorządów szczebla gminnego przewidziano tylko w przypadku planowanego działania 6.1.3.0. „Opracowanie i dystrybucja materiałów edukacyjnych (książek, przewodników, rekomendacji) dla osób zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych”⁵⁰. Dlatego też wysoko należy ocenić, podjętą przez Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień (GCPU) przy współpracy z Wydziałem Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku (WRS UMG), inicjatywę opracowania raportu zawierającego wyniki monitoringu problemu alkoholizmu i działań podejmowanych na rzecz jego przeciwdziałania wraz z elementami ewaluacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Należy jednocześnie przy tym zaznaczyć, że realizacja przez gdańskie władze samorządowe powyżej przytoczonego celu strategicznego obejmuje nie tylko zlecenie przygotowania niniejszego raportu, lecz także jego późniejsze upowszechnienie.

Aby zrealizować główny cel sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieją specyficzne cechy społeczności lokalnej i samego Gdańska, które mogą istotnie wpływać na dynamikę rozwoju problemów alkoholowych w mieście? Jakie to są cechy?
2. Jak powinien wyglądać program monitoringu problemów alkoholowych oraz działania zmierzające do ich ograniczenia? Co wynika z ewaluacji dotychczasowego GPPiRPA?
3. W jaki sposób są prowadzone prace nad przygotowaniem oraz implementacją monitoringu problemów alkoholowych w Gdańsku?

⁴⁸ *Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*, przyjęty 30 października 2014 r. przez Radę Miasta Gdańska Uchwałą Nr LVIII/1443/14, dostęp online: <https://www.gdansk.pl/download/2015-09/63134.pdf>, [14.05.2015].

⁴⁹ *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*, publikacja na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dostęp online: http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf, [18.06.2015]

⁵⁰ Tamże.

4. Jakie jest rozpowszechnienie problemów alkoholowych wśród lokalnej populacji oraz jakie są tego skutki?
5. Jakie działania na rzecz przeciwdziałania wzrostowi spożycia alkoholu i wynikającym z niego problemom alkoholowym zostały dotychczas podjęte oraz co ewentualnie należy zmienić, by były one jak najbardziej efektywne?

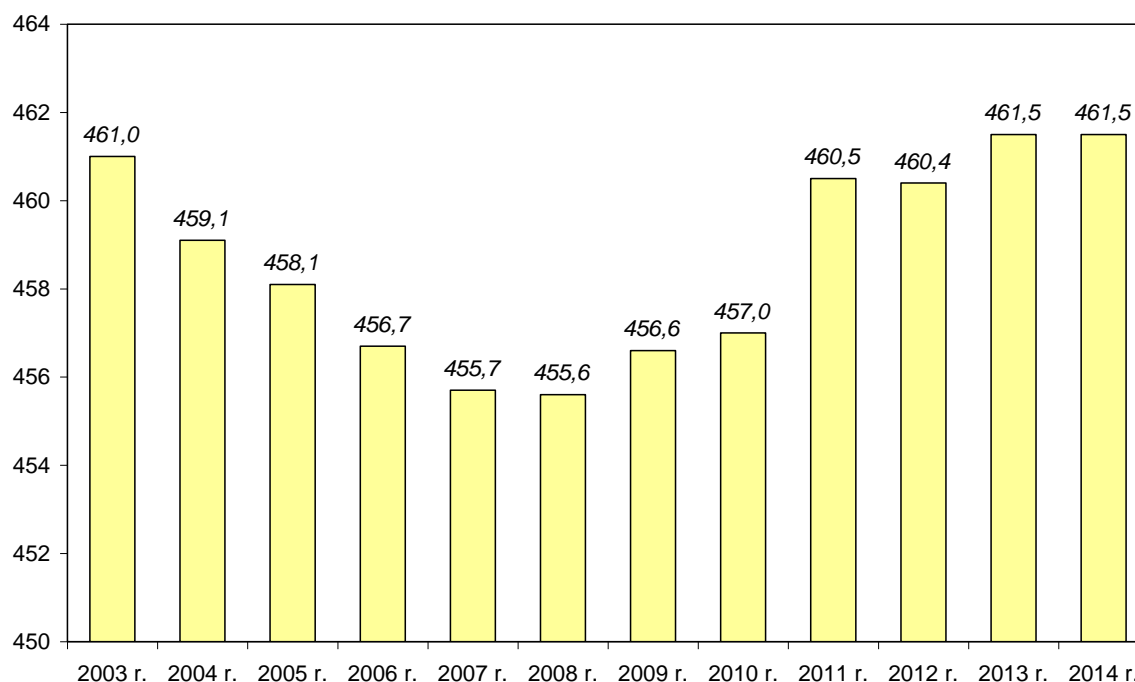
Zastosowana procedura badawcza składała się z trzech zasadniczych etapów. Pierwszym były badania terenowe, podczas których zgromadzono dane, które poddano weryfikacji we współpracy z przedstawicielami instytucji, które te dane sporządzały. W drugim etapie poddano analizie ilościowej i jakościowej zebrane materiały. Trzeci etap polegał na sformułowaniu wniosków i rekomendacji w odniesieniu do przyszłych działań.

1. Sytuacja ludnościowa i specyfika miasta

1.1. Sytuacja ludnościowa

W okresie po upadku systemu komunistycznego oficjalna liczba mieszkańców Gdańska (rozumiana jako liczba osób faktycznie zamieszkujących miasto) powoli rosła, osiągając maksimum w 2002 roku, by od następnego roku zacząć maleć, osiągając minimum w 2008 r. Od tego czasu notowana jest tendencja wzrostowa, która swoje maksimum osiągnęła w 2013 roku. W rozbiciu na poszczególne lata proces ten przedstawiono na ryc. 1.1.1. Należy zaznaczyć, że nie jest on typowy dla dużych polskich miast, gdyż większość z nich notuje ubytek ludności.

Ryc. 1.1.1. Zmiany liczby ludności miasta Gdańska w tys. w okresie 2003–2014



Należy mieć jednak na uwadze, że oficjalne dane przedstawione na ryc. 1.1.1. nie odzwierciedlają w pełni stanu faktycznego. Zgodnie z definicją stosowaną przez Główny Urząd Statystyczny rycina przedstawia „ogół osób zameldowanych na pobyt stały w danej jednostce administracyjnej i rzeczywiście tam zamieszkałych oraz osób przebywających czasowo i zameldowanych w tej jednostce administracyjnej na pobyt czasowy ponad 3 miesiące (do 2005 r. ponad 2 miesiące)”⁵¹. Problem polega na tym, że bardzo dużo osób zameldowanych na pobyt stały w danej jednostce administracyjnej nie przebywa w niej od dawna, gdyż wyemigrowało z niej w celach zarobkowych. A ponieważ nie ma kar za brak wymeldowania osoby nie przebywającej faktycznie w danej jednostce terytorialnej – powyższe dane należy uznać za znacznie zawyżone. Dość dobitnie określił to P. Kaczmarczyk, pisząc że „(...) bardzo istotna jest różnica między populacją *de iure* (teoretycznie zamieszkującą w kraju) oraz populacją *de facto* (rzeczywiście w Polsce przebywającą). Różnica ta wynika z tego, iż większość migrantów, pomimo często długotrwałego pobytu poza granicami kraju, wciąż jest traktowana jako stali mieszkańcy polscy – dzieje się tak ze względu na powszechne unikanie wymeldowywania się z rejestrów populacyjnych w kraju. W związku z tym wszelkie dane odnoszące się do tematyki ludnościowej powinny być traktowane jako poważnie zniekształcone, gdyż obejmują całkiem pokaźną – zwłaszcza w okresie poakcesyjnym – liczbę osób, które w istocie nie są już mieszkańcami Polski”⁵².

Spróbujmy zatem oszacować faktyczną liczbę mieszkańców Gdańska⁵³. W oficjalnych opracowaniach zakłada się bowiem, że skoro dany emigrant nie wymeldował się z pobytu czasowego w Polsce, to zamierza do niej wrócić. Nie jest jednak to przekonanie do końca uprawomocnione, gdyż taki emigrant (wobec braku kary) może nie dopełnić swojego obowiązku meldunkowego chociażby z lenistwa, a nie z chęci późniejszego powrotu do Polski. Według GUS liczba osób, które – zachowując zameldowanie na pobyt stały w Polsce – przebywają poza krajem powyżej 3 miesięcy, wynosiła na koniec 2014 roku 2 320 tys.⁵⁴. Jeżeli by zatem przyjąć założenie o przestrzennej proporcjonalności wyjazdów to by znaczyło,

⁵¹ Ludność – definicja pojęcia przyjęta przez Główny Urząd Statystyczny, dostęp online: <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/184,pojecie.html>, [20.11.2015].

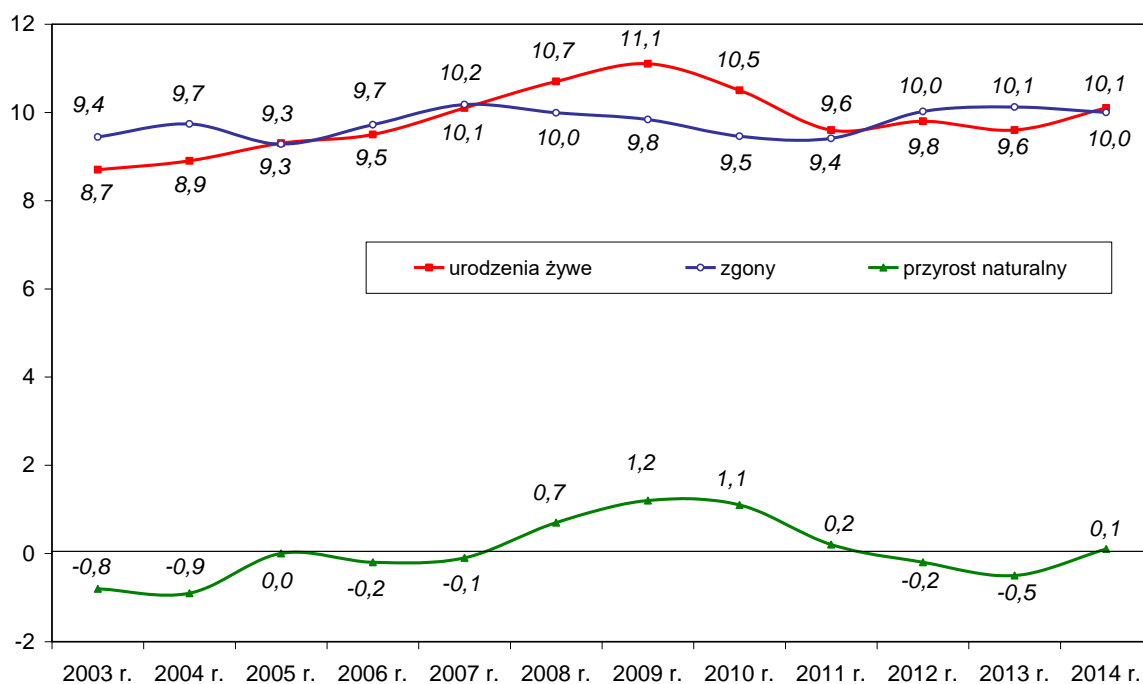
⁵² Kaczmarczyk P. (red.), 2008, *Współczesne migracje zagraniczne Polaków. Aspekty lokalne i regionalne*, Warszawa, s.14-15.

⁵³ Bez imigrantów krajowych oraz imigrantów obcokrajowców, którzy nie dopełnili obowiązku meldunkowego.

⁵⁴ Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004–2014 opublikowana na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego, dostęp online: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-ludnosc/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2014,11,1.html>, [20.11.2015]

że skoro poza granicami kraju przebywało około 6,03% jego ludności traktowanej jako rezydenci – a w przypadku Gdańska gdyby to taki sam odsetek, więc na koniec 2014 roku ludność Gdańska, zamiast 462 489 osób liczyłaby o 27 825 osób mniej, czyli 433 644 osoby⁵⁵. Mając na względzie powyżej podane przyczyny, także dane na temat ruchu migracyjnego oraz ruchu rzeczywistego należy traktować z dużą dozą nieufności. Natomiast dane na temat przyrostu naturalnego (ruchu naturalnego są wiarygodne).

Ryc. 1.1.2. Zmiany w przyroście naturalnym i jego składowych [na 1000 osób] w Gdańsku w okresie 2003–2014⁵⁶



Źródło: opracowanie na podstawie BDL GUS [20.11.2015].

Przez ponad połowę analizowanego okresu występował ujemny przyrost naturalny. Był on ujemny w latach 2003–2007 i powtórnie w okresie 2012–2013. Natomiast dodatni przyrost naturalny odnotowano w latach 2008–2011 oraz w 2014 roku (ryc. 1.1.2.). W odniesieniu do umieralności nie widać poważniejszych zmian – sprzyjające wzrostowi zgonów starzenie się mieszkańców Gdańska jest „równoważone” przez postęp w opiece medycznej i społecznej. Natomiast w zakresie urodzeń żywych do 2009 r. była notowana tendencja wzrostowa, która następnie przeszła w spadkową. Ogólnie możemy stwierdzić,

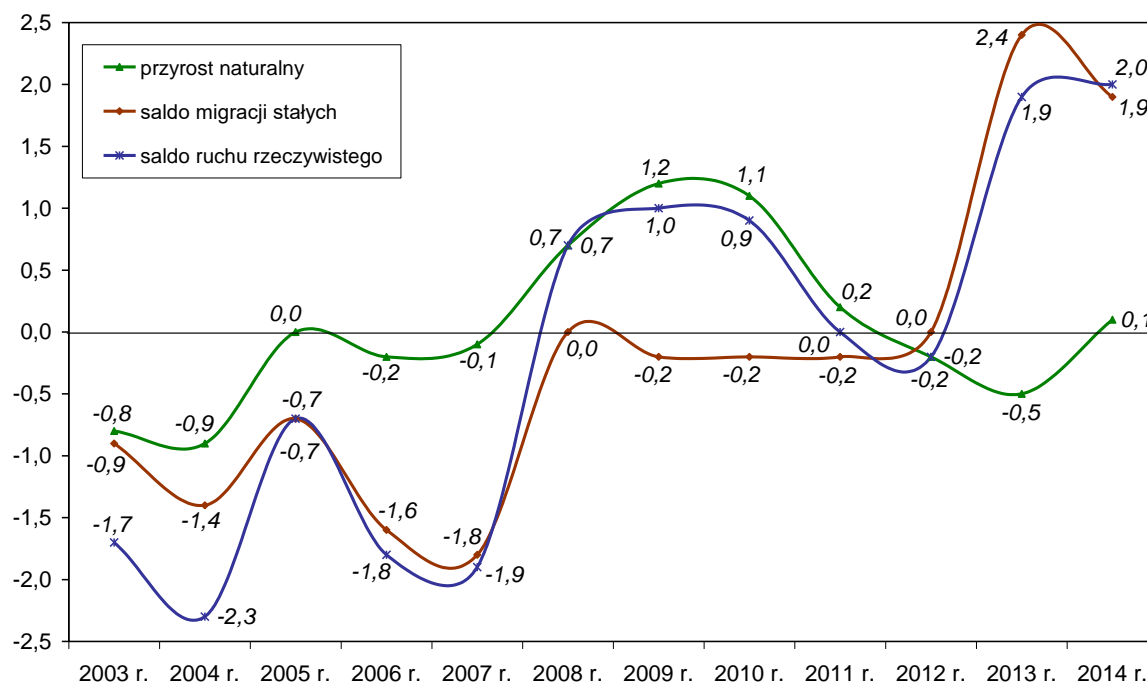
⁵⁵ Czyli tyle osób byłoby uprawnionych do korzystania z usług publicznych oferowanych przez władze miasta. Liczba ta nie obejmuje studentów oraz imigrantów zarobkowych (z Polski i zagranicy, którzy się nie zameldowali na pobyt czasowy).

⁵⁶ Zsumowanie wartości współczynnika urodzeń żywych i zgonów powinno być równe wartości współczynnika przyrostu naturalnego. Z wykresu tak nie wynika, ponieważ dane są prezentowane w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku, a obliczenia dokonywane z większą dokładnością.

że w zakresie zmian przyrostu naturalnego społeczeństwo gdańskie wpisuje się w teorię drugiego przejścia demograficznego.

O ile dane na temat migracji wewnątrz krajowych dość dobrze oddają rzeczywistą skalę i kierunek tego procesu, to dane na temat migracji zagranicznych (z przyczyn podanych wcześniej w tym rozdziale) już dość niedokładnie. Tym niemniej dane te są powszechnie używane, lecz z zaznaczeniem, że chodzi o dane obrazujące skalę migracji rejestrowanych (zameldowania i wymeldowania na pobyt stały).

Ryc. 1.1.3. Zmiany w ruchu rzeczywistym i jego składowych [na 1000 osób] w Gdańsku w okresie 2003–2014



Źródło: opracowanie na podstawie BDL GUS [20.11.2015].

Większość dużych miast w Polsce doświadcza permanentnie ujemnego salda migracji na pobyt stały. Jest to z jednej strony spowodowane przez ujemne saldo migracji wynikające z emigracji zarobkowej polskich obywateli, z drugiej jest skutkiem procesów suburbanizacji, w wyniku których mieszkańcy dużych miast wyprowadzają się do strefy podmiejskiej. Gdańsk w tym „schemacie” mieścił się w okresie 2000–2012, natomiast dla lat 2013–2014 wystąpiło dość nietypowe zjawisko polegające na wyraźnej przewadze imigracji stałych nad emigracją na pobyt stały (ryc. 1.1.3.). Jest to w całości efektem dodatniego salda migracji wewnątrz krajowych, gdyż saldo zagranicznych w tych dwóch ostatnich latach było ujemne. Taki stan rzeczy można wiązać ze wzrostem atrakcyjności Gdańska dla mieszkańców innych regionów Polski, ewentualnie z odwróceniem trendu emigracji do strefy podmiejskiej. Odrzucenie lub przyjęcie którejś z tych dwóch hipotez wymaga osobnych, szczegółowych badań.

Saldo ruchu rzeczywistego⁵⁷ przez nieco ponad połowę analizowanego okresu było ujemne, tzn. Gdańsk tracił mieszkańców, w jednym roku równe zero, a w pięciu latach dodatnie⁵⁸ (ryc. 1.1.3.).

Na początku analizowanego okresu cechą charakterystyczną populacji zamieszkującej Gdańsk był bardzo wysoki poziom umieralności niemowląt (ryc. 1.1.4.). Biorąc pod uwagę fakt, że w sąsiedniej Gdyni analizowany współczynnik przez cały czas przyjmował niskie wartości, a także, że dla Gdańska nagle począwszy od 2005 r. te współczynniki stają się dwukrotnie, a później nawet pięciokrotnie niższe – można pokusić się o postawienie hipotezy, że był to raczej błąd statystyczny niż faktyczny obraz sytuacji w Gdańsku. Większość zgonów niemowląt ma miejsce podczas pierwszych dni ich życia. W Gdańsku znajdują się wysokospecjalistyczne placówki medyczne, które przyjmują kobiety z patologią ciąży, a więc o większym prawdopodobieństwie zgonu nawet już urodzonego niemowlęcia. W ujęciu przestrzennym zgony noworodków powinny być zarejestrowane w tych gminach, na terenie których są zameldowane ich matki, a nie w tej gminie, na obszarze której nastąpił zgon. Zapewne do 2004 r. włącznie zgony wszystkich noworodków na terenie Gdańska były przypisywane do tejże gminy, bez uwzględniania stałego zameldowania ich matek⁵⁹. Obecnie sytuacja w tym zakresie nie różni się już od notowanej w innych dużych polskich miastach.

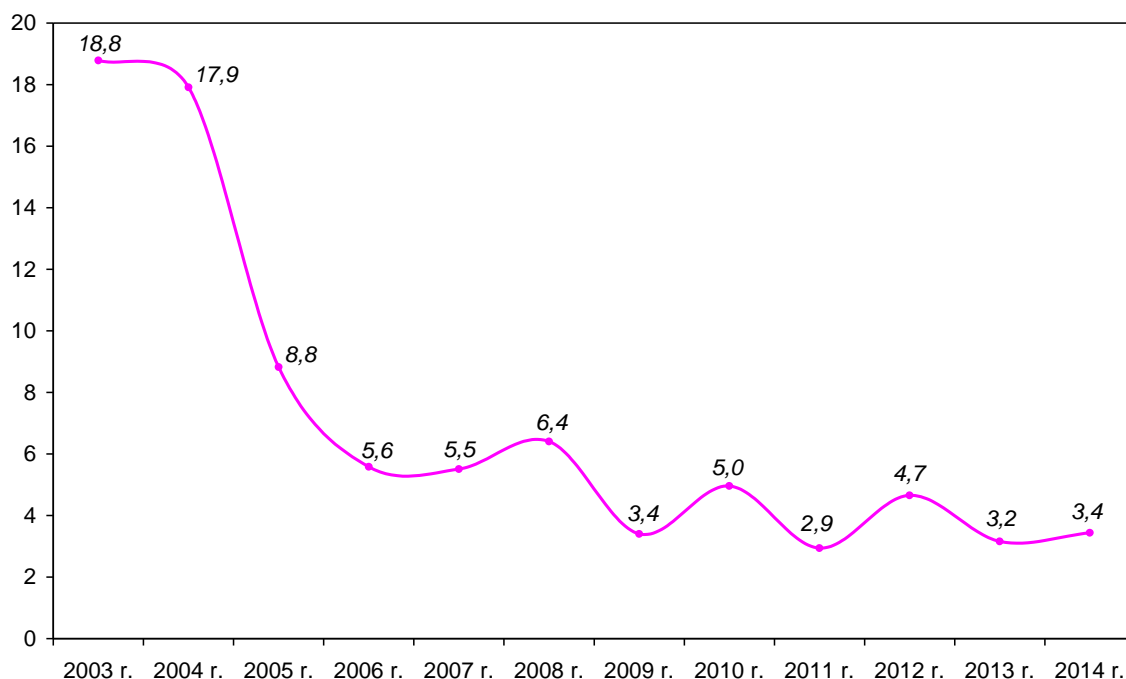
W zakresie struktury według płci nie widać istotniejszych zmian. Współczynnik feminizacji wyznaczony dla populacji zamieszkującej Gdańsk przez cały badany okres oscylował wokół 111, co jest typowe dla dużych polskich miast. Natomiast w zakresie struktury wieku widać postępujące starzenie się społeczeństwa. O ile w 2003 roku ludność w wieku poprodukcyjnym stanowiła 16,6%, to w 2014 r. było to już 22% populacji miasta. Towarzyszył temu spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym (odpowiednio z 17,6% do 16,2%), przy lekko zmniejszającej się liczbie osób w wieku produkcyjnym (odpowiednio 65,8% i 61,8%).

⁵⁷ W statystyce saldo ruchu rzeczywistego możemy mierzyć na dwa sposoby – licząc je jako sumę przyrostu naturalnego i salda migracji oraz jako wypadkową zmian liczby ludności pomiędzy dwoma profilami czasowymi. Oba podejścia mają swoje zalety i wady. A tym co je różni – jest przede wszystkim uwzględnianie lub nieuwzględnianie błędów w obliczaniu liczby ludności dla poszczególnych profili czasowych. Na potrzeby niniejszego opracowania, przy konstruowaniu ryc. 1.1.3. przyjęto pierwszą metodę.

⁵⁸ Co zresztą znajduje odzwierciedlenie w ryc. 1.1.1.

⁵⁹ Weryfikacja tej hipotezy wymaga oczywiście szczegółowych badań we wszystkich gdańskich szpitalach, w których przyjmuje się porody. Porównaj także Michalski T., 2004, *Przemiany poziomu umieralności mieszkańców Gdyni i Gdańska* [w:] Słodczyk J., Rajchel D. (red.), *Przemiany demograficzne i jakość życia ludności miast*, Opole, s.137–147.

Ryc. 1.1.3. Zmiany w poziomie umieralności niemowląt [na 1000 urodzeń żywych] w Gdańsku w okresie 2003–2014



Źródło: opracowanie na podstawie BDL GUS [20.11.2015 r.].

Projektując działania w długoterminowej perspektywie, warto mieć na uwadze, że według najnowszej prognozy demograficznej opracowanej przez GUS⁶⁰, liczba ludności Gdańska do 2030 r. spadnie do 447,3 tys.⁶¹.

Ze spożyciem alkoholu dodatkowo koreluje bezrobocie. Analiza danych za okres transformacji ustrojowej pozwala stwierdzić, że czas silnego oddziaływania tzw. bezrobocia transformacyjnego w Gdańsku już minął. Podobnie jak minął też czas silnych zmian w strukturze zatrudnienia. Stopa bezrobocia rejestrowanego⁶² na koniec 2003 r. osiągnęła 12,7%, by pod koniec 2014 r. wynieść 5,5%⁶³. Jest to z jednej strony zasługą szybkiego rozwoju gospodarczego, który dopiero w ostatnim okresie uległ wyhamowaniu. Z drugiej strony – wyjazdu znacznej liczby osób do pracy w bogatych krajach Unii Europejskiej.

⁶⁰ *Prognoza dla powiatów i miast na prawie powiatu oraz podregionów na lata 2014-2050 (opracowana w 2014r.)*, materiał opublikowany na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego, dostęp online: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-dla-powiatow-i-miast-na-prawie-powiatu-oraz-podregionow-na-lata-2014-2050-opracowana-w-2014-r-,5,5.html>, [20.11.2015].

⁶¹ Co będzie stanowiło spadek o 14,2 tys. (3,1%) w stosunku do 2014 roku.

⁶² Jest to udział zarejestrowanych bezrobotnych w cywilnej ludności aktywnej zawodowo, tj. bez pracowników jednostek budżetowych prowadzących działalność w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego, źródło: Główny Urząd Statystyczny, dostęp online: <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/2390,pojciec.html>, [20.11.2015].

⁶³ Dane z *Rynek pracy województwa pomorskiego według powiatów (Archiwum)*, opublikowane na stronie internetowej Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Gdańsku, dostęp online: http://wup.gdansk.pl/rynek_pracy/artukul/rynek-pracy-wojewodztwa-pomorskiego-wedlug-powiatow-archiwum.html, [20.11.2015].

Kolejną ważną grupą czynników wpływających na skłonność do sięgania po alkohol jest poziom zadowolenia z życia. W czerwcu 2014 r. przeprowadzono badania na temat oceny jakości życia przez mieszkańców Gdańska⁶⁴. Syntetyczna wartość wskaźnika ogólnego wyniosła 3,63 (wynik pozytywny). Najbardziej zadowoleni są mieszkańcy dzielnic środkowych i położonych bliżej Sopotu (Żabianka–Wejhera–Jelitkowo–Tysiąclecia, Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Zaspą Rozstaje, Zaspą Młyniec, Strzyża, Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Suchanino, Siedlce, Wzgórze Mickiewicza). Natomiast najgorzej jakość życia oceniają mieszkańcy peryferyjnych dzielnic położonych na południowym-wschodzie miasta (Orunia–Św. Wojciech–Lipce, Olszynka, Rudniki, Przeróbka, Stogi, Krakowiec–Górki Zachodnie, wyspa Sobieszewska). Tak więc jakość życia, rozpatrywana w ujęciu makroskali, nie powinna mieć raczej negatywnego wpływu, jeśli chodzi o motywacje do sięgania po alkohol, zwłaszcza te związane z chęcią ucieczki przed problemami życia codziennego.

Wnioski:

1. Liczba ludności mieszkającej w Gdańsku nie ulega poważniejszym zmianom, lecz zgodnie z prognozą GUS w perspektywie najbliższych kilkudziesięciu lat powinna maleć.
2. Oficjalnie dostępne dane statystyczne (udostępniane zarówno przez GUS, jak też przez instytucje miejskie w Gdańsku) nie odzwierciedlają faktycznej liczby mieszkańców miasta. W rzeczywistości liczba osób, które *in potentia* mają prawo korzystać z działań miasta w zakresie przeciwdziałania zjawisku alkoholizmu jest mniejsza. Jest to skutek braku wymeldowania osób, które wyemigrowały w celach zarobkowych i przebywają powyżej 3 miesięcy poza granicami Polski.
3. Z drugiej strony należy uwzględnić w Gdańsku obecność nieoszacowanej liczby osób (w tym z zagranicy), które przebywają w mieście od dłuższego czasu nie meldując się.

⁶⁴ Badanie zostało przeprowadzone w dniach 16–30 czerwca 2014 r. na reprezentatywnej próbie 1616 dorosłych mieszkańców Gdańska. Próba została dobrana proporcjonalnie w stosunku do liczebności mieszkańców w 34 pomocniczych jednostkach organizacyjnych (dzielnicach). Badanie zostało zrealizowane na zamówienie Urzędu Miasta Gdańska a jego wyniki zawiera opracowanie: Brosz M., Załęcki J., 2014, *Jakość życia w Gdańsku. Studium jakości życia. Raport z badań przeprowadzonych wśród mieszkańców Gdańska*, Gdańsk.

1.2. Specyfika miasta

Na tle innych wielkich miast w Polsce Gdańsk posiada trzy elementy charakterystyczne, które wpływają na występowanie problemów alkoholowych. Powinny być one uwzględniane przy formułowaniu programów dotyczących ich rozwiązywania. Są to:

1. Istnienie ruchliwych przejść granicznych,
2. Duża liczba turystów,
3. Funkcjonowanie Gdańska w ramach konurbacji.

Poprzez fakt posiadania na swoim terytorium przejść granicznych Gdańsk może pełnić rolę „bramy wwozowo-wywozowej” dla nielegalnego alkoholu przekraczającego granice Polski i Unii Europejskiej. Jest jedynym miastem w kraju, które w swoich granicach ma jednocześnie lotnicze i morskie przejścia graniczne, na których dodatkowo panuje ożywiony ruch (tabl. 1.1.1.). Oprócz tego część jego granic administracyjnych jest jednocześnie morskimi granicami państwa (i Unii Europejskiej). Ponadto w sąsiedniej Gdyni znajduje się drugie morskie przejście graniczne, wprawdzie o mniejszych przeładunkach, lecz za to o dużo większej liczbie odprawianych pasażerów. O ile pasażerowie i ładunki z portu lotniczego oraz ładunki z portu morskiego są odprawiane do wielu krajów świata; o tyle pasażerowie z portu morskiego w zdecydowanej większości tylko do/ze Szwecji. Ruch pasażerów na gdańskim lotnisku zaczął gwałtownie rosnąć, poczynszy od wstąpienia Polski do UE. Port morski w Gdańsku stanowi najważniejszy port w Polsce, a port lotniczy trzeci co wielkości (po Warszawie i Krakowie).

Drugim elementem specyfiki Gdańska na tle innych wielkich miast w kraju jest duża liczba turystów. W Gdańsku koncentruje się z jednej strony typowa turystyka miejska (z racji wielu wysokiej klasy zabytków oraz imprez o zasięgu ogólnokrajowym i europejskim); a z drugiej strony wypoczynkowa, zlokalizowana w pasie nadmorskim. Ponadto Gdańsk stanowi cel krótkich wycieczek dla turystów wypoczywających na Pojezierzu Kaszubskim oraz w innych miejscowościach nadmorskich. Oprócz tego sąsiedni Sopot jest traktowany jako letnia stolica Polski i w efekcie sezonowo przyciąga rzesze turystów. Według szacunków Gdańskiej Organizacji Turystycznej w 2014 roku Gdańsk odwiedziło 7 mln osób, z tego 1,4 mln możemy uznać za turystów, a 5,6 mln za odwiedzających⁶⁵. Tak duża liczba osób wizytujących Gdańsk

⁶⁵ Opracowano na podstawie dwóch raportów: 1/Raport. *Turystyka gdańska w I kwartale 2014 r. oraz podsumowanie okresu badania w II, III i IV kwartale 2013 roku oraz w I kwartale 2014 roku*, badanie zrealizowane przez Instytut Eurotest, dostęp online: http://www.gdansk4u.pl/uploads/www.gdansk.pl_53455.pdf, [20.11.2015] oraz 2/Raport z badań. *Turystyka gdańska w IV kwartale 2014 r. Podsumowanie badań turystyka gdańska w II, III i IV kwartale 2014 roku*, badanie zrealizowane przez Ośrodek Badań Społecznych „INDEX” dostęp online:

przyczynia się do zwiększenia poziomu spożycia alkoholu i tym samym sprzyja nasilaniu się w mieście problemów alkoholowych.

Tabl. 1.1.1. Międzynarodowy ruch pasażerski i towarowy na gdańskich przejściach granicznych w latach 2003–2014

Ruch pasażerski [w tys. osób]							
Lata	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Port morski	21,3	23,8	23,9	23,8	20,8	18,7	19,5
Port lotniczy **	181,0	290,1	474,4	1017,1	1431,9	1704,9	1669,3
Lata cd.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.		
Port morski	28,3	26,3	27,5	30,5	31,9		
Port lotniczy **	1975,9	2162,6	2309,2	2515,0	2724,1		
Ruch ładunków [w mln ton]							
Lata	2003 r.	2004 r.	2005 r.	2006r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
Port morski *	273,7	172,6	198,3	156,5	170,8	175,1	147,9
Port lotniczy ***	2,0	2,3	2,6	2,8	3,3	3,2	2,7
Lata cd.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.		
Port morski *	157,0	150,4	146,7	125,8	121,2		
Port lotniczy ***	3,0	3,2	3,3	3,8	5,0		

* –liczono razem załadunek łącznie z tranzytem oraz wyładunek łącznie z tranzytem

** –liczono razem zagraniczny regularny ruch lotniczy i zagraniczny nieregularny ruch lotniczy.

*** –liczono razem przewozy cargo w przywozie i wywozie w lotach międzynarodowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie materiałów Urzędu Statystycznego w Gdańsku, BDL GUS [20.11.2015] oraz danych statystycznych portu lotniczego w Gdańsku, dostęp online: <http://www.airport.gdansk.pl/airport/statistic>, [20.11.2015].

Trzecim elementem specyfiki Gdańska jest to, że razem z sąsiednią Gdynią i Sopotem tworzy zwarty terytorialnie rdzeń konurbacji, która razem ze strefą podmiejską obejmuje prawie milion mieszkańców. Poza Konurbacją Górnośląską pozostałe aglomeracje w kraju posiadają tylko jedno miasto stanowiące rdzeń aglomeracji⁶⁶. Zatem rozpatrując wszelkie działania podejmowane w związku z problemami alkoholowymi – powinny być one analizowane w powiązaniu z podobnymi działaniami inicjowanymi i realizowanymi w Sopocie i Gdyni. Nie należy także zapominać o rozległej strefie podmiejskiej, z którą występuje ciągła wymiana ludności (zarówno w cyklu dobowym, jak i cyklach dłuższych).

Wnioski:

1. Istnienie w Gdańsku ruchliwych portów: lotniczego i morskiego oraz odnotowywanie dużej liczby osób odwiedzających miasto – zwiększają zagrożenie alkoholizmem (a zwłaszcza przestępczością związaną z przemysłem alkoholu).

<http://www.gdansk4u.pl/uploads/RaportzbaturystykagdaskaIVkwarta2014r.wersjazpodsumowaniem.pdf>, [20.11.2015]; Oba badania zrealizowano na zamówienie Gdańskiej Organizacji Turystycznej.

⁶⁶ Pominięto tu Aglomerację Bydgosko-Toruńską, gdyż te miasta nie sąsiadują bezpośrednio ze sobą, nie tworzą zatem jednego organizmu miejskiego.

2. Tworzenie przez Gdańsk razem z Gdynią i Sopotem rdzenia aglomeracji mogłoby wymusić na samorządach tych trzech miast koordynowanie swojej polityki wobec alkoholu i problemów alkoholowych. W dalszej kolejności działania te można koordynować za pośrednictwem Gdańskiego Obszaru Metropolitalnego i NORD.

2. Stan prac nad wdrożeniem systemu monitoringu alkoholizmu

2.1. Organizacja monitoringu i jego cele

W przypadku organizacji monitoringu narkomanii (wraz z elementami ewaluacji działań samorządu w zakresie przeciwdziałania temu zjawisku) istnieją gotowe wzorce opracowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Gorzej jest w przypadku problemów alkoholowych. Dlatego też pokuszono się o autorskie opracowanie wzorca monitoringu problemów alkoholowych (wraz z elementami ewaluacji działań samorządu w zakresie przeciwdziałania tym problemom i ich rozwiązywania).

Punktem wyjścia do opracowania schematu monitoringu problemów alkoholowych są opracowania dotyczące narkomanii⁶⁷. Są one zawarte w poniższym schemacie:

Wstęp

1. Sytuacja ludnościowa i specyfika gminy.
 - 1.1. Sytuacja ludnościowa.
 - 2.2. Specyfika gminy.
2. Stan prac nad wdrożeniem monitoringu problemu narkotyków i narkomanii.
 - 2.1. Organizacja monitoringu.
 - 2.2. Zakres dostępnych danych i ich ocena.
 - 2.3. Plany badawcze.
3. Charakterystyka zjawiska i trendów.
 - 3.1. Użytkowanie narkotyków w populacji generalnej.
 - 3.2. Problemowe używanie narkotyków.
 - 3.3. Konsekwencje zdrowotne i społeczne.
 - 3.4. Postawy wobec narkotyków i narkomanii.
 - 3.5. Dostępność narkotyków.
 - 3.7. Sytuacja w gminie na tle Polski/województwa/wybranych innych gmin.
4. Opis i ocena posiadanych zasobów oraz podejmowanych działań

⁶⁷ Bukowska B., Jabłoński P., Sierosławski J. (red.), 2013, *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*, Warszawa; Malczewski A. (red.), 2013, *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii*, Warszawa; Michalski T., 2009, *Miejsce samorządu terytorialnego w polityce przeciwdziałania narkomanii (przykład Gdańska)*, „Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna” nr 8, s.115–130; Michalski T., 2010, *Ewaluacja i monitoring narkomanii przez samorządy terytorialne* [w:] Ratajczak W., Stachowiak K. (red.), *Gospodarka przestrzenna społeczeństwa*, tom 1, Poznań, s.204–217; Michalski T., 2010, *Rozgraniczenie odpowiedzialności za przeciwdziałanie narkomanii na poziomie gminnym (przykład Gdańska)*, „Promotio Geographica Bydgosiensis” tom 6, s.189–196; Michalski T., 2013, *Zagrożenia związane z uzależnieniem w województwie pomorskim w 2010 r.*, „Serwis Informacyjny NARKOMANIA” nr 1 (61), s.39-44.

- 4.1. Ograniczanie popytu – profilaktyka.
- 4.2. Ograniczanie popytu – leczenie i rehabilitacja.
- 4.3. Ograniczanie popytu – readaptacja społeczna.
- 4.4. Ograniczanie popytu – ograniczanie szkód.
- 4.5. Ograniczanie popytu – pozostałe działania.
- 4.6. Ograniczanie podaży.
5. Wnioski i rekomendacje dalszych działań w perspektywie krótkoterminowej.
6. Ocena efektywności Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii.
7. Streszczenie wykonawcze.

Powyższy schemat przyjęto jako bazowy. Cykl działań zmierzających do jego przystosowania do monitoringu problemów alkoholowych na szczeblu lokalnym jest czteroetapowy:

1. W pierwszym etapie dokonano analizy powyższego schematu, w oparciu o opracowania dotyczące monitorowania i diagnozowania wybranych aspektów sytuacji społecznej⁶⁸ oraz monitoringu (i ewaluacji) usług publicznych świadczonych przez samorządy⁶⁹,

⁶⁸ Bożykowski M., Dwórznik M., Giermanowska E., Izdebski A., Jasiński M., Konieczna-Salamtin J., Styczeń J., Zając T., 2014, *Monitorowanie losów absolwentów uczelni wyższych z wykorzystaniem danych administracyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Raport końcowy*, Warszawa, dostęp online: <http://eduentuzjasci.pl/publikacje-ee-lista/raporty/186-raport-z-badania/monitorowanie-losow-absolwentow-uczelni-wyzszych/979-onitorowanie-losow-absolwentow-uczelni-wyzszych.html>, [14.05.2015]; Cegiełka D., Chrzanowska A., Klaus W., Wencel K., 2011, *Przestrzeganie praw cudzoziemców umieszczonych w ośrodkach strzeżonych. Raport z monitoringu*, Warszawa, dostęp online: <http://interwencjaprawna.pl/docs/ARE-211-monitoring-osrodki-strzezone.pdf>, [14.05.2015]; Czochański J. T., 2013, *Monitoring rozwoju regionalnego. Aspekty metodologiczne i implementacyjne*, „Studia KPZK PAN”, T. CXLIX; Drygas M., Nurzyńska I., Rosner A., Stanny M., Zagórski M., 2014, *Monitoring rozwoju obszarów wiejskich. Etap I. Synteza*, Warszawa, dostęp online: http://www.efrwp.pl/dir_upload/photo/4686b84733f0c98e118138122248.pdf [15.05.2015]; Dziemianowicz W., Szmigiel-Rawska K., Baczyńska N., Charkiewicz J., Iwańczak B., Rybacka M., Sekuła A., 2013, *Podręcznik metodologiczny systemu monitoringu innowacyjności województwa mazowieckiego wraz ze Słownikiem*, Warszawa, dostęp online: http://www.ris.mazovia.pl/sites/default/files/podrecznik_metodologiczny_systemu_monitoringu_innowacyjnosci_województwa_mazowieckiego.pdf, [14.05.2015]; Kurkowska A., 2011, *Wskaźniki społeczne w polityce społecznej. Historia, teoria i zastosowanie w praktyce*, Warszawa; Michalski T., 2010, *Koreferat do ekspertyzy pt. Mapa potencjału społeczno-ekonomicznego gmin województwa pomorskiego. Raport metodologiczny i analityczny*, opracowanie wykonane na zamówienie Departamentu Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego; Michalski T., 2014, *Problemy w opracowaniu wskaźników dla monitoringu przestrzennego sytuacji społecznej w Polsce* [w:] Zaleski J. (red.), *Rozwój statystyki regionalnej w kontekście potrzeb informacyjnych polityki spójności. Nowe podejście do przestrzeni*, „Biuletyn KPZK PAN”, z. 255, s.80–94; Michalski T., Kopeć K., Kopeć A., 2011, *Raport końcowy*, Opracowanie zrealizowane przez PLANOSFERA Alicja Kopeć na zlecenie Departamentu Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego; Rószkiewicz B., Perek-Białas J., Węziak-Białowolska D., Zięba-Pietrzak A., 2013, *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych. Rekomendacje i praktyka badawcza*, Warszawa; Wygańska J., 2008, *Przegląd metod monitorowania bezdomności* [w:] Staręga-Piasek J., Hryniewiecka A. (red.), *O potrzebie ewaluacji pomocy społecznej*, Warszawa, s.104–141.

⁶⁹ Czerwińska M., Gajdsz J., Hildebrandt A., Kopeć K., Kupc-Muszyńska B., Michalski T., Nowicki P., Susmański P., Tarkowski M., 2014, *Jak zaprojektować i wdrożyć system monitoringu jakości usług publicznych i jakości życia? Podręcznik wdrażania*, Gdańsk, dostęp online: <http://monitoring.ibngr.pl/wp-content/uploads/2015/02/Jak-zaprojektowac-i-wdrozyc-system.-Podrecznik-wdrazania.pdf>, [12.05.2015];

dokonano jego przeglądu w kontekście możliwości wzbogacenia o nowe elementy oraz pod kątem identyfikacji ewentualnych zagrożeń.

2. W drugim etapie wykorzystano dokumenty opracowane przez PARPA, a zawierające wskazówki przydatne przy opracowywaniu monitoringu problemów alkoholowych. Posiłkowano się także innymi opracowaniami o charakterze naukowym, sprawozdawczym lub zawierającymi tzw. elementy dobrych praktyk w zakresie monitorowania problemów alkoholowych, ich diagnozowania mezoskalowego i ewaluacji działań z nimi związanych⁷⁰.

Duda J., Jeżowski A., Misiąg W., Nowak B., Szlachta J., Zaleski J., 2004, *Mierzenie ilości i jakości usług publicznych jako element programu rozwoju instytucjonalnego*, Warszawa, dostęp online: http://www.dobrepraktyki.pl/zalaczniki/mierzenie_jakosci.pdf, [10.02.2014]; Kamińska A., 2014, *Ewaluacja i monitoring projektów badawczo-rozwojowych jako narzędzie wspomagające zarządzanie projektami. Studium przypadku międzynarodowego projektu p.n. Matches – Towards the Modernization of Higher Education Institutions in Uzbekistan*, „Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae” nr 18(4), s. 91–111; Kopeć K., Michalski T., 2014, *Monitoring jakości usług publicznych. Przykład z województwa pomorskiego* [w:] Szymańska w. (red.), *Elementy rozwoju społecznego regionów nadmorskich*, Gdańsk-Pelplin, s. 46–59; Kudłacz T., Kopeć M., 2013, *Koncepcja systemu monitorowania polityk publicznych w województwie lubuskim*, Zielona Góra, dostęp online:

http://lubuskie.pl/uploads/pliki/strategia/Koncepcja_monitorowania_polityk_publicznych_w_WL_KUD%C5%81ACZ.pdf, [14.05.2015]; Michalski T., 2014, *Propozycja systemu monitoringu jakości usług publicznych na szczeblu lokalnym* [w:] Ciok S., Janc K. (red.), *Współczesne wyzwania polityki regionalnej i gospodarki przestrzennej*, t. 2., Wrocław, s. 93–103; Michalski T., Kopeć K., 2013, *Monitoring usług publicznych jako narzędzie podnoszenia jakości usług świadczonych przez samorząd terytorialny szczebla lokalnego*, „Pieniądze i Więź” nr 2 (63), s. 149–161; Michalski T., Kopeć K., 2013, *Doświadczenia z wdrażania monitoringu jakości usług publicznych na szczeblu lokalnym (przykład z województwa pomorskiego)* [w:] Sitek S. (red.), *Stare i nowe problemy badawcze w geografii społeczno-ekonomicznej*, z. 5, Sosnowiec, s. 47–59; Michalski T., Kopeć K., 2015, *Monitoring jakości usług publicznych samorządów szczebla lokalnego narzędziem podnoszenia spójności społecznej*, „Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae” nr 19 (4), s. 139–150; Posern-Zielińska M. (red.), 1999, *Analiza usług publicznych w miastach. Wyniki badań*, Poznań; Posern-Zielińska M. (red.), 2003, *Monitorowanie usług publicznych w miastach*, t. 2, *Analiza porównawcza*, Poznań; Prokop P., Biela A., Szlęzak R., Stachyra M., Gostkowski R., 2014, *Program aktywności samorządowej PAS – innowacyjne narzędzie uspołecznionego procesu monitorowania usług publicznych. Podręcznik*, Lublin, dostęp online: http://fim.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Podrecznik_PAS.pdf, [11.05.2015]; Rokicki B., 2011, *System monitorowania i ewaluacji polityki spójności w Polsce*, „Gospodarka Narodowa” nr 3, s. 87–104; Szarfenberg R., 2007, *Ewaluacja i analiza polityki społecznej* [w:] Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczy M. (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa, s. 127–141; Topolska-Ciurus K., 2011, *Raport z pogłębionej diagnozy i analizy problemów*, Katowice, dostęp online: <https://benchmarking.silesia.org.pl/pub/pliki/file/Pog%C5%82%C4%99biona%20diagnoza%20i%20analiza/Raport%20z%20pog%C5%82%C4%99bionej%20diagnozy%20i%20analizy.pdf>, [14.05.2015]; Trutkowski C. (red.), 2013, *Badania jakości usług publicznych w samorządzie lokalnym*, Poznań; *Zarządzanie i kontrola Funduszu Spójności. Ogólny podręcznik*, 2007, Warszawa, dostęp online: http://www.funduszspojnosci.gov.pl/NR/rdonlyres/A8404EB4-B255-4685-B917-D536A2D93B74/29002/Ogolny_Podrecznik_zatwierdzony_90208.pdf, [14.05.2015].

⁷⁰ Bujalski M., 2009, *Zagadnienia ograniczania popytu w polityce wobec alkoholu w Polsce w latach 1982–2005*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 22 (4), s. 339–364; Dąbrowska K., 2007, *Finansowanie zakładów lecznictwa odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr X (4), s. 40–41; Dąbrowska K., 2011, *Niektóre dylematy etyczne występujące w badaniach społecznych. Udział osób uzależnionych w badaniach*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 24 (4), s. 33–346; Dąbrowska K., 2011, *Zmiany w finansowaniu*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr XIV (5), s. 30–33; Fudała J., 2011, *Lecznictwo odwykowe 2009–2010*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr XIV (5), s. 17–19; Kapler L. A., 2010, *Rehabilitacja w uzależnieniach*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr XIII (6), s. 22–25; Kowalczyńska-Grabowska K., 2013, *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym. Założenia teoretyczne i praktyczne egzemplifikacje (perspektywa pedagogiczna)*, Katowice; Łukowska K., 2007, *Pociąg relacji samorząd lokalny – lecznictwo odwykowe dokąd zmierza i co przewozi?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr X (5), s. 14–16; Mikuła J., 2007, *Hostel – szansa czy obowiązek?*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr X (4), s. 37–39; Moskałowicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), 2012, *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport*

3. W trzecim etapie opracowano schemat postępowania. Jego skróconą wersją jest spis treści, natomiast rozszerzoną zawartość niniejszego opracowania.
4. Do realizacji w przyszłości zaproponowano etap czwarty, ewaluację *ex-post*⁷¹ opracowanego raportu i wykorzystanie jej wyników do nowego opracowania. Z doświadczeń praktycznych wynika⁷², że każdy nowy model konceptualny po pierwszym roku implementacji przechodzi znaczne przeobrażenia będące rezultatem jego przetestowania w realiach – i tak też należy traktować zaproponowany schemat monitoringu (z elementami ewaluacji) problemów alkoholowych na poziomie gmin. Doświadczenia zebrane podczas opracowywania raportu dla lat 2012–2014 powinny być wykorzystane dla opracowania lepszych metodycznie jego wersji dla kolejnych lat. Jes to uprawnione działanie, które zostało m.in. przetestowane przy realizacji projektu „Wzorcowy System Regionalny Monitoringu Jakości Usług Publicznych i Jakości Życia”, który był realizowany w latach 2011–2015 przez Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową na zlecenie Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji⁷³.

Poniżej przedstawiono dwa działania zrealizowane podczas etapu drugiego opisanego powyżej algorytmu postępowania. Efektem pierwszego, opartego na rekomendacjach PARPA⁷⁴, jest poniższy schemat:

z badań pt. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska, Warszawa; Rehm J., Poznyak V., 2015, *On monitoring unrecorded alcohol consumption*, „Alcoholism and Drug Addiction” nr 28 (2), s.79–89; Ryniak J., Świątek L., 2008, *Diagnoza osób współuzależnionych*, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr XI (3), s.5–7; Sochocki M. J., 2010, *Formułowanie wskaźników, dobór działań oraz ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego* [w:] *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa, s.45–71; Świątkiewicz G., Wieczorek Ł., 2009, *Ewolucja regulacji prawnych dotyczących podaży alkoholu w Polsce w latach 1982–2005*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 22 (3), s.223–242; Turek A., Serafinowska-Gabryel M. K., 1997, *Wybrane czynniki mające wpływ na realizację programów promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień w środowiskach gminnych* [w:] Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I. (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Katowice, s.78–85.

⁷¹ Olejniczak K., 2007, *Teoretyczne postawy ewaluacji ex-post* [w:] A. Haber (red.), *Ewaluacja ex-post. Teoria i praktyka badawcza*, Warszawa, s.15–41.

⁷² Na przykład: Kopec K., Michalski T., 2013, *Autoewaluacja badania Jakości Usług Publicznych po pierwszym roku funkcjonowania, maszynopis w Instytucie Badań nad Gospodarką Rynkową*, Gdańsk.

⁷³ Projekt ten był współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Działania 5.2, Poddziałanie 5.2.1, Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Więcej informacji można znaleźć na stronie internetowej projektu: <http://monitoring.ibngr.pl/>

⁷⁴ *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2011 roku*, 2010, Warszawa; *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku*, 2009, Warszawa; *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 roku*, 2008, Warszawa; *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2008 roku*, 2007, Warszawa; *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2007 roku*, 2006, Warszawa; *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2005 roku*, 2004, Warszawa; *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2004 roku*, 2003, Warszawa.

1. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu (jest to działanie w dużym stopniu uzupełniające względem działań finansowanych przez NFZ).
2. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przez przemocą w rodzinie:
 - 2.1. Pomoc terapeutyczna dla dorosłych członków rodziny z problemem alkoholowym.
 - 2.2. Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
 - 2.3. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie.
3. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności dla dzieci i młodzieży (w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych):
 - 3.1. Działania profilaktyczne podejmowane wobec dzieci i młodzieży.
 - 3.2. Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej.
 - 3.3. Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców.
 - 3.4. Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości w miejscach publicznych.
 - 3.5. Działania na rzecz ograniczenia populacji osób pijących ryzykowanie i szkodliwie.
4. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych (ale bez izb wytrzeźwień).
5. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim oraz nietrzeźwym, złamania zakazu promocji i reklamy napojów alkoholowych oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego. Ponadto podejmowanie przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.
6. Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Efektem drugiego, opartego na „Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015”⁷⁵, jest poniższy schemat zawierający: problemy, cele strategiczne i cele cząstkowe (podkreślono cele cząstkowe, przy których przewidziano udział samorządów szczebla gminnego):

⁷⁵ *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015*, dostęp online: http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf, [16.11.2015].

Problem 1: Szkody zdrowotne wynikające ze spożywania alkoholu.

Cel strategiczny: Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu.

Cele cząstkowe:

- poszerzenie wiedzy naukowej na temat zaburzeń wynikających z używania alkoholu;
- ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu, w tym zmniejszenie odsetka konsumentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie;
- poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu).

Problem 2: Nadmierna dostępność alkoholu.

Cel strategiczny: Zmniejszenie dostępności i zmiana struktury spożywanego alkoholu.

Cel cząstkowy: zmniejszenie spożycia napojów alkoholowych i zmiana struktury spożycia.

Problem 3: Zaburzenia życia rodzinnego w związku z używaniem alkoholu, w tym szkody zdrowotne i rozwojowe dzieci z rodzin alkoholowych.

Cel strategiczny: Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego, w tym szkód zdrowotnych i rozwojowych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Cele cząstkowe:

- zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym;
- zwiększenie kompetencji osób zajmujących się pomaganiem dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym;
- poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej problemami picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu;
- poprawa funkcjonowania dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie.

Problem 4: Spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież.

Cel strategiczny: Ograniczenie zjawiska spożywania alkoholu przez dzieci i młodzież.

Cele cząstkowe:

- zwiększenie jakości i dostępności programów profilaktycznych;
- utrwalanie postaw abstynenckich w środowisku dzieci i młodzieży oraz zwiększenie świadomości młodzieży w zakresie szkód wynikających ze spożywania alkoholu;
- zmniejszenie liczby młodzieży często pijącej alkohol i upijającej się;

- zmiana postaw dorosłych wobec picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców;

Problem 5: Zjawisko przemocy w rodzinie w związku z używaniem alkoholu.

Cel strategiczny: Ograniczenie skali zjawiska przemocy w rodzinie oraz zwiększenie skuteczności pomocy rodzinom.

Cele cząstkowe:

- zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym – dorosłych i dzieci;
- zwiększenie kompetencji służb działających w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym;
- zwiększenie dostępności i podniesienie jakości oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych;
- zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat przemocy w rodzinie, możliwości przeciwdziałania zjawisku oraz sposobów reagowania i uzyskania pomocy.

Problem 6: Pogarszająca się jakość działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wydatkowanie środków z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych na zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych (naruszenie art. 18 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

Cel strategiczny: Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz ograniczenie wydatkowania środków finansowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

Cele cząstkowe:

- podniesienie kompetencji członków GKRPA oraz pełnomocników/koordynatorów gminnych programów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych;
- zwiększenie wiedzy wójtów/burmistrzów/prezydentów miast oraz radnych w zakresie polityki lokalnej jako zadania własnego gminy;
- zwiększenie liczby gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;

- poprawa jakości nadzoru nad realizacją gminnych programów wykonywanego przez Regionalne Izby Obrachunkowe, Najwyższą Izbę Kontroli oraz Wojewodów.

Problem 7: Naruszenia prawa związane z alkoholem.

Cel strategiczny: Ograniczenie przypadków naruszeń prawa w związku z alkoholem.

Cele cząstkowe:

- ograniczenie przypadków nielegalnej produkcji lub wprowadzania do obrotu alkoholu (w tym przemytu i wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem alkoholu etylowego skażonego);
- zmniejszenie skali naruszeń prawa w zakresie sprzedaży alkoholu bez wymaganego zezwolenia oraz wbrew jego warunkom i zasadom;
- ograniczenie zjawiska prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu;
- zmniejszenie liczby przestępstw oraz innych wypadków naruszeń prawa popełnianych przez osoby będące pod wpływem alkoholu (w tym ograniczenie zjawiska picia alkoholu w miejscach publicznych wskazanych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi);
- ograniczenie przypadków nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych.

Problem 8: Brak naukowych danych na temat strat ekonomicznych związanych z używaniem alkoholu.

Cel strategiczny: Oszacowanie strat ekonomicznych związanych z używaniem alkoholu.

Cel cząstkowy: oszacowanie kosztów ekonomicznych związanych z alkoholem w obszarze: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, gospodarki, w tym sektorze pracy oraz ubezpieczeń, a także obszarze wymiaru sprawiedliwości.

W oparciu o podkreślone wyżej cele cząstkowe można określić zadania własne gminy. Realizacja tych celów bezwzględnie powinna znaleźć się w ostatecznym raporcie. Ale także należy do niego włączyć część celów cząstkowych, które nie są przypisane do zadań własnych gminy (a wynikają z konieczności prowadzenia monitoringu problemów alkoholowych i diagnozy w zakresie rozprzestrzenienia i skutków alkoholizmu).

Podmiotem odpowiedzialnym za organizację oraz przeprowadzenie badań i monitoringu jest Wydział Rozwoju Społecznego UMG Urzędu Miejskiego w Gdańsku (dalej w skrócie oznaczany jako WRS UMG).

Aby zrealizować wymienione wyżej zadania sformułowano cel główny i cele poboczne. Głównym celem opracowania jest budowa modelu opisowego dotyczącego rozpowszechnienia zjawiska spożywania alkoholu w Gdańsku i problemów z tym zjawiskiem związanych,

zwanych problemami alkoholowymi. Aby móc go zrealizować sformułowano następujące cele uzupełniające o charakterze poznawczym:

1. Jakie instytucje gromadzą dane na temat problemów alkoholowych i jakiej jakości są to dane?
2. Jakie są zasoby, czyli jakie instytucje zajmują się prewencją, profilaktyką i likwidacją szkód wywoływanych przez alkohol?
3. Jakie środki finansowe są przeznaczane na przeciwdziałanie zjawisku alkoholizmu (w podziale na działania zmierzające do ograniczania popytu oraz podaży)?
4. Jak wygląda rozprzestrzenienie problemów alkoholowych w Gdańsku, jaki jest stosunek społeczeństwa do nich oraz jakie skutki społeczne, zdrowotne i prawne wywołują problemy alkoholowe?
5. Jakie konkretne działania są podejmowane w kierunku przeciwdziałania alkoholizmowi i ograniczaniu szkód przez niego wywoływanych?

Oprócz nich sformułowano również pytania o charakterze metodycznym:

1. Jakich narzędzi użyć, aby instytucje powiązane w jakikolwiek sposób z rozwiązywaniem problemów alkoholowych na terenie Gdańska współpracowały?
2. Jakimi środkami się posłużyć, aby zbudować pozytywną atmosferę wokół Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wśród władz miasta, społeczeństwa oraz odnośnych instytucji?

Ponadto ważne miejsce w niniejszym opracowaniu zajmuje próba ewaluacji GPPiRPA. Należy przy tym zaznaczyć, że pierwszeństwo mają działania na rzecz monitoringu, gdyż częściowo rolę ewaluacji wewnętrznej typu ex-post każdego roku spełnia sprawozdanie z realizacji GPPiRPA.

Wnioski:

1. Należy wyraźnie podkreślić, że władze samorządowe Gdańska, zlecając opracowanie własnego raportu poświęconego monitoringowi problemów alkoholowych oraz ewaluacji GPPiRPA wpisują się w działania zawarte w „Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015” – jest to tym bardziej cenne, że PARPA do tego typu działań przewidziała przede wszystkim samą siebie, wojewodów oraz samorządy województw.
2. Opracowany schemat monitoringu problemów alkoholowych i ewaluacji GPPiRPA, aby być w pełni użytkowym, potrzebuje przeprowadzenia ewaluacji ex-ante, a następnie

powtórzenia badań raz jeszcze, dla kolejnego okresu. Dopiero wtedy będzie można go uznać za w pełni przydatne narzędzie badawcze.

2.2. Zakres dostępnych danych i ich ocena

Źródła informacji podzielono na cztery grupy, z których trzy pierwsze dotyczą instytucji zewnętrznych w stosunku do WRS UMG, natomiast czwarta obejmuje działania podejmowane bezpośrednio przez referat:

- 1) miejskie,
- 2) wojewódzkie,
- 3) krajowe,
- 4) samodzielne.

Kryterium wydzielenia jednostek zewnętrznych (punkty 1–3 spośród powyżej wymienionych) był zasięg terytorialny ich odpowiedzialności⁷⁶. Do instytucji miejskich zaliczono: Komendę Miejską Policji w Gdańsku, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Straż Miejską w Gdańsku, Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień (GCPU), sądy szczebla rejonowego oraz część spośród placówek medycznych, stowarzyszeń i fundacji. Do instytucji o charakterze wojewódzkim zaliczono: Morski Oddział Straży Granicznej im. płk. Karola Bacza, Izbę Celną w Gdyni, Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Urząd Statystyczny w Gdańsku oraz część spośród placówek medycznych wyższego poziomu referencyjnego, a także niektóre fundacje i stowarzyszenia. Do instytucji o charakterze ogólnopolskim zaliczono: Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Główny Urząd Statystyczny⁷⁷.

W przypadku placówek szczebla powiatowego, autonomicznych względem Urzędu Miasta Gdańska, oraz placówek szczebla wojewódzkiego istnieje problem uzyskania ich aprobaty do podejmowanych działań. Cały czas są prowadzone działania w celu uzyskania od nich jak najbardziej wiarygodnych danych. Elementem budowania pozytywnego klimatu wobec działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w mieście są szkolenia dla nauczycieli, straży miejskiej itd. na temat tego zjawiska.

⁷⁶ Dokładniej chodziło tu o kryterium związane z samymi badaniami terenowymi – czyli do kogo należało skierować pismo z prośbą o udostępnienie danych. Dla przykładu: zamiast do Urzędu Celnego w Gdańsku należało je skierować do instytucji nadrzędnej, czyli Izby Celnej w Gdyni.

⁷⁷ Pominięto inne instytucje o zasięgu ogólnopolskim, jak np. NFZ, MSW, ponieważ aby uzyskać odnośne dane wystarczyło zwrócić się do ich oddziałów, agend, placówek itp. o zasięgu wojewódzkim miejskim lub innym regionalnym.

Do czwartej grupy, spośród wymienionych powyżej (samodzielne działania) należą badania nad stanem problemów alkoholowych zlecane przez WRS UMG bezpośrednio lub pośrednio (poprzez Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień) podmiotom zewnętrznym. Przykładem z 2015 r. tego typu badań są przeprowadzane co cztery lata wśród uczniów gdańskich szkół badania typu ESPAD.

Wnioski:

Biorąc pod uwagę informacje przedstawione w kolejnych rozdziałach niniejszego opracowania, należy stwierdzić, że nie wszystkie instytucje, które zostały poproszone o udostępnienie danych, zrobiły to. Szczególne problemy wystąpiły w przypadku Gdańskiego Centrum Zdrowia.

2.3. Plany badawcze

Plany badawcze obejmują trzy grupy działań, które można podzielić na mikroskalowe i mezoskalowe. Działania mikroskalowe dotyczą Gdańska i powinny: (1) zawierać ewaluację ex-ante realizacji monitoringu problemów alkoholowych i ewaluacji GPPiRPA, a następnie wdrożenie wniosków przy przygotowywaniu następnych badań oraz (2) zawierać tego typu badania powtarzane w cyklu co najmniej dwuletnim (częstszy nie jest zalecany). W tym celu niezbędna jest ściślejsza współpraca WRS UMG z GCPU.

W ramach działań o charakterze mezoskalowym zaleca się stworzenie forum wymiany informacji i koordynacji działań między samorządami powiatów grodzkich tworzących rdzeń aglomeracji (Gdańsk, Sopot i Gdynia). Niezbędna wydaje się tu pomoc zarówno Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, jak i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, lecz przede wszystkim konieczna jest dobra wola samorządowców z tych trzech miast. Można także zaprosić do współpracy organizacje zrzeszające samorzady, zwłaszcza Gdański Obszar Metropolitalny i metropolitarne forum NORDA.

Coraz większym problemem w Polsce są uzależnienia behawioralne, w tym od hazardu. Uznając wagę problemu polskie władze uchwaliły dnia 19 listopada 2009 r. ustawę o grach hazardowych (Dz.U. 2009 Nr 201 poz.1540 z późn. zm.). Jednym z jej efektów jest ustanowienie Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, z którego (począwszy od 2011 r.) mogą być finansowane także inne działania zmierzające do przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym („niechemicznym”), jak uzależnienia od Internetu, gier komputerowych, telefonu komórkowego, nałogowe zakupy, seksoholizm, pracoholizm itd.

Jednostką zarządzającą tym funduszem jest Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii – stąd informacje o tym funduszu zawarto w tym miejscu.

Zatem proponuje się podjęcie działań zmierzających do rozpoznania zagrożeń behawioralnych na terenie Gdańska⁷⁸. Optymalnym byłoby przeprowadzenie badań w całym Trójmieście, które to badania byłyby finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. W tym celu niezbędne jest zainteresowanie tymi badaniami jednostki naukowej lub konsorcjum naukowego (w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz.U. Nr 96 poz.615 z późn. zm.). Gdyby to się nie udało (np. nie znaleziono by jednostki, która złożyłaby taki wniosek lub KBPN odrzuciłoby jej wniosek podczas naboru w 2016 r.), sugeruje się rozważenie przeprowadzenia takich badań ze środków własnych samorządu miasta Gdańska.

Wnioski:

1. Ponowieniu ulega wniosek nr 2 (z rozdziału 1.2.) o potrzebie intensyfikacji współpracy wewnątrz obszaru metropolitalnego (a zwłaszcza jego rdzenia obejmującego razem z Gdańskiem – Sopot i Gdynię) w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.
2. Coraz większym problemem w Polsce są uzależnienia behawioralne. Sugeruje się zlecenie badań na skalę tego zjawiska wśród gdańszczyzan, zwłaszcza młodzieży. Jest to aktualnie możliwe, dzięki adaptacji do polskich realiów specjalnej ankiety „test przesiewowy SOGS-RA” dokonanej przez dr Jolantę Jarczyńską (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy). Umieszczenie tej rekomendacji nie oznacza, że badania te powinny być sfinansowane z funduszu GPPiRPA, wręcz przeciwnie. Jest to jedynie zwrócenie uwagi, że władze miasta oprócz programów mających za zadanie przeciwdziałanie uzależnieniu od alkoholu oraz narkotyków, powinny zacząć brać pod uwagę także program mający za zadanie przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. Sugeruje się, aby był to osobny program zatytułowany np. „Zdrowie psychiczne gdańszczyzan”.

⁷⁸ Aczkolwiek częściowo ten postulat zrealizowano w ostatnim (2015 r.) badaniu typu ESPAD zrealizowanym na terenie Gdańska.

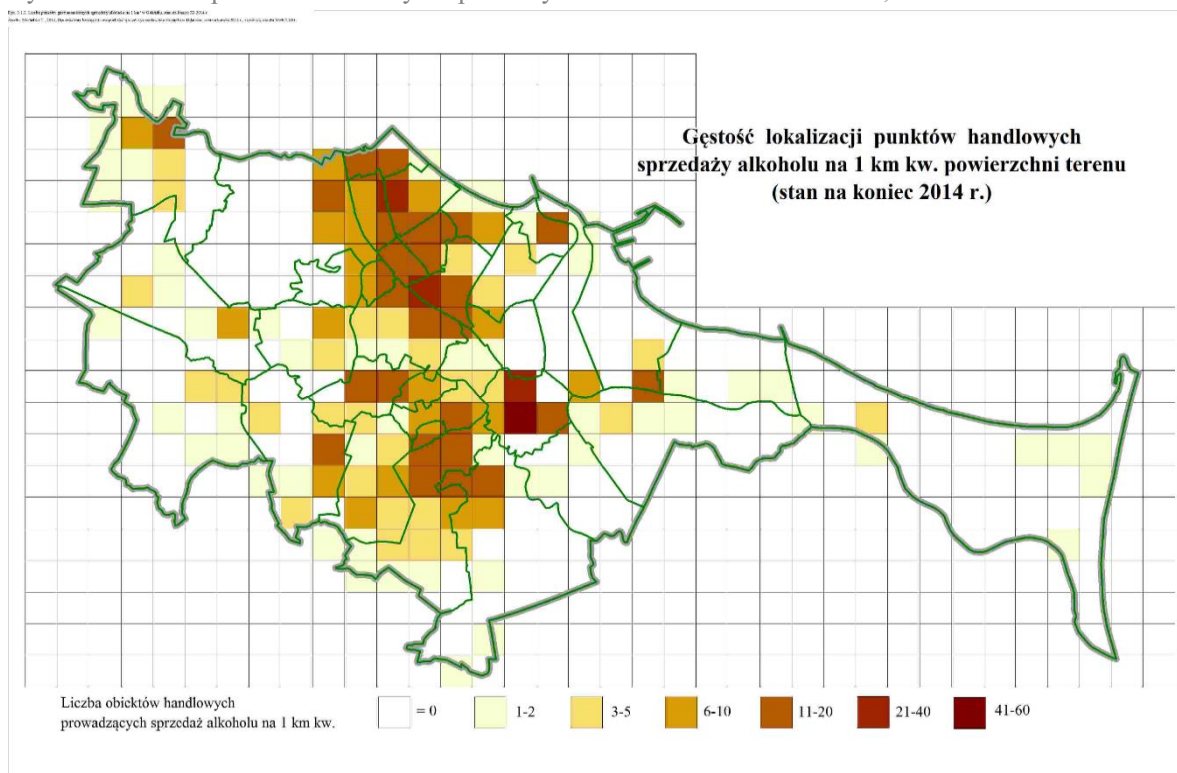
3. Charakterystyka zjawiska i trendów

3.1. Dostępność alkoholu⁷⁹

Na ryc. 3.1.1. przedstawiono liczbę punktów handlowych sprzedaży alkoholu na 1 km² dla całego Gdańska. Na koniec 2014 roku wynosiła ona 3,3. Widzimy ich podwyższoną gęstość w dokładnie trzech typach obszarów: (1) na gęsto zaludnionych terenach odznaczających się zabudową blokową, (2) starych osiedlach także o znacznej gęstości zaludnienia i zarazem o dużym udziale kamienic w zabudowie oraz (3) obszarach pełniących funkcje centralne. Związek dużej liczby punktów sprzedaży alkoholu z obszarami o wysokiej gęstości zaludnienia jest oczywisty, gdyż tam zamieszkuje najwięcej potencjalnych klientów takich punktów. Czynnikiem zmniejszającym liczbę tych punktów w stosunku do liczby ludności jest znaczna liczba sklepów wielkopowierzchniowych. Są one liczone tylko raz, a bardzo prawdopodobne jest, że sprzedaż w nich alkoholu jest dużo większa niż w małych osiedlowych sklepikach. W przypadku obszarów o starej, lecz intensywnej zabudowie – oprócz wpływu czynnika dużej liczby ludności, dochodzi jeszcze specyfika zabudowy pozwalająca niewielkim kosztem uruchamiać małe sklepy oferujące sprzedaż alkoholu (przy jednoczesnym braku miejsca na lokowanie sklepów wielkopowierzchniowych). Aczkolwiek w ostatnich latach pojawiają się coraz częściej budynki na osiedlach blokowych, pozwalające na lokowanie w nich także małych sklepów. Dość oczywisty wydaje się związek dużej liczby sklepów z pełnionymi funkcjami centralnymi przez główną część Śródmieścia oraz teren na styku Górnego i Dolnego Wrzeszcza. O ile drugi przypadek jest łatwy do wytłumaczenia nie tylko funkcjami centralnymi, ale także gęstą zabudową kamienic, to już trudniejsza do wytłumaczenia jest bardzo duża gęstość sklepów sprzedających alkohol w Śródmieściu. Dzielnica ta jest zamieszkała głównie przez osoby starsze, które raczej trudno podejrzewać o nadmierną konsumpcję alkoholu. Pozostaje zatem jedynie funkcja centralna jako siła sprawcza zlokalizowania tu tak dużej liczby sklepów. Należy również uwzględnić wpływ funkcji turystycznej Głównego Miasta, aczkolwiek ta wyraźniej odzwierciedla się w liczbie punktów gastronomicznych serwujących alkohol.

⁷⁹ Opracowano w oparciu o ekspertyzę Tomasza Michalskiego z 2014 r. pt. *Opracowanie kartograficzne punktów sprzedaży i podawania alkoholu w Gdańsku, stan na koniec 2014 r.*, zrealizowaną dla WPR UMG.

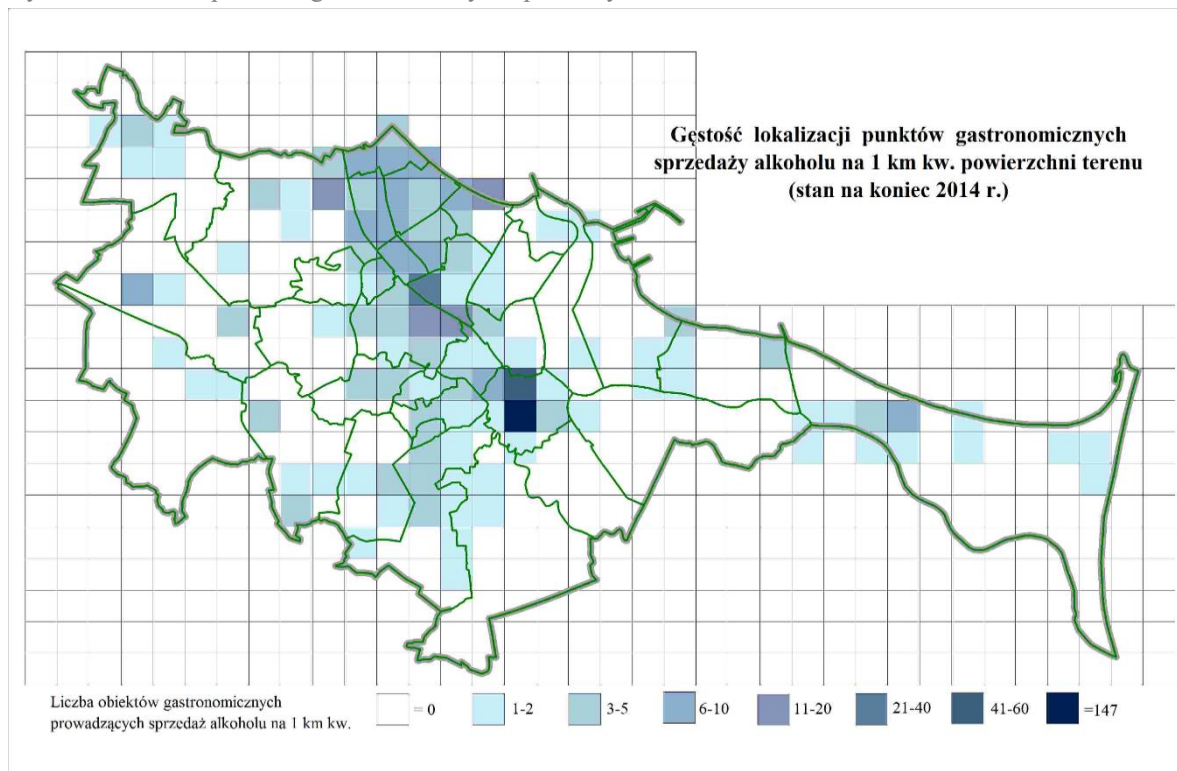
Ryc. 3.1.1. Liczba punktów handlowych sprzedaży alkoholu na 1 km² w Gdańsku, stan na koniec 2014 r.



Źródło: Michalski T., 2014, *Opracowanie kartograficzne punktów sprzedaży i podawania alkoholu w Gdańsku, Stan na koniec 2014 r.*, zrealizowane dla WPR UMG.

Na ryc. 3.1.2. przedstawiono liczbę punktów gastronomicznych sprzedaży alkoholu na 1 km², która dla Gdańska liczonego jako całość wynosiła 2,2. Analizując natężenie liczby obiektów gastronomicznych oferujących alkohol na 1 km², widzimy oddziaływanie dwóch czynników. Pierwszy jest związany z ruchem turystycznym, który jest przede wszystkim widoczny w Głównym Mieście i Starym Mieście w Śródmieściu, ale także zauważalny na prawie całym wybrzeżu Zatoki Gdańskiej od granicy z Sopotem do terenów portowych wokół ujścia Martwej Wisły oraz w starej Oliwie. Czynniki te dają się zauważyć również (oczywiście przy dużo mniejszym natężeniu) na Stogach. Drugi czynnik jest związany z ludnością miejscową korzystającą z lokali gastronomicznych. Czynniki te wpływają zarówno na zwiększoną gęstość punktów gastronomicznych na wymienionych poprzednio obszarach turystycznych (możemy to nazwać „wyjściami średniodystansowymi”), jak też na obszarach gęściej zaludnionych, zwłaszcza Wrzeszcza i osiedli blokowych położonych na tzw. dolnym tarasie (możemy to nazwać „wyjściami krótkodystansowymi”). Dodatkowe wyróżnienie obszaru na styku Dolnego i Górnego Wrzeszcza wynika z pełnionych przez niego funkcji centralnych.

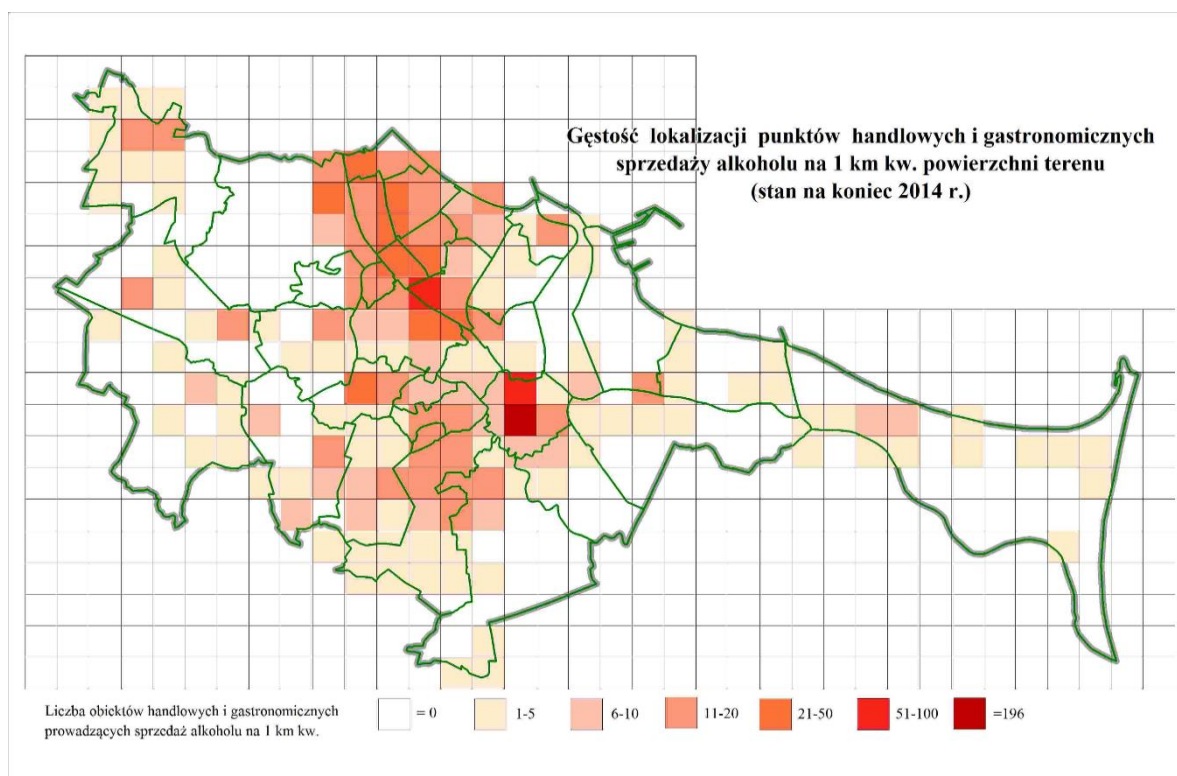
Ryc. 3.1.2. Liczba punktów gastronomicznych sprzedaży alkoholu na 1 km² w Gdańsku, stan na koniec 2014 r.



Źródło: Michalski T., 2014, *Opracowanie kartograficzne punktów sprzedaży i podawania alkoholu w Gdańsku. Stan na koniec 2014 r.*, zrealizowane dla WPR UMG.

Sumaryczna średnia gęstość punktów handlowych i gastronomicznych sprzedaży alkoholu liczonych razem na 1 km² wynosi 5,5 (ryc. 3.1.3.). Patrząc w układzie dzielnicowym, dostrzegamy dwa obszary o podwyższonej gęstości analizowanych punktów. Pierwszy jest mniejszy, ale o większej gęstości – obejmuje on Główne Miasto i Stare Miasto w Śródmieściu. Drugi obszar jest większy, ale o mniejszej intensywności – obejmuje on obszar tzw. dolnego tarasu od Wrzeszcza do granicy z Sopotem. Jego kulminacja jest zlokalizowana na północy granicy Dolnego i Górnego Wrzeszcza. Takie rozmieszczenie gęstości punktów sprzedaży alkoholu jest wypadkową oddziaływania czynników opisanych powyżej.

Ryc. 3.1.3. Liczba punktów handlowych i gastronomicznych sprzedaży alkoholu na 1 km² w Gdańsku, stan na koniec 2014 r.



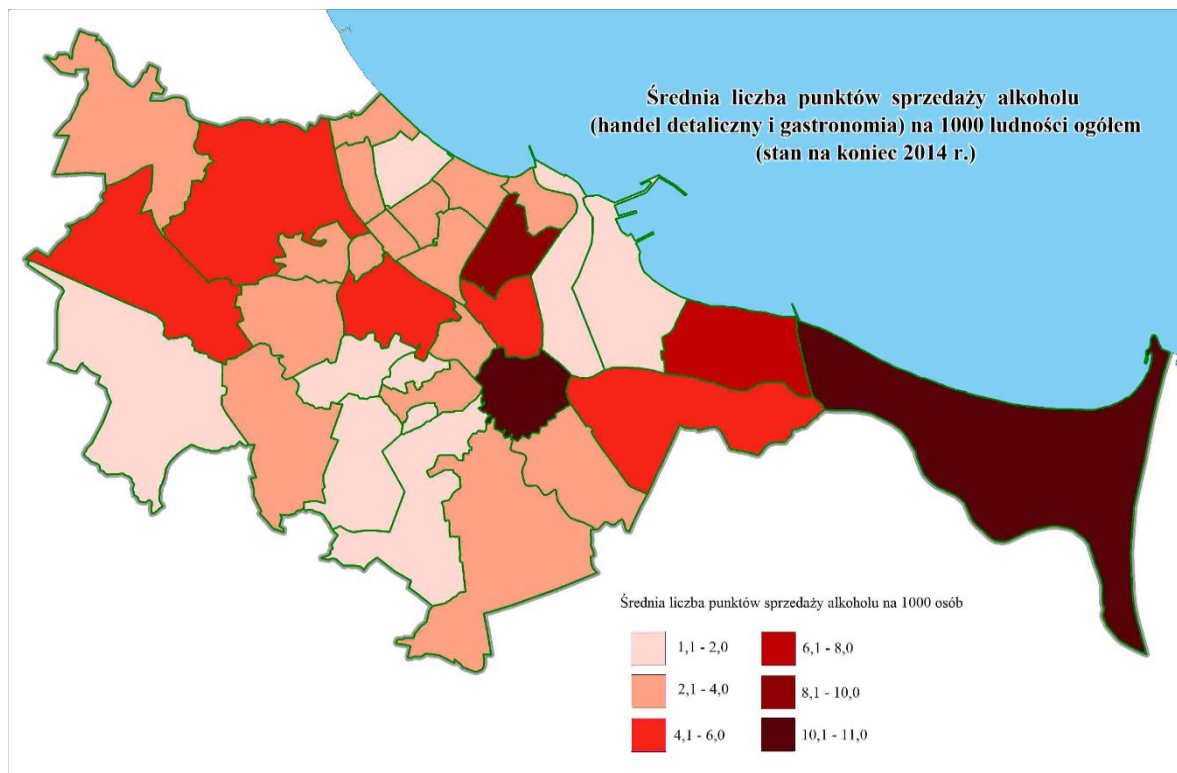
Źródło: Michalski T., 2014, *Opracowanie kartograficzne punktów sprzedaży i podawania alkoholu w Gdańsku, Stan na koniec 2014 r.*, zrealizowane dla WPR UMG.

Dodatkowo poddano także analizie liczbę punktów sprzedaży alkoholu w przeliczeniu na 1000 mieszkańców. W Gdańsku średnio przypadało 2,0 punktu sprzedaży detalicznej alkoholu na 1000 mieszkańców. Według dzielnic wartości te zamykają się w przedziale od 0,8 punktu na Wzgórzu Mickiewicza do 6,0 na Letnicy i 5,2 na Rudnikach. Pomijając te wartości skrajne, pozostałe dzielnice mieszczą się w przedziale 1,4–3,7. Natomiast przypadku punktów gastronomicznych udostępniających alkohol było to średnio 1,3 punktu na 1000 mieszkańców. Wartości skrajne wyznaczają z jednej strony Przeróbka i Olszynka, gdzie nie ma ani jednego takiego punktu, z drugiej Wyspa Sobieszewska (o liczbie 7,2 punktów na 1000 ludności) i Śródmieście (7,1). Sumaryczne wyniki przedstawiono na ryc. 3.1.4.

W Gdańsku średnio przypada 3,3 punktów handlowych (handel detaliczny) i gastronomicznych, sprzedających alkohol na 1000 mieszkańców. Wartości skrajne wyznaczają z jednej strony Wzgórze Mickiewicza (1,2 punktu), z drugiej Śródmieście (11,0) i Wyspa Sobieszewska (10,7). Widzimy na niej bardzo dużą gęstość punktów serwujących alkohol w relacji do liczby ludności na Wyspie Sobieszewskiej oraz w Śródmieściu, co w dużym stopniu jest pochodną turystycznego charakteru tych dzielnic oraz skutkiem zabudowy preferującej małe sklepy. Do tej grupy należy także zaliczyć Letnicę, lecz w jej przypadku brakuje wiarygodnych przyczyn wytłumaczenia takiego stanu rzeczy. Podwyższony poziom natężenia badanego zjawiska występuje ponadto

w Krakowcu-Górkach Zachodnich (co można wyjaśniać przyczynami podobnymi jak w przypadku Wyspy Sobieszewskiej). W przypadku pozostałych dzielnic poziom analizowanego zjawiska jest raczej wyrównany i zamyka się w przedziale od 1,4 do 5,9 punktu udostępniającego alkohol na 1000 mieszkańców dzielnicy.

Ryc. 3.1.4. Liczba punktów handlowych i gastronomicznych sprzedaży alkoholu na 1000 mieszkańców Gdańska, stan na koniec 2014 r.



Źródło: Michalski T., 2014, *Opracowanie kartograficzne punktów sprzedaży i podawania alkoholu w Gdańsku, Stan na koniec 2014 r.*, zrealizowane dla WPR UMG.

Uzupełniająco przeprowadzono także analizę liczby osób przypadających na punkt sprzedaży alkoholu (punkty handlowe plus punkty gastronomiczne). Średnio dla Gdańska było to 306 osób na jeden punkt. Przy czym wartości skrajne z jednej strony wyznacza Wyspa Sobieszewska (76 osób na punkt), Śródmieście (77) i Letnica (88), a z drugiej Wzgórze Mickiewicza (732 osób na punkt) i Przeróbka (633).

Podczas przeprowadzonego w 2015 roku badania typu ESPAD⁸⁰ zapytano młodzież o trudność w dostępie do wybranych napojów alkoholowych. Wyniki są niepokojące. Jeśli chodzi o piwo, to 86,9% uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych i 64,4% uczniów III klasy gimnazjum stwierdziło, że jego nabycie jest łatwe lub bardzo łatwe; w przypadku wina musującego/cydru było to odpowiednio: 7,9% i 50,7%; alkopopu: 73,7% i 43,5%; wina: 74,2% i 47,4%, koniaku: 69,8% i 41,9%.

⁸⁰ Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną, 2015, Gdańsk, maszynopis otrzymano z WRS UMG.

Wnioski:

1. Sieć placówek serwujących alkohol w Gdańsku jest bardzo gęsta. Na koniec 2014 roku na jedną placówkę przypadało 306 osób, najmniej na Wyspie Sobieszewskiej i Śródmieściu, najwięcej na Przeróbce.
2. Młodzież gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych stwierdziła, że nabycie alkoholu jest dla niej raczej łatwe (zwłaszcza dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, ale tutaj znaczenie może mieć fakt, że część z nich to osoby już dorosłe).

3.2. Użytkowanie alkoholu w populacji generalnej

W spożyciu alkoholu możemy wyróżnić jego trzy główne typy, zagrażające zarówno zdrowiu osoby pijącej, jak też jej funkcjonowaniu w społeczeństwie. Pierwszy to **ryzykowne spożywanie alkoholu**⁸¹, który obejmuje picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) niepociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. Drugie to **szkodliwe picie alkoholu**⁸², które traktowane jako taki wzorzec picia, który powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne, jak również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu, opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy⁸³. Trzeci typ picia jest już związany z **uzależnieniem od alkoholu**⁸⁴. Zespół uzależnienia

⁸¹ Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób: picie ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20–40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40–60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140–209 g, a w przypadku mężczyzn: 280–349 g.

⁸² Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40 g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60 g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210 g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350g i więcej w tygodniu przez mężczyzn.

⁸³ Jako picie szkodliwe określane jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekle, osoby przyjmujące leki, osoby starsze.

⁸⁴ Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów występujących łącznie przez pewien czas w ciągu ostatniego roku (picia): (1) silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”); (2) upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia); (2) fizjologiczne objawy stanu odstawienia pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadcisnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenne) albo używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich; (4) zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu) potrzeba

od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami mających poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne)⁸⁵.

Za problemowych użytkowników alkoholu uznano osoby uzależnione od niego. Istnieje wiele metod szacowania liczby osób uzależnionych. Poniżej przedstawiono dwie z nich.

Opierając się na metodzie „wielokrotnego połowu” (*capture-recapture*) w wariancie dla dwóch źródeł danych opisanej przez J. Sierosławskiego⁸⁶ planowano dokonanie szacowań liczby problemowych użytkowników alkoholu w oparciu o trzy źródła danych⁸⁷:

1. Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku⁸⁸;
2. Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku⁸⁹;
3. Gdańskiego Centrum Medycznego.

W pierwszym etapie planowano wyliczanie dla każdego roku trzech szacunków liczby problemowych użytkowników alkoholu (zestawiając między sobą po dwa źródła danych spośród wymienionych powyżej). W drugim etapie zamierzano wyciągnąć średnią arytmetyczną z tych trzech szacunków. Takie podejście miało zapewnić większą wiarygodność uzyskanych wyników. Niestety, spotkano się z odmową udostępnienia zakodowanych danych ze strony Gdańskiego Centrum Medycznego⁹⁰, stąd szacunek wykonano tylko w oparciu o dwa

spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu; (5) z powodu picia alkoholu - narastające zaniechanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź próby uwolnienia się od następstw jego działania; (6) uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).

⁸⁵ Opracowano w oparciu o *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015*, s.4–6.

⁸⁶ Sierosławski J., 2008, *Metody monitorowania* [w:] Sierosławski J., Bukowska B., Jabłoński P. (red.), *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*, Warszawa, s.45–122.

⁸⁷ Pomimo, że uzyskano niezbędne dane z MOPR w Gdańsku, to ze względu na małą liczebność populacji – zrezygnowano z tego źródła danych.

⁸⁸ Pismo 9655/2015 z dnia 02.12.2015 r.

⁸⁹ E-mail z danymi otrzymany od Jacka Sękiewicza (dyrektora tego ośrodka) z dnia 13.02.2016 r.

⁹⁰ Poniżej zawarto uzasadnienie odmowy przedstawione w e-mailu z dn. 20.01.2016 r. otrzymane od Magdaleny Mendel z Gdańskiego Centrum Zdrowia. Należy jednakże zaznaczyć, że takich wątpliwości nie miało ani Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii ani dr J. Sierosławski z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, proponując określone kodowanie nazwisk pacjentów (dwie pierwsze litery imienia, dwie pierwsze litery nazwiska, rok urodzenia, określenie płci), a także wiele palcówek, które tak zakodowane dane udostępniły, poniżej treść pisma:

„Szanowny Panie,

po konsultacji prawnej informuję, że nie znajduję podstawy prawnej, która nakazywałaby GCZ przekazanie jakichkolwiek informacji dotyczących pacjentów GCZ niezależnie od ich charakteru.

Po drugie wydaje się, że nawet takie szczerkowe informacje o pacjentach są mimo wszystko wciąż "informacjami związanymi z pacjentem" w rozumieniu art. 14 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Skoro tak, to osoby wykonujące zawód medyczny powinny zachować te informacje w tajemnicy. Wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy zawarte są w art. 14 ust. 2 i 2a przedmiotowej ustawy czyli nie ma obowiązku zachowania tajemnicy gdy m.in.:

pierwsze źródła danych. Plusem takiego podejścia jest to, że pobrane z tych dwóch źródeł populacje wzięte do analizy są liczne⁹¹. Natomiast poważnym minusem, że dane pochodzące z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku dotyczą jedynie osób hospitalizowanych (a więc będących już w relatywnie ciężkim stanie). Ten fakt wypaczył sens stosowania metody *capture-recapture* w wariancie dla dwóch źródeł, opartej na danych pochodzących z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku oraz Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku. Stało się tak, ponieważ szacunki dla kolejnych lat (2012–2014) oscylowały wokół wartości 80 tys. problemowych użytkowników alkoholu, co jest wartością nierealną.

W objętym analizą okresie (2012–2014) także nie prowadzono badań nad wzorcami konsumpcji alkoholu, gdyż były one realizowane w latach: 2005, 2011 i 2015. Tym niemniej, mając na uwadze poglądowość raportu, zdecydowano o syntetycznej prezentacji najnowszych wyników badań z 2015 roku⁹². Przyjmując kryterium, zgodnie z którym za problemowe picie alkoholu uznaje się spożywanie alkoholu minimum 3 razy w tygodniu, otrzymujemy następujący rozkład wyników (procenty odnoszą się do dorosłej populacji mieszkańców Gdańska, posiadających meldunek na jego terenie):

- dla piwa: 5,8% (kobiety: 4,5% i mężczyźni: 6,8%);
- dla wina lub szampana: 1,1% (kobiety: 0,8% i mężczyźni: 1,4%);
- dla wódki lub innego napoju spirytusowego: 1,7% (kobiety: 0,0% i mężczyźni: 3,0%).

Na podstawie powyższych danych dokonano także oszacowania liczby osób pijących szkodliwie alkohol oraz uzależnionych od niego. Założono że 20% osób, nadużywających jednego z wymienionych rodzajów alkoholu, nadużywa także innego. Zatem zsumowano

1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;

2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;

4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Po trzecie, ustawa o ochronie danych osobowych jest ustawą ogólną. Zgodnie z art. 5 tej ustawy jeżeli przepisy odrębnych ustaw, które odnoszą się do przetwarzania danych, przewidują dalej idącą ich ochronę, niż wynika to z niniejszej ustawy, stosuje się przepisy tych ustaw. Taką odrębną ustawą przewidującą dalej idącą ochronę jest np. ustawa o prawach pacjenta i inne ustawy szczególne, które przewidują tajemnice zawodowe.

GCZ zatem obowiązany jest również stosować przepisy odrębnych ustaw w tym m.in. ustawy o prawach pacjenta.

Reasumując Gdańskie Centrum Zdrowia nie może udostępnić Panu informacji o jakie Pan prosi z poważaniem
Magdalena Mendel”

⁹¹ Dla Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku było to średnio 434 pacjentów rocznie w przedziale 2012–2014, a dla Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień w Gdańsku 1886 pacjentów.

⁹² Badanie zostało przeprowadzone przez zespół w składzie Anna Strzałkowska, Marta Abramowicz i Maciej Brosz w listopadzie 2015 roku na zlecenie GCPU.

powyższe udziały procentowe (5,8%+1,1%+1,7%=8,6%), a następnie pomniejszono otrzymany wynik o 1/5. Otrzymano w ten sposób liczbę 6,88%. Zakładając, że oficjalnie liczba dorosłych mieszkańców Gdańska pod koniec 2014 roku liczyła 386 947 osób (dane z BDL GUS) otrzymujemy **26 622** dorosłych gdańszczyzan pijących szkodliwie alkohol oraz uzależnionych od alkoholu, a jeśli weźmiemy pod uwagę szacunek emigracji zagranicznej mówiący o tym, że dorosła populacja Gdańska jest mniejsza o 27 825 osób w stosunku do liczby osób zameldowanych, to wtedy mamy 359 122 dorosłych Gdańszczyzan z meldunkiem na terenie miasta i **24 707** spośród nich pijących szkodliwie alkohol oraz uzależnionych od niego. (Uwaga, w tym szacunku nie są zawarte osoby przebywające stale, tj. powyżej 3 miesięcy na terenie Gdańska, ale nie posiadające meldunku oraz młodzież.

W objętym analizą okresie (2012–2014) nie prowadzono wśród gdańskiej młodzieży badań typu ESPAD, dlatego zdecydowano o prezentacji wyników badań z lat 2011 i 2015, które przedstawiono w tab. 3.2.1. Ze względu na inną metodę badań (inne klasy w gimnazjum oraz nieznacznie inna konstrukcja pytań o częstotliwość) – uzyskane wyniki są częściowo ze sobą nieporównywalne.

Tab. 3.2.1. Odsetek uczniów gdańskich szkół, którzy deklaruowali kiedykolwiek w życiu spożycie alkoholu

Częstotliwość spożycia alkoholu	IIG	IIIG	IIpG	
	2011 r.	2015 r.	2011 r.	2015 r.
wcale [0 razy]	42	22,5	10	7,6
rzadko (tylko przy szczególnych okazjach)	34		30	
1–9 razy		40,0		19,3
od czasu do czasu	19		49	
10–39 razy		18,1		26,6
często	5		11	
40 razy i więcej		14,4		46,5

Zródło: Badanie pt. *ESPAD 2011 (raport z badań socjologicznych)* przeprowadził zespół w składzie: Maciej Brosz, Anna Strzałkowska, Tomasz Tobis na zlecenie GCPU; w 2015 roku przeprowadzono w Gdańsku badanie *Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną*, maszynopis otrzymano z WRS UMG.

Ponadto na podstawie tego samego badania typu ESPAD z 2011 r.⁹³ stwierdzono, że 22% uczniów III klasy gimnazjum oraz 27% uczniów II klasy szkół ponadgimnazjalnych w ich najbliższej rodzinie (wśród rodziców, rodzeństwa lub innych osób, z którym badani mieszkają) jest ktoś, kto ich zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)⁹⁴. W przypadku pytania o to, czy ktoś z najbliższych kolegów, przyjaciół spożywa zbyt dużo

⁹³ Badanie pt. *ESPAD 2011 (raport z badań socjologicznych)* przeprowadził zespół w składzie: Maciej Brosz, Anna Strzałkowska, Tomasz Tobis na zlecenie GCPU

⁹⁴ Liczono razem odpowiedzi „tak” i „raczej tak”.

alkoholu (np. pije systematycznie, upija się), potwierdziło ten fakt odpowiednio 45% i aż 60% respondentów.

Z kolei do oszacowania liczby problemowych użytkowników alkoholu wśród młodzieży gdańskich szkół posłużono się wynikami badania ESPAD z 2015 r. Procedura była następująca: (1) za problemowych użytkowników alkoholu uznano tych uczniów, którzy w ciągu ostatnich 30 dni poprzedzających badanie wypili alkohol 10 i więcej razy. Daje to 2% uczniów klas III gimnazjum oraz 11,1% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych; (2) wyniki badań uznano za reprezentatywne dla gdańskiej młodzieży (aczkolwiek należy mieć świadomość tego, że część gdańskiej młodzieży uczy się poza granicami Gdańska oraz że w szkołach zlokalizowanych na terenie Gdańska uczą się młodzi ludzie pochodzący z sąsiednich gmin); (3) do obliczeń wzięto populacje gdańszczyzan w wieku 14–17 lat, pominięto uczniów wieku 18 i więcej lat, gdyż liczbę problemowych użytkowników alkoholu oszacowano dla nich przy okazji obliczeń dotyczących osób dorosłych; (4) wyniki z III klasy gimnazjum przyporządkowano do kohorty 14-16 lat, a wyniki z II klasy ponadgimnazjalnej do kohorty 17 lat. Liczbę gdańszczyzan w wieku 14–16 lat mieszkających w Gdańsku na koniec 2014 r. pobrano z BDL GUS i wynosiła ona 10 779, a w wieku 17 lat 3 876. Obliczając stosowne procenty daje to szacunek 216 problemowych użytkowników alkoholu w wieku 14-16 lat i 430 w wieku 17 lat. Łącznie daje to szacunkową liczbę 646 nieletnich gdańszczyzan pijących szkodliwie alkohol oraz uzależnionych od niego.

W badaniu z 2015 roku⁹⁵ pytano także o inne kwestie. I tak 33% badanych było w 2015 r. świadkami spożywania alkoholu przez ich rówieśników (wskaźnik ten spadł w porównaniu do roku 2011, kiedy to wyniósł 47,5% i 2005 r., kiedy to osiągnął aż 68,6%).

Wnioski:

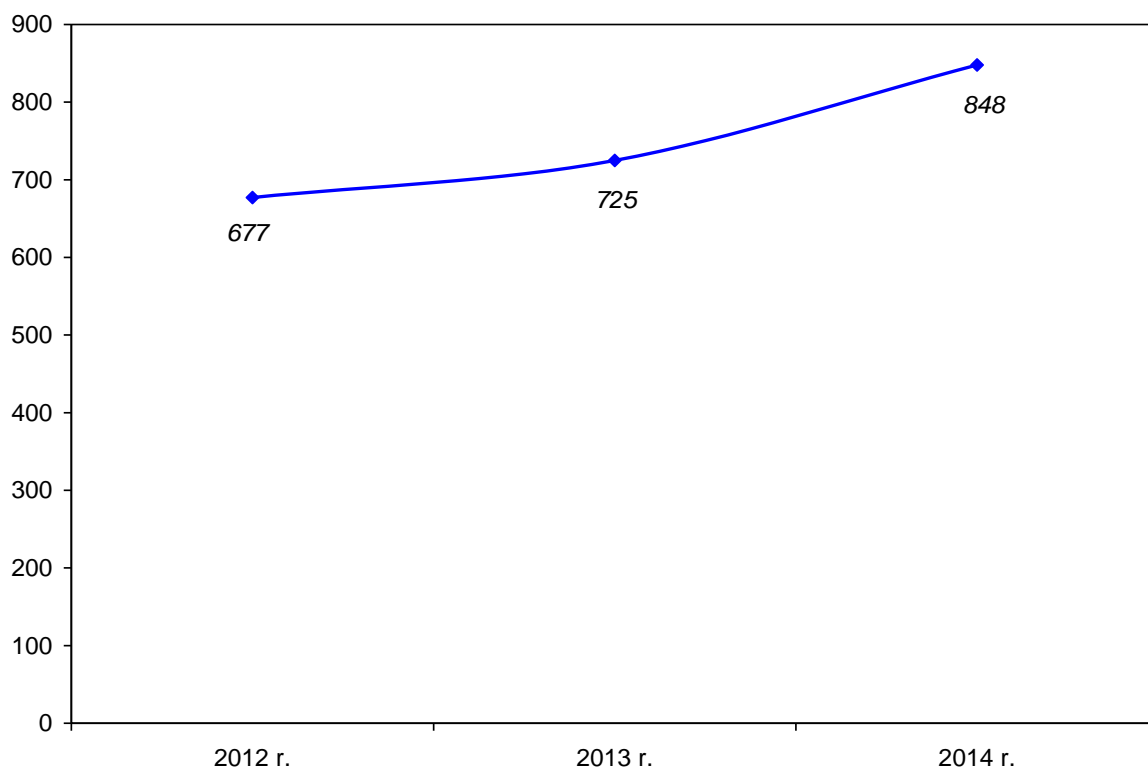
1. Oszacowano, że liczba dorosłych gdańszczyzan (tj. posiadających meldunek na jego terenie) pijących szkodliwie alkohol oraz uzależnionych od niego na koniec 2014 r. zamykała się w przedziale od 24,7 do 26,6 tys. osób.
2. Liczbę niepełnoletnich gdańszczyzan pijących szkodliwie alkohol oraz uzależnionych od alkoholu oszacowano na 646 osób, według stanu na koniec 2014 roku.
3. Obie zastosowane metody szacunku opierają się o badania ankietowe, zaleca się przeprowadzać te badania nie rzadziej niż co cztery lata.

⁹⁵ Badanie zostało przeprowadzone przez firmę Q&Q Zakład Realizacji Badań Społecznych Maciej Brosz w listopadzie 2015 roku na zlecenie GCPU.

3.3. Problemowe spożycie alkoholu

Opierając się na danych udostępnionych przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ na temat leczonych z powodu nadużywania alkoholu mieszkańców Gdańska na terenie województwa pomorskiego (ryc. 3.3.1.) można stwierdzić wzrost liczby pacjentów. Lecz trzy lata to jeszcze zbyt mało, aby można było powiedzieć o tendencji wzrostowej.

Ryc. 3.3.1. Liczba leczonych z powodu nadużywania alkoholu mieszkańców Gdańska (osób zameldowanych na stałe) na terenie województwa pomorskiego w okresie 2012–2014.



Źródło: Pismo 11NFZ/WSOZ-M-AS/MSH/5729/2016 z dnia 21.01.2016 r. otrzymane od zastępcy dyrektora ds. medycznych POW NFZ.

Gdańszczanie bezpośrednio leczeni z powodu nadużywania alkoholu mieszczą się w kategorii chorób i zaburzeń psychicznych F10 (ICD-10), czyli „zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu”. Dokładniejsza analiza danych otrzymanych z Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku⁹⁶ pokazuje, że przeważali pacjenci z rozpoznaniem F10.3 (zespół abstynencki): 45,5% w 2012 r., 43,3% w 2013 r. i 45,7% w 2014 r., na dalszych miejscach było F10.2. (zespół uzależnienia) odpowiednio 25,4%, 22,8%, 23,7% i F10.4 (zespół abstynencki z majaczeniem) odpowiednio: 19,0%, 22,4%, 19,3%.

⁹⁶ Pismo 9655/2015 z dnia 02.12.2015 r.

Dodatkowych informacji na temat problemowego spożycia alkoholu dostarczają badania poświęcone wzorcom jego konsumpcji. Wprawdzie w objętym analizą okresie nie prowadzono badań nad wzorcami konsumpcji alkoholu, gdyż były one realizowane w latach 2005, 2011 i 2015. Tym niemniej, mając na uwadze dobro raportu, zdecydowano o syntetycznej prezentacji wyników badań z 2015 roku⁹⁷ dotyczących zachowań patologicznych wynikających ze spożywania alkoholu zaobserwowanych w ciągu ostatniego roku przed badaniem. I tak, świadkami kierowania pojazdem mechanicznym było 8,2% respondentów (mniej o 6,7 p.p. w stosunku do 2011 r.). Świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę nietrzeźwą było 15,9% badanych (w porównaniu do badania z 2011 r. odnotowano spadek tej liczby o 10,3 p.p.). Świadkami spożywania alkoholu w miejscu pracy było 18% respondentów (wynik ten jest niższy od uzyskanego w 2011 r. o 6,8 p.p.).

Wnioski:

1. Powoli rośnie liczba gdańszczan leczonych z powodu nadużywania alkoholu, lecz jest zbyt wcześnie stwierdzić trwałą tendencję wzrostową.
2. Badania z 2015 roku pokazują, że pomimo tendencji spadkowej nadal zbyt dużo osób podejmuje niedozwolone po spożyciu alkoholu aktywności społeczne.
3. W oparciu o dwa powyższe wnioski możemy postawić tezę, że wprawdzie powoli następuje polepszenie sytuacji w Gdańsku, lecz nadal jest ona niekorzystna. Sformułowanie dokładniejszego wniosku będzie możliwe za co najmniej cztery lata, po powtórzeniu badań ankietowych.

3.4. Konsekwencje zdrowotne problemowego spożycia alkoholu

Przy analizie zdrowotnych skutków nadmiernego spożycia alkoholu skupiono się na umieralności, gdyż są to najbardziej wiarygodne dane. Opierając się na zawartości European health for all database (HFA-DB)⁹⁸ do szacowania liczby zgonów powodowanych przez alkohol posłużono się wskaźnikiem „SDR, selected alcohol related causes, per 100 000” o numerze 991712. W jego objaśnieniu do zgonów powodowanych przez alkoholizm (według klasyfikacji ICD-10⁹⁹) zaliczono: C15, C32, F10, K70, K73, K74, K76, V00-V99, W00-W99, X00-X99, Y00-Y99. Oczywiście należy mieć na uwadze, że jest to klasyfikacja bardzo

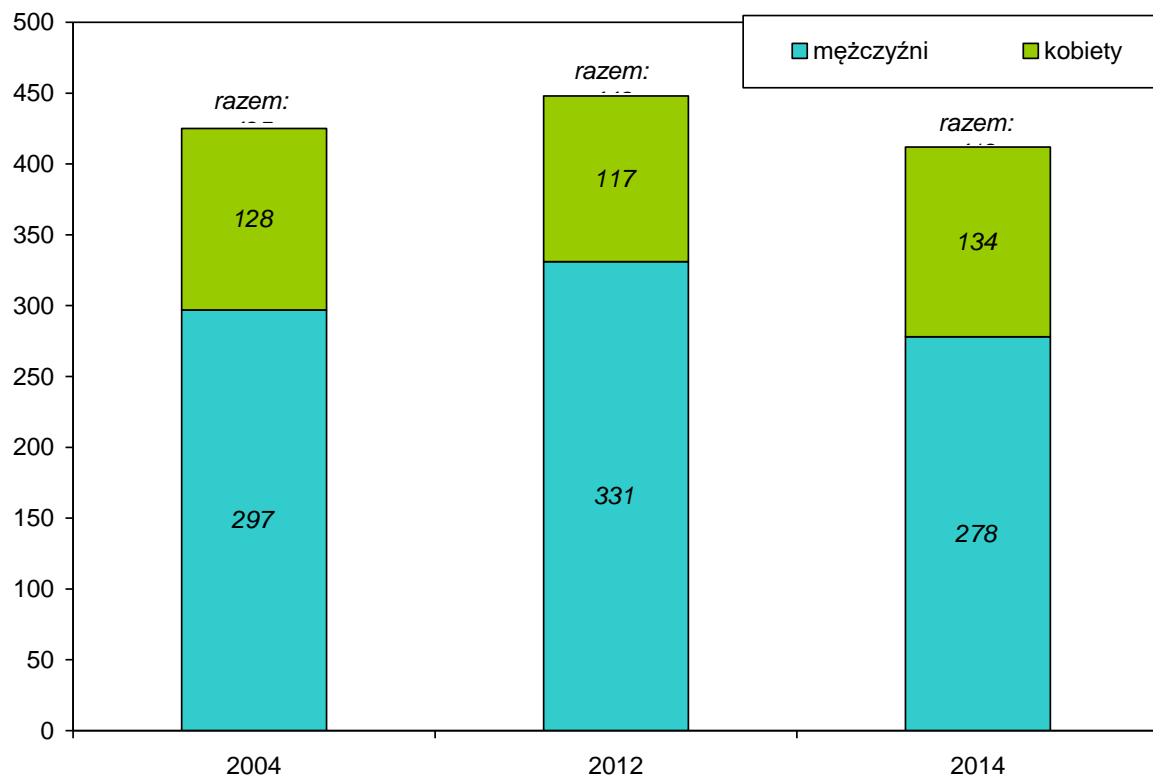
⁹⁷ Badanie zostało przeprowadzone przez zespół w składzie Anna Strzałkowska, Marta Abramowicz i Maciej Brosz w listopadzie 2015 roku na zlecenie GPCU.

⁹⁸ Jest to baza prowadzona przez Regionalne Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na Europę, dostęp online: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, [28.11.2015].

⁹⁹ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10.*

pobieżna. Dane są przedstawione jedynie dla lat 2012 i 2013, ponieważ według stanu na 28.11.2015 r. w Bazie Demograficznej GUS nie był jeszcze udostępniony plik o nazwie „LN14pow – Zgony według płci osób zmarłych, przyczyn zgonów, województw i powiatów” dla 2014 roku. Mając na względzie potrzebę pokazania zmian w czasie – dodatkowo do analizy włączono dane z 2004 roku.

Ryc. 3.4.1. Liczba zgonów z powodu alkoholu (ICD-10: C15, C32, F10, K70, K73, K74, K76, V00-Y99) osób posiadających meldunek w Gdańsku. Dane dla lat 2004 i 2012–2013



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Bazy Demograficznej GUS, dostęp online: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>, [28.11.2015].

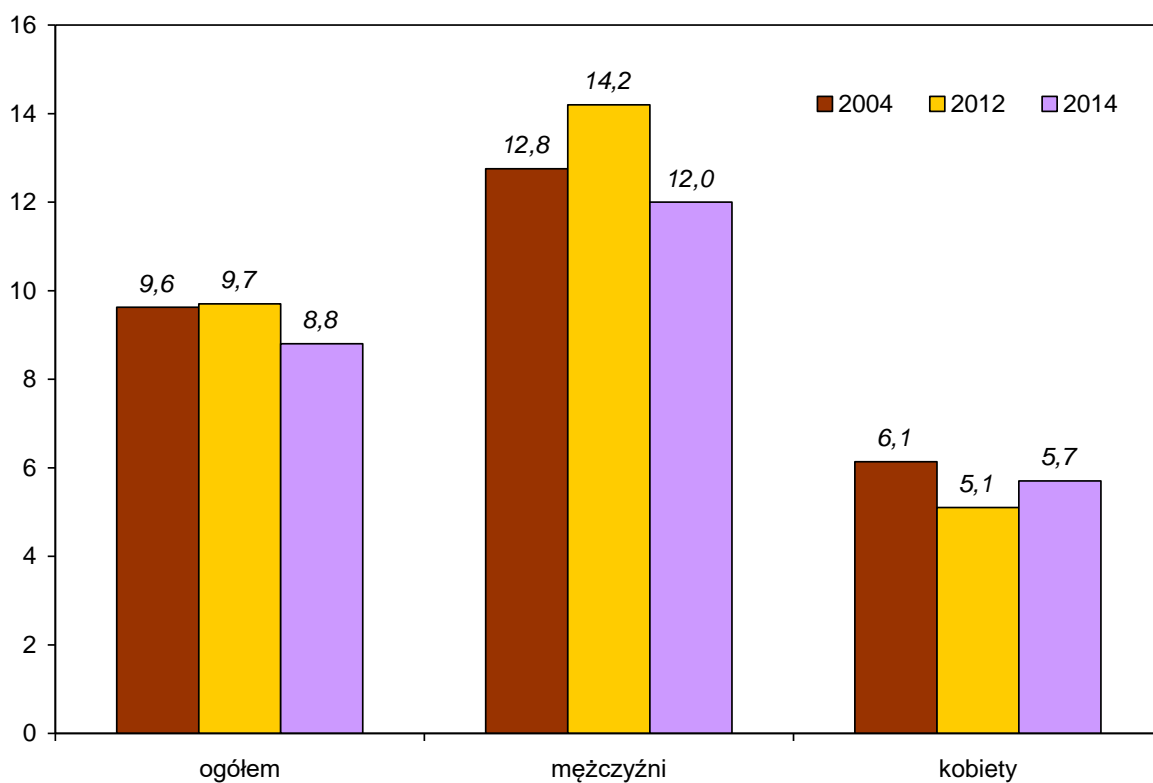
Na ryc. 3.4.1. przedstawiono liczbę zgonów z powodu spożywania alkoholu osób posiadających meldunek w Gdańsku (niezależnie od miejsca zgonu) w podziale na płeć. Natomiast na ryc. 3.4.2. przedstawiono udziały tychże zgonów w całości. Poniżej podano oznaczenia kodów przyczyn zgonów wg ICD-10, zaliczonych do powodowanych przez alkohol:

- C-15 – nowotwór złośliwy przełyku;
- C-32 – nowotwór złośliwy krtani;
- F-10 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu;
- K-70 – alkoholowa choroba wątroby;

- K-73 – przewlekłe zapalenie wątroby niesklasyfikowane gdzie indziej (prawie nie wystąpiło w statystykach dla Gdańska);
- K-74 – zwłóknienie i marskość wątroby;
- K-76 – inne choroby wątroby (prawie nie wystąpiło w statystykach dla Gdańska);
- V00-Y99 – zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu.

Analizując ryc. 3.4.1., nie dostrzegamy poważniejszych zmian w wielkości liczby zgonów powodowanych przez alkohol, ale jest jeszcze zbyt wcześnie, aby stwierdzić, czy jest to tendencja spadkowa, czy chwilowa zmiana. Ponadto widać wyraźnie, że częściej umierają mężczyźni (67,5% zgonów w 2013 r.), niż kobiety (32,5%).

Ryc. 3.4.2. Udział procentowy zgonów z powodu alkoholu (ICD-10: C15, C32, F10, K70, K73, K74, K76, V00-Y99) osób posiadających meldunek w Gdańsku w całości zgonów jego obywateli. Dane dla lat 2004 i 2012–2013



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Bazy Demograficznej GUS, dostęp online: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>, [28.11.2015].

Z kolei analizując ryc. 3.4.2. stwierdzamy, że odsetek zgonów powodowanych przez alkohol wyniósł wśród obywateli Gdańska w latach 2012–2013 około 9,3%, przy czym wśród mężczyzn było to 13,1%, a wśród kobiet dwa razy mniej, bo 5,4%. Porównując dane z tych dwóch lat z tymi za 2004 r., nie stwierdzamy zaistnienia w czasie poważnych zmian w odsetkach analizowanych zgonów w stosunku do ich liczby całkowitej.

Wnioski:

1. Zgony powodowane przez alkohol (według klasyfikacji przyjętej przez WHO) w 2013 r. stanowiły 8,8% całości zgonów obywateli Gdańska i – zgodnie z oczekiwaniami – były bardziej rozpowszechnione wśród mężczyzn (12,0%), niż wśród kobiet (5,7%).
2. Opierając się na danych za lata 2004 oraz 2012–2013, nie dostrzegamy tendencji do zmian w natężeniu tychże zgonów.

3.5. Konsekwencje społeczne problemowego spożycia alkoholu

Konsekwencje społeczne problemowego spożycia alkoholu w najprostszym układzie możemy podzielić na behawioralne oraz prawne. W objętym analizą okresie nie prowadzono badań nad wzorcami konsumpcji alkoholu, gdyż były one realizowane w latach: 2005, 2011 i 2015. Tym niemniej, mając na uwadze dobro raportu, zdecydowano o syntetycznej prezentacji wyników badań z 2015 roku¹⁰⁰ w zakresie odczuć indywidualnych związanych ze spożywaniem alkoholu. Zapytano dorosłych obywateli Gdańska, czy w związku z piciem alkoholu odczuwali w ciągu 12 ostatnich miesięcy (w nawiasie podano odsetek respondentów, którzy zaznaczyli odpowiedzi: „około raz w miesiącu”, „około raz w tygodniu” oraz „codziennie lub prawie codziennie”):

- poczucie winy lub wyrzuty sumienia po picu alkoholu (6,0%);
- niemożność przypomnienia sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy z powodu picia alkoholu (3,1%);
- zrobienie czegoś niewłaściwego, naruszającego normy postępowania (3,5%);
- niemożność zaprzestania picia po jego rozpoczęciu (5,2%);
- potrzeba napicia się alkoholu rano następnego dnia po „dużym picu”, by dojść do siebie (3,5%).

W przypadku młodzieży oparto się na wynikach badania typu ESPAD z 2015 roku. W zał. 3.5.1, przedstawiono odpowiedzi na pytanie: „Ile razy podczas ostatnich 12 miesięcy miałeś/aś następujące doświadczenia po spożyciu alkoholu?”. W przypadku gimnazjum: odsetek młodzieży, która po spożyciu alkoholu miała następujące doświadczenia, wynosił:

- pływanie na głębokiej wodzie (w basenie, w rzece, w jeziorze): 2,6%;
- poważne kłótnie: 1,3%;
- przemoc fizyczna, bójka: 1,1%

W przypadku szkoły ponadgimnazjalnej były to doświadczenia następujące:

¹⁰⁰Badanie zostało przeprowadzone przez firmę Q&Q Zakład Badań Społecznych Maciej Brosz w listopadzie 2015 roku na zlecenie GCPU.

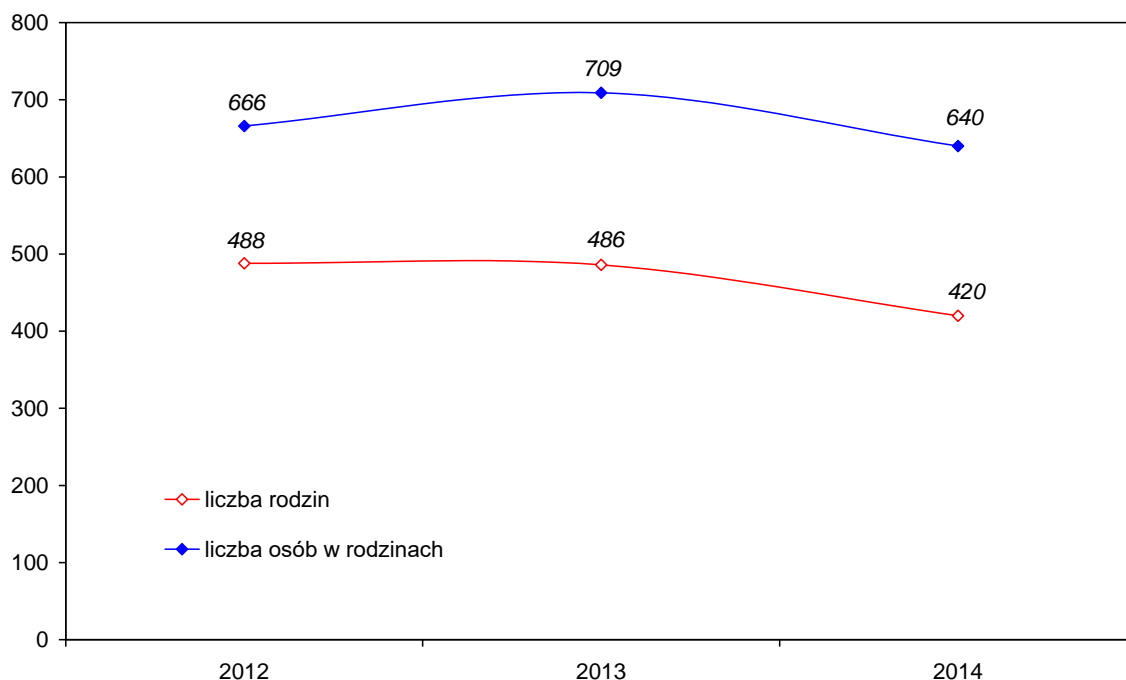
- stosunek seksualny bez zabezpieczenia: 3,2%;
- poważna kłótnia: 2,3%;
- zniszczenie, zgubienie ubrania lub innej rzeczy: 1,9%;
- wypadek lub obrażenia: 1,8%;
- pływanie na głębokiej wodzie (w basenie, w rzece, w jeziorze): 1,3%;
- przemoc fizyczna, bójka: 1,1%;
- bycie ofiarą niechcianego stosunku seksualnego: 1,1%.

Opierając się ponownie na wynikach badań nad wzorcami konsumpcji alkoholu¹⁰¹, możemy stwierdzić, że spośród wszystkich badanych 28,4% wskazało, iż w najbliższej rodzinie ma osobę, która spożywa zbyt dużo alkoholu, czyli „pije systematycznie”, „upija się” (przy czym wskaźnik ten uległ nieznacznemu zmniejszeniu w porównaniu do wyniku z 2011 roku, kiedy to wyniósł 29,9%). Deklaracji takiej częściej udzielały kobiety (31%), aniżeli mężczyźni (25,3%). Ponadto 39% respondentów wskazało, iż wśród najbliższych znajomych jest osoba nadużywająca alkoholu (jest to spadek w porównaniu do wyniku z 2011 r., kiedy wyniósł on 41%).

Dane na temat marginalizacji związanej z używaniem alkoholu można podzielić na dotyczące samych osób uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzin. W niniejszej analizie oparto się o dane udostępnione przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku, zaprezentowane w ryc. 3.5.1.

¹⁰¹ Badanie zostało przeprowadzone przez zespół w składzie Anna Strzałkowska, Marta Abramowicz i Maciej Brosz w listopadzie 2015 roku na zlecenie GCPU.

Ryc. 3.5.1. Liczba rodzin i osób w nich, którym Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w latach 2012–2014 udzielił pomocy w związku z występowaniem w problemu alkoholowego



Źródło: E-mail z dn. 26.11.2015 r. od Witolda Bocheńskiego z Zespołu Planowania i Sprawozdawczości Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Gdańsku.

Osoby uzależnione od alkoholu najczęściej żyją w wieloosobowych gospodarstwach domowych, dlatego liczba osób z rodziny, którym MOPR udzielił pomocy jest większa niż liczba rodzin objętych pomocą. Interpretując te wyniki, należy zdawać sobie sprawę, że (1) dana rodzina mogła otrzymać pomoc społeczną z więcej niż jednej przyczyny, (2) klasyfikacja powodu przyznania pomocy wymyka się sztywnym ramom zapisanym w drukach (3) ze względu na ostre kryteria dochodowe uprawniające do otrzymania świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej¹⁰² – liczba rodzin dotkniętych problemem alkoholowym i jednocześnie otrzymujących pomoc społeczną jest dużo mniejsza niż rzeczywista liczba rodzin dotkniętych problemem alkoholowym.

Kontakt z alkoholem często powoduje także kolizję z prawem. W niniejszym opracowaniu przestępstwa i wykroczenia związane z alkoholizmem umieszczono w dwóch miejscach.

¹⁰² Kryteria dochodowe ulegają zmianie. I tak zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 lipca 2009 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. Nr 1027, poz. 1055) dla osoby samotnie gospodarującej wynosiło 477 zł, a dla osoby w rodzinie 351 zł; Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 17 lipca 2012 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. poz. 823) wyznaczało je dla osoby samotnie gospodarującej na poziomie 542 zł, a dla osoby w rodzinie 456 zł; obecnie jest to dla osoby samotnie gospodarującej 634 zł, a dla osoby w rodzinie 514 zł, zob. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. poz. 1058).

Poniżej omówiono liczbę stwierdzonych przestępstw i wykroczeń, natomiast w rozdziale 4.7. skupiono się na wielkości ujawnionego nielegalnego alkoholu.

Jak widzimy w tab. 3.5.1. liczba przestępstw w okresie 2012–2014 z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 208 Kodeksu Karnego na terenie Gdańska była niewielka. Dużo wyższa była liczba wykroczeń, co wynika z samego charakteru zachowań osób będących pod wpływem alkoholu (tab. 3.5.2). Najwięcej przestępstw odnotowano w rejonie działania III Komisariatu we Wrzeszczu; natomiast wykroczeń w V Komisariacie na Przymorzu, II Komisariacie w Śródmieściu oraz VII Komisariacie na Stogach – widać więc wyraźny związek liczby wykroczeń z turystycznym charakterem danej części miasta. W załącznikach 3.5.2. i 3.5.3. przedstawiono te same dane, lecz w podziale na komisariaty.

Tab. 3.5.1. Liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 208 Kodeksu Karnego na terenie Gdańska w latach 2012–2014

	2012 r.			2013			2014		
	Ustawa	208KK	Σ	Ustawa	208KK	Σ	Ustawa	208KK	Σ
Gdańsk	0	0	0	1	3	4	6	0	6

Źródło: E-mail z dnia 01.12.2015 r. od mł. asp. Lucyny Rekowskiej z KMP w Gdańsku [dane za lata 2012–2014].

Załącznik 3.5.2. Liczba ujawnionych wykroczeń z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na terenie Gdańska w latach 2012–2014

	2012 rok		2013 rok		2014 rok	
	Ustawa	w tym z art. 43' ust. 1	Ustawa	w tym z art. 43' ust. 1	Ustawa	w tym z art. 43' ust. 1
liczba ujawnionych wykroczeń	2557	626	3782	2086	3565	2398
liczba wykroczeń w których nie składano wniosków o ukaranie	0	0	0	0	0	0
liczba wykroczeń zakończonych skierowaniem wniosku o ukaranie	0	0	0	0	0	0
liczba wykroczeń zakończonych nałożeniem MK	537	88	647	451	1184	920
liczba wykroczeń zakończonych zastosowaniem środków oddziaływania pozakarnego (art. 41 kw)	2020	538	3135	1635	2381	1478

Źródło: E-mail z dnia 01.12.2015 r. od mł. asp. Lucyny Rekowskiej z KMP w Gdańsku [dane za lata 2012–2014].

Wnioski:

1. Wyniki badań na temat wzorców konsumpcji alkoholu z lat 2005–2015 wskazują na zmniejszanie zjawiska alkoholizmu wśród gdańszczan.
2. Nie widać poważniejszych zmian w liczbie rodzin/osób, które otrzymują pomoc z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie z powodu występowania w nich problemów alkoholowych.

3. Na terenie Gdańska nie widać poważniejszych zmian w liczbie przestępstw ani wykroczeń związanych z alkoholem rejestrowanych przez Policję.
4. Wśród młodzieży najczęstszymi negatywnymi skutkami spożycia alkoholu są ryzykowne zachowania seksualne (tylko wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych), kłótnie i przemoc oraz pływanie w głębokiej wodzie po alkoholu.

3.6. Postawy wobec spożywania alkoholu

W oparciu o wyniki badania typu ESPAD z 2011 roku¹⁰³ można stwierdzić, że rodzice gimnazjalistów pijących alkohol, nie wiedzą o tym stanie rzeczy, natomiast jeśli chodzi o młodzież ponadgimnazjalną zazwyczaj rodzice wiedzą o picu alkoholu i akceptują ten fakt. Rozkład odpowiedzi przedstawiono w tab. 3.6.1.

W 2015 roku przytłaczająca większość badanych, których zapytano o to, czy według nich picie nawet niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci odpowiedziało, że tak (96,4% to odpowiedzi „tak” i „raczej tak”)¹⁰⁴.

Tab. 3.6.1. Odpowiedzi [w %] na pytanie „czy twoi rodzice wiedzą, że pijesz alkohol?” w badaniu typu ESPAD w 2011 roku

Odpowiedź:	Druga klasa	
	Gimnazjum	szkoła ponadgimnazjalnej
Nie dotyczy (osoby niepijące)	42%	10%
Nie wiedzą	59%	12%
Chyba się domyślają	16%	21%
Wiedzą, ale nie akceptują tego	9%	22%
Wiedzą i akceptują to	16%	45%

Źródło: *ESPAD 2011 (raport z badań socjologicznych)*, badanie zostało przeprowadzone w 2011 r. przez zespół w składzie: Maciej Brosz, Anna Strzałkowska, Tomasz Tobis na zlecenie GCPU.

Wniosek:

Powszechna jest niewiedza rodziców o picu alkoholu przez gimnazjalistów oraz wiedza i akceptacja tego faktu w odniesieniu do młodzieży ponadgimnazjalnej (w opinii uczniów).

3.7. Sytuacja w Gdańsku na tle dużych miast w Polsce

Zjawisko występowania problemów alkoholowych nie różnicuje się znacząco w układzie duże miasta a reszta kraju. Tym niemniej zdecydowano o porównaniu sytuacji Gdańska z innymi dużymi polskimi miastami, dodatkowo dołączono do nich Gdynię i Olsztyn (które

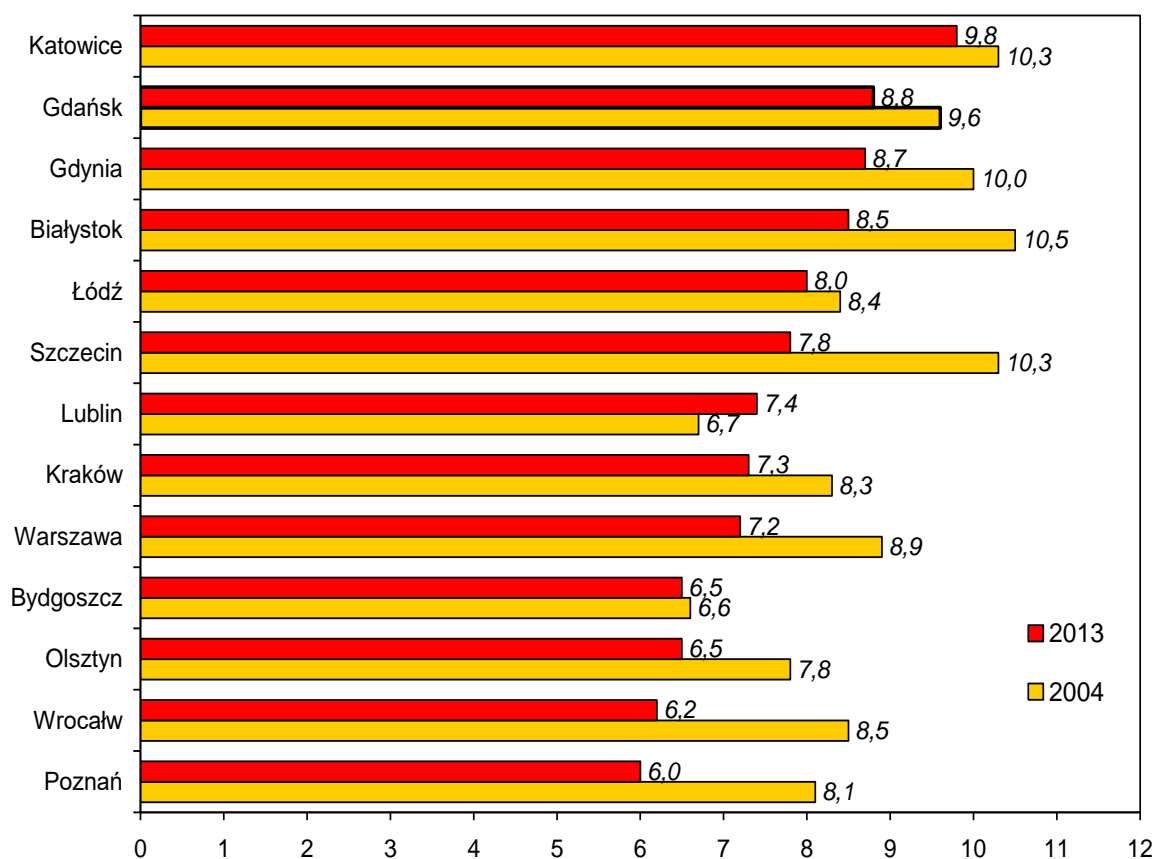
¹⁰³ Badanie pt. ESPAD 2011 (raport z badań socjologicznych) przeprowadził zespół w składzie: Maciej Brosz, Anna Strzałkowska, Tomasz Tobis na zlecenie GCPU.

¹⁰⁴ Badanie zostało przeprowadzone przez zespół w składzie Anna Strzałkowska, Marta Abramowicz i Maciej Brosz w listopadzie 2015 roku na zlecenie GCPU.

są wprawdzie mniejsze, ale ze względu na bliskość geograficzną uznano, że umieszczenie ich w analizie ma sens).

Ze względu na dostępność danych – analiza obejmuje na razie jedynie umieralność z powodu alkoholu. Z analizy ryc. 3.7.1. wynika, że najgorszą sytuację w zakresie odsetka zgonów powodowanych przez alkohol w 2013 r. posiadały Katowice, tuż za nimi uplasował się Gdańsk. Generalnie daje się zauważyć, że większość spośród dużych miast zlokalizowanych na północy kraju (Gdańsk, Gdynia, Białystok, Szczecin) miała gorszą sytuację. Wyjątek stanowił tutaj tylko Olsztyn. Porównując sytuację w 2004 r. i w 2013 r. widzimy oznaki relatywnego jej polepszenia – w prawie wszystkich analizowanych miastach (poza Lublinem) sytuacja uległa poprawie.

Ryc. 3.7.1. Odsetek zgonów powodowanych przez alkohol (ICD-10: C15, C32, F10, K70, K73, K74, K76, V00-Y99) w całości zgonów osób posiadających meldunek w wybranych dużych miastach w latach 2004 i 2013



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Bazy Demograficznej GUS, dostęp online: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/>, [28.11.2015].

Wnioski:

1. Umieralność w Gdańsku (liczona dla 2013 r. odsetkiem zgonów powodowanych przez alkohol) jest relatywnie wysoka. Pośrednio świadczy to o tym, że alkoholizm jest poważnym problemem zdrowotnym w Gdańsku (w porównaniu z innymi dużymi miastami w Polsce).

2. W Gdańsku podobnie jak w zdecydowanej większości polskich dużych miast w okresie 2004–2013 zaobserwowano zmniejszenie udziału zgonów powodowanych przez alkohol w całości zgonów.

4. Opis i ocena posiadanych zasobów oraz podejmowanych działań

Podstawą działań samorządu miasta Gdańska w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi jest Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz.U. Nr 35, poz. 23 z późn. zm.). Zgodnie z tą ustawą władze gminy (za pomocą gminnego programu profilaktyki rozwiązywania problemów alkoholowych) realizują następujące zadania własne polegające w szczególności na¹⁰⁵:

- zwiększaniu dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- udzielaniu rodzinom z problemami alkoholowymi pomocy psychospołecznej i prawnej (w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie);
- prowadzeniu profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych (w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działania na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych);
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- podejmowaniu interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹⁰⁶ i art. 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
- wspieraniu zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Zgodnie z ww. ustawą zadania wynikające z gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych powinien realizować ośrodek pomocy społecznej lub inna jednostka wskazana w programie. W przypadku Gdańska przekazanie realizacji tegoż programu nastąpiło z dniem 1 stycznia 2015 roku.

4.1. Ograniczanie popytu – profilaktyka uniwersalna¹⁰⁷

Profilaktyka, w tym profilaktyka uniwersalna, jest jednym z głównych zadań samorządu w zakresie przeciwdziałania zjawisku alkoholizmu i jego negatywnym skutkom.

¹⁰⁵ Oparto się tu na tekście jednolitym tejże ustawy z dnia 28 marca 2007 r. (Dz.U. Nr 70, poz. 473, art. 4).

¹⁰⁶ Art. 13 dotyczy reklamy napojów alkoholowych, natomiast art. 15. sprzedaży napojów alkoholowych osobom nieletnim, nietrzeźwym, na kredyt lub pod zastaw.

¹⁰⁷ Profilaktyka uniwersalna jest ukierunkowana na całą populację. „Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów alkoholowych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży

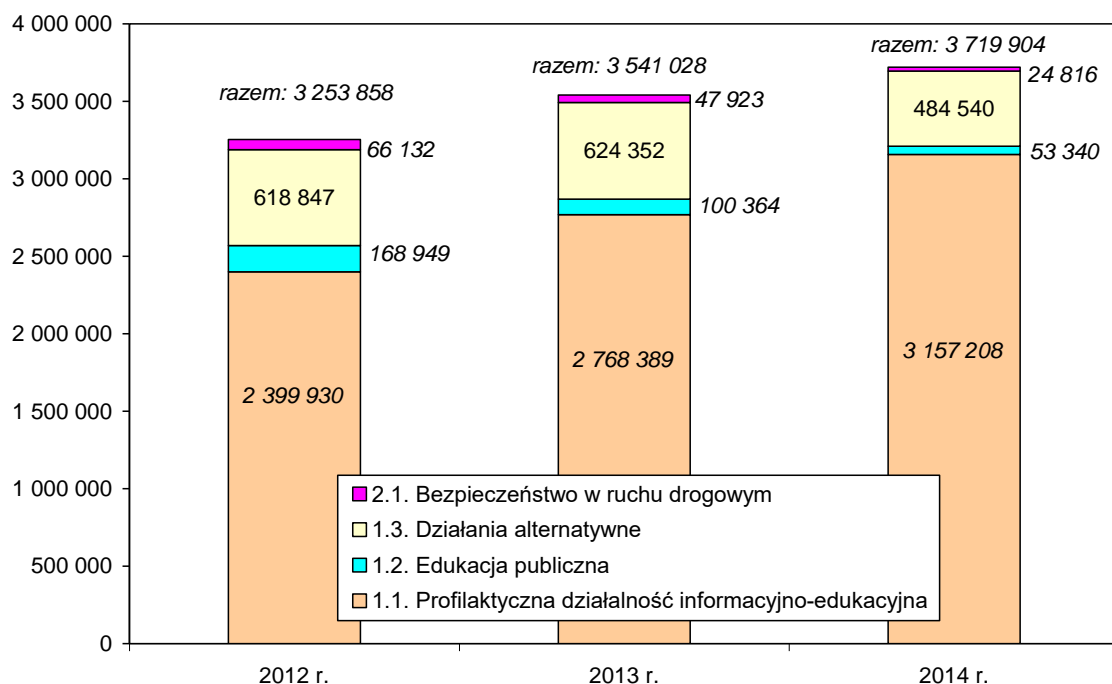
Stąd w GPPiRPA przewidziano na nią znaczne środki finansowe. Do profilaktyki uniwersalnej zakwalifikowano następujące działania: 1.1. Profilaktyczna działalność informacyjno-edukacyjna, 1.2. Edukacja publiczna, 1.3. Działania alternatywne, 2.1. Bezpieczeństwo w ruchu drogowym.

Należy mieć na uwadze, że w zadaniu 1.1. mieszczą się środki finansowe związane z ogólnym funkcjonowaniem bądź remontami GCPU, a instytucja ta wykonuje także szereg działań przekraczających profilaktyczną działalność informacyjno-edukacyjną. Stąd takie zakwalifikowanie środków nieznacznie zaburza obraz rozdysponowania środków finansowych z GPPiRPA.

Patrząc na ryc. 4.1.1., widzimy po pierwsze tendencję rosnącą wydatków na profilaktykę uniwersalną, co dzieje się głównie za sprawą szybkiego wzrostu wydatków właśnie w kategorii 1.1. Profilaktyczna działalność informacyjno-edukacyjna. Towarzyszy temu nieznaczny wzrost nakładów w kategorii 1.3. Działania alternatywne i postępująca marginalizacja dwóch i tak dotychczas mało finansowanych działań, jak 1.2. Edukacja publiczna i 2.1. Bezpieczeństwo w ruchu drogowym.

w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi”, źródło: *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015*, s. 4, dostęp online: http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf, [28.11.2015].

Ryc. 4.1.1. Nakłady faktycznie poniesione w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu profilaktyki uniwersalnej [w zł] w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Analizując strukturę wydatków realizowanych z GPPiRPA (chodzi tutaj o pierwszego realizatora, czyli jeśli dane działanie było zlecane przez niego kolejnemu – nie jest to już uwzględniane w tym wykresie) przedstawioną na ryc. 4.1.2., widzimy, że wiodącą rolę odgrywają instytucje, dla których organem założycielskim jest Urząd Miasta Gdańska, w szczególności Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień (GCPU). A sama struktura tych wydatków według beneficjentów nie uległa poważniejszym zmianom w okresie 2012–2014.

Urząd Miasta Gdańska także finansuje działania profilaktyczne w ramach innych programów niż GPPiRPA. Przykładem może być prowadzenie klubu dla młodzieży na Dolnym Mieście przez TPU Mrowisko finansowanego z programu rewitalizacji tejże dzielnicy¹⁰⁸.

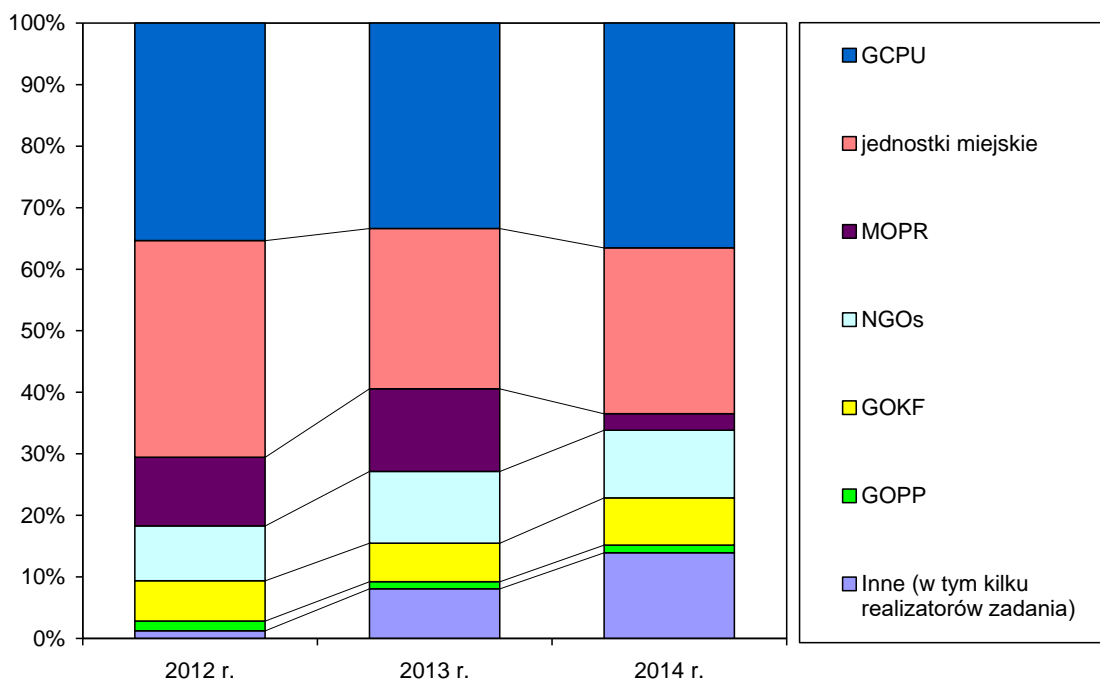
Uzupełniającą rolę do spełnienia w zakresie profilaktyki uniwersalnej ma Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015. Niestety w przysłanym piśmie z Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej UMWP¹⁰⁹ brak szczegółowych informacji na ten temat, wiadomo jedynie, że w latach 2012–2014 wsparto 92 projekty organizacji pozarządowych na sumę ok. 719,3 tys. zł¹¹⁰.

¹⁰⁸ E-mail otrzymany od Zygmunta Medowskiego z dnia 21.12.2015 r.

¹⁰⁹ Pismo ROPS.P.9072.44.15 EOD 86286/11/2015 z dnia 23.11.2015 r.

¹¹⁰ Brak możliwości rozróżnienia czego konkretnie te działania dotyczyły i ile spośród tych projektów obejmowało swym zasięgiem mieszkańców Gdańska.

Ryc. 4.1.2. Struktura (w podziale na beneficjentów) nakładów faktycznie poniesionych w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu profilaktyki uniwersalnej w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Wnioski:

1. Ze względu na skutki społeczne alkoholizmu – zdecydowano się na analizę profilaktyki w dwóch osobnych rozdziałach; tutaj uniwersalna, w następnym: selektywna i wskazująca. Jednakże należy mieć na uwadze, że programy profilaktyczne częściowo się przenikają, stąd jednoznaczne rozdzielanie działań (i środków finansowych) w ramach GPPiRPA nie jest do końca możliwe.
2. Nakłady na profilaktykę uniwersalną są bardzo wysokie.
3. Cechą charakterystyczną nakładów na profilaktykę uniwersalną jest ich bardzo wyraźny wzrost w zakresie działania 1.1. Profilaktyczna działalność informacyjno-edukacyjna. Skutkuje to szybkim wzrostem nakładów na całą profilaktykę uniwersalną.
4. W realizacji działań w ramach profilaktyki uniwersalnej wiodącą rolę odgrywają instytucje, dla których organem założycielskim jest Urząd Miasta Gdańska.

4.2. Ograniczanie popytu – profilaktyka selektywna¹¹¹ i wskazująca¹¹²

Profilaktyka selektywna i wskazująca (obok uniwersalnej) należą do głównych zdań samorządu w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i jego skutkom. Do działań mieszczących się w zakresie profilaktyki selektywnej i wskazującej zaliczono podejmowane w ramach GPPiRPA działania w zakresie: 1.4. Interwencja profilaktyczna, 2.3. Ład i porządek publiczny, 2.4. Zapobieganie przemocy, 3.2. Pomoc rodzinie, 5.1. Profesjonalizacja działania.

Analizując ryc. 4.2.1. stwierdzamy, że nie ma tutaj tendencji wzrostowej, jak w przypadku poprzednio omawianej profilaktyki. Nie widać także tak wyraźnej dominacji jednego zakresu działań nad innym, aczkolwiek relatywnie najwięcej środków jest przeznaczanych na działanie 3.2. Pomoc rodzinie¹¹³. Mniejsze znaczenie mają pozostałe, wyróżnione tu, grupy działań.

Na ryc. 4.2.2. przedstawiono strukturę wydatków realizowanych z GPPiRPA w podziale na realizatorów (ale chodzi tutaj o pierwszego realizatora, czyli jeśli dane działanie było zlecane przez niego kolejnemu – nie jest to już uwzględniane w tym wykresie). Podobnie jak przy profilaktyce uniwersalnej – decydującą rolę odgrywają jednostki, dla których organem założycielskim jest Urząd Miasta Gdańska, aczkolwiek udział organizacji pozarządowych jest tu większy. Natomiast sama struktura tych wydatków według beneficjentów nie uległa

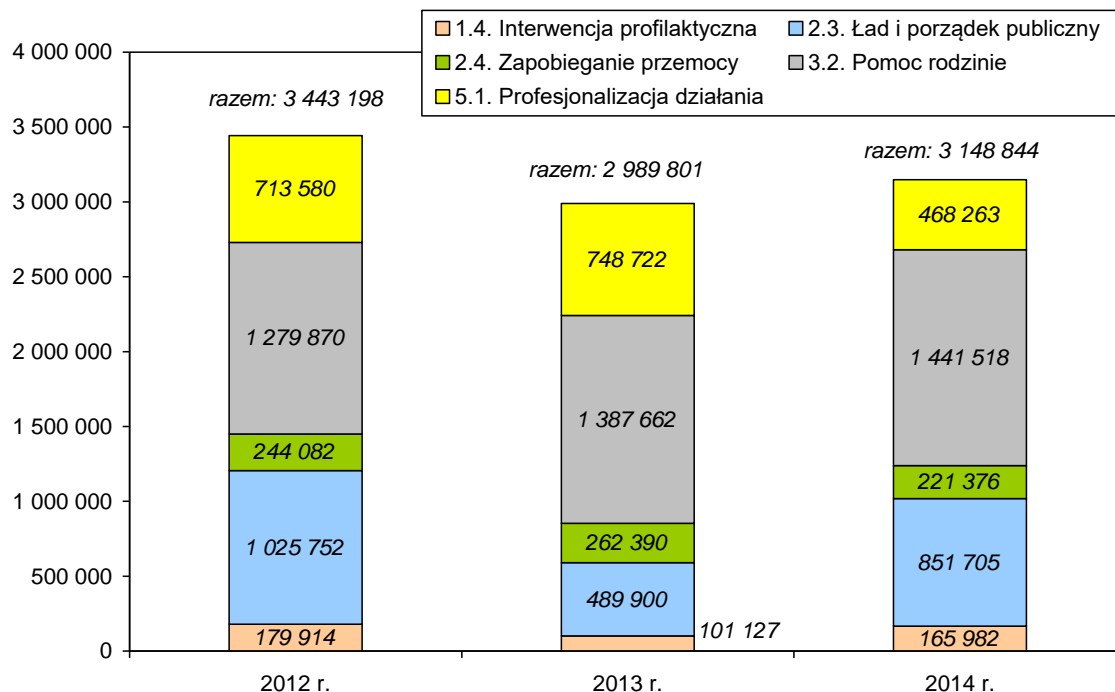
¹¹¹ Profilaktyka selektywna jest ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka. „Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym”, źródło: *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015*, s. 4, dostęp online: http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf, [28.11.2015].

¹¹² Profilaktyka wskazująca jest ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych. „Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu)”, źródło: *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015*, s. 4, dostęp online: http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf, [28.11.2015].

¹¹³ W 2012 r. na działania mieszczące się w zakresie 3.2. Przemoc w rodzinie przeznaczano 37,2% nakładów na realizację profilaktyki selektywnej i wskazującej, podczas gdy w 2014 r. było to już 45,8%.

poważniejszym zmianom w latach 2012–2014, poza malejącą rolą właśnie organizacji pozarządowych.

Ryc. 4.2.1. Nakłady faktycznie poniesione w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej [w zł] w latach 2012–2014



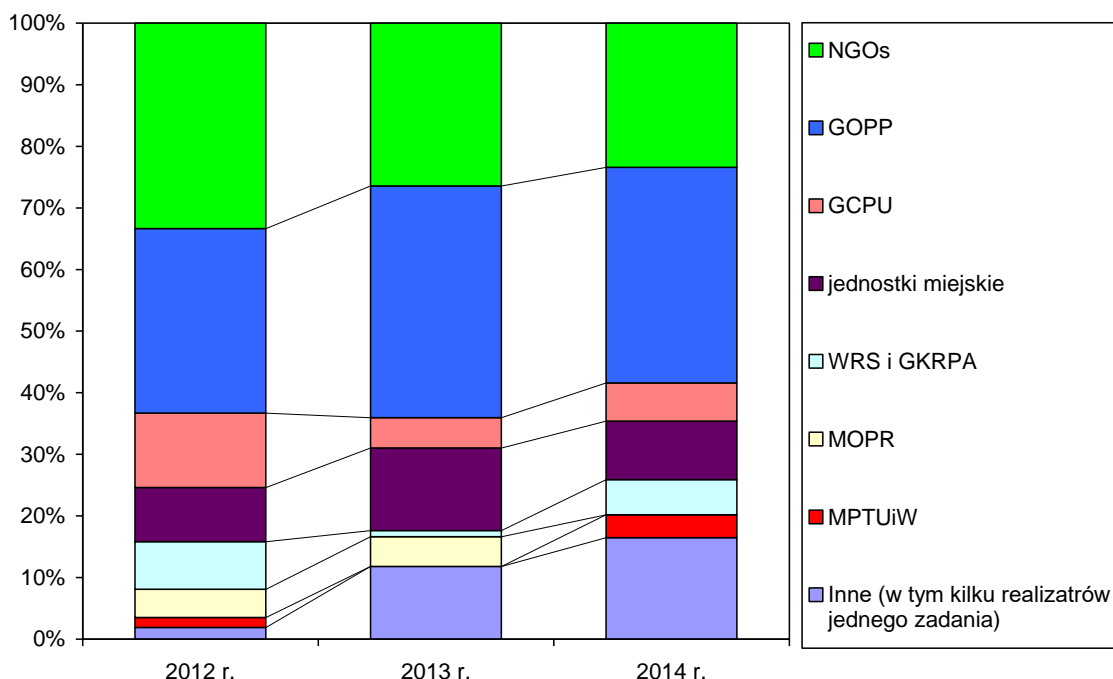
Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Uzupełniającą rolę w zakresie profilaktyki selektywnej i wskazującej ma do spełnienia Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015. Niestety w przesłanym piśmie z Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej UMWP¹¹⁴ brak szczegółowych informacji na ten temat, wiadomo jedynie, że w latach 2012–2014 wsparto 92 projekty organizacji pozarządowych na sumę ok. 719,3 tys. zł¹¹⁵, ponadto w 2012 r. przeprowadzono konferencję dla przewodniczących gminnych/koordynatorów powiatowych zespołów interdyscyplinarnych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, a w 2014 r. przeprowadzono dwa szkolenia dla policjantów w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

¹¹⁴ Pismo ROPS.P.9072.44.15 EOD 86286/11/2015 z dnia 23.11.2015 r.

¹¹⁵ Brak możliwości rozróżnienia czego konkretnie te działania dotyczyły i ile spośród tych projektów obejmowało swym zasięgiem mieszkańców Gdańska.

Ryc. 4.2.2. Struktura (w podziale na beneficjentów) nakładów faktycznie poniesionych w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Wnioski:

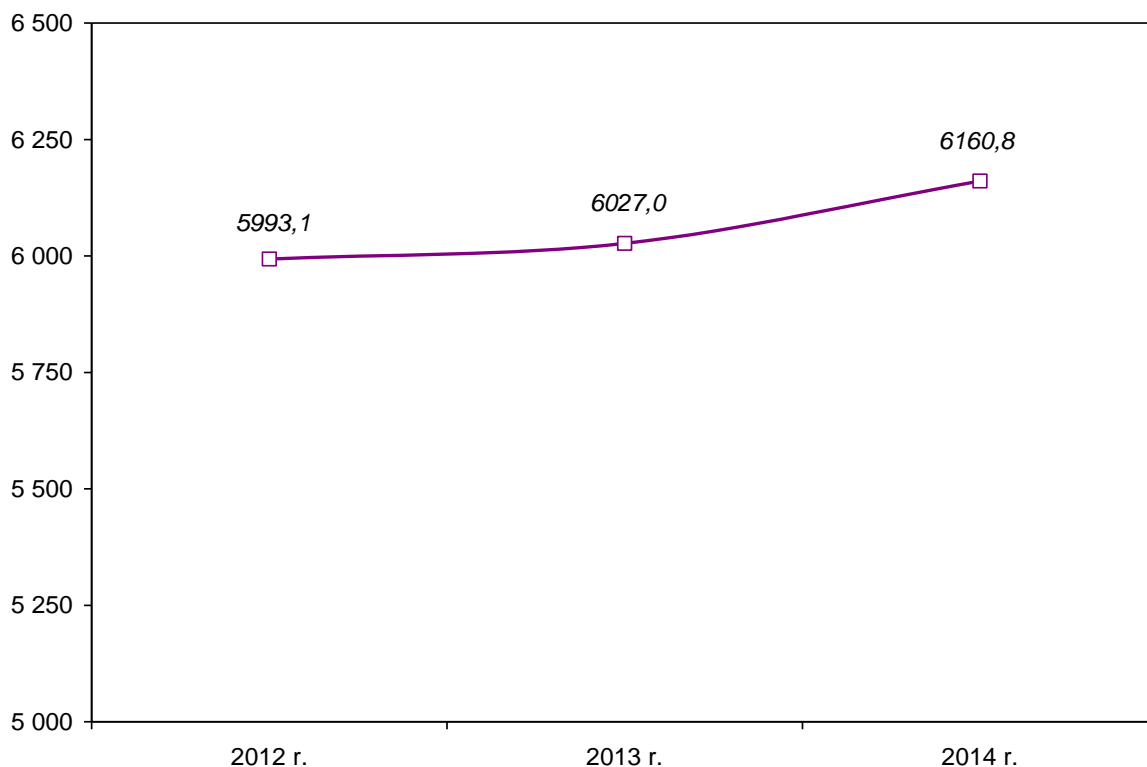
1. Nakłady na profilaktykę selektywną i wskazującą również utrzymują się na bardzo wysokim poziomie.
2. Wprawdzie poziom nakładów na ten rodzaj profilaktyki nie ulega poważniejszym zmianom, lecz patrząc na strukturę widać, że wzrastają nakłady na działania mieszczące się w ramach 3.2. Pomoc rodzinie.

4.3. Ograniczanie popytu – leczenie i rehabilitacja

Głównym realizatorem działań w zakresie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu oraz współuzależnionych jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Władze samorządowe mają w tym zakresie do odegrania rolę uzupełniającą.

Patrząc na ryc. 4.3.1., widzimy powolny wzrost nakładów ponoszonych przez POW NFZ. Dzieje się tak przede wszystkim za sprawą produktu 04.4744.001.02 „świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne”, które zniwelowały likwidację produktu 04.4740.001.02 „leczenie uzależnień, w tym świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu”.

Ryc. 4.3.1. Nakłady faktycznie poniesione przez POW NFZ w placówkach zlokalizowanych na terenie Gdańsku na realizację zadań z zakresu leczenia i rehabilitacji [w tys. zł] w latach 2012–2014



Źródło: Pismo: 11NFZ/WSOS-M-AS/MSH/5729/2016 z dnia 21.01.2016 r. otrzymane od zastępcy dyrektora ds. medycznych POW NPOZ w Gdańsku.

Według bazy PARPA zawierającej wykaz placówek leczenia zajmujących się osobami uzależnionymi od alkoholu, w Gdańsku w 2008 r. działały (niestety informację opublikowano na stronie 05.01.2008 r.¹¹⁶ i od tego czasu nie była ona aktualizowana):

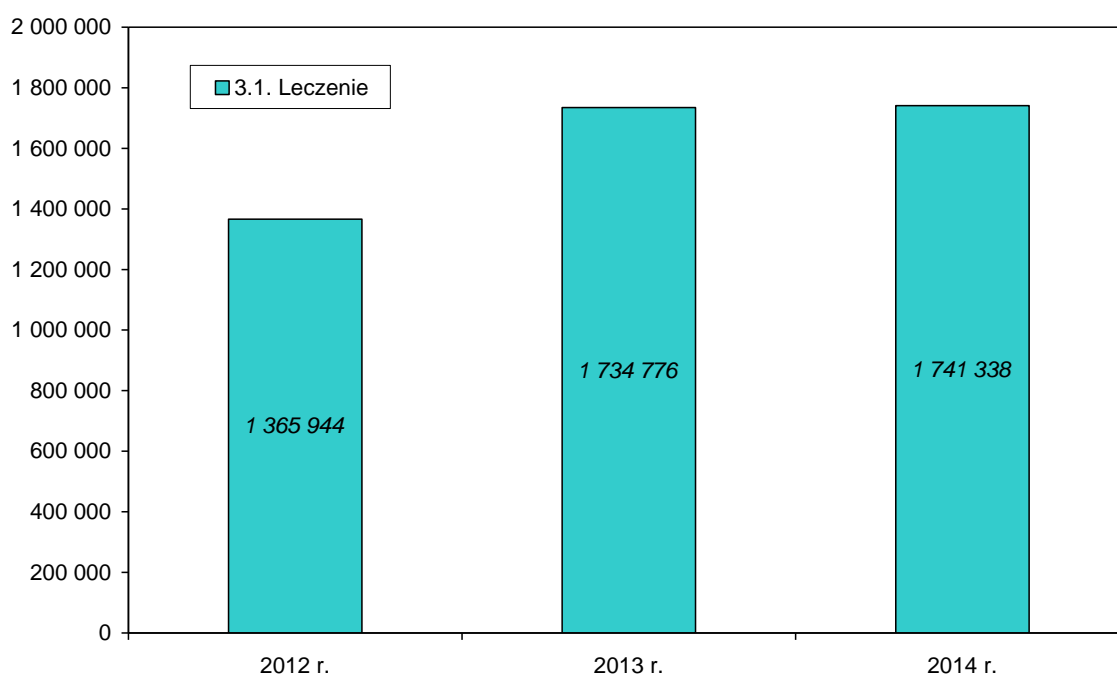
- „REMED+LECTUS” Sp. z o.o.: Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (ul. Wałowa 27, 80–858 Gdańsk);
- NZOZ Gdańskie Centrum Zdrowia: Miejska Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia oraz Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu (ul. Oliwska 62, 80–542 Gdańsk);
- NZOZ Ośrodek Terapii i Profilaktyki Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia: Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu (ul. Gospody 7, 80–344 Gdańsk);

¹¹⁶ Informacja zamieszczona na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dostęp online: <http://www.parpa.pl/index.php/placowki-lecznictwa/województwo-pomorskie> [13.12.2015], ponadto na stronie <http://www.parpa.pl/index.php/placowki-lecznictwa/placowki-lecznictwa-dla-mlodziezy> [13.12.2015] znajduje się ogólnopolski wykaz placówek leczenia od alkoholu dla dzieci i młodzieży, ale nie ma na niej ani jednej instytucji z województwa pomorskiego (data aktualizacji strony: 04.08.2008 r.).

- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień: Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia oraz Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu (ul. Zakopiańska 37, 80–412 Gdańsk);
- Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza: Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu oraz Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (ul. Srebrniki 17, 80–344 Gdańsk).

Dlatego też do działań mieszczących się w zakresie leczenia i rehabilitacji, a realizowanych w ramach GPPiRPA zaliczono tylko działanie 3.1. Leczenie.

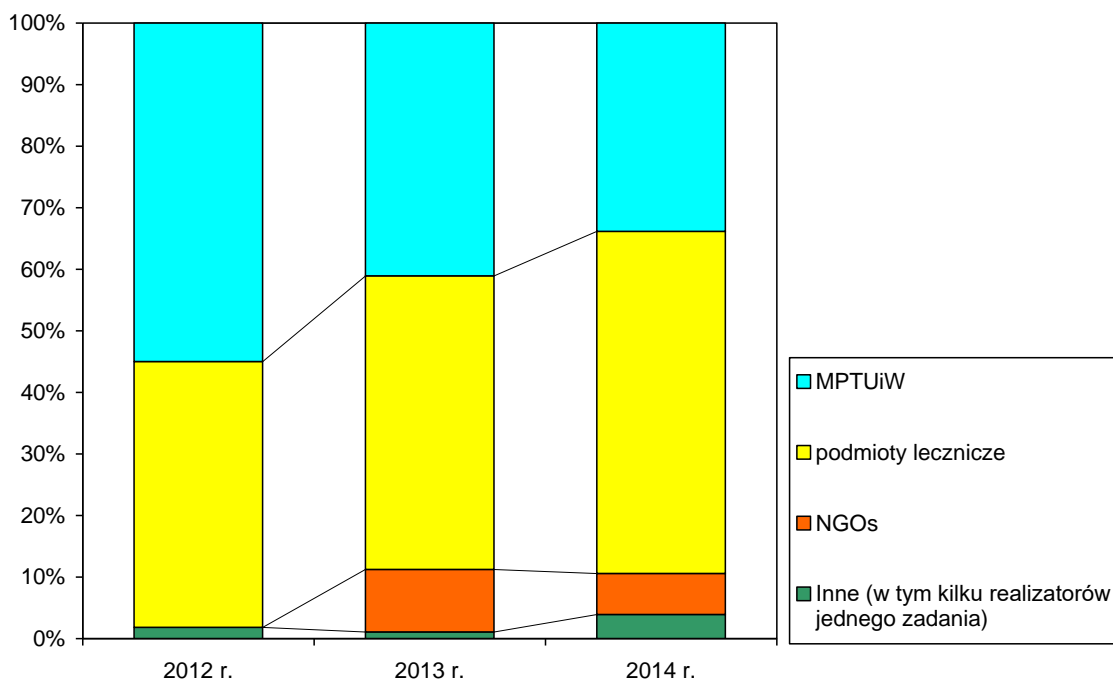
Ryc. 4.3.2. Nakłady faktycznie poniesione w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu leczenia i rehabilitacji [w zł] w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Patrząc na ryc. 4.3.2., widzimy niewielką tendencję wzrostową nakładów na leczenie i rehabilitację, ponoszonych w ramach GPPiRPA. Analizując strukturę wydatków realizowanych z GPPiRPA według realizatorów (chodzi tutaj o pierwszego realizatora, czyli jeśli dane działanie było zlecane przez niego kolejnemu – nie jest to już uwzględniane w tym wykresie) przedstawioną na ryc. 4.3.3., widzimy, że tym razem wiodącą rolę ogrywają podmioty lecznicze, zwłaszcza Miejska Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia GCM (jednakże jego znaczenie szybko się zmniejsza).

Ryc. 4.3.3. Struktura (w podziale na beneficjentów) nakładów faktycznie poniesionych w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu leczenia i rehabilitacji w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Ponadto Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego w ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015 w 2014 r. przystąpił do kampanii na temat przeciwdziałania płodowemu zespołowi alkoholowemu pn. STOP FAS¹¹⁷.

Wnioski:

1. Zgodnie z przepisami i przewidywaniami, Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ odgrywa decydującą rolę na obszarze Gdańska w zakresie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu. Nakłady na ten cel powoli rosną, lecz okres trzech lat jest zbyt krótki, aby móc pisać o tendencji wzrostowej.
2. Samorząd Gdańska ma uzupełniającą względem NFZ rolę w zakresie leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od alkoholu oraz współuzależnionych. Tym niemniej nakłady na leczenie ponoszone w ramach GPPiRPA należy uznać za znaczne.

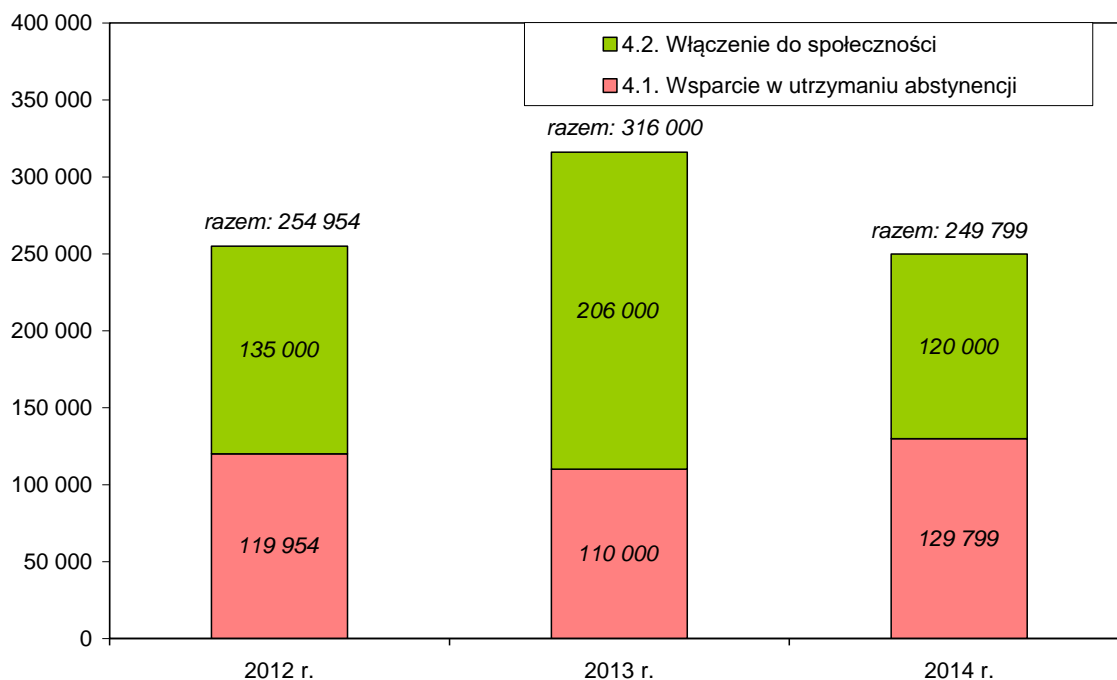
4.4. Ograniczanie popytu – readaptacja społeczna

Do działań realizowanych w GPPiRPA odnośnie readaptacji społecznej osób uzależnionych od alkoholu zakwalifikowany został cały obszar nr 4 Integracja społeczna i zawodowa obejmujący: 4.1. Wsparcie w utrzymaniu abstynencji oraz 4.2. Włączenie do społeczności.

¹¹⁷ Pismo ROPS.P.9072.44.15 EOD 86286/11/2015 z dnia 23.11.2015 r.

Jak widać z danych zamieszczonych na ryc. 4.4.1., środki finansowe przeznaczane w ramach GPPiRPA na readaptację społeczną są relatywnie niskie i oscylują w badanym okresie w okolicy 270 tys. zł. Są one dość równomiernie podzielone na dwie grupy zadań mieszczących się w obszarze nr 4.

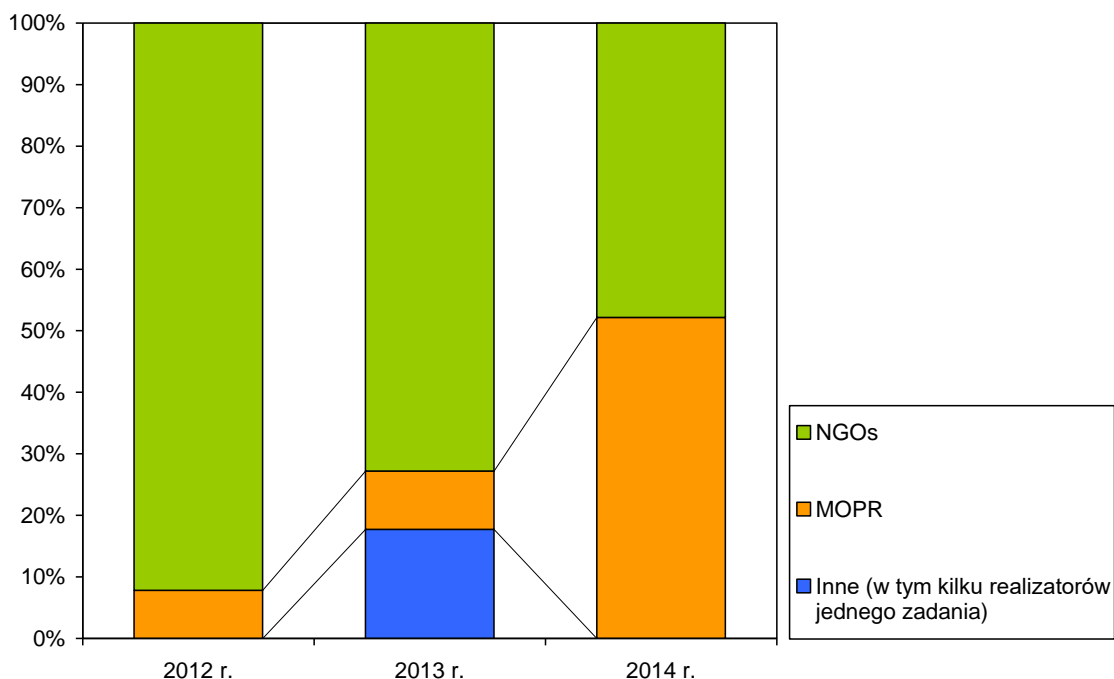
Ryc. 4.4.1. Nakłady faktycznie poniesione w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu readaptacji społecznej [w zł] w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Patrząc na strukturę wydatków realizowanych z GPPiRPA w podziale na realizatorów (przy czym chodzi tutaj o pierwszego realizatora, czyli jeśli dane działanie było zlecane przez niego kolejnemu – nie jest to już uwzględniane w tym wykresie) przedstawioną na ryc. 4.4.2., widzimy spadający udział organizacji pozarządowych na rzecz Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie. Jest to związane z tym, że Urząd Miasta Gdańska zamiast bezpośrednio delegować programy (i środki finansowe) do organizacji pozarządowych – robi to coraz częściej za pośrednictwem ośrodka pomocy społecznej.

Ryc. 4.4.2. Struktura (w podziale na beneficjentów) nakładów faktycznie poniesionych w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu readaptacji społecznej w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

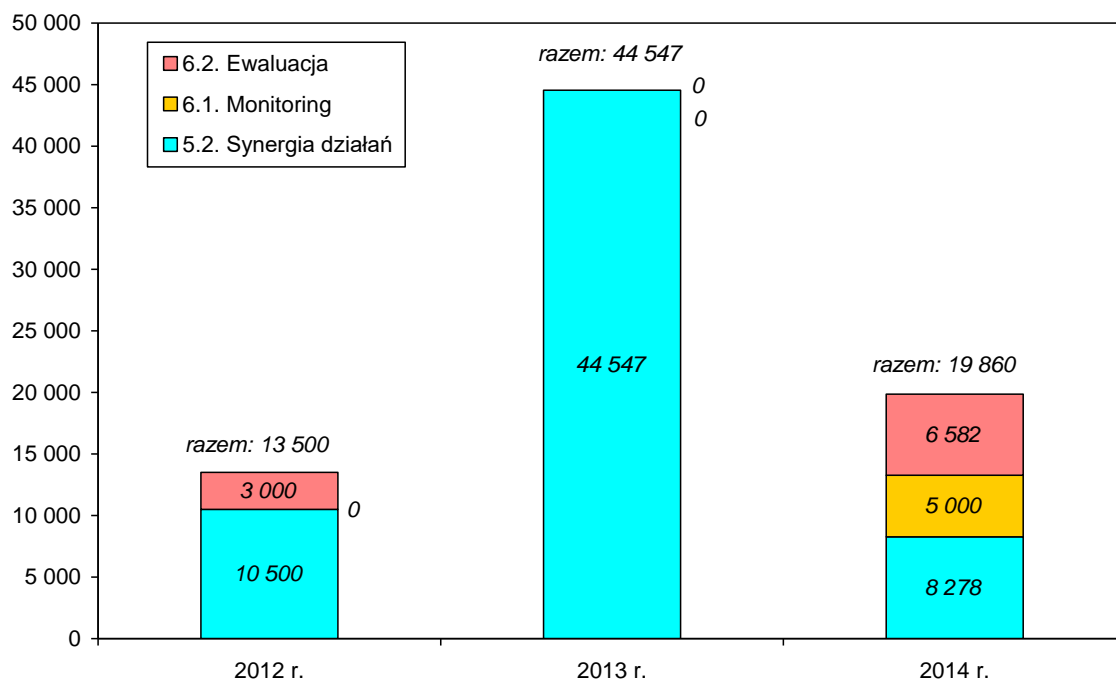
Wnioski:

1. Nakłady finansowe w ramach GPPiRPA na readaptację społeczną osób uzależnionych od alkoholu są relatywnie niskie.
2. W zakresie środków przeznaczanych na realizację readaptacji społecznej osób uzależnionych od alkoholu obserwujemy wzrost znaczenia Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

4.5. Ograniczanie popytu – pozostałe działania

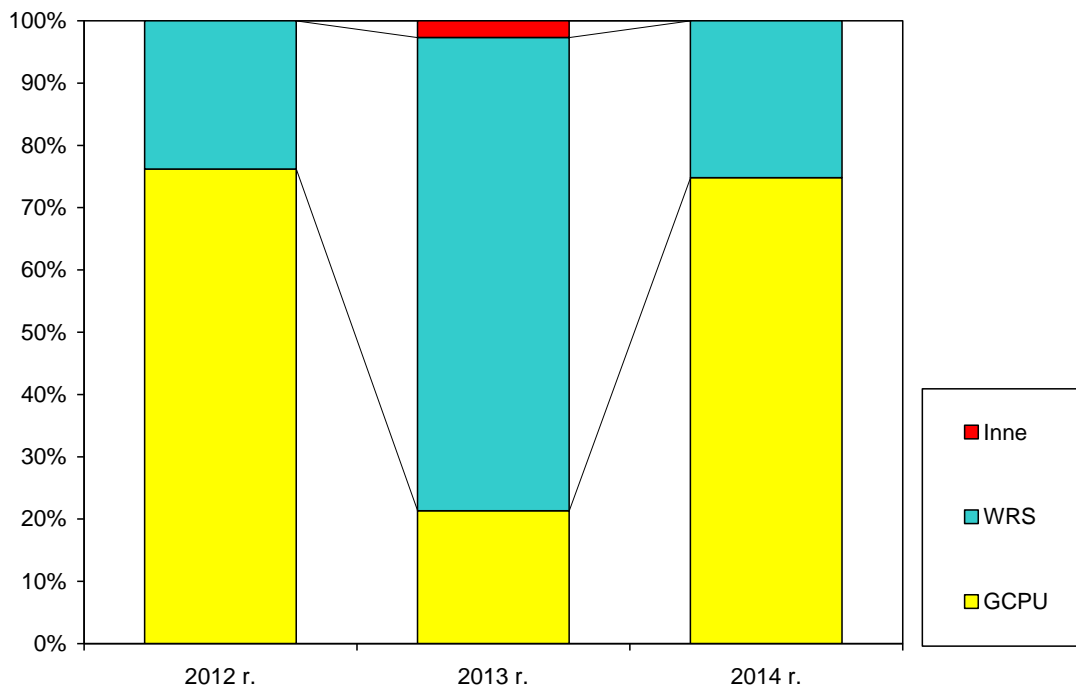
Do ograniczania popytu na alkohol zaliczane są także działania mające na celu uzyskanie efektu synergicznego realizowanych programów czy prowadzenie badań służących dalszej optymalizacji działań, w tym lepszemu rozpoznaniu sytuacji odnośnie zagrożenia alkoholizmem. Do tego typu działań zaliczono mieszczące się w 5.2. Synergia działań i cały obszar 6. Badania i analizy, czyli 6.1. Monitoring, 6.2. Ewaluacja.

Ryc. 4.5.1. Nakłady faktycznie poniesione w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację pozostałych zadań z zakresu ograniczania szkód [w zł] w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Ryc. 4.5.1. Struktura (w podziale na beneficjentów) nakładów faktycznie poniesionych w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację pozostałych zadań z zakresu ograniczania szkód w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Na ryc. 4.5.1. przedstawiono wydatki na wspomniane działania. Są one dość niskie. Ich naturalną cechą jest duża zmienność nakładów w czasie. O ile działania zmierzające do osiągnięcia efektów synergicznych czy sanacji powinny być realizowane w sposób ciągły

(w cyklu rocznym), to już np. niektóre badania społeczne w cyklu 2-4 letnim, a raporty zawierające monitoring oraz ewaluację w cyklu 2-letnim (jest to oczywiste, gdyż następny rok po takim raporcie powinien być przeznaczony na wdrożenie jego zapisów, a jeszcze lepiej na mainstreaming).

Tym niemniej dotychczas ponoszone nakłady na osiągnięcie efektu synergicznego oraz na badania są relatywnie małe. A ich realizatorami są Wydział Rozwoju Społecznego UMG lub Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień (ryc. 4.5.2.).

Wnioski:

1. Ten wniosek wynika z wcześniejszych analiz, ale zdecydowano o umieszczeniu go w tym miejscu. Zaleca się jednoznaczne zdefiniowanie wzorca badań typu ESPAD, który będzie w przyszłości niezamienialny.
2. Sugeruje się rozważenie nieznacznego zwiększenia nakładów finansowych na osiągnięcie efektu synergicznego dotychczasowych działań oraz na badania i ich wdrażanie.

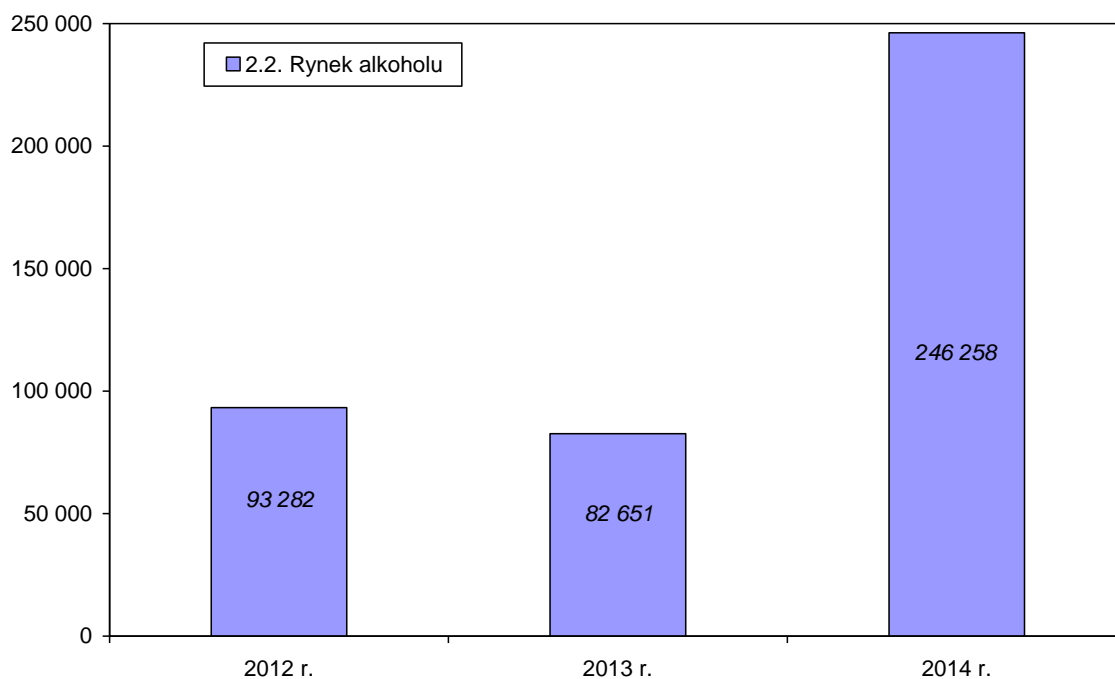
4.6. Ograniczanie podaży w ramach GPPiRPA

O ile w przypadku przeciwdziałania narkomanii władze samorządowe nie mają praktycznie żadnych narzędzi w zakresie ograniczania podaży narkotyków, o tyle w przypadku podaży alkoholu jest już inaczej. Samorząd ma tutaj obowiązek kontroli przestrzegania prawa w zakresie sprzedaży alkoholu. Ponadto może występować przed sądami oraz posiłkować się opiniami biegłych. Stąd do działań w ramach GPPiRPA polegających na ograniczeniu podaży zaliczono 2.2. Rynek alkoholu.

Na ryc. 4.6.1. przedstawiono wyniki analizy. Charakterystyczny jest duży wzrost nakładów w 2014 r. spowodowany uruchomieniem działań systemowych zmierzających do właściwego oznakowania placów zabaw itd., na co środki te zostały wydatkowane za pośrednictwem Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

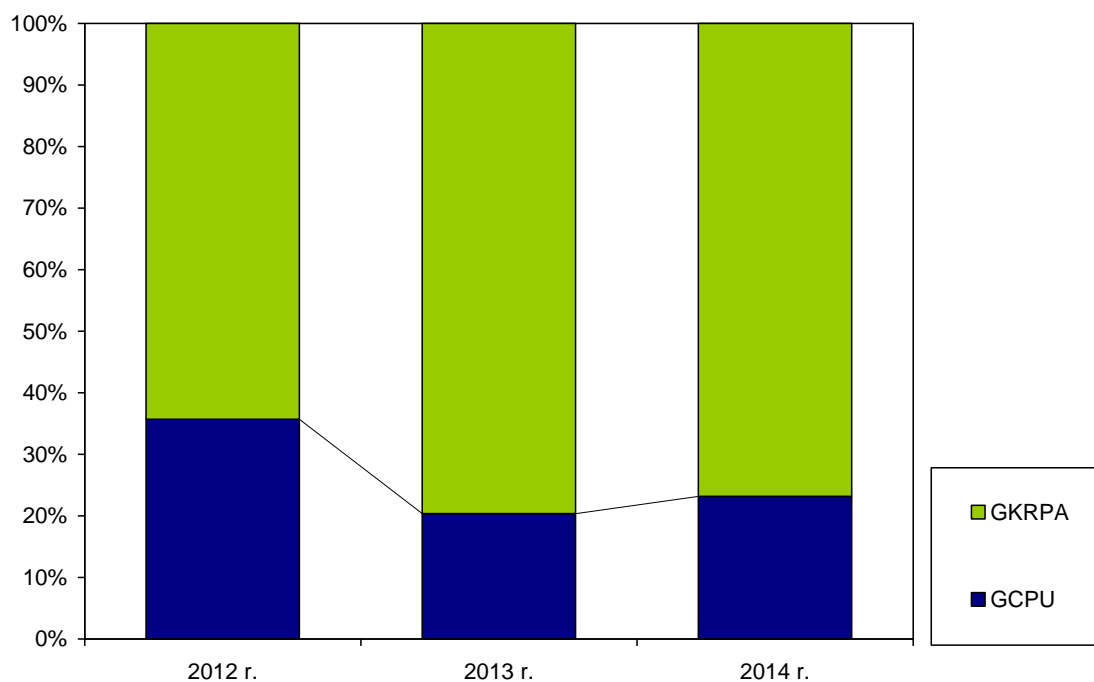
Instytucją ograniczającą podaż alkoholu powinna być Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, ewentualnie wyspecjalizowana jednostka, dla której organem założycielskim jest Urząd Miasta Gdańska. Jak to widzimy na ryc. 4.6.2., dokładnie tak jest.

Ryc. 4.6.1. Nakłady faktycznie poniesione w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu ograniczania podaży [w zł] w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Ryc. 4.6.2. Struktura (w podziale na beneficjentów) nakładów faktycznie poniesionych w ramach GPPiRPA w Gdańsku na realizację zadań z zakresu ograniczania podaży w latach 2012–2014



Źródło: Opracowano na podstawie raportów z realizacji GPPiRPA za lata 2012–2014.

Wnioski:

1. Nakłady na ograniczanie podaży alkoholu, realizowane w ramach GPPiRPA odznaczają się sporą zmiennością. Jednocześnie nakłady na podstawową działalność w tym zakresie, czyli kontrole punktów sprzedaży alkoholu – nie ulegają poważniejszym zmianom.
2. Jednakże, mając na względzie wyniki zaprezentowane w rozdz. 3.1. na temat dostępności alkoholu sugeruje się rozważenie: zmniejszenia liczby placówek serwujących alkohol oraz wzmoczenie kontroli tychże placówek pod kątem przestrzegania odnośnych przepisów wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

4.7. Ograniczanie podaży przez inne podmioty

Władze miasta Gdańska mają minimalny wpływ na zatrzymanie nielegalnego alkoholu. Leży to zasadniczo w gestii służb centralnych. Ze względu na specyfikę miasta wynikającą z jego nadmorskiego położenia oraz posiadania ruchliwych przejść granicznych – oprócz policji dużą rolę do odegrania mają tu także straż graniczna i służba celna. Dane na temat przestępstw i wykroczeń związanych z alkoholem zanotowanych przez policję przedstawiono w rozdz. 3.5. Dlatego tutaj zostanie przedstawiona jedynie ilość ujawnianego nielegalnego alkoholu.

Jeśli chodzi o ilość ujawnianego nielegalnego alkoholu na terenie Gdańska przez funkcjonariuszy Morskiego Oddziału Straży Granicznej (tab. 4.7.1.), widzimy niepokojącą tendencję wzrostową. Na terenie całego województwa pomorskiego rośnie ilość ujawnianego alkoholu przez tę służbę.

Tab. 4.7.1. Wyroby alkoholowe ujawnione przez funkcjonariuszy Morskiego Oddziału Straży Granicznej na terenie Gdańska w latach 2012–2014

	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Spirytus [w litrach]	1	396	1538,5

Źródło: Opracowano na podstawie e-maila od kpt. Joanny Wiśniewskiej z dn. 23.11.2015 r.

Z danych udostępnionych przez Izbę Celną w Gdyni, a dotyczących również ujawnień nielegalnego alkoholu na terenie Gdańska, wynika (tab. 4.7.2.), że sytuacja zmieniła się w przeciwną stronę.

Tab. 4.7.1. Wyroby alkoholowe ujawnione przez funkcjonariuszy Izby Celnej w Gdyni na terenie Gdańska w latach 2012–2014

	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Wyroby spirytusowe [w litrach]	20168,94	2421,85	3928,61
Wyroby winiarskie [w litrach]	669,41	41,13	69,75

Źródło: Opracowano na podstawie pisma 320000-IOSW.0741.25.2015.5 z dnia 3.12.2015 r. otrzymanego od dyrektora Izby Celnej w Gdyni.

Natomiast funkcjonariusze Straży Miejskiej w Gdańsku w okresie 2012–2014 ani razu nie ujawnili nielegalnego alkoholu¹¹⁸.

Wniosek:

Z prezentowanych danych wynika, że na terenie Gdańska szybko rośnie ilość ujawnianego nielegalnego alkoholu.

¹¹⁸ Pismo: SM.PR.430.110.2015.1.AS.5412 z dnia 09.12.2015 r.

5. Wnioski i rekomendacje do dalszych działań w perspektywie krótkoterminowej

Szczegółowe wnioski i rekomendacje zostały zaprezentowane przy każdym z podrozdziałów niniejszego opracowania, dlatego też w tym miejscu ograniczono się do sformułowania rekomendacji i wniosków natury ogólnej:

1. Gdańsk na tle innych dużych polskich miast znajduje się w specyficznej sytuacji przede wszystkim z racji istnienia na jego terenie dwóch ruchliwych przejść granicznych, bycia centrum turystycznym oraz z faktu, że razem z Gdynią i Sopotem tworzy rdzeń aglomeracji trójmiejskiej. Specyfikę tę należy przy planowaniu dalszych działań uwzględniać. Chodzi tu przede wszystkim o: (1) ewentualne uwzględnienie w GPPiRPA sezonowego zwiększania spożycia alkoholu i tym samym wzrost ryzyka wystąpienia problemów alkoholowych w okresie wakacyjnym oraz (2) podjęcie próby współpracy GPPiRPA w Gdańsku, Sopocie i Gdyni. Na trzecią specyfikę, związaną z granicą i ruchliwymi przejściami granicznymi – władze miasta nie mają żadnego wpływu i raczej nie powinny jej uwzględniać w swoich działaniach.
2. Dostępność alkoholu w Gdańsku jest bardzo łatwa. Sieć placówek serwujących alkohol w mieście jest bardzo gęsta: na koniec 2014 roku na jedną placówkę przypadało zaledwie 306 osób (najmniej na Wyspie Sobieszewskiej i Śródmieściu, najwięcej na Przeróbce). Ponadto młodzież gdańskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych stwierdziła w 2015 roku, że nabycie alkoholu jest dla niej raczej łatwe (zwłaszcza dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych, ale tutaj znaczenie może mieć fakt, że spora część z nich to osoby już dorosłe).
3. Mamy trzy kategorie osób nadużywających alkoholu: ryzykownie spożywające alkohol, szkodliwie pijące alkohol i uzależnione od alkoholu. Liczbę dorosłych mieszkańców Gdańska szkodliwie spożywających alkohol oraz uzależnionych od niego oszacowano na koniec 2014 roku na 24,7–26,6 tys. osób (dla wcześniejszych lat oszacowanie jest niemożliwe), natomiast wśród młodzieży na około 646 osób.
4. Analizując liczbę zgonów z powodu alkoholu na 1000 mieszkańców w Gdańsku na tle innych dużych polskich miast widać, że alkoholizm może być w nim większym problemem niż w pozostałych.
5. Do częściowo przeciwnych wniosków prowadzą badania nad wzorcami konsumpcji alkoholu z lat 2005–2015, gdyż wskazują one na zmniejszanie się zjawiska alkoholizmu.

Ale należy mieć na uwadze, że dotyczą one bardziej percepcji zjawiska alkoholizmu przez gdańszczan, a nie jego faktycznego rozprzestrzenienia.

6. Wyniki dotyczące konsekwencji (zdrowotnych, społecznych) spożywania alkoholu wykazują niejednoznaczne zmiany, np. rośnie liczba leczonych gdańszczan, a z drugiej strony maleje liczba gdańszczan podejmujących aktywności społeczne pod wpływem alkoholu, natomiast w przypadku wykroczeń rejestrowanych przez Policję nie ma wyraźnych zmian. Uznano zatem, że lata 2012–2014 to zbyt krótki przedział czasu, aby w takim przypadku pisać o jednoznacznych tendencjach zmian w tej materii. Sugeruje się przeprowadzenie kolejnych badań za 3-4 lata, wtedy będzie można sformułować bardziej wiarygodne wnioski.
7. Prawie wszystkie instytucje, do których zwrócono się o udostępnienie danych niezbędnych do opracowania tej części raportu, odpowiedziały pozytywnie na prośbę o dane i/lub konsultacje.
8. W zakresie działań ukierunkowanych na ograniczanie popytu na alkohol dominujące znaczenie mają instytucje, które nie podlegają władzom miasta tj. policja, straż graniczna, izba celna. Natomiast mając na uwadze bardzo gęstą sieć punktów sprzedaży alkoholu oraz przekonanie młodzieży o łatwości nabycia alkoholu, postuluje się rozważenie (w ramach GPPiRPA) działań o charakterze restrykcyjnym w tej materii.
9. W zakresie leczenia osób uzależnionych decydujące znaczenie ma Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ i jest to właściwa prawidłowość. GPPiRPA ma w tej materii znaczenie uzupełniające. Natomiast GPPiRPA w przypadku pozostałych działań nastawionych na ograniczanie związanie problemów alkoholowych oraz profilaktykę ma znaczenie podstawowe – i jest to także prawidłowe.

6. Ogólna ocena funkcjonowania Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Nie zaleca się przeprowadzenia typowej oceny efektywności GPPiRPA. Typowej, to znaczy kosztowej, czyli zestawienia nakładów finansowych z liczbą osób, które skorzystały z różnorodnych form działań itp. Postawiono tezę, gdyż programy najtaniej realizowane niekoniecznie muszą „trafić” do odbiorców i być skuteczne.

Zdaniem PARPA istnieje niebezpieczeństwo finansowania z gminnych programów zadań, które nie są zgodne art. 18 ust. 1. ustawy dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 23 z późn. zm). Stąd w swoich rekomendacjach¹¹⁹ podaje ona przykłady zadań, które **nie powinny** być finansowane w ramach gminnych programów. Należą do nich:

- udzielanie indywidualnej pomocy materialnej (np. zakup podręczników dla dzieci z rodzin alkoholowych, bony towarowe, żywność, zakup leków i odzieży, dofinansowanie stołówki, dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, dofinansowanie kosztów dojazdu na terapię);
- utrzymanie boiska, budowa placów zabaw i boisk sportowych, budowa lodowiska, utrzymanie pływalni, finansowanie miasteczka rowerowego, modernizacja placu zabaw;
- monitoring miejski;
- dofinansowanie Uniwersytetu Trzeciego Wieku;
- szczepienia ochronne;
- prowadzenie ogrzewalni dla osób bezdomnych;
- funkcjonowanie izb wytrzeźwień.

Ponieważ celem niniejszego opracowania nie jest ocena realizacji poszczególnych zadań pod kątem prawnym, dlatego też nie kontrolowano pod kątem powyższych zaleceń GPPiRPA w Gdańsku. Także przeprowadzone badanie nie jest typową ewaluacją ex-post. Opracowując układ badania i niniejszego raportu, oparto się bowiem na wzorcu opracowanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (wobec nieznalesienia jednoznacznych wytycznych na stronach PARPA). W tym wzorcu zalecono skoncentrowanie badań na rozprzestrzenieniu zjawiska i jego negatywnych skutkach z jednej strony oraz, z drugiej dokonanie przeglądu całokształtu działań na rzecz jego ograniczenia (w tym m.in. także gminnych programów). Przyjęcie takich założeń daje wprawdzie lepszy ogólny ogląd sytuacji, lecz też nie mieści się w ramach

¹¹⁹ *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2016 roku*, 2015, Warszawa, s. 6.

typowej ewaluacji. Tym niemniej zaleca się szczegółową analizę realizowanych w nim zadań pod kątem wymienionych rekomendacji PARPA. Z drugiej strony protokół z kontroli kompleksowej miasta Gdańska w zakresie gospodarki finansowej i zamówień publicznych przeprowadzony w 2012 r. przez Regionalną Izbę Obrachunkową w Gdańsku stwierdził (w zakresie przedmiotowym objętym kontrolą) poprawne wydatkowanie środków finansowych z GPPiRPA w okresie 2010–2012 (I półrocze).

Zanim zostaną skonfrontowane działania w ramach GPPiRPA z zagrożeniem nielegalnym alkoholem w Gdańsku, należy mieć na uwadze, że sytuacja ta w dużym stopniu jest niezależna od władz miasta, wynikając z aktualnie panujących wzorców zachowań ludności czy działań innych instytucji (policja, samorząd województwa, rząd itp.). Konfrontując cele i realizację GPPiRPA, należy stwierdzić, że dotychczasowe działania Wydziału Rozwoju Społecznego UMG podejmowane w ramach GPPiRPA przynoszą korzyści społeczności lokalnej.

Dominującą rolę w rozdysponowywaniu środków w ramach GPPiRPA ma profilaktyka (uniwersalna, selektywna, wskazująca), natomiast notowane są bardzo niskie nakłady na readaptację społeczną, ograniczanie podaży (zwłaszcza kontrolę w punktach posiadających zezwolenie na sprzedaż alkoholu) oraz badania nad rozprzestrzenieniem alkoholizmu oraz jego skutkami.

Ogólnie można stwierdzić, że GPPiRPA jest realizowany prawidłowo. Opinia ta znajduje także potwierdzenie od strony finansowej w „Protokole z kontroli kompleksowej miasta Gdańska w zakresie gospodarki finansowej i zamówień publicznych przeprowadzonej w 2012 r. przez Regionalną Izbę Obrachunkową w Gdańsku” przygotowanym przez Rafała Malchareka, a od strony merytorycznej w opracowaniu „Obywatelski monitoring funduszu korkowego w gminie Gdańsk. Podsumowanie” przygotowanym w 2014 r. przez Zbigniewa Bąkowskiego z Biura Interwencji Obywatelskiej¹²⁰. Bezwzględnie nowy impuls do ewaluacji czy też oceny merytorycznej funkcjonowania GPPiRPA dałoby opracowanie przez PARPA (tak jak to zrobiło KBPN) wzorca tego typu działań.

¹²⁰ Było to działanie w ramach Stowarzyszenia Sieć Obywatelska – Watchdog Polska (szczegółowe informacje o projekcie dostępne są online: www.korkowe.siecobywatelska.pl).

Załączniki:

Zał. 3.5.1. Odpowiedzi na pytanie „Ile razy podczas ostatnich 12 miesięcy miałeś/aś następujące doświadczenia po spożyciu alkoholu?” zadane uczniom III klasy gimnazjum i II klasy szkoły ponadgimnazjalnej podczas badania typu ESPAD w 2015 roku.

Zał. 3.5.2. Liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 208 Kodeksu Karnego na terenie Gdańska przez funkcjonariuszy KMP w Gdańsku w latach 2012–2014 w podziale na komisariaty.

Zał. 3.5.3. Liczba ujawnionych wykroczeń z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na terenie Gdańska przez funkcjonariuszy KMP w Gdańsku w latach 2012–2014 w podziale na komisariaty.

Tab. 3.5.1. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Ile razy podczas ostatnich 12 miesięcy miałeś następujące doświadczenia po spożyciu alkoholu?” zadane uczniom III klasy gimnazjum i II klasy szkoły ponadgimnazjalnej podczas badania typu ESPAD w 2015 roku

Działanie	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 lub więcej
III klasa gimnazjum							
Przemoc fizyczna, bójka	89,7	7,2	2,0	0	0,2	0	0,9
Wypadek lub obrażenie	88,5	8,3	1,6	0,7	0	0	0,9
Zniszczyłeś lub zgubiłeś/aś ubranie albo inne rzeczy	84,8	12,3	2,2	0	0,4	0,2	0
Poważne kłótnie	82,1	12,3	2,7	1,6	0,7	0,2	0,4
Ofiara kradzieży	96,4	2,7	0,2	0,2	0	0,2	0,2
Problemy z policją	93,7	4,5	0,7	0,4	0,2	0	0,4
Trafiłeś/aś do szpitala albo na pogotowie z powodu ciężkiego zatrucia	98,2	1,6	0,2	0	0	0	0
Trafiłeś/aś do szpitala albo na pogotowie z powodu wypadku lub obrażenia	98,2	1,3	0,2	0,2	0	0	0
Stosunek seksualny bez zabezpieczenia	94,8	2,5	0,4	0,2	0	0	2,0
Byłeś/aś ofiarą niechcianego stosunku seksualnego	98,0	1,1	0,2	0	0	0	0,7
Celowo zadawałeś/aś sobie ból fizyczny	93,1	4,8	1,1	0,4	0	0	0,4
Prowadzenie motoru, samochodu albo innego pojazdu	95,5	2,9	0,4	0,2	0,2	0,4	0,2
Spowodowałeś/aś wypadek drogowy prowadząc pojazd	99,3	0	0,2	0	0,2	0	0,2
Pływałeś/aś w głębokiej wodzie (na basenie, w rzece, w jeziorze)	89,4	4,9	2	0,9	0,9	0,4	1,3
II klasa szkoły ponadgimnazjalnej							
Przemoc fizyczna, bójka	86,3	10	1,8	0,8	0,5	0	0,6
Wypadek lub obrażenie	81,6	13	3	0,6	0,8	0,4	0,6
Zniszczyłeś lub zgubiłeś/aś ubranie albo inne rzeczy	78,4	16,3	3	0,5	1,2	0,3	0,4
Poważne kłótnie	75,2	15,3	5,1	2,1	1,3	0,1	0,9
Ofiara kradzieży	96	3	0,3	0,3	0	0,3	0,3
Problemy z policją	89,8	7,7	1	0,6	0,4	0,1	0,4
Trafiłeś/aś do szpitala albo na pogotowie z powodu ciężkiego zatrucia	98,4	0,5	0,3	0	0,3	0	0,5
Trafiłeś/aś do szpitala albo na pogotowie z powodu wypadku lub obrażenia	97,4	1,7	0,1	0	0	0,3	0,5
Stosunek seksualny bez zabezpieczenia	88,8	5,7	2	0,4	0,7	0,7	1,8
Byłeś/aś ofiarą niechcianego stosunku seksualnego	96,5	2,1	0,1	0,3	0,3	0,1	0,7
Celowo zadawałeś/aś sobie ból fizyczny	95,5	2,9	0,4	0,5	0,1	0,3	0,4
Prowadzenie motoru, samochodu albo innego pojazdu	93,5	4,3	1,2	0	0,1	0,3	0,6
Spowodowałeś/aś wypadek drogowy prowadząc pojazd	99	0,4	0,1	0,1	0	0,1	0,3
Pływałeś/aś w głębokiej wodzie (na basenie, w rzece, w jeziorze)	83,1	10,3	3,6	1,6	0,6	0,1	0,6

Źródło: Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną. Gdańsk, 2015, maszynopis otrzymano z WRS UMG.

Załącznik 3.5.2. Liczba przestępstw stwierdzonych z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 208 Kodeksu Karnego na terenie Gdańska przez funkcjonariuszy KMP w Gdańsku w latach 2012–2014 w podziale na komisariaty

	2012			2013			2014		
	Ustawa	208kk	Σ	Ustawa	208kk	Σ	Ustawa	208kk	Σ
Gdańsk-Orunia KP I, ul. Platynowa 6F	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gdańsk-Śródmieście KP II, ul. Piwna 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gdańsk-Wrzeszcz KP III, ul. Biała 1A	0	0	0	0	1	1	3	0	3
Gdańsk-Oliwa KP IV, ul. Kaprów 14	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Gdańsk-Przymorze KP V, ul. Krynicka 7	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Gdańsk-Nowy Port KP VI, ul. Kasztanowa 6	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Gdańsk Stogi KP VII, ul. Ugory 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gdańsk Morena KP VIII, ul. Kartuska 19	0	0	0	0	0	0	3	0	3
Gdańsk-Osowa KP. IX, ul. Baczewskiego 35	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Razem Komenda Miejska, ul. Nowe Ogrody 27	0	0	0	1	3	4	6	0	6

Źródło: e-mail z dnia 01.12.2015 r. od mł. asp. Lucyny Rekowskiej z KMP w Gdańsku [dane za lata 2012–2014].

Zał. 3.5.2. Liczba ujawnionych wykroczeń z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi na terenie Gdańska przez funkcjonariuszy KMP w Gdańsku w latach 2012–2014 w podziale na komisariaty

2012 rok						
		liczba ujawnionych wykroczeń	liczba wykroczeń w których nie składano wniosków o ukaranie	liczba wykroczeń zakończonych skierowaniem wniosku o ukaranie	liczba wykroczeń zakończonych nałożeniem MK	liczba wykroczeń zakończonych zastosowaniem środków oddziaływania pozakarnego (art. 41 kw)
Razem Komenda Miejska, ul. Nowe Ogrody 27	Ustawa	2557	0	0	537	2020
	w tym z art. 43' ust. 1	626	0	0	88	538
Gdańsk-Orunia KP I, ul. Platynowa 6F	Ustawa	585	1	5	69	510
	w tym z art. 43' ust. 1	389	1	2	52	334
Gdańsk-Śródmieście KP II, ul. Piwna 23	Ustawa	1133	1	27	90	1014
	w tym z art. 43' ust. 1	861	1	26	63	771
Gdańsk-Wrzeszcz KP III, ul. Biała 1A	Ustawa	885	1	14	237	633
	w tym z art. 43' ust. 1	548	1	13	157	377
Gdańsk-Oliwa KP IV, ul. Kaprów 14	Ustawa	709	0	8	44	657
	w tym z art. 43' ust. 1	477	0	4	26	447
Gdańsk-Przymorze KP V, ul. Krynicka 7	Ustawa	1261	3	19	681	558
	w tym z art. 43' ust. 1	480	1	16	252	211
Gdańsk-Nowy Port KP VI, ul. Kasztanowa 6	Ustawa	768	0	3	370	395
	w tym z art. 43' ust. 1	613	0	3	294	316
Gdańsk Stogi KP VII, ul. Ugory 9	Ustawa	897	0	12	51	834
	w tym z art. 43' ust. 1	313	0	12	38	263
Gdańsk Morena KP VIII, ul. Kartuska 19	Ustawa	714	0	1	249	464
	w tym z art. 43' ust. 1	236	0	0	81	155
Gdańsk-Osowa KP. IX, ul. Baczewskiego 35	Ustawa	1049	0	3	37	1009
	w tym z art. 43' ust. 1	635	0	2	19	614

2013 rok						
		liczba ujawnionych wykroczeń	liczba wykroczeń w których nie składano wniosków o ukaranie	liczba wykroczeń zakończonych skierowaniem wniosku o ukaranie	liczba wykroczeń zakończonych nałożeniem MK	liczba wykroczeń zakończonych zastosowaniem środków oddziaływania pozakarnego (art. 41 kw)
Razem Komenda Miejska, ul. Nowe Ogrody 27	Ustawa	3782	0	0	647	3135
	w tym z art. 43' ust. 1	2086	0	0	451	1635
Gdańsk-Orunia KP I, ul. Platynowa 6F	Ustawa	1075	0	7	275	793
	w tym z art. 43' ust. 1	715	0	5	181	529
Gdańsk-Śródmieście KP II, ul. Piwna 23	Ustawa	3007	0	22	797	2188
	w tym z art. 43' ust. 1	1869	0	20	476	1373
Gdańsk-Wrzeszcz KP III, ul. Biała 1A	Ustawa	1031	1	20	341	669
	w tym z art. 43' ust. 1	600	1	16	235	348
Gdańsk-Oliwa KP IV, ul. Kaprów 14	Ustawa	1314	0	3	157	1154
	w tym z art. 43' ust. 1	884	0	2	87	795
Gdańsk-Przymorze KP V, ul. Krynicka 7	Ustawa	2244	0	4	585	1655
	w tym z art. 43' ust. 1	1183	0	4	309	870
Gdańsk-Nowy Port KP VI, ul. Kasztanowa 6	Ustawa	1089	0	2	482	605
	w tym z art. 43' ust. 1	821	0	2	379	440
Gdańsk Stogi KP VII, ul. Ugory 9	Ustawa	2600	0	9	159	2432
	w tym z art. 43' ust. 1	1887	0	7	96	1784
Gdańsk Morena KP VIII, ul. Kartuska 19	Ustawa	1305	0	7	358	940
	w tym z art. 43' ust. 1	543	0	7	182	354
Gdańsk-Osowa KP. IX, ul. Baczewskiego 35	Ustawa	601	0	0	67	534
	w tym z art. 43' ust. 1	318	0	0	41	277

2014 rok						
		liczba ujawnionych wykroczeń	liczba wykroczeń w których nie składano wniosków o ukaranie	liczba wykroczeń zakończonych skierowaniem wniosku o ukaranie	liczba wykroczeń zakończonych nałożeniem MK	liczba wykroczeń zakończonych zastosowaniem środków oddziaływania pozakarnego (art. 41 kw)
Razem Komenda Miejska, ul. Nowe Ogrody 27	Ustawa	3565	0	0	1184	2381
	w tym z art. 43' ust. 1	2398	0	0	920	1478
Gdańsk-Orunia KP I, ul. Platynowa 6F	Ustawa	1284	0	7	370	907
	w tym z art. 43' ust. 1	882	0	6	281	595
Gdańsk-Śródmieście KP II, ul. Piwna 23	Ustawa	3647	0	24	1557	2066
	w tym z art. 43' ust. 1	2176	0	20	1238	918
Gdańsk-Wrzeszcz KP III, ul. Biała 1A	Ustawa	1789	1	29	967	792
	w tym z art. 43' ust. 1	1153	1	24	789	339
Gdańsk-Oliwa KP IV, ul. Kaprów 14	Ustawa	1761	0	4	292	1465
	w tym z art. 43' ust. 1	1017	0	3	195	819
Gdańsk-Przymorze KP V, ul. Krynicka 7	Ustawa	4427	0	15	872	3540
	w tym z art. 43' ust. 1	2447	0	11	502	1934
Gdańsk-Nowy Port KP VI, ul. Kasztanowa 6	Ustawa	1110	0	13	468	629
	w tym z art. 43' ust. 1	677	0	13	384	280
Gdańsk Stogi KP VII, ul. Ugory 9	Ustawa	2399	0	8	276	2115
	w tym z art. 43' ust. 1	1778	0	6	186	1586
Gdańsk Morena KP VIII, ul. Kartuska 19	Ustawa	1482	0	9	485	988
	w tym z art. 43' ust. 1	705	0	8	336	361
Gdańsk-Osowa KP. IX, ul. Baczewskiego 35	Ustawa	479	1	1	129	348
	w tym z art. 43' ust. 1	289	1	1	93	194

Źródło: e-mail z dnia 01.12.2015 r. od mł. asp. Lucyny Rekowskiej z KMP w Gdańsku [dane za lata 2012–2014].

ROZDZIAŁ II

Badanie ilościowe wśród mieszkańców Gdańska

W tym rozdziale zostały zaprezentowane wyniki badania ilościowego przeprowadzonego w ramach projektu pt. „Wzorce konsumpcji alkoholu”. Badanie zrealizowano na zlecenie Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień i Gminy Miasta Gdańsk. Podmiotem odpowiedzialnym za wykonanie badania był Q&Q Zakład Realizacji Badań Społecznych Maciej Brosz, Kawle Dolne 25, 83-304 Przdokowo, tel. 505-717-303. Badanie zrealizował zespół w składzie: Marta Abramowicz, Maciej Brosz, Tomasz Michalski, Anna Strzałkowska, Tomasz Tobis. Prace terenowe przeprowadzone zostały w listopadzie 2015 roku.

Dla potrzeb związanych z przygotowaniem i realizacją badania przyjęto następujące założenia metodologiczne:

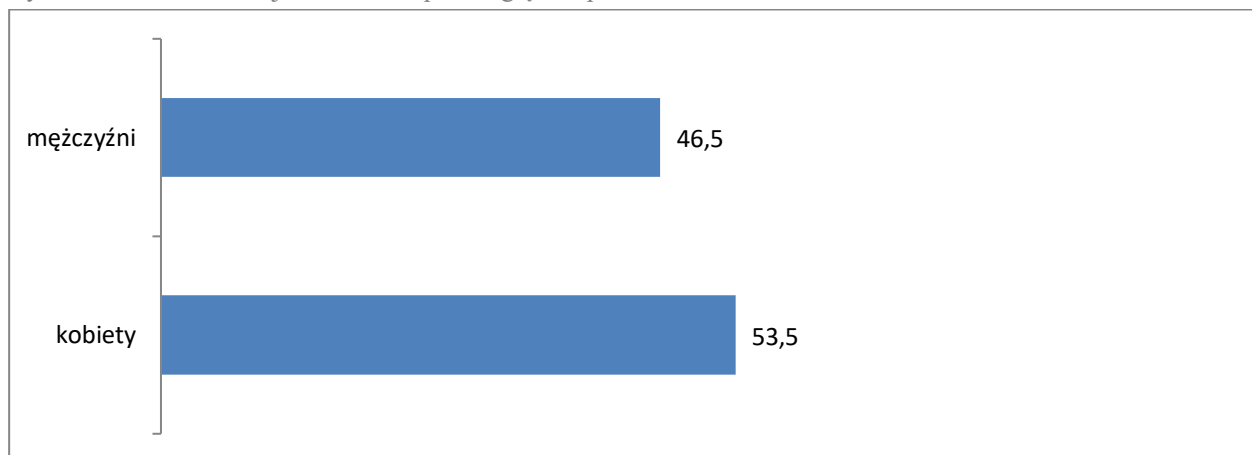
1. Wielkość i sposób doboru próby badawczej: W badaniu udział wzięły 1003 osoby, wyłonione przy zastosowaniu losowo-kwotowej metody doboru. Najpierw dokonano losowego doboru adresów na terenie Gdańska (metodą ustalonej ścieżki), a następnie pod tymi adresami wyłoniono respondentów, którzy wzięli udział w badaniu. Respondentem mogła być osoba pełnoletnia spełniająca kryterium kwotowe (wiek/płeć), ustalone na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (stan na dzień 31.12.2014). W przypadku gdy w jednym gospodarstwie występowały dwie osoby lub więcej, spełniające kryterium kwotowe – stosowano losowanie proste na podstawie metody „*kto ostatni obchodził urodziny*”.
2. Metoda badawcza: jako metodę badawczą przyjęto ankietę. Ankieterzy pozostawili respondentom kwestionariusze do samodzielnego wypełnienia, a następnie je od nich odebrali.
3. Narzędzie badawcze: na potrzeby badania skonstruowano kwestionariusz charakteryzujący się wysokim stopniem standaryzacji. Ogółem zawarto w nim 45 pytań, w tym 27 pytań zamkniętych, 1 pytanie otwarte, 8 skalogramów, 11 pytań metryczkowych.

Po przeprowadzeniu badania na podstawie uzyskanych wyników sporządzono raport, który został zaprezentowany w bieżącym rozdziale. W raporcie znajdują się odniesienia do badań przeprowadzonych przez PBS Spółka z o. o. z roku 2005, pt. „*Wzorce konsumpcji alkoholu i przemoc w rodzinie*” oraz do badań przeprowadzonych w 2011 roku przez zespół badawczy w składzie: Maciej Brosz, Anna Strzałkowska, Tomasz Tobis, pt. „*Wzorce konsumpcji alkoholu*”. Porównania pojawiają się w przypadku pytań, których forma nie uległa zmianie lub też takich, gdzie po odpowiednim przetworzeniu danych możliwe było zestawienie kategorii.

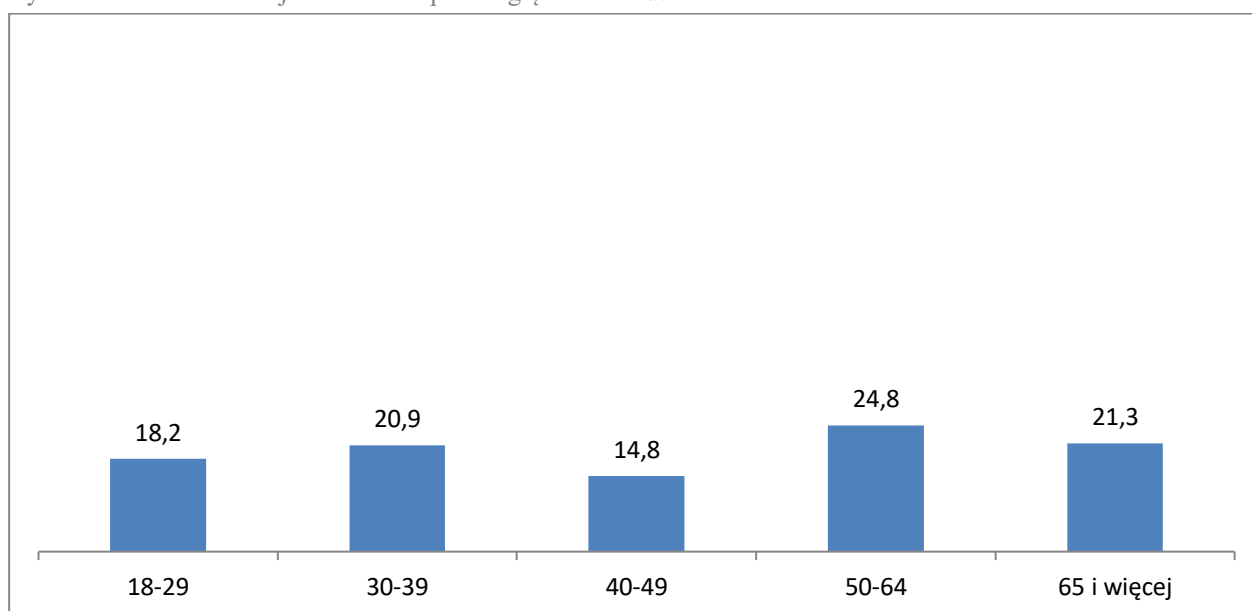
1. Struktura próby badawczej

Badanie zostało przeprowadzone wśród 1003 dorosłych mieszkańców Gdańska. Zrealizowana próba badawcza jest reprezentatywna pod względem struktury płci i wieku (według danych Głównego Urzędu Statystycznego – stan na 31.12.2014 r.).

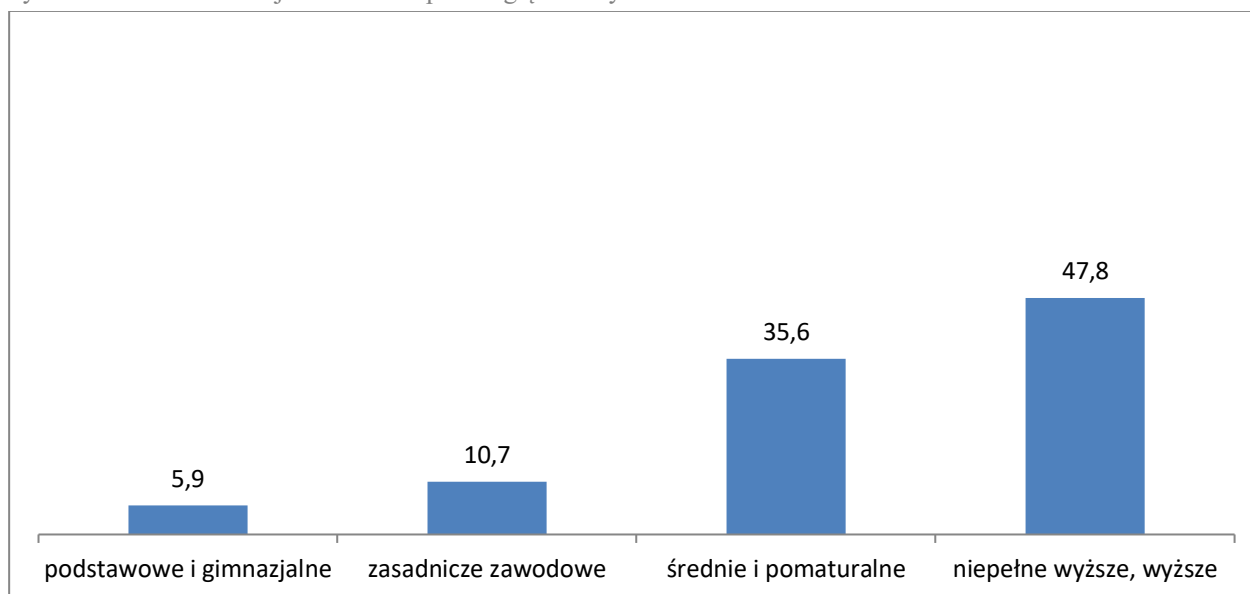
Ryc. 1. Struktura badanej zbiorowości pod względem płci.



Ryc. 2. Struktura badanej zbiorowości pod względem wieku.

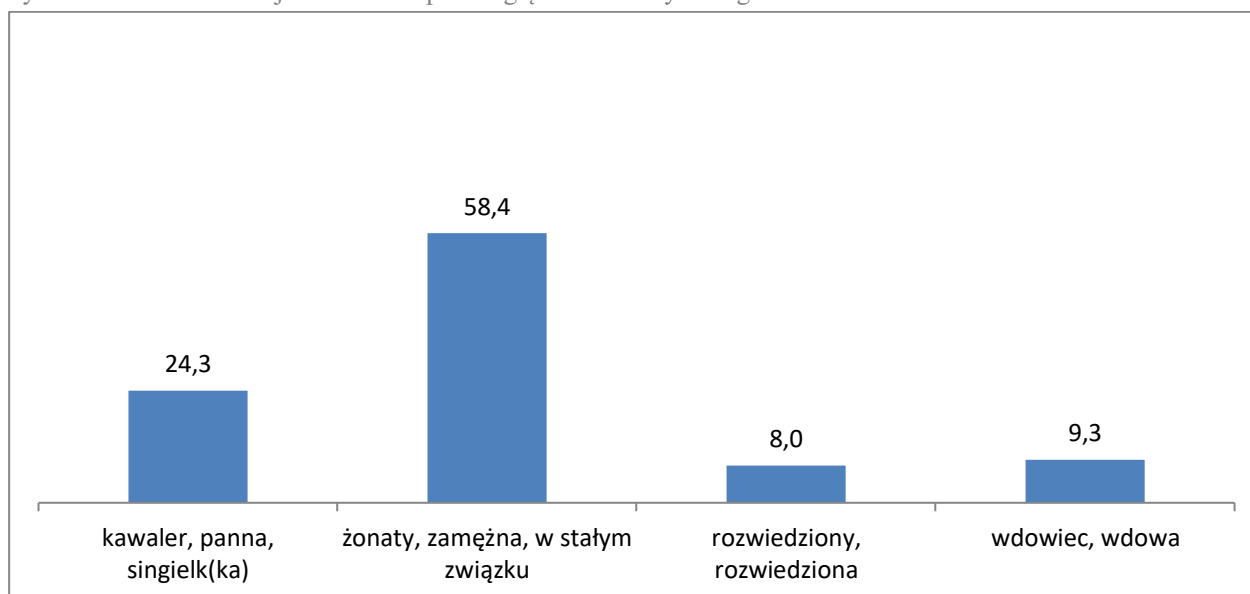


Ryc. 3. Struktura badanej zbiorowości pod względem wykształcenia.

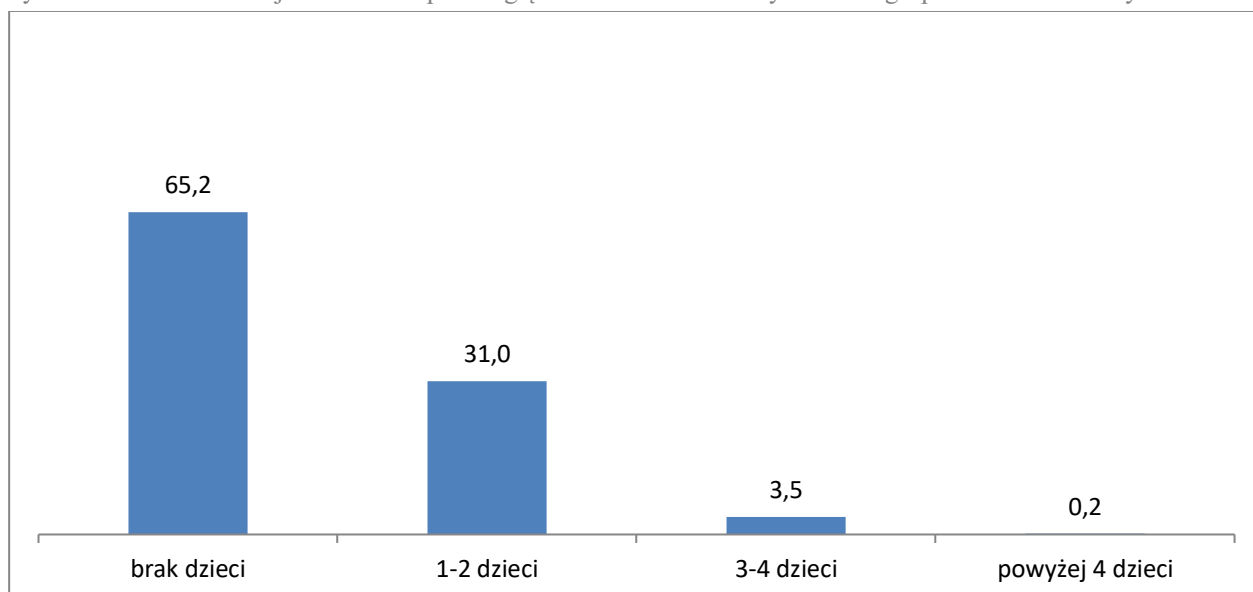


Niski odsetek osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym wynika z faktu, iż badanie zostało przeprowadzone wśród dorosłych mieszkańców Gdańska. Wysoki odsetek badanych z wykształceniem wyższym i niepełnym wyższym wynika z jednej strony z połączenia tych dwóch kategorii, z drugiej zaś łączy się z faktem napływu do Gdańska dużej liczby dobrze wykształconych specjalistów. Na przestrzeni ostatnich kilku lat w Trójmieście uruchomiono wiele centrów logistycznych, informatycznych, obsługi klientów biznesowych, które stanowią czynnik przyciągający osoby z wyższym wykształceniem.

Ryc. 4. Struktura badanej zbiorowości pod względem stanu cywilnego.



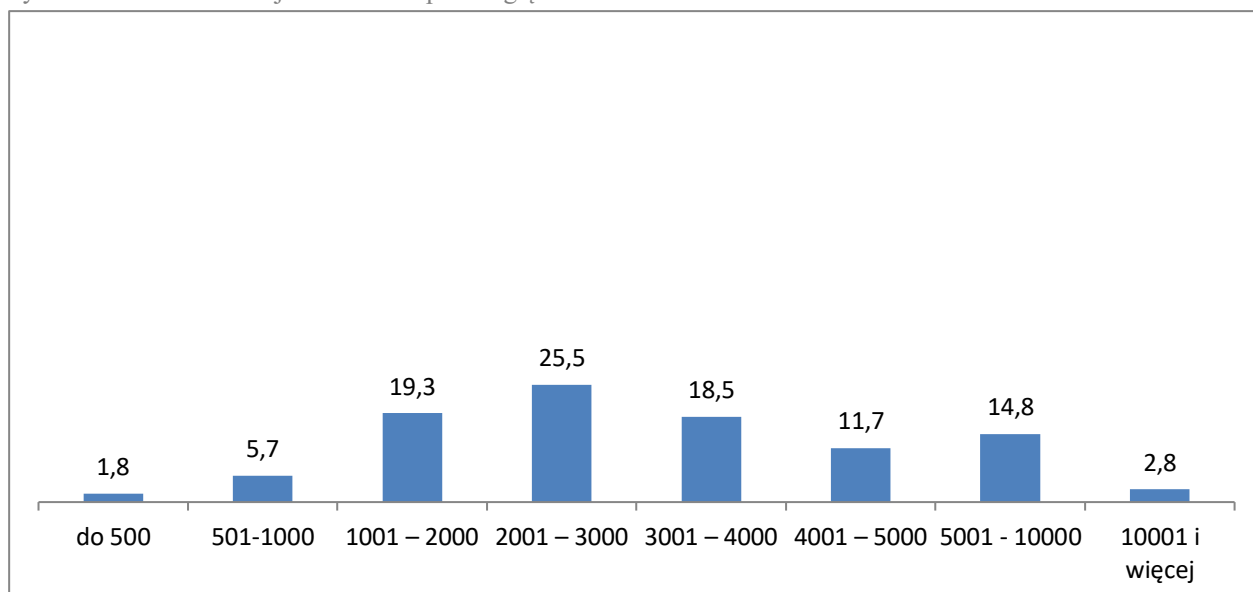
Ryc. 5. Struktura badanej zbiorowości pod względem obecności i liczby dzieci w gospodarstwie domowym.



Ze względu na niewielką liczebność kategorii „powyżej 4 dzieci” (2 przypadki), zostały one włączone do kategorii „3-4 dzieci”. W dalszej prezentacji użyta zostanie etykieta „powyżej 3 dzieci”.

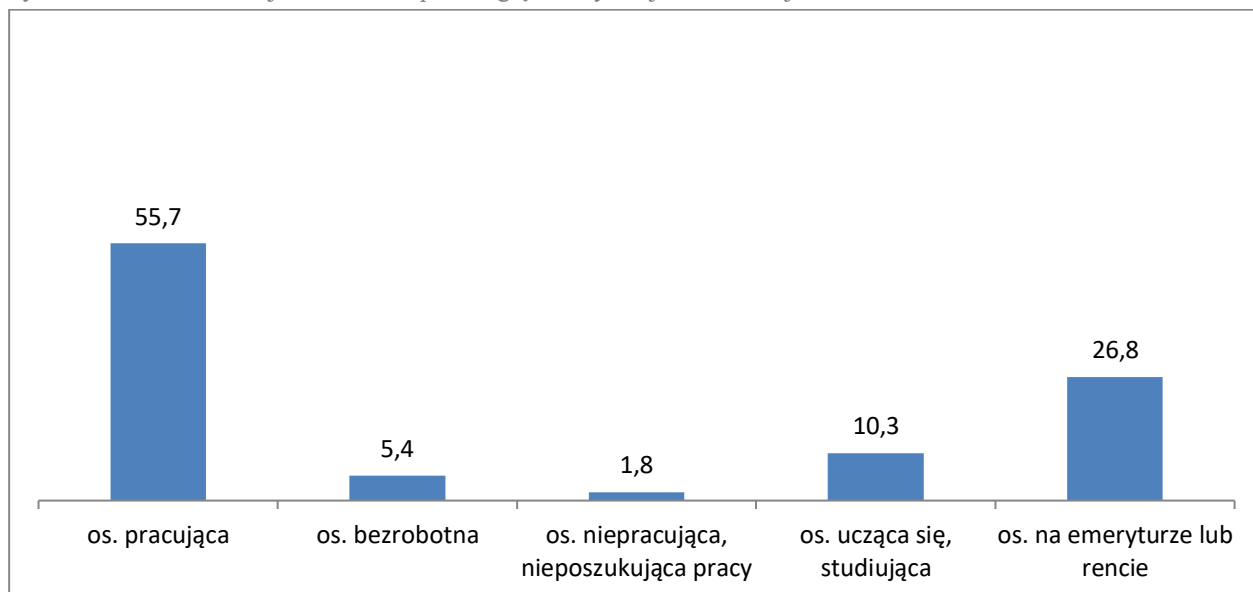
Pytanie o dochód dotyczyło łącznej kwoty pieniędzy *netto*, pozostającej do dyspozycji w gospodarstwie domowym respondenta.

Ryc. 6. Struktura badanej zbiorowości pod względem dochodu.

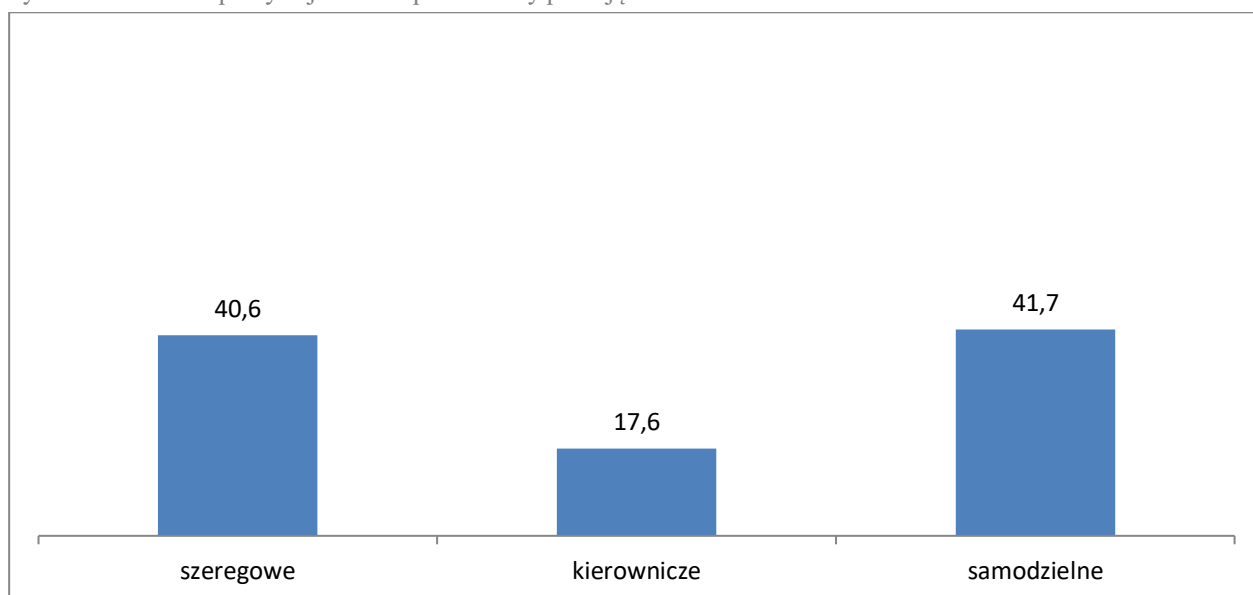


Ze względu na niewielką liczebność kategorii „do 500” (16 przypadków) oraz „10001 i więcej” (25 przypadków) zostały one włączone do sąsiadujących kategorii. W rezultacie uzyskano połączone kategorie „do 1000” oraz „powyżej 5001”.

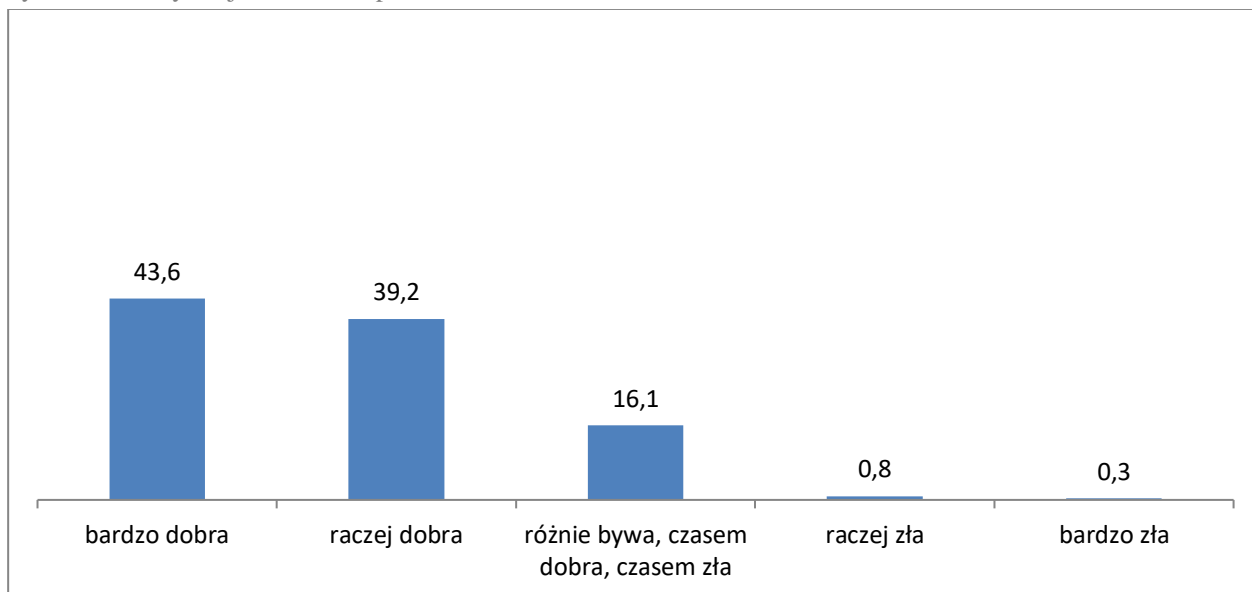
Ryc. 7. Struktura badanej zbiorowości pod względem sytuacji zawodowej.



Ryc. 8. Stanowisko pracy zajmowane przez osoby pracujące zawodowo.

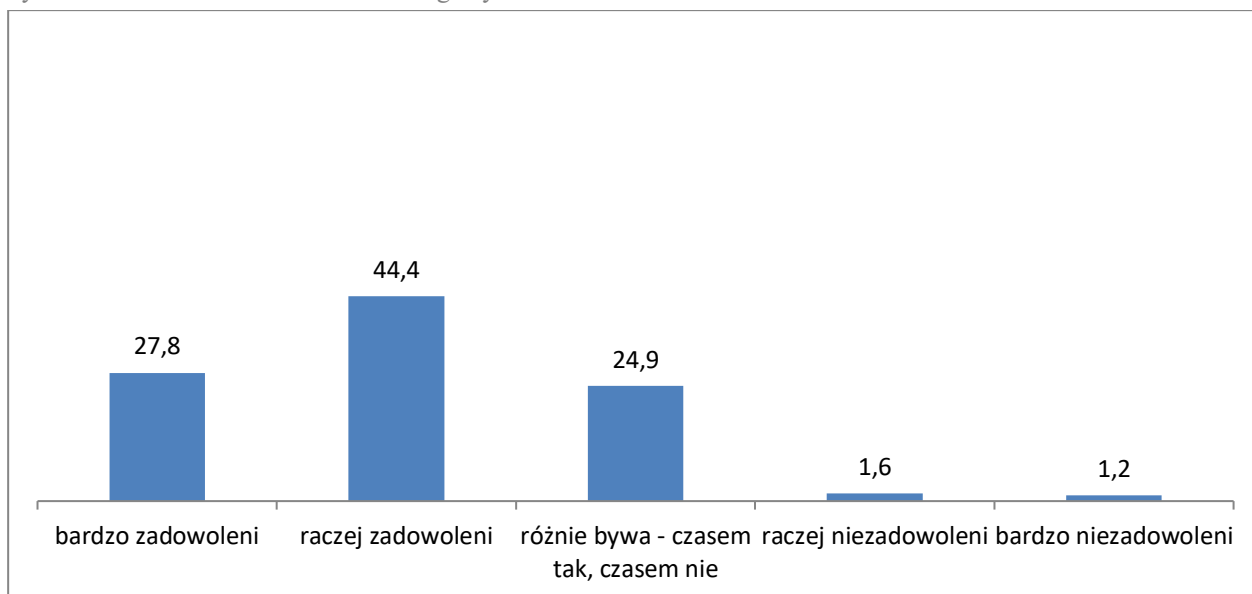


Ryc. 9. Ocena sytuacji w domu respondenta.



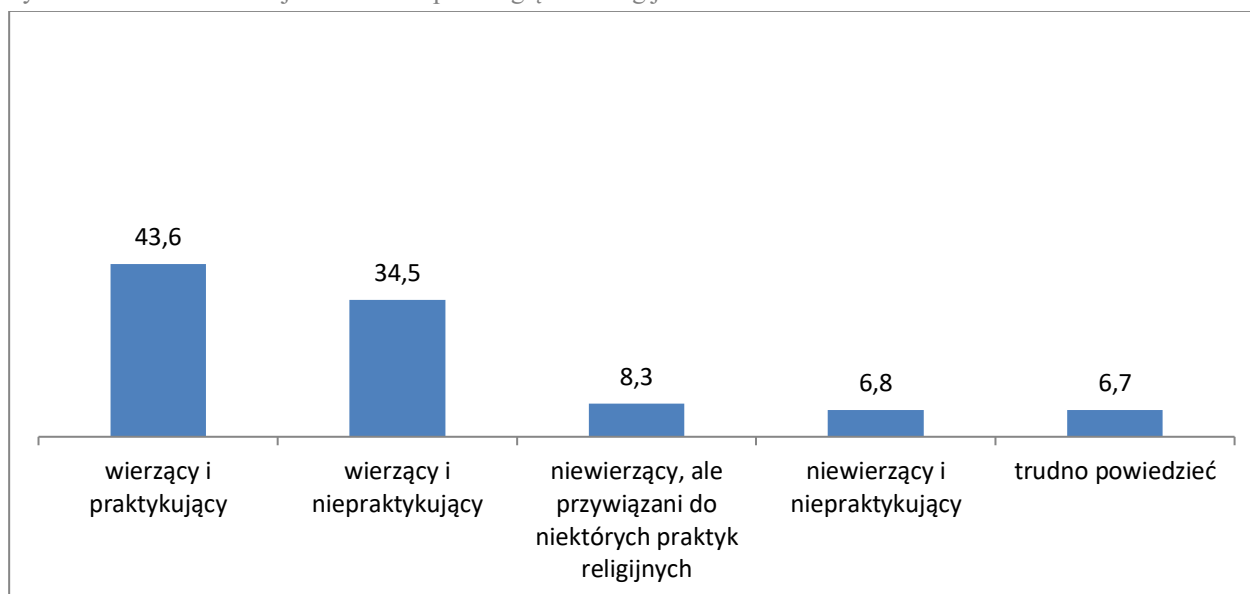
Ze względu na niewielką liczebność kategorii „raczej zła” (8 przypadków) i „bardzo zła” (3 przypadki) połączono je w jedną kategorię „raczej zła i bardzo zła”, natomiast kategorie „bardzo dobra” i „raczej dobra” w kategorię „bardzo dobra i dobra”.

Ryc. 10. Poczucie zadowolenia z własnego życia.



Ze względu na niewielką liczebność kategorii „raczej niezadowoleni” (16 przypadków) i „bardzo niezadowoleni” (12 przypadków) połączono je w jedną kategorię „niezadowoleni”, natomiast kategorie „bardzo zadowoleni” i „raczej zadowoleni” w kategorię „zadowoleni”.

Ryc. 11. Struktura badanej zbiorowości pod względem religijności.



2. Konsumpcja napojów alkoholowych

Wyniki zarejestrowane w badaniu przeprowadzonym na terenie Gdańska są spójne z ogólnopolskimi tendencjami uchwyconymi w europejskim programie badań ankietowych w szkołach na temat używania alkoholu i narkotyków ESPAD. Najnowsza edycja tego badania pokazała, że wśród młodzieży szkolnej, w grupach wiekowych 15-16 lat oraz 17-18 lat nastąpił spadek wskaźników picia napojów alkoholowych¹²¹. Choć badanie prezentowane w niniejszym raporcie zostało przeprowadzone wśród osób dorosłych, to pokazuje ważną tendencję spadkową.

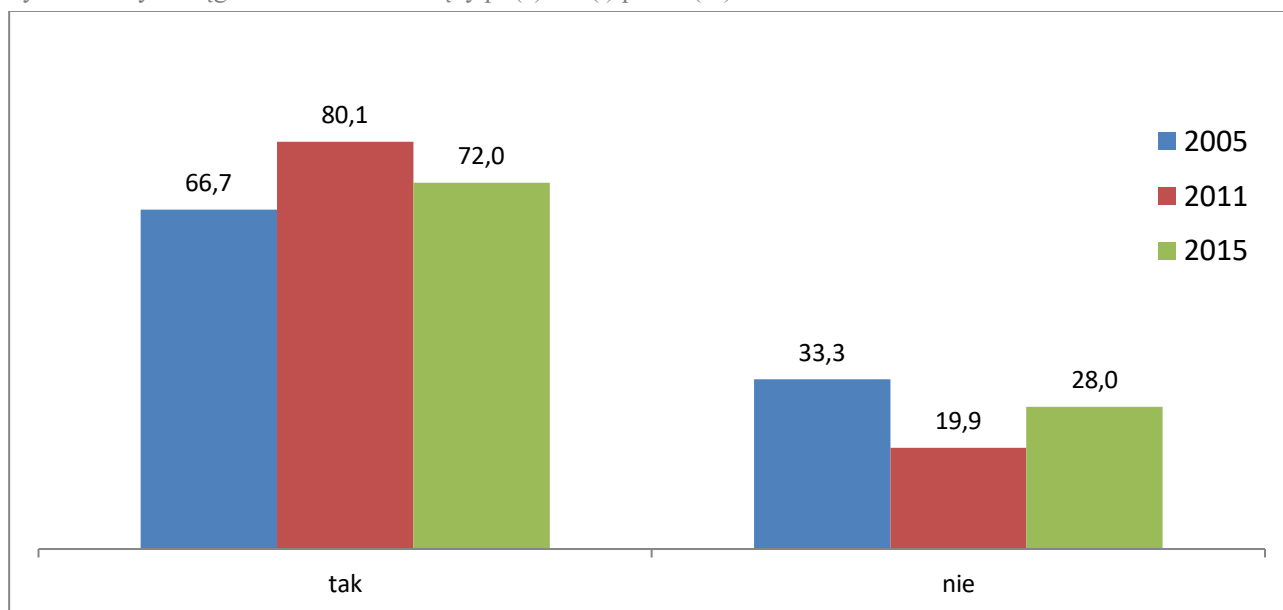
2.1. Piwo

Wśród badanych 72% deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy piło piwo. W porównaniu do badań z 2011 roku nastąpił spadek wskaźnika o 8,1 p.p.¹²². Wynik ten jest nieco wyższy od uzyskanego w badaniach z 2005 r. (różnica 5,3 p.p.).

¹²¹ Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną*, Raport z badań ankietowych przeprowadzonych w 2015 roku, dostęp online: <http://www.cinn.gov.pl/porta1?id=907006>, [02.12.2015].

¹²² Skrót p.p. odnosi się do opisowego określenia punkt procentowy. Punkty procentowe wyrażają różnicę wskazań między wartościami wyrażanymi w procentach.

Ryc. 2.1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo? (%)



Deklaracji takiej częściej udzielali mężczyźni (82,8%) niż kobiety (62,6%). W porównaniu do wyników z 2011 roku, zauważalny jest wyraźny spadek odsetka kobiet deklarujących picie piwa (10 p.p.). W przypadku mężczyzn różnica ta wynosi 4,5 p.p.

Picie piwa pozostaje w statystycznie istotnym związku z płcią, wiekiem i wykształceniem badanych. Częściej piją je młodszy badani. Odsetek deklarujących spożywanie piwa rośnie wraz z poziomem wykształcenia.

Do sięgania po piwo w ciągu ostatnich 12 miesięcy częściej przyznają się osoby dysponujące dochodem powyżej 2001 zł (wskazania powyżej 74%), w przypadku osób zarabiających mniej odsetek ten nie przekracza 67%.

Do picia piwa najczęściej przyznają się osoby stanu wolnego. Ponadto czynnikami różnicującymi odpowiedzi jest stan cywilny (osoby po rozwodzie oraz wdowy i wdowcy rzadziej sięgają po piwo niż osoby w stałych związkach oraz stanu wolnego), status społeczno-zawodowy (emeryci, renciści oraz osoby nieposzukujące pracy sięgają po nie rzadziej niż studenci i uczniowie oraz pracujący i bezrobotni).

Piwo jest częściej pite w gospodarstwach domowych, w których liczba dzieci sięga 3 i więcej (83,8%), znacznie rzadziej w tych, gdzie dzieci brak (70,1%). Fakt sięgania po piwo pozostaje w istotnym związku z oceną atmosfery w domu respondenta. Badani oceniający ją negatywnie sięgają po nie rzadziej (55,1%) niż pozytywnie ją oceniający (72,9%).

Poziom religijności badanych również różnicuje odpowiedzi respondentów. Odpowiedzi osób wierzących plasują się na poziomie odpowiednio: praktykujący – 65%, niepraktykujący – 72,9%. Wyraźnie wyższe odsetki (powyżej 83%), odnotowano wśród badanych niewierzących oraz tych, którzy udzielili odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Ani stanowisko pracy zajmowane przez respondenta, ani subiektywna ocena zadowolenia z własnego życia nie różnicują odpowiedzi na pytanie o spożycie piwa.

Tab. 2.1. Spożywanie piwa na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	Tak wynik z roku 2011	tak	Nie
pleć			
kobieta	73,4	62,6	37,4
mężczyzna	87,3	82,8	17,2
wiek			
18-29	94,6	89,1	10,9
30-39	83,5	80,4	19,6
40-49	84,8	77,0	23,0
50-64	71,8	65,9	34,1
65 i więcej	61,1	52,6	47,4
wykształcenie			
podstawowe i gimnazjalne	65,1	62,1	37,9
zasadnicze zawodowe	80,0	63,2	36,8
średnie i pomaturalne	82,1	71,0	29,0
niepełne wyższe, wyższe	82,6	77,3	22,7
dochód			
do 1000	b.d.	66,7	33,3
1001 – 2000	b.d.	63,5	36,5
2001 – 3000	b.d.	74,2	25,8
3001 – 4000	b.d.	75,6	24,4
4001 – 5000	b.d.	75	25
powyżej 5001	b.d.	77,6	22,4
sytuacja zawodowa			
os. pracująca	84,6	80,0	20,0
os. bezrobotna	83,3	69,2	30,8
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	66,7	88,2	11,8
os. ucząca się, studiująca	94,3	89,0	11,0
os. na emeryturze lub rencie	62,2	50,6	49,4

C .d. tab. 2.1. Spożywanie piwa na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

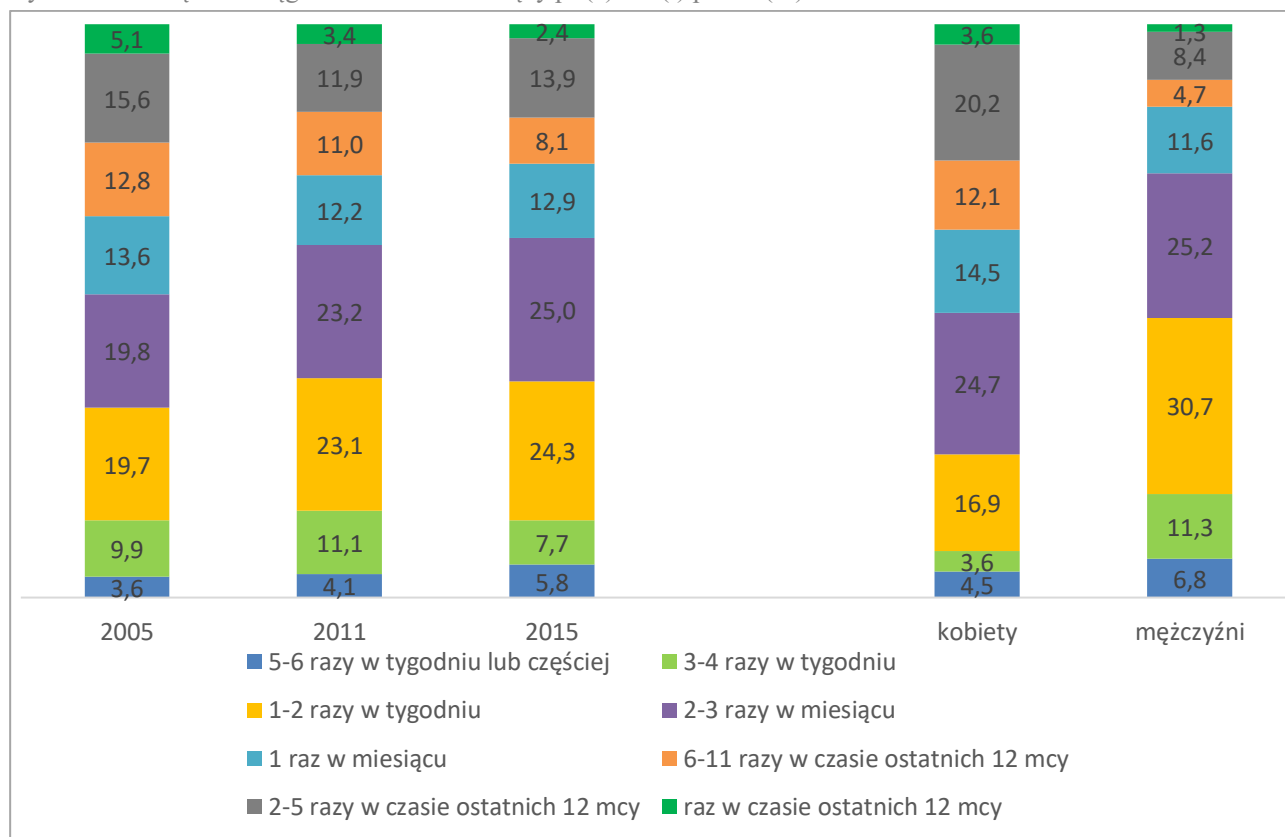
	Tak wynik z roku 2011	tak	Nie
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	90,3	83,8	16,2
żonaty, zamężna, w stałym związku	80,6	72,7	27,3
rozwidziony, rozwidziona	63,6	68,4	31,6
wdowiec, wdowa	54,0	46,2	53,8
liczba dzieci w gosp. dom.			
brak dzieci	79,1	70,1	29,9
1-2 dzieci	83,4	76,1	23,9
powyżej 3 dzieci	84,6	83,8	16,2
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b.d.	72,9	27,1
czasem dobra, czasem zła	b.d.	72,7	27,3
raczej zła i bardzo zła	b.d.	55,1	44,9
religijność			
wierzący i praktykujący	b.d.	65,0	35,0
wierzący i niepraktykujący	b.d.	72,9	27,1
niewierzący, ale przywiązani do niektórych praktyk religijnych	b.d.	84,1	15,9
niewierzący i niepraktykujący	b.d.	86,6	13,4
trudno powiedzieć	b.d.	83,3	16,7

Deklaracje badanych pokazują, że najwięcej respondentów pije piwo 2-3 razy w miesiącu (25,0%) oraz 1-2 razy w tygodniu (24,3%). Zestawienie wyników z poszczególnych edycji badań pokazuje, że nieznacznie wzrasta odsetek osób pijących piwo codziennie lub prawie codziennie oraz – dodatkowa kategoria w badaniu z 2015 r. – „5-6 razy w tygodniu”. W 2005 roku odsetek ten wynosił 3,6%, w 2011 roku 4,1%, a w 2015 roku 5,8% (obie kategorie łącznie).

Porównanie wskazań kobiet i mężczyzn pokazuje, iż mężczyźni sięgają po piwo z większą częstotliwością niż kobiety. Odsetki odpowiedzi „1-2 razy w tygodniu” oraz „3-4 razy w tygodniu” udzielonych przez mężczyzn są o wiele wyższe niż w przypadku kobiet.

W porównaniu do 2011 roku wśród kobiet o 2,1 p.p. zwiększyła się grupa pijących piwo niemal codziennie – dla kategorii ujmowanych łącznie „codziennie lub prawie codziennie” oraz „5-6 razy w tygodniu”. Jednocześnie zmniejszył się odsetek kobiet pijących piwo 3-4 w tygodniu (o 1,8 p.p.), zwiększyła się zaś grupa pijących 1-2 w tygodniu (2,3 p.p.). W przypadku mężczyzn wyraźnie zmniejszyła się grupa pijących 3-4 razy w tygodniu (o 4,8 p.p.) oraz sięgających po piwo 1-2 razy w tygodniu (o 4,2 p.p.). Wzrósł odsetek mężczyzn pijących rzadziej niż 2-3 razy w miesiącu.

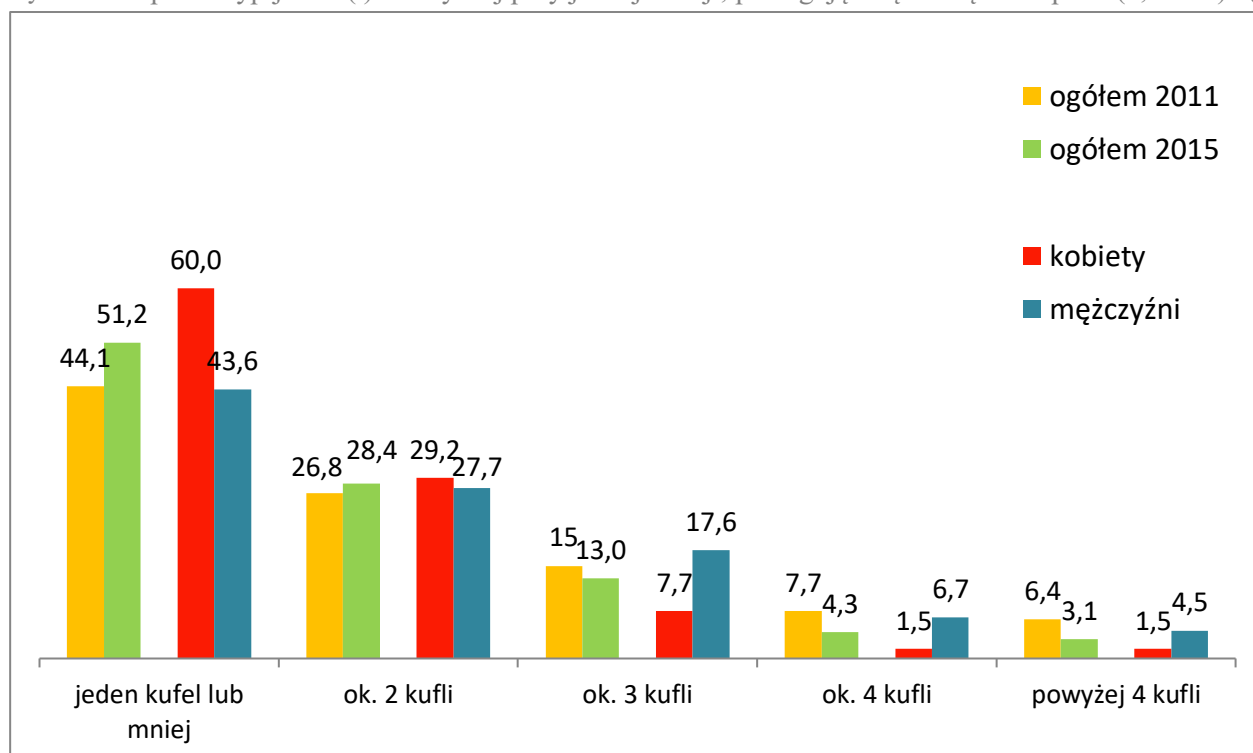
Ryc. 2.2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo? (%)



Przy jednej okazji większość badanych na ogół wypija jeden kufel piwa lub mniej (51,2%) i jest to wynik wyższy w porównaniu z 2011 r. – wtedy odsetek ten wyniósł 44,1%. Odpowiedzi takiej częściej udzielają kobiety (60,0%) niż mężczyźni (43,6%). Wyniki kobiet i mężczyzn zrównują się w przypadku kategorii „ok. 2 kufli”. Wśród osób, które wskazują, że spożywają więcej niż dwa kufle przeważają mężczyźni.

Uzyskane wyniki ujmowane łącznie (częstotliwości spożycia oraz ilości wypijanego trunku) można interpretować jako wskaźnik zmiany wzorca picia alkoholu – w tym przypadku piwa – w kierunku spożycia o charakterze rekreacyjno-towarzyskim, które nie obejmuje więcej niż dwóch kufli.

Ryc. 2.3. Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, posługując się miarą kufła piwa (0,5 litra)? (%)

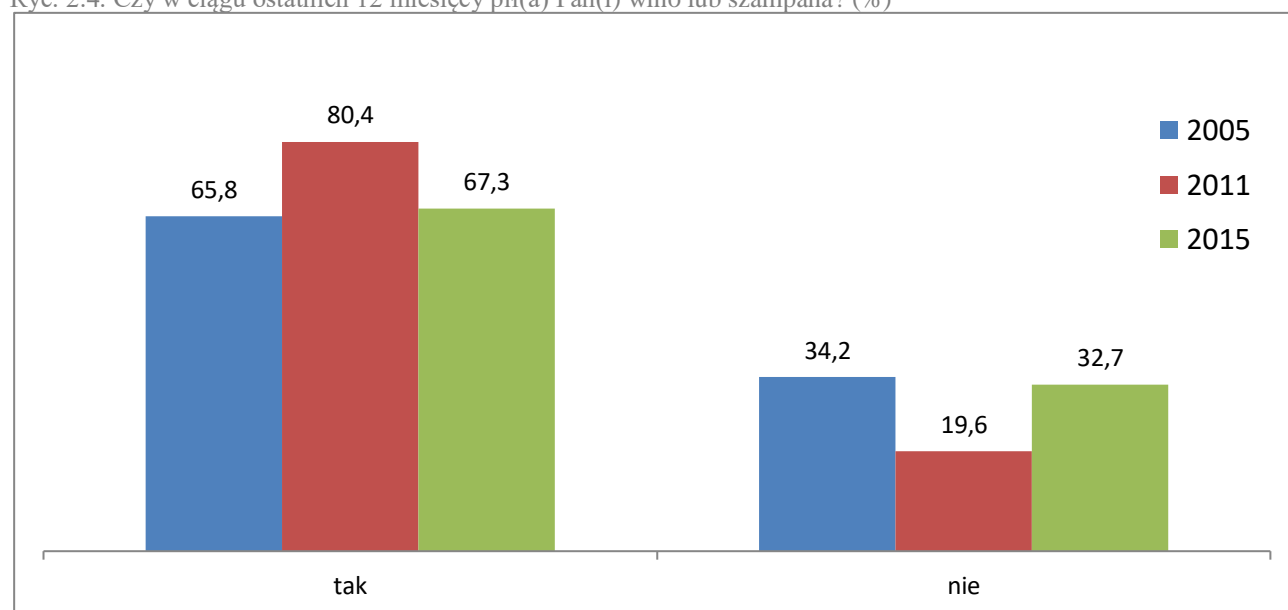


Podstawa procentowania na obu wykresach: tylko konsumenci piwa.

2.2. Wino lub szampan

Wśród badanych 67,3% deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy piło wino lub szampana. W porównaniu do badań z 2011 roku nastąpił spadek wskaźnika o 13,1 p.p. Wynik ten jest nieco wyższy od uzyskanego w badaniach z 2005 r. (różnica 1,5 p.p.). Można przyjąć, że wyniki w przypadku konsumpcji tego typu napojów alkoholowych we wskaźnikach z lat 2005 oraz 2015 są na jednakowym poziomie.

Ryc. 2.4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana? (%)



Na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy po wino częściej sięgają kobiety niż mężczyźni, różnica we wskazaniach wyniosła – 10,5 p.p. Picie wina lub szampana pozostaje w związku z wiekiem oraz wykształceniem badanych. Najczęściej te trunki piją osoby z wykształceniem wyższym (74,5%) i w wieku 18-29 (73,8%) oraz na zbliżonym poziomie 72% w grupach wiekowych od 30 do 49 lat. Po ten rodzaj alkoholu sięgają najczęściej ci badani, których łączne dochody w gospodarstwie domowym wynoszą 3001-4000 zł oraz powyżej 5001 zł. W tych grupach odpowiedzi pozytywnej udzieliło blisko trzy czwarte respondentów. Wino piją najczęściej osoby uczące się lub studiujące oraz niepracujące-nieposzukujące pracy oraz osoby zajmujące samodzielne stanowisko pracy. Picie wina lub szampana w ciągu ostatnich 12 miesięcy najczęściej deklarowały osoby stanu wolnego (74,9%). Po wino sięgają najrzadziej osoby, które sytuację w swoim domu oceniają jako złą lub bardzo złą (46,9%) oraz czują się niezadowolone ze swojego życia (51,9%).

Fakt posiadania dzieci, ich liczba w gospodarstwie domowym oraz religijność respondentów nie różnicują odpowiedzi na pytanie spożycie wina lub szampana.

Tab. 1.2. Spożywanie wina lub szampana na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	Tak wynik z roku 2011	Tak	Nie
pleć			
kobieta	82,0	72,2	27,8
mężczyzna	78,7	61,7	38,3
wiek			
18-29	89,9	73,8	26,2
30-39	76,0	72,0	28,0
40-49	87,3	72,1	27,9
50-64	75,1	59,3	40,7
65 i więcej	70,7	63,2	36,8
wykształcenie			
podstawowe i gimnazjalne	64,9	60,7	39,3
zasadnicze zawodowe	65,5	45,7	54,3
średnie i pomaturalne	80,9	65,9	34,1
niepełne wyższe, wyższe	91,6	74,5	25,5

C. d. tab. 2.2. Spożywanie wina lub szampana na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

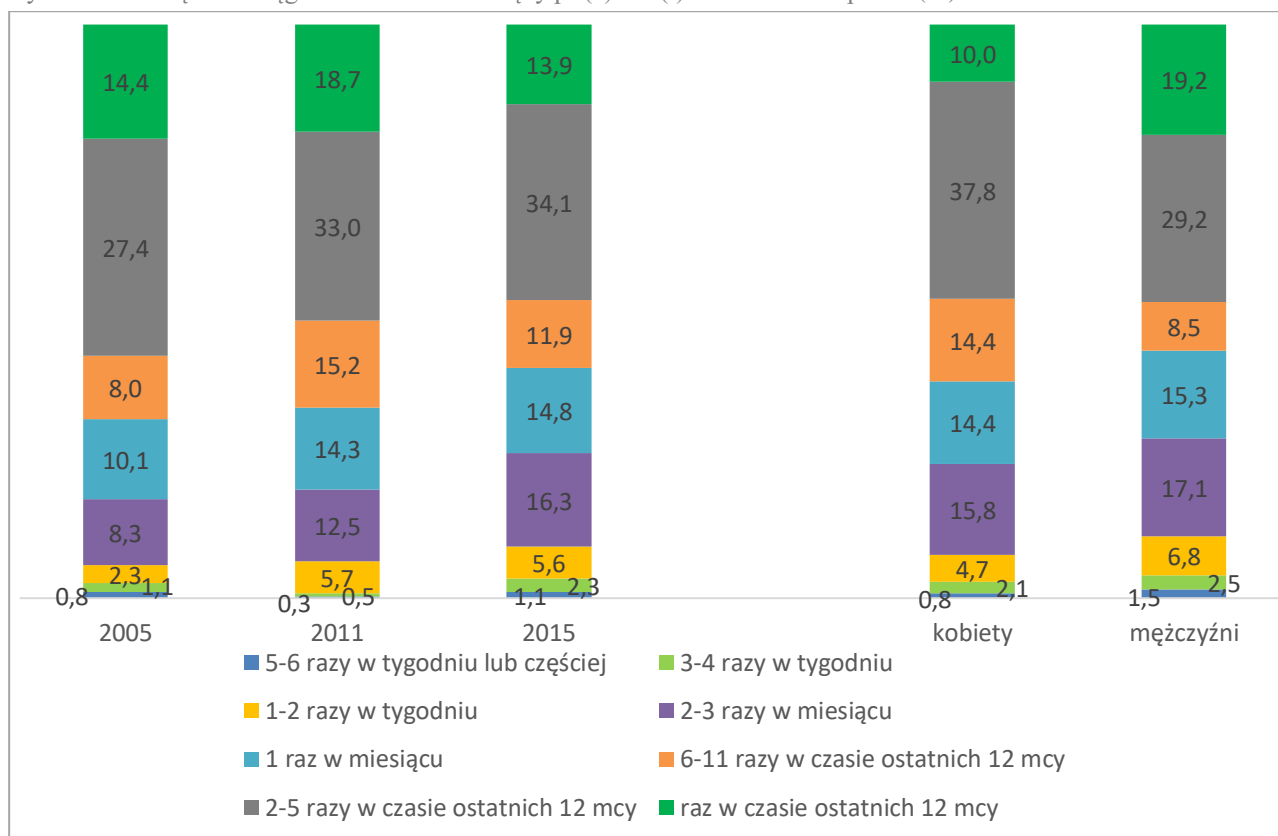
	Tak wynik z roku 2011	Tak	Nie
dochód			
do 1000	b.d.	47,8	52,2
1001 – 2000	b.d.	63,3	36,7
2001 – 3000	b.d.	67,7	32,3
3001 – 4000	b.d.	74,2	25,8
4001 – 5000	b.d.	68,3	31,7
powyżej 5001	b.d.	74,8	25,2
sytuacja zawodowa			
os. pracująca	83,2	69,9	30,1
os. bezrobotna	83,3	60,0	40,0
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	71,4	75,0	25,0
os. ucząca się, studium	91,4	79,8	20,2
os. na emeryturze lub rencie	67,5	58,8	41,2
piastowane stanowisko			
szeregowie	b.d.	66,8	33,2
kierownicze	b.d.	61,7	38,3
samodzielne	b.d.	76,0	24,0
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	86,8	74,9	25,1
żonaty, zamężna, w stałym związku	79,6	67,4	32,6
rozwidziona, rozwidziona	75,8	53,2	46,8
wdowiec, wdowa	67,7	60,9	39,1
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b.d.	67,7	32,3
czasem dobra, czasem zła	b.d.	72,1	27,9
raczej zła i bardzo zła	b.d.	46,9	53,1

C. d. tab. 3.2. Spożywanie wina lub szampana na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	Tak wynik z roku 2011	Tak	Nie
zadowolenie z życia			
zadowoleni	81,8	68,4	31,6
czasem tak, czasem nie	80,4	67,6	32,4
niezadowoleni	60,0	51,9	48,1

Wskaźniki częstotliwości sięgania po wino są porównywalne do tych uzyskanych w poprzednich edycjach badania. Co trzeci badany sięga po wino lub szampana 6-11 razy w ciągu roku. Wskazania badanych pijących wino dla wariantu odpowiedzi „częściej niż 3-4 razy w tygodniu” nie przekraczają łącznie 1%.

Ryc. 2.5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana? (%)

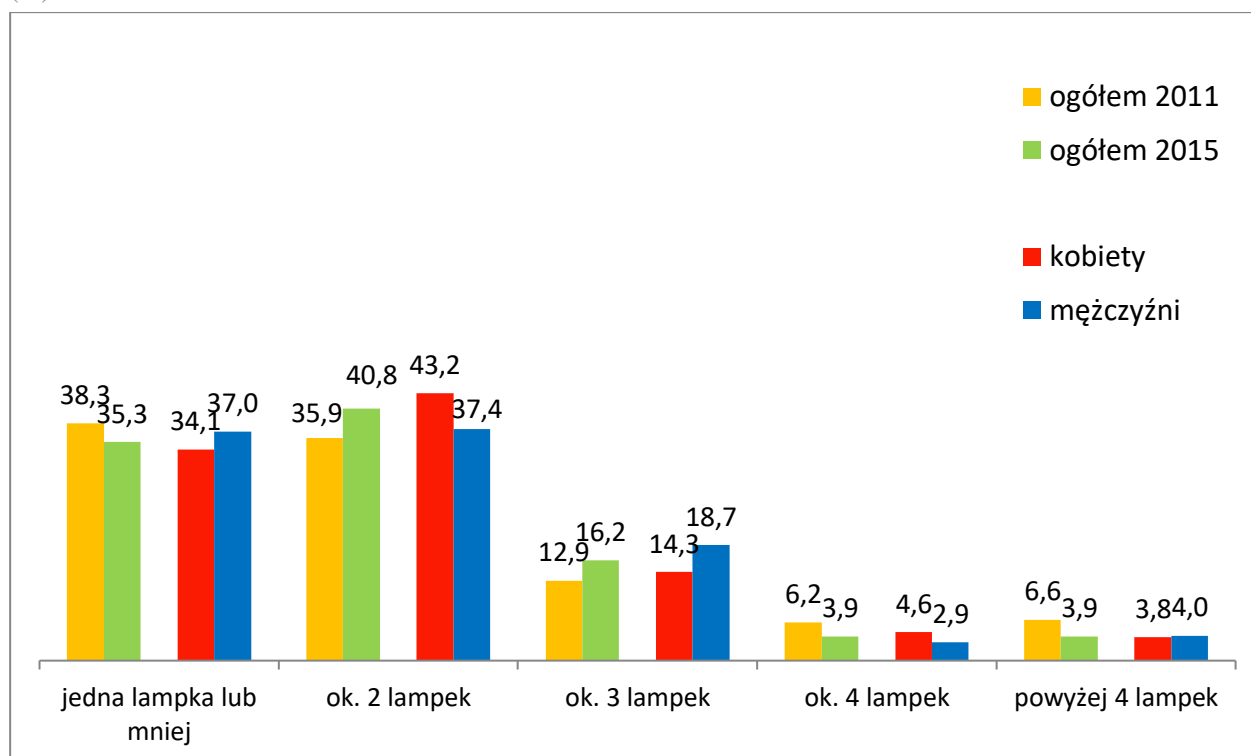


W porównaniu do 2011 roku nastąpiły niewielkie, choć zauważalne zmiany w częstotliwości sięgania po wino z uwzględnieniem czynnika płci. Odsetek osób często je pijących wzrósł w przypadku kobiet do poziomu 0,8% („codziennie lub prawie codziennie” plus „5-6 razy w tygodniu”), w 2011 roku wynosił on 0,2%. O 1,9 p.p. wzrósł też odsetek kobiet pijących wino 3-4 razy w tygodniu. W przypadku mężczyzn zarejestrowano analogiczne wzrosty. O ile odsetek najczęściej sięgających po wino wyniósł w 2011 roku 0,3% , to obecnie wynosi on 1,5%; pijący 3-4 razy w tygodniu dawniej

0,8%, a obecnie 2,5%. Gdańszczanie obojga płci sięgają po wino częściej w porównaniu do badań z 2011 roku. Jak pokazuje kolejny wykres, wzrosły też odsetki odpowiedzi wskazujące na spożycie 2-3 lampek wina.

Respondenci najczęściej piją ok. 2 lampek wina (35,3%). Uwzględniając czynnik płci, widoczna jest różnica. Po 2 lampki częściej sięgają kobiety (43,2%) niż mężczyźni (37,4%). Proporcje te odwracają się w przypadku spożycia na poziomie 4 lampek. Tu częściej odpowiedzi udzielały kobiety (18,7%) niż mężczyźni (14,3%). Proporcje spożycia wyrównują się na poziomie spożycia powyżej 4 lampek.

Ryc. 2.6. Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą lampki wina (100 ml)? (%)

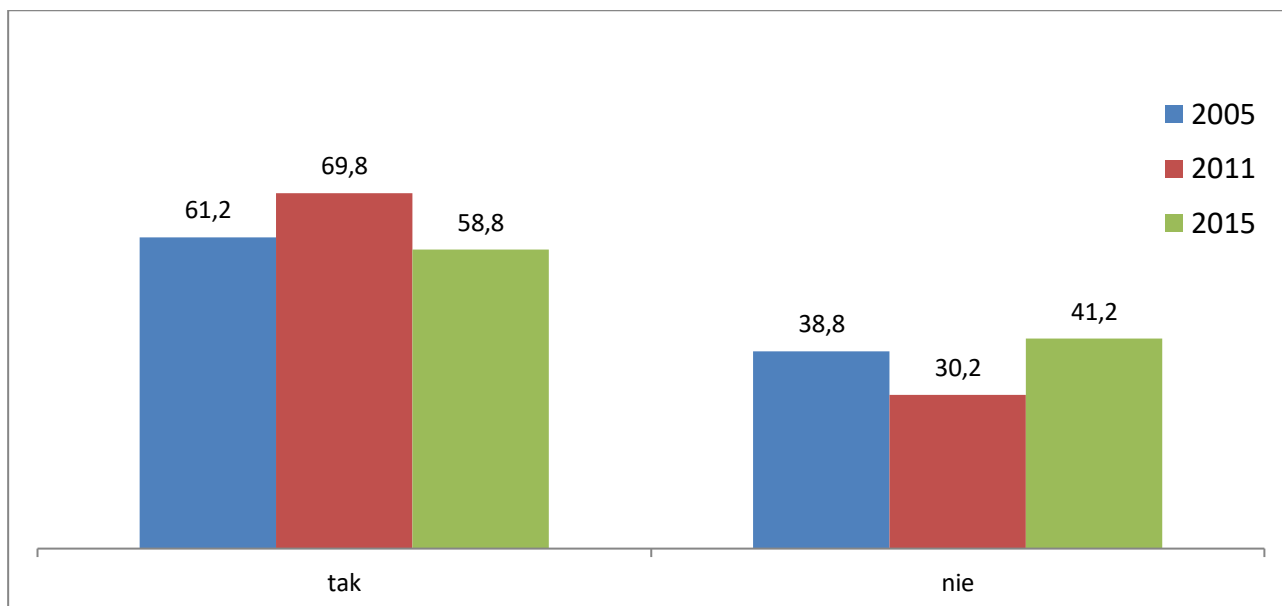


Podstawa procentowania na obu wykresach: tylko konsumenci wina lub szampana.

2.3. Wódka lub inny napój spirytusowy

Wśród badanych 58,8% deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy piło wódkę lub inny wyrób spirytusowy, np. whisky lub koniak. W porównaniu do badań z 2011 roku nastąpił spadek wskaźnika o 11,0 p.p. Wynik ten jest nieco niższy od uzyskanego w badaniach z 2005 r. (różnica 2,4 p.p.). Mimo że wyniki w przypadku konsumpcji tego rodzaju napojów alkoholowych są zbliżone, to należy wziąć pod uwagę, że jest to najniższy wskaźnik odnotowany we wszystkich edycjach badania.

Ryc. 2.7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę (lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak)? (%)



Po mocne alkohole (tj. wyroby spirytusowe) zdecydowanie częściej sięgają mężczyźni (73,0%) niż kobiety (46,5%), co oznacza, że różnica we wskazaniach wyniosła 26,5 p.p. Dla porównania w 2011 roku różnica ta wyniosła 18,2 p.p.

Związek pomiędzy spożywaniem wyrobów spirytusowych (wódka, whisky, koniak) a wiekiem nie ma charakteru liniowego. Najczęściej spożywają je osoby z najmłodszej grupy wiekowej 18-29 lat (77,5%). Rzadziej po mocne alkohole sięgają osoby w wieku 40-49 lat (61,0%), a najrzadziej osoby po 65 roku życia (45,9%). Wśród badanych z wykształceniem średnim i pomaturalnym po mocne alkohole sięga 63,1% i jest to wynik najwyższy, podczas gdy najniższy zarejestrowano wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (47,3%). Odsetek osób deklarujących picie wysokoprocentowych napojów alkoholowych wzrasta wraz z poziomem osiągniętych dochodów. Wśród osób o dochodach powyżej 2001 zł przekracza on 60% odpowiadających.

Po wódkę i tym podobne napoje najrzadziej sięgają emeryci i renciści oraz osoby niepracujące i nieposzukujące pracy, najczęściej zaś studenci. Odsetek wśród osób bezrobotnych (53,8%) jest zbliżony do poziomu, jaki odnotowano wśród osób niepracujących i nieposzukujących pracy (52,9%). Picie mocnych alkoholi w ciągu ostatnich 12 miesięcy najczęściej deklarowały osoby stanu wolnego (70,7%).

Najwyższy odsetek osób spożywających mocne alkohole zarejestrowano wśród osób niewierzących i niepraktykujących (74,2%), najniższy zaś wśród wierzących i praktykujących (50,4%).

Stanowisko pracy zajmowane przez respondenta, fakt posiadania dzieci oraz ich liczba w gospodarstwie domowym, poczucie zadowolenia z życia nie różnicują odpowiedzi na pytanie o spożycie wódki i innych rodzajów wysokoprocentowych napojów alkoholowych.

Tab. 2.3. Spożywanie wódki i innych napojów spirytusowych na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

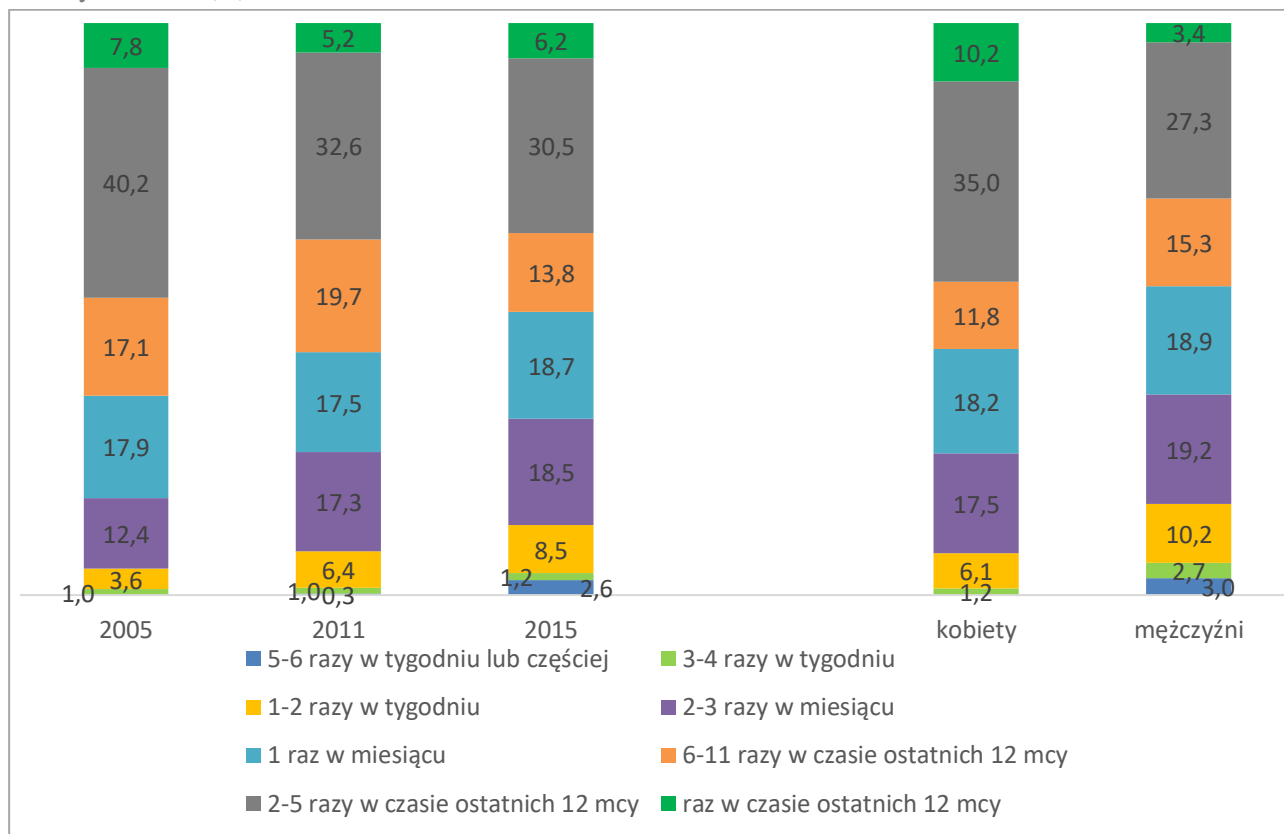
	tak wynik z roku 2011	Tak	Nie
pleć			
kobieta	61,0	46,5	53,5
mężczyzna	79,2	73,0	27,0
wiek			
18-29	86,8	77,5	22,5
30-39	64,2	59,8	40,2
40-49	68,7	61,0	39,0
50-64	61,2	53,8	46,2
65 i więcej	62,1	45,9	54,1
wykształcenie			
podstawowe i gimnazjalne	67,6	47,3	52,7
zasadnicze zawodowe	69,8	50,0	50,0
średnie i pomaturalne	72,6	63,1	36,9
niepełne wyższe, wyższe	65,9	59,1	40,9
dochód			
do 1000	b.d.	45,5	54,5
1001 – 2000	b.d.	50,0	50,0
2001 – 3000	b.d.	67,0	33,0
3001 – 4000	b.d.	62,6	37,4
4001 – 5000	b.d.	69,9	30,1
powyżej 5001	b.d.	62,2	37,8
sytuacja zawodowa			
os. pracująca	67,7	64,0	36,0
os. bezrobotna	71,4	53,8	46,2
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	57,1	52,9	47,1
os. ucząca się, studiująca	89,4	80,8	19,2
os. na emeryturze lub rencie	56,3	41,9	58,1

C. d. tab. 2.3. Spożywanie wódki i innych napojów spirytusowych na tle zmiennych socjodemograficznych (%).

	tak wynik z roku 2011	Tak	Nie
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	80,9	70,7	29,3
żonaty, zamężna, w stałym związku	69,7	59,1	40,9
rozwidziony, rozwidziona	48,5	51,9	48,1
wdowiec, wdowa	45,5	32,6	67,4
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b.d.	58,7	41,3
czasem dobra, czasem zła	b.d.	64,3	35,7
raczej zła i bardzo zła	b.d.	42,9	57,1
religijność			
wierzący i praktykujący	b.d.	50,4	49,6
wierzący i niepraktykujący	b.d.	61,1	38,9
niewierzący, ale przywiązani do niektórych praktyk religijnych	b.d.	69,5	30,5
niewierzący i niepraktykujący	b.d.	74,2	25,8
trudno powiedzieć	b.d.	68,2	31,8

Największa grupa badanych (30,6%) sięga po wysokoprocentowe napoje alkoholowe 2-5 razy w roku. W tym przypadku odnotowano nieznaczny spadek w porównaniu do 2011 roku (o 2 p.p.). Wzrosły natomiast wskaźniki osób, które spożywają mocne alkohole 1-2 razy w tygodniu (o 2,1 p.p.), 2-3 razy w miesiącu (o 1,2 p.p.). O ponad 1 punkt procentowy wzrósł też odsetek respondentów, którzy po mocne alkohole sięgają 3-4 razy w tygodniu (do poziomu 2,1%).

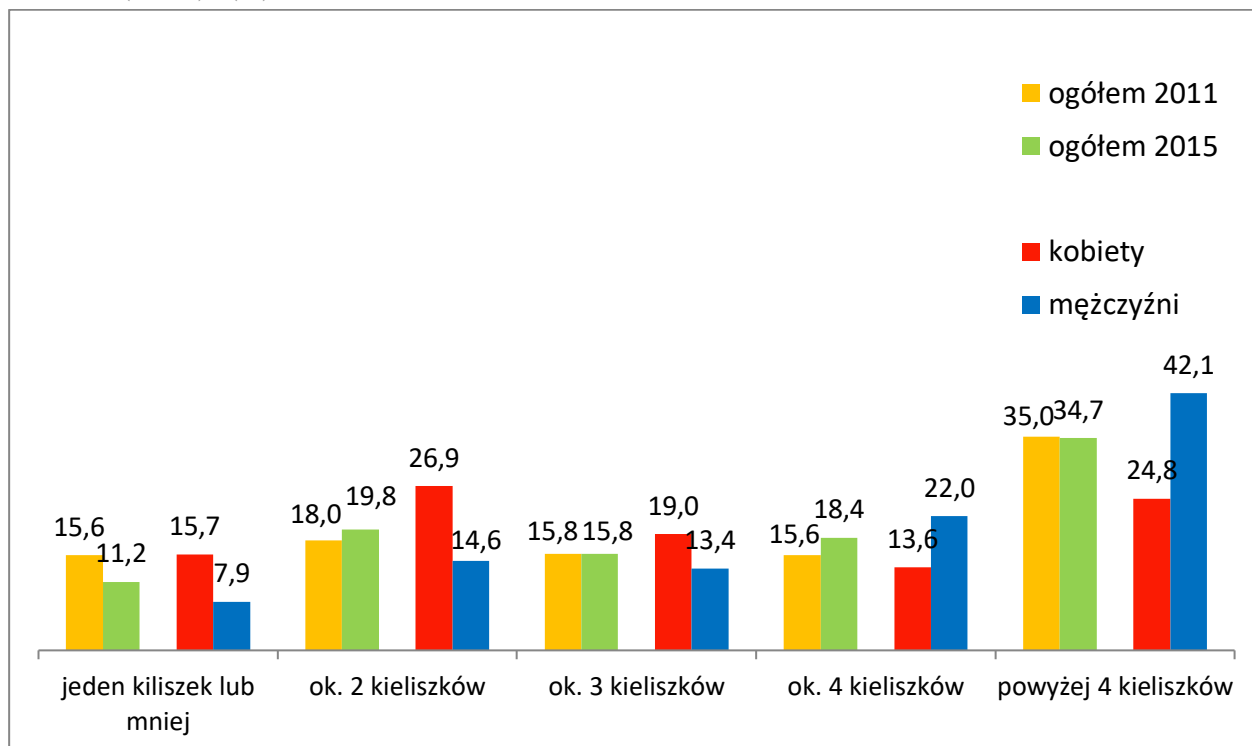
Ryc. 2.8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak? (%)



W porównaniu do 2011 roku wzrosła o 1 p.p. zbiorowość kobiet sięgających po mocny alkohol codziennie lub prawie codziennie albo 5-6 razy w tygodniu, wyraźny wzrost nastąpił też w kategorii „3-4 razy w tygodniu” (o 5,8 p.p.). W przypadku mężczyzn również wzrosły wskaźniki odnoszące się do badanych pijących najczęściej. Wśród pijących najczęściej zmiana wyniosła 2,5 p.p., a w przypadku odpowiedzi „3-4 razy w tygodniu” nastąpił wzrost o 1,9 p.p., w doniesieniu do odpowiedzi „1-2 razy w tygodniu” odnotowano wzrost o 2,0 p.p.

W przypadku pojedynczej okazji do spożycia, badani z reguły wypijają powyżej 4 kieliszków (34,7%). Wskaźnik ten nie zmienił się w porównaniu do badania z 2011 r. W przypadku kobiet przeważają odpowiedzi wskazujące na spożycie nie przekraczające 3 kieliszków. Proporcje te odwracają się w przypadku spożycia przekraczającego 3 kieliszki; i tak ok. 4 kieliszków spożywa 22,0% mężczyzn i 13,6% kobiet, natomiast w przypadku spożycia powyżej 4 kieliszków: mężczyźni stanowią 42,1%, kobiety zaś 24,8%.

Ryc. 2.9. Ile wódki (koniaku, whisky) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kieliszka (50 ml)? (%)

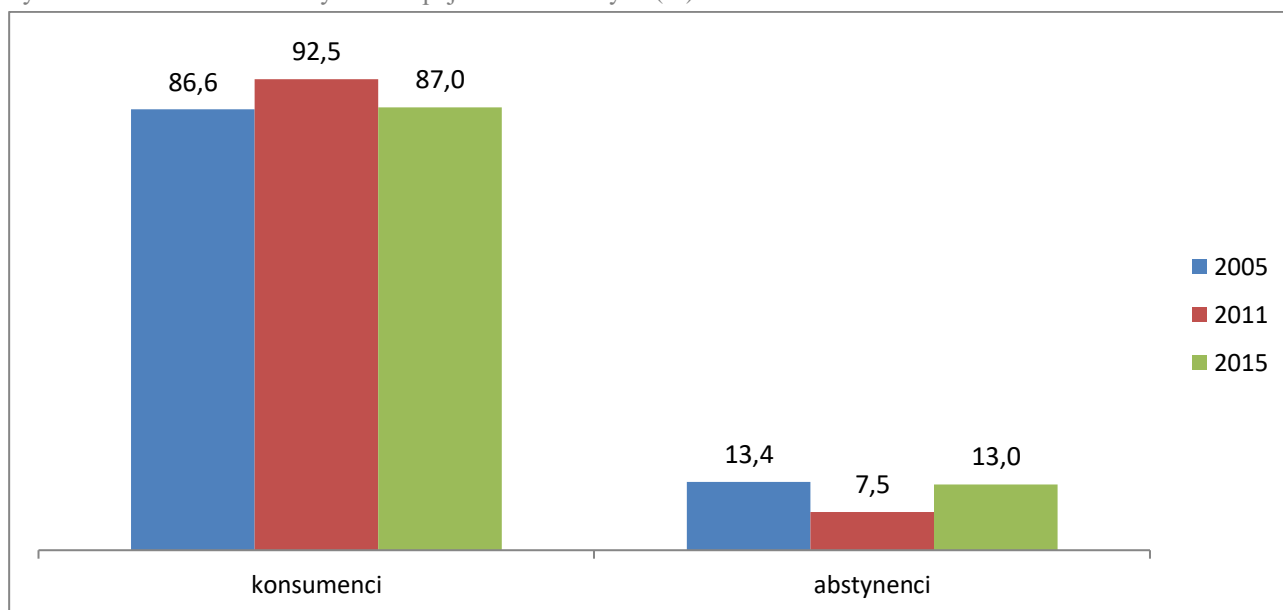


Podstawa procentowania na obu wykresach: tylko konsumenci wódki itp.

2.4. Konsumenci i abstynenci

Osoby, które zadeklarowały, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie spożywały żadnego alkoholu stanowią 13% badanej zbiorowości. Odsetek ten wyraźnie zwiększył się w porównaniu do wyniku 7,5% z 2011 roku i osiągnął poziom niemal identyczny jak w 2005 roku.

Ryc. 2.10. Konsumenci i abstynenci napojów alkoholowych (%)



Wyższy odsetek odpowiedzi wskazujących na abstynencję badanych zarejestrowano wśród kobiet (17,3%), aniżeli mężczyzn (7,9%). W porównaniu do 2011 blisko o połowę wzrósł odsetek niepijących bez względu na płeć. Odsetek abstynentów wzrasta wraz z wiekiem badanych. W starszych grupach wiekowych osób niepijących jest więcej, a wśród najmłodszych badanych najmniej (6%). Również najmniej niepijących odnotowano wśród badanych z wykształceniem średnim i pomaturalnym oraz wyższym i niepełnym wyższym – w obu przypadkach po 10,8%. Najwięcej abstynentów jest wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (26,4%). Fakt ten można tłumaczyć tym, że struktura wykształcenia w znaczący sposób odpowiada strukturze wieku badanych. Osoby, które obecnie legitymują się wykształceniem zasadniczym zawodowym to przede wszystkim osoby po 50. roku życia – w tej grupie wiekowej jest 68% badanych o tym poziomie wykształcenia. Na tle dochodu zarysowuje się następująca tendencja: im wyższe dochody, tym niższy odsetek abstynentów. Najwyższy odsetek niepijących odnotowano wśród osób piastujących stanowiska kierownicze (15,6%), najniższy wśród osób pracujących na stanowiskach samodzielnych (6,2%). Abstynentem jest co czwarta osoba owdowiała (25,0), co piąta po rozwodzie (20,3%), co dziewiąta w stałym związku (11,4%) i co jedenasta (9,2) stanu wolnego. Osoby wierzące są abstynentami częściej niż badani niewierzący lub tacy, którzy na pytanie o religijność udzielili odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Sytuacja zawodowa, fakt posiadania dzieci i ich liczba w gospodarstwie domowym, ocena atmosfery panującej w domu oraz poczucie zadowolenia z życia nie mają statystycznie istotnego związku z faktem bycia abstynentem lub konsumentem.

Tab.2.4. Konsumenci i abstynenci na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	abstynenci wynik z 2011 roku	Abstynenci	Konsumenci
Płeć			
Kobieta	8,5	17,3	82,7
Mężczyzna	4,5	7,9	92,1
Wiek			
18-29	1,9	6,0	94
30-39	6,8	9,5	90,5
40-49	3,6	9,5	90,5
50-64	10,4	18,5	81,5
65 i więcej	16,5	18,3	81,7

Tab.2.4. Konsumenci i abstynenci na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	abstynenci wynik z 2011 roku	Abstynenci	Konsumenci
wykształcenie			
podstawowe i gimnazjalne	17,0	17,2	82,8
zasadnicze zawodowe	11,0	26,4	73,6
średnie i pomaturalne	6,6	10,8	89,2
niepełne wyższe, wyższe	3,8	10,8	89,2
dochód			
do 1000	b.d.	25,4	74,6
1001 – 2000	b.d.	16,4	83,6
2001 – 3000	b.d.	8,8	91,2
3001 – 4000	b.d.	11,6	88,4
4001 – 5000	b.d.	10,6	89,4
powyżej 5001	b.d.	10,3	89,7
piastowane stanowisko			
szeregowie	b.d.	10,4	89,6
kierownicze	b.d.	15,6	84,4
samodzielne	b.d.	6,2	93,8
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	4,5	9,2	90,8
żonaty, zamężna, w stałym związku	7,0	11,4	88,6
rozwidziony, rozwiedziona	9,1	20,3	79,7
wdowiec, wdowa	18,2	25,0	75

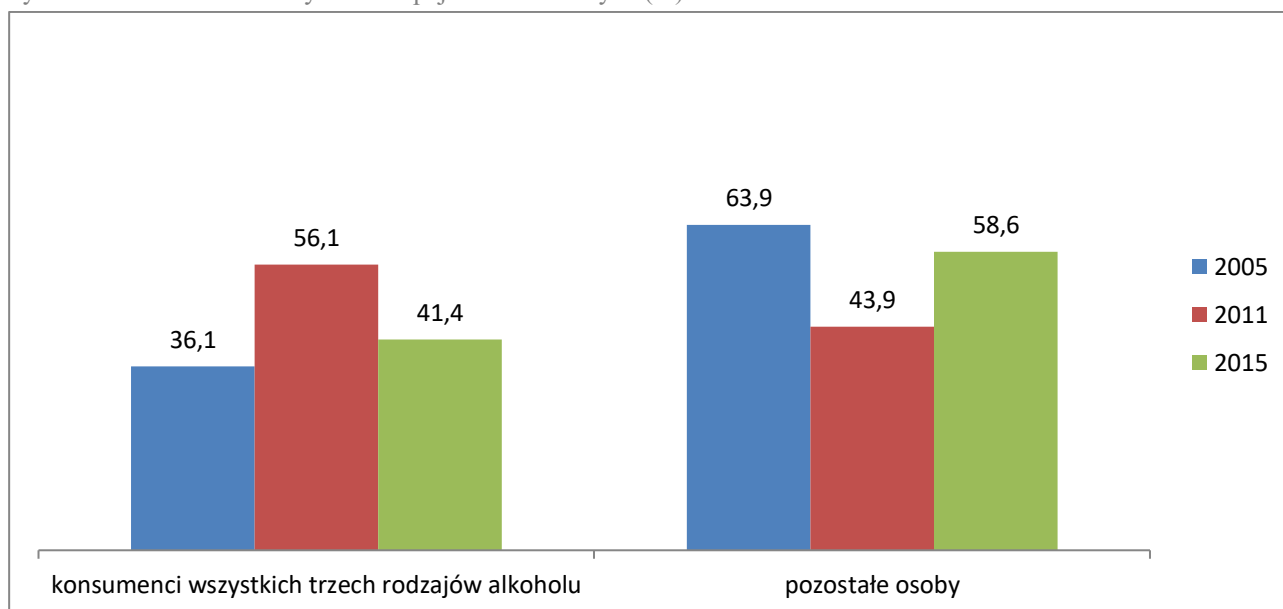
C. d. tab.2.4. Konsumenci i abstynenci na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	abstynenci wynik z 2011 roku	Abstynenci	Konsumenci
religijność			
wierzący i praktykujący	b.d.	16,1	83,9
wierzący i niepraktykujący	b.d.	12,9	87,1
niewierzący, ale przywiązani do niektórych praktyk religijnych	b.d.	4,9	95,1
niewierzący i niepraktykujący	b.d.	7,5	92,5
trudno powiedzieć	b.d.	9,1	90,9

2.5. Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych

W porównaniu do roku 2011 odsetek osób (56,1%), które zadeklarowały picie wszystkich rodzajów alkoholu na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy zmalał o 14,7 p.p. i wyniósł 41,4%.

Ryc. 2.11. Konsumenci wszystkich napojów alkoholowych (%)



Po wszystkie rodzaje alkoholu częściej sięgają mężczyźni (46,8%) niż kobiety (36,7%). Najwyższy odsetek sięgających po wszystkie rodzaje alkoholu odnotowano wśród najmłodszych badanych – w wieku 18-29 lat (60,1%), osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (29,2%) i podstawowym – najrzadziej (36,2%), osoby stanu wolnego (57,1%) oraz pozostające w stałych związkach (40,4%) – najczęściej, podobnie osoby studiujące i uczące się (65,0%), a najrzadziej

emeryci i renciści (21,5%). Odsetek sięgających po wszystkie typy trunków rośnie wraz z dochodami. Osoby oceniające atmosferę w swoim domu jako raczej złą i bardzo złą sięgają po wszystkie rodzaje alkoholu najrzadziej (24,5%), w pozostałych dwóch kategoriach wskaźniki przekraczają 40%. Po alkohol każdego rodzaju najrzadziej sięgają osoby wierzące.

Tab.2.5. Konsumenci wszystkich rodzajów napojów alkoholowych na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	konsumenci wszystkich trzech rodzajów alkoholu wynik z roku 2011	konsumenci wszystkich trzech rodzajów alkoholu	pozostałe osoby
Płeć			
Kobieta	50,3	36,7	63,3
Mężczyzna	62,4	46,8	53,2
Wiek			
18-29	78,3	60,1	39,9
30-39	48,3	48,1	51,9
40-49	59,0	47,3	52,7
50-64	45,5	31,7	68,3
65 i więcej	42,4	25,8	74,2
wykształcenie			
podstawowe i gimnazjalne	45,5	36,2	63,8
zasadnicze zawodowe	44,9	29,2	70,8
średnie i pomaturalne	59,4	40,5	59,5
niepełne wyższe, wyższe	59,4	46,4	53,6
Dochód			
do 1000	b.d.	34,3	65,7
1001 – 2000	b.d.	32,7	67,3
2001 – 3000	b.d.	42,5	57,5
3001 – 4000	b.d.	46,3	53,7
4001 – 5000	b.d.	48,1	51,9
powyżej 5001	b.d.	51,3	48,7

C. d. tab.2.5. Konsumenci wszystkich rodzajów napojów alkoholowych na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

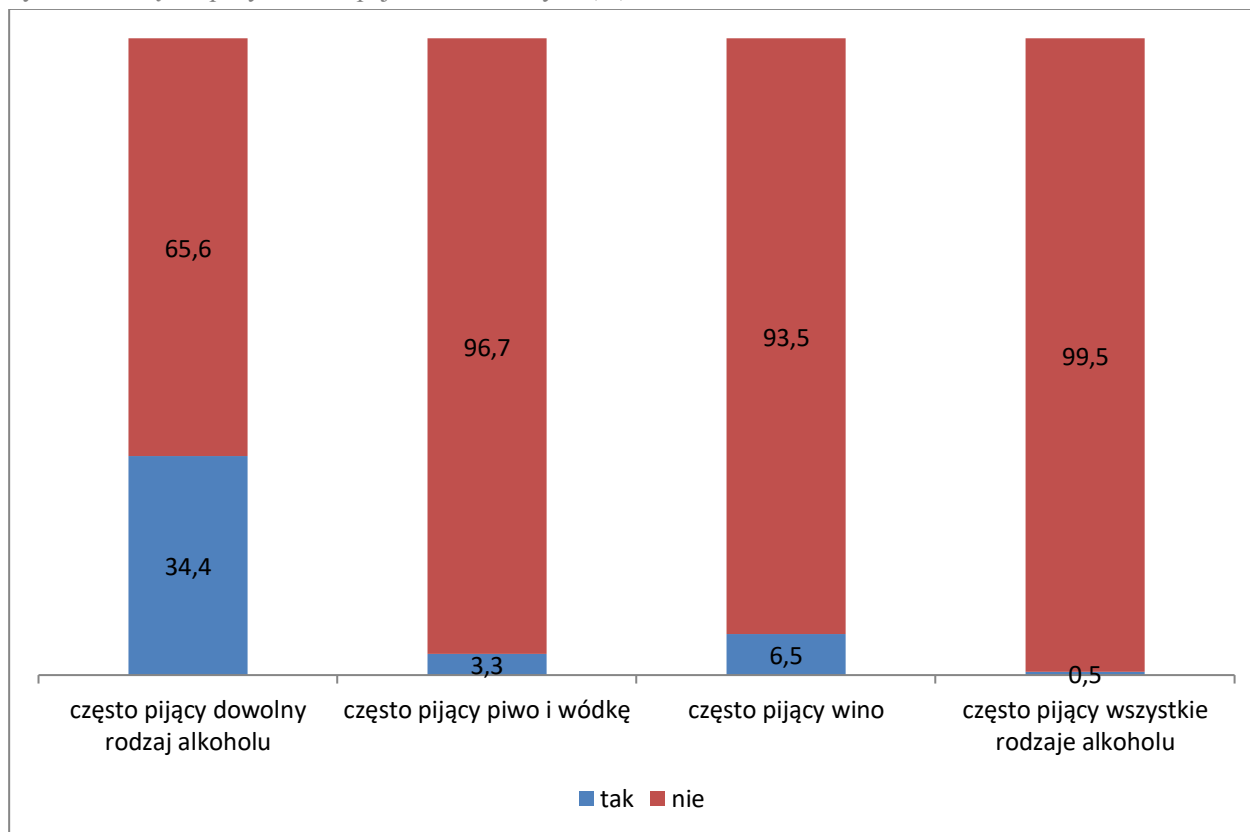
	konsumenci wszystkich trzech rodzajów alkoholu wynik z roku 2011	konsumenci wszystkich trzech rodzajów alkoholu	pozostałe osoby
sytuacja zawodowa			
os. pracująca	54,2	47,2	52,8
os. bezrobotna	69,0	36,5	63,5
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	39,3	47,1	52,9
os. ucząca się, studiująca	79,6	65,0	35,0
os. na emeryturze lub rencie	38,0	21,5	78,5
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	70,1	57,1	42,9
żonaty, zamężna, w stałym związku	55,9	40,4	59,6
rozwidziony, rozwidziona	30,3	31,6	68,4
wdowiec, wdowa	27,3	16,3	83,7
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b.d.	41,4	58,6
czasem dobra, czasem zła	b.d.	46,5	53,5
raczej zła i bardzo zła	b.d.	24,5	75,5
religijność			
wierzący i praktykujący	b.d.	35,4	64,6
wierzący i niepraktykujący	b.d.	40,3	59,7
niewierzący, ale przywiązani do niektórych praktyk religijnych	b.d.	51,2	48,8
niewierzący i niepraktykujący	b.d.	56,7	43,3
trudno powiedzieć	b.d.	53,0	47,0

Stanowisko pracy zajmowane przez respondenta, fakt posiadania dzieci i ich liczba w gospodarstwie domowym, poczucie zadowolenia z życia nie mają statystycznie istotnego związku z faktem sięgania po wszystkie rodzaje alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

2.6. Częste spożywanie napojów alkoholowych

W badaniach posłużono się miarą częstego picia alkoholu. Obejmuje ona wskazania odpowiedzi w pytaniach o częstotliwość picia: „codziennie lub prawie codziennie”, „5-6 razy w tygodniu”, „3-4 razy w tygodniu” oraz „1-2 razy w tygodniu”. Do grupy osób, które często spożywają dowolny rodzaj alkoholu (alternatywnie – przynajmniej jeden z trzech) należy co trzeci badany (34,4%), osoby często pijące zarówno piwo, jak i wódkę należy stanowią 3,3% ogółu badanych, a często pijący wino 6,5%. Badani, którzy spożywają często wszystkie trzy rodzaje alkoholu stanowią znikomy odsetek (0,5%). Wyniki uzyskane w 2015 roku nie odbiegają znacząco od tych z 2011 roku.

Ryc. 2.12. Częste spożywanie napojów alkoholowych (%)



W badaniach sprawdzono związek korelacyjny między częstotliwością sięgania po określony rodzaj alkoholu a ilością spożywanym, odpowiednio: kufli, lampek, kieliszków. Związek ten jest istotny statystycznie (korelacja umiarkowana) w przypadku picia piwa ($r_s = -0,44$). Osoby, które często piją piwo, jednocześnie piją je w mniejszych ilościach. W przypadku wina oraz wyrobów spirytusowych (wysokoprocentowych) zależność ta nie jest tak silna jak w przypadku piwa. Parametry korelacyjne wynoszą dla wina: $r_s = -0,32$, dla wódki: $r_s = -0,2$ (są to korelacje istotne statystycznie, ale słabe).

Osoby, które sięgają często po alkohol i jednocześnie wypijają go dużo, to najczęściej (w zależności od rodzaju alkoholu – ujęto jedynie zmienne istotnie różnicujące odpowiedzi):

- **piwo:** mężczyźni (49,9%) w wieku 18-39 lat (45,5%) lub 30-39 lat (44,6%), z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym (52,9%),
- **wino:** nieco częściej mężczyźni (11,4%), rzadziej kobiety (7,9%),
- **wódka:** najczęściej mężczyźni (16,0%), piastujący w miejscu pracy stanowisko szeregowe (16,8%) lub kierownicze (17,2%).

Tab. 2.6. Częste spożywanie napojów alkoholowych na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

<i>odpowiedzi „tak”</i>	często pijący dowolny rodzaj alkoholu	często pijący piwo i wódkę	często pijący piwo	często pijący wino	często pijący wódkę	abstynenci
Płeć						
kobieta	22	0,7	24,6	7,9	7,4	17,3
mężczyzna	48,7	6,2	49	11,4	16	7,9
Wiek						
18-29	44,3	5,5	45,5	9,6	7,7	6
30-39	40,5	3,3	44,6	11,1	9,3	9,5
40-49	33,1	0,7	22,6	9,3	18,7	9,5
50-64	31,3	3,2	36	7,8	14,9	18,5
65 i więcej	24,4	3,3	32,4	9,4	13,4	18,3
wykształcenie						
podstawowe i gimnazjalne	37,9	6,9	52,9	13,9	22,2	17,2
zasadnicze zawodowe	38,7	4,7	49,3	17,6	16,1	26,4
średnie i pomaturalne	37,6	4,6	40,7	6,4	16,2	10,8
niepełne wyższe, wyższe	30,3	1,5	31,6	8,9	6,3	10,8
dochód						
do 1000	20,9	1,5	31,0	11,8	3,1	25,4
1001 – 2000	29,8	2,3	40,0	6,5	9,8	16,4
2001 – 3000	39,8	4,4	44,6	9,4	13,2	8,8
3001 – 4000	37,8	5,5	33,9	9,1	20	11,6
4001 – 5000	37,5	5,8	34,2	8,2	17,1	10,6
powyżej 5001	40,4	1,3	40,8	14,5	9,1	10,3
sytuacja zawodowa						
os. pracująca	38,5	3,7	38,1	10,1	13,5	9,4
os. bezrobotna	26,9	-	32,4	12,9	-	17,3
os. niepracująca, nieposzukująca pracy	41,2	-	33,3	-	22,2	5,9
os. ucząca się, studiująca	36	4,0	35,6	6,2	7,3	3
os. na emeryturze lub rencie	27,2	3,1	38,6	10,1	14,7	23

C. d. tab. 2.6. Częste spożywanie napojów alkoholowych na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

<i>odpowiedzi „tak”</i>	często pijący dowolny rodzaj alkoholu	często pijący piwo i wódkę	często pijący piwo	często pijący wino	często pijący wódkę	abstynenci
piastowane stanowisko						
szeregowe	38	6,3	39,5	10,3	16,8	10,4
kierownicze	38,5	2,1	35,7	9,5	17,2	15,6
samodzielne	39,2	1,3	38,6	9,6	7,4	6,2
stan cywilny						
kawaler, panna, singiel(ka)	41,7	4,6	45	12,7	8,8	9,2
żonaty, zamężna, w stałym związku	34,8	3,5	34,4	8,8	14,9	11,4
rozwódziona, rozwiedziony	30,4	-	33,9	7	4,9	20,3
wdowiec, wdowa	18,5	-	36,6	5,4	6,7	25
liczba dzieci w gosp. dom.						
brak dzieci	34,6	3,7	39,6	10	12,5	13,8
1-2 dzieci	34,9	2,6	34,5	8,3	12,2	12,1
powyżej 3 dzieci	32,4	2,7	32,3	4	13	5,4
atmosfera w domu						
bardzo dobra i dobra	34,5	3,4	36,5	9,9	13,5	12,4
czasem dobra, czasem zła	38,7	2,6	45,1	6,3	7	12,9
raczej zła i bardzo zła	18,4	4,1	25,9	11,5	11,5	22,4
zadowolenie z życia						
zadowoleni	35,4	3,4	36,8	10,3	13,8	12
czasem tak, czasem nie	34	2,9	39,7	7,2	9,1	13,9
niezadowoleni	23,1	3,8	36,4	6,7	7,4	21,2

C. d. tab. 2.6. Częste spożywanie napojów alkoholowych na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

<i>odpowiedzi „tak”</i>	często pijący dowolny rodzaj alkoholu	często pijący piwo i wódkę	często pijący piwo	często pijący wino	często pijący wódkę	abstynenci
religijność						
wierzący i praktykujący	29,8	3,5	33,7	9,9	15,5	16,1
wierzący i niepraktykujący	34,7	2,1	36,8	8,3	9,8	12,9
niewierzący, ale przywiązani do niektórych praktyk religijnych	45,1	2,4	46,4	11,1	8,9	4,9
niewierzący i niepraktykujący	44,8	6	43,9	13,2	14	7,5
trudno powiedzieć	39,4	6,1	40	8,3	13,3	9,1

Respondenci, którzy często sięgają po dowolny rodzaj alkoholu, na pytanie o szkodliwość picia nawet niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży w zdecydowanej większości przypadków (95%) odpowiadali, że może to mieć negatywny wpływ na zdrowie dziecka. Wynik nie zmienił się w porównaniu do uzyskanego w 2011 roku.

Odpowiedzi badanych osób często sięgających po alkohol na pytania o prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem alkoholu nie różnią się znacząco od zarejestrowanych w całej próbie. Odsetek osób deklarujących prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu wynosi w całej próbie 1,3%, zaś wśród często spożywających alkohol 1,16%. Wynik ten uległ znaczącej poprawie w stosunku do badań z 2011 roku, kiedy to wynosił aż 6,1%. Inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku prowadzenia roweru. Odsetki wynoszą odpowiednio 6,5% dla całej próby i 12,5% wśród badanych często spożywających alkohol. Wyniki te nie zmieniły się od ostatnich badań.

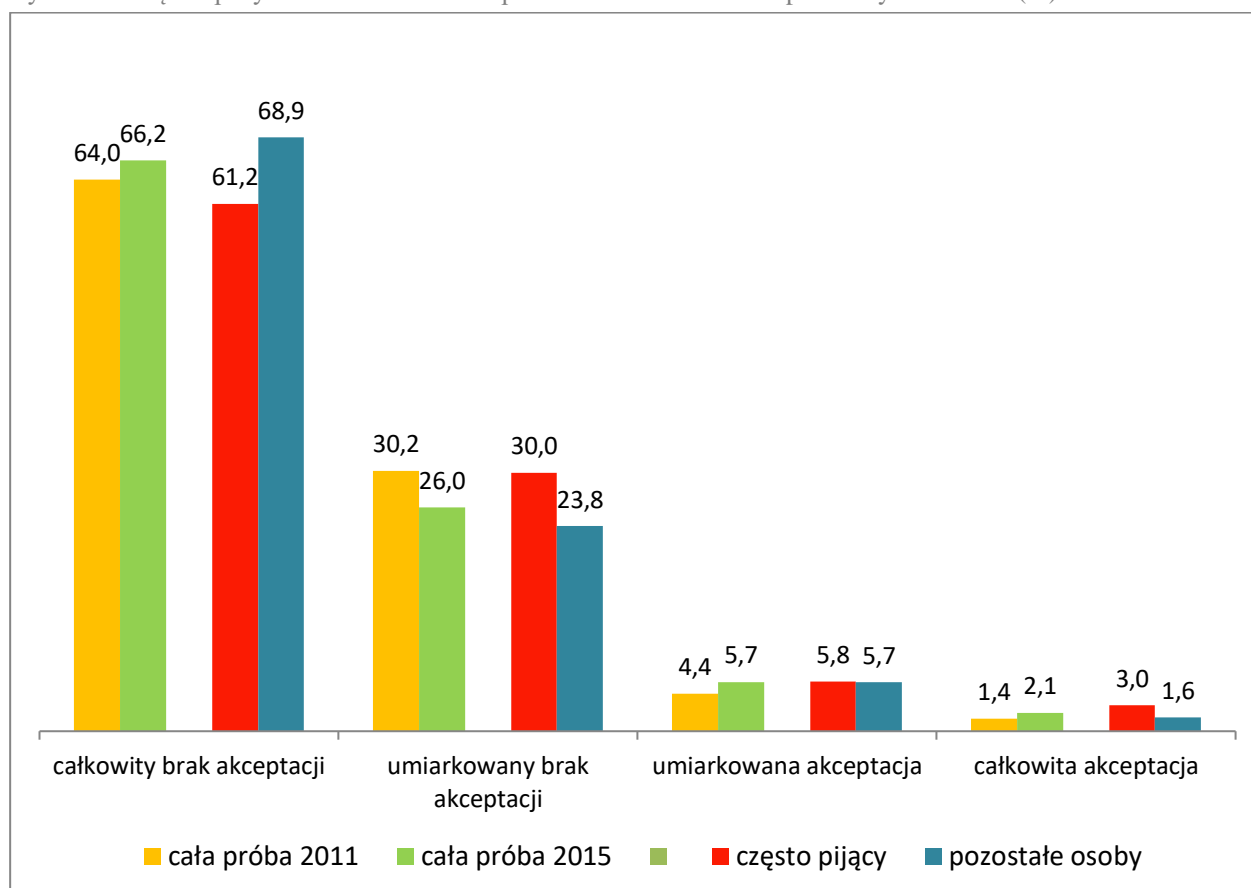
Osoby często sięgające po alkohol blisko dwukrotnie częściej udzielały odpowiedzi pozytywnej na pytania dotyczące negatywnych odczuć związanych ze swoim piciem. Na pytanie „Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?” w całej próbie zarejestrowano odsetek odpowiedzi twierdzących (łącznie: „rzadziej niż raz w miesiącu” oraz „częściej niż raz w miesiącu”) wynoszący 11,0%, zaś w grupie często konsumujących **23,7%**. W pytaniu „Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu zrobił(a) Pan(i) coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana(i) środowisku normy postępowania?” odsetki te wyniosły odpowiednio 13,3% i **24,6%**, zaś na pytanie „Jak często w ostatnim roku potrzebował(a) Pan(i) napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym piciu”, aby móc dojechać do siebie?” odpowiedzi pozytywne w całej próbie stanowiły 10,0%, a wśród często sięgających alkohol **23,4%**. W ciągu ostatniego roku wyrzuty

sumienia lub poczucie winy z powodu picia alkoholu w całej próbie odczuwało 21% respondentów, zaś grupie często pijących **36,9%**. Wydarzeń z poprzedniego dnia nie mogło przypomnieć sobie w całej próbie 15,2% badanych, a w grupie często pijących **28,9%**.

Porównując odpowiedzi dotyczące otoczenia społecznego osób często sięgających po alkohol wszystkich badanych, widoczne są różnice. Odsetek odpowiedzi wskazujący na obecność w najbliższej rodzinie osoby nadużywającej alkoholu oraz wśród znajomych i przyjaciół, jest porównywalny w obu zbiorowościach (różnice nie przekraczają 2 p.p.).

Badani sięgający często po alkohol nieco częściej prezentują postawy całkowitej akceptacji dla przemocy w rodzinie, częściej też wskazują na umiarkowany brak akceptacji. Rzadziej też prezentują postawy całkowitego braku akceptacji w porównaniu do całej próby. Wyższy odsetek niż w całej próbie odnotowano również w przypadku odpowiedzi wskazujących na umiarkowany brak akceptacji dla przemocy w rodzinie.

Ryc. 2.13. Częste spożywanie alkoholu na tle postaw wobec stosowania przemocy w rodzinie (%)



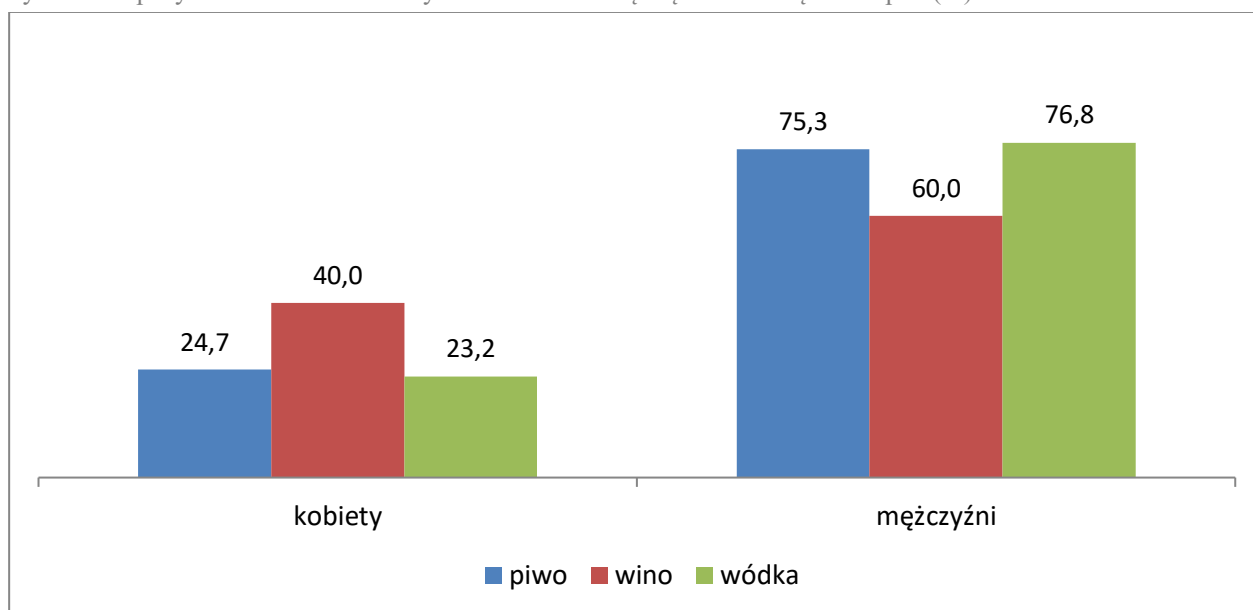
2.7. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością

Wykorzystując pytania o częstotliwość spożywania alkoholu oraz jego ilość wypijaną zazwyczaj przy jednej okazji, stworzono indeks częstego spożywania i w dużych ilościach (spożycie „często i dużo”). Przyjęto następujące założenia:

- spożycie dużej ilości alkoholu przy jednej okazji to 3 i więcej, odpowiednio: kufli piwa (0,5 l), lampek wina (100 ml), kieliszków wysokoprocentowego alkoholu (50 ml),
- duża częstotliwość to sięganie po alkohol 1-2 razy w tygodniu i częściej.

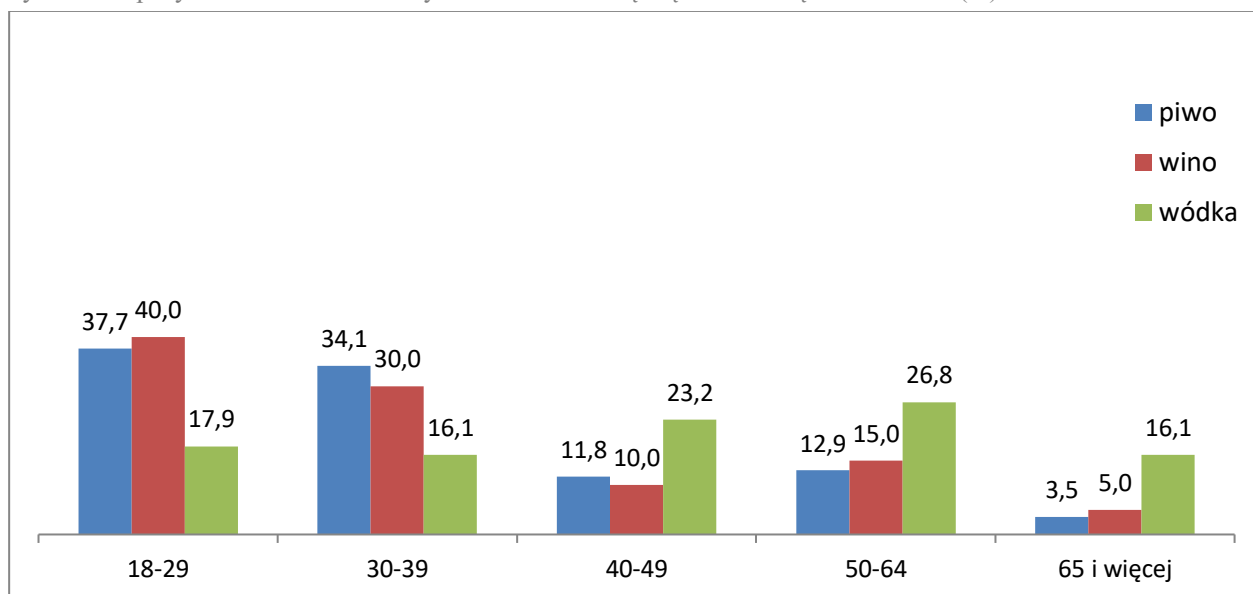
W porównaniu do 2011 roku wyraźnie zmniejszył się odsetek kobiet pijących piwo (o 6 p.p.). W przypadku pozostałych alkoholi wskazania spadły o ok. 1,5 p.p. W przypadku mężczyzn wzrósł odsetek spożywających piwo „często i dużo”, wzrost nastąpił z poziomu 69,3% w 2011 roku do 75,3% w 2015 roku.

Ryc. 2.14. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle płci (%)



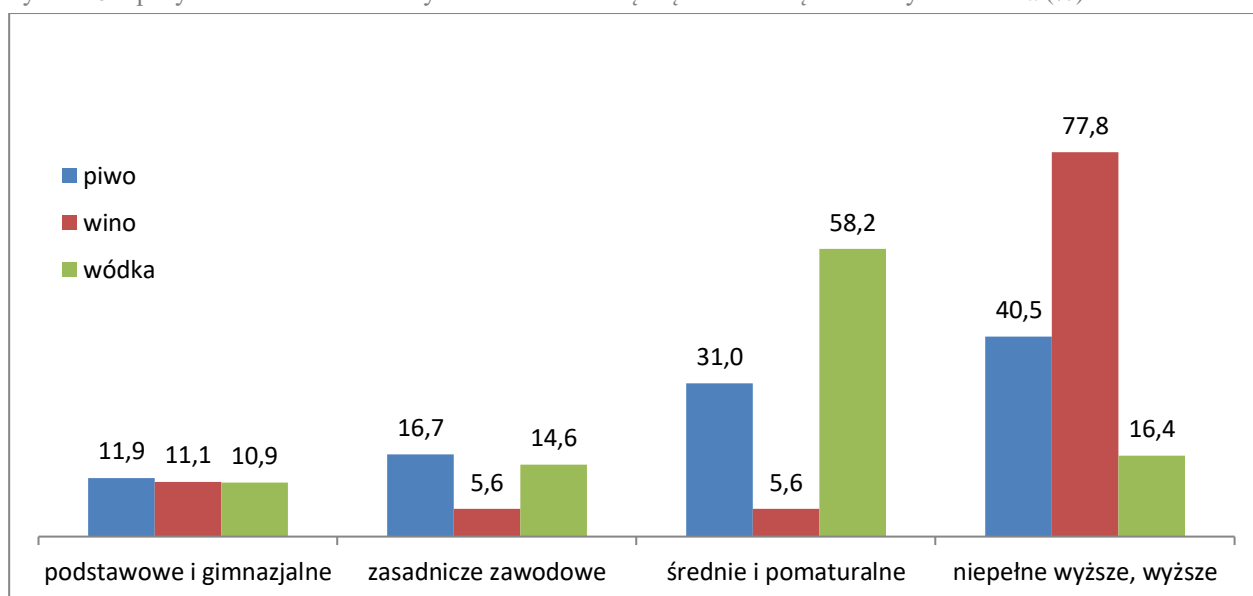
Wyraźnie zmniejszył się odsetek badanych w wieku 18-29 spożywających „często i dużo” w odniesieniu do wódki (o 36,3 p.p.). W grupie wiekowej 30-39 wzrosło spożycie „często i dużo” piwa i wina, odpowiednio o 11,2 i 16,2 p.p. Wśród czterdziestolatków wyraźnie zmniejszyło się spożycie „często i dużo” wina (o 21,0 p.p.), wzrosło z kolei spożycie „często i dużo” wódki (o 10,7 p.p.). Wśród osób w wieku 50-64 wszystkie wskaźniki uległy wzrostowi, odpowiednio o 5,7, 11,6 i 18,5 p.p. dla piwa, wina i wódki. Wśród najstarszych respondentów zmniejszyło się o blisko połowę spożycie „często i dużo” wszystkich typów alkoholi.

Ryc. 2.15. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle wieku (%)

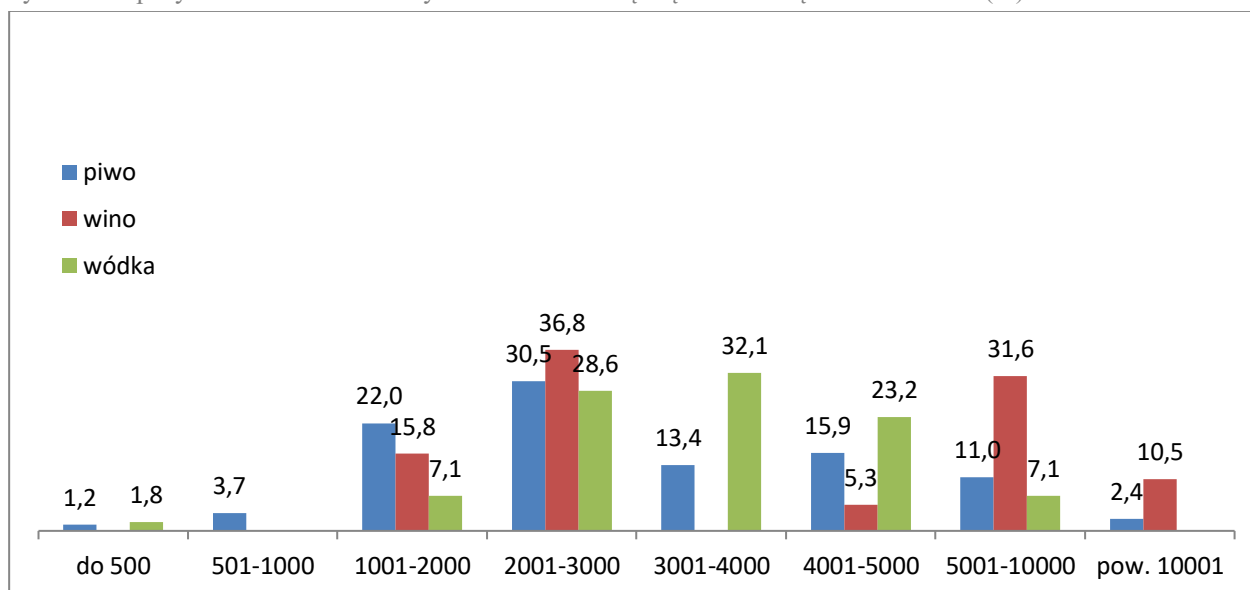


W porównaniu do wyników z 2011 roku wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym wzrosło spożycie „często i dużo” piwa (o 4,4 p.p.), w przypadku pozostałych rodzajów alkoholu wskaźniki nie uległy znaczącym zmianom. Wśród badanych z wykształceniem zasadniczym zawodowym wskaźniki spożycia „często i dużo” wzrosły w przypadku piwa i wódki o blisko połowę, a w przypadku wina o 5,6p.p. Badani z wykształceniem średnim w większym stopniu spożywają „często i dużo” napoje wysokoprocentowe (wzrost o 10,3 p.p.). Zmniejszyły się odsetki spożywających „często i dużo” piwa i wina (odpowiednio o 23,9 i 32,3 p.p.). Wśród badanych z wyższym wykształceniem o 36,4 p.p. wzrosło spożycie „często i dużo” wina, o blisko 18 p.p. wzrósł wskaźnik związany ze spożyciem „często i dużo” piwa, a o 6,5 p.p. zmalał wskaźnik odnoszący się do spożycia „często i dużo” wódki.

Ryc. 2.16. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle wykształcenia (%)

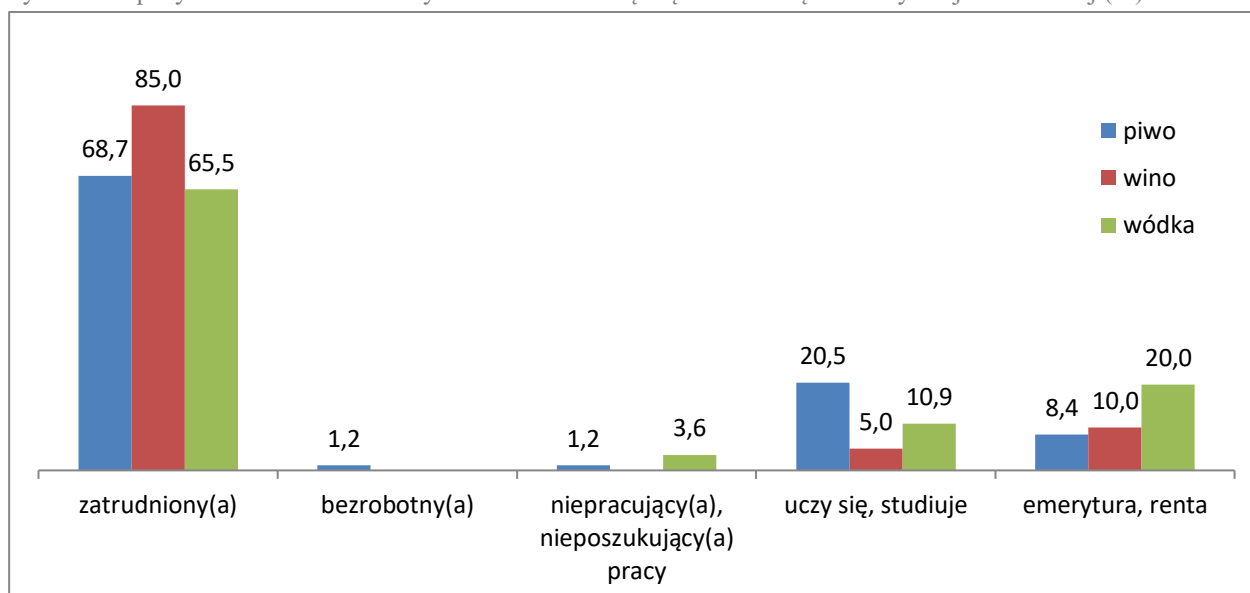


Ryc. 2.17. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle dochodu (%)



Biorąc pod uwagę wyniki z 2011 roku widać, że o blisko połowę wzrosły wskazania badanych zatrudnionych dotyczące wszystkich typów alkoholu. Znacząco zmalały też wskazania wśród bezrobotnych. O ile w 2011 roku wśród uczniów i studentów odnotowano wskaźnik spożycia „często i dużo” piwa na poziomie 52,6%, wina na poziomie 24,1% oraz wódki na poziomie 41,7%, to w bieżącej edycji badania, jak widać na poniższym wykresie, wskaźniki spożycia „często i dużo” uległy znaczącemu zmniejszeniu. Wśród badanych na emeryturze i na rencie wzrósł jedynie wskaźnik dotyczący spożycia „często i dużo” wódki (o 9,6 p.p.).

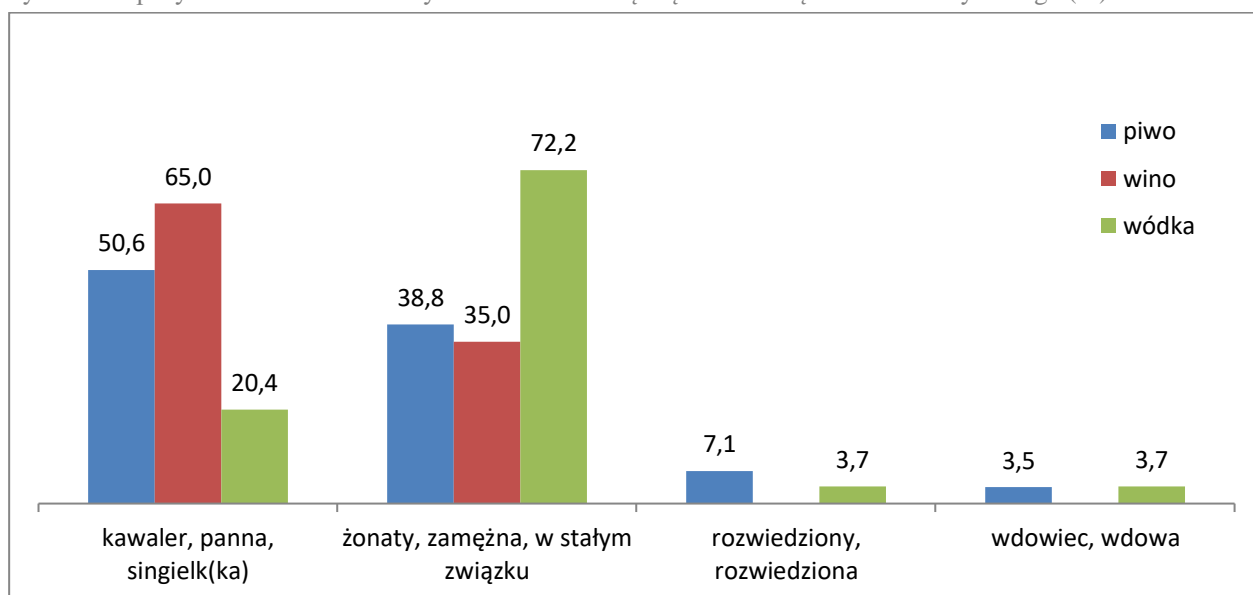
Ryc. 2.18. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle sytuacji zawodowej (%)



Wśród badanych stanu wolnego wzrosło spożycie „często i dużo” wina (o ponad 30 p.p.), a zmalało wódki (o 23,4 p.p.). Osoby w związkach w większym stopniu niż w badaniu z 2011 roku

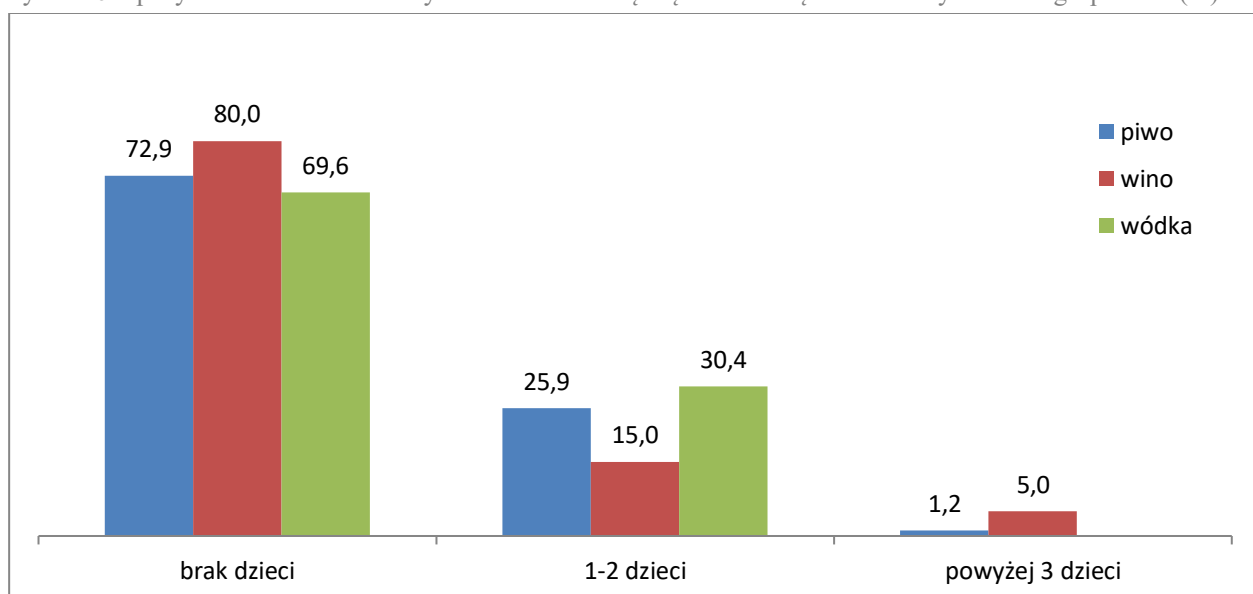
zadeklarowały spożycie „często i dużo” wódki (wzrost o 24,3 p.p.). Zmalały natomiast wskaźniki dotyczące spożycia „często i dużo” piwa. W pozostałych grupach wskaźniki nie uległy znaczącym zmianom.

Ryc. 2.19. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle stanu cywilnego (%)

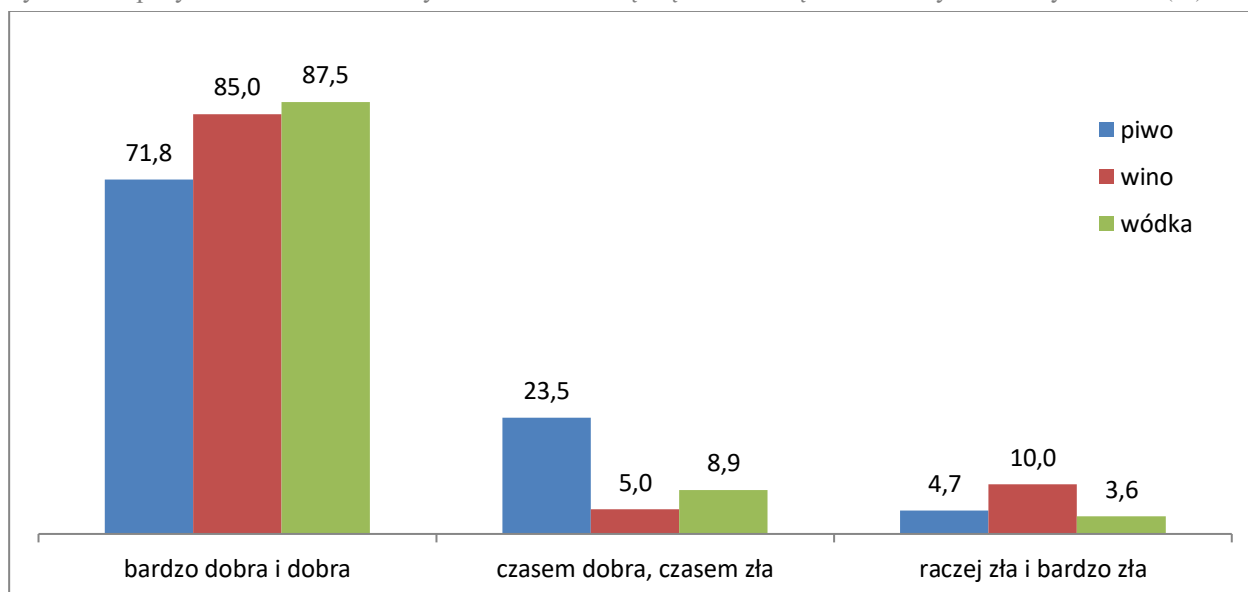


Porównanie wyników z badań z lat 2015 i 2011, dotyczących spożycia alkoholu „często i dużo”, z uwzględnieniem faktu posiadania dzieci oraz ich liczebności w gospodarstwie domowym nie wykazało znaczących różnic.

Ryc. 2.20. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle liczby dzieci w gosp. dom. (%)

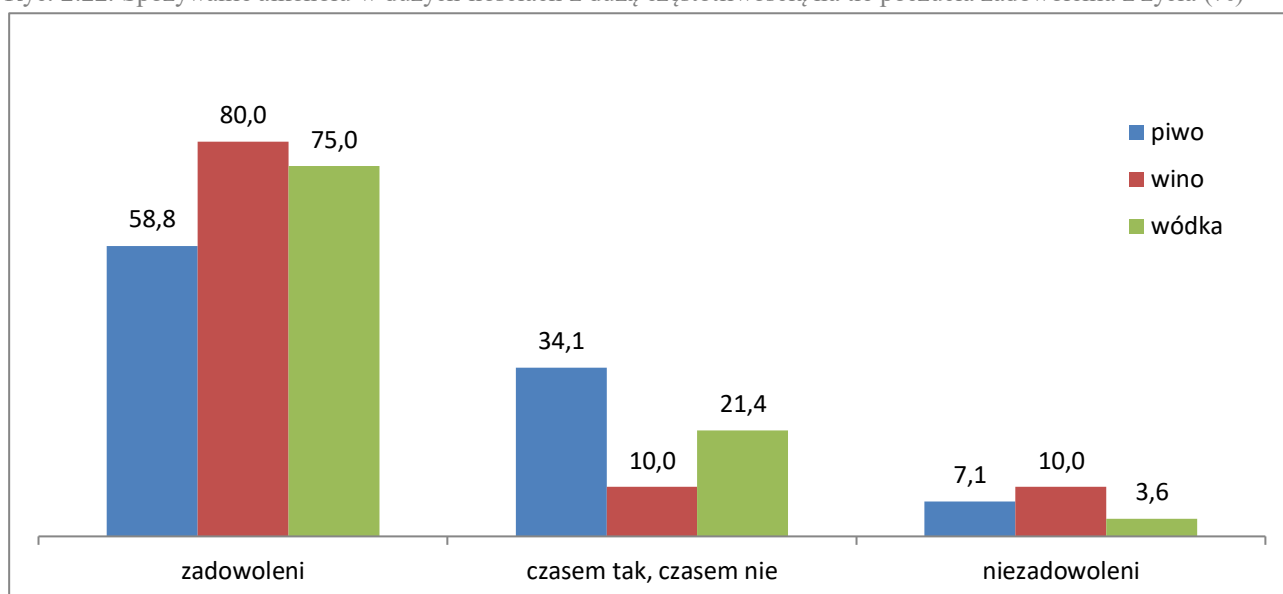


Ryc. 2.21. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle oceny atmosfery w domu (%)

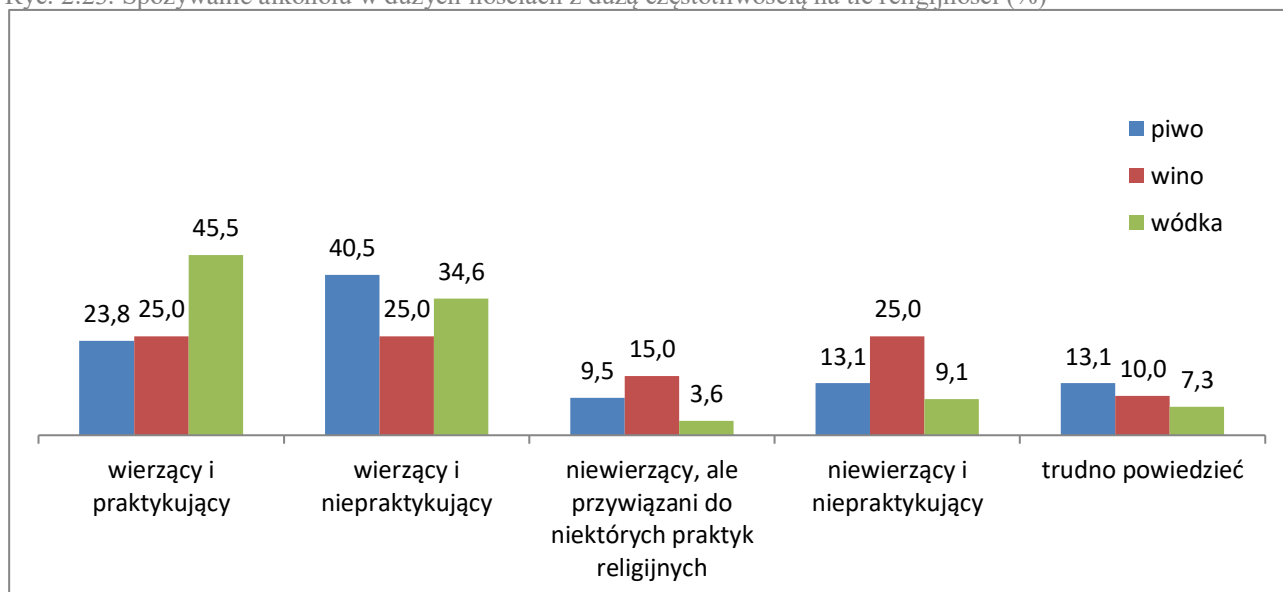


W porównaniu z wynikami z 2011 roku, wśród osób zadowolonych z życia ubyłoby konsumentów spożywających „często i dużo” piwa (spadek o 12,3 p.p.), przybyło natomiast spożywających „często i dużo” wina (wzrost o 21,4 p.p.). W odniesieniu do wódki wskaźnik nie zmienił się. W przypadku badanych, którzy zaznaczyli odpowiedź „czasem tak, czasem nie”, zwiększyła się grupa konsumentów spożywających „często i dużo” piwa (o 11,1 p.p.), a zmalała grupa konsumentów spożywających „często i dużo” wina (o 24,5 p.p.). Wśród niezadowolonych ze swojego życia wzrosły o kilka punktów procentowych grupy konsumentów spożywających „często i dużo” wszystkich typów alkoholu, w kolejności o 1,2, 3,1 oraz 1,5 p.p.

Ryc. 2.22. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle poczucia zadowolenia z życia (%)



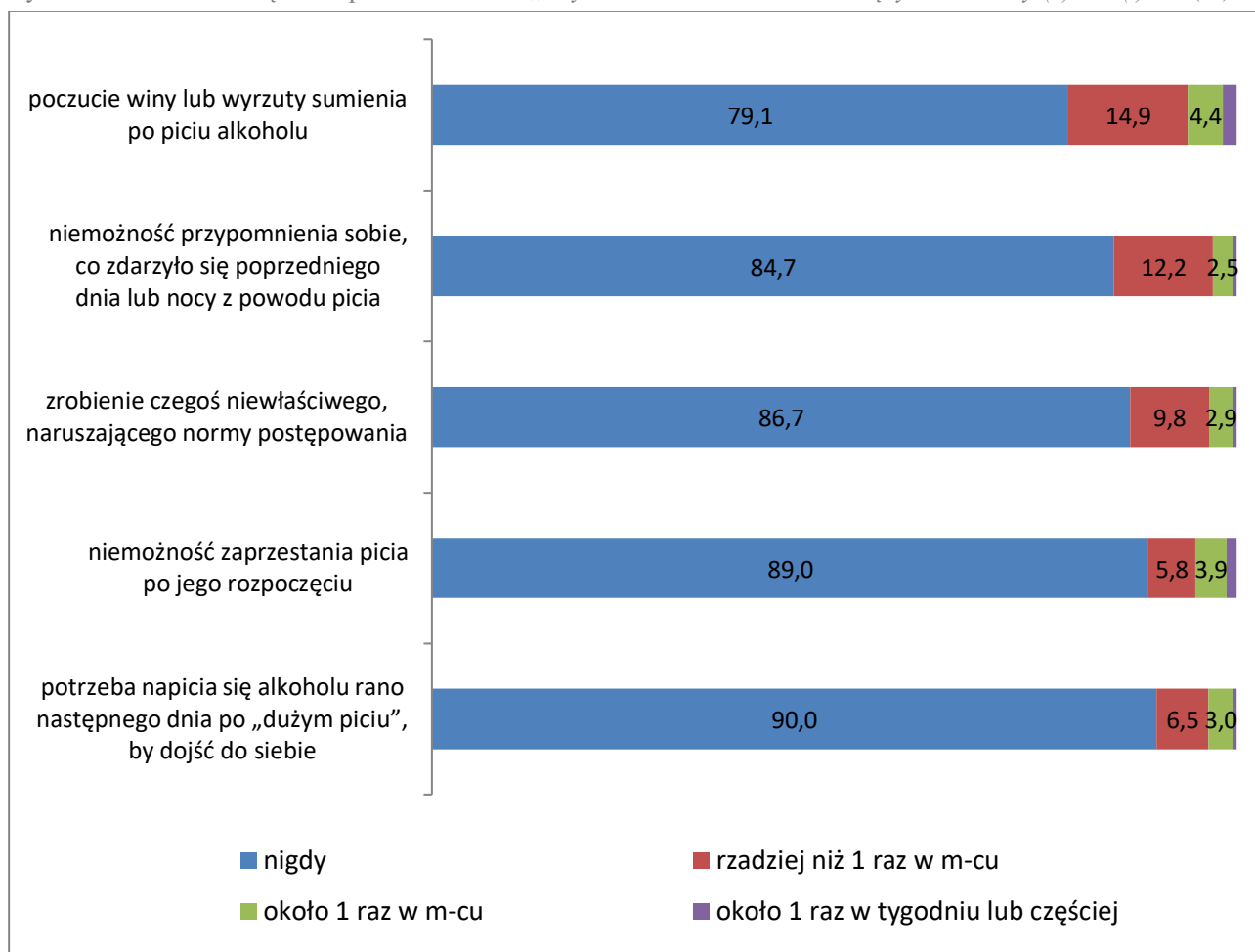
Ryc. 2.23. Spożywanie alkoholu w dużych ilościach z dużą częstotliwością na tle religijności (%)



2.8. Odczucia związane ze spożywaniem alkoholu

W każdej z sytuacji, o którą zapytani zostali badani w związku ze swoimi odczuciami dotyczącymi spożycia przez nich alkoholu, zdecydowana większość udzieliła odpowiedzi „nigdy”. Odpowiedzi wskazujące na bardzo częste epizody („codziennie lub prawie codziennie” oraz „około 1 raz w tygodniu”) pojawiały się bardzo rzadko. Znaczące ilości wskazań odnotowano w przypadku odpowiedzi ujmujących epizody w skali miesiąca lub rzadziej.

Ryc. 2.24. Odczucia związane z piciem alkoholu. „Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy doświadczył(a) Pan(i)...” (%)



Ze względu na niewielką liczbę wskazań, odpowiedzi „codziennie lub prawie codziennie” oraz „około 1 raz w tygodniu” zostały połączone pod hasłem: „częściej niż raz w miesiącu”, z kolei kategorie „około 1 raz w m-cu” oraz „rzadziej niż 1 raz w m-cu” połączono w wariant: „rzadziej niż raz w miesiącu”.

Niemożność zaprzestania picia po jego rozpoczęciu zarówno rzadziej niż raz w miesiącu, jak i częściej niż raz w miesiącu, zadeklarowali częściej mężczyźni niż kobiety (różnica 4,3 i 4,2 p.p.). W przypadku analizowanej zmiennej wiek różnicuje odpowiedzi w następujący sposób: odsetek badanych odczuwających poczucie winy częściej niż raz w miesiącu maleje wraz z wiekiem badanych – w najmłodszej grupie wynosi 7,8%, a wśród najstarszych badanych 1,6%. Niemożności zaprzestania picia doświadczył rzadziej niż raz w miesiącu co dziesiąty respondent z grupy wiekowej 18-29 (10,6%), na drugim miejscu plasują się czterdziestolatkowie (6,3%), zaś na trzecim pięćdziesięciolatkowie (5,5%).

Na pytanie „Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu zrobił(a) Pan(i) coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana(i) środowisku normy postępowania?” odpowiedzi „rzadziej niż raz w miesiącu” udzieliło 11,8% mężczyzn i 8,1% kobiet, a „częściej niż raz w miesiącu” 4,4% mężczyzn i 2,6% kobiet. W obu przypadkach odpowiedzi częściej udzielali mężczyźni. Spośród grup

wiekowych w przypadku kategorii „częściej niż raz w miesiącu”, pierwsze miejsce zajmują najmłodszy badani (18-29 lat) z wynikiem 6,1%, na drugim miejscu znaleźli się trzydziestolatkowie (4,4%). W przypadku odpowiedzi „rzadziej niż w raz miesiącu” odnotowano zależność liniową. Im starsza kategoria wiekowa tym niższy odsetek odpowiedzi, i tak w grupie 18-29 zarejestrowano wynik 21,7%, a wśród osób po 65 roku życia 3,7%.

Odpowiedzi na pytanie „Jak często w ostatnim roku potrzebował(a) Pan(i) napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym picciu”, aby móc dojść do siebie?” są różnicowane przez zmienne płci i wieku. Odpowiedzi „rzadziej niż raz w miesiącu” udzieliło 9,3% mężczyzn i 4% kobiet, a „częściej niż raz w miesiącu” 6,2% mężczyzn i 1,2% kobiet. W obu przypadkach odpowiedzi częściej udzielali mężczyźni. Spośród kategorii wiekowych w przypadku kategorii „częściej niż raz w miesiącu” pierwsze miejsce zajmują najmłodszy badani (grupa wiekowa 18-29 lat) z wynikiem 5,0%, na drugim miejscu znaleźli się respondenci z grupy wiekowej 50-64 lata (4,2%). Odpowiedzi „rzadziej niż raz w miesiącu” również najczęściej udzielali najmłodszy badani (12,8%), trzydziestolatkowie – 9,8%, a na trzecim znaleźli się badani z grupy 50-64 lata (4,2%).

Do odczuwania poczucia winy lub wyrzutów sumienia po picciu alkoholu częściej przyznają się mężczyźni: rzadziej niż raz w miesiącu 18,1%, częściej niż raz w miesiącu 7,5%. Analogiczne odsetki dla kobiet wyniosły: 12,0% oraz 4,8%. Uwzględnienie zmiennej wieku pokazuje istotne zróżnicowanie odpowiedzi w przypadku kategorii „rzadziej niż raz w miesiącu”. Zależność ta ma charakter liniowy. Wśród najmłodszych badanych odsetek odpowiedzi wyniósł 29,4%, a wśród najstarszych 6,8%. Pozostałe wskazania rozkładają się równomiernie pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi. Oprócz wieku i płci, odpowiedzi respondentów różnicuje również stan cywilny. Poczucie winy lub wyrzuty sumienia odczuwa rzadziej niż raz w miesiącu co czwarta osoba stanu wolnego (24,6%), 14,7% rozwiedzionych oraz 13,4% osób w stałych związkach. Dla odpowiedzi „częściej niż raz w miesiącu” analogiczne odsetki wyniosły: 9,1%, 5,8% oraz 5,3%.

Odpowiedzi na pytanie: „Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy z powodu picia?” różnicuje jedynie płeć badanych. Odpowiedzi wskazującej na tego typu doświadczenie rzadziej niż raz w miesiącu częściej udzielali mężczyźni (17,1%) niż kobiety (7,9%). W przypadku wariantu „częściej niż raz w miesiącu” wartości procentowe były zbliżone dla obu płci i wyniosły 3,8% - mężczyźni, 2,4% - kobiety.

2.9. Konsumpcja alkoholu a używanie substancji psychoaktywnych

Zarejestrowana w badaniu tendencja zmniejszenia się odsetka konsumujących poszczególne rodzaje alkoholu rodzi pytanie o to, czy istnieje związek pomiędzy rezygnacją ze spożywania alkoholu a spożywaniem substancji psychoaktywnych. W tym celu wykorzystano indeksy użyte w

podrozdziałach 2.4. i 2.5., wyróżniające abstynentów i konsumentów dowolnego rodzaju alkoholu oraz konsumentów wszystkich trzech rodzajów alkoholu.

Tab.2.6. Konsumpcja alkoholu a używanie substancji psychoaktywnych (%)

zażywanie substancji psychoaktywnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy	zależność istotna		niekonkluzywny wynik testu	
	brak zależności abstynenci	brak zależności konsumentów dowolnego rodzaju alkoholu	brak zależności konsumentów wszystkich trzech rodzajów alkoholu	pozostałe osoby
leki uspokajające lub nasenne	23,4	16,3	14,8	19,0
lek wydawany bez recepty, zażywany w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności	6,3	3,4	3,4	4,0
marihuana	1,6	7,7	11,7	3,8

Jak przedstawia powyższa tabela, osoby spożywające alkohol – dowolny lub każdy jego rodzaj – częściej też sięgają po marihuanę niż odpowiednio: abstynenci czy osoby nie konsumujące każdego rodzaju alkoholu. Taka statystycznie istotna zależność nie występuje między deklaracjami badanych konsumujących wszystkie rodzaje alkoholu a zażywaniem leków uspokajających lub nasennych oraz zażywaniem leków wydawanych bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności.

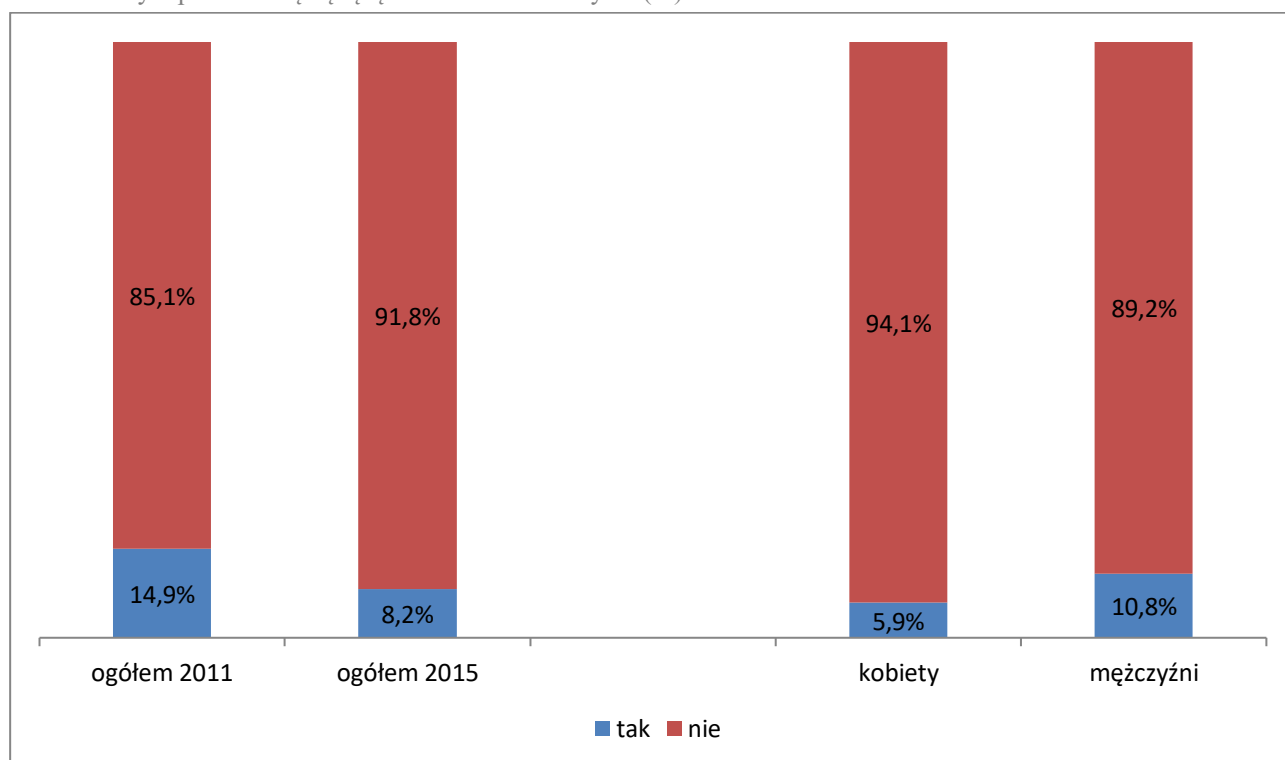
Wynik testu statystycznego związku między abstynencją/konsumpcją dowolnego rodzaju alkoholu a zażywaniem leków uspokajających lub nasennych oraz zażywaniem leków wydawanych bez recepty jest niekonkluzywny. Wartości przedstawione w tabeli należy traktować jedynie jako pogładowe.

3. Problemy i zagrożenia związane z piciem alkoholu

3.1. Prowadzenie pojazdów mechanicznych pod wpływem alkoholu

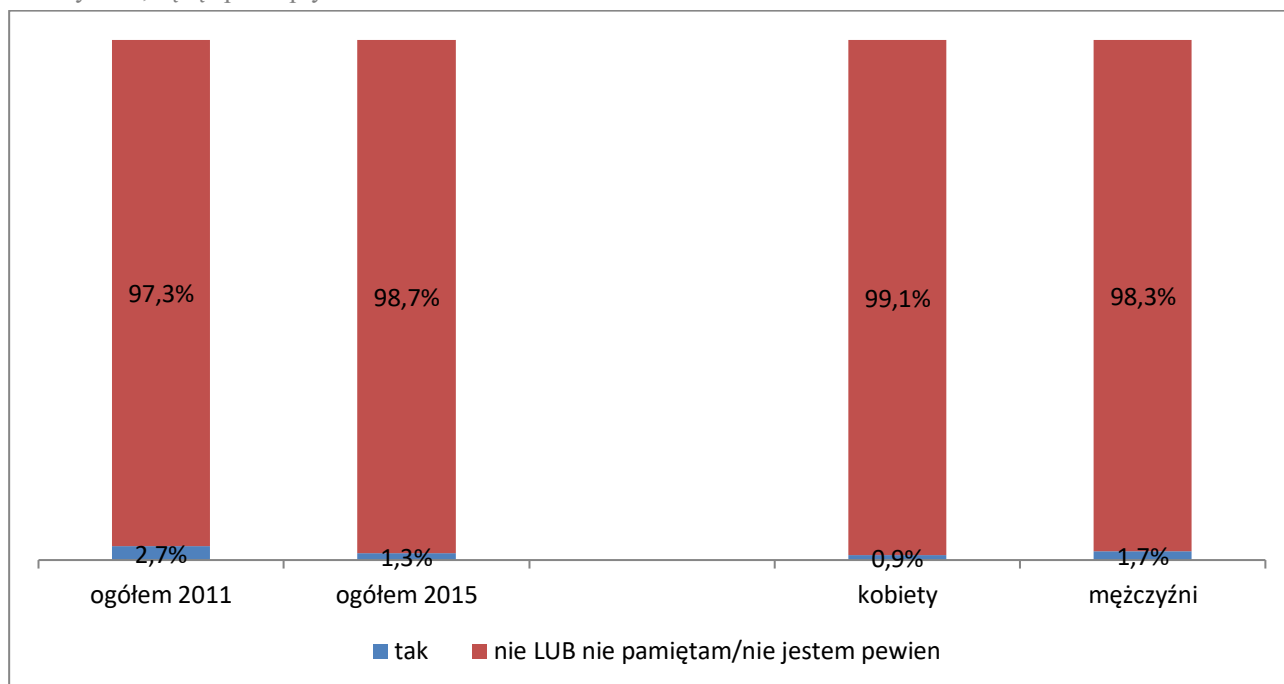
W porównaniu do 2011 roku zmniejszył się o 6,7 p.p. odsetek badanych, którzy w ciągu ostatniego roku byli świadkami kierowania pojazdem mechanicznym przez osobę, która wcześniej spożywała alkohol (8,2%). Blisko dwukrotnie częściej odpowiedzi takiej udzielali mężczyźni (10,8%) niż kobiety (5,9%). W porównaniu do 2011 roku proporcje odpowiedzi kobiet i mężczyzn nie uległy zmianie.

Ryc. 3.1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym? (%)



Wśród badanych 1,3% deklaruje, że pod wpływem alkoholu kierowało samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, z kolei 1,6% udzieliło odpowiedzi „nie pamiętam, nie jestem pewien”. Nietrzeźwi kierowcy to częściej mężczyźni (1,7%) niż kobiety (0,9%). Przynależą oni do grup wiekowej 40-49 lat (2,0%) lub 30-39 lat (1,4%).

Ryc. 3.2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem alkoholu?

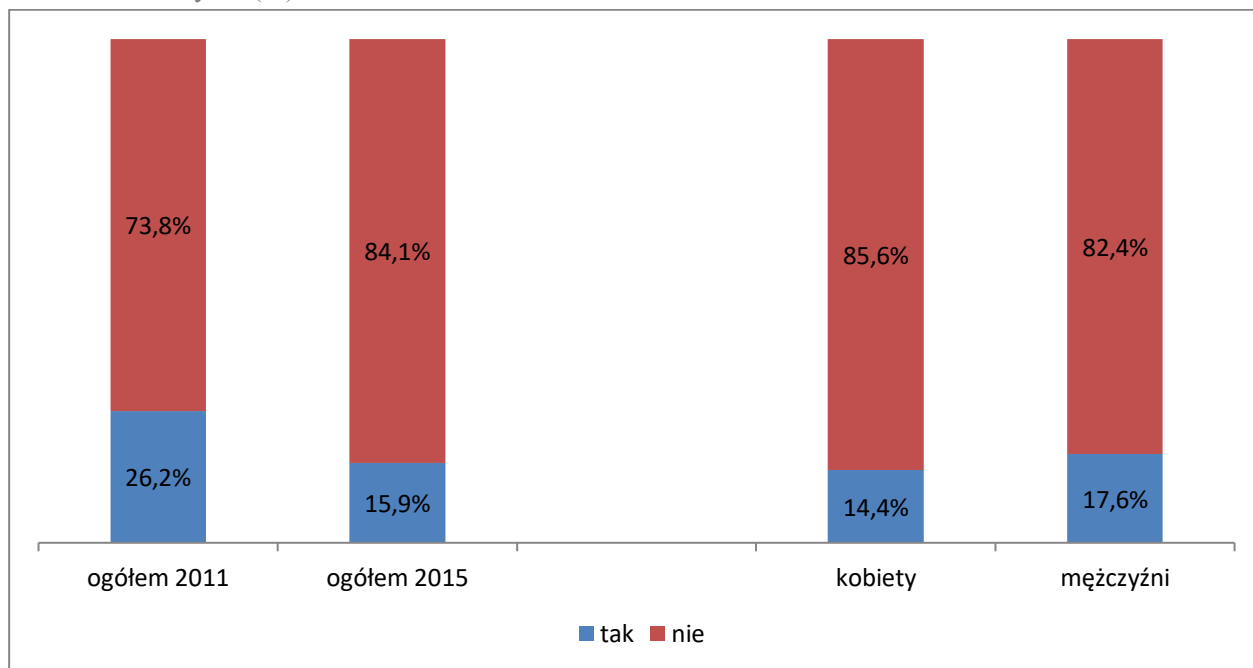


W badaniu w roku 2011 w kafeterii nie użyto wariantu „nie pamiętam, nie jestem pewien”.

3.2. Jeżdżenie rowerem pod wpływem alkoholu

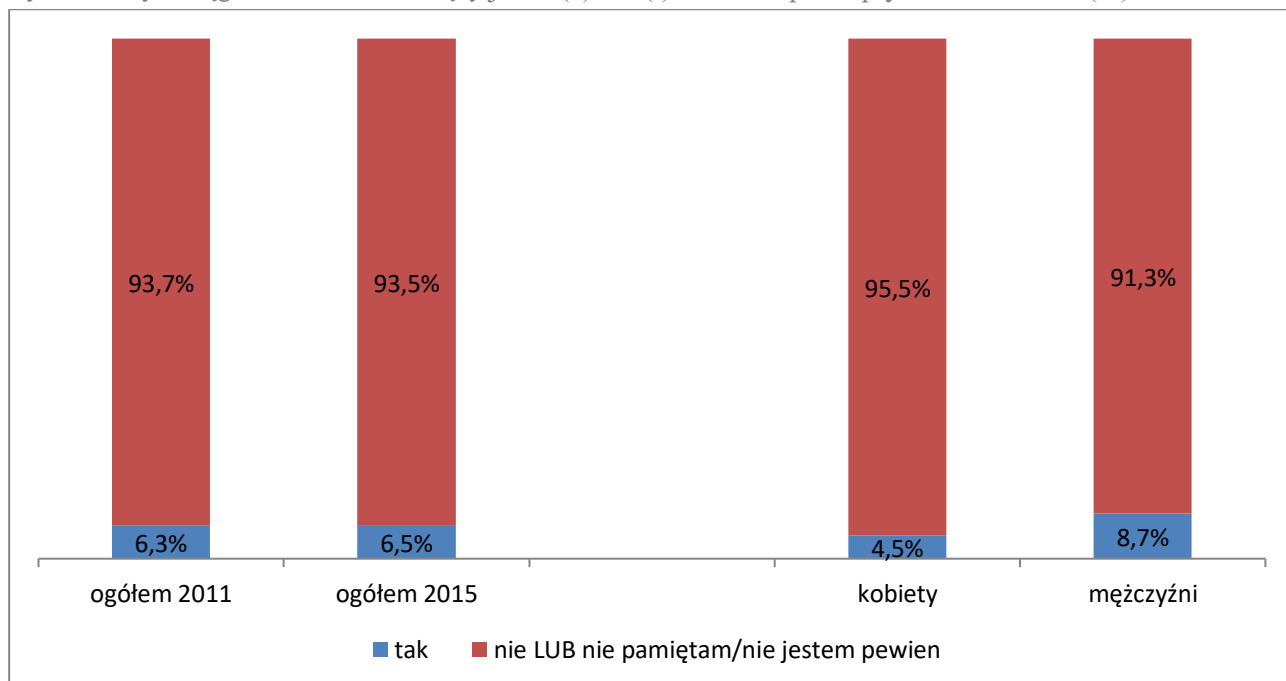
Świadkiem jeżdżenia na5. rowerze przez osobę nietrzeźwą było 15,9% badanych. W porównaniu do badania sprzed 5 lat nastąpił spadek o 10,3 p.p. Odpowiedzi twierdzącej częściej udzielali mężczyźni (17,6%) niż kobiety (14,4%). W porównaniu do wyników z 2005 roku proporcje uległy nieznacznemu wyrównaniu.

Ryc. 3.3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym? (%)



Odsetek osób, które w ciągu ostatniego roku jeździły rowerem pod wpływem alkoholu nie uległ znaczącej zmianie w porównaniu do 2011 roku i wynosi obecnie 6,5%. Odpowiedzi twierdzącej najczęściej udzielali mężczyźni (8,7%) w wieku 18-29 lat (13,7%) oraz 30-39 lat (8,7%).

Ryc. 3.4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy jechał(a) Pan(i) rowerem pod wpływem alkoholu? (%)

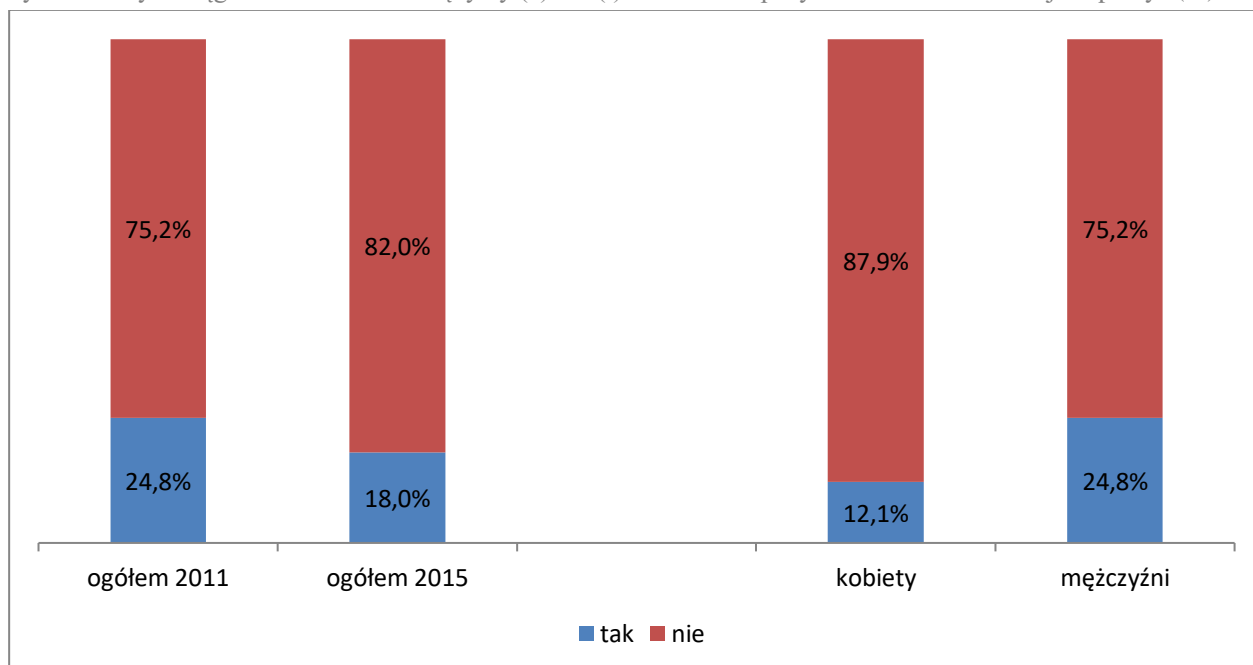


W badaniu przeprowadzonym w 2011 roku w kafeterii nie użyto wariantu „nie pamiętam, nie jestem pewien”.

3.3. Spożywanie alkoholu w miejscu pracy

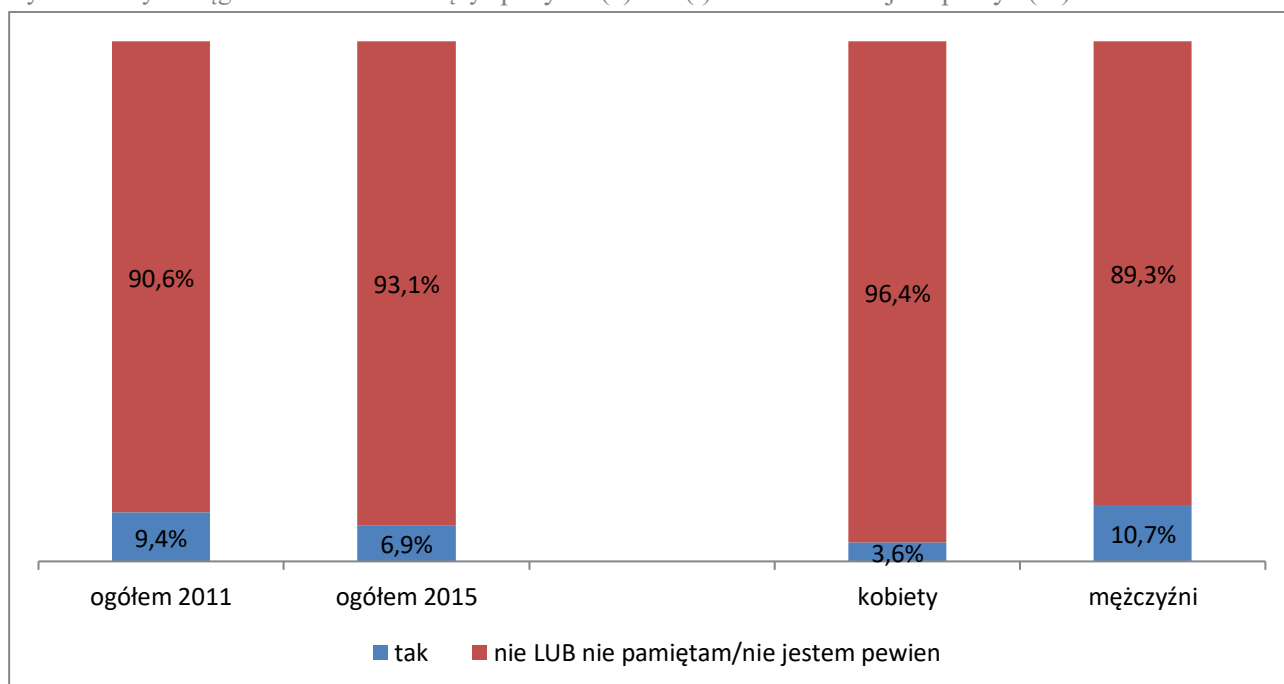
Świadcami spożywania alkoholu w miejscu pracy było 18,0% respondentów. Wynik ten jest niższy od uzyskanego w 2011 roku o 6,8 p.p. Odpowiedzi takiej dwukrotnie częściej udzielali mężczyźni (24,8%) niż kobiety (12,1%).

Ryc. 3.5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu w miejscu pracy? (%)



Do spożywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 6,9% osób, jest to wynik niższy od uzyskanego w 2011 roku o 2,5 p.p. Odpowiedzi „tak” częściej udzielali mężczyźni (10,7%) niż kobiety (3,6%). Proporcje odpowiedzi kobiet i mężczyzn nie uległy znaczącym zmianom.

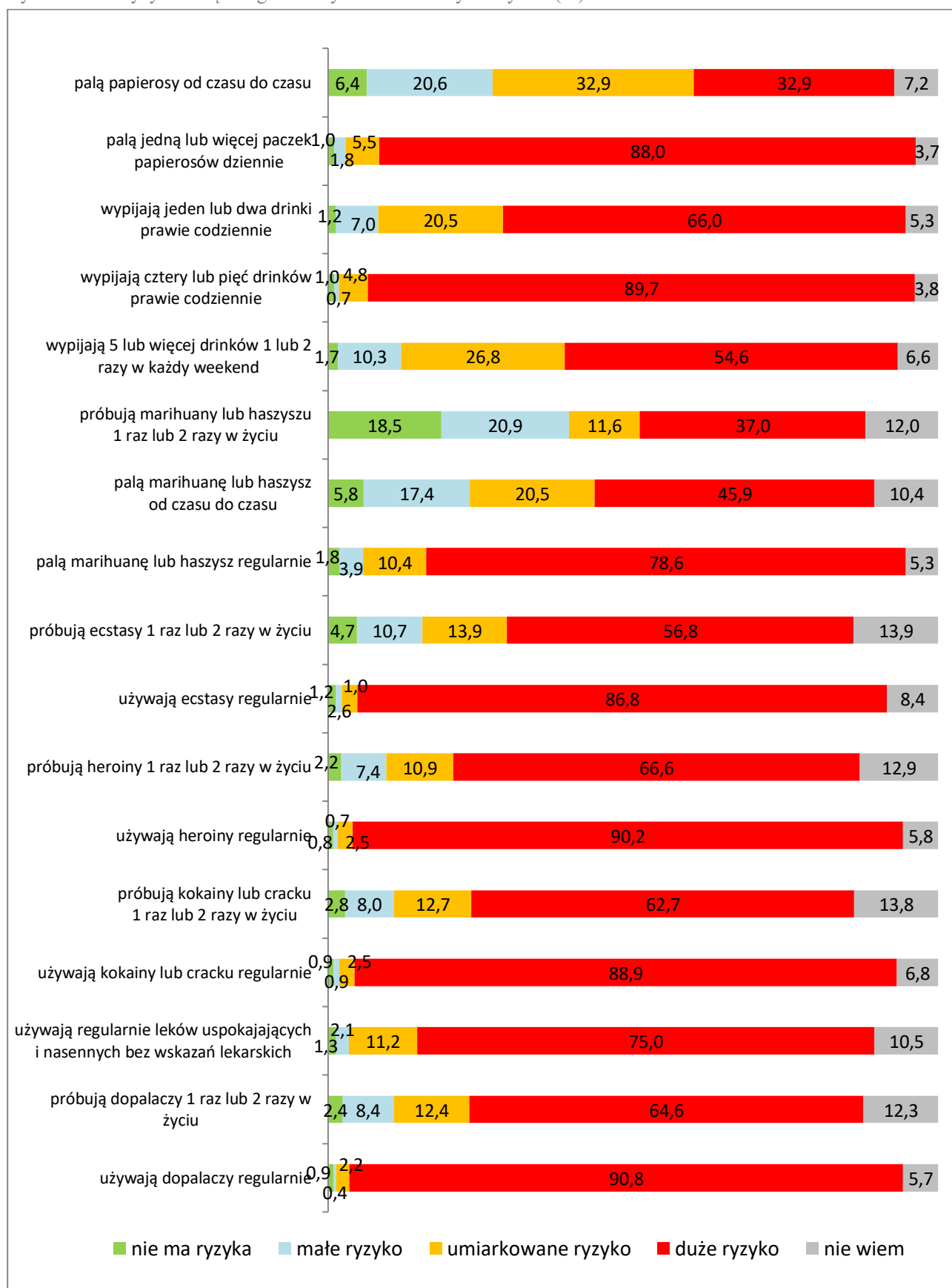
Ryc. 3.6. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy spożywał(a) Pan(i) alkohol w miejscu pracy? (%)



W badaniu w roku 2011 w kafeterii nie użyto wariantu „nie pamiętam, nie jestem pewien”.

4. Ryzyko związane z korzystaniem z używek w ocenie badanych

Ryc. 4. Ocena ryzyka związanego z korzystaniem z różnych używek (%)



W ocenie respondentów największe ryzyko (odpowiedzi „duże ryzyko” i „umiarkowane ryzyko” łącznie) wiąże się z wypijaniem czterech lub pięciu drinków prawie codziennie (94,4%), paleniem jednej lub więcej paczek papierosów dziennie (93,5%), z regularnym używaniem tzw. dopalaczy (92,9%) oraz heroiny (92,7%), regularnym zażywaniem cracku lub kokainy (91,4%).

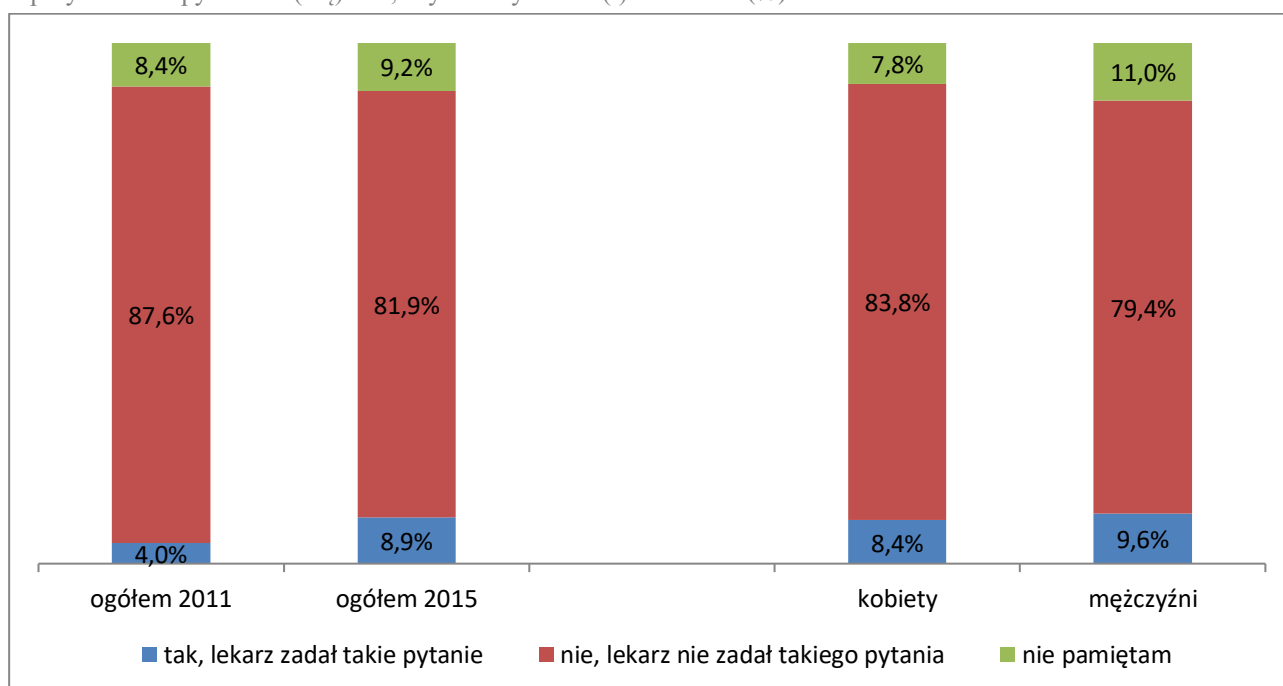
Najmniej ryzykowne w ocenie badanych, biorąc pod uwagę odpowiedzi „nie ma ryzyka”, jest próbowanie marihuany lub haszyszu 1 lub 2 razy w życiu (18,5%), palenie papierosów od czasu do czasu (6,4%), palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu (5,8%) oraz spróbowanie ecstasy 1 lub 2 razy w życiu (4,7%).

5. Picie alkoholu przez kobiety w ciąży

Do wszystkich respondentów skierowano pytanie „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu(i), że lekarz pierwszego kontaktu podczas Pana(i) wizyty w przychodni zapytał Pana(nią) o to, czy nadużywa Pan(i) alkoholu?”. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 8,9% badanych. W porównaniu do wyników z 2011 roku wskaźnik ten wzrósł o 4,9 p.p., czyli o ponad połowę. Uzyskany wynik jest zbliżony do uzyskanego w roku 2005, kiedy wynosił on 7,6%.

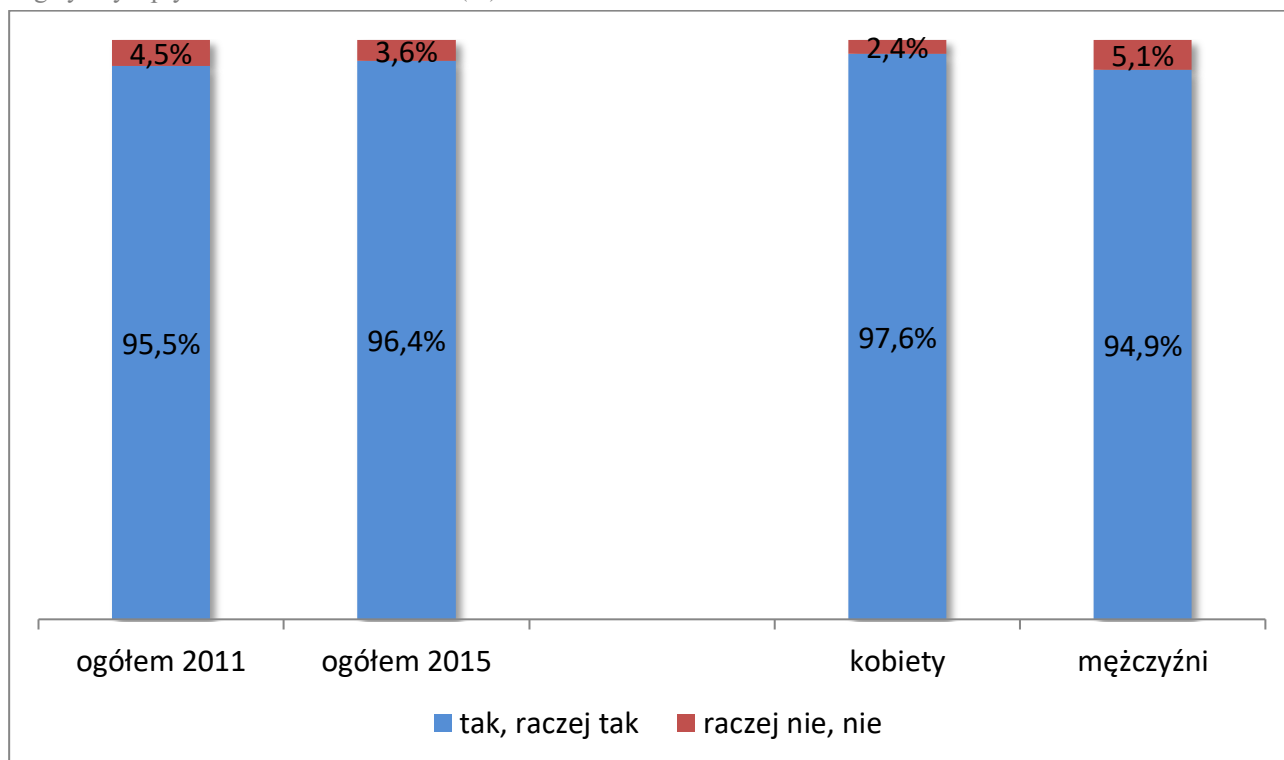
Na tle zmiennych socjodemograficznych widać, że takie pytanie w równym stopniu było zadawane przez lekarzy mężczyznom (9,6%), jak i kobietom (8,4%). Jest to zmiana w porównaniu z poprzednią edycją badania, kiedy to różnice w odpowiedziach sięgały połowy. Odpowiedzi twierdzącej najczęściej udzielali badani w wieku 40-49 lat (21,8%), najrzadziej zaś osoby po 65 roku życia (6,8%). Z takim pytaniem częściej zetknęły się osoby z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym (obie grupy po 19%).

Ryc.5.1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu(i), że lekarz pierwszego kontaktu podczas Pana(i) wizyty w przychodni zapytał Pana(nią) o to, czy nadużywa Pan(i) alkoholu? (%)



Wszyscy badani zostali zapytani o to, czy według nich picie nawet niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci. Zdecydowana większość, bo aż 96,4% (odpowiedzi „tak” i „raczej tak” łącznie) uważa, że picie alkoholu w tym okresie może być szkodliwe. Przeciwnego zdania jest zaledwie 3,6% respondentów. Proporcje odpowiedzi z uwzględnieniem płci badanych nie uległy zmianie w porównaniu do poprzedniej edycji badania.

Ryc. 5.2. Jak Pan(i) sądzi, czy picie alkoholu nawet w niewielkich ilościach przez kobiety ciężarne może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci? (%)

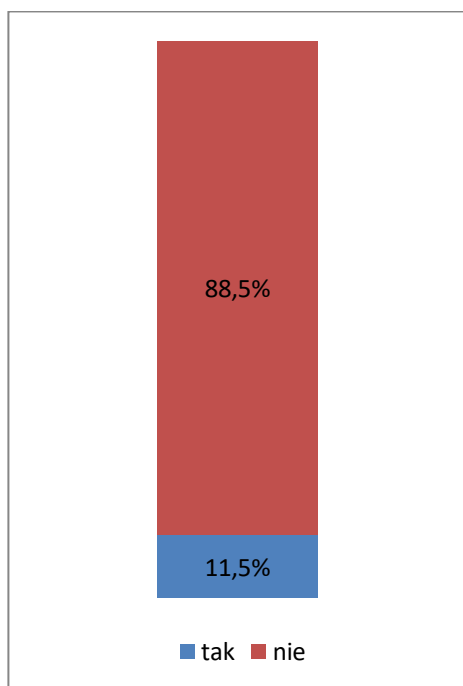


Podstawa procentowania na obu wykresach: wszyscy respondenci.

Spośród 11,5% badanych kobiet, które w ciągu ostatnich 4 lat były w ciąży, 13,6% zadeklarowało, że zdarzyło im się pić podczas ciąży jakiś napój alkoholowy. Zdecydowana większość (81,4%) nie piła alkoholu podczas ciąży. W porównaniu do wyników z roku 2011 zauważalny jest wzrost odpowiedzi wskazujących na spożywanie alkoholu podczas ciąży, wskaźnik ten wzrósł z poziomu 5,8% do 13,6%, czyli o 7,8 p.p. Uzyskany obecnie wynik nie jest jednak najwyższym w historii badań wzorców konsumpcji alkoholu wśród gdańszczan. W 2005 roku wskaźnik ten wyniósł 19,6%.

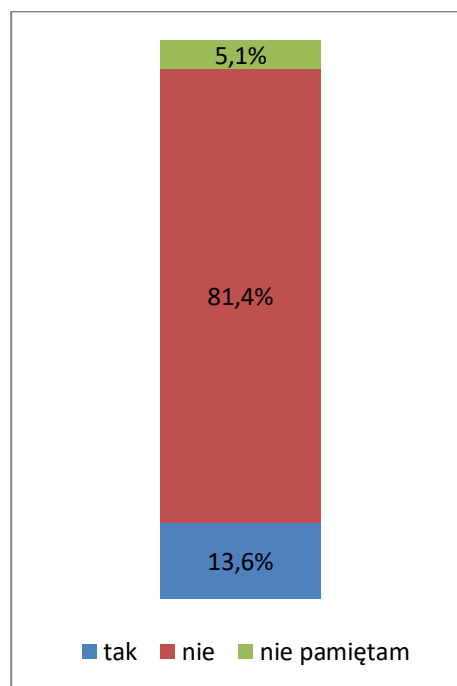
Kobiety, które spożywały alkohol w czasie ciąży (ich liczba w całej próbie wyniosła 55), w większości nie przekroczyły 40 roku życia, miały wykształcenie wyższe lub wyższe niepełne, były w stałym związku, miały już 1 lub 2 dzieci, dochód w wysokości 5001-1000 zł lub 2001-3000 zł, zatrudnione, oceniały atmosferę w swoim domu jako dobrą lub bardzo dobrą, podobnie w przypadku oceny własnego życia, oraz były osobami wierzącymi.

Ryc. 5.3. Czy w ciągu ostatnich 4 lat była Pani w ciąży? (%)



Podstawa procentowania: tylko kobiety.

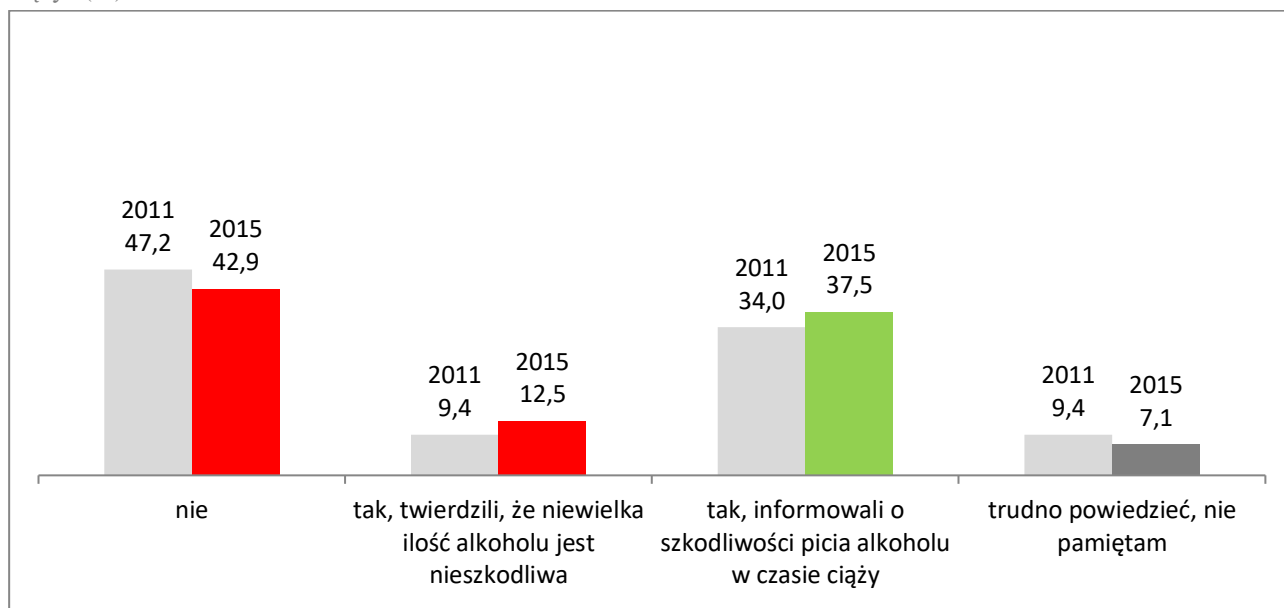
Ryc. 5.4. Czy podczas ciąży piła Pani alkohol? (%)



Podstawa procentowania: kobiety, które na przestrzeni ostatnich 4 lat były w ciąży (n = 59).

W porównaniu do wyników uzyskanych w 2011 roku, odpowiedzi na pytanie o podejmowaniu przez pracowników służby zdrowia rozmowy na temat szkodliwości spożywania alkoholu podczas ciąży, nie uległy znaczącym zmianom. Uwagę zwraca nieznaczny wzrost odpowiedzi, wskazujących na nieszkodliwość spożywania niewielkich ilości alkoholu (różnica 3,1 p.p.). Wzrósł też o 3,5 p.p. odsetek odpowiedzi „tak, informowali mnie o szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży”.

Ryc. 5.5. Czy podczas wizyty u lekarza położna lub lekarz rozmawiali z Panią na temat spożywania alkoholu podczas ciąży? (%)



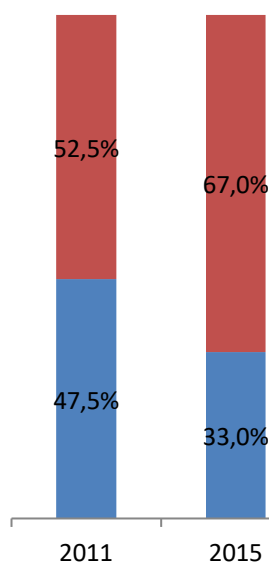
Podstawa procentowania: tylko kobiety, które w ciąży ostatnich lat były w ciąży.

6. Alkohol a młodzież

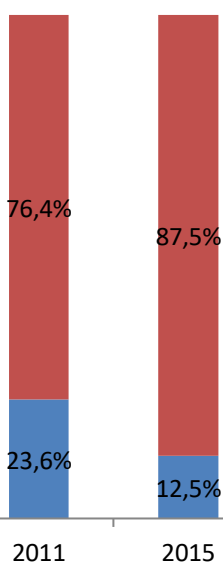
6.1. Spożywanie i kupowanie alkoholu przez nieletnich

Jedna trzecia badanych (33,0%) była świadkami spożywania alkoholu przez nieletnich. Wskaźnik ten spadł w porównaniu do roku 2011, kiedy to wyniósł 47,5% (różnica 14,5 p.p.). Warto wspomnieć, że odsetek ten systematycznie maleje od 2005 roku, kiedy wynosił 68,6%. Zmiana ta pozostaje w związku z wiekiem badanych. Najwyższe odsetki odpowiedzi zarejestrowano najczęściej wśród badanych mężczyzn (36,4%, u kobiet – 30,0%) w wieku 18-29 lat (49,7%) oraz 30-39 lat (32,4%), wśród osób stanu wolnego (47,1%).

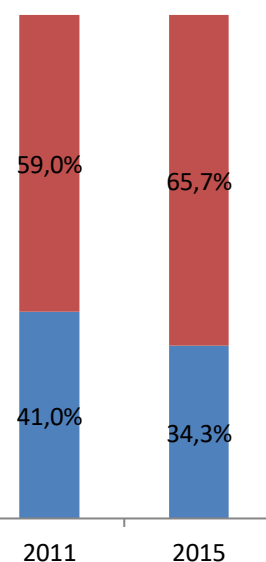
Ryc. 6.1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu przez nieletnich? (%)



Ryc. 6.2. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widział(a) Pan(i) jak sprzedawano nieletnim alkohol? (%)



Ryc. 6.3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy widział(a) Pan(i), jak osoba wyglądająca na nieletnią próbowała kupić alkohol i została wylegitymowana przez sprzedawcę lub kogoś innego? (%)

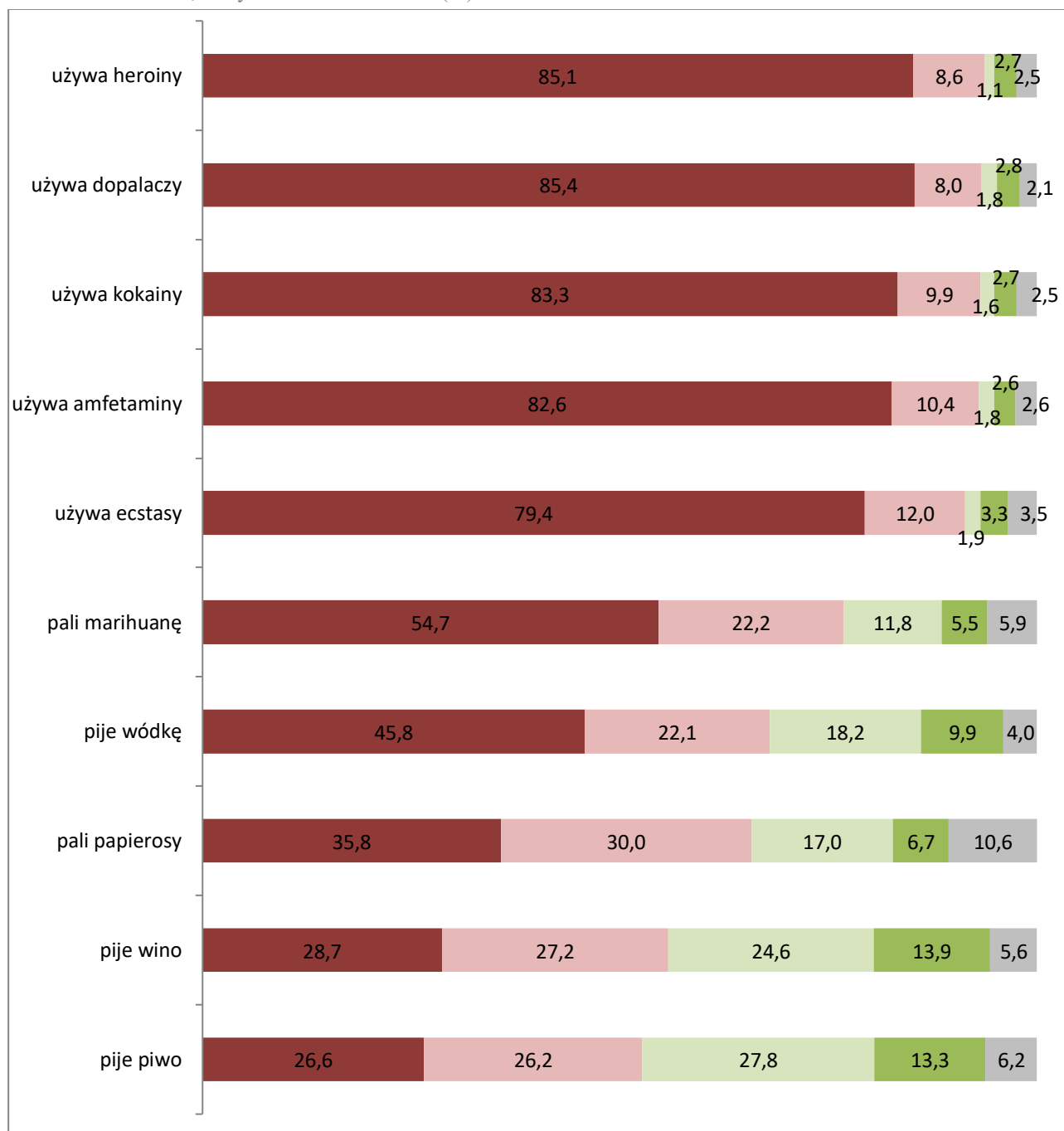


■ tak ■ nie

Co ósmy badany (12,5%) przyznał, iż w ciągu ostatniego roku widział, jak sprzedawano nieletnim alkohol. Wskaźnik ten spadł o blisko połowę w porównaniu do 2011 roku i jednocześnie jest najniższy w historii badań wzorców konsumpcji alkoholu. W 2005 roku wynosił 18,4%. Deklaracji takiej najczęściej udzielali badani z grupy wiekowej 18-29 lat (20,2%), uczniowie i studenci (22,0%). W ciągu ostatniego roku sytuację wylegitymowania osoby wyglądającej na nieletnią podczas próby kupienia alkoholu widziało 34,3% badanych.

6.3. Opinie dotyczące młodzieży korzystającej z używek

Ryc. 6.4. Opinie respondentów na temat młodzieży korzystającej z używek. Jak Pana(i) zdaniem należałoby ocenić zachowanie 18-latków, którzy od czasu do czasu...



■ zdecydowanie potępiam ■ raczej potępiam ■ raczej nie potępiam ■ zdecydowanie nie potępiam ■ trudno powiedzieć

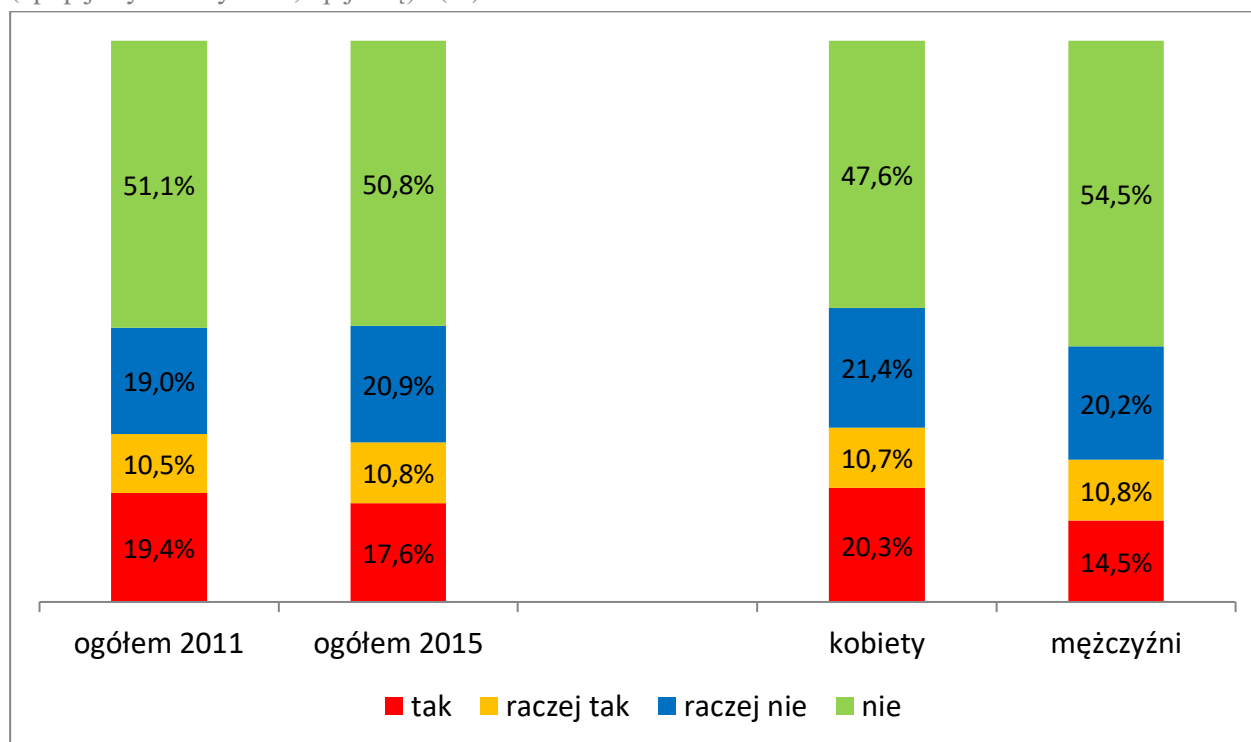
Respondenci zostali poproszeni o wyrażenie swojej opinii na temat młodych osób, które od czasu do czasu korzystają z różnych używek. Z największym potępieniem spotkałyby się młode osoby, które używają heroiny, dopalaczy, kokainy oraz amfetaminy. Z kolei z największym pobłażaniem spotkaliby się ci 18-latkowie, którzy od czasu do czasu piją piwo, wino, sięgają po papierosy czy nawet po wódkę.

7. Problemy i patologie w środowisku społecznym

7.1. Nadmierne spożywanie alkoholu przez kogoś w otoczeniu

Spośród wszystkich badanych 28,4% wskazało, iż w najbliższej rodzinie ma osobę, która spożywa zbyt dużo alkoholu – pije systematycznie, upija się. Wskaźnik ten uległ nieznacznemu zmniejszeniu w porównaniu do wyniku z 2011 roku, kiedy wyniósł 29,9%.

Ryc. 7.1. Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)? (%)



Deklaracji takiej częściej udzielały kobiety (31,0%), aniżeli mężczyźni (25,3%). Proporcje te nie uległy zmianie w porównaniu do poprzednich badań. Odsetek odpowiedzi twierdzących jest najwyższy w grupach wiekowych do 49 roku życia, wśród osób które oceniają atmosferę w swoim domu jako czasem dobrą, a czasem złą (44,8%) oraz wśród badanych niewierzących i niepraktykujących (47,8%).

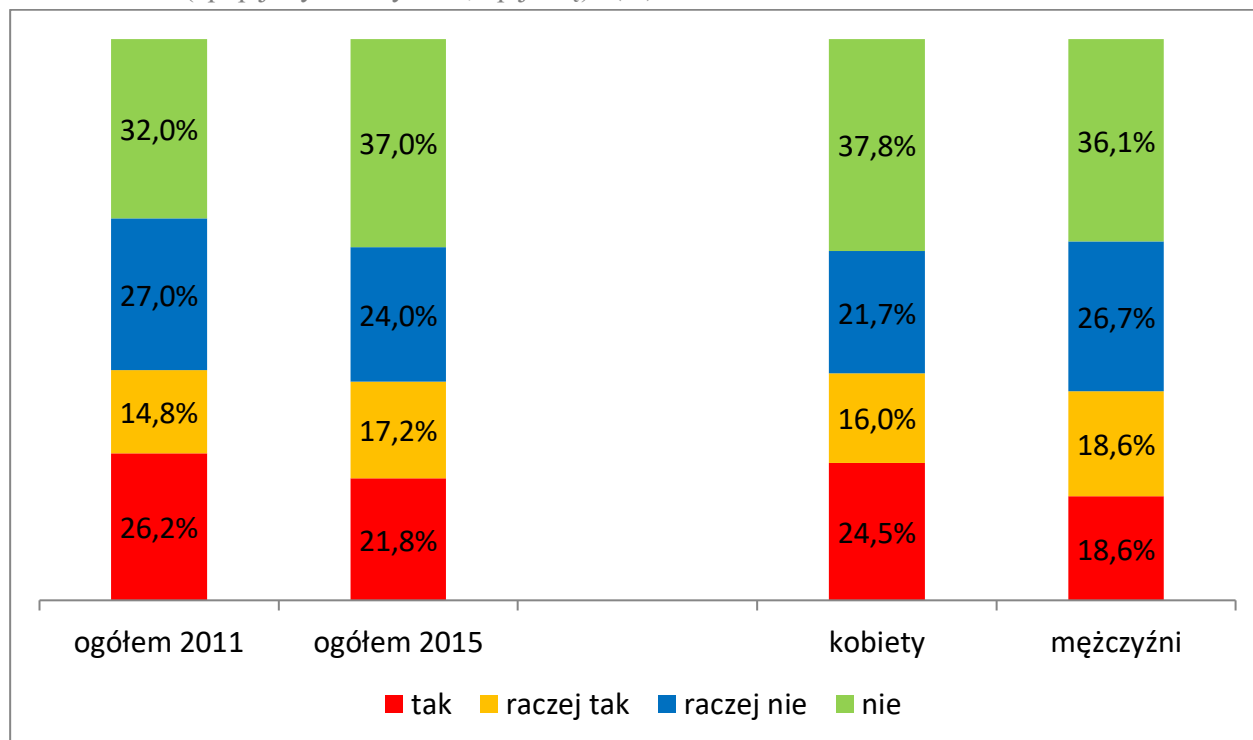
Czynniki, które nie różnicują odpowiedzi badanych to: płeć, wykształcenie, dochód, stanowisko zajmowane w miejscu pracy, stan cywilny, fakt posiadania dzieci oraz ich liczba w gospodarstwie domowym, poczucie zadowolenia z życia.

Tab. 2.6. Obecność w najbliższej rodzinie respondenta osoby spożywającej zbyt dużo alkoholu na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	tak, raczej tak wynik z roku 2011	tak, raczej tak	nie, raczej nie
wiek			
18-29	34,9	36,1	63,9
30-39	35,2	34,0	66,0
40-49	34,8	36,1	63,9
50-64	23,3	21,8	78,2
65 i więcej	20,7	18,4	81,6
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b.d.	26,1	73,9
czasem dobra, czasem zła	b.d.	44,8	55,2
raczej zła i bardzo zła	b.d.	14,3	85,7
religijność			
wierzącą i praktykującą	b.d.	22,2	77,8
wierzącą i niepraktykującą	b.d.	31,0	69,0
niewierzącą, ale przywiązaną do niektórych praktyk religijnych	b.d.	38,3	61,7
niewierzącą i niepraktykującą	b.d.	47,8	52,2
trudno powiedzieć	b.d.	21,9	78,1

Wśród badanych 39,0% wskazało, iż wśród najbliższych znajomych jest osoba nadużywająca alkoholu. Wskaźnik ten uległ nieznacznemu zmniejszeniu w porównaniu do wyniku z 2011 roku, kiedy wyniósł 41%.

Ryc. 7.2. Czy wśród Pana(i) najbliższych znajomych, przyjaciół jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)? (%)



Deklaracji takiej częściej udzielały osoby młode, najczęściej w przedziale 18-29 lat (50,3%) oraz 30-39 lat (45,7%), stanu wolnego (48,3%), piastujące stanowisko szeregowo (45,2%) lub samodzielne (41,2%), oceniające atmosferę w domu jako czasem dobrą, a czasem złą (52,0%), umiarkowanie zadowolone ze swojego życia (51,7%) oraz niewierzące i niepraktykujące (50,7%).

Czynniki, które nie różnicują odpowiedzi badanych to: płeć, wykształcenie, dochód, sytuacja zawodowa, fakt posiadania dzieci oraz ich liczba w gospodarstwie domowym.

Tab. 7. Obecność wśród najbliższych znajomych i przyjaciół respondenta osoby spożywającej zbyt dużo alkoholu na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	tak, raczej tak wynik z roku 2011	tak, raczej tak	nie, raczej nie
wiek			
18-29	56,4	50,3	49,7
30-39	42,0	45,7	54,3
40-49	48,5	32	68
50-64	30,6	40,4	59,6
65 i więcej	22,3	25,2	74,8

C.d. tab. 7. Obecność wśród najbliższych znajomych i przyjaciół respondenta osoby spożywającej zbyt dużo alkoholu na tle zmiennych socjodemograficznych (%)

	tak, raczej tak wynik z roku 2011	tak, raczej tak	nie, raczej nie
piastowane stanowisko			
szeregowie	b.d.	45,2	54,8
kierownicze	b.d.	26,6	73,4
samodzielne	b.d.	41,2	58,8
stan cywilny			
kawaler, panna, singiel(ka)	51,7	48,3	51,7
żonaty, zamężna, w stałym związku	37,4	36,2	63,8
rozwidziony, rozwiedziona	48,4	39,7	60,3
wdowiec, wdowa	20,3	33,7	66,3
atmosfera w domu			
bardzo dobra i dobra	b.d.	36,7	63,3
czasem dobra, czasem zła	b.d.	52	48
raczej zła i bardzo zła	b.d.	35,4	64,6
zadowolenie z życia			
zadowoleni	38,4	34,6	65,4
czasem tak, czasem nie	45,5	51,7	48,3
niezadowoleni	56,4	39,2	60,8
religijność			
wierzącą i praktykującą	b.d.	29,8	70,2
wierzącą i niepraktykującą	b.d.	46,4	53,6
niewierzącą, ale przywiązaną do niektórych praktyk religijnych	b.d.	48,8	51,2
niewierzącą i niepraktykującą	b.d.	50,7	49,3
trudno powiedzieć	b.d.	33,8	66,2

7.2. Pomoc osobom uzależnionym – identyfikowane formy wsparcia

Do wszystkich badanych skierowano pytanie otwarte o charakterze projekcyjnym „Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?”. Jego użycie umożliwiło zarejestrowanie form wsparcia oraz ich zakresów, jakie identyfikują respondenci. Zabieg ten pozwolił też na zagospodarowanie zagadnienia znajomości miejskiej oferty pomocowej. W badaniu z roku 2011, kiedy o instytucje pomocowe zapytano wprost (udzielono łącznie 344 odpowiedzi), badani wskazywali głównie instytucje takie, jak: Stowarzyszenie MONAR, Anonimowi Alkoholicy, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień, Centrum Profilaktyki Uzależnień oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.

W bieżącej edycji badania, przy zastosowaniu projekcyjnego modelu pytania liczba odpowiedzi podwoiła się i wyniosła 693. Badani udzielali różnych odpowiedzi, wśród których pojawiały się również – co należy podkreślić – samorzutnie wskazywane nazwy instytucji. Wśród nich pojawiły się następujące:

- Anonimowi Alkoholicy – 37,5%
- Stowarzyszenie MONAR – 1,0%
- Centrum Leczenia Uzależnień – 0,9%
- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień – 0,9%
- Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień – 0,6%
- Centrum Interwencji Kryzysowej – 0,1%
- Miejska Komisja ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – 0,1%

Na uzyskane wyniki poszczególnych instytucji należy patrzeć przez pryzmat formy pytania „nie wprost”. Pomiar tego rodzaju znacząco wyostrza uzyskane wyniki, odnosi się bowiem do faktycznego toku myślenia badanych postawionych w hipotetycznej sytuacji.

Dane zebrane w pytaniu otwartym zostały – obok identyfikowania instytucji pomocowych – pokategoryzowane tak, aby ujawnić sposób działania respondentów w takiej szczególnej sytuacji – „co zrobiliby...?”. Kompletnie zestawienie przedstawia tabela 8.

Tab. 8. Działania, które podjęliby badani, gdyby okazało się, że ktoś z bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami (%)

sposób działania	%
wysłałbym na leczenie (ogólnie), terapię, pomoc u specjalistów, odwyk, przychodnia odwykowa, terapia odwykowa w przychodni	42,0
porozmawiałbym, opowiedziałbym o negatywnych skutkach używek	15,9
nie wiem, to zależy	15,4
nic, każdy jest odpowiedzialny za siebie, to i tak nic nie da	6,1
nakłaniałbym do zgłoszenia się AA, do grupy wsparcia	5,8
próbowałbym pomóc (ogólnie), walczyć	5,6

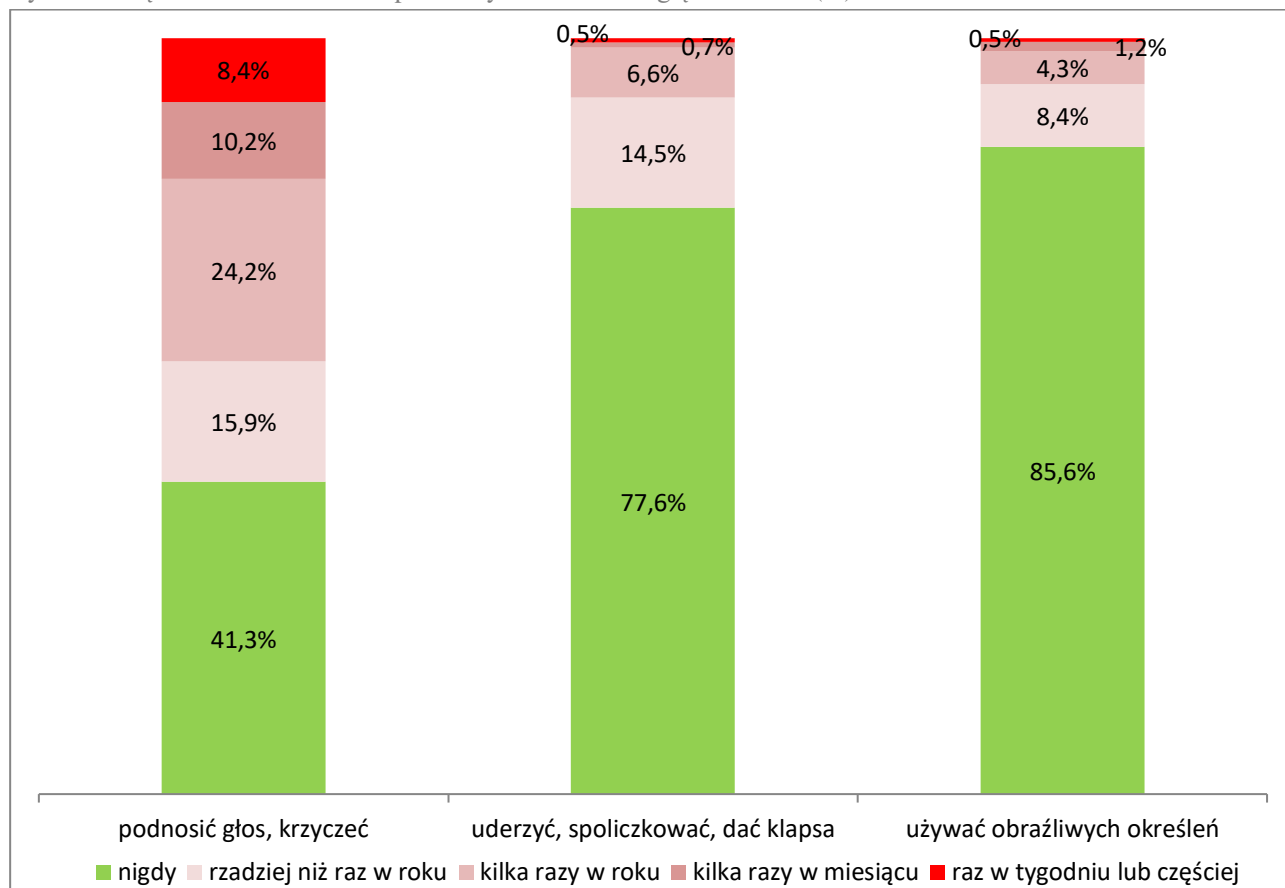
C.d. tab. 8. Działania, które podjęliby badani, gdyby okazało się, że ktoś z bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami (%)

sposób działania	%
szukanie pomocy u psychologa	3,8
powiadomiłbym rodzinę tej osoby	1,7
zadzwoiłbym do poradni po informacje, spotkałbym się ze specjalistą	1,4
szukałbym pomocy w MONARze	1,0
Centrum Leczenia Uzależnień, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień	0,9
namawiałbym, żeby zainteresowany podjął walkę (sam)	0,9
unikałbym takiej osoby, zerwałbym kontakty	0,9
skłaniałbym do zmiany pracy, środowiska	0,7
skierowałbym do Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień	0,6
nic, bo w przeszłości nie uzyskałem wsparcia, nic to nie dało	0,6
wskazania poniżej 0,1%	
Centrum Interwencji Kryzysowej, telefon zaufania, wniosek do Miejskiej Komisji ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, oddział leczenia uzależnień w szpitalu	

7.3. Postawy wobec najbliższych – dzieci, partnerów, osób starszych

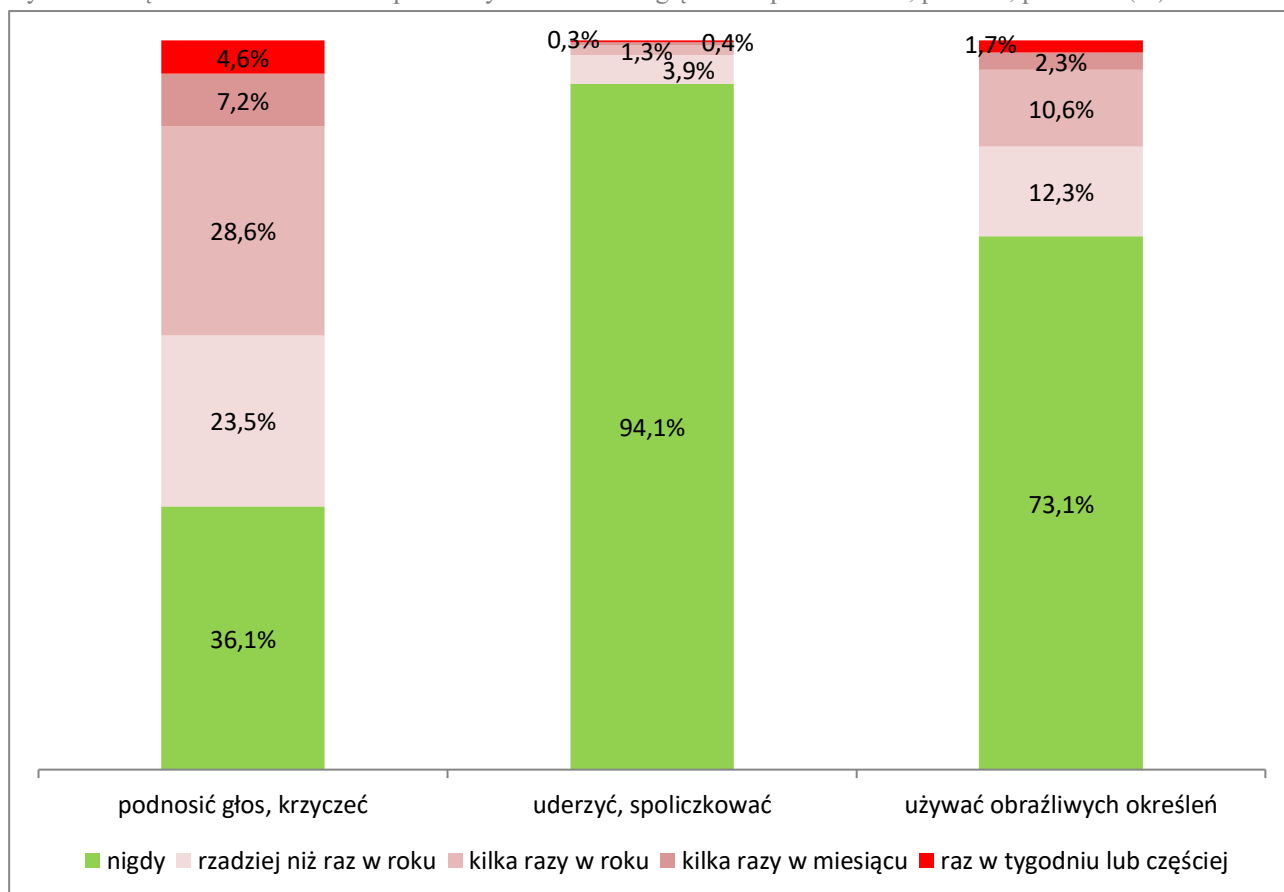
Badani częściej podnoszą głos, krzyczą na swoje dzieci, niż uderzają je czy policzkują albo dają klapsy, jeszcze rzadziej używają obraźliwych określeń. W porównaniu do wyników uzyskanych w 2011 roku zmniejszył się odsetek badanych, którzy podnoszą głos lub krzyczą na dzieci (różnica 9,1%), używają wobec dzieci obraźliwych określeń (różnica ogółem 4,0 p.p.), podobnie dzieje się w przypadku przemocy fizycznej (różnica 2,2 p.p.).

Ryc. 7.4. Częstotliwość stosowania przemocy w rodzinie względem dzieci (%)



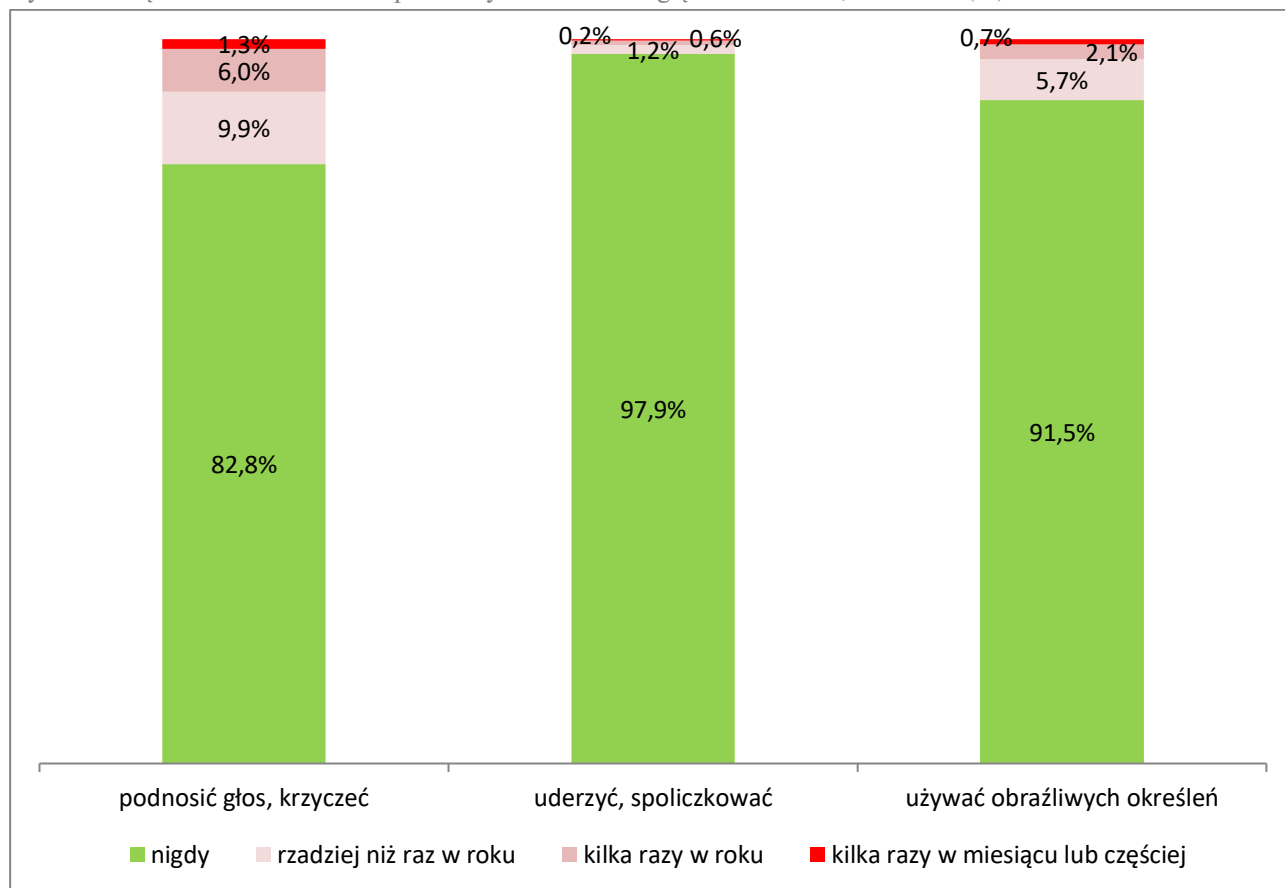
Zapytani o stosowanie przemocy wobec partnera lub partnerki, zadeklarowali iż częściej podnoszą głos, krzyczą niż używają obraźliwych określeń czy przemocy fizycznej. Poprawie uległa sytuacja w odniesieniu do stosowania przemocy w rodzinie. Odsetki odpowiedzi „nigdy” wzrosły w przypadku podnoszenia głosu (o 6,9 p.p.) oraz używania obraźliwych określeń (o 3,6 p.p.). Natomiast odsetek ten nie zmienił się w przypadku przemocy fizycznej (różnica 0,2 p.p.).

Ryc. 7.5. Częstotliwość stosowania przemocy w rodzinie względem współmałżonka, partnera, partnerki (%)



Nieznacznej zmianie uległa sytuacja w zakresie stosowania przemocy w rodzinie względem rodziców, dziadków. Odsetki odpowiedzi „nigdy” wzrosły w przypadku podnoszenia głosu (o 10,9 p.p.). Odsetek ten nie zmienił się w przypadku używania obraźliwych określeń (różnica 0,7 p.p.) oraz przemocy fizycznej (różnica 0,2 p.p.).

Ryc. 7.6. Częstotliwość stosowania przemocy w rodzinie względem rodziców, dziadków (%)



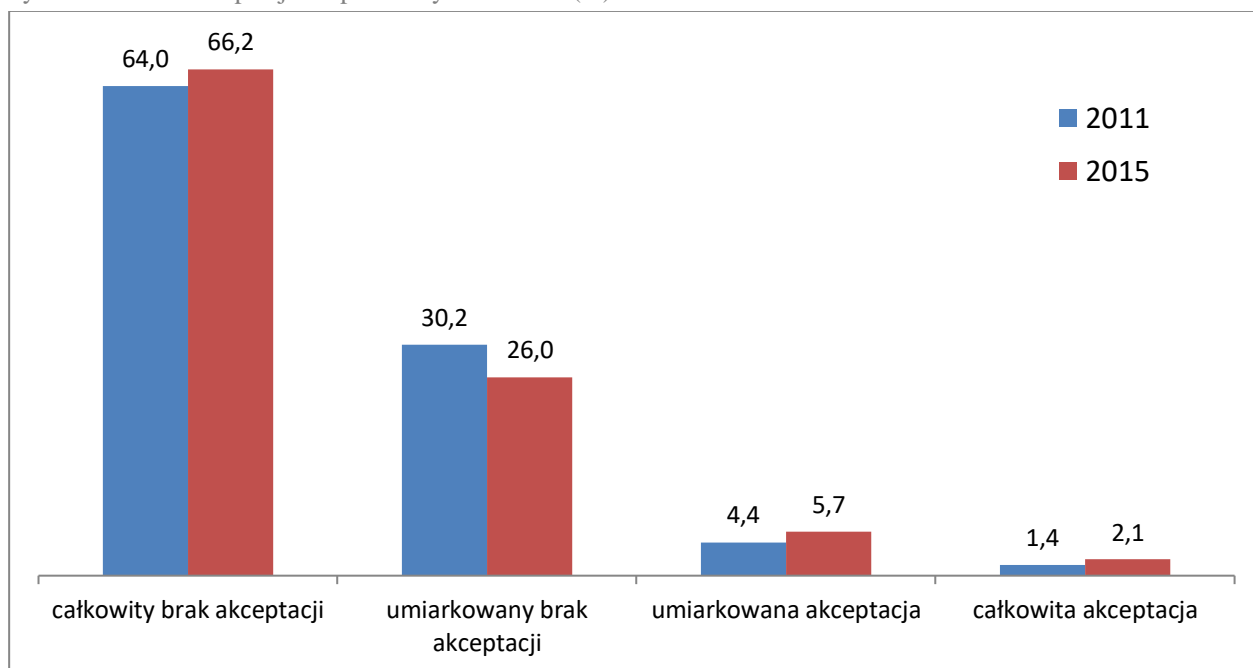
7.3. Postawy wobec przemocy

Badanych poproszono o ustosunkowanie się do kilku twierdzeń wyrażających stosunek do stosowania przemocy w rodzinie. Odpowiedzi badanych pozwoliły stworzyć indeks akceptacji dla przemocy w rodzinie.

Twierdzenia użyte do konstrukcji indeksu (współczynnik alfa-Cronbacha 0,77):

- Istnieją okoliczności, które usprawiedliwiają przemoc w rodzinie.
- Bite kobiety są współodpowiedzialne za przemoc w rodzinie.
- Lepiej się nie wtrącać, bo można jeszcze bardziej zaszkodzić osobie pokrzywdzonej.
- Lepiej się nie wtrącać, bo można potem samemu mieć kłopoty.

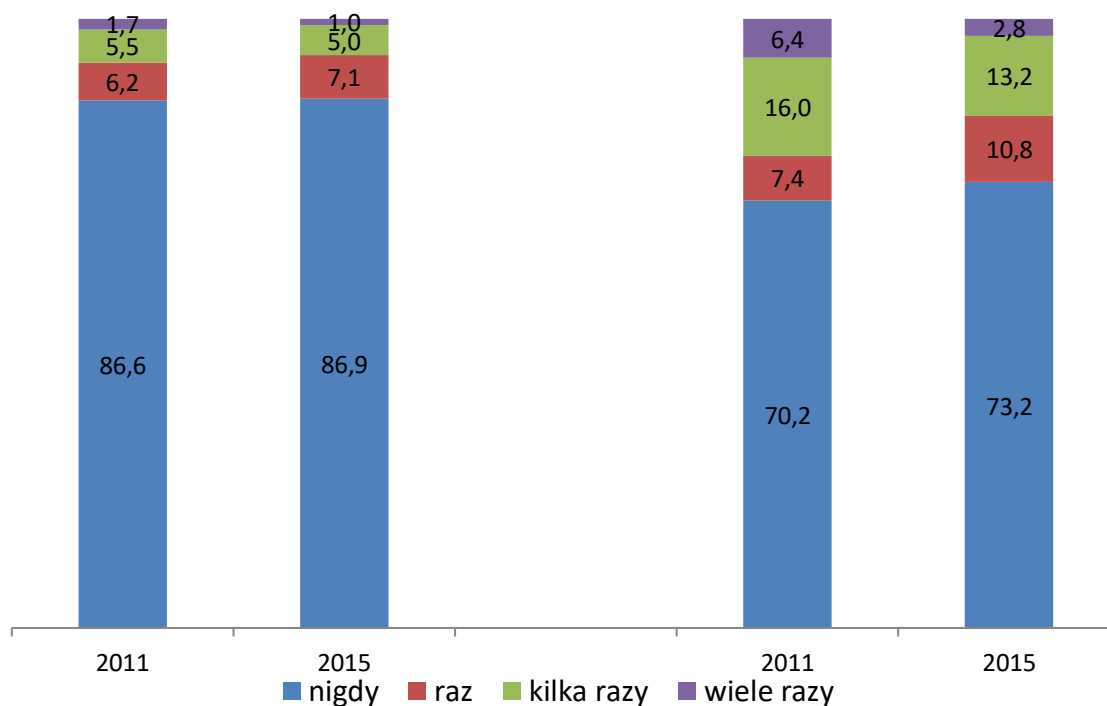
Ryc. 7.7. Indeks akceptacji dla przemocy w rodzinie (%)



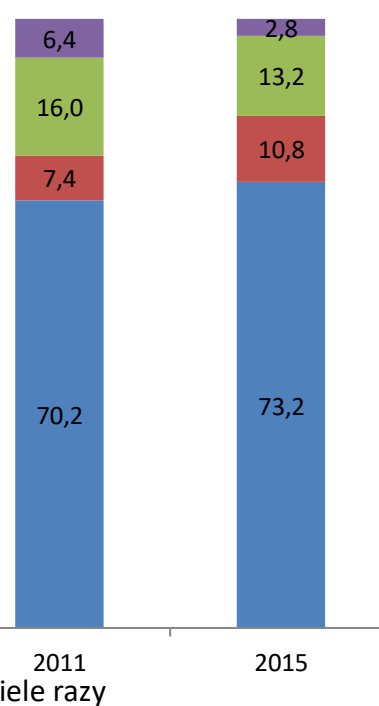
Badani, którzy w ciągu ostatniego roku doświadczyli przemocy fizycznej stanowią 13,1%. Przy czym jednokrotne doświadczenie dotyczy – 7,1%, kilkukrotne – 5%, a wielokrotne 1%. Wskaźnik ten nie uległ zmianie w porównaniu do 2011 roku.

Badani, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyli przemocy fizycznej to najczęściej osoby w wieku 40-49 lat (21,2%), bezrobotne (37,3%), posiadające 3 i więcej dzieci (38,9%), oceniający atmosferę w domu jako czasem dobrą, czasem złą (34,2%), niezadowoleni (22,4%) lub umiarkowanie zadowoleni (22,9%) ze swojego życia oraz niewierzący, ale przywiązani do niektórych praktyk religijnych (23,2%).

Ryc. 7.8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do przemocy fizycznej (np. bicia, szarpania, popychania)? (%)



Ryc. 7.9. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do przemocy psychicznej (np. wyzwiska, przeklinanie, groźby, szantaż)? (%)



Badani, którzy w ciągu ostatniego roku doświadczyli przemocy psychicznej stanowią 26,8%. Przy czym jednokrotne doświadczenie dotyczy 10,8% respondentów, kilkakrotne 13,2%, a wielokrotne 2,8%. Wskaźnik ten uległ nieznacznej poprawie w porównaniu do 2011 roku.

Respondenci, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczyli przemocy psychicznej to najczęściej kobiety (29,4%; mężczyźni 23,7%), osoby niepracujące i nieposzukujące pracy (52,9%) oraz bezrobotne (50,0%), posiadające 3 i więcej dzieci (48,5%), oceniający atmosferę w domu jako czasem dobrą, czasem złą (57,3%), niezadowoleni (36,7%) lub umiarkowanie zadowoleni (37,3%) ze swojego życia oraz niewierzący, ale przywiązani do niektórych praktyk religijnych (39,0%) oraz niewierzący i niepraktykujący (38,8%).

8. Zestawienie najważniejszych wyników oraz syntetyczne porównanie wskaźników

8.1. Zestawienie najważniejszych wyników

Konsumpcja napojów alkoholowych

- **Piwo:** 72% badanych deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy pili piwo. W porównaniu do badań z 2011 roku nastąpił spadek wskaźnika o 8,1 p.p.
 - Deklaracji takiej częściej udzielali mężczyźni (82,8%) niż kobiety (62,6%). W porównaniu do wyników z 2011 roku, zauważalny jest wyraźny spadek odsetka kobiet deklarujących picie piwa.
 - Największe grupy badanych piją piwo 2-3 razy w miesiącu (25%) oraz 1-2 razy w tygodniu (24,3%). Zestawienie wyników z poszczególnych edycji badań pokazuje, że nieznacznie wzrasta odsetek osób pijących piwo codziennie lub prawie codziennie.
 - Przy jednej okazji badani na ogół wypijają jeden kufel piwa lub mniej (51,2%) i jest to wynik wyższy niż w 2011 roku – wtedy wynik ten wyniósł 44,1%. Odpowiedzi takiej częściej udzielają kobiety (60,0%) niż mężczyźni (43,6%).
 - Łączna interpretacja wskaźników częstotliwości spożycia oraz ilości wypijanego trunku wskazuje na zmianę wzorca picia alkoholu – w tym przypadku piwa – w kierunku spożycia, które nie obejmuje więcej niż dwóch kufli kilka razy w miesiącu.
- **Wino:** 67,3% badanych deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy pili wino lub szampana. W porównaniu do badań z 2011 roku nastąpił spadek wskaźnika o 13,1 p.p.
 - Po wino częściej sięgają kobiety niż mężczyźni, różnica we wskazaniach wyniosła – 10,5 p.p. Picie wina lub szampana pozostaje w związku z wiekiem oraz wykształceniem badanych. Najczęściej piją je osoby z wykształceniem wyższym (74,5%) oraz w wieku 18-29 (73,8%) oraz na zbliżonym poziomie 72% w grupach wiekowych od 30 do 49 lat.
 - Wskaźniki częstotliwości sięgania po wino są porównywalne do tych uzyskanych w poprzednich edycjach badania. Co trzeci badany sięga po wino lub szampana 6-11 razy w ciągu roku. Wskazania badanych sięgających po wino częściej niż 3-4 razy w tygodniu nie przekraczają łącznie 1%.
 - Respondenci najczęściej spożywają ok. 2 lampek wina (35,3%). Uwzględniając czynnik płci, widoczna jest różnica. Po 2 lampki częściej sięgają kobiety – 43,2% niż mężczyźni – 37,4%. Proporcje te odwracają się w przypadku spożycia na poziomie 4 lampek. Tu częściej odpowiedzi udzielały kobiety (18,7%) niż mężczyźni (14,3%).

Proporcje spożycia wyrównują się na poziomie spożycia powyżej 4 lampek.

- **Wódka i inne napoje spirytusowe:**

- 58,8% badanych deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy pili wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky lub koniak. W porównaniu do badań z 2011 roku nastąpił spadek wskaźnika o 11,0 p.p.
 - Po mocne alkohole zdecydowanie częściej sięgają mężczyźni (73,0%) niż kobiety (46,5%).
 - Związek pomiędzy spożywaniem alkoholi spirytusowych a wiekiem nie ma charakteru liniowego. Najczęściej piją je osoby z najmłodszej grupy wiekowej 18-29 lat (77,5%). Rzadziej po mocne alkohole sięgają osoby w wieku 40-49 lat (61,0%), a najrzadziej osoby po 65 roku życia (45,9%). Wśród badanych z wykształceniem średnim i pomaturalnym po mocne alkohole sięga 63,1% odpowiadających i jest to wynik najwyższy, podczas gdy najniższy zarejestrowano wśród osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (47,3%).
 - Największa grupa badanych (30,6%) sięga po mocne alkohole 2-5 razy w roku. W tym przypadku odnotowano nieznaczny spadek w porównaniu do 2011 roku o 2 p.p. Wzrosły natomiast wskaźniki dotyczące liczby osób, które spożywają mocne alkohole 1-2 razy w tygodniu (o 2,1 p.p.), 2-3 razy w miesiącu (o 1,2 p.p.).
 - W przypadku pojedynczej okazji do spożycia badani z reguły wypijają powyżej 4 kieliszki (34,7%). Wskaźnik ten nie zmienił się w porównaniu do badania z 2011 roku.
- Osoby, które zadeklarowały, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie spożywały żadnego alkoholu stanowią 13% badanej zbiorowości. Odsetek ten wyraźnie zwiększył się w porównaniu do wyniku 7,5% z roku 2011.
 - W porównaniu do roku 2011 odsetek osób (56,1%), które zadeklarowały picie wszystkich rodzajów alkoholu na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy zmalał o 14,7 p.p. i wynosi 41,4%.
 - W badaniach posłużono się miarą częstego picia alkoholu. Do grupy osób, które często spożywają dowolny rodzaj alkoholu (alternatywnie przynajmniej jeden z trzech) należy co trzeci badany (34,4%), osoby często pijące zarówno piwo, jak i wódkę to 3,3% badanych, a często pijący wino to 6,5%. Badani, którzy spożywają często wszystkie trzy rodzaje alkoholu stanowią znikomy odsetek: 0,5%.
 - Zarejestrowana w badaniu tendencja zmniejszenia się odsetka konsumujących poszczególne rodzaje alkoholu rodzi pytanie o to, czy istnieje związek pomiędzy rezygnacją ze spożywania alkoholu a większą konsumpcją substancji psychoaktywnych. Osoby spożywające alkohol – dowolny lub każdy jego rodzaj – częściej sięgają po marihuanę niż osoby niepijące.

- **Prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu:**
 - w porównaniu do 2011 roku zmniejszył się o 6,7 p.p. odsetek badanych, którzy w ciągu ostatniego roku byli świadkami kierowania pojazdem mechanicznym (8,2%).
 - Wśród badanych 1,3% deklaruje, że kierowało pod wpływem alkoholu samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, z kolei 1,6% udzieliło odpowiedzi „nie pamiętam, nie jestem pewien”. Nietrzeźwi kierowcy to najczęściej mężczyźni (1,7%; kobiety 0,9%), wieku 40-49 lat (2,0%) lub 30-39 lat (1,4%).
 - Świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę nietrzeźwą było 15,9% badanych. W porównaniu do badania sprzed 5 lat nastąpił spadek o 10,3 p.p.
 - Odsetek osób, które w ciągu ostatniego roku jeździły rowerem pod wpływem alkoholu nie uległ znaczącej zmianie w porównaniu do 2011 roku i wynosi 6,5%. Odpowiedzi twierdzącej najczęściej udzielali mężczyźni (8,7%), w wieku 18-29 lat (13,7%) oraz 30-39 lat (8,7%).

- **Spożywanie alkoholu w miejscu pracy**
 - Świadkami spożywania alkoholu w miejscu pracy było 18,0% respondentów. Wynik ten jest niższy od uzyskanego w 2011 roku o 6,8 p.p.
 - Do spożywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 6,9%, jest to wynik niższy od uzyskanego w 2011 o 2,5 p.p. Odpowiedzi „tak” częściej udzielali mężczyźni (10,7%) niż kobiety (3,6%).

- **Picie alkoholu przez kobiety w ciąży**
 - Spośród 11,5% badanych kobiet, które w ciągu ostatnich 4 lat były w ciąży, 13,6% zadeklarowało, że zdarzyło im się pić podczas ciąży jakiś napój alkoholowy. Zdecydowana większość (81,4%) nie piła alkoholu podczas ciąży. W porównaniu do wyników z roku 2011 zauważalny jest wzrost odpowiedzi wskazujących na spożywanie alkoholu podczas ciąży, wskaźnik ten wzrósł z poziomu 5,8% do 13,6%, czyli o 7,8 p.p.

- **Picie alkoholu przez nieletnich**
 - Jedna trzecia badanych (33,0%) była świadkami spożywania alkoholu przez nieletnich. Wskaźnik ten spadł w porównaniu do roku 2011, kiedy to wyniósł 47,5% (różnica 14,5 p.p.).
 - Co ósmy badany (12,5%) przyznał, iż w ciągu ostatniego roku widział, jak sprzedawano nieletnim alkohol. Wskaźnik ten spadł o blisko połowę

w porównaniu do 2011 roku i jednocześnie jest najniższy w historii badań wzorców konsumpcji alkoholu. W 2005 roku wynosił 18,4%.

8.2. Porównanie wskaźników za lata 2005 - 2011 - 2015

Tab. 8.1. Zestawienie wskaźników powtarzających się w badaniach w latach 2005, 2011 i 2015.

Wskaźnik	2005	2011	2015	wzrost/spadek 2015 do 2011
spożywanie piwa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	66,7%	80,1%	72,0%	-8,10 p.p.
spożywanie wina lub szampana w ciągu ostatnich 12 miesięcy	65,8%	80,4%	67,3%	-13,10 p.p.
spożywanie wódki lub innego napoju spirytusowego w ciągu ostatnich 12 miesięcy	61,2%	69,8%	58,8%	-11,00 p.p.
odsetek osób nie spożywających w ciągu ostatnich 12 miesięcy żadnego alkoholu	13,4%	7,5%	13,0%	+5,50 p.p.
odsetek osób spożywających w ciągu ostatnich 12 miesięcy dowolny rodzaj alkoholu	86,6%	92,5%	87,0%	-5,50 p.p.
odsetek osób spożywających w ciągu ostatnich 12 miesięcy wszystkie rodzaje alkoholu	36,1%	56,1%	41,4%	-14,70 p.p.
spożywanie alkoholu przez kobiety w ciąży	19,6%	5,8%	13,6%	+7,80 p.p.
pytanie ze strony lekarza o nadużywanie alkoholu	7,6%	4,0%	8,9%	+4,90 p.p.
kierowanie samochodem lub innym pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu	3,4%	2,7%	1,3%	-1,40 p.p.
kierowanie rowerem pod wpływem alkoholu	3,4%	6,3%	6,5%	+0,20 p.p.
bycie świadkiem prowadzenia samochodu przez kogoś pod wpływem alkoholu	24,4%	14,9%	8,2%	-6,70 p.p.
bycie świadkiem jazdy rowerem przez kogoś pod wpływem alkoholu	21,2%	26,2%	15,9%	-10,30 p.p.
spożywanie alkoholu w miejscu pracy	8,8%	9,4%	6,9%	-2,50 p.p.
bycie świadkiem picia alkoholu w miejscu pracy	22,4%	22,1%	18,0%	-4,10 p.p.
bycie świadkiem spożywania alkoholu przez nieletnich	68,6%	47,5%	33,0%	-14,50 p.p.
bycie świadkiem sprzedaży alkoholu nieletnim	18,4%	23,6%	12,5%	-11,10 p.p.

ROZDZIAŁ III

Badanie jakościowe wśród mieszkańców Gdańska

1. Badanie wśród odbiorców wsparcia – indywidualne wywiady pogłębione

Jak wynika z badań zaprezentowanych w rozdziale II, która prezentowały dane uzyskane przy zastosowaniu metody ilościowej, spożywanie alkoholu, w szczególności jego nadużywanie, często otwiera drogę do podejmowania eksperymentów także z innymi środkami psychoaktywnymi. Osoby pijące alkohol wykazują skłonność do mniej restrykcyjnego postrzegania i oceniania ryzyka związanego z korzystaniem nie tylko z alkoholu, ale także z innych substancji, niż osoby niepijące. W efekcie postawa otwarcia się na inne środki przy intensywnym stosowaniu alkoholu może prowadzić to do rozwoju zjawisk, które w terminologii naukowej nazywają się uzależnieniami mieszanymi lub krzyżowymi.

Jak podaje Jan Kasprzak, „w placówkach leczenia odwykowego, zajmujących się w przeważającej mierze terapią osób uzależnionych od alkoholu oraz w placówkach leczenia uzależnień, zajmujących się głównie terapią osób uzależnionych od narkotyków, coraz częściej leczą się pacjenci uzależnieni jednocześnie od wielu substancji psychoaktywnych”¹²³. Droga tych pacjentów do uzależnienia wiodła od alkoholu i nikotyny do narkotyków i leków, lub odwrotnie (kolejność nie wydaje się tu istotna). Czasami bywa tak, że pacjenci naprzemiennie używają różnych środków, aby uzyskać pożądany efekt (wówczas mówimy o zjawisku politoksykomanii). Czasami natomiast bywa tak, że pacjenci stosują jeden środek po to, by zastąpić nim inny, bardziej pożądany, ale do którego z jakichś powodów nie mają dostępu. Chodzi tu na przykład o sytuację, w której uzależniona od alkoholu osoba „do tłumienia objawów zespołu abstynencyjnego wywołanego przez odstawienie alkoholu, stosuje inny środek o podobnym działaniu, najczęściej właśnie pochodne benzodiazepiny (np. Relanium)”¹²⁴. Wówczas można mówić o zjawisku zależności krzyżowej niepełnej. Takie zachowanie, jeśli cechuje je powtarzalność, może z kolei prowadzić do rozwoju uzależnienia krzyżowego pełnego, z którym mamy do czynienia w sytuacji, gdy osoba wcześniej uzależniona od jednej substancji, uzależnia się od kolejnej.

W związku z powyższym, do udziału w badaniu jakościowym, którego wyniki zostały zaprezentowane w bieżącym rozdziale, zdecydowano się zaprosić nie tylko osoby uzależnione od alkoholu, ale także od narkotyków, które łączyło doświadczenie bycia odbiorcami systemu instytucjonalnego wsparcia. Rzeczywiście, w trakcie badania okazało się, że w życiorysie każdej osoby leczącej się z powodu uzależnienia od narkotyków, również spożywanie alkoholu odrywało istotną rolę w rozwoju ich problemów. Potwierdza to tylko wcześniejszą konstatację, dotyczącą

¹²³ Kasprzak J., 2013, *Uzależnienia krzyżowe*, dostęp online: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/75634,uzaleznienie-krzyzowe>, [20.06.2016].

¹²⁴ Tamże.

potrzeby prowadzenia oddziaływań profilaktycznych i naprawczych, równocześnie w tych dwu obszarach.

Przeprowadzono 20 wywiadów z osobami, które były odbiorcami systemu wsparcia w związku z występowaniem u nich uzależnienia. Dziesięć wywiadów przeprowadzono z respondentami z uzależnieniem od alkoholu i dziesięć z respondentami z uzależnieniem od narkotyków. Wśród osób z uzależnieniem od narkotyków wszystkie również nadużywały alkoholu, w związku z tym zasadne jest przedstawienie wyników badania łącznie w tym opracowaniu.

Celem badania było zebranie doświadczeń osób, które były uzależnione od substancji psychoaktywnych i podjęły terapię z tym związaną, a więc korzystały z systemu wsparcia. Respondenci byli proszeni o przedstawienie swojej historii uzależnienia, oddziaływań terapeutycznych, w których brali udział, oceny czynników, pomagały lub przeszkadzały w terapii, rekomendacji dotyczących jakości wsparcia oraz prowadzenia działań profilaktycznych.

Założono, że respondentami w badaniu będą osoby, które:

- a) są świadome swojego uzależnienia od substancji psychoaktywnych (alkohol i/lub narkotyki)
- b) podjęły w swoim życiu przynajmniej jedną próbę terapii uzależnień
- c) mieszkają w momencie badania w Gdańsku

Dołożono starań, aby zrekrutować osoby obydwu płci, z różną historią uzależnienia, w różnym wieku i o różnym statusie materialnym. W dotarciu do respondentów pomagały ośrodki terapeutyczne.

1.1. Aktualna sytuacja życiowa – alkohol

Wśród osób z uzależnieniem od alkoholu znalazły się 3 kobiety i 7 mężczyzn. Wśród nich 8 osób było w wieku 45-70 lat, zrzeszonych wokół ruchu AA i utrzymujących całkowitą abstynencję. Dwie osoby były przez 30 rokiem życia (1 kobieta i 1 mężczyzna) i nigdy nie uczestniczyły w ruchu AA. W chwili badania nie miały problemu z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, zdarzało im się wypijać od czasu do czasu małe ilości alkoholu.

Część osób dysponowała swoim samodzielnym mieszkaniem, część mieszkała w mieszkaniu partnera/partnerki. Jeden mężczyzna był bezdomny i przebywał w schronisku.

Osoby młodsze pracowały, a osoby starsze były na emeryturze, tylko bezdomny mężczyzna otrzymywał zasiłek wysokości 600 PLN. Nie był w stanie podjąć pracy z uwagi na ryzyko utraty zasiłku, choć chciał pracować.

Większość osób starszych miała dzieci, obecnie już samodzielne. Wszyscy byli rozwiedzeni lub w separacji, ewentualnie nigdy nie zawarli związku i nigdy nie mieszkali z osobą, z którą byli w relacji. Kobiety były w trudniejszej sytuacji niż mężczyźni, ponieważ to one zostawały same z dziećmi, a ich byli mężowie nie płacili alimentów – stąd doświadczały większego stresu z tego

powodu i miały większe obciążenia finansowe, z którymi trudno im było sobie poradzić. Osoby młodsze były w związku, ale nie miały dzieci.

Wszyscy badani palili w swoim życiu papierosy, choć część zaczęła palić już po odstawieniu alkoholu. W momencie badania połowa już rzuciła palenie, druga połowa miała taki zamiar. Osoby w wieku 45-70 wskazywały na swój zły stan zdrowia i wiele dolegliwości uniemożliwiających im aktywność fizyczną. Żadna z nich nie uprawiała regularnie sportu, były jednak świadome tego, że aktywność fizyczna jest ważna i w miarę możliwości starały się przynajmniej chodzić na spacer i korzystać z rehabilitacji. Wszyscy respondenci bardzo dbali o swój wygląd i higienę.

Osoby starsze mieszkały w Gdańsku od urodzenia, natomiast młodsze przeprowadziły się tutaj z bliskich miejscowości.

1.2. Aktualna sytuacja życiowa – narkotyki

Wśród osób z uzależnieniem od narkotyków było 5 kobiet i 5 mężczyzn. Dwie osoby (1 kobieta i 1 mężczyzna) były osobami najstarszymi (pow. 40 roku życia), z bardzo długą, sięgającą lat 80-tych historią uzależnienia przede wszystkim od heroiny, z pobytem w wielu ośrodkach uzależnień, obecnie poddających się leczeniu substytucyjnym metadonem. Dwie osoby (1 kobieta, 1 mężczyzna) były w wieku 30-40 lat, z uzależnieniem krzyżowym od różnych substancji, w tym przede wszystkim od heroiny oraz leków uspokajających (Xanax). Obydwie w przeszłości poddały się terapii ambulatoryjnej, nigdy nie przebywały w ośrodku. Wszystkie one od czasu do czasu używały substancji psychoaktywnych (choć nie heroiny), jednak w momencie badania zachowywały nad tym kontrolę. Kolejnych 6 osób było młodych – pomiędzy 15 a 23 rokiem życia. Cztery z nich było w trakcie terapii w ośrodku (2 kobiety, 2 mężczyzn) i zachowywało całkowitą abstynencję. Jeden mężczyzna był kilka lat po terapii w ośrodku, od tego czasu nie używał żadnych substancji psychoaktywnych. Jedna kobieta przerwała terapię uzależnień w ośrodku, obecnie korzystała z prywatnej psychoterapii i w przeciągu ostatnich dwóch lat zdarzało jej się używać substancji psychoaktywnych – tych, od których była wcześniej uzależniona.

Tylko jeden respondent pochodził w Gdańsku, pozostali przeprowadzili się z różnych miejscowości w Polsce. Większość znalazła się w Gdańsku z powodu podjęcia tutaj terapii i już została. Cztery osoby mieszkały w ośrodku terapeutycznym i trzy z nich, które były poniżej 18 roku życia, planowały wrócić do swoich rodzinnych miejscowości po zakończeniu terapii. Spośród pozostałych tylko jeden respondent miał własne mieszkanie, pozostali wynajmowali.

Wśród osób młodszych jedna była w związku, a wśród osób starszych wszystkie, w trzech przypadkach był to związek również z osobą w przeszłości uzależnioną od narkotyków i podobnie

jak respondent(ka) od czasu do czasu używającą substancji psychoaktywnych. Dwie osoby wychowywały dzieci.

Wszystkie osoby paliły w swoim życiu papierosy, obecnie dwie z nich paliły codziennie, a cztery kilka razy w tygodniu i nie miały poważnych planów rzucenia palenia. Osoby będące w ośrodku przywiązywały dużą wagę do aktywności fizycznej i uprawiały sport, a wśród pozostałych dwie młodsze od czasu do czasu. Cztery starsze rzadko podejmowały aktywność fizyczną, tłumacząc to złym stanem zdrowia lub trudnością z mobilizacją.

1.3. Aktualna sytuacja życiowa – wnioski

Należy zwrócić uwagę na to, że osoby uzależnione od narkotyków również nadużywały alkoholu. Jak pokazują dalsze wyniki osoby młode rzadziej używają tylko alkoholu, wiele z nich również nadużywa dopalaczy, marihuany i innych narkotyków. Trudno też do nich dotrzeć przez ruch AA – na mitingach i w grupach rozwojowych dominują osoby starsze, przeważnie mężczyźni, w wieku 45-70 lat.

Osoby młodsze, nadużywające alkoholu, nie uważały za zasadne utrzymywania całkowitej abstynencji, nie uważały też alkoholizmu za chorobę, podkreślały swoją odpowiedzialność i wpływ na decyzje związane z sięgnięciem po alkohol, nie potrzebowały też siły wyższej do wyzwolenia się z nałogu. Taka postawa odróżnia ich od starszych respondentów wyznających filozofię AA (całkowita trzeźwość, alkoholem jest się zawsze, alkoholizm to choroba, w trzeźwości pomaga siła wyższa). Doświadczenia młodych ludzi wskazują również, że zmienia się model konsumpcji substancji psychoaktywnych. Obecnie alkohol rzadko jest jedyną substancją, po którą się sięga – często używa się również marihuany, dopalaczy i amfetaminy. Zachodzi więc potrzeba refleksji nad programami terapii i post-terapii dla młodych osób uzależnionych od alkoholu, do prowadzenia której potrzebna jest współpraca do tej pory działających odrębnie komórek zajmujących się alkoholizmem i narkomanią.

Druga kwestia – osoby przez wiele lat uzależnione od substancji psychoaktywnych mają również liczne dolegliwości zdrowotne, kłopoty mieszkaniowe, finansowe, a także problemy w relacjach partnerskich. Są one więc klientami systemu wsparcia nie tylko w zakresie terapii uzależnień, ale także w wielu innych. Dla wielu konieczny jest program readaptacji społecznej, wsparcia psychicznego, wsparcia pracownika socjalnego, prawnika, asystenta ds. wychodzenia z bezdomności. Wszystkie te nakłady są konieczne, aby utrzymać dobre funkcjonowanie osób po terapii (im więcej trudności, tym większa możliwość nawrotu), a co za tym idzie ograniczać rozwój uzależnień w Gdańsku. Znaczącą rolę w przypadku readaptacji, post-terapii i wsparcia psychicznego pełnią organizacje pozarządowe, których działalność była wysoko oceniana przez respondentów (Klub Integracji Społecznej, Monar, Mrowisko).

Trzecia kwestia – warto inwestować w programy zdrowotne mające na celu zwiększenie aktywności fizycznej i wprowadzenia nawyków zdrowotnych dla osób dorosłych. O ile istnieje bogata oferta dla osób młodych, o tyle trudniej o nią w przypadku dorosłych posiadających niski dochód. Trudniej w tej grupie też o motywację. Umiejętna profilaktyka zdrowotna będzie tańsza niż leczenie.

Czwarta kwestia, którą warto poruszyć to pomoc osobom mieszkającym, choć niezameldowanym w Gdańsku. Terapia osób z uzależnieniem do narkotyków zakłada, że ośrodek terapeutyczny powinien znajdować się z dala od ich miejsca zamieszkania, a więc do Gdańska przyjeżdżają osoby z innych miejscowości, które potem tutaj zaczynają mieszkać i pracować, choć nie są tu zameldowane. Część z nich przyjeżdża także, bo w swoich miejscowościach nie mają perspektyw na pracę. A więc korzystają tu również z systemu wsparcia. Osoby te często z różnych przyczyn nie mają możliwości uzyskania meldunku (np. brak zgody właściciela mieszkania, które wynajmują) lub też mają jeszcze zbyt małe zasoby, żeby to zorganizować. Dla utrzymania dobrego funkcjonowania osób po terapii i ograniczenia rozwoju uzależnień w Gdańsku, ważne jest, aby umożliwić osobom zamieszkującym w Gdańsku, choć tu niezameldowanym, pełne korzystanie z systemu wsparcia.

1.4. Używanie substancji psychoaktywnych – alkohol

Większość respondentów wychowała się w domach, w których rodzice sami byli uzależnieni od alkoholu, nie pracowali, a sytuacja materialna była zła. Mieszkali też na takich osiedlach, gdzie wszyscy ich znajomi i ich rodzice pili („Matka mówiła: pijesz tyle co inni.”). Alkoholu próbowali już w wieku nastoletnim. Często również rodzeństwo było uzależnione od alkoholu. W tym przypadku nie było różnicy pomiędzy osobami starszymi a młodszymi. Tylko jeden z badanych pochodził z domu, gdzie nikt nie pił, a on sam zaczął nadużywać alkoholu w pracy, na kierowniczym stanowisku, jeszcze w starym ustroju.

Wszystkim respondentom płci męskiej zdarzyło się przebywać pod wpływem alkoholu w pracy. O picciu w pracy wiedziano i tolerowano je w dużym stopniu – sytuacja ta miała miejsce zarówno w latach 70-tych, 80-tych, jak i 90-tych. Kobietom bardzo rzadko zdarzało się być pod wpływem alkoholu w pracy i nikt o tym nie wiedział. Radziły sobie, pijąc tylko w weekendy lub biorąc dzień zwolnienia.

Większość respondentów w starszym wieku miała za sobą długą, wieloletnią historię picia i część również degradację społeczną (bezdomność, wyrzucenie z pracy). Wszyscy z początku pili ze znajomymi, potem sami. Dzieci były świadkami nałogowego picia rodzica i w wielu przypadkach to one naciskały na terapię rodzica. Poza osobą, która stała się bezdomna, pozostali poradzili sobie

z zadłużeniem – dobrze zarabiali albo w przypadku mężczyzn korzystali z utrzymywania domu przez żonę. Natomiast dwie kobiety miały długi związane z koniecznością samodzielnego utrzymania dzieci bez alimentów ze strony byłego męża, a kłopoty finansowe przyczyniły się do szukania ulgi w alkoholu.

Tylko jedna osoba spróbowała narkotyków (marihuany) – przez przypadek, bo syn zostawił na wierzchu. Pozostałe nie miały kontaktu z innymi substancjami, poza lekami uspokajającymi przyjmowanymi z przepisu lekarza.

Osoby starsze rzadko korzystały z komputera, smartfonu, Internetu. Nie miały kont na profilach społecznościowych, nie grały w gry, choć część z nich posługiwała się komputerem w pracy, korzystała z bankowości internetowej, czytała na nim gazety. Wskazywały jednak, że na mitingi przychodzą osoby w młodym wieku, które nie mogą przestać korzystać ze smartfona nawet na chwilę, są też uzależnione nie tylko od alkoholu, ale również nadużywają dopalaczy i innych narkotyków.

Zdania o legalizacji marihuany były podzielone wśród badanych, choć większość dostrzegała w tym pozytywy. Zwracano uwagę na to, że zostałaby ona wyciągnięta ze sfery przestępczej, a przecież tak jak w przypadku alkoholu konieczna jest u osób używających samokontrola. Jeden respondent zwrócił uwagę, że w społeczeństwach zachodnich tak, ale nasze jest jeszcze zbyt mało rozwinięte, nie ma norm moralnych i autorytetów, więc mogło by to sprzyjać uzależnieniom, bo „ludzie by się temu nie oparli”.

Jeśli chodzi o dwie osoby młodsze – obydwie dużo piły przede wszystkim w weekendy na imprezach i zdarzało im się tracić nad tym kontrolę, w tygodniu znacznie mniej i w sposób kontrolowany. Jedna z osób (kobieta) próbowała marihuany, amfetaminy i „jakieś substancji, po której straciła przytomność”. To negatywne doświadczenie sprawiło, że wolała trzymać się od narkotyków z daleka, druga osoba (mężczyzna) palił od czasu do czasu marihuanę. Obydwoje nie mieli problemów finansowych, pracowali. Mężczyzna także studiował. W jego przypadku koniec terapii zbiegł się z końcem studiów, zaczął pracę na pełen etat, co utrudniło mu powrót do „imprezowania”.

Na terapię zgłosili się pod wpływem swoich partnerek (obydwoje byli już w innych związkach w chwili badania). Jedna respondentka była w związku z kobietą i określiła swoją orientację jako homoseksualną. Choć ona sama nie uważa, aby jej orientacja wpłynęła na nadużywanie alkoholu, podkreśliła, że w przeszłości jedynym sposobem poznania innej osoby nieheteroseksualnej było chodzenie do klubów LGBT, co sprzyjało nadużywaniu alkoholu (i narkotyków). Obecnie istnieje więcej możliwości, z uwagi na rozwój Internetu oraz aktywność organizacji pozarządowych działających na rzecz osób LGBT. Respondentka zwróciła jednak uwagę, że wiele kobiet nieheteroseksualnych nadużywa alkoholu i narkotyków, radząc sobie w ten sposób ze stresem

związanym z trudnościami w społecznej akceptacji ich orientacji seksualnej. Boją się jednak skorzystać z terapii, ponieważ nie ufają psychologom – część z nich miała złe doświadczenia związane z próbami zmiany ich orientacji lub też terapeuta wykazywał brak akceptacji. Podała przykład Warszawy, gdzie terapia uzależnień dla osób LGBT jest prowadzona przez organizację LGBT (Lambdę Warszawa), co pomaga osobom nieheteroseksualnym skorzystać z pomocy bez obaw o nieprzyjazne traktowanie.

Młodszy respondenci używali na co dzień komputera, tabletu, smartfona, mieli konta na profilach społecznościowych. Mężczyzna od czasu do czasu grał w gry, kobieta często oglądała seriale. Oboje nie oglądali jednak telewizji. W sumie codziennie w celach rozrywkowych spędzali około dwóch godzin na używaniu Internetu.

Mężczyzna uważał, że marihuana powinna być dozwolona do kupienia, natomiast kobieta wolała, żeby zarówno alkohol, jak i marihuana były trudno dostępne, a więc nie powinno się jej legalizować. Argumentowała, że obydwie substancje są szkodliwe, alkohol nawet bardziej i z uwagi na zakres szkód powodowany przez uzależnienia powinno się ograniczać ich dostępność.

1.5. Używanie substancji psychoaktywnych – narkotyki

Respondenci znacznie różnili się między sobą, jeśli chodzi o sytuację rodzinną, status materialny i historię uzależnienia. Najstarsi badani, dziś korzystający z terapii substytucyjnej, zaczęli brać narkotyki jeszcze w latach 80-tych. Mają na koncie przynajmniej kilka prób terapii, związanych z pobytami w ośrodkach, kilka lat abstynencji zakończonej jednak zawsze powrotem do brania dożylnie opiatów (polska heroina). Są przekonani, że będą brać metadon do końca życia – po wielu nieudanych próbach nie mają wiary w życie bez narkotyków, ich stan zdrowia jest zły, nie pracują, mają kłopoty finansowe, ciągną się za nimi długi i niezakończone sprawy prawne (wcześniejsze aresztowania za posiadanie narkotyków). Wskazują, że ich mózg nie funkcjonuje dobrze, potrzebują więcej czasu na poradzenie sobie z codziennymi problemami i potrzebują w nich wsparcia pracownika socjalnego i prawnika. Nie mają doświadczenia z nowymi mediami.

Badani po 30. roku życia, z narkotykami zetknęli się jeszcze w szkole podstawowej (8-letniej). W szkole średniej nadużywali alkoholu, marihuany, leków psychotropowych, amfetaminy, kokainy. Najczęściej stosowali je kilka razy w tygodniu, choć były też okresy przerw. Środki finansowe na narkotyki brali z pieniędzy, które dostawali od rodziców na utrzymanie lub pracowali. W obydwu przypadkach, po 20. roku życia. Narkotykiem, który najpoważniej i najszybciej ich uzależnił był wchodzący na polski rynek narkotyk: heroina do palenia („brown”). Korzystali z terapii ambulatoryjnej – mężczyzna z uwagi na niechęć do restrykcyjnej jego zdaniem terapii Monaru, kobieta – z uwagi na obawę, że zgłoszenie się do ośrodka groziłoby ujawnieniem problemu i groźbą odebrania dziecka. Detoksykację prowadzili we własnym zakresie z pomocą znajomych, posiłkując

się lekami oraz marihuaną. Obydwoje zachowują abstynencję od heroiny, choć zdarzały im się okresy nadużywania leków uspokajających przepisanych przez lekarzy, codziennego palenia marihuany, picia alkoholu. Pracują, są obecnie w dobrej sytuacji finansowej, choć w okresie nadużywania substancji mieli poważne długi. Obydwoje korzystają z komputera poza pracą, wykorzystują go przede wszystkim do grania w gry, nie spędzają wiele czasu w Internecie.

Najmłodszy badani mają zwykle za sobą od dwóch do czterech lat nadużywania substancji psychoaktywnych. Ich uzależnienie zaczynało się wcześniej w wieku nastoletnim (nawet w wieku 11 lat). Pierwszymi substancjami były zwykle papierosy i alkohol. Najczęściej używali amfetaminy lub dopalaczy o działaniu stymulującym oraz marihuany, ale też kokainy, leków psychotropowych, a jedna z osób również heroiny. Spożywali też duże ilości alkoholu, palili papierosy. Używali dużych ilości substancji, mieszały je ze sobą. Część z nich doświadczyła zapaści, inni niekontrolowanych wybuchów agresji. Wszyscy zostali zmuszeni do pójścia na terapię – nie była to ich własna decyzja. Dla osób przebywających w ośrodku była to pierwsza poważna terapia – byli już tam średnio 7 miesięcy. Pozostała dwójka respondentów podjęła kilka prób terapii, z których dla mężczyzny okazał się skuteczny wieloletni pobyt w ośrodku, a kobieta wypisała się z ośrodka po miesiącu i obecnie uczęszcza na prywatną psychoterapię.

Badani deklarowali, że nie mieli kłopotów ze zdobyciem narkotyków – potrafią je znaleźć wszędzie, w każdym mieście i w każdej szkole. Najłatwiejsze jest kupowanie dopalaczy, bo każdy może je zamówić przez Internet. Zdobycie amfetaminy czy marihuany – narkotyków wytwarzanych w Polsce, również nie nastęrczało trudności. Osoby pochodzące z miejscowości blisko granicy z Niemcami jeździły po taniej heroinę do Berlina, a następnie sprzedawały ją drożej w Polsce. Konkludowali, że jeśli ktoś chce, to znajdzie sposób na zdobycie narkotyków. Za najniebezpieczniejsze respondenci uznali dopalacze, ponieważ nigdy nie wiadomo, czym jest dana substancja i jak działa. Wskazywano, że przy kupnie amfetaminy można także dostać zamiast niej dopalacz. Generalnie zdobycie narkotyków nie jest trudne, natomiast trudniej znaleźć towar z pewnego źródła i dobrej jakości. Niektóre osoby przyznały, że uczestniczyły w dosypywaniu np. mąki do amfetaminy i że jest to powszechna praktyka, że „towar” jest zanieczyszczony, więc trzeba go brać w dużych ilościach, żeby uzyskać pożądany efekt.

Żadna z osób nie miała kontaktu z polską heroiną (kompotem). Narkomani, którzy jej używają, są dla młodych symbolem upadku, którego oni w swoim mniemaniu nigdy nie doświadczą. Na skutek nadużywania substancji większość miała problemy z nauką, opuszczała szkołę, mężczyźni dodatkowo weszli w konflikt z prawem za wandalizm i kradzieże. Osoby używające na co dzień tylko amfetaminy dłużej potrafiły ukrywać swoje uzależnienie i dobrze się uczyły. Najczęściej pedagog szkolny rozpoznawał, że coś się z nimi dzieje po zmianie wyglądu, bo wychudły.

Część osób pochodziła z domów, gdzie rodzice byli uzależnieni od alkoholu, nie pracowali i nie zajmowali się dziećmi, część z domów o wyższym statusie społecznym i materialnym, gdzie nie było alkoholu, ale istniały innego typu problemy w więzi pomiędzy rodzicem a dzieckiem (np. depresja matki zostawionej przez partnera, ojca respondentki). Jedna respondentka podkreśliła, że, wiedząc do czego prowadzi alkohol, nie nadużywała go.

Wszyscy badani wybierali sobie znajomych podobnych do siebie, czyli również nadużywających substancji psychoaktywnych. Rzadko byli to znajomi ze szkoły, częściej z osiedla. Część osób wskazała, że popularne wśród ich znajomych używających substancji, szczególnie stymulantów, było nałogowe granie na automatach otwartych przez całą dobę i funkcjonujących nielegalnie albo granie kilka dni bez przerwy w gry komputerowe („Rozpierała ich energia, nie mieli co ze sobą zrobić, była noc, grali”).

Wszyscy podkreślili, że wśród ich znajomych nie nadużywających substancji, niezwykle popularne są media społecznościowe. („Wszyscy siedzą cały czas na Facebooku, Snapchacie, Asku [ask.fm]”). Media społecznościowe, mają ogromny wpływ na ich życie. Często robią coś tylko po to, żeby wrzucić post na Facebook i zdobyć *lajki*. Sami respondenci także używali Facebooka i korzystali z Internetu, choć nie był on dla nich tak dużą częścią życia, jak ich znajomych. Wynika to z tego, że osoby organizujące sobie życie wokół substancji, nie są aż tak zaangażowane w alternatywny świat mediów społecznościowych, a więc także tworzą kręgi znajomych bardziej od tego świata odległe. Jeden z respondentów zwrócił nawet uwagę, że cały proces załatwiania narkotyków, gdzie trzeba nawiązać kontakt z ludźmi, zagadać jest bardziej zakorzeniony w realnym świecie niż zaangażowanie w kreację na potrzeby mediów społecznościowych.

Wracając do całej grupy badanych – warto podkreślić, że połowa respondentów (ci, którzy pochodzili z domów o wyższym statusie społecznym i przeważnie dobrze się uczyli) – miała bardzo dużą wiedzę na temat narkotyków jeszcze zanim trafiła na terapię. Kilka osób mówiło o swojej fascynacji tą tematyką. Bardzo dobrze znali mechanizm uzależnienia i konsekwencje nadużywania różnych rodzajów substancji. Trzy osoby były w swoim życiu zaangażowane w prowadzenie terapii lub profilaktyki uzależnień, cztery następne (tutaj już bez względu na status społeczny rodziny) myślały o tym, żeby wybrać studia w tym kierunku i pracować w tej dziedzinie. Badani mieli zdania podzielone, jeśli chodzi o legalizację marihuany, choć większość była za legalizacją.

1.6. Używanie substancji psychoaktywnych – wnioski

Większość osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych pochodziła z domów, gdzie rodzice byli uzależnieni od alkoholu i z ulic, gdzie było to normalne. W części domów rodzice nie pracowali, zaniedbywali dzieci, dochodziło do przemocy, a sytuacja materialna była zła, w części, gdzie status społeczny domów był wyższy, rodzice pracowali i ukrywali przed otoczeniem swoje

uzależnienie, w kilku przypadkach matka zostawała sama z córką i cierpiała na depresję. Mężczyźni częściej pochodzili z domów, gdzie doszło do największej degradacji społecznej. Używali substancji w sposób najbardziej ryzykowny, widoczny dla otoczenia społecznego, mieli trudności z nauką, potem z wykonywaniem obowiązków zawodowych, wchodzili w konflikt z prawem. Kobiety, nawet jeśli pochodziły z rodziny przejawiającej zachowania patologiczne, funkcjonowały lepiej. Kończyły szkołę, pracowały, ukrywały swoje uzależnienie, a jeśli status społeczny rodziny był wysoki, dobrze się uczyły, pracowały, miały szeroki krąg znajomych. Jednak – bez względu na status społeczny – miały depresję i myśli samobójcze.

Nasuwają się więc dwa wnioski. Po pierwsze widoczną grupą osób, do których należy kierować działania, są osoby pochodzące z rodzin, gdzie dochodzi do zachowań patologicznych, o niskim statusie społecznym. Działania te powinny być od samego początku nastawione na readaptację społeczną oraz radzenie sobie z frustracją i agresją, u kobiet z depresją i zachowaniami autodestrukcyjnymi (innymi niż uzależnienia). Z uwagi na niską świadomość innych niż rodzinne wzorców zachowania, istnieje mała szansa, że osoby te same zgłoszą się po pomoc. Im szybciej nastąpi wsparcie, a więc już na poziomie przedszkola i szkoły podstawowej, tym lepiej. Skuteczne mogą się okazać podobne oddziaływania, jak te skierowane do wychowanków pieczy zastępczej.

Po drugie, istnieje grupa osób, które trudno jest rozpoznać jako zagrożone uzależnieniem, bo pozornie dobrze funkcjonują, a problemy w rodzinie są ukrywane przed otoczeniem społecznym. W tej grupie częściej mogą znajdować się kobiety, ponieważ są one uczone w naszej kulturze niewyrażania swoich potrzeb i wycofania ze sfery publicznej, więc frustrację odreagowują „do wewnątrz” autodestrukcją i depresją. To osoby, które zostały nauczone ukrywania swoich problemów, więc upływa zwykle dużo czasu zanim – jeśli w ogóle – zgłoszą się po pomoc. Potrzebują osób, którym mogą zaufać, powiedzieć im o swoich trudnościach i otrzymać wsparcie. Stąd ważne, aby nauczyciele, pedagodzy, trenerzy i inne osoby znaczące miały wiedzę na temat tego, jak budować relacje z taką osobą i jak ją wspierać. Interwencja na wczesnym etapie, może zapobiec nie tylko rozwojowi uzależnienia, ale także problemom w przyszłości związanym z byciem ofiarą przemocy domowej itp. Ważne były również dodatkowe działania skierowane do kobiet, które wzmocnią je i położą nacisk na samoakceptację, asertywność, umiejętności społeczne związane z wyrażaniem na zewnątrz emocji i dobre funkcjonowanie w sferze publicznej.

Wszyscy respondenci mieli za sobą mniejsze lub większe trudności w relacjach z rodzicami. W większości przypadków, doświadczenia wskazywały, że trudno jest liczyć na to, że rodzina zmieni się i zdoła wypełnić deficyty. Raczej warto uczyć to dziecko zaspokajania swoich potrzeb w inny sposób niż poprzez kontakt z rodzicami. Jeden z respondentów, obecnie 70-letni mężczyzna, stwierdził nawet, że najlepszy czas w życiu spędził w domu dziecka, a najgorszym był powrót do domu. Doświadczenia wskazują więc na to, że rodzice zmieniają się bardzo rzadko i najczęściej

wtedy, kiedy dziecko jest już samodzielne, w związku z tym w działaniach profilaktycznych warto rozważyć nauczenie zaspokajania potrzeb emocjonalnych inaczej niż poprzez kontakt z rodzicami. Również w tym zakresie skuteczne mogą się okazać podobne oddziaływania takie jak te skierowane do wychowanków pieczy zastępczej.

Używanie alkoholu i narkotyków u respondentów nie przekładało się na większą częstotliwość uzależnień behawioralnych (Internet, hazard), wręcz przeciwnie wydaje się, że byli oni mniej niż ich znajomi zaangażowani w alternatywne życie w Internecie lub graniu. Ta tematyka wymaga jednak dalszych badań.

Dopalacze są obecnie najłatwiej dostępną substancją – każdy może je zamówić przez Internet. Są także najbardziej niebezpieczne, ponieważ nikt nie wie, co tak naprawdę kupuje. Oprócz nich bardzo popularna jest amfetamina. Marihuana jest także popularna, ale jej używanie nie jest postrzegane jako problematyczne.

Degradacja społeczna, utrata pracy, konflikt z prawem, opuszczanie szkoły, utrata domu, zapaści, psychozy, lęki nie były dla osób uzależnionych bodźcem do podjęcia terapii zarówno wśród osób starszych, jak i młodszych. Traktowali je jako uboczny skutek używania substancji.

Dostępność substancji, wiedza na ich temat oraz odporność na konsekwencje związane z uzależnieniem wskazują, że zarówno praca terapeutyczna, jak i profilaktyka powinna być nastawiona przede wszystkim na przyczynę sięgania po substancje psychoaktywne.

1.7. Ocena systemu wsparcia – alkohol

Wszyscy respondenci brali udział w terapii uzależnień prowadzonej na terenie Gdańska w trzech różnych ośrodkach. Część 10-15 lat temu, część przed kilku laty. Osoby starsze najczęściej przechodziły następującą drogę: oddział detoksykacyjny – roczna terapia – terapia pogłębiona i dalsze jej formy, np. warsztaty rozwojowe, mitingi AA. Dwie osoby młodsze wzięły udział tylko w kilkumiesięcznej terapii uzależnień i nie czuły dalszej potrzeby jej kontynuowania w ramach grup AA, nie zgadzały się bowiem z filozofią ruchu AA.

Należy podkreślić, że wszyscy respondenci prezentowali dużą samoświadomość i refleksyjność, co wskazuje, że działania terapeutyczno-rozwojowe były w tym zakresie skuteczne. Większość podjęła decyzję o terapii samodzielnie na skutek jakiegoś momentu przełomowego w ich życiu związanego z subiektywnie postrzeganym upadkiem. Część poddała się naciskom rodziny – dzieci lub partnerek. Jeden z badanych, bezdomny mężczyzna przestał pić, wówczas kiedy trafił po raz kolejny na oddział detoksykacyjny, gdzie ordynator powiedział mu, że może skorzystać z terapii uzależnień i pójść do noclegowni dla bezdomnych – wcześniej nigdy nie słyszał o takich możliwościach. Wsparcie, którego udzielili mu tam lekarze i pielęgniarki, sprawiło, że przestał pić –

jak mówi „z wdzięczności, żeby to uszanować, nie zawieść. Nie ze strachu.”. Jego motywacja była tak duża, że sam płacił za swoją terapię – z tego, co zbierał na śmietnikach. Pozostał też odporny na wpływ środowiska – alkoholizm wśród osób bezdomnych jest powszechny. W schronisku pili wszyscy oprócz niego.

Respondenci wysoko oceniali pomoc otrzymaną na oddziale detoksykacyjnym oraz działania postterapeutyczne oferowane przez ruch AA (grupy, mitingi) i organizacje pozarządowe takie jak Klub Integracji Społecznej (warsztaty rozwojowe). Natomiast sama terapia była oceniana różnie. Osoby młodsze były nastawione krytycznie wobec terapii. Dostrzegały jej pozytywne efekty związane z poszerzeniem się wiedzy i świadomości na temat uzależnienia oraz przyczyn, dla których sięgnęły po alkohol, ale wskazywały też negatywne skutki w postaci depresji wynikającej wprost z zastosowanej metody pracy. Część przytoczonych faktów można również uznać za brak profesjonalizmu osób prowadzących terapię, sprzeczny z zasadami pomocy psychologicznej.

W dwu przypadkach respondenci brali udział i w terapii grupowej, i indywidualnej. Terapia indywidualna była prowadzona przez osobę, która nie miała wykształcenia terapeutycznego i psychologicznego, była po prostu osobą wyleczoną z uzależnienia od alkoholu. Podczas terapii respondentka czuła się krytykowana i oceniana, a respondent nierozumiany i wycofał się z kontaktu. Dodatkową trudnością było to, że osoby młode odróżniały się od grupy wiekiem - wszystkie pozostałe osoby były dużo starsze. Przykładowo, omawianie przez młodsze osoby na forum grupy treści związanych z problemami ze szkołą, rodziło niezrozumienie ze strony osób 40-50 letnich, dla których te problemy były abstrakcyjne. Część z pacjentów była także sprawcami przemocy, co z kolei aktywizowało dawne traumy u respondentów, którzy jako dzieci alkoholików, sami w przeszłości byli ofiarami przemocy domowej. Z uwagi na słaby kontakt z terapeutą indywidualnym, respondentka nie miała możliwości przepracowania tamtych doświadczeń, na grupie zaś było to zbyt trudne. Obydwoje przyznali, że woleli by być w innej grupie, bardziej wiekiem i doświadczeniem zbliżonej do nich.

Respondenci nie podzielali także filozofii terapii prowadzonej w duchu AA, gdzie alkoholizm uważano za nieuleczalną chorobę i trzeba było mówić o sobie, że się jest alkoholikiem. Badani zwrócili uwagę, że cała terapia była skupiona na alkoholu do tego stopnia, że każda emocja miała być interpretowana jako głód alkoholowy (zmęczenie, empatia, smutek), co wydawało im się niezgodne z ich doświadczeniem. Jeśli jednak podnosili tę kwestię, byli negatywnie oceniani przez grupę i prowadzących, którzy utrzymywali, że nie chcą się po prostu przyznać do swego nałogu. Kolejną trudnością było pisanie prac domowych, które cały czas skupiały się na tym, jak wiele złego się robiło po alkoholu. Respondentka zwróciła uwagę, że nie chciała się wypowiadać, czuła się źle, zaczęła uważać się „za złego człowieka” i nie była w stanie sobie z tym poradzić. Przytoczyła sytuację, w której jako jedyna odważyła się pochwalić osobę, która mimo przemożnej chęci, żeby się

napić, tego nie zrobiła, podczas gdy wszyscy inni krytykowali pacjentkę za to, że doprowadziła do sytuacji, w której pojawiły się takie myśli. W terapii w ogóle nie budowano wizji pozytywnej przyszłości, nie szukano pozytywów i nie pracowano na zasobach. Dodatkowo pod znakiem zapytania stała skuteczność tej terapii – osoba prowadząca terapię mówiła, że 80% wraca do picia. Respondentom trudno było odnaleźć się na terapii i na różnym etapie w końcu się z niej wycofali. Respondentka podjęła jeszcze próbę kontaktu z dwoma terapeutami uzależnień (w poradniach państwowych), ale z uwagi na podobne odczucia zrezygnowała.

Obecnie oboje radzą sobie bez terapii. Stosowane przez nich strategie to ostrożność, uważanie na alkohol i bycie świadomym tego, ile i kiedy piją. Unikają picia, kiedy są zestresowani, szukają innych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Ponieważ od terapii upłynęło już kilka lat, a nie tracą kontroli nad piciem, nie widzą potrzeby całkowitej abstynencji. Jako czynniki, które im pomogły wymieniają fakt, że terapia zmusiła ich do podjęcia abstynencji na dłuższy czas, zobaczenie tego, że utracili kontrolę nad piciem i uświadomienie sobie przyczyn tego, z jakich powodów i w jakich sytuacjach sięgali po alkohol.

Jeśli chodzi o pozostałych respondentów – starszych wiekiem - to najczęściej przyjmowali oddziaływania terapeutyczne z dobrodziejstwem inwentarza, co za tym idzie przyjmowali filozofię AA i bardzo szybko już w trakcie terapii odnajdywali się w ruchu AA. Ci, którym nie wystarczały mitingi, brali udział w warsztatach rozwojowych dotyczących poznania samego siebie, swoich emocji, swoich uwarunkowań jako DDA. Podkreślali, że udział w nich był dla nich niezwykle ważnym doświadczeniem. Jeden z respondentów podsumował, że AA to jedna noga dająca duchowość i wspólnotę, a warsztaty psychologiczne druga, dająca wiedzę psychologiczną i obydwa oddziaływania muszą być połączone.

Większość respondentów była przekonana, że AA uratowało ich życie. Część z nich miała okresy, kiedy chodziła na mitingi nawet codziennie (odbywają się w różnych miejscach Gdańska). Bezsprzecznie jako największą zaletę wskazywano poczucie akceptacji, przynależności i wspólnoty, dzięki któremu chce się spędzać w tym gronie czas. „Czułem się zrozumiany. Mówili mi: ty też możesz jeszcze wrócić”. „Był tam taki jeden. Mówił tylko o sobie, taka jest zasada, co czuł, jak sobie poradził. Nie naciskał, nie krytykował moich błędów, mówił: jeszcze to przemyśl. Superterapeuta – to czego inni nie potrafili, on potrafił. Załapałem, że muszę SAM się leczyć, bo nikt mnie nie wyleczy”. Dwóch badanych miało jednak trudność z tym, że jest tam „tak dużo o Bogu”, co nie odzwierciedlało ich przekonań.

Część respondentów działała również w klubie abstynenta – byli zaangażowani w remont pomieszczeń, a potem organizację zajęć dla innych. Była to dla nich bardzo ważna działalność. Głównym czynnikiem leczącym było uświadomienie sobie strat – tego, co się traci, będąc w nałogu oraz nauczenie radzenia sobie ze stresem bez alkoholu (terapeuci, miting, koleżanki). Terapia

nauczyła ich czujności i ostrożności. Choć na terapii zalecano im unikanie wszystkich bodźców łączących się z alkoholem, z uwagi na jego wszechobecność większość przyjęła strategię samokontroli i odpowiedzialności za swoje decyzje: „alkohol może stać obok mnie, ale ja się nie napiję”.

Starsi respondenci nie brali udziału w żadnym programie profilaktycznym. Jeden z badanych nie wiedział nawet, że istnieje coś takiego jak terapia uzależnień. Inni mówili, że było pewnie wiele informacji, że alkohol niszczy życie, ale nie zwracali na nie uwagi. Młodszy pamiętają, że „było coś w szkole” z przekazem: narkotyki są złe. Nie pamiętają jednak, aby ktoś zajmował się alkoholem i wskazywał na jego negatywne skutki. Badani dowiedzieli się o możliwościach terapii najczęściej przez oddział detoksykacyjny. Młodszy znaleźli informacje w Internecie.

Trudno im wymienić skuteczne działania profilaktyczne. Część osób rozważała utrudnienie dostępu do alkoholu, inni jednak uważali, że jeśli ktoś chce się napić, to i tak znajdzie możliwość. Kilka osób powiedziało, że nie było dla nich innej drogi – urodzili się w rodzinie alkoholowej i że najważniejsze to wyjść z stamtąd, mieć zdrowy dom i pracę. Zdecydowanie odrzucili model mówiący: „alkohol/narkotyki są złe” jako zupełnie nieprzekonujący i nieskuteczny. Podkreślali, że tylko denerwowało ich, jak ktoś mówił, że za dużo piją. Przekonujące dla nich były tylko słowa kogoś kto był w podobnej sytuacji, ale sobie z nią poradził, poszedł inną drogą. Tylko taka osoba była autorytetem. Jeden z respondentów podkreślił, że nad osobą uzależnioną nie można się litować, dawać jej pieniędzy i usprawiedliwiać jej błędów. Inny wskazywał na wagę prawdziwych przyjaciół. Bezdomny mężczyzna podkreślił, że bardzo ważna była dla niego pomoc asystentki ds. bezdomności, z którą spotyka się od roku. Dzięki temu m.in. zadbał o swój stan zdrowia.

1.8. Ocena systemu wsparcia – narkotyki

Wszyscy respondenci brali udział w terapii uzależnień, im starsi, tym w większej ilości oddziaływań i dłużej. Część wsparcia otrzymali od placówek w Gdańsku, część w innych miejscach Polski lub za granicą. Respondenci korzystający z terapii substytucyjnej przebywali w wielu ośrodkach terapeutycznych. Wskazywali, że dla nich najważniejszy był sposób podejścia terapeutów. Jako skuteczny określili taki, w którym czuli się szanowali, traktowani na równi, a nie ubezwłasnowolnieni, zostawiano im możliwość wyboru i oddawano odpowiedzialność. Wskazywali, że pierwotne założenia ośrodków monarowskich dalekie były traktowania pacjentów na równi i szanowania ich, zbyt dużo było restrykcji, ograniczania wolności itp. i z ulgą przyjęli ewolucję i zmianę w kierunku rozwiązań bardziej demokratycznych i uwzględniających wolę pacjentów. Podobne zdanie mieli respondenci po 30 roku życia, którzy z powodu takiego przekonania nigdy nie zdecydowali się na terapię w ośrodkach Monaru (nie mieszkali wówczas w Gdańsku).

Wszyscy jednak chwalili terapię ambulatoryjną oferowaną przez Monar – szczególnie poradnię na Srebrzysku z uwagi na profesjonalne i „ludzkie” podejście terapeutów, którzy okazywali wsparcie i zrozumienie.

Respondenci korzystający z terapii substytucyjnej mieli doświadczenia z obydwu ośrodków w Gdańsku (WOTUw i Bydgoszcz), dwóch w Warszawie i kilku zagranicznych. Chwalili prywatny program warszawski „Mały książę” oraz ośrodki zagraniczne, które były zdecydowanie bardziej wyspecjalizowane (np. tylko dla kobiet w ciąży, tylko dla osób, które nie chcą utrzymywać całkowitej abstynencji od substancji psychoaktywnych). Obydwa programy w Gdańsku zostały bardzo skrytykowane, przede wszystkim z uwagi na podejście personelu od pacjentów: „Przepędza nas się z kąta w kąt, nie traktuje jak ludzi, cały czas ktoś na nas krzyczy”, „Ten profesor bardzo dobrze wypada na konferencjach, ale pacjentowi nawet w oczy nie patrzy, nie nawiązuje kontaktu. Tylko w komputer i wypisuje recepty”.

Drugą krytykowaną kwestią był wymóg całkowitej abstynencji, także od alkoholu, której pacjenci nie chcieli utrzymywać: „Jestem stary. Chciałbym się móc spokojnie piwa napić, a nie ukrywać z tym jak dzieciak. Ja i tak już będę brał metadon do końca życia, więc po co ta abstynencja?” Wskazywali, że najchętniej odbieraliby metadon w aptece pod domem. Podkreślili, że pacjenci boją się lekarzy, ponieważ są całkowicie zależni od terapii metadonem i mają obawę, że może on im zostać odebrany, jak ujął to badany: „lekarzy traktują jak dilerów”.

Osoby młode bardzo chwaliły ośrodek terapeutyczny Mrowisko. Dwie osoby podjęły wcześniej terapię w Monarze, ale po dwóch miesiącach ją przerwały. Jedna osoba miała doświadczenie z Karanem, jedna z ośrodkiem bazującym na filozofii Anonimowych Narkomanów. Jako najskuteczniejszy i najlepszy ocenili ośrodek Mrowisko, choć należy pamiętać, że była to ich druga próba terapii, która z różnych powodów mogła być skuteczniejsza. Badani wskazywali motywujący system uprawnień uzyskiwanych podczas pobytu w domu (bazujący na systemie monarowskim), kameralną atmosferę (mała ilość osób) oraz indywidualne podejście.

Dla dwóch młodych osób, które ukończyły terapię, bardzo ważne było wsparcie, które mogły uzyskać w postaci oddziaływań readaptacyjnych i rozwojowych oferowanych przez Mrowisko i Monar (pomoc w znalezieniu mieszkania, udział w warsztatach rozwojowych, bliska obecność osób, u których odbywały terapię działającą na nie mobilizująco).

Respondenci, idąc na pierwszą terapię, albo byli do niej przymuszeni przez sąd lub rodzinę, albo chcieli jedynie podleczyć swój zły stan zdrowia. Dopiero w trakcie terapii albo po jej przerwaniu badani zyskiwali własną motywację, uświadamiając sobie, że utracili kontrolę nad narkotykami, zaczęli się też zastanawiać, jak będzie wyglądać ich przyszłość. Osoby biorące heroinę widziały, jak ich znajomi się zmieniają, degradową społecznie, umierają, popełniają samobójstwo.

Badani szczególnie akcentowali znaczenie wolności – w wyborze sposobu życia, w oddziaływaniach terapeutycznych. Korzystali najbardziej z takiej terapii, która pozwalała im na podejmowanie autonomicznych decyzji, źle się czuli w rygorze. W takiej terapii uzyskiwali wsparcie pozwalające im na lepsze funkcjonowanie, nawet jeśli nie zachowali, jak w przypadku pacjentów substytucyjnych, abstynencji („Nauczyłem się ogarniać po upadku. Dlatego teraz jakoś funkcjonuję. Jestem w stanie się zdyscyplinować”).

Ponadto jako czynniki leczące respondenci wymieniali zyskanie świadomości, do czego służył im narkotyk oraz nauczenie się radzenia sobie w stresujących sytuacjach w inny sposób niż branie substancji, a także podjęcie takich kroków, które sprawiły, że wykonują jako pracę zawodową coś, co ich interesuje. Akcentowano zyskanie poczucia sprawstwa i wzięcia odpowiedzialności za swoje życie.

Osoby młode, które przebywały w ośrodku były zadowolone z tej formy terapii, ponieważ pozwalała im ona wyrwać się ze swojego środowiska osób nadużywających narkotyków, ale też wolały mieszkać tam niż z rodzicami. Badani wskazywali, że gdyby mieli lepszy kontakt z rodzicami, być może to ochroniłoby ich przed uzależnieniem.

Jeden z respondentów zakażony HIV zwrócił uwagę, że w Gdańsku nie ma obecnie żadnych działań dla osób żyjących z HIV, podczas gdy w Warszawie organizuje się konferencje, spotkania, prelekcje. Chętnie zaangażowałby się osobiście w organizowanie takich działań.

Respondenci zetknęli się z oddziaływaniami profilaktycznymi w szkole, ale generalnie nie zwrócili na nie uwagi. Ich zdaniem oddziaływania trzeba zaczynać bardzo wcześnie, już w szkole podstawowej, bo w gimnazjum jest już za późno – tam już wchodzi się w okres buntu i będzie trudno szukać pomocy u dorosłych, jeśli się jej wcześniej nie znalazło. Dodatkowo w gimnazjum już często nadużywa się substancji psychoaktywnych. Wskazywali, że najskuteczniejsze byłyby zajęcia psychologiczne, pomagające rozpoznać emocje i pomagające w problemach w domu i w budowaniu poczucia własnej wartości.

Profilaktyka nie powinna polegać na mówieniu, że narkotyki są złe i szkodzą, ponieważ zdaniem respondentów to nie działa, a nawet zachęca, żeby zrobić na przekór. Straszanie skutkami uzależnienia w ustach osób, które nigdy nie brały narkotyków i nie są dla młodych ludzi autorytetami, jest niewiarygodne. Mówienie, że kto zaczyna od marihuany na pewno skończy na heroinie, wydaje się po prostu kłamstwem wobec tego, że młodzi ludzie widzą wiele osób sporadycznie palących marihuanę, dobrze funkcjonujących i nie wykazujących symptomów uzależnienia. Pewną przestrogą staje się dopiero spotkanie osób uzależnionych bardzo źle funkcjonujących i zidentyfikowanie z nimi, że tak można skończyć. Albo osób, które poradziły sobie z uzależnieniem i dzięki temu stają się wiarygodne, jeśli mówią o narkotykach i życiu bez nich.

1.9. Ocena systemu wsparcia – wnioski

Klasyczna terapia uzależnienia od alkoholu nastawiona na udział w grupach AA wydaje się nieskuteczna, jeśli chodzi o młodych ludzi. Zachodzi więc potrzeba analizy skuteczności terapii w stosunku do obecnych potrzeb młodych ludzi i potrzeba jej redefinicji, być może na bazie terapii osób uzależnionych od narkotyków. Najskuteczniejsze czynniki leczące to zyskanie świadomości konsekwencji uzależnienia, danie możliwości wzięcia odpowiedzialności za swoje życie i podejmowania autonomicznych decyzji, danie poczucia akceptacji.

Bardzo duże znaczenie odgrywa readaptacja społeczna i postterapia w utrzymaniu dobrego funkcjonowania osób kończących terapię. Duże wsparcie w tym zakresie powinny otrzymać organizacje pozarządowe jako te, które mogą przede wszystkim dostarczyć takiego wsparcia – również w formie zaangażowania danej osoby w realizowanie i kreowanie działań na rzecz innych ludzi. Innymi słowy, organizacje pozarządowe nie są tylko „dostarczycielami” pomocy, ale aktywizują i umożliwiają kreowanie działań. Organizacje pozarządowe z terenu Gdańska zostały bardzo dobrze ocenione przez respondentów jako te, które odpowiadają na ich potrzeby. Głosy krytyczne padały w stosunku do niektórych placówek służby zdrowia.

Doświadczenia respondentów wskazują, że zanim zaczęli nadużywać alkoholu i narkotyków najskuteczniejszą profilaktyką byłoby pokazanie im innego scenariusza na ich życie – że nie muszą skończyć jak rodzice i znajomi z dzielnicy. Ważne byłoby danie perspektyw na budowanie innego życia – poprzez zainteresowanie kogoś znaczącego ich losem, wsparcie w nauce, a dla obecnych młodych ukierunkowanie zawodowe oraz inne związane z readaptacją społeczną. Zachodzi więc potrzeba uczenia samodzielności i odpowiedzialności, przy jednoczesnym daniu możliwości rozwoju autonomii, co jest szczególnie ważne dla osób w wieku szkolnym.

Najskuteczniejsze i najczęściej wymieniane działania profilaktyczne zarówno przez uzależnionych od alkoholu, jak i narkotyków to: uświadomienie sobie skutków uzależnienia i strat, które się z tego powodu ponosi. Jednak większość osób przekazująca taką informację będzie niewiarygodna. Dlatego respondenci wskazywali, że wiarygodna będzie przede wszystkim osoba uzależniona – albo bardzo źle funkcjonująca i pokazująca na sobie skutki uzależnienia albo taka, która pokonała uzależnienie i może sobą potwierdzić, że istnieje inna droga.

Profilaktyka polegająca na mówieniu, że narkotyki i alkohol są złe i szkodzą nie jest skuteczna w opinii badanych. A jeśli do tego będzie to profilaktyka narzucona obowiązkowo, może przynieść skutek odwrotny od zamierzonego i wywołać działania na przekór. Uważały tak zarówno osoby starsze, jak i młodsze. Działania profilaktyczne powinny odnosić się do realnych problemów, na które odpowiedzią jest nadużywanie substancji, a nie do samego przestrzegania przed używkami. Stąd potrzeba różnego rodzaju wsparcia psychologicznego i warsztatów rozwojowych, ale także

w przypadku osób w wieku szkolnym, nawiązywania kontaktu i zainteresowanie ich problemami ze strony osób znaczących, obdarzanych zaufaniem przez uczniów/uczennice (nauczyciele, pedagodzy, trenerzy). Powinni oni móc uzyskać wsparcie w swojej pracy. Oddziaływania profilaktyczne należy zaczynać jak najwcześniej już na etapie szkoły podstawowej, w gimnazjum jest już za późno.

2. Badanie wśród ekspertów i ekspertek – zogniskowane wywiady grupowe

Celem wywiadów pogłębionych było zebranie opinii ekspertów, w tym reprezentantów mieszkańców, dotyczących wyników badania ilościowego, obecnej sytuacji w zakresie uzależnień w Gdańsku, nowych problemów w terapii i profilaktyce uzależnień oraz wynikających z tego rekomendowanych działań dla UM i GCPU. Przeprowadzono dwa wywiady pogłębione (fokusy), w których wzięli udział eksperci i ekspertki z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień oraz reprezentanci mieszkańców dzielnic, w których występuje duży problem uzależnień. Do udziału w badaniu zaproszono szerokie grono osób z głównych placówek i organizacji zajmujących się terapią lub profilaktyką. Zostali oni wskazani przez Zamawiającego. Ostatecznie w wywiadach wzięło udział 12 osób reprezentujących Straż Miejską, Monar, Mrowisko, Towarzystwo Brata Alberta, Stowarzyszenie Integracji Społecznej Klub Abstynenta „Przyszłość”, a także terapeuci prowadzący terapię uzależnień oraz przedstawiciele rad dzielnic.

2.1. Wyniki badań ilościowych a doświadczenie ekspertów

Zaprezentowane wyniki badania były dla wszystkich uczestników bardzo interesujące, szczególnie zaś trend spadkowy dotyczący mniejszej konsumpcji alkoholu przy jednoczesnym notowaniu mniejszej ilości interwencji związanych z piciem alkoholu w miejscach publicznych. Zwrócono uwagę na to, że z roku na rok jest większy obrót i rośnie sprzedaż alkoholu. Może to oznaczać, że zmienił się styl picia i mieszkańcy Gdańska piją droższe alkohole, ale przede wszystkim z tego, że Gdańsk jest miastem turystycznym i do konsumpcji alkoholu dokładają się właśnie turyści. Eksperci byli zdania, raczej mało prawdopodobna jest zamiana alkoholu na uzależnienia behawioralne. Nie wykluczają jednak, że tendencja do uzależnienia od hazardu czy gier komputerowych, Internetu może rosnąć, zwłaszcza wśród młodych ludzi, w związku z tym ten temat wymaga dalszych badań. Przedstawiciele poradni Monaru i Mrowiska potwierdzili, że zgłasza się coraz więcej osób z uzależnieniem od hazardu i komputera.

Wśród komentarzy pojawiła się refleksja, że wzrost częstości brania leków może być spowodowany nie zamiarem uzależniania się, a dużą ilością reklam prezentujących używanie leków jako coś normalnego. Jedna z osób stwierdziła, że szacowała ilość środków psychoaktywnych w przeciętnych polskich domach i wyszło jej, że w każdym jest przynajmniej 30 substancji, którymi można się odurzyć. Wraza też liczba diagnozowanych chorób psychicznych, w tym depresji, stąd zwiększenie zażywania leków antydepresyjnych. Z drugiej strony do Monaru w skali całej Polski nie trafia nikt, kto byłby uzależniony od leków („może jedna osoba, promil”), potwierdzili to terapeuci gdańscy – bardzo rzadko trafiają do nich osoby uzależnione tylko od leków.

Zwrócono również uwagę, że rośnie akceptacja społeczna związana z piciem alkoholu, taki styl życia jest też dodatkowo prezentowany w reklamach (grill, wypoczynek – zawsze z piwem). Eksperti zwrócili również uwagę na strukturę próby, gdzie stosunkowo mało jest osób bezrobotnych czy o niskim dochodzie, a wiele osób deklaruje subiektywne zadowolenie z życia i swojej sytuacji materialnej. Może to oznaczać, że nastąpił wzrost dobrobytu i jakości życia, z drugiej jednak strony klientami poradni uzależnień najczęściej są osoby o niskim statusie materialnym i społecznym, a liczba zgłaszających się pacjentów rośnie.

2.2. Obecna sytuacja w Gdańsku

Terapeuci zauważyli, że notują wzrost osób uzależnionych, które chcą podjąć terapię. Dziennie do WOTUw potrafi przyjść 10 osób na dyżur diagnostyczny. Na terapię grupową intensywną chodzi tygodniowo 120 osób. Ośrodek jest zmuszony doszkalać terapeutów. Zauważalny jest wzrost ilości młodych osób – najczęściej studentów i studentek, co pokrywa się z powszechną obserwacją, że studenci piją dużo, a dodatkowo często palą marihuanę lub biorą amfetaminę i w tej grupie istnieje bardzo duże przyzwolenie na używanie substancji psychoaktywnych.

Dużą liczbę pacjentów potwierdza Monar, który swojego ośrodka w grudniu przyjmuje dopiero osoby z maja. Również do poradni Monaru zgłaszają się osoby, którym w innych ośrodkach wyznaczono odległe terminy. Poradnia Monaru robi wszystko, aby klientów przyjmować z dnia na dzień („abyśmy nie stali się wyselekcjonowaną grupą terapeutów, do których czeka się miesiącami, ważne jest, aby interweniować szybko”) – zostały więc wydłużone godziny pracy placówki i zatrudniona większa ilość pracowników merytorycznych.

Notuje się też duży wzrost uzależnień mieszanych lub krzyżowych – od alkoholu i narkotyków łącznie. Sygnalizowali to wszyscy eksperci. Rośnie liczna uzależnionych kobiet w każdym wieku. Do WOTUwu przychodzi też coraz więcej pijących kobiet, także takich, które zaczęły pić po 50 roku życia, a z kolei do Monaru trafia coraz więcej młodych dziewcząt – kiedyś proporcja była 1 do 30, dziś jest prawie pół na pół.

Jest też coraz więcej zachowań autodestrukcyjnych (samouszkodzenia, cięcie) wśród młodzieży używającej środków psychoaktywnych. Monar prowadzi też w Gdańsku jedyny oddział dla osób z podwójną diagnozą (uzależnienia plus inny rodzaj zaburzeń/chorób psychicznych: zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne, schizofrenia) i liczba tych pacjentów stale się zwiększa. Przybywa też pacjentów uzależnionych z upośledzeniem umysłowym oraz zaburzeniami organicznymi, którzy nie są w stanie uczestniczyć w normalnej terapii. Potrzeba specjalistów, którzy potrafią się z nimi porozumieć. Wszystkie osoby z tzw. podwójną diagnozą wymagają więcej pracy terapeutycznej, a co za tym idzie ich terapia jest bardziej kosztowna.

2.3. Nowe trendy i wyzwania w terapii

W związku ze zmianami w DSM V, amerykańskiej klasyfikacji diagnostycznej i zapowiadany zmianami w ICD-10 oraz innymi badaniami dotyczącymi uzależnień, zapytano ekspertów o to, czy w ostatnich latach zmieniło się podejście w terapii i z jakim skutkiem. Wskazano następujące zmiany:

- Mrowisko wdrożyło program terapeutyczny dla osób uzależnionych od hazardu – jedną z najważniejszych zmian w DSM V jest wpisanie hazardu jako uzależnienia behawioralnego obok uzależnień od substancji.
- W związku z badaniami Moskalewicza na temat funkcjonowania poradni ambulatoryjnych, Monar położył nacisk na działania readaptacyjne i postterapeutyczne. Dzięki współpracy z wieloma instytucjami prowadzi mieszkania readaptacyjne, hostele, grupy wsparcia postterapeutyczne, obecnie najnowsza – umiejętności wychowawczych dla osób uzależnionych od narkotyków. Finansuje kursy, szkolenia, czesne w szkołach, wyjazdowe warsztaty rozwojowe. Te działania zaowocowały bardzo dużym wzrostem skuteczności działań terapeutycznych (ewaluacja jest prowadzona dwa razy do roku), zmniejszyła się ilość nawrotów, poprawiło się funkcjonowanie społeczno-zawodowe itp.
- Poradnia Monaru wprowadziła program dla osób uzależnionych pod kuratelą sądową. Obecnie coraz więcej osób kontynuuje go dobrowolnie.
- Stowarzyszenie Integracji Społecznej Klub Abstynenta „Przyszłość” wprowadziło w ramach postterapii warsztaty rozwojowe, które uczą rozwiązywania problemów zamiast uciekania w substancje psychoaktywne. Warsztaty te cieszą się ogromnym powodzeniem.]
- Odchodzi się od terapii obliczonej na zachowywanie całkowitej abstynencji. Eksperci potwierdzili, że prowadzą terapię nastawioną na potrzeby klienta – jeśli klient chce jedynie ograniczyć używanie substancji psychoaktywnych, nad tym się pracuje. Zasadą terapii jest realizowanie celów klienta, a nie terapeuty. („W terapii chodzi o to, żeby każdy znalazł swoją drogę jakakolwiek by ona nie była”).
- Towarzystwo Brata Alberta w swoich placówkach wdrożyło program redukcji szkód – otworzyło domy dla osób, które nie są w stanie zachować całkowitej abstynencji. W pozostałych placówkach na skutek oddziaływań profilaktycznych notuje się mniej „wpadek” (przebywania pod wpływem alkoholu w schronisku) w ciągu tygodnia, choć osoby wypisują się częściej na weekendy. Osiągnięto jednak efekt ograniczenia picia wśród klientów placówek. Zauważono też, że osoby w placówkach, gdzie jest nakaz abstynencji i które w wieku 70 lat odstawiły całkowicie alkohol, bardzo szybko uzależniają się od leków

(bo wszystko zaczyna je boleć) i w ciągu następnego roku umierają. W związku z tym pojawia się dylemat moralny, czy motywować tak jak dotąd do całkowitego odstawienia alkoholu. Drugą kwestią jest cel programu readaptacji – jeśli zakłada się, że celem jest przywrócenie do społeczności i normalności, to powstaje pytanie o zasadność zachowywania abstynencji. W społeczeństwie czymś naturalnym jest wypicie piwa, a w placówkach dla osób bezdomnych za wypicie jednego piwa usuwa się taką osobę ze schroniska.

- Do Monaru zgłasza się coraz więcej młodych osób z uzależnieniem od alkoholu, które nie chcą podjąć terapii w programie oferowanym przez gdańskie placówki leczenia uzależnienia od alkoholu. Są tego trzy główne przyczyny: po pierwsze są to osoby przed 30 rokiem życia, a w tamtych placówkach dominują osoby po 30-stce i starsze z zupełnie innymi doświadczeniami. Po drugie stosowana tam terapia jest bardzo obciążająca czasowo – przez 6 tygodni zajęcia są od rana do wieczora, a część osób nie może sobie pozwolić na taką przerwę w pracy lub w szkole. Wolą więc terapię ambulatoryjną 2-3 razy w tygodniu oferowaną przez Monar. Po trzecie założenia terapii, w której całe życie pozostaje się osobą uzależnioną i zawsze swoje przedstawienie należy zaczynać od formułki „Nazywam się A. Jestem alkoholikiem. Nie piję od X lat.” jest dla młodych ludzi obciążające stygmatem, którego nie chcą przyjąć. Terapia oferowana przez Monar i Mrowisko opiera się na innych zasadach. Główną różnicą jest niepodzielanie poglądu, że nie można przestać być osobą uzależnioną oraz że trzeba zachowywać całkowitą abstynencję przez całe życie. Reprezentanci Monaru, Mrowiska i Towarzystwa Brata Alberta wskazali, że „trudno jest rozwinąć skrzydła, jak się niesie taki krzyż na plecach”. Wskazywali na przykłady pacjentów kiedyś uzależnionych od heroiny, którzy musieli w celach leczniczych zażywać morfinę i nie powodowała ona nawrotu. Podkreślano, że najważniejsze jest przepracowanie trudności, z powodu których zażywało się substancje psychoaktywne. Jeden z terapeutów wskazał na swoje doświadczenie, że lepsze wyniki w terapii młodych ludzi osiąga, nie używając nawet terminu „uzależnienie”, a tym bardziej „narkoman” czy „alkoholik” i woli określać zjawisko uzależnień jako używanie substancji w sposób, który szkodzi i utrudnia dobre funkcjonowanie. Skonkludowano jednak, że terapia w duchu AA i AN też jest dla części osób skuteczna, a więc oferta terapeutyczna powinna być różnorodna tak, aby każdy mógł ją dopasować do potrzeb.

2.4. Zróżnicowanie dzielnicowe Gdańska

Generalnie punktami, gdzie dochodzi do największej ilości interwencji i które są najbardziej niebezpieczne, jeśli chodzi o uzależnienia to Śródmieście w Gdańsku i Sopot. Tam jest najwięcej

klubów i dyskotek, tam spożywa się największe ilości alkoholu, a także handluje narkotykami, tam też ściągają turyści. Pozostałe dzielnice zostały określone jako sypialnie. Wskazano również dzielnice, gdzie tradycyjnie mieszka najwięcej osób z problemem alkoholowym: Orunia, Stogi, Dolne Miasto, stąd też zagrożenie dziedziczeniem uzależnień i statusu społecznego przez młodzież.

Wnioski i rekomendacje

1. Obserwuje się wzrost uzależnień od alkoholu i narkotyków jednocześnie (mieszanych lub krzyżowych), w tym także nadużywania dopalaczy. Szczególnie jest to widoczne u młodych ludzi, którzy znacznie rzadziej są uzależnieni tylko od alkoholu. Jednocześnie terapia oferowana w placówkach zajmujących się leczeniem alkoholizmu wydaje się być niedopasowana do potrzeb młodych ludzi, którzy odrzucają jej założenia i w związku z tym jest dla nich nieskuteczna.

Rekomendacja: Zachodzi potrzeba ściślejszej współpracy pomiędzy jednostkami zajmującymi się alkoholizmem i narkomanią, która byłaby odpowiedzią na nowe zjawiska. Konieczna jest refleksja nad oddziaływaniami terapeutycznymi skierowanymi do młodych ludzi, szczególnie w placówkach specjalizujących się w leczeniu alkoholizmu. Refleksja ta powinna brać pod uwagę najnowsze badania naukowe dotyczące uzależnień oraz skuteczności terapii, doświadczenia specjalistów oraz potrzeby pacjentów. Na podstawie wyników zaprezentowanych w niniejszym raporcie można powiedzieć, że konieczna jest redefinicja terapeutycznych oddziaływań m.in. poprzez:

- ujednoczenie grup wiekowych tak, aby powstały osobne grupy terapeutyczne dla osób młodych,
- umożliwienie korzystania z terapii osobom, które chcą ją połączyć z pracą lub szkołą,
- wypracowanie alternatyw dla modelu terapii bazującego na filozofii AA (zakładającego m.in. że alkoholikiem, narkomanem jest się zawsze).

2. Obserwuje się pewien wzrost osób uzależnionych od hazardu i komputera. Rozpowszechnienie uzależnień behawioralnych wymagałoby jednak osobnych badań.

Rekomendacja: Należy już teraz włączyć przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym w politykę miejską po to, aby przygotować działania profilaktyczne i terapeutyczne odpowiadające potrzebom tej grupy. Do ustalenia polityki konieczne wydaje się przeprowadzenie badań specyfiki i rozpowszechnienia tego typu uzależnień na terenie Gdańska.

3. Jako jedna z istotnych grup nadużywających substancji psychoaktywnych zostali wskazani studenci i studentki.

Rekomendacja: Należy podjąć działania profilaktyczne skierowane specyficznie do studentów i studentek we współpracy z uczelniami wyższymi.

4. Rośnie liczba kobiet i dziewcząt zgłaszających się na terapię uzależnień. Ich uzależnienie bywa zaskoczeniem dla otoczenia, ponieważ wiele z nich ukrywa swoje problemy, pracuje, dobrze się uczy i pozornie dobrze funkcjonuje.

Rekomendacja: Bardzo ważne jest przygotowanie programów profilaktycznych, które będą adresowane do kobiet i będą uwzględniały specyficzne potrzeby tej grupy związane z ich socjalizacją (m.in. nacisk na samoakceptację, asertywność, umiejętności społeczne związane z wyrażaniem emocji i dobre funkcjonowanie w sferze publicznej). Bardzo ważne jest też przygotowanie nauczycieli, pedagogów, trenerów i innych osób znaczących do udzielania wsparcia młodym dziewczętom.

5. Wnioski z wywiadów z osobami, które doświadczyły uzależnienia, wskazują, że z różnych przyczyn nie są to osoby, które same zgłoszą się po pomoc. W tym badaniu osoby nadużywające substancji nie otrzymywały od matki i ojca rodzicielskiego wsparcia (rodzice sami są uzależnieni, w depresji, ojciec się nie interesuje itp.), ale pochodziły z domów zarówno o niskim, jak i wysokim statusie społecznym. Profilaktyka pokazująca alkohol i narkotyki jako „złe” ich zdaniem była nieskuteczna, a jeśli do tego czuli się zmuszeni do udziału w zajęciach profilaktycznych, wywoływały one w nich chęć działania na przekór. Jako najskuteczniejszą profilaktykę, której same doświadczyły, wskazały uświadomienie sobie konsekwencji uzależnienia poprzez kontakt z osobą uzależnioną, która albo bardzo źle funkcjonuje, albo też z taką, która bardzo źle funkcjonowała, ale obecnie prowadzi normalne życie.

Rekomendacja: Profilaktyka uzależnień powinna być prowadzona w sposób wiarygodny i uwzględniający potrzeby młodych ludzi. W działaniach powinno się aktywnie wychodzić do osób zagrożonych uzależnieniem, w taki sposób, aby zainteresować ich, porozumieć się z nimi ich językiem. Dla osób pochodzących z rodzin źle funkcjonujących, warto od razu wdrażać programy readaptacji społecznej, pokazywać, że inny scenariusz życia jest możliwy. Pozostałych wspierać w radzeniu sobie z trudnościami, emocjami, docierać do ich pasji, w większości przypadków nie liczyć na zmianę w rodzinie pochodzenia, a raczej wzmacniać

samodzielność i uczyć zaspokajania potrzeb emocjonalnych w konstruktywny sposób. Oddziaływania profilaktyczne i readaptacyjne należy zaczynać bardzo wcześnie, już na poziomie szkoły podstawowej (w gimnazjum często jest już za późno).

6. Dla skuteczności oddziaływań terapeutycznych niezwykle istotne są programy postterapii i readaptacji społecznej (warsztaty rozwojowe, grupy rozwojowe, nauki umiejętności społecznych, mieszkania readaptacyjne). Programy postterapii dla młodych osób uzależnionych od alkoholu nie mogą opierać się tylko na ruchu AA, który z różnych przyczyn (wiek i doświadczenie osób w nim działających oraz jego filozofia) nie trafia do młodych osób.

Rekomendacja: Należy wspierać programy postterapii i readaptacji prowadzone przez organizacje i instytucje pracujące na rzecz osób uzależnionych, zakorzenione w środowisku, w którym takie osoby przebywają. Szczególnie istotne jest stworzenie oferty postterapeutycznej dla młodych osób wychodzących z uzależnienia.

7. Z uwagi na specyfikę prowadzenia terapii uzależnień w ośrodkach, do Gdańska często migrują osoby z innych miejsc Polski. Przyjeżdżają także osoby, które wyrwały się ze swoich środowisk zagrożonych uzależnieniem i przyjechały do Gdańska w poszukiwaniu perspektyw na przyszłość.

Rekomendacja: Zarówno programy terapeutyczne, jak i postterapeutyczne powinny być dostępne również dla osób niezameldowanych w Gdańsku, choć tutaj zamieszkujących.

8. Istnieją specyficzne grupy osób uzależnionych, którym łatwiej będzie korzystać ze wsparcia poprzez organizacje w nim wyspecjalizowane. Taką grupą są osoby bezdomne, dla których prowadzone jest wsparcie w zakresie uzależnień. Inną grupą, która pojawiła się w badaniu są osoby LGBT (lesbijki, geje, osoby biseksualne i transpłciowe), które mogą obawiać się korzystać z ogólnodostępnych form wsparcia. Lęk ten wynika z niepewności czy jako nieheteroseksualne zostaną zaakceptowane i zrozumiane zarówno przez terapeutę, jak uczestników terapii grupowej. Inną grupą, która nie pojawiła się w badaniu, a także może się obawiać kontaktu z poradnią to migranci (np. osoby o nie-białym kolorze skóry lub pochodzenia ukraińskiego).

Rekomendacja: W planowaniu działań profilaktycznych należy wziąć pod uwagę specyfikę różnych grup mieszkańców miasta, m.in. osób LGBT i migrantów. Działania skierowane do tych grup muszą być prowadzone przy wsparciu specjalistów działających na rzecz takich grup (np. organizacji pozarządowych).

Aneks: Narzędzia użyte w badaniach terenowych

Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z odbiorcami systemu wsparcia

Aktualna sytuacja życiowa

1. Czym się aktualnie Pan/Pani zajmuje? Czy uczy się Pan/Pani, pracuje?
2. W jakim Pan/Pani jest wieku?
3. Jak wygląda Pana/Pani obecne życie?
4. Jakie są Pana/Pani związki z Gdańskiem?
5. Czy uprawia Pan/Pani sport lub inną aktywność fizyczną systematycznie?
6. Czy pali Pan/Pani papierosy? A w przeszłości?
7. Czy pije Pan/Pani alkohol? Jeśli tak, w jakich okolicznościach, jak często?
8. Czy używa Pan/Pani obecnie narkotyków? Jeśli tak, to jakich, jak często, w jakich okolicznościach?

Historia używania substancji psychoaktywnych (alkohol, dopalacze, narkotyki)

9. A jak to wyglądało w przeszłości (alkohol i/lub narkotyki, dopalacze)?, kiedy po raz pierwszy, powody, jak długo, jakie substancje, okoliczności, czy próby podjęcia terapii, z jakim skutkiem?
10. Czy zdarzyło się Panu/Pani przebywać pod wpływem alkoholu lub narkotyków w szkole lub w pracy?
11. Czy kiedykolwiek wpadł Pan/Pani w tarapaty finansowe, miał/miała długi z powodu używania alkoholu lub narkotyków?
12. Co Pan/Pani sądzi o tym, żeby używanie marihuany było dozwolone?
13. Czy nadużywanie substancji psychoaktywnych było popularne wśród Pana/Pani znajomych?
14. A jak wyglądała kwestia korzystania z komputera/internetu/gier/portali społecznościowych?

Ocena systemu wsparcia i rekomendacje

15. Jak Pan/Pani ocenia terapię, w której brał/a Pan/Pani udział? Jak to miało się do Pana/Pani oczekiwań?
16. Jak pomagać osobom z uzależnieniem lub zagrożonym uzależnieniem?
17. Jak Pan/Pani ocenia istniejący w Gdańsku system wsparcia dla osób z uzależnieniem?
18. Czy kiedykolwiek brał/a Pan/Pani udział w programie profilaktycznym?
19. Co Pana/Pani zdaniem jest skuteczne, jeśli chodzi o profilaktykę? Co zadziało by w Pana/Pani sytuacji?

Dyspozycje do wywiadu pogłębionego grupowego z ekspertami i ekspertkami

1. Jak skomentowałoby Państwo wyniki badania? Jakie wyniki były szczególnie ciekawe i dlaczego?
2. Czy wyniki badania ilościowego pokrywają się z Państwa doświadczeniami z pracy lub działalności?
3. Czy spadek spożycia alkoholu jest spadkiem czy też mogło nastąpić zastąpienie alkoholu uzależnieniami behawioralnymi typu hazard, Internet, media społecznościowe?
4. Jakie działania podejmowane przez Urząd Miasta są szczególnie istotne?
5. Czy nastąpiła jakaś zmiana na plus lub na minus od 2011 roku we wsparciu organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki przez Urząd Miasta?
6. Jak UM może wesprzeć Państwa działalność we wspólnym celu ograniczenia uzależnień w Gdańsku?
7. Czy są dzielnice w Gdańsku szczególnie niebezpieczne pod kątem uzależnień?
8. Czy znana jest Panu/Pani działalność Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień?
9. Jakie działania mogłoby podjąć GCPU, aby Pana/Pani zdaniem skutecznie przeciwdziałać uzależnieniom? W poszczególnych dzielnicach Gdańska?
10. Czy zauważyliście Państwo nowe problemy do rozwiązania w ramach przeciwdziałania uzależnieniom? W kontekście zmian w DSM V?

Kwestionariusz użyty w badaniu ilościowym

Szanowni Państwo,

Zakład Realizacji Badań Społecznych na zlecenie gminy Miasta Gdańska oraz Gdańskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień prowadzi badania socjologiczne wśród mieszkańców, dotyczące spożywania alkoholu i problemów społecznych, które mogą być związane z jego nadużywaniem. Badania prowadzone są wśród wylosowanych 1000 mieszkańców miasta – kobiet i mężczyzn, reprezentujących różne grupy wiekowe, środowiska i dzielnice zamieszkania. Badania są anonimowe, to znaczy, że nigdzie nie prosimy o podanie imienia i nazwiska. Wyniki zostaną opracowane w postaci zbiorczych zestawień statystycznych, a następnie przekazane władzom miasta Gdańska w celu opracowania programów przeciwdziałania problemom społecznym. Prosimy udzielać odpowiedzi poprzez zakreślanie ich numerów. *Gorąco prosimy o wypełnienie ankiety. Dziękujemy!*

<p>Na początek chcielibyśmy zapytać o spożycie piwa przez Pana(ią)</p> <p>1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 4.</i></p>	<p>2. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) piwo?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>3. Ile piwa wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kufła piwa (0,5 litra)?</p> <p>1. w ogóle nie piję piwa 2. jeden kufel lub mniej 3. około 2 kufli 4. około 3 kufli 5. około 4 kufli 6. powyżej 4 kufli</p>
<p>4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 7.</i></p>	<p>5. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wino lub szampana?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>6. Ile wina (szampana) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji, posługując się miarą lampki wina (100 ml)?</p> <p>1. w ogóle nie piję wina 2. jedną lampkę lub mniej 3. około 2 lampek 4. około 3 lampek 5. około 4 lampek 6. powyżej 4 lampek</p>
<p>7. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę (lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak)?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 10.</i></p>	<p>8. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan(i) wódkę lub inny napój spirytusowy, np. whisky, koniak?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>	<p>9. Ile wódki (koniaku, whisky) wypija Pan(i) zazwyczaj przy jednej okazji – posługując się miarą kieliszka (50 ml)?</p> <p>1. w ogóle nie piję wódki 2. jeden kieliszek lub mniej 3. około 2 kieliszków 4. około 3 kieliszków 5. około 4 kieliszków 6. powyżej 4 kieliszków</p>

<p>10. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek uspokajający lub nasenny ?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 12.</i></p>	<p>11. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) leki uspokajające lub nasenne?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>
<p>12. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywał(a) Pan(i) jakiś lek, wydawany bez recepty w celu odurzenia, poprawy samopoczucia lub zwiększenia aktywności?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 14.</i></p>	<p>13. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) takich leków?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>
<p>14. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 16.</i></p>	<p>15. Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan(i) marihuany?</p> <p>1. codziennie lub prawie codziennie 2. 5-6 razy w tygodniu 3. 3-4 razy w tygodniu 4. 1-2 razy w tygodniu 5. 2-3 razy w miesiącu 6. 1 raz w miesiącu 7. 6-11 razy w czasie ostatnich 12 mcy 8. 2-5 razy w czasie ostatnich 12 mcy 9. raz czasie ostatnich 12 mcy</p>

Chcielibyśmy teraz zapytać o obserwacje, osobiste doświadczenia i odczucia związane ze spożywaniem alkoholu w różnych sytuacjach.

16. Czy zdarzyło się, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	tak	nie	
1. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem mechanicznym przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym	1	2	
2. był(a) Pan(i) świadkiem jeżdżenia na rowerze przez osobę będącą w stanie nietrzeźwym	1	2	
3. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem przez osobę będącą pod wpływem narkotyku (np. marihuany, amfetaminy lub innych)	1	2	
4. był(a) Pan(i) świadkiem kierowania samochodem lub innym pojazdem przez osobę będącą pod wpływem tzw. Dopalaczy	1	2	
5. był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu w miejscu pracy	1	2	
6. był(a) Pan(i) świadkiem spożywania alkoholu przez nieletnich	1	2	
7. widział(a) Pan(i) jak sprzedawano nieletnim alkohol	1	2	
8. widział(a) Pan(i), jak osoba wyglądająca na nieletnią próbowała kupić alkohol i została wylegitymowana przez sprzedawcę lub kogoś innego	1	2	
A teraz chcielibyśmy zapytać o osobiste doświadczenia.	tak	nie	nie pamiętam, nie jestem pewien
Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że...			
9. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem alkoholu?	1	2	3
10. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem marihuany lub innego narkotyku?	1	2	3
11. kierował(a) Pan(i) samochodem lub innym pojazdem mechanicznym, np. motocyklem, będąc pod wpływem tzw. dopalaczy?	1	2	3
12. jechał(a) Pan(i) rowerem pod wpływem alkoholu?	1	2	3
13. spożywał(a) Pan(i) alkohol w miejscu pracy?	1	2	3

W czasie ostatnich 12 miesięcy	nigdy	rzadziej niż 1 raz w m-cu	około 1 raz w m-cu	około 1 raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie
15. Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) zaprzestać picia po jego rozpoczęciu?	1	2	3	4	5
16. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu zrobił(a) Pan(i) coś niewłaściwego, co naruszyło przyjęte w Pana(i) środowisku normy postępowania?	1	2	3	4	5
17. Jak często w ostatnim roku potrzebował(a) Pan(i) napić się alkoholu rano następnego dnia po „dużym pićiu”, aby móc dojść do siebie?	1	2	3	4	5
18. Jak często w ostatnim roku miał(a) Pan(i) poczucie winy lub wyrzuty sumienia po pićiu alkoholu?	1	2	3	4	5
19. Jak często w ostatnim roku nie mógł(mogła) Pan(i) przypomnieć sobie, co zdarzyło się poprzedniego dnia lub nocy z powodu picia?	1	2	3	4	5
17. Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie		18. Czy wśród Pana(i) najbliższych znajomych, przyjaciół jest ktoś, kto Pana(i) zdaniem spożywa zbyt dużo alkoholu (np. pije systematycznie, upija się)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie			
19. Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie jest ktoś, o kim Pana(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuane, amfetaminę lub inne)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie		20. Czy wśród Pana(i) najbliższych znajomych, przyjaciół jest ktoś, o kim Pan(i) wie, że zażywa narkotyki (np. marihuane, amfetaminę lub inne)? 1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie			
21. Jak Pan(i) sądzi, jak wielu Pana(i) znajomych używa poniższych substancji?	nikt	nie więcej niż kilku	około połowy	większość	wszyscy
1. marihuana lub haszysz	1	2	3	4	5
2. LSD	1	2	3	4	5
3. grzyby halucynogenne	1	2	3	4	5
4. ecstasy	1	2	3	4	5
5. amfetamina	1	2	3	4	5
6. kokaina	1	2	3	4	5
7. crack	1	2	3	4	5
8. heroina	1	2	3	4	5
9. polska heroina, tzw. „kompot”	1	2	3	4	5
10. sterydy anaboliczne	1	2	3	4	5
11. GHB (pigulka gwałtu)	1	2	3	4	5
12. substancje wziewne (np. kleje, farby)	1	2	3	4	5
13. leki uspokajające i nasenne dostępne tylko na receptę przyjmowane bez przepisu lekarza	1	2	3	4	5
22. Co by Pan(i) zrobił(a), jakie kroki podjął(ęła), gdyby okazało się, że ktoś z Pana(i) bliskich ma problem z alkoholem lub narkotykami?					

<p>23. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się Panu(i), że lekarz pierwszego kontaktu podczas Pana(i) wizyty w przychodni zapytał Pana(i) o to, czy nadużywa Pan(i) alkoholu?</p> <p>1. nie byłem(a)m u lekarza w tym okresie 2. tak, lekarz zadał takie pytanie 3. nie, lekarz nie zadał takiego pytania 4. nie pamiętam</p>	<p>24. Jak Pan(i) sądzi, czy picie alkoholu nawet w niewielkich ilościach przez kobiety ciężarne może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci?</p> <p>1. tak 2. raczej tak 3. raczej nie 4. nie</p>
--	--

Uwaga: pytania 25 – 27 są skierowane wyłącznie do Pań, Panów prosimy o przejście do pytania 28.

<p>25. Czy w ciągu ostatnich 4 lat była Pani w ciąży?</p> <p>1. tak 2. nie --- <i>proszę przejść do pyt. 28.</i></p>	<p>26. Czy podczas ciąży piła Pani alkohol?</p> <p>1. tak 2. nie 3. nie pamiętam</p>
--	---

27. Czy podczas wizyty u lekarza położna lub lekarz rozmawiali z Panią na temat spożywania alkoholu podczas ciąży?

1. nie
2. tak, twierdzili, że nawet niewielka ilość alkoholu jest nieszkodliwa
3. tak, informowali o szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży
4. trudno powiedzieć, nie pamiętam

28. Jak często zdarza się Panu(i):	nie dotyczy	nigdy	rzadziej niż raz w roku	kilka razy w roku	kilka razy w miesiącu	raz w tygodniu	kilka razy w tygodniu
1. podnosić głos/krzyczeć na swoje dziecko	1 (nie mam dzieci)	2	3	4	5	6	7
2. uderzyć /spoliczkować / dać klapsa swojemu dziecku	1 (nie mam dzieci)	2	3	4	5	6	7
3. używać obraźliwych określeń wobec swojego dziecka	1 (nie mam dzieci)	2	3	4	5	6	7
4. podnosić głos/krzyczeć na współmałżonka, partnera/partnerkę	1 (nie ma współmałżonka/partnera)	2	3	4	5	6	7
5. uderzyć /spoliczkować współmałżonka, partnera/partnerkę	1 (nie ma współmałżonka/partnera)	2	3	4	5	6	7
6. używać obraźliwych określeń wobec współmałżonka, partnera/partnerkę	1 (nie ma współmałżonka/partnera)	2	3	4	5	6	7
7. podnosić głos/krzyczeć na osobę starszą (rodziców, dziadków)	1	2	3	4	5	6	7
8. uderzyć /spoliczkować osobę starszą (rodziców, dziadków)	1	2	3	4	5	6	7
9. używać obraźliwych określeń wobec osób starszych (rodziców, dziadków)	1	2	3	4	5	6	7

29. Prosimy ustosunkować się do poniższych stwierdzeń:	zdecydowanie się zgadzam	raczej się zgadzam	raczej się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam
1. Istnieją okoliczności, które usprawiedliwiają przemoc w rodzinie	1	2	3	4
2. Bite kobiety są współodpowiedzialne za przemoc w rodzinie	1	2	3	4
3. Lepiej się nie wtrącać, bo można jeszcze bardziej zaszkodzić osobie pokrzywdzonej	1	2	3	4
4. Lepiej się nie wtrącać, bo można potem samemu mieć kłopoty	1	2	3	4
30. Czy w ciągu <u>ostatnich 12 miesięcy</u> w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do <u>przemocy fizycznej</u> (np. bicia, szarpania, popychania)? 1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy	31. Czy w ciągu <u>ostatnich 12 miesięcy</u> w Pana(i) najbliższej rodzinie miały miejsce sytuacje, w których dochodziło do <u>przemocy psychicznej</u> (np. wyzwiska, przeklinanie, groźby, szantaż)? 1. nigdy 2. raz 3. kilka razy 4. wiele razy			

Chcielibyśmy poprosić Pana(nią) o podzielenie się swoimi opiniami dotyczącymi problemu narkomanii.

32. W jakim stopniu zgadza się Pan(i) lub nie zgadza z poniższym stwierdzeniem:	zdecydowanie się zgadzam	raczej się zgadzam	ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	raczej się nie zgadzam	zdecydowanie się nie zgadzam	nie wiem, trudno powiedzieć
Używanie marihuany lub haszyszu powinno być dozwolone	1	2	3	4	5	6
33. Jak Pana(i) zdaniem należałoby ocenić zachowanie 18-latk, który od czasu do czasu:	zdecydowanie potępiam	raczej potępiam	raczej nie potępiam	zdecydowanie nie potępiam	trudno powiedzieć	
1. pali papierosy	1	2	3	4	5	
2. pali marihuanę	1	2	3	4	5	
3. pije piwo	1	2	3	4	5	
4. pije wino	1	2	3	4	5	
5. pije wódkę	1	2	3	4	5	
6. używa ecstazy	1	2	3	4	5	
7. używa amfetaminy	1	2	3	4	5	
8. używa kokainy	1	2	3	4	5	
9. używa heroiny	1	2	3	4	5	
10. używa dopalaczy	1	2	3	4	5	
34. Jak bardzo, Pana(i) zdaniem ludzie ryzykują, że sobie zaszkodzą (zdrowotnie lub w inny sposób) jeśli:	nie ma ryzyka	małe ryzyko	umiarkowane ryzyko	duże ryzyko	nie wiem	
1. palą papierosy od czasu do czasu	1	2	3	4	5	
2. palą jedną lub więcej paczek papierosów dziennie	1	2	3	4	5	
3. wypijają jeden lub dwa drinki prawie codziennie	1	2	3	4	5	
4. wypijają cztery lub pięć drinków prawie codziennie	1	2	3	4	5	
5. wypijają pięć lub więcej drinków 1 raz lub 2 razy w ciągu każdego weekendu	1	2	3	4	5	
6. próbują marihuany lub haszyszu 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	
7. palą marihuanę lub haszysz od czasu do czasu	1	2	3	4	5	
8. palą marihuanę lub haszysz regularnie	1	2	3	4	5	
9. próbują ecstazy 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	
10. używają ecstazy regularnie	1	2	3	4	5	
11. próbują heroiny 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	
12. używają heroiny regularnie	1	2	3	4	5	
13. próbują kokainy lub cracku 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	
14. używają kokainy lub cracku regularnie	1	2	3	4	5	
15. używają regularnie leków uspokajających i nasennych bez wskazań lekarskich	1	2	3	4	5	
16. próbują dopalaczy 1 raz lub 2 razy w życiu	1	2	3	4	5	
17. używają dopalaczy regularnie	1	2	3	4	5	

**Na koniec prosimy jeszcze o kilka informacji o Panu/Pani
– są one niezbędne do statystycznego opracowania wyników naszych badań**

M1. Proszę zaznaczyć swoją płeć 1. kobieta 2. mężczyzna	M2. W którym roku się Pan(i) urodził(a)? 	M3. Jakie ma Pan(i) wykształcenie? 1. niepełne podstawowe 2. podstawowe 3. gimnazjalne 4. zasadnicze zawodowe 5. niepełne średnie, policealne 6. średnie 7. pomaturalne 8. niepełne wyższe 9. wyższe
M4. Jaki jest Pana(i) stan cywilny? 1. kawaler/panna/singielk(ka) 2. żonaty/zamężna/w stałym związku 3. rozwiedziony/rozwiedziona 4. wdowiec/wdowa	M5. Czy ma Pan(i) dzieci na utrzymaniu? 1. nie 2. tak, 1-2 dzieci 3. tak, 3-4 dzieci 4. tak, więcej niż czworo dzieci	
M6. Jakie są łączne miesięczne dochody netto (na rękę) w Pana(i) gospodarstwie domowym? 1. do 500 zł 2. 501 – 1000 zł 3. 1001 – 2000 zł 4. 2001 – 3000 zł 5. 3001 – 4000 zł 6. 4001 – 5000 zł 7. 5001 – 6000 zł 8. 6001 – 7000 zł 9. 7001 – 8000 zł 10. 8001 – 9000 zł 11. 9001 – 10000 zł 12. 10001 – 15000 zł 13. powyżej 15000 zł	M7. Jaki jest Pana(i) status zawodowy? 1. jestem osobą pracującą zawodowo 2. jestem osobą bezrobotną --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 3. jestem osobą niepracującą, nieposzukującą pracy --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 4. jestem uczniem/studentem --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 5. jestem emerytem --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i> 6. jestem rencistą --- <i>proszę przejść do pyt. M9</i>	
	M8. Jakie ma Pan(i) stanowisko? 1. szeregowie 2. kierownicze 3. samodzielne	
	M9. Jak ocenia Pan(i) atmosferę panującą w Pana(i) domu? 1. bardzo dobra 2. raczej dobra 3. różnie bywa, czasem dobra, czasem zła 4. raczej zła 5. bardzo zła	
M10. Czy, ogólnie biorąc, jest Pan(i) zadowolony(a) ze swego życia? 1. bardzo zadowolony(a) 2. raczej zadowolony(a) 3. różnie bywa – czasem tak, czasem nie 4. raczej niezadowolony(a) 5. bardzo niezadowolony(a)	M11. Czy jest Pan(i) osobą 1. wierzącą i praktykującą 2. wierzącą i niepraktykującą 3. niewierzącą, ale przywiązaną do niektórych praktyk religijnych 4. niewierzącą i niepraktykującą 5. trudno powiedzieć	

Dziękujemy za udział w badaniach!

Bibliografia

- Alkohol i kobiety*, dostęp online: <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/261-alkohol-i-kobiety.html>.
- Bąbała O., Działo J., Deptuła W., 2011, *Alkohol a zdrowie*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych” nr 1-2.
- Bożykowski M., Dwórzniak M., Giermanowska E., Izdebski A., Jasiński M., Konieczna-Sałamatin J., Styczeń J., Zając T., 2014, *Monitorowanie losów absolwentów uczelni wyższych z wykorzystaniem danych administracyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Raport końcowy*, Warszawa, dostęp online: <http://eduentuzjasci.pl/publikacje-ee-lista/raporty/186-raport-z-badania/monitorowanie-losow-absolwentow-uczelni-wyzszych/979-monitorowanie-losow-absolwentow-uczelni-wyzszych.html>.
- Brillat-Savarin A., 1996, *Fizjologia smaku*, Warszawa.
- Brosz M., Załęcki J., 2014, *Jakość życia w Gdańsku. Studium jakości życia. Raport z badań przeprowadzonych wśród mieszkańców Gdańska*, Gdańsk.
- Bujalski M., 2009, *Zagadnienia ograniczania popytu w polityce wobec alkoholu w Polsce w latach 1982–2005*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 22 (4).
- Bukowska B., Jabłoński P., Sierosławski J. (red.), 2013, *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*, Warszawa.
- Cegiełka D., Chrzanowska A., Klaus W., Wencel K., 2011, *Przestrzeganie praw cudzoziemców umieszczonych w ośrodkach strzeżonych. Raport z monitoringu*, Warszawa, dostęp online: <http://interwencjaprawna.pl/docs/ARE-211-monitoring-osrodki-strzezone.pdf>.
- Czerwińska M., Gajdsz J., Hildebrandt A., Kopeć K., Kupc-Muszyńska B., Michalski T., Nowicki P., Susmarski P., Tarkowski M., 2014, *Jak zaprojektować i wdrożyć system monitoringu jakości usług publicznych i jakości życia? Podręcznik wdrażania*, Gdańsk, dostęp online: <http://monitoring.ibngr.pl/wp-content/uploads/2015/02/Jak-zaprojektowac-i-wdrozyc-system.-Podrecznik-wdrazania.pdf>.
- Czochański J. T., 2013, *Monitoring rozwoju regionalnego. Aspekty metodologiczne i implementacyjne*, „Studia KPZK PAN”, t. CXLIX.
- Dąbrowska K., 2007, *Finansowanie zakładów leczenia odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” nr X (4).
- Dąbrowska K., 2011, *Niektóre dylematy etyczne występujące w badaniach społecznych. Udział osób uzależnionych w badaniach*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 24 (4).
- Dąbrowska K., 2011, *Zmiany w finansowaniu*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” nr XIV (5).
- Drygas M., Nurzyńska I., Rosner A., Stanny M., Zagórski M., 2014, *Monitoring rozwoju obszarów wiejskich. Etap I. Synteza*, Warszawa, dostęp online: http://www.efrwp.pl/dir_upload/photo/4686b84733f0c98e118138122248.pdf.
- Duda J., Jeżowski A., Misiąg W., Nowak B., Szlachta J., Zaleski J., 2004, *Mierzenie ilości i jakości usług publicznych jako element programu rozwoju instytucjonalnego*, Warszawa, dostęp online: http://www.dobrepraktyki.pl/zalaczniki/mierzenie_jakosci.pdf.
- Dziemianowicz W., Szmigiel-Rawska K., Baczyńska N., Charkiewicz J., Iwańczak B., Rybacka M., Sekuła A., 2013, *Podręcznik metodologiczny systemu monitoringu innowacyjności województwa mazowieckiego wraz ze Słownikiem*, Warszawa, dostęp online:

- http://www.ris.mazovia.pl/sites/default/files/podrecznik_metodologiczny_systemu_monitoringu_i_nnowacyjnosci_województwa_mazowieckiego.pdf.
- Europejski Program Badań nad Używaniem Alkoholu i Środków Odurzających przez Młodzież Szkolną*, 2015, Gdańsk, maszynopis otrzymano z WRS UMG.
- Feliksiak M., 2010, *Postawy wobec alkoholu*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa.
- Frąckowiak M., Motyka M., 2015, *Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 96 (2).
- Fudała J., 2011, *Lecznictwo odwykowe 2009–2010*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” nr XIV (5).
- Gnatowski H., 1908, *O alkoholu ze stanowiska lekarskiego i społecznego*, Poznań.
- Jakubczyk A., Wojnar M., 2012, *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*, „Psychiatria polska” nr 3.
- Kaczmarczyk P. (red.), 2008, *Współczesne migracje zagraniczne Polaków. Aspekty lokalne i regionalne*, Warszawa.
- Kamińska A., 2014, *Ewaluacja i monitoring projektów badawczo-rozwojowych jako narzędzie wspomagające zarządzanie projektami. Studium przypadku międzynarodowego projektu p.n. Matches – Towards the Modernization of Higher Education Institutions in Uzbekistan*, „Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae” nr 18 (4).
- Kapler L. A., 2010, *Rehabilitacja w uzależnieniach*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” nr XIII (6).
- Kasprzak J., 2013, *Uzależnienia krzyżowe*, dostęp online: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/75634,uzaleznienie-krzyzowe>.
- Kieniewicz J., 1984, *Moment otrzeźwienia*, „Przegląd Powszechny” nr 7/8.
- Kinney J., Leaton G, 1996, *Zrozumieć alkohol*, Warszawa.
- Kitowicz J., 1985, *Opis obyczajów za panowania Augusta III*, Warszawa.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków-Warszawa.
- Kochanowski J., 2018, *Iż pijaństwo jest rzecz sprośna a nieprzystojna człowiekowi*, dostęp online: http://staropolska.pl/renesans/jan_kochanowski/pijanstwo.html.
- Kopeć K., Michalski T., 2013, *Autoewaluacja badania Jakości Usług Publicznych po pierwszym roku funkcjonowania, maszynopis w Instytucie Badań nad Gospodarką Rynkową*, Gdańsk.
- Kopeć K., Michalski T., 2014, *Monitoring jakości usług publicznych. Przykład z województwa pomorskiego* [w:] W. Szymańska (red.), *Elementy rozwoju społecznego regionów nadmorskich*, Gdańsk-Pelplin.
- Kowalczevska-Grabowska K., 2013, *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym. Założenia teoretyczne i praktyczne egzemplifikacje (perspektywa pedagogiczna)*, Katowice.
- Kto pije w Polsce najczęściej? Prześwietlamy grupy zawodowe*, dostęp online: <http://warszawa.naszemiasto.pl/arttykul/kto-pije-w-polsce-najwiecej-przeswietlamy-grupy-zawodowe,4346165,galop,t,id,tm.html>.
- Kudłacz T., Kopeć M., 2013, *Koncepcja systemu monitorowania polityk publicznych w województwie lubuskim*, Zielona Góra, dostęp online: http://lubuskie.pl/uploads/pliki/strategia/Koncepcja_monitorowania_polityk_publicznych_w_WL_KUD%C5%81ACZ.pdf.
- Kurkowska A., 2011, *Wskaźniki społeczne w polityce społecznej. Historia, teoria i zastosowanie w praktyce*, Warszawa.
- Leonhard B., 1979, *Powojenne zmagania z pijaństwem i alkoholizmem*, „Zdrowie i trzeźwość” nr 6.
- Leonhard B., 1979, *Z dziejów pijaństwa i jego zwalczania w Polsce*, „Zdrowie i Trzeźwość” nr 1.

- Łukowska K., 2007, *Pociąg relacji samorząd lokalny – lecznictwo odwykowe dokąd zmierza i co przewozi?* „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” nr X (5).
- Malczewski A. (red.), 2013, *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii*, Warszawa.
- Mały Rocznik Statystyczny*, 1938, Warszawa.
- Michalski T., 2004, *Przemiany poziomu umieralności mieszkańców Gdyni i Gdańska* [w:] J. Słodczyk, D. Rajchel (red.), *Przemiany demograficzne i jakość życia ludności miast*, Opole.
- Michalski T., 2009, *Miejsce samorządu terytorialnego w polityce przeciwdziałania narkomanii (przykład Gdańska)*, „Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna” nr 8.
- Michalski T., 2010, *Ewaluacja i monitoring narkomanii przez samorządy terytorialne* [w:] Ratajczak W., Stachowiak K. (red.), *Gospodarka przestrzenna społeczeństwa*, tom 1, Poznań.
- Michalski T., 2010, *Koreferat do ekspertyzy pt. Mapa potencjału społeczno-ekonomicznego gmin województwa pomorskiego. Raport metodologiczny i analityczny*, opracowanie wykonane na zamówienie Departamentu Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.
- Michalski T., 2010, *Rozgraniczenie odpowiedzialności za przeciwdziałanie narkomanii na poziomie gminnym (przykład Gdańska)*, „Promotio Geographica Bydgostiensia” tom 6.
- Michalski T., 2013, *Zagrożenia związane z uzależnieniem w województwie pomorskim w 2010 r.*, „Serwis Informacyjny NARKOMANIA” nr 1 (61).
- Michalski T., 2014, *Problemy w opracowaniu wskaźników dla monitoringu przestrzennego sytuacji społecznej w Polsce* [w:] Zaleski J. (red.), *Rozwój statystyki regionalnej w kontekście potrzeb informacyjnych polityki spójności. Nowe podejście do przestrzeni*, „Biuletyn KPZK PAN”, zeszyt 255.
- Michalski T., 2014, *Propozycja systemu monitoringu jakości usług publicznych na szczeblu lokalnym* [w:] Ciok S., Janc K. (red.), *Współczesne wyzwania polityki regionalnej i gospodarki przestrzennej*, t. 2., Wrocław.
- Michalski T., Kopeć K., 2013, *Doświadczenia z wdrażania monitoringu jakości usług publicznych na szczeblu lokalnym (przykład z województwa pomorskiego)* [w:] Sitek S. (red.), *Stare i nowe problemy badawcze w geografii społeczno-ekonomicznej*, zeszyt 5, Sosnowiec.
- Michalski T., Kopeć K., 2013, *Monitoring usług publicznych jako narzędzie podnoszenia jakości usług świadczonych przez samorząd terytorialny szczebla lokalnego*, „Pieniądze i Więź” nr 2 (63).
- Michalski T., Kopeć K., 2015, *Monitoring jakości usług publicznych samorządów szczebla lokalnego narzędziem podnoszenia spójności społecznej*, „Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae” nr 19 (4).
- Michalski T., Kopeć K., Kopeć A., 2011, *Raport końcowy*, Opracowanie zrealizowane przez PLANOSFERA Alicja Kopeć na zlecenie Departamentu Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10.*
- Mikuła J., 2007, *Hostel – szansa czy obowiązek?* „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” nr X (4).
- Moczarski K., 1997, *Rozmowy z katem*, Warszawa.
- Morawski Z., 1978, *Winiarstwo w Polsce XII –XIV w.*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej” nr 1.
- Moskalewicz J., 1988, *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982*, Warszawa.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), 2012, *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań pt. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, Warszawa.

- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015*, dostęp online: http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf.
- Olejniczak K., 2007, *Teoretyczne postawy ewaluacji ex-post* [w:] A. Haber (red.), *Ewaluacja ex-post. Teoria i praktyka badawcza*, Warszawa.
- Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych*, informacja opublikowana na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dostęp online: <http://www.parpa.pl/index.php/33-analizy-badania-raporty/132-statystyki>.
- Posern-Zielińska M. (red.), 1999, *Analiza usług publicznych w miastach. Wyniki badań*, Poznań.
- Posern-Zielińska M. (red.), 2003, *Monitorowanie usług publicznych w miastach, t.2, Analiza porównawcza*, Poznań.
- Prokop P., Bielak A., Szlęzak R., Stachyra M., Gostkowski R., 2014, *Program aktywności samorządowej PAS – innowacyjne narzędzie uspołecznionego procesu monitorowania usług publicznych. Podręcznik*, Lublin, dostęp online: http://fim.org.pl/wp-content/uploads/2012/03/Podrecznik_PAS.pdf.
- Raport z badań. Turystyka gdańska w IV kwartale 2014 r. Podsumowanie badań turystyka gdańska w II, III i IV kwartale 2014 roku*, badanie zrealizowane przez Ośrodek Badań Społecznych „INDEX” dostęp online: <http://www.gdansk4u.pl/uploads/RaportzbadaturystykagdaskaIVkwarta2014r.wersjazpodsumowaniem.pdf>.
- Raport. Turystyka gdańska w I kwartale 2014 r. oraz podsumowanie okresu badania w II, III i IV kwartale 2013 roku oraz w I kwartale 2014 roku*, badanie zrealizowane przez Instytut Eurotest, dostęp online: http://www.gdansk4u.pl/uploads/www.gdansk.pl_53455.pdf.
- Rehm J., Poznyak V., 2015, *On monitoring unrecorded alcohol consumption*, „Alcoholism and Drug Addiction” nr 28 (2).
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2011 roku*, 2010, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2010 roku*, 2009, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 roku*, 2008, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2008 roku*, 2007, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2007 roku*, 2006, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2005 roku*, 2004, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2004 roku*, 2003, Warszawa.
- Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2016 roku*, 2015, Warszawa.
- Rokicki B., 2011, *System monitorowania i ewaluacji polityki spójności w Polsce*, „Gospodarka Narodowa” nr 3.
- Rószkiewicz B., Perek-Białas J., Węziak-Białowolska D., Zięba-Pietrzak A., 2013, *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych. Rekomendacje i praktyka badawcza*, Warszawa.
- Rynek pracy województwa pomorskiego według powiatów (Archiwum)*, dostęp online: http://wup.gdansk.pl/rynek_pracy/artukul/rynek-pracy-wojewodztwa-pomorskiego-wedlug-powiatow-archiwum.html.

- Ryniak J., Świątek L., 2008, *Diagnoza osób współzależnych*, „Terapia Uzależnienia i Współzależnienia” nr XI (3).
- Samochowicz A., Chęć M., Kołodziej L., Samochowicz J., 2015, *Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych?*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 1 (28).
- Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną*, Raport z badań ankietowych przeprowadzonych w 2015 roku, dostęp online: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=907006>.
- Sierosławski J., 1997, *Normy wieku inicjacji alkoholowej*, „Alkoholizm i narkomania” nr 4.
- Sierosławski J., 2008, *Metody monitorowania* [w:] Sierosławski J., Bukowska B., Jabłoński P. (red.), *Podręcznik do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*, Warszawa.
- Skarga P., 2013, *Kazania sejmowe*, Kraków.
- Sochocki M. J., 2010, *Formułowanie wskaźników, dobór działań oraz ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego* [w:] *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Warszawa.
- Spożycie alkoholu w Polsce - dane opublikowane na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*, dostęp online: parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki.
- Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 roku*, Raport z badań przeprowadzonych przez TNS Polska dla Związku Pracodawców Polskiego Przemysłu Spirytusowego, dostęp online: <http://www.tnsglobal.pl/jakpijapolacy/pdf/raport.pdf>.
- Szafrańska-Romanów A., *Elegancki alkoholizm. Jak piją współczesne Polki*, dostęp online: <http://zwierciadlo.pl/psychologia/elegancki-alkoholizm-jak-pija-wspolczesne-polki>.
- Szarfenberg R., 2007, *Ewaluacja i analiza polityki społecznej* [w:] Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczy M. (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa.
- Szczepański J., 1972, *Inna polityka* [w:] Górski J., Moczarski K. (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Warszawa.
- Szkody zdrowotne wywołane przez alkohol*, informacja opublikowana na stronie internetowej Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dostęp online: <http://www.parpa.pl/index.php/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienie/szkody-zdrowotne>.
- Śmigielńska K., 2015, *Rozpowszechnienie używania środków psychoaktywnych wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Część II: Alkohol*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 96 (3).
- Świątkiewicz G., Wieczorek Ł., 2009, *Ewolucja regulacji prawnych dotyczących podaży alkoholu w Polsce w latach 1982–2005*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 22 (3).
- Tazbir J., 1995, *Sarmaci i alkohol*, „Kultura i Społeczeństwo” nr 1..
- Topolska-Ciurus K., 2011, *Raport z pogłębionej diagnozy i analizy problemów*, Katowice, dostęp online: <https://benchmarking.silesia.org.pl/pub/pliki/file/Pog%C5%82%C4%99biona%20diagnoza%20i%20analiza/Raport%20z%20pog%C5%82%C4%99bionej%20diagnozy%20i%20analizy.pdf>.
- Trutkowski C. (red.), 2013, *Badania jakości usług publicznych w samorządzie lokalnym*, Poznań.
- Turek A., Serafinowska-Gabryel M. K., 1997, *Wybrane czynniki mające wpływ na realizację programów promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień w środowiskach gminnych* [w:] Ratajczak Z., Heszen-Niejodek I. (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Katowice.
- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*, Dz.U. 1982 nr 35, poz. 230.
- Ustawa o zwalczaniu alkoholizmu*, Dz. U. 1956 nr 12, poz. 62.
- Wnuk M., Marcinkowski T., 2012, *Alkoholizm – przegląd koncepcji i metod leczenia*, „Hygeia. Public Health” nr 47 (1).

- Wygańska J., 2008, *Przegląd metod monitorowania bezdomności* [w:] Staręga-Piasek J., Hryniewiecka A. (red.), *O potrzebie ewaluacji pomocy społecznej*, Warszawa.
- Zarządzanie i kontrola Funduszu Spójności. Ogólny podręcznik*, 2007, Warszawa, dostęp online: http://www.funduszspojnosci.gov.pl/NR/rdonlyres/A8404EB4-B255-4685-B917-D536A2D93B74/29002/Ogolny_Podrecznik_zatwierdzony_90208.pdf.
- Zgliszczyński W., 2016, *Alkohol w Polsce*, „Infos. Zagadnienia społeczno-gospodarcze” nr 11, dostęp online: [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/36EA6D746CFEC2FCC1257FD2003E6CEF/\\$file/Infos_215.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/36EA6D746CFEC2FCC1257FD2003E6CEF/$file/Infos_215.pdf)
- Żołnierczuk-Kieliszek D., Kulik T., Sidor R., Janiszewska M., Stefanowicz A., Pacian A., Pacian J., 2013, *Zachowania zdrowotne związane ze spożyciem alkoholu i wiedza młodzieży gimnazjalnej na temat skutków nadużywania alkoholu*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” tom 19, nr 2.