Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr
3257/72/14
Zarządu Województwa
Podkarpackiego
w Rzeszowie
z dnia 25 lutego 2014 r.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014 – 2020

Projekt

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie

Rzeszów 2014

Spis treści

I. Wprowadzenie 4

II. Podstawy prawne programu 7

1. Ustawy i rozporządzenia 7

2. Krajowe dokumenty programowe 10

3. Dokumenty międzynarodowe 13

III. Podstawowe pojęcia i definicje 16

IV. Diagnoza problemów oraz zasobów instytucjonalnych w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych 23

1. Dostępność i konsumpcja alkoholu w Polsce 23

1.1. Dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych 23

1.2. Konsumpcja napojów alkoholowych 24

1.3. Polskie problemy alkoholowe 26

2. Dostępność i konsumpcja alkoholu w woj. podkarpackim 33

2.1. Dostępność napojów alkoholowych 33

2.2. Charakterystyka osób spożywających i częstotliwość picia alkoholu 34

2.3. Picie alkoholu przez dzieci i młodzież 39

3. Naruszanie prawa spowodowane spożywaniem alkoholu województwie podkarpackim 42

4. Placówki lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim 53

5. Podmioty udzielające wsparcia osobom uzależnionym i ich rodzinom 68

V. Cele, zadania i wskaźniki ich realizacji 78

VI. Adresaci programu 83

VII. Sposób realizacji, finansowanie, monitoring i ewaluacja 84

1. Sposób realizacji programu 84

2. Finansowanie programu 85

3. Monitoring i ewaluacja programu 85

Skład zespołu opracowującego Program 86

Spis tabel 87

Spis wykresów 88

Bibliografia 90

I. WPROWADZENIE

Alkoholizm często nazywany jest chorobą XXI wieku. Nie znamy dokładnej liczby osób cierpiących na tę chorobę. Prowadzone statystyki są niemiarodajne, a znaczna większość ludzi wstydzi się przyznać do problemu. Jest to również jeden z głównych problemów współczesnej Polski. Zespół uzależnienia od alkoholu jest chorobą społeczną, której konsekwencji doświadczają członkowie rodzin osób uzależnionych oraz środowisko społeczne.

Zgodnie z Raportem Światowej Organizacji Zdrowia z 2011 roku, dotyczącym Stanu Zdrowia na Świecie, alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, odpowiedzialnym za ponad 4,5 % całkowitego obciążenia chorobami i urazami, a ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek z alkoholem. Alkoholizm łączy się również z problemami ekonomicznymi, jak min.: koszty interwencji policji, koszty procesów sądowych, koszty leczenia.

Dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - Krzysztof Brzózka zwraca również uwagę na inne aspekty używania alkoholu. W jednym z wywiadów mówi:

„Odkąd alkohol zaczął być postrzegany jako towar szkodliwy, zaczęto się zastanawiać nad jego stroną ekonomiczną, czyli nad tym, ile kosztuje jego spożywanie. Zwracam uwagę na używane w dokumentach europejskich sformułowanie – „szkody związane z alkoholem", a nie tylko z jego „nadużywaniem". Już samo używanie alkoholu może przynosić straty. Każdego roku 120 tysięcy Europejczyków w wieku 15 – 64 lata umiera z powodów związanych z alkoholem. To znaczy, że jedna na osiem osób w wieku produkcyjnym traci życie w związku z alkoholem! Blisko 80% przypadków marskości wątroby jest spowodowanych piciem, prawie 40% urazów występujących u mężczyzn (złamania, wypadki, uszkodzenia ciała w wyniku bójek) ma związek z alkoholem. Warto też dodać, że Międzynarodowa Agencja Badań nad Nowotworami zwraca uwagę na to, że alkohol jest czynnikiem kancerogennym, czyli zwiększa ryzyko rozwoju nowotworu. Wśród 30 krajów europejskich objętych badaniami Polska znajduje się na 9 miejscu pod względem zgonów spowodowanych piciem alkoholu wśród mężczyzn w wieku 15 – 64 lata – ok. 16% przypadków ma związek z alkoholem. Szacuje się, że każdy Europejczyk płaci rocznie 400 euro za straty związane

z alkoholem – w tym zawierają się m.in. wydatki na ochronę zdrowia, wymiar sprawiedliwości i pomoc społeczną. Estymacje europejskie sugerują, że 8-12% swojego budżetu Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na leczenie chorób związanych z alkoholem, czyli sam NFZ traci na tym rocznie ok. 9-10 mld złotych. Ale pamiętajmy, że za tymi liczbami i statystyką kryje się cierpienie konkretnej osoby i jej bliskich. Tego nie da się przeliczyć na pieniądze".[1]

Wszystkie aspekty związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych nie mogą być zatem marginalizowane i wymagają prowadzenia kompleksowych i spójnych działań.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014-2020 *(dalej: Program)* jest realizacją art. 4 *Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (t.j. Dz. U. z 2012 roku, poz. 1356 z późn. zm.) który mówi, że „samorząd województwa realizuje zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Zarząd województwa odpowiada za koordynację przygotowania i realizację programu, udziela pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych".

Głównym celem *Programu* jest **zwiększenie skuteczności działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz zmniejszenie skali tych problemów w województwie podkarpackim.**

Program został opracowany przez przedstawicieli kluczowych instytucji i organizacji, zaangażowanych w profilaktykę i przeciwdziałanie uzależnieniom, tj. przedstawicieli placówek leczenia uzależnień, Departamentu Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego Komendy Wojewódzkiej Policji, Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej, Kuratorium Oświaty, Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej, Sądu Okręgowego oraz organizacji pozarządowych.

[1] „Świat Problemów" Nr 10 (237) październik 2012

Projekt *Programu* poddany został konsultacjom społecznym ze specjalistami działającymi w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień.

Przyjęte do realizacji cele i zadania w sposób kompleksowy obejmują problemy alkoholowe w województwie podkarpackim. Wszystkie zadania poprzez działania profilaktyczne, prewencyjne, lecznicze i rehabilitacyjne, a także działania z obszaru reintegracji społecznej, służyć mają osiągnięciu celu głównego *Programu*.

Program jest spójny z ustawodawstwem krajowym oraz strategicznymi dokumentami obowiązującymi w województwie podkarpackim, w tym ze Strategią Województwa Podkarpackiego.

W części opisowej *Programu* zawarto informacje dotyczące podstaw prawnych, stosowanej terminologii, diagnozy problemów oraz zasobów instytucjonalnych prezentacji zasobów instytucjonalnych w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie podkarpackim.

Szczegółowa diagnoza, mapa zasobów, założenia prawne, a także doświadczenie zawodowe członków zespołu opracowującego *Program* w województwie podkarpackim, stanowiły podstawę do sformułowania jego celów i zadań, a także wskaźników sprawdzających efektywność realizacji *Programu*.

Realizacja zadań znajdujących sie w *Programie* będzie finansowana w sposób ciągły ze środków pochodzących z opłat pobieranych za wydawanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu wydawanych przez Marszałka Województwa zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz. U. z 2012 roku, poz. 1356 z późn. zm.).

II. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU

1. Ustawy i rozporządzenia

Podstawę prawną rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce stanowi **ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku** (t.j. Dz. U. z 2012 roku, poz. 1356 z późn. zm.). Ustawa ta reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Wskazuje również źródła finansowania tych zadań. Dokument opisuje funkcjonowanie rynku napojów alkoholowych, określa postępowanie wobec osób nadużywających alkoholu, podstawy lecznictwa odwykowego, reguluje dziedzinę promocji i reklamy napojów alkoholowych. Podmiotami wyznaczonymi przez ustawodawcę do realizacji zadań w przedmiotowym zakresie są organy administracji rządowej, samorządowej, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji oraz organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe.

Działania w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych Samorząd Województwa podejmuje na podstawie art. 4 cytowanej ustawy, zgodnie z którym „samorząd województwa realizuje zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych *w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej. Zarząd województwa odpowiada za koordynację przygotowania i realizację programu, udziela pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. Program wojewódzki jest realizowany przez regionalny ośrodek polityki społecznej, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w programie".*

Cytowany artykuł pozostaje w związku z art. 21 pkt 1 **ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku** (t.j. Dz. U. z 2013 roku, poz. 182 z późn. zm.), który wśród zadań samorządu województwa wymienia: *opracowanie, aktualizowanie i realizację strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa, obejmującej*

w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracy z organizacjami pozarządowymi – po konsultacji z powiatami.

Artykuł 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w związku z art. 4 tejże ustawy zobowiązuje jednostki samorządu terytorialnego do:

- podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy,
- popierania tworzenia i rozwoju organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom oraz zapewniania warunków sprzyjających działaniom tych organizacji,
- współdziałania z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Treść art. 2 przywoływanej ustawy wskazuje, że *zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, w szczególności:*

1) *tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymywanie się od spożywania alkoholu,*
2) *działalność wychowawczą i informacyjną,*
3) *ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju,*
4) *ograniczanie dostępności alkoholu,*
5) *leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu,*
6) *zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie,*

7) *przeciwdziałanie przemocy w rodzinie.*

Na podstawie art. 22 cytowanej ustawy zarząd województwa organizuje na obszarze województwa całodobowe zakłady lecznictwa odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia.

Program koresponduje z zapisami **ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie** (Dz. U. z 2005 roku, Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.), wg których zadań własnych samorządu województwa należy w szczególności:

1) opracowanie i realizacja wojewódzkiego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
2) inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
3) opracowywanie programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie oraz ramowych programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie,
4) organizowanie szkoleń dla osób realizujących zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie

oraz z zapisami art. 8 ust. 1 i ust. 2 **ustawy z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym** (t.j. Dz. U. z 2011 roku, Nr 43, poz. 225 z późn. zm.), zgodnie z którym marszałek województwa, na zasadach określonych w porozumieniu zawartym z instytucją tworzącą, może przyznać Centrum Integracji Społecznej dotację na pierwsze wyposażenie oraz dotację na działalność przez okres pierwszych 3 miesięcy z dochodów własnych samorządu województwa przeznaczonych na realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Dotacja na pierwsze wyposażenie może być przeznaczona na:

1) przystosowanie do potrzeb uczestników zajęć w Centrum pomieszczeń przeznaczonych na reintegrację zawodową i społeczną;
2) wyposażenie pomieszczeń oraz przygotowanie stanowisk pracy, w tym zakup maszyn i urządzeń niezbędnych do prowadzenia działalności, o której mowa w art. 9 (tj.: działalność wytwórczą, handlową lub usługową oraz działalność wytwórczą w rolnictwie, z wyłączeniem działalności polegającej na wytwarzaniu

i handlu wyrobami przemysłu paliwowego, tytoniowego, spirytusowego, winiarskiego, piwowarskiego, a także pozostałych wyrobów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 0,5% oraz wyrobów z metali szlachetnych albo z udziałem tych metali);

3) zakup surowców, materiałów i narzędzi niezbędnych do rozpoczęcia działalności.

Ponadto podstawę prawną *Programu* stanowią następujące dokumenty:

- Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 15 maja 2013 r. w sprawie pierwszego szacunku wartości produktu krajowego brutto w 2012 r. (M.P. z 2013 roku, Nr 393).
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obniżenia stawek podatku akcyzowego (Dz. U. z 2008 roku, Nr 223, poz. 1471).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 5 października 2012 roku w sprawie zniesienia niektórych sądów rejonowych (Dz. U. z 2012 roku, poz. 1121).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. z 2012 roku, poz. 734).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553, z późn. zm.).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 24, poz. 128).

2. Krajowe dokumenty programowe

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 wśród najważniejszych problemów wymienia:

- szkody zdrowotne wynikające ze spożywania alkoholu,
- nadmierną dostępność alkoholu,
- zaburzenia życia rodzinnego w związku z alkoholem, w tym szkody zdrowotne i rozwojowe dzieci z rodzin alkoholowych,
- picie alkoholu przez dzieci i młodzież,
- zjawisko przemocy w rodzinie w związku z używaniem alkoholu,
- pogarszającą 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 niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych,
- naruszenie prawa związane z alkoholem,
- brak naukowych danych na temat strat ekonomicznych związanych z alkoholem.

Biorąc pod uwagę wymienione powyżej problemy sformułowano osiem celów strategicznych:

Cel 1: Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu,

Cel 2: Zmniejszenie dostępności i zmiana struktury spożywanego alkoholu,

Cel 3: Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego, w tym szkód zdrowotnych i rozwojowych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym,

Cel 4: Ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez dzieci i młodzież,

Cel 5: Ograniczenie skali zjawiska przemocy w rodzinie oraz zwiększenie skuteczności pomocy rodzinom,

Cel 6: 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,

Cel 7: Ograniczenie przypadków naruszeń prawa w związku z alkoholem,

Cel 8: Oszacowanie strat ekonomicznych związanych z alkoholem.

Program koresponduje z zapisami **Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015**, zwłaszcza z celem operacyjnym nr 2: Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem

– ujętym w celach dotyczących czynników ryzyka i działań w zakresie promocji. W dokumencie tym zawarto istotne zadania w tym obszarze:

1) Ograniczenie dostępności alkoholu:
   - zmniejszenie liczby punktów sprzedaży,
   - ograniczenie dostępności alkoholu w pobliżu głównych dróg krajowych,
   - egzekwowanie zakazu sprzedaży nietrzeźwym,
   - egzekwowanie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.
2) Ograniczenie ekonomicznej dostępności alkoholu.
3) Ograniczenie nielegalnego obrotu napojami alkoholowymi:
   - ograniczenie przemytu,
   - ograniczenie nielegalnego gorzelnictwa,
   - ograniczenie promocji napojów alkoholowych.
4) Rozwijanie grup wsparcia.
5) Wdrożenie procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji do praktyki lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).
6) Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców.
7) Zwiększenie kompetencji nauczycieli, instruktorów i animatorów kultury, pedagogów oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów alkoholowych.
8) Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.

Program koresponduje również z zapisami **Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie,** który określa zadania w zakresie zapewnienia ochrony i udzielania pomocy ofiarom przemocy, prowadzenia oddziaływań korekcyjno – edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie, a także podnoszenia świadomości społecznej na temat przyczyn i skutków przemocy w rodzinie. Jego celami są: zmniejszenie skali zjawiska przemocy w rodzinie, zwiększenie skuteczności ochrony ofiar przemocy w rodzinie i zwiększenie dostępności pomocy oraz zwiększenie skuteczności działań interwencyjnych i korekcyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie. Osiągnięciu powyższych celów mają służyć:

- działania uprzedzające: diagnozujące, informacyjne, edukacyjne, kierowane do ogółu społeczeństwa, a także do osób pracujących z ofiarami i sprawcami przemocy w rodzinie,
- działania interwencyjne: opiekuńcze i terapeutyczne, kierowane do ofiar przemocy w rodzinie oraz pouczające i izolujące, kierowane do sprawców przemocy w rodzinie,
- działania wspierające: psychologiczne, pedagogiczne, terapeutyczne i inne, kierowane do ofiar przemocy w rodzinie,
- działania korekcyjno – edukacyjne kierowane do sprawców przemocy w rodzinie.

3. Dokumenty międzynarodowe

Globalna Strategia Alkoholowa

W dniu 21 maja 2010 roku w Genewie, podczas 63 obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA), 193 kraje członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zagłosowały jednomyślnie za przyjęciem *Globalnej Strategii Redukującej Szkodliwe Spożywanie Alkoholu.* W dokumencie tym stwierdza się, że szkodliwe spożywanie alkoholu ma ważny wpływ na zdrowie publiczne i jest uważane za jeden z głównych, globalnych czynników ryzyka słabego zdrowia. Rezolucja wzywa kraje członkowskie WHO do wprowadzania rozwiązań z obszaru polityki publicznej, w celu redukowania szkodliwej konsumpcji alkoholu. Podkreśla skuteczność skupiania się na polityce dotyczącej cen alkoholu, dostępności i marketingu alkoholu. Rekomendacje zawarte w *Globalnej Strategii* nie są wiążące, mają jednak służyć jako wytyczne dla krajów członkowskich WHO.

Strategia Unii Europejskiej w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu

W dniu 24 października 2006 roku Komisja Wspólnot Europejskich przedstawiła *Strategię Unii Europejskiej w zakresie wspierania państwa członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu*, w której podkreślono, że szkodliwe spożywanie alkoholu ma istotny wpływ na zdrowie publiczne, a także wiąże się z kosztami opieki zdrowotnej, ubezpieczeniem zdrowotnym,

egzekwowaniem prawa i porządkiem publicznym oraz kosztami w miejscu pracy, przez co wywiera ono negatywny wpływ na rozwój gospodarczy i na społeczeństwo jako całość. Dokument koncentruje się na zapobieganiu i ograniczaniu nadużywania alkoholu, a także na spożywaniu alkoholu przez osoby nieletnie oraz na najbardziej szkodliwych konsekwencjach jego nadużywania, takich jak wypadki drogowe pod wpływem alkoholu i alkoholowy zespół płodowy. Komisja określiła pięć następujących tematów priorytetowych, które dotyczą wszystkich państw członkowskich:

1) Ochrona młodzieży, dzieci i dzieci nienarodzonych.
2) Zmniejszenie liczby rannych i ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu.
3) Zapobieganie szkodliwym skutkom nadużywania alkoholu wśród dorosłych i ograniczenie negatywnego wpływu alkoholu w miejscu pracy.
4) Informowanie, szkolenie i podnoszenie świadomości na temat wpływu szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, a także w zakresie kultury spożywania alkoholu.
5) Rozwój, wspieranie i prowadzenie wspólnej bazy danych.

W obrębie powyższych tematów priorytetowych wskazano następujące cele:

Cel 1: Ograniczenie picia alkoholu przez osoby nieletnie, zmniejszenie niebezpiecznego i szkodliwego picia wśród młodych osób, we współpracy ze wszystkimi zainteresowanymi stronami.

Cel 2: Ograniczenie szkód wyrządzanych dzieciom w rodzinach z problemem alkoholowym.

Cel 3: Ograniczenie narażenia na szkodliwy wpływ alkoholu w okresie ciąży, a przez to zmniejszenie liczby dzieci urodzonych z alkoholowym zespołem płodowym.

Cel 4: Przyczynianie się do zmniejszenia liczby ofiar śmiertelnych i obrażeń w wypadkach drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu.

Cel 5: Ograniczenie przewlekłych zaburzeń fizycznych i umysłowych związanych ze spożyciem alkoholu.

Cel 6: Zmniejszenie liczby zgonów związanych z alkoholem.

Cel 7: Dostarczanie konsumentom informacji umożliwiających im dokonanie świadomego wyboru.

Cel 8: Przyczynianie się do ograniczenia szkód spowodowanych spożyciem alkoholu w miejscu pracy i wspieranie działań prowadzonych w miejscu pracy.

Cel 9: Uzyskanie porównywalnych informacji na temat spożycia alkoholu, zwłaszcza przez młodzież; zdefiniowanie szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, kultury spożywania alkoholu, społecznych i zdrowotnych skutków spożywania alkoholu; a także zgromadzenie informacji na temat wpływu środków podjętych w ramach polityki antyalkoholowej oraz wpływu spożycia alkoholu na wydajność i rozwój gospodarczy.

III. PODSTAWOWE POJĘCIA I DEFINICJE

Alkoholizm

Termin wprowadzony przez Hussa w 1849 roku i do dziś powszechnie używany, jednak uznawany za etykietyzujący i mało ścisły. Terminem alkoholizm określa się zarówno patologię jednostki, jak i całokształt patologii społecznych związanych z piciem alkoholu. W celu uściślenia nazewnictwa eksperci WHO zrezygnowali z terminu - alkoholizm, zastępując go terminami: niesprawności (problemy) związane z alkoholem – odpowiadające alkoholizmowi w najszerszym jego rozumieniu i zespołu uzależnienia od alkoholu – opowiadający chorobie alkoholowej.[2]

Detoksykacja

1. Proces wyprowadzania pacjenta ze skutków działania substancji psychoaktywnej.
2. Jako procedura kliniczna, jest to proces bezpiecznego i skutecznego odstawiania substancji psychoaktywnej w sposób minimalizujący objawy zespołu abstynencyjnego. Ośrodki przeprowadzające takie procedury mogą nosić nazwy ośrodków (oddziałów) detoksykacyjnych, "detoksu".

W przypadku alkoholu są to oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.[3]

FASD Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorders)

Ogólny termin opisujący całościowo spektrum skutków rozwojowych występujących u dzieci matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się, mogą trwać przez całe życie. W diagnostyce klinicznej obowiązuje termin FAS - Płodowy Zespół Alkoholowy, który charakteryzuje się: dysmorfiami twarzy, opóźnieniami wzrostu oraz nieprawidłowościami ośrodkowego układu nerwowego. U dzieci u których nie występują wszystkie cechy FAS diagnozowany jest częściowy FAS. Rodzaj i siła

[2] Leksykon psychiatrii / pod red. Stanisława Pużyńskiego ; aut. Henryk Andrzej Axer [i in.]., Państ. Zakł. Wydaw. Lekarskich, Warszawa 1993.
[3] Leksykon terminów : alkohol i narkotyki / tł. [z ang.] Andrzej Bidziński; Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.

zaburzenia dziecka zależy przede wszystkim od ilości alkoholu, spożywanego przez kobietę w ciąży oraz częstotliwości picia. Należy pamiętać, że nie ma bezpiecznej dawki alkoholu, jaką może spożywać kobieta w ciąży, w związku z tym, aby dziecko było zdrowe należy, całkowicie powstrzymać się od spożywania alkoholu w okresie prenatalnym oraz karmienia piersią.[4]

Krótka interwencja

Zwana też interwencją minimalną, to strategia lecznicza oferująca ustrukturyzowaną, krótką (z reguły 5-30 minut) terapię, której celem jest pomoc w zaprzestaniu lub zredukowaniu używania substancji psychoaktywnych lub (rzadziej) w radzeniu sobie z innymi problemami życiowymi. Opracowana została przede wszystkim z myślą o lekarzach i innych pracownikach podstawowej opieki zdrowotnej. Stosowana była dotychczas głównie jako pomoc przy rzucaniu palenia i w leczeniu używania szkodliwego, przede wszystkim alkoholu.[5]

Leczenie uzależnienia

Działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu. Przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych.[6]

Ograniczanie szkód

W kontekście picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych, określenie to oznacza strategię działania i programy koncentrujące sie bezpośrednio na ograniczaniu szkód wywoływanych przez przyjmowanie tych substancji. Odnosi się w szczególności do tych strategii działania, które maja na celu zmniejszenie szkód, lecz niekoniecznie ograniczanie konsumpcji substancji psychoaktywnych.[7]

---

[4] Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011 – 2015 (www.parpa.pl)
[5] Leksykon terminów : alkohol i narkotyki / tł. [z ang.] Andrzej Bidziński; Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.
[6] Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011 – 2015 (www.parpa.pl)
[7] Leksykon terminów : alkohol i narkotyki / tł. [z ang.] Andrzej Bidziński; Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.

Picie kontrolowane

Picie w sposób umożliwiający uniknięcie intoksykacji lub picia ryzykownego. Termin ten stosowany jest w szczególności wobec osób, których zdolność do kontrolowania picia przy wszystkich okazjach może być w sposób uzasadniony kwestionowana. Na przykład, w przypadku osób, u których wystąpiły objawy uzależnienia od alkoholu lub picia szkodliwego.[8]

Profilaktyka

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

[8] Leksykon terminów : alkohol i narkotyki / tł. [z ang.] Andrzej Bidziński; Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.

jest więc z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, nie naprawczym.

- **wskazująca** – 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).[9]

Rehabilitacja (postępowanie po leczeniu)

Działania podtrzymujące zmianę u osób uzależnionych po zakończeniu leczenia uzależnienia, utrwalające efekty leczenia, uczące umiejętności służących zdrowieniu oraz pomagające w podejmowaniu i realizacji zadań wynikających z ról społecznych. Przykładami są: treningi zapobiegania nawrotom w uzależnieniu, grupy wsparcia dla „absolwentów" leczenia uzależnień, treningi zachowań konstruktywnych, programy wychodzenia z bezdomności, grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików, kluby abstynenta, programy aktywizacji zawodowej.[10]

[9] Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011 – 2015 (www.parpa.pl).
[10] Ibidem

Reintegracja społeczna

Reintegracja społeczna - to działania, w tym również o charakterze samopomocowym, mające na celu odbudowanie i podtrzymanie u osoby uczestniczącej w zajęciach w centrum integracji społecznej, klubie integracji społecznej lub zatrudnionej u pracodawcy, umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu.[11]

Picie szkodliwe (używanie szkodliwe)

Sposób przyjmowania substancji psychoaktywnej (picia alkoholu), który powoduje szkody zdrowotne. Mogą być to szkody somatyczne (np. zapalenie wątroby) albo psychiczne (np. epizody depresyjne wtórne do intensywnego picia alkoholu)[12]

Uzależnienia behawioralne

W klasyfikacji ICD-10 zostały zakwalifikowane do kategorii „zaburzenia nawyków i popędów (impulsów). Cechują się powtarzanymi działaniami, bez wyraźnej, racjonalnej motywacji, które zazwyczaj szkodzą interesom samego pacjenta, jak i innych osób. Pacjent określa te zachowania jako związane z impulsem do działania, który nie podlega kontroli. Przyczyny tych zaburzeń nie są poznane.[13]

Uzależnienie krzyżowe (uzależnienie mieszane)

Zespół uzależnienia spowodowany używaniem kilku substancji lub naprzemiennym używaniu różnych substancji. W przeszłości termin „uzależnienie krzyżowe" używany był dla określenia uzależnienia od alkoholu i leków uspokajających (psychotropowych)[14]

---

[11] Ustawa z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym. Art 2, p. 4. (t.j. Dz. U. z 2011 roku, Nr 43, poz. 225 z późn. zm.).
[12] Pużyński S., Wciórka J., Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.
[13] Ibidem
[14] Ibidem.

Wczesna interwencja

Strategia terapeutyczna łącząca w sobie wczesne wykrywanie faktu ryzykownego lub szkodliwego używania substancji psychoaktywnych z leczeniem osób, których to dotyczy. Proponuje sie i zapewnia leczenie zanim osoby zainteresowane mogłyby się zgłosić z własnej inicjatywy, często zanim uświadomią sobie, że używanie tych środków może przysporzyć im poważnych problemów.
Podejście to skierowane jest przede wszystkim do osób, które nie popadły jeszcze w uzależnienie fizyczne lub poważniejsze kłopoty psychospołeczne.[15]

Współuzależnienie

Utrwalona forma przystosowania do długotrwałej, trudnej, często niszczącej sytuacji życiowej, związanej z piciem i destrukcyjnymi zachowaniami partnera. Sposób w jaki osoba współuzależniona adaptuje się do tej sytuacji, istotnie ogranicza jej wybory, powoduje sztywność postępowania, prowadzi do pogorszenia własnego stanu oraz utrudnia zmianę swojego położenia. Uczestnictwo w osobistym związku z drugą osobą, która wprowadza do wzajemnych kontaktów destrukcję, uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb i może być źródłem problemów rodzinnych, emocjonalnych i zdrowotnych.

Zespół uzależnienia

Kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji psychoaktywnej (picie alkoholu) dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie (często silne, czasem przemożne) przyjmowania substancji psychoaktywnej, alkoholu lub tytoniu. Przyjęcie substancji (wypicie alkoholu) nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwalać zjawisko gwałtownego nawrotu innych objawów zespołu, znacznie szybciej niż pojawienie się uzależnienia u osób wcześniej nieuzależnionych.[16]

---

[15] Leksykon terminów : alkohol i narkotyki / tł. [z ang.] Andrzej Bidziński; Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997

[16] Pużyński S., Wciórka J., Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.

Zespół uzależnienia od alkoholu

Zespół uzależnienia od alkoholu, zgodnie z kryteriami zawartymi w 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD 10) należy definiować jako wystąpienie przynajmniej trzech z następujących objawów, w okresie przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia ("głód alkoholowy").
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z piciem (upośledzenie zdolności powstrzymywania sie od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu).
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie drżenne) lub używanie alkoholu w celu uwolnienia sie od objawów abstynencyjnych.
4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu.
5. Koncentracja życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków.
6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia.[17]

[17] Za: PARPA (www.parpa.pl).

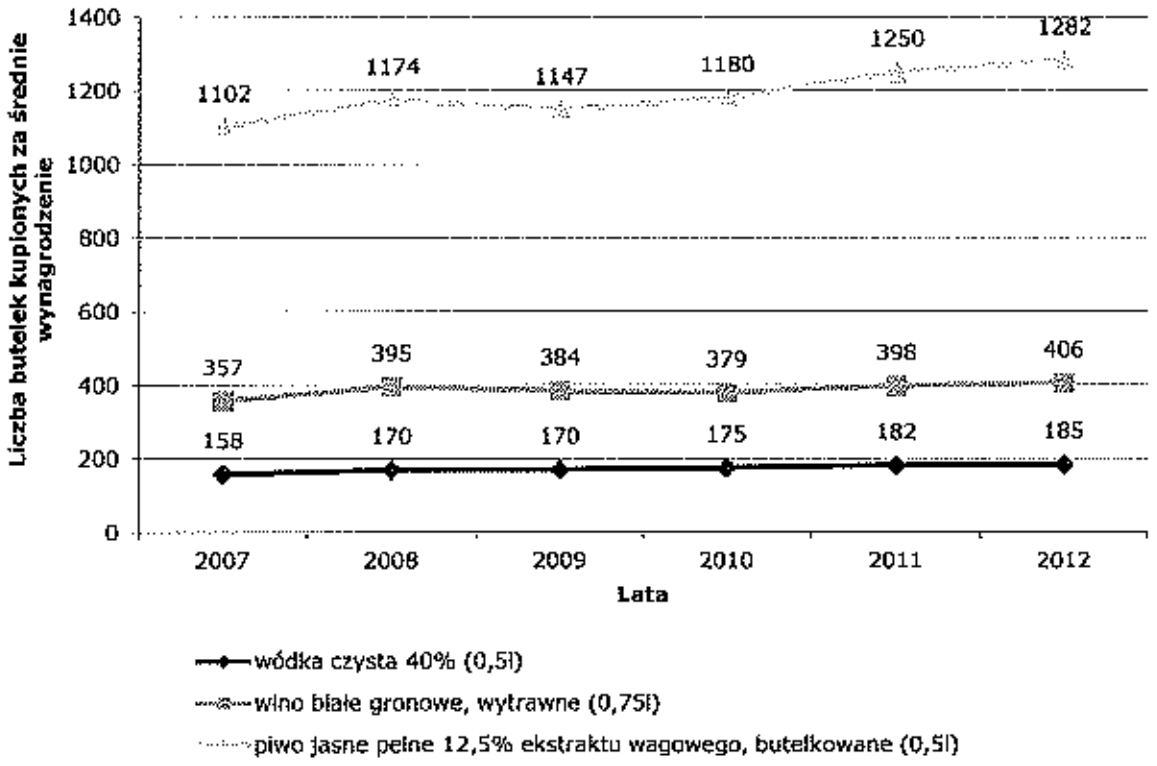
IV. DIAGNOZA PROBLEMÓW ORAZ ZASOBÓW INSTYTUCJONALNYCH W OBSZARZE PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH[18]

1. Dostępność i konsumpcja alkoholu w Polsce

1.1. Dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych

Jednym z najistotniejszych czynników wpływających na poziom spożycia alkoholu jest jego dostępność. Dostępność ekonomiczną można zmierzyć m.in. poprzez określenie siły nabywczej przeciętnego wynagrodzenia w przeliczeniu na poszczególne rodzaje alkoholu (liczba butelek alkoholu, jaką można kupić za średnią wartość miesięcznego wynagrodzenia brutto)[19].

Wykres 1. Dostępność ekonomiczna wybranych rodzajów napojów alkoholowych w Polsce w latach 2007-2012



Źródło: obliczenia własne na podst. danych GUS.

[18] Opracowanie: Obserwatorium Integracji Społecznej w Rzeszowie

[19] J. Moskalewicz, Ł. Wieczorek, *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia - trzy dekady doświadczeń*, w: „Alkoholizm i Narkomania 2009, Tom 22: nr 4, 305-337", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.

Wprowadzenie od 1 stycznia 2009 roku wyższych stawek podatku akcyzowego[20] na alkohol wpłynęło na dostępność ekonomiczną napojów alkoholowych w latach kolejnych. Wzrost ceny detalicznej napojów alkoholowych w roku 2009 w najwyższym stopniu wpłynął na dostępność ekonomiczną piwa, natomiast w przypadku napojów alkoholowych wysokoprocentowych zmiana była niezauważalna. Sytuacja ta miała miejsce, ponieważ przy relatywnie wysokiej cenie wódki, cena jednostkowa za butelkę 0,5 l wzrosła w podobnym stopniu, co przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto, natomiast w przypadku tańszych trunków, cena wzrosła w dużo większym stopniu niż przeciętne wynagrodzenie (około 5% wzrostowi średniej pensji towarzyszył 7,4% wzrost ceny wina oraz 7,9% wzrost ceny piwa). Jak prezentuje powyższy wykres, w latach kolejnych zauważalny jest ponowny wzrost dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych, jedynie w roku 2010 dostępność ekonomiczna wina białego spadła o 1,3% w porównaniu z rokiem wcześniejszym.

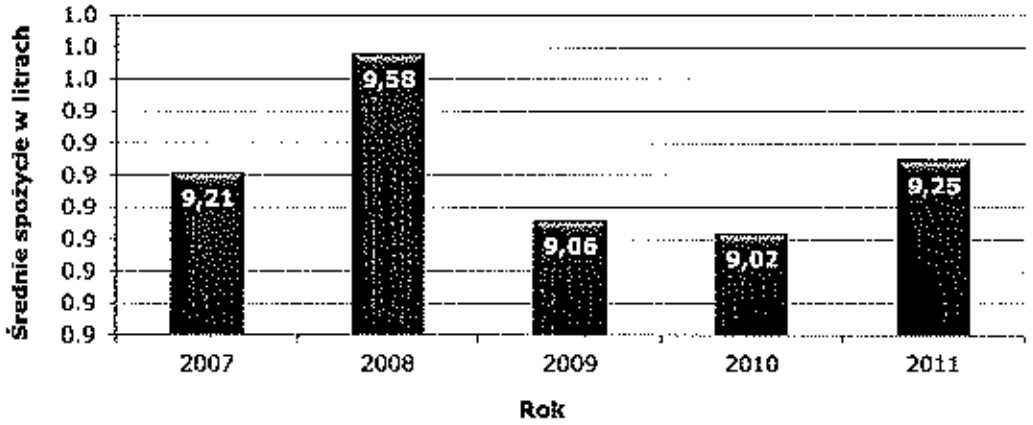
1.2. Konsumpcja napojów alkoholowych

Dane dotyczące wielkości spożycia alkoholu pochodzą ze statystyk dotyczących sprzedaży napojów alkoholowych. Nie uwzględniają one alkoholu produkowanego w warunkach domowych, zakupów wolnych od cła, alkoholu z magazynów i nierejestrowanych napojów alkoholowych. Oficjalne statystyki uwzględniają tylko napoje zarejestrowane jako wina, piwa czy napoje spirytusowe i pokazują z reguły spożycie niższe niż rzeczywisty poziom konsumpcji. Zmiany w poziomie spożycia czystego alkoholu na jednego mieszkańca oblicza się poprzez sumowanie wielkości spożycia wszystkich rodzajów alkoholu z uwzględnieniem jego mocy (% czystego alkoholu)[21].

Średnie spożycie alkoholu na jednego mieszkańca Polski systematycznie rosło przez kilka lat, aż do 2008 roku, w którym odnotowano najwyższą ilość alkoholu wypijanego przez jednego mieszkańca kraju – na poziomie 9,58 litra w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol.

[20] Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 18 grudnia 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obniżenia stawek podatku akcyzowego (Dz. U. z 2008 r., Nr 223, poz. 1471).
[21] B. Kłos, *Spożycie alkoholu w Polsce i w krajach europejskich*, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu - Informacja BSE nr 497, Warszawa 1997.

Wykres 2. Średnie spożycie 100% alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski*



** Przyjmuje się założenie, iż w jednym litrze: piwa zawartych jest 5,5% alkoholu, wina (miodu pitnego) zawartych jest 12% alkoholu.*

Źródło: opracowanie własne na podstawie obliczeń PARPA.

W wyniku podniesienia na początku roku 2009 akcyzy na napoje spirytusowe (o ok. 9%), wino (o ok. 16,5%) oraz na piwo (o 13,6%), wielkość spożycia znacząco zmniejszyła się (o ponad 0,5 l w przeliczeniu na 100% alkohol)[22]. W 2011 roku odnotowano pierwszy po podniesieniu akcyzy wzrost konsumpcji napojów alkoholowych.

Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych w ciągu 5 lat przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1. Struktura spożycia alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski w latach 2007-2011*

Rodzaj napoju	Rok				
	2007	2008	2009	2010	2011
Wyroby spirytusowe (100% alkohol)	3,0	3,4	3,2	3,2	3,3
Wino i miód pitne	8,9	8,2	7,0	7,0	6,4
Wino i miód pitne w przeliczeniu na 100% alkoholu	1,07	0,98	0,84	0,84	0,77
Piwo	93,4	94,4	91,2	90,5	94,3
Piwo w przeliczeniu na 100% alkoholu	5,14	5,19	5,02	4,98	5,19

**Przyjmuje się założenie, iż w jednym litrze: piwa zawartych jest 5,5% alkoholu, wina (miodu pitnego) zawartych jest 12% alkoholu.*

Źródło: opracowanie własne na podstawie obliczeń PARPA.

[22] *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015, PARPA 2011.*

Największy wzrost spożycia alkoholu w 2011 roku odnotowano w przypadku piwa (do poziomu porównywalnego z konsumpcją sprzed podniesienia akcyzy), zmniejszyła się natomiast popularność wina i miodów pitnych wśród konsumowanych napojów alkoholowych. Spożycie trunków tego typu spadło o niemal 1,5 litra na jednego mieszkańca.

1.3. Polskie problemy alkoholowe

Większość osób spożywa alkohol w sposób rozsądny i powściągliwy, jednak pewna część ludzi nadużywa alkoholu, co powoduje znaczną liczbę szkód i zagrożeń. Występują one we wszystkich społeczeństwach. Wielkość szkód jest związana z rozmiarami i stylem konsumpcji napojów alkoholowych, ale zależy również od skuteczności i zasięgu działań profilaktycznych i naprawczych[23].

Nadmierne spożywanie alkoholu ma swój konkretny negatywny wymiar społeczny; wywołuje ono skutki, które w literaturze przedmiotu określa się jako problemy alkoholowe. Najważniejsze problemy alkoholowe w Polsce wymieniane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) to:

- szkody występujące u osób pijących;
- szkody występujące u członków rodzin z problemem alkoholowym;
- alkoholowa dezorganizacja środowiska pracy;
- naruszenia prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe;
- naruszenie prawa związane z obrotem alkoholem.

Szkody wynikające ze spożywania alkoholu spowodowane są dwoma zasadniczymi czynnikami:

- nadmierną konsumpcją alkoholu;
- spożywaniem alkoholu w okolicznościach rodzących ryzyko.

Szkód nie można sprowadzać tylko do negatywnych skutków alkoholizmu, ale należy je rozumieć jako szersze zjawisko społeczne. Jak wynika z licznych badań zagranicznych i krajowych istnieje silna współzależność między konsumpcją alkoholu przeliczaną na jednego mieszkańca kraju a powszedniością problemów alkoholowych (zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych). Kiedy spożycie alkoholu na jednego mieszkańca wzrasta, nasilają się problemy, kiedy maleje – problemy

[23] www.parpa.pl (stan na dzień 10.06.2013)

słabną. Ta zależność jest szczególnie widoczna, gdy porównuje się poszczególne kraje, całe regiony czy też tendencje w konkretnych okresach. Zależności te wykorzystywane są z jednej strony do szacowania spożycia alkoholu, z drugiej natomiast – do prognozowania stanu problemów społecznych[24].

Spośród wszystkich problemów społecznych, jakie występują zarówno w Polsce, jak i w Europie, problemy związane z nadmiernym spożywaniem alkoholu mają szczególne znaczenie i pociągają za sobą ogromne koszty, które według różnych danych szacowane są na ok. 1,3% Produktu Krajowego Brutto. Koszty bezpośrednie związane z nadmiernym spożyciem alkoholu w krajach Unii Europejskiej (dane z 2003 roku dla 15 państw) obliczone były na 125 miliardów Euro rocznie. W Polsce koszty te szacowane były w roku 2009 na 17,5 miliarda złotych rocznie. Z powodu ogromnych strat, jakie ponoszą budżety poszczególnych państw, ograniczenie nadmiernego (szkodliwego) spożycia alkoholu staje się koniecznością[25].

Szkody występujące u osób pijących

W Polsce alkohol stanowi jedno z głównych zagrożeń zdrowia społeczeństwa. Zagrożenie to mierzy się przez określenie wpływu na umieralność, zapadalność chorobową, rozpowszechnienie chorób i rozmiary hospitalizacji. Uważa się, że alkohol jest bezpośrednią przyczyną lub istotną współtowarzyszącą przyczyną wielu chorób i zaostrzeń istniejących stanów chorobowych.

Najgroźniejsze szkody występujące u osób pijących to:

- degradacja społeczna i utrata zdrowia osób uzależnionych od alkoholu (tzw. alkoholików); liczbę osób nadużywających alkoholu i pijących go w sposób szkodliwy w Polsce szacuje się na około 5-7% populacji, w tym około 2% populacji osób uzależnionych. Wspomniane wcześniej dane statystyczne nie uwzględniają spożycia alkoholu pochodzącego z nielegalnego gorzelnictwa. Według szacunków GUS, niezarejestrowane spożycie wysokoprocentowych napojów alkoholowych wynosi 20-30% rejestrowanego spożycia wódki[26];

[24] J. Szymańczak, *Problemy alkoholowe*, Biuro studiów i ekspertyz Kancelarii Sejmu - Informacja BSE nr 500, Warszawa 1997.
[25] *Wybrane aspekty ekonomiczne i społeczne związane z nadmiernym spożyciem alkoholu* Report Lundbeck Poland Sp. z o.o., b.m.r.w.
[26] Szerzej na ten temat - www.parpa.pl (stan na dzień 10.06.2013)

- utrata zdrowia osób dorosłych nadmiernie pijących (znaczna część pacjentów leczących się w placówkach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej z powodu zaburzeń układu trawiennego, krążenia, neurologicznego, chorób płuc, nowotworów, urazów itd.);
- zaburzenie rozwoju psychofizycznego oraz kariery edukacyjnej pijącej młodzieży.

Szkody występujące u członków rodzin alkoholowych

Nadużywanie alkoholu powoduje również liczne zaburzenia w rodzinach osób pijących. Osoby nadmiernie pijące mają destrukcyjny wpływ na życie rodzinne (zaburzenia życia rodzinnego, problemy w kontaktach z ludźmi czy przemoc wobec najbliższych) oraz na stan zdrowia członków rodziny. U małżonków osób pijących stwierdza się częstsze występowanie takich schorzeń jak nerwica, zespoły pourazowe, czy choroby somatyczne. U członków rodzin osób uzależnionych może rozwinąć się charakterystyczny zespół zmian zwany współuzależnieniem, który niekiedy wyraża się zaburzeniami zachowania o charakterze aspołecznym. Powoduje on poważne problemy natury psychologicznej, które w przypadku dzieci rzutują na późniejsze przystosowanie małżeńskie i rodzinne w życiu dorosłym[27].

Nadużywanie alkoholu przez partnera w Polsce jest trzecią najczęściej podawaną w aktach rozwodowych oficjalną przyczyną rozpadu małżeństw[28]. Ponadto nadmierne spożywanie alkoholu obciąża budżety rodzinne, co często powoduje spadek statusu ekonomicznego poniżej granicy ubóstwa. W 2012 roku odsetek osób żyjących w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej granicy ubóstwa skrajnego (tzn. poniżej poziomu minimum egzystencji) wynosił 6,7%[29].

Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), szczególnie wysoki odsetek nadmiernie pijących zaobserwowano wśród osób bezrobotnych – 30,4% (wobec 15,5% nadmiernie pijących wśród ogółu konsumentów alkoholu)[30].

---

[27] M. Dzlubińska-Michalewicz, *Konsumpcja alkoholu a stan zdrowia mieszkańców Polski*, Biuro studiów i ekspertyz Kancelarii Sejmu - Informacja BSE nr 501, Warszawa 1997.
[28] A. Matysiak, G. Wrona, *Regulacje prawne tworzenia, rozwoju i rozpadu rodzin w Polsce*. Zeszyty Naukowe ISID Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Nr 8, Warszawa 2010.
[29] *Ubóstwo w Polsce w 2012 r. (na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych)*, GUS, Warszawa 2013.
[30] *Alkohol i życie codzienne. Ile piją Europejczycy*, Biuletyn Informacyjny Nr 22. PARPA b.m.r.w.

Alkoholowa dezorganizacja środowiska pracy

Nietrzeźwość w czasie i w miejscu pracy może powodować szereg ujemnych następstw, takich jak:

- wypadki przy pracy,
- naruszenie porządku i dyscypliny pracy,
- obniżenie wyników ekonomicznych,
- straty materialne zakładów pracy.

Rzeczywista rola alkoholu w różnych problemach dotyczących pracy nie jest dokładnie rozpoznana. Statystyki udziału alkoholu w przyczynach wypadków nie odzwierciedlają stanu faktycznego, bowiem ukrycie faktu, że wypadek zaistniał, może być korzystne zarówno dla pracodawcy, jak i rodziny poszkodowanego. Państwowa Inspekcja Pracy szacuje, iż połowa wypadków przy pracy powstaje z winy ludzi, głównie z powodu nieprzestrzegania zasad bhp czy obecności alkoholu w organizmie w godzinach pracy[31].

Naruszenia prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe

Najdrastyczniejszym przejawem zakłócania porządku publicznego jest przestępczość. Do najważniejszych problemów należą tu przede wszystkim:

- wpływ nietrzeźwości na popełnianie przestępstw,
- przemoc w rodzinach alkoholowych i nietrzeźwość w miejscach publicznych.

Związek wielkości spożycia alkoholu z rozmiarami przestępczości nie ma bezpośredniego charakteru. Jednakże rozmiar konsumpcji alkoholu rzutuje na wielkość udziału osób nietrzeźwych wśród ogółu sprawców przestępstw[32]. Ponadto policja odnotowuje każdego roku przypadki popełniania przestępstw, których celem jest wejście w posiadanie alkoholu albo pieniędzy na jego zakup – dotyczy to przede wszystkim rozbojów i kradzieży z włamaniem do sklepów, mieszkań, lokali gastronomicznych[33].

Naruszenie prawa związane z obrotem alkoholem

Naruszenia prawa związane z obrotem alkoholem to przede wszystkim:

---

[31] J. Szymańczak, *Problemy...*, op. cit.
[32] J. Szymańczak, *Problemy...*, op. cit.
[33] Szerzej tematyka ta zostanie poruszona w dalszej części opracowania.

- nielegalny import, produkcja i sprzedaż napojów alkoholowych,
- sprzedaż alkoholu osobom nieletnim i nietrzeźwym,
- reklama i propagowanie spożycia napojów alkoholowych.

Według doniesień PARPA, mimo obowiązywania ustawy o oznaczaniu wyrobów alkoholowych znakami skarbowymi akcyzy nadal obserwuje się różnego typu patologiczne zjawiska związane z nielegalnym wytwarzaniem alkoholu. Ujawnia się również przypadki przemytu spirytusu do Polski, który wprowadzany jest na polski obszar celny jako tranzyt z krajów Wspólnoty Państw Niepodległych lub też jako rozcieńczalnik albo rozpuszczalnik do produkcji w nieistniejących firmach polskich. Do nielegalnego obrotu alkoholem przyczynia się również tzw. przemyt mrówkowy (wielokrotne przekraczanie granicy i przenoszenie jednorazowo niewielkiej ilości alkoholu). Przemycany spirytus jest rozprowadzany do nielegalnych rozlewni alkoholu, w których zorganizowane grupy przestępcze zajmują się rozlewem i dystrybucją na terenie Polski. Warto zaznaczyć, iż administracja celna nie dysponuje danymi, które umożliwiłyby oszacowanie skali nielegalnego importu alkoholu do Polski[34].

Oszacowanie ekonomicznego aspektu polskich problemów alkoholowych, czyli wysokości strat związanych z obecnością alkoholu w naszym życiu, jest trudnym zadaniem. Według raportu WHO[35] z 2012 roku skutki ekonomiczne nadużywania alkoholu w Europie powinny być oceniane nawet na poziomie 2-3% PKB poszczególnych krajów[36]. Produkt krajowy brutto w Polsce w roku 2012, według Głównego Urzędu Statystycznego, wyniósł 1 595,3 mld zł. Oznacza to, iż koszty ekonomiczne (koszty leczenia, wypadków drogowych, zaangażowania wymiaru sprawiedliwości, systemu opieki społecznej i ubezpieczeń; przedwczesna umieralność; spadek wydajności pracy i wiele innych) związane z używaniem i nadużywaniem alkoholu w Polsce można szacować na poziomie około 32-48 mld zł rocznie[37].

---

[34] J. Szymańczak, *Problemy...*, op. cit.
[35] WHO (ang. World Health Organization) – Światowa Organizacja Zdrowia
[36] *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2013.
[37] Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 15 maja 2013 r. w sprawie pierwszego szacunku wartości produktu krajowego brutto w 2012 r. (M.P. z 2013 r., Nr 393).

Picie alkoholu przez kobiety w ciąży

Ważnym problemem nieujętym w wyżej wymienionych kategoriach jest spożywanie alkoholu przez kobiety w okresie ciąży. Badania epidemiologiczne wskazują na negatywny wpływ alkoholu etylowego na rozwój płodu. W wyniku picia alkoholu przez matkę przenika on przez łożysko i jest wchłaniany w całości przez dziecko. Uszkadza w ten sposób nieodwracalnie płód, który nie ma jeszcze w pełni dojrzałej wątroby, zdolnej do wyeliminowania dostarczanych mu toksyn. Jedną z konsekwencji picia alkoholu przez kobiety ciężarne jest płodowy zespół alkoholowy (FAS – Fetal Alcohol Syndrome) lub jego łagodniejsza forma FAE (Fetal Alcohol Effect). FAS objawia się u dziecka deformacjami twarzy, zaburzeniami wzrostu, trwałym uszkodzeniem mózgu oraz upośledzeniem umysłowym. Dzieci obarczone FAE mogą charakteryzować się normalnym wzrostem, wyglądem, a ich rozwój umysłowy może mieścić się w normie, ale mogą mieć problemy z zachowaniem, nauką i rozumowaniem. Innymi skutkami spożywania alkoholu w trakcie ciąży mogą być choroby serca, nerek, uszkodzenia wzroku i słuchu, ośrodkowego układu nerwowego (np. powodujące nadpobudliwość i trudności w koncentracji uwagi, ale także opóźnienie rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego) bądź zaburzenia psychiczne u dziecka. Etanol zwiększa również ryzyko wnętrostwa u płodów płci męskiej oraz ryzyko obumarcia płodu[38].

Wyniki badań przeprowadzonych w 2009 roku na zlecenie PARPA (Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych) nt. zdrowotnych zachowań polskich kobiet w ciąży wskazują, że około 14% wszystkich respondentek i aż 29% kobiet pijących alkohol w ciągu ostatniego roku piło w trakcie ciąży. Wśród kobiet pijących w ostatnim roku 59% piło alkohol w II i III trymestrze ciąży, 70% piło mniej niż raz w miesiącu, natomiast 5% – częściej niż raz w tygodniu. Większość kobiet jest jednak świadoma szkodliwego wpływu alkoholu na zdrowie kobiety i płodu (88% respondentek jest świadoma szkodliwości dużej ilości alkoholu, natomiast 82% – małych ilości). Największa nieświadomość tej szkodliwości wystąpiła w województwach: zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim i wielkopolskim (na poziomie około 10%). Kobiety młode z wyższym wykształceniem, mieszkanki dużych miast, deklarujące częściej świadomość

[38] W. Szychta, M. Skoczylas, T. Laudański, *Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań*, w: „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia", tom 1, zeszyt 4, 309-313, 2008.

negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu piły napoje alkoholowe w czasie ciąży częściej. U matek deklarujących picie alkoholu w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed porodem zauważono zdecydowanie częstsze niż u pozostałych matek występowanie powikłań w okresie ciąży, przedwczesne porody, niską masę i długość ciała noworodków, niższą punktację w skali Apgar i wady wrodzone noworodków[39].

Skuteczne zapobieganie rozprzestrzenianiu się problemów alkoholowych, które mają swój jednoznacznie negatywny wymiar społeczny i ekonomiczny, stanowi w Polsce przedmiot zorganizowanej działalności wielu podmiotów (administracja rządowa i samorządowa, organizacje pozarządowe). Jednakże dotychczas nie można stwierdzić, iż skala problemów alkoholowych w ostatnich latach zmniejszyła się.

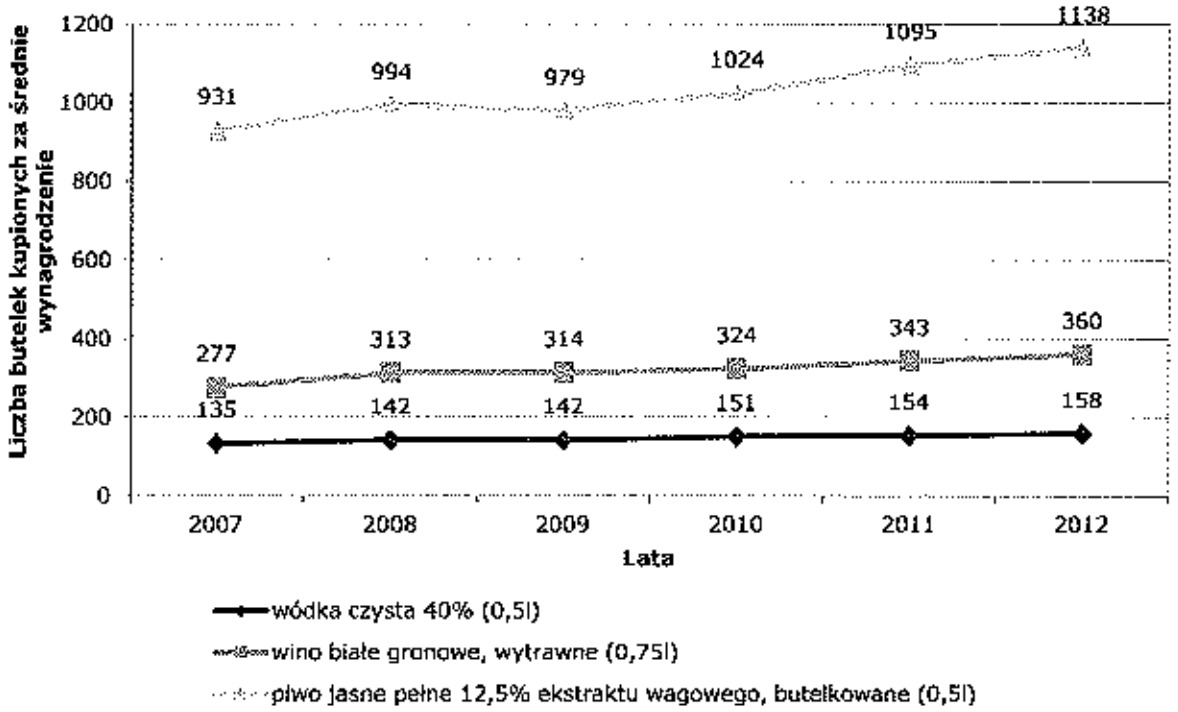
[39] M. Wojnar, M. Fudała, K. Brzózka, *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Picie alkoholu*, Posiedzenie Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia 24.03.2010.

2. Dostępność i konsumpcja alkoholu w woj. podkarpackim

2.1. Dostępność napojów alkoholowych

Dostępność ekonomiczna alkoholu na Podkarpaciu jest znacznie niższa niż w całym kraju. Związane jest to z wysokością średniego wynagrodzenia brutto na poziomie dużo niższym niż średnia krajowa, przy cenach alkoholu na porównywalnym poziomie[40].

Wykres 3. Dostępność ekonomiczna wybranych rodzajów alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2007-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Dostępność fizyczną alkoholu rozumianą jako możliwość jego nabycia można zmierzyć liczbą punktów sprzedaży napojów alkoholowych. Z nadesłanych przez gminy rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (PARPA-G1) wynika, że w 2012 roku w województwie podkarpackim funkcjonowało 7 596 punktów sprzedaży napojów alkoholowych (7 741 w 2011 roku, 8 017 w 2010 roku). Średnio na jeden punkt sprzedaży przypadało 280 mieszkańców Podkarpacia w 2012 roku

[40] W 2011 roku średnie miesięczne wynagrodzenie brutto wynosiło: na Podkarpaciu 3 023,21 zł, w Polsce 3 625,21 zł. Ceny wódki czystej 40 procentowej, odpowiednio: 19,67 zł na Podkarpaciu oraz 19,90 zł w Polsce – BDL GUS.

(272 osób w 2011 roku, 260 w 2010 roku)[41]. W skali całego kraju na jeden punkt sprzedaży przypadało 257 osób w 2011 roku oraz 253 osoby w 2010 roku. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych w Polsce w 2011 roku wyniosła 150 014, w porównaniu z rokiem poprzednim spadła o ponad 2 tysiące.

Z danych zaprezentowanych powyżej wynika, że na przestrzeni ostatnich lat wzrosła dostępność ekonomiczna przy jednoczesnym zmniejszeniu dostępności fizycznej napojów alkoholowych.

2.2. Charakterystyka osób spożywających i częstotliwość picia alkoholu

Główny Urząd Statystyczny w 2009 roku przeprowadził w Polsce Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS). Badanie to wykazało całkowitą abstynencję badanych Polaków w ciągu ostatnich 12 miesięcy na poziomie około 25%. W przekroju terytorialnym stosunkowo najwięcej osób stroniących od alkoholu to mieszkańcy województwa świętokrzyskiego, lubelskiego, podkarpackiego i kujawsko-pomorskiego; tam alkoholu nie brało do ust aż 29% dorosłych mieszkańców. Stosunkowo najrzadziej abstynentami byli mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego i śląskiego – 21-22% ogółu ludności dorosłej w tych województwach. Kobiety o wiele rzadziej niż mężczyźni deklarowały częstsze picie alkoholu. Do picia alkoholu częściej niż 1 raz w tygodniu przyznał się co 5 mężczyzna i co 22 pijąca alkohol kobieta. Wielkość populacji osób pijących alkohol częściej niż jeden raz w tygodniu można oszacować na poziomie nieco ponad 2,5 mln osób (2,1 mln mężczyzn i 0,5 mln kobiet). Relatywnie najwięcej przypadków częstego spożycia alkoholu zaobserwowano u mężczyzn zamieszkujących miasta, kawalerów, nieżyjących w związku małżeńskim/ partnerskim, z wyższym wykształceniem, ale także zasadniczym zawodowym. Natomiast wśród kobiet, często pijąca alkohol to głównie mieszkanka miasta, w wieku 20-39 lat, dobrze wykształcona oraz żyjąca w związku.

Jak wskazują szacunkowe wyniki badania, co trzecia kobieta często pijąca alkohol nigdy nie przekroczyła normy spożycia nadmiernego (tj. 60 g czystego alkoholu przy jednej okazji), a wśród często pijących mężczyzn – tylko co dziesiąty. Raz na miesiąc lub rzadziej normę tę przekroczyła blisko co druga kobieta często

[41] Dane obejmują wyłącznie gminy, które nadesłały sprawozdania (159 gmin w 2012 roku, 158 gmin w 2011 roku, 157 gmin w 2010 r.).

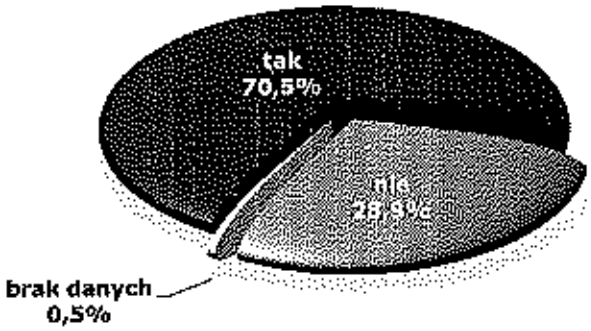
pijąca i ponad 56% pijących równie często mężczyzn. Co czwarty często pijący alkohol mężczyzna normę tę przekraczał znacznie częściej – co najmniej jeden raz w tygodniu, natomiast wśród kobiet rzadziej niż co dziesiąta. Do grupy ryzyka zostały więc zaliczone osoby bardzo młode do 30 roku życia, słabo wykształcone, wolne (nie żyjące w stałych związkach), mające nie najgorszy stan zdrowia lub poszukujące pracy (bezrobotne). Wśród osób często pijących alkohol spożywanie wódki i innych napojów wysokoprocentowych deklarowało 30%, piwa 85%, natomiast wina – do 10%. Wyniki badania wskazują, że 3/4 osób deklarujących picie piwa w ciągu tygodnia wypijało co najwyżej 7 półlitrowych butelek, a 3/4 pijących wino gronowe w ciągu tygodnia wypijało nie więcej niż 5 kieliszków 100-gramowych. Trochę wyższe wyniki odnotowano dla 3/4 osób deklarujących picie wódki i innych napojów spirytusowych – granicę spożycia w ciągu tygodnia dla tej grupy wyznaczało 500 gramów wódki lub 300 gramów innych napojów spirytusowych, tzw. mocnych alkoholi[42].

Wyniki badania pn. *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania*[43] przeprowadzonego w 2010 roku na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie na reprezentatywnej próbie 706 mieszkańców województwa podkarpackiego w wieku 16-64 lat pozwoliły na określenie średniego spożycia napojów alkoholowych przez osoby deklarujące konsumpcję poszczególnych rodzajów trunków. Osoby spożywające w ostatnich 12 miesiącach przed badaniem:

- piwo – wypijały średnio w ciągu jednego dnia ok. 1 111 ml[44];
- wino/szampan – wypijały średnio w ciągu jednego dnia ok. 323 ml[45];
- wódkę/inne napoje spirytusowe – wypijały średnio w ciągu jednego dnia ok. 293 ml[46].

[42] *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
[43] Raport dostępny z badania pn. *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania* jest na stronie: www.ois.rops.rzeszow.pl
[44] przeciętna ilość piwa spożywana w ciągu jednego dnia (przy uwzględnieniu tylko tych dni, w których badani spożywali piwo)
[45] przeciętna ilość wina/szampanu spożywana w ciągu jednego dnia (przy uwzględnieniu tylko tych dni, w których badani spożywali wino/szampan)
[46] przeciętna ilość wódki/innych napojów spirytusowych spożywana w ciągu jednego dnia (przy uwzględnieniu tylko tych dni, w których badani spożywali wódkę/napoje spirytusowe)

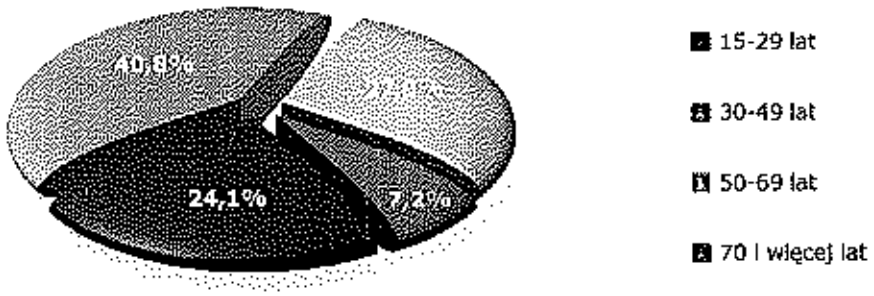
Wykres 4. Spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 m-cy przez osoby w wieku 15 lat i więcej zamieszkujące woj. podkarpackie /rok 2011/



Źródło: opracowanie własne na podstawie „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.", Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.

W Polsce odsetek osób w wieku 15 lat i więcej, pijących w ciągu ostatnich 12 miesięcy w 2009 roku wyniósł 73,9%. Osoby niepijące stanowiły natomiast 25,3%. Na tle statystycznego Polaka mieszkaniec Podkarpacia wypadł nieco lepiej. Abstynencję w województwie podkarpackim zadeklarowało około 3,6% więcej badanych niż w skali kraju. Wśród osób pijących przeważali mężczyźni (54,8%).

Wykres 5. Spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 m-cy przez osoby zamieszkujące woj. podkarpackie z podziałem na wiek /rok 2011/

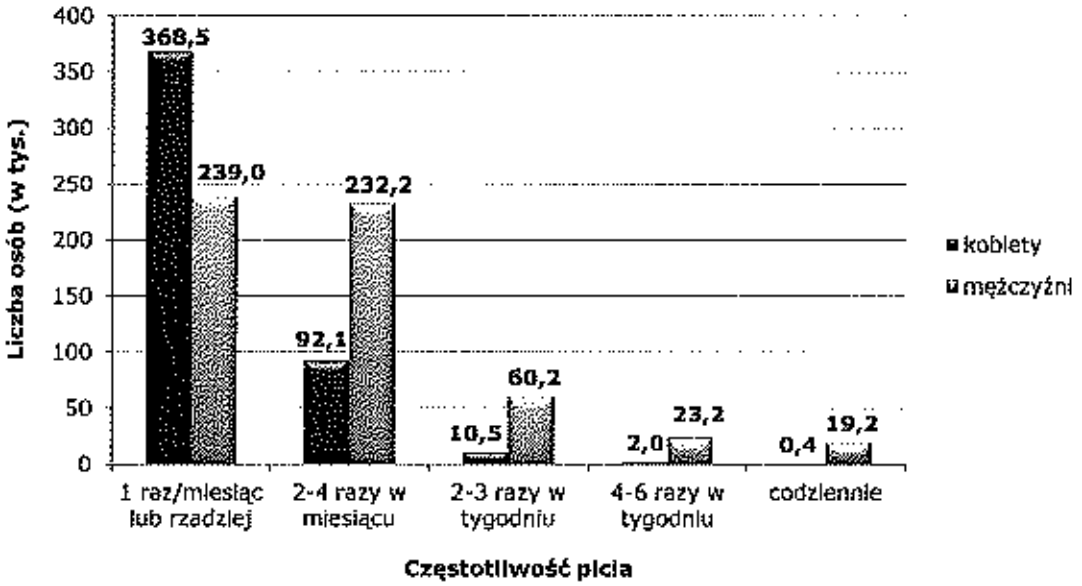


Źródło: opracowanie własne na podstawie „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.", Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.

Poddając analizie wiek osób spożywających alkohol w ciągu ostatnich miesięcy, wyłonić można najliczniejszą grupę wiekową osób pijących w województwie podkarpackim – osoby w wieku 30-49 lat.

Osoby deklarujące spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 m-cy zapytano o częstotliwość spożywania napojów alkoholowych. Wyniki województwa podkarpackiego przedstawione zostały na poniższym wykresie.

Wykres 6. Częstotliwość spożywania alkoholu przez osoby w wieku 15 lat i więcej zamieszkujące woj. podkarpackie, deklarujące spożycie alkoholu w ciągu ostatnich 12 m-cy

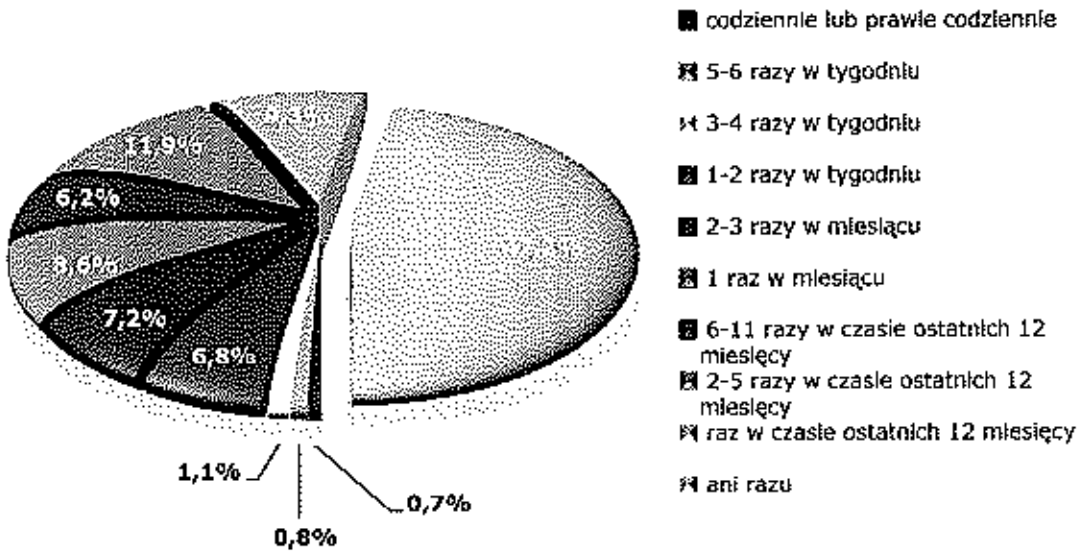


Źródło: opracowanie własne na podstawie „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.", Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.

Jak pokazuje powyższy wykres, wśród mieszkańców Podkarpacia powyżej 15 roku życia deklarujących spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 19 600 osób piło codziennie (co stanowi 1,87% mieszkańców województwa powyżej 15 roku życia deklarujących spożywanie alkoholu w ciągu 12 miesięcy oraz 1,32% ogółu mieszkańców województwa powyżej 15 roku życia). Największa liczba badanych (607 500 osób) piła 1 raz w miesiącu lub rzadziej (co stanowi 58% mieszkańców województwa powyżej 15 roku życia, deklarujących spożywanie alkoholu w ciągu 12 miesięcy oraz 41% ogółu mieszkańców województwa powyżej 15 roku życia). Jest to również jedyna kategoria, w której liczba pijących kobiet jest większa niż liczba pijących mężczyzn. Oznacza to, że mężczyźni piją znacznie częściej niż kobiety. Wraz ze wzrostem częstotliwości picia rośnie również przewaga liczby mężczyzn pijących nad pijącymi kobietami (od 2,5 razy więcej mężczyzn niż kobiet w przypadku picia 2-4 razy w miesiącu do aż 48 razy więcej w przypadku codziennego picia).

Badanie *Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania* pozwoliło określić, z jaką częstotliwością osoby spożywające alkohol w ciągu 12 miesięcy przed badaniem konsumowały przy jednej okazji 6 standardowych porcji alkoholu lub więcej[47], tzn. co najmniej sześć 250 ml szklanek piwa (1,5 l) lub sześć 100 ml kieliszków wina (0,6 l) lub sześć 30 ml kieliszków wódki lub innego napoju spirytusowego (180 ml), względnie ich kombinacji.

Wykres 7. Częstotliwość wypijania przy jednej okazji 6 standardowych porcji alkoholu lub więcej w woj. podkarpackim



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania z 2010 r. „Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania".

Niemal połowa respondentów w ciągu 12 miesięcy przed badaniem nie spożywała jednorazowo sześciu standardowych porcji alkoholu lub więcej. Wśród pozostałych osób największy odsetek badanych pił ryzykownie 2-5 razy w ciągu ostatniego roku przed badaniem.

[47] Światowa Organizacja Zdrowia określa roboczą definicję ryzykownego picia alkoholu jako regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20-40g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40-60g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140-209g, a w przypadku mężczyzn - 280-349g.

2.3. Picie alkoholu przez dzieci i młodzież[48]

Napoje alkoholowe są najbardziej powszechną substancją psychoaktywną zarówno wśród młodzieży szkolnej, jak i dorosłej części społeczeństwa. Informacji na temat rozpowszechnienia zjawiska picia alkoholu przez młodzież dostarczają m.in. prowadzone cyklicznie co 4 lata ogólnopolskie badania ESPAD dotyczące używania alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Najnowsza edycja badania odbyła się w 2011 roku. Badanie przeprowadzono w województwie podkarpackim na reprezentatywnej próbie 948 uczniów III klas gimnazjalnych oraz 1 199 uczniów II klas ponadgimnazjalnych, za pomocą ankiety audytoryjnej. Wyniki wskazują, że alkoholu próbowało już 73,4% chłopców i 63,6% dziewcząt z trzecich klas gimnazjum oraz ponad 90% uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (91,6% chłopców i 90,9% dziewcząt). Porównując dane z wynikami poprzedniej edycji badania, można zauważyć nieznaczny spadek liczby osób mających już za sobą inicjację alkoholową w młodszej kategorii wiekowej (76% chłopców i 66% dziewcząt w 2007 roku) oraz wzrost w przypadku starszej młodzieży (89% chłopców i 88% dziewcząt w 2007 roku).

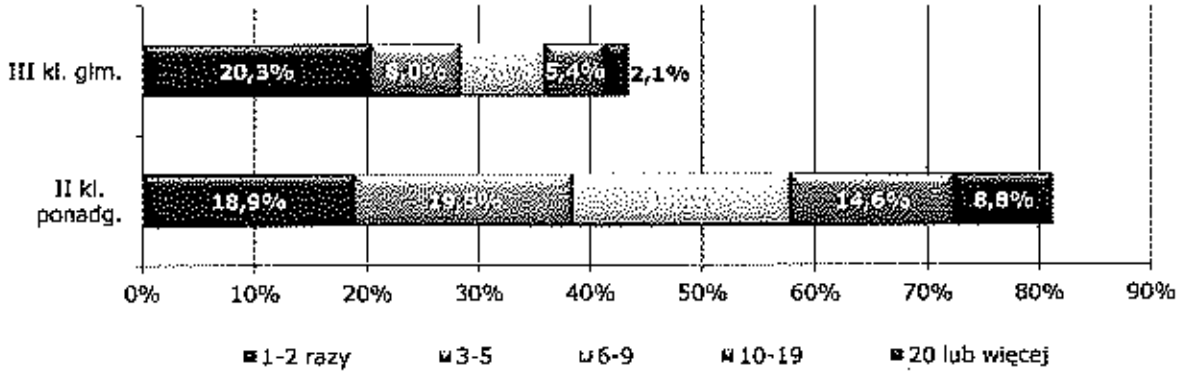
Na tle Polski, podkarpacka młodzież wypadła znacznie korzystniej. Wśród uczniów III klas gimnazjalnych w województwie inicjację alkoholową miało za sobą 68,7% uczniów, natomiast w skali kraju 87,3%. W starszej grupie młodzieży różnice te są już mniej widoczne – 91,2% uczniów klas II ponadgimnazjalnych na Podkarpaciu w porównaniu do 95,2% w Polsce.

Znaczna część młodzieży uczestniczącej w podkarpackich badaniach piła alkohol w okresie 30 dni przed badaniem (43,4% uczniów III klas gimnazjalnych oraz 81,2% uczniów II klas ponadgimnazjalnych). Najpopularniejszym napojem alkoholowym wśród młodzieży było piwo. W ciągu ostatniego miesiąca piła je ponad 1/3 badanych gimnazjalistów (36,5%) i prawie 3/4 uczniów klas drugich ponadgimnazjalnych (74,5%). Drugim najpopularniejszym napojem była wódka. Piło ją w ostatnim miesiącu przed badaniem 27,9% gimnazjalistów i 64,3% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Po wino w analizowanym okresie sięgnęło 12,8% uczniów

[48] Na podstawie raportów z badań *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego - ESPAD 2007* oraz *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego - ESPAD 2011*, wykonanych przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie oraz J. Sierosławski *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Warszawa 2011.

gimnazjów i 30,1% badanych ze szkół ponadgimnazjalnych. W analizowanym czasie badani sięgali najrzadziej po alkopopy (kolorowe drinki w małych butelkach o niewielkiej zawartości alkoholu). Takie doświadczenia ma 5,8% gimnazjalistów i 9,8% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Wykres 8. Częstotliwość picia alkoholu przez młodzież szkolną w woj. podkarpackim w 2011 roku – 30 dni przed badaniem



Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego" – ESPAD 2007 oraz „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego" – ESPAD 2011.

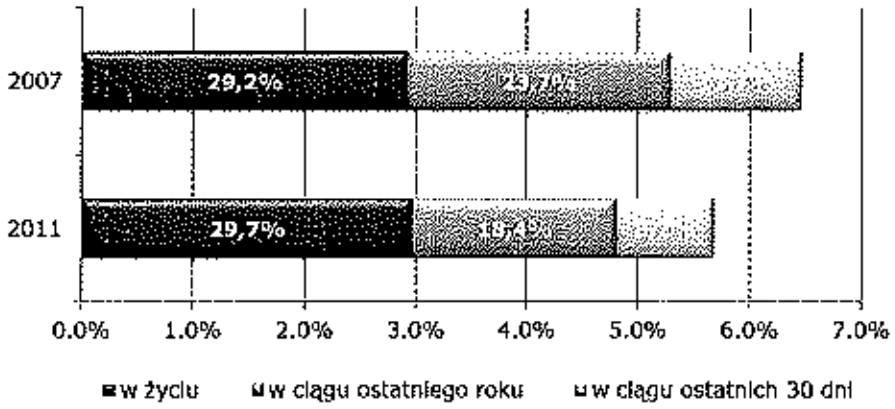
Picie częściej niż raz w tygodniu zadeklarowało około 15% młodzieży gimnazjalnej biorącej udział w badaniu i aż 42,8% młodzieży starszej. Niepojący jest fakt, iż prawie 9% młodzieży ponadgimnazjalnej piło niemal codziennie (20 lub więcej razy w ostatnim miesiącu). W młodszej grupie badanych odsetek ten wyniósł 2,1%.

Upijanie się jest jednym z najbardziej ryzykownych zachowań, jakie podejmują młodzi ludzie. Wielu z nich właśnie na skutek alkoholowego upojenia ma poważne problemy zdrowotne, ulega wypadkom, narusza prawo, traci szansę na dalszą edukację. Konsekwencją upijania się nastolatków są również poważne problemy emocjonalne oraz konflikty i zaburzone relacje z rodzicami i rówieśnikami. Bezpośrednim następstwem upicia się są również niechciane kontakty seksualne oraz eksperymenty z narkotykami. W tym kontekście warto podkreślić, iż kontrola zachowań związanych z piciem alkoholu powinna stanowić jeden z kluczowych elementów działań profilaktycznych adresowanych do młodzieży.

Z przeprowadzonych ogólnopolskich badań ESPAD 2007 oraz ESPAD 2011 wynika, że w 2011 roku w województwie podkarpackim wzrósł odsetek uczniów III klas gimnazjalnych oraz II klas ponadgimnazjalnych, którzy co najmniej raz w życiu upili się. Ponadto niepokojącym zjawiskiem jest fakt, że wzrósł również odsetek

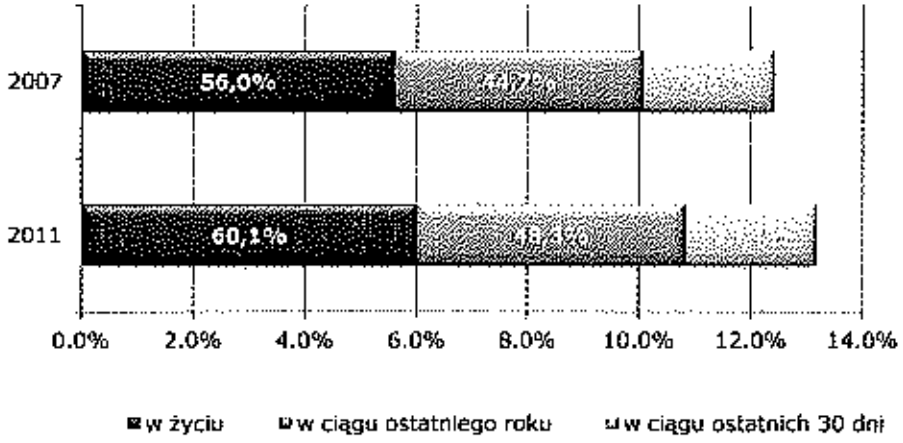
uczniów II klas ponadgimnazjalnych, którzy upili się w ciągu ostatniego roku. Dane te prezentują poniższe wykresy.

Wykres 9. Upijanie się przez młodzież III klasy gimnazjum w woj. podkarpackim /lata 2007, 2011/



Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego" – ESPAD 2007 oraz „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego" – ESPAD 2011.

Wykres 10. Upijanie się przez młodzież II klasy ponadgimnazjalnej w woj. podkarpackim /lata 2007, 2011/



Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego" – ESPAD 2007 oraz „Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego" – ESPAD 2011.

Zarówno w 2007 roku, jak i w roku 2011 odnotowano istotną różnicę pomiędzy odsetkiem upijających się chłopców i dziewcząt. Zarówno w całym życiu, jak i w ostatnim miesiącu odsetek upijających się chłopców był wyższy. Warto jednak

zwrócić uwagę na fakt, iż różnica ta zmniejsza się w przypadku młodzieży gimnazjalnej. W 2007 roku różnica pomiędzy odsetkiem chłopców i dziewcząt, którzy w ciągu ostatnich 30 dni upili się, wyniosła 12%, zaś w 2011 roku różnica ta zmniejszyła się do poziomu 5,7%.

3. Naruszanie prawa spowodowane spożywaniem alkoholu w województwie podkarpackim

Jedną z przyczyn sprzyjających naruszaniu prawa jest spożywanie alkoholu. Spożywany alkohol wpływa na ośrodkowy układ nerwowy pobudzając jedne obszary, a ograniczając działanie innych. Może powodować poprawę nastroju oraz chwilowy wzrost energii, ale również wzrost agresywności. Statystyki policyjne wskazują na związek alkoholu z przestępczością. Przestępstwa popełnione pod wpływem alkoholu stanowiły w ciągu ostatnich 5 lat około 1/4 wszystkich stwierdzonych przestępstw.

Jak pokazują dane ujęte w poniższej tabeli, w latach 2008-2012 najmniejszą liczbę przestępstw na terenie województwa podkarpackiego zarejestrowano w roku 2010.

Tabela 2. Liczba przestępstw stwierdzonych, popełnionych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2008-2012

Komenda policji	Rok				
	2008	2009	2010	2011	2012
Brzozów	146	162	158	189	226
Dębica	581	519	466	437	423
Jarosław	549	547	493	516	492
Jasło	635	582	499	587	458
Kolbuszowa	295	320	305	265	280
Krosno	537	544	492	521	575
Lesko	150	117	115	180	111
Leżajsk	310	366	380	420	450
Lubaczów	320	313	435	486	457
Łańcut	357	368	392	601	626
Mielec	643	601	527	487	528
Nisko	628	488	463	401	605
Przemyśl	517	630	521	566	533
Przeworsk	418	387	374	411	352
Ropczyce	361	338	337	441	308
Rzeszów	933	903	907	950	898

Sanok	439	371	351	474	527
Stalowa Wola	668	520	634	559	507
Strzyżów	202	181	181	219	180
Tarnobrzeg	559	443	487	553	540
Ustrzyki Dolne	94	91	83	127	124
Razem	9 342	8 791	8 600	9 390	9 200

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Rzeszowie.

W analizowanym okresie w województwie podkarpackim podejrzani pod wpływem alkoholu stanowili ponad 41% ogółu podejrzanych. Począwszy od roku 2010 udział tych osób w ogólnej liczbie podejrzanych wzrósł z poziomu 41,9% w roku 2010 do poziomu 44,3% w roku 2012.

Tabela 3. Liczba zatrzymanych podejrzanych pod wpływem alkoholu w województwie podkarpackim w latach 2008-2012

Komenda policji	2008		2009		2010		2011		2012	
	ogółem	w tym poniżej 18 lat	ogółem	w tym poniżej 18 lat	ogółem	w tym poniżej 18 lat	ogółem	w tym poniżej 18 lat	ogółem	w tym poniżej 18 lat
Brzozów	155	3	166	3	160	6	196	2	235	10
Dębica	594	27	549	15	496	12	450	8	431	6
Jarosław	571	26	567	15	516	17	544	19	517	17
Jasło	656	15	600	17	522	8	598	12	471	10
Kolbuszowa	304	10	322	10	316	11	270	7	287	7
Krosno	571	22	585	23	523	19	550	14	610	25
Lesko	161	7	121	1	119	4	185	5	115	1
Leżajsk	314	8	388	17	386	12	434	12	457	6
Lubaczów	340	19	326	14	450	10	507	23	484	25
Łańcut	381	16	391	13	412	12	610	9	639	16
Mielec	677	22	649	14	565	18	525	18	552	15
Nisko	647	21	502	13	468	13	402	4	614	16
Przemyśl	542	24	662	18	543	10	591	17	549	9
Przeworsk	436	14	390	9	380	8	414	12	359	6
Ropczyce	377	15	350	10	338	7	446	10	324	6
Rzeszów	991	41	966	23	944	24	991	22	946	13
Sanok	452	13	387	11	366	9	496	11	546	10

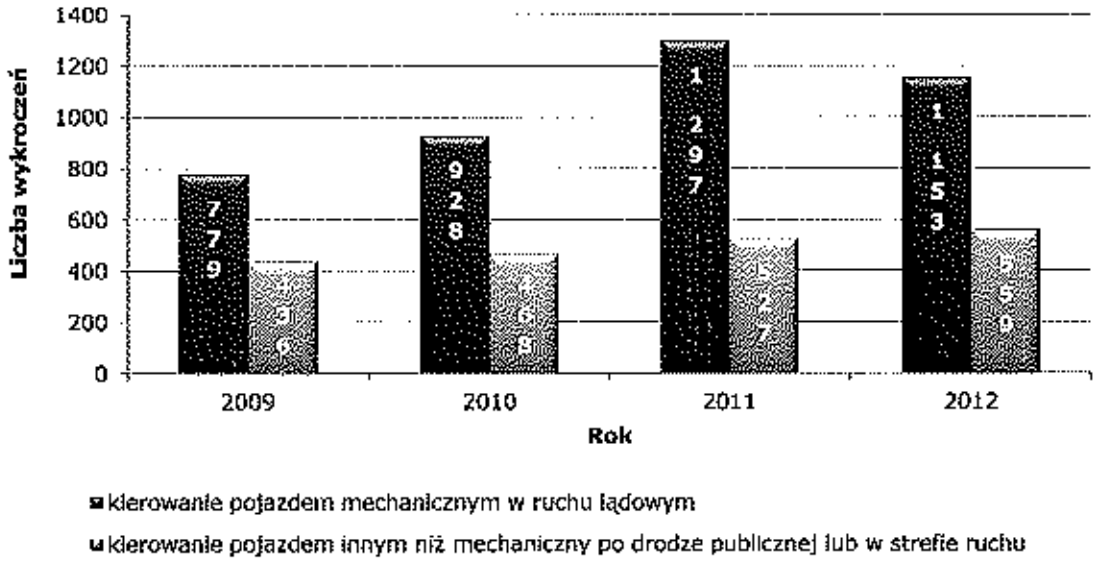
Stalowa Wola	693	22	539	13	666	13	576	13	525	8
Strzyżów	210	6	201	24	187	12	231	12	181	5
Tarnobrzeg	596	28	468	17	508	7	571	12	568	7
Ustrzyki Dolne	96	2	96	5	91	8	129	5	129	3
Razem	9 764	361	9 225	285	8 956	240	9 716	247	9 539	221

Źródło: Komenda Wojewódzka Policji w Rzeszowie.

Na przestrzeni kilku ostatnich lat systematycznie zmniejszał się odsetek osób nieletnich podejrzanych w przestępstwach popełnionych pod wpływem alkoholu (z 3,7% ogółu podejrzanych pod wpływem alkoholu w 2008 roku do 2,3% w 2012 roku).

Innymi przejawami naruszania prawa, których przyczyną jest picie alkoholu, są wykroczenia drogowe. Rejestry Komendy Wojewódzkiej Policji obejmują wykroczenia popełnione pod wpływem alkoholu z art. 87 §1 Kodeksu Wykroczeń (tj. kierowanie pojazdem mechanicznym w ruchu lądowym) oraz z art. 87 §2 (tj. kierowanie pojazdem innym niż mechaniczny po drodze publicznej lub w strefie ruchu).

Wykres 11. Liczba wykroczeń spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2009-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie.

Liczba wykrytych wykroczeń w postaci kierowania pojazdem mechanicznym pod wpływem alkoholu nieznacznie spadła w 2012 roku po ciągłym wzroście w latach poprzednich. Z roku na rok natomiast, funkcjonariusze policji zatrzymują coraz więcej osób kierujących pod wpływem alkoholu pojazdami innymi niż mechaniczne po drodze publicznej lub w strefie ruchu.

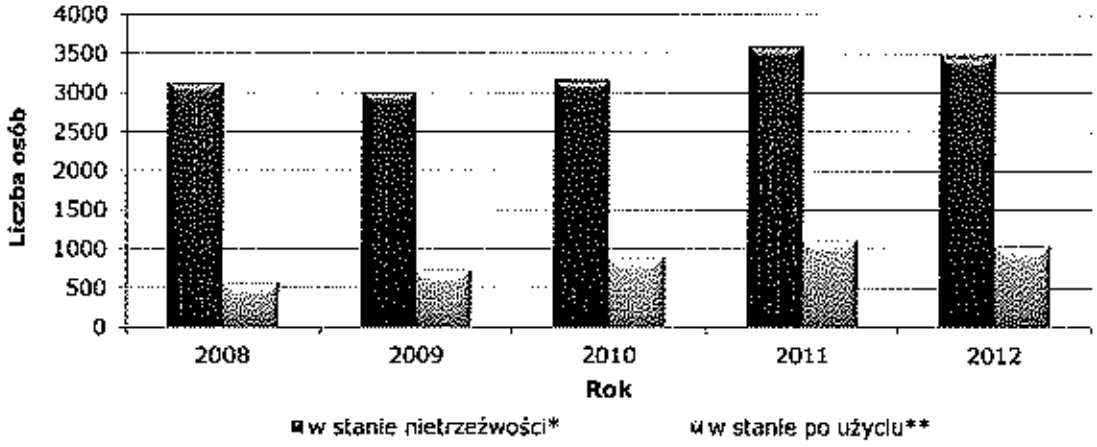
W 2012 roku na Podkarpaciu policja zatrzymała niemal 4 500 osób kierujących pojazdem pod wpływem alkoholu. Ponad 2/3 tych osób znajdowało się w stanie nietrzeźwości w momencie zatrzymania.

Za osoby kierujące pojazdami w stanie nietrzeźwości zgodnie z art. 115 §16 Kodeksu Karnego[49] uznawane są osoby, u których:

- zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość lub
- zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość.

Stan po użyciu alkoholu zachodzi natomiast, gdy zawartość alkoholu we krwi wynosi lub prowadzi do stężenia od 0,2‰ do 0,5‰ (lub obecność w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3).

Wykres 12. Liczba zatrzymanych osób kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2008-2012



** na podst. art. 178§1 i §2 Kodeksu Karnego*
*** na podst. art. 87§1 i §2 Kodeksu Wykroczeń*

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie.

[49] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553, z późn. zm.).

W 2012 roku liczba zatrzymanych osób kierujących pojazdem pod wpływem alkoholu w województwie podkarpackim nieznacznie się zmniejszyła po kilkuletnim wzroście, co może oznaczać zarówno ograniczenie tego zjawiska, jak i spadek wykrywalności takich przypadków.

Tabela 4. Dane dotyczące wypadków i kolizji spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim z podziałem na płeć /lata 2008-2012/

	2008			2009			2010			2011			2012		
	K*	M**	bd***	K	M	bd	K	M	bd	K	M	bd	K	M	bd
liczba wypadków	9	267	2	10	242	0	7	177	0	16	228	0	8	174	0
liczba zabitych	3	50	1	2	30	0	0	32	0	6	25	0	0	43	0
liczba rannych	9	312	1	10	298	0	8	235	0	17	281	0	9	206	0
liczba kolizji	32	520	0	9	490	0	24	419	0	30	422	0	24	377	1

** kobiety*
*** mężczyźni*
**** brak danych*

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie.

Jak pokazuje powyższa tabela zdecydowana większość sprawców wypadków/kolizji będących pod wpływem alkoholu to mężczyźni. Odsetek kobiet powodujących wypadki bądź kolizje pod wpływem alkoholu nie przekroczył 7%. W wypadkach spowodowanych pod wpływem alkoholu w ciągu 5 ostatnich lat zginęło 191 osób, a 1 385 osób zostało rannych.

Tabela 5. Liczba wypadków i kolizji spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim z podziałem na kategorie wiekowe /lata 2008-2012/

Wiek	2008	2009	2010	2011	2012
poniżej 18 lat	22	16	10	14	8
18-24 lata	217	190	160	146	120
25-39 lat	293	262	218	266	212
40-59 lat	258	241	196	218	187
60 i więcej lat	38	42	42	52	56
brak danych	2	0	1	0	1
Ogółem	830	751	627	696	584

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie.

Grupą najliczniej powodującą wypadki i kolizje pod wpływem alkoholu w województwie podkarpackim były osoby w wieku 25-39 lat. Osoby te stanowiły w ostatnich latach około 35-38% ogółu osób, które spowodowały wypadek lub kolizję pod wpływem alkoholu. Powodowanie wypadków i kolizji przez osoby niepełnoletnie będące pod wpływem alkoholu jest na Podkarpaciu zjawiskiem marginalnym – odsetek tych osób w ogólnej liczbie sprawców nie przekroczył 3% w analizowanych latach.

Tabela 6. Liczba wypadków i kolizji spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim z podziałem na powiaty /lata 2008-2012/

Powiat	2008		2009		2010		2011		2012	
	Liczba wypadków	Liczba kolizji	Liczba wypadków	Liczba kolizji	Liczba wypadków	Liczba kolizji	Liczba wypadków	Liczba kolizji	Liczba wypadków	Liczba kolizji
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
bieszczadzki	6	20	4	5	1	8	7	6	0	4
brzozowski	17	20	11	10	6	14	2	9	1	9
dębicki	16	21	18	39	19	29	33	31	26	22
jarosławski	17	60	7	51	11	56	15	43	3	50
jasielski	12	13	21	18	4	16	3	9	5	5
kolbuszowski	8	9	4	12	5	9	16	11	7	16
krośnieński	17	17	15	22	13	16	18	18	7	13
leski	0	9	3	13	4	6	3	11	3	8
leżajski	5	10	6	8	0	6	5	11	5	11
lubaczowski	8	30	8	17	3	21	1	18	2	14
łańcucki	11	30	5	14	5	27	4	29	5	16
mielecki	21	47	13	56	13	47	10	33	15	42
niżański	13	26	15	15	12	20	9	9	9	25
przemyski	8	23	7	14	5	11	5	22	0	17
przeworski	14	14	19	10	12	22	16	17	18	20
ropczycko-sędziszowski	10	17	9	15	7	18	10	16	10	8
rzeszowski	31	43	27	34	19	25	33	34	20	21
sanocki	5	19	9	24	4	13	8	21	7	2
stalowowolski	6	12	12	5	8	3	7	8	6	6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
strzyżowski	2	8	7	7	7	6	4	20	3	11
tarnobrzeski	12	10	3	9	2	2	0	7	4	5
M. Krosno	8	16	6	24	4	13	5	10	4	8
M. Przemyśl	2	24	2	21	0	15	0	9	2	20
M. Rzeszów	27	47	17	49	16	33	28	40	20	40
M. Tarnobrzeg	2	7	4	7	4	7	2	10	0	9
Ogółem	278	552	252	499	184	443	244	452	182	402

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie.

Począwszy od 2008 roku, spośród wszystkich powiatów województwa podkarpackiego powiat rzeszowski był w czołówce pod względem częstotliwości występowania wypadków spowodowanych pod wpływem alkoholu. Od 2010 roku powiat dębicki przesuwał się na wyższe niż dotychczas pozycje, a w 2012 roku był powiatem, w którym najczęściej dochodziło do tego typu zdarzeń. Kolizje spowodowane pod wpływem alkoholu najczęściej miały miejsce w powiecie jarosławskim, jedynie w 2009 roku liczba takich zdarzeń była wyższa w powiecie mieleckim. Ponadto, jak pokazują dane zawarte w powyższej tabeli, rok 2012 był rokiem, w którym odnotowano najmniejszą liczbę zarówno wypadków, jak i kolizji spowodowanych pod wpływem alkoholu od 2008 roku.

Jedną z konsekwencji picia w sposób szkodliwy jest stosowanie przemocy w rodzinie. Członkowie rodzin z problemem alkoholowym, w których co najmniej jedna osoba nadużywa alkoholu, są szczególnie narażeni na doświadczanie przemocy. W przypadku interwencji dotyczących przemocy w rodzinie stosowana jest procedura „Niebieskie Karty". Procedura „Niebieskie Karty" może być realizowana przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie[50]. Działania interwencyjne mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta zjawiskiem przemocy.

[50] Art. 9d, ust. 2, Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r., Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.).

Tabela 7. Interwencje dotyczące przemocy w rodzinie w woj. podkarpackim w latach 2008-2012

		2008	2009	2010	2011	2012
liczba przeprowadzonych interwencji dotyczących przemocy w rodzinie		5 018	5 386	5 277	4 564	4 098
liczba sprawców przemocy domowej pod wpływem alkoholu ogółem		3 471	4 057	3 916	3 129	2 914
w tym	kobiet	92	80	102	74	114
	mężczyzn	3 373	3 970	3 809	3 055	2 800
	nieletnich	6	7	5	0	0

** liczba przeprowadzonych interwencji dot. przemocy w rodzinie jest tożsama z liczbą sporządzonych notatek urzędowych o przemocy w rodzinie ("Niebieskie Karty")*

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Rzeszowie.

Z danych policyjnych wynika, że w ostatnich 4 latach zmniejszyła się zarówno liczba przeprowadzonych interwencji dotyczących przemocy w rodzinie, jak i liczba sprawców przemocy domowej będących w momencie interwencji pod wpływem alkoholu. Sprawcami przemocy w rodzinie pod wpływem alkoholu w głównej mierze są mężczyźni, corocznie stanowią oni 96-98% wszystkich sprawców pod wpływem alkoholu. W 2012 roku odnotowano natomiast większą niż w poprzednich latach liczbę kobiet-sprawców przemocy domowej pod wpływem alkoholu.

Osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorszenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień, podmiotu leczniczego lub innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu[51].

Jak pokazują dane zawarte w poniższej tabeli, w 2012 roku liczba osób dorosłych zatrzymanych w izbach wytrzeźwień województwa podkarpackiego nieznacznie spadła (spadek o 1,7% w porównaniu z rokiem poprzednim) po nieustannym wzroście na przestrzeni wcześniejszych lat. Niepokojące jest jednak, że wzrósł odsetek zatrzymanych kobiet będących pod wpływem alkoholu (6,1% ogółu

[51] Art. 40. ust. 1, Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012, Nr 1356, z późn. zm.).

osób zatrzymanych), podczas gdy w latach wcześniejszych udział ten malał z roku na rok (z 5,5% w 2008 r. do 4,9% w 2011 r.).

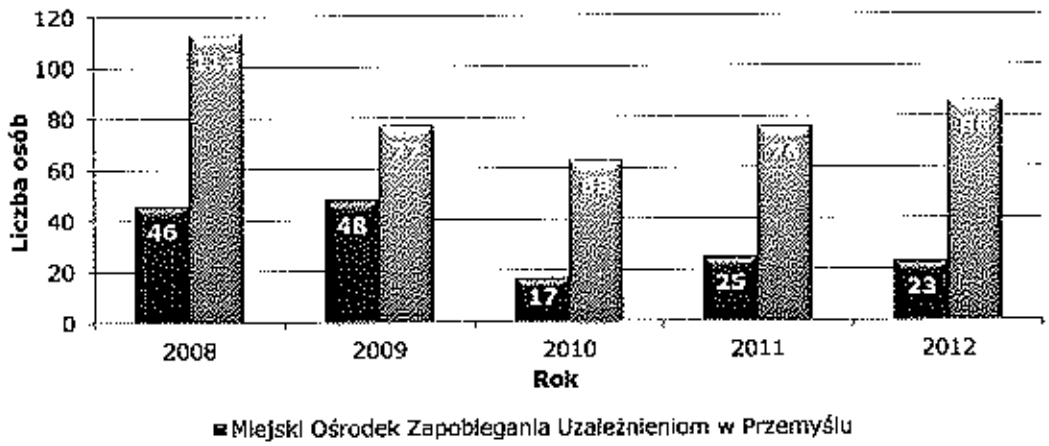
Tabela 8. Liczba osób dorosłych zatrzymanych w izbach wytrzeźwień w województwie podkarpackim w latach 2008-2012

Placówka	2008		2009		2010		2011		2012	
	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni
Miejski Ośrodek Zapobiegania Uzależnieniom w Przemyślu	125	2 543	164	2 731	138	2 815	176	2 742	183	2 914
Razem MOZU w Przemyślu	2 668		2 895		2 953		2 918		3 097	
Izba Wytrzeźwień w Rzeszowie	374	6 002	345	6 156	348	6 259	294	6 476	400	6 022
Razem IW w Rzeszowie	6 376		6 501		6 607		6 770		6 422	
Razem z podziałem na kobiety i mężczyzn	499	8 545	509	8 887	486	8 074	470	8 218	583	8 936
Razem łącznie w danym roku	9 044		9 396		8 560		8 688		9 519	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Izby Wytrzeźwień w Rzeszowie oraz Miejskiego Ośrodka Zapobiegania Uzależnieniom w Przemyślu.

W ciągu 2 ostatnich lat znacznie wzrosła liczba osób młodocianych (poniżej 18 r.ż.) zatrzymanych w izbach wytrzeźwień (w 2012 roku wzrost o 36,5% w porównaniu z rokiem 2010). Zwiększył się również odsetek zatrzymanych dziewcząt w ogólnej liczbie zatrzymanych osób niepełnoletnich (wzrost o około 15%).

Wykres 13. Liczba osób niepełnoletnich zatrzymanych w izbach wytrzeźwień w woj. podkarpackim w latach 2008-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Izby Wytrzeźwień w Rzeszowie oraz Miejskiego Ośrodka Zapobiegania Uzależnieniom w Przemyślu.

Osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania zakładu leczniczego. Jeżeli osoby te są uzależnione od alkoholu, zobowiązać je można do poddania się leczeniu odwykowemu w stacjonarnym bądź niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego. O zastosowaniu tego obowiązku orzeka sąd rejonowy właściwy dla miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy, w postępowaniu nieprocesowym. Obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak długo wymaga tego cel leczenia, nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia, stąd liczba wykonanych w danym roku postanowień niejednokrotnie przewyższa liczbę postanowień wydanych ze względu na wykonywane orzeczenia z poprzedniego roku[52].

Tabela 9. Liczba wydanych postanowień w zakresie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu w woj. podkarpackim w latach 2008-2012

Lp.	Sąd	2008	2009	2010	2011	2012
1	Sąd Rejonowy w Dębicy	121	188	173	247	259
2	Sąd Rejonowy w Jarosławiu	256	210	212	224	226
3	Sąd Rejonowy w Jaśle	212	242	168	141	222
4	Sąd Rejonowy w Krośnie	187	195	176	210	221
5	Sąd Rejonowy w Lesku	39	44	35	52	72
6	Sąd Rejonowy w Łańcucie	129	162	136	133	133
7	Sąd Rejonowy w Mielcu	164	179	185	152	183
8	Sąd Rejonowy w Przemyślu	131	126	112	105	123
9	Sąd Rejonowy w Rzeszowie	284	286	232	316	299
10	Sąd Rejonowy w Sanoku	65	94	81	68	69
11	Sąd Rejonowy w Stalowej Woli	240	247	158	197	184
12	Sąd Rejonowy w Tarnobrzegu	98	118	65	80	98
	Razem	1 926	2 091	1 733	1 925	2 069

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez sądy rejonowe funkcjonujące w województwie podkarpackim.

[52] Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012, Nr 1356, z późn. zm.).

W wyniku reorganizacji struktury sądów powszechnych część sądów rejonowych została zniesiona z dniem 1 stycznia 2013 r., a obszar działania likwidowanych jednostek objęły inne sądy rejonowe znajdujące się w obszarze właściwości tego samego sądu okręgowego. Zniesione jednostki sądów rejonowych w: Brzozowie, Lubaczowie, Przeworsku, Leżajsku, Ropczycach, Strzyżowie, Kolbuszowej i Nisku zostały przekształcone w wydziały zamiejscowe[53].

W ostatnich trzech latach systematycznie rosła liczba osób zobowiązanych do poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego. Wzrost ten może wynikać m.in.: z tworzenia gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, które mają prawo skierowania osób uzależnionych na badania w celu orzeczenia uzależnienia, a następnie skierowania wniosku do sądu w celu zobowiązania osoby uzależnionej do poddania się leczeniu; jak również ze wzrostu świadomości społecznej dotyczącej alkoholizmu jako choroby, którą należy leczyć.

[53] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 6 października 2012 r. w sprawie zniesienia niektórych sądów rejonowych (Dz. U. z 2012 r., Poz. 1121).

4. Placówki lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim

Leczenie osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin powinno odbywać się w placówce lecznictwa odwykowego pod opieką odpowiednio wykwalifikowanej kadry medycznej, z odpowiednio dobranym programem terapii.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi[54] wymienia placówki leczenia uzależnienia od alkoholu realizujące programy psychoterapii uzależnień i współuzależnień oraz udzielające indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych
i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu i członkom ich rodzin:

- poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- poradnia leczenia uzależnień,
- całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu,
- całodobowy oddział leczenia uzależnień,
- dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu,
- dzienny oddział leczenia uzależnień,
- oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
- hostel dla osób uzależnionych od alkoholu.

Zadania poszczególnych placówek zawiera poniższa tabela.

[54] Dz. U. z 2012 r., Poz. 734.

Tabela 10. Zadania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

Zadania	Placówki							
	Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu współuzależnienia	Poradnia leczenia uzależnień	Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu	Całodobowy oddział leczenia uzależnień	Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	Dzienny oddział leczenia uzależnień	Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	Hostel dla osób uzależnionych od alkoholu
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Diagnozowanie zaburzeń spowodowanych spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Diagnozowanie zaburzeń nawyków i popędów	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Diagnozowanie zaburzeń występujących u członków rodzin osób spożywających alkohol lub używających innych substancji psychoaktywnych	✓	✓			✓	✓		
Diagnozowanie zaburzeń występujących u	✓	✓			✓	✓		

członków rodzin osób z zaburzeniami nawyków i popędów								
Realizacja programów korekcyjnych dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie	✓	✓						
Realizacja programów korekcyjnych dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz używających innych substancji psychoaktywnych	✓	✓						
Realizacja programów korekcyjnych dla osób z zaburzeniami nawyków i popędów	✓	✓						
Realizacja programów psychoterapii dla	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

osób uzależnionych od alkoholu								
Realizacja programów psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Realizacja programów psychoterapii dla osób z zaburzeniami nawyków i popędów	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Realizacja programów psychoterapii dla członków rodzin dotkniętych następstwami spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych	✓	✓			✓	✓		
Realizacja programów psychoterapii dla członków rodzin osób z	✓	✓			✓	✓		

zaburzeniami nawyków i popędów								
Udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób uzależnionych od alkoholu	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób z zaburzeniami nawyków i popędów	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla członków rodzin dotkniętych następstwami spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych	✓	✓			✓	✓		
Udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla członków rodzin osób z zaburzeniami nawyków i popędów	✓	✓			✓	✓		
Prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin dotkniętych następstwami spożywania alkoholu lub używania innych substancji	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

psychoaktywnych								
Prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób z zaburzeniami nawyków i popędów	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Przygotowanie pacjenta do kontynuowania terapii w poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia lub poradni leczenia uzależnień			✓	✓	✓	✓		
Leczenie alkoholowego lub polekowego zespołu abstynencyjnego							✓	
Motywowanie pacjentów do picia							✓	

psychoterapii uzależnień							
Zapewnienie warunków samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną							✓
Realizacja programu rehabilitacyjnego nakierowanego na zwiększenie społecznych kompetencji i samodzielne funkcjonowanie osób uzależnionych							✓

Źródło: opracowanie własne na podst. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi[55].

[55] Dz. U. z 2012 r., Poz. 734.

W województwie podkarpackim w 2011 roku funkcjonowało 27 placówek lecznictwa odwykowego, w tym: 18 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia /leczenia uzależnień, 5 całodobowych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu/leczenia uzależnień, 3 dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu oraz 1 oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych[56].

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego[57] (Załącznik nr 2) określa zalecane rozwiązania organizacyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, w tym wskaźniki dostępności w psychiatrycznej opiece zdrowotnej oraz minimalną dostępność placówek dla osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych.

Tabela 11. Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w woj. podkarpackim w 2014 r.

Placówka	Minimalny wskaźnik lub liczba placówek dla województwa podkarpackiego	Funkcjonuje w województwie podkarpackim w 2014 roku
Przychodnia/poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	co najmniej 1 przychodnia/1 powiat (około 50 tys. mieszkańców), co oznacza około 44 placówki	• **10 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia** • **10 poradni leczenia uzależnień*** (w powiatach bieszczadzkim i strzyżowskim nie działa żadna tego typu placówka)
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu	1 oddział (20 miejsc) w każdym większym mieście (powyżej 50 tys. mieszkańców) - co oznacza 7 oddziałów dziennych, czyli 120 miejsc /optymalnie Rzeszów, Przemyśl, Stalowa Wola, Mielec, Tarnobrzeg, Krosno, Dębica/.	• **4 oddziały dzienne - 34 miejsca** (Sanok – 12 miejsc, Stalowa Wola – 4 miejsc, Mielec – 6 miejsc, Jasło – 12 miejsc)*
Oddziały/poddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych	0,2-0,3 łóżka /10 tys. mieszkańców	• **3 oddziały - 101 łóżek** (Leżajsk – 26 łóżek, Stalowa Wola – 45 łóżek, Żurawica – 30 łóżek)*, tj. 0,48 łóżka/10 tys. mieszk.**
Oddziały/ośrodki	1,2 łóżka /10 tys. mieszkańców	• **3 stacjonarne placówki**

[56] Dane z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.
[57] Dz.U.2011, Nr 24, poz.120.

terapii uzależnienia od alkoholu			**leczenia uzależnień:** Dębica – 35 łóżek, Stalowa Wola – 45 łóżek, Rzeszó – 25 łóżek • **3 stacjonarne placówki świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu:** Żurawica – 101 łóżek, Krosno – 25 łóżek, Jarosław – 61 łóżek*** tj. 1,35 łóżka/10 tys. mieszk.
Hostele	1 hostel (20 miejsc)/województwo	0	

* *Dane Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.*
** *Zgodnie z danymi GUS na dzień 01.01.2013 r. liczba ludności w woj. podkarpackim wynosiła 2 129 951 osób.*
*** *Dane Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie.*

Placówki lecznictwa odwykowego w 2011 roku zatrudniały łącznie 156 specjalistów o różnych kwalifikacjach.

Tabela 12. Kwalifikacje pracowników zatrudnionych w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim w 2011 roku

Placówka	Specjalista psychoterapii uzależnień (SPU) lub ubiegający się	Instruktor terapii uzależnień (ITU) lub ubiegający się	Lekarz	Psychoterapeuta (posiadający kwalifikacje inne niż pracownicy wskazani w kolumnie 1,2)	Psycholog (posiadający kwalifikacje inne niż pracownicy wskazani w kolumnie 1,2,4)	Pielęgniarka (posiadająca kwalifikacje inne niż pracownicy wskazani w kolumnie 1,2)	Brak danych
	1	2	3	4	5	6	7
Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu (PTUA)	47	11	17	3	7	1	3
Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu (COTUA)	32	13	3	-	4	-	1

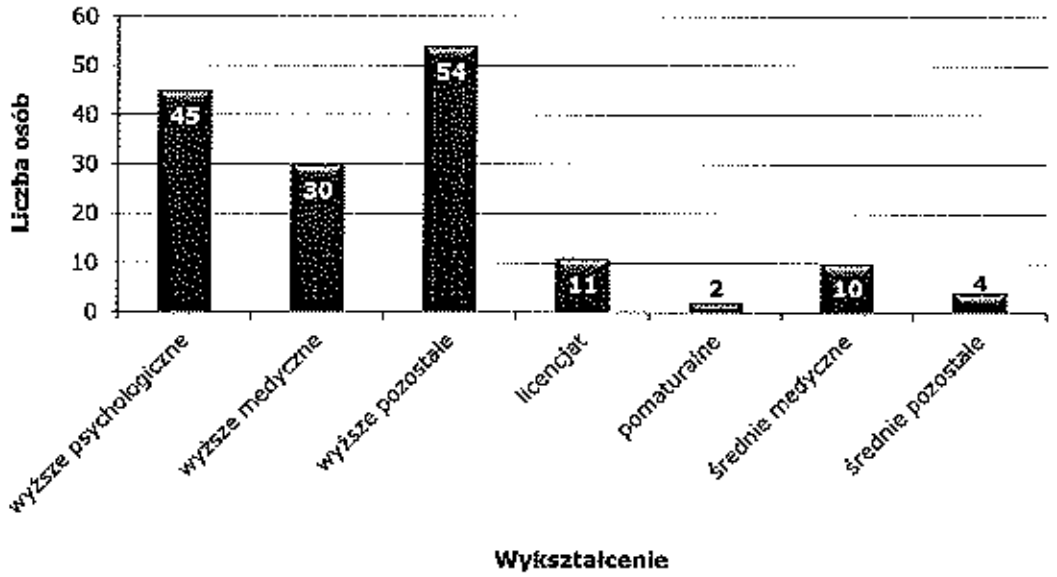
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu (DOTUA)	6	4	3	-	-	-	-
Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (OLAZA)	0	0	1	-	-	-	-
Ogółem	85	28	24	3	11	1	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.

Ponad połowę wszystkich pracowników zatrudnionych w placówkach lecznictwa odwykowego stanowili specjaliści psychoterapii uzależnień (SPU).

Wykształcenie osób pracujących w tych placówkach zaprezentowane zostało na poniższym wykresie.

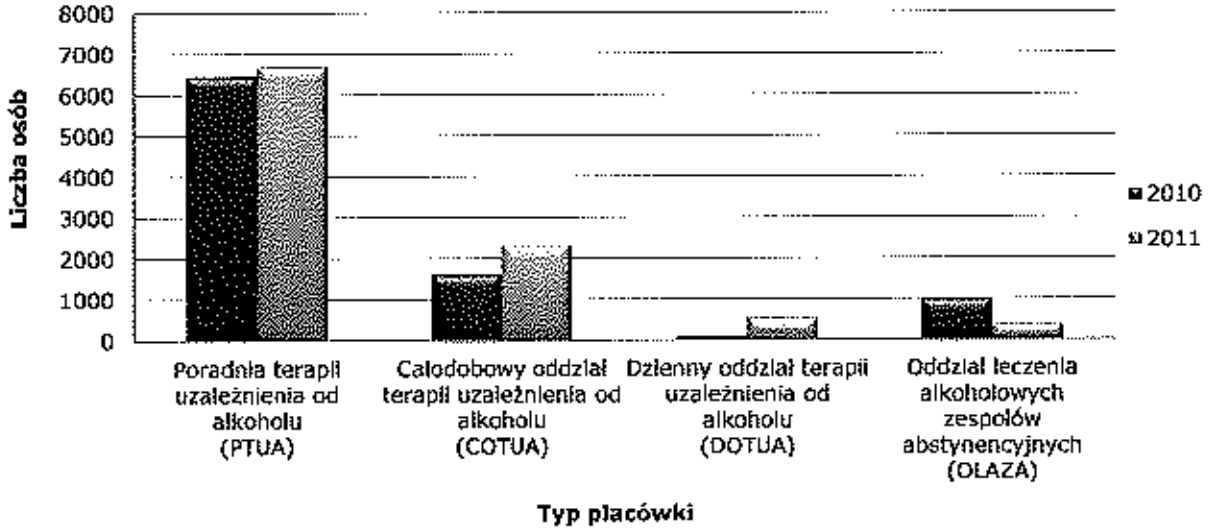
Wykres 14. Wykształcenie pracowników placówek lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim w 2011 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.

W 2010 roku w placówkach lecznictwa odwykowego zarejestrowanych było łącznie 9 114 osób uzależnionych, natomiast oraz w 2011 roku - 9 911 osób. Kobiety stanowiły odpowiednio 13,3% wszystkich osób uzależnionych w 2010 roku oraz 14,7% w 2011 roku.

Wykres 15. Liczba osób uzależnionych zarejestrowanych w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.

Większość tych osób leczona była w poradniach terapii uzależnienia od alkoholu. W roku 2011 wzrosła liczba osób zarejestrowanych we wszystkich placówkach z wyjątkiem oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (tu liczba pacjentów zmalała o niemal 40%). Szczegółowy podział pacjentów uzależnionych zarejestrowanych w placówkach lecznictwa odwykowego przedstawia poniższa tabela.

Tabela 13. Liczba osób uzależnionych zarejestrowanych w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/

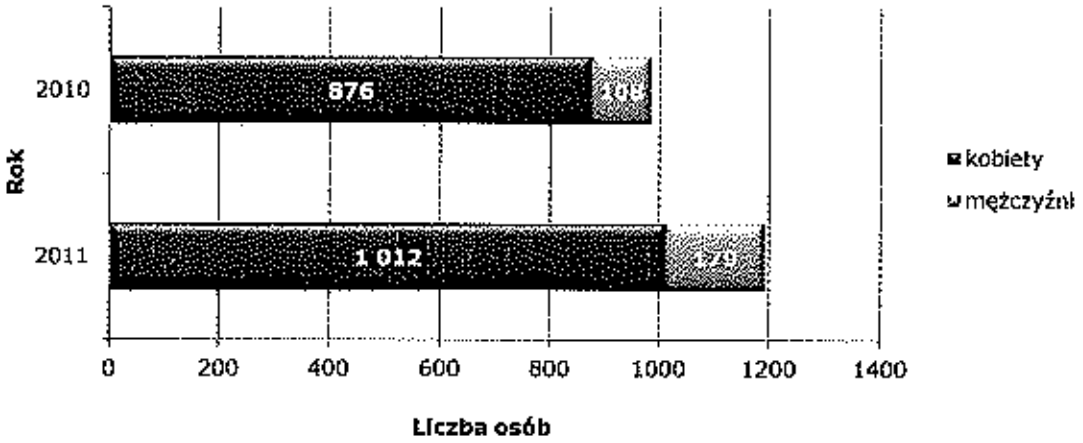
Placówka	Liczba uzależnionych, którzy zgłosili się pierwszorazowo		Liczba uzależnionych, którzy weszli do podstawowego programu leczenia		Liczba uzależnionych, którzy weszli do zaawansowanego programu leczenia	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu (PTUA)	2 095	3 384	2 676	2 192	373	596

Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu (CDTUA)	579	1 264	1 546	2 283	0	167
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu (DOTUA)	73	215	77	307	0	0
Oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (OLAZA)	361	375	0	0	0	0
Ogółem	3 408	5 336	4 299	4 782	973	763

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.

W analizowanym okresie wzrosła również liczba osób współuzależnionych zgłaszających się na leczenie w placówkach lecznictwa odwykowego (o 21% porównaniu z rokiem poprzednim).

Wykres 16. Liczba osób współuzależnionych zarejestrowanych w placówkach lecznictwa odwykowego woj. podkarpackiego /lata 2010, 2011/

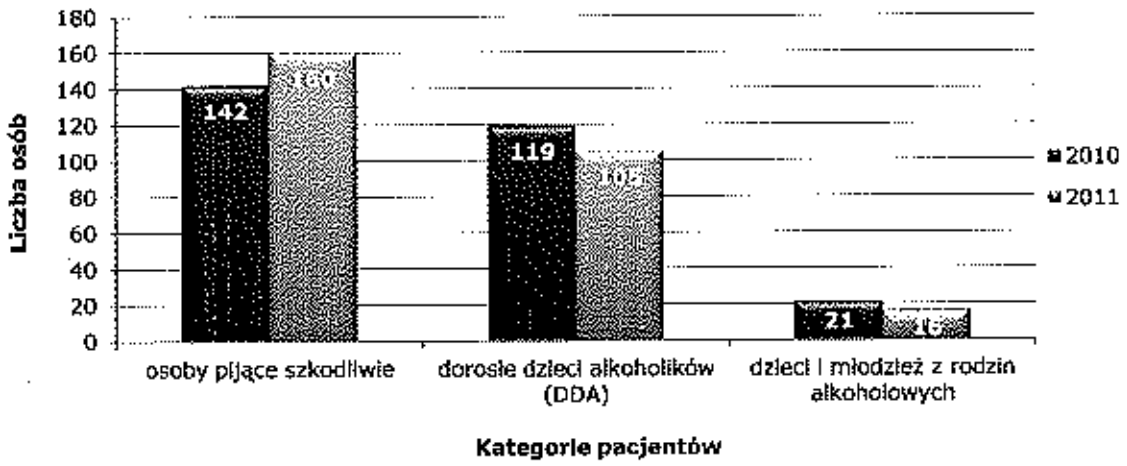


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.

Najczęściej osobami współuzależnionymi, które podjęły się leczenia, były kobiety. Stanowiły one 89% wszystkich zarejestrowanych osób współuzależnionych w 2010 roku oraz 85% w 2011.

Ponadto w placówkach tych leczyły się również osoby pijące szkodliwie, dorosłe dzieci alkoholików oraz dzieci i młodzież z rodzin alkoholowych.

Wykres 17. Pozostali pacjenci placówek lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.

Osoby pijące szkodliwie stanowią najliczniejszą grupę wśród pozostałych pacjentów placówek lecznictwa odwykowego. W 2011 roku pomocą objęta została większa liczba osób z tej kategorii niż w roku 2010. Odwrotnie natomiast przedstawia się sytuacja dotycząca dorosłych dzieci alkoholików oraz dzieci i młodzieży z rodzin alkoholowych – w 2011 roku odnotowany został spadek w tych grupach pacjentów.

W zależności od typu placówki liczba sesji psychoterapii poświęconych jednemu pacjentowi była różna. Średniomiesięczne dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 14. Przeciętna liczba sesji psychoterapii indywidualnej, w których uczestniczyły osoby uzależnione w ciągu miesiąca w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/

Typ placówki	Przeciętna liczba sesji psychoterapii indywidualnej, w której uczestniczy pacjent w ciągu miesiąca w programie			
	podstawowym		zaawansowanym	
	2010	2011	2010	2011
Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu (PTUA)	3,53	3,44	2,57	2,61
Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu (COTUA)	5,17	4,8	0	0,6
Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu (DOTUA)	4,5	5,67	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli.

Dla porównania w Polsce w 2011 roku osoba uzależniona przeciętnie uczestniczyła w:

- 3,9 sesji psychoterapii indywidualnej w programie podstawowym w PTU, 2,72 sesji w programie zaawansowanym;
- 7,48 sesji psychoterapii indywidualnej w programie podstawowym w COTUA, 4,7 sesji w programie zaawansowanym;
- 5,03 sesji psychoterapii indywidualnej w programie podstawowym w DOTUA, 5,62 sesji w programie zaawansowanym.

Z zaprezentowanych danych wynika, że w województwie podkarpackim średnio na jednego pacjenta przypadała mniejsza liczba sesji psychoterapii niż w skali całego kraju. Jedynie w dziennych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu w podstawowym programie leczenia liczba ta była nieco większa.

5. Podmioty udzielające wsparcia osobom uzależnionym i ich rodzinom

Jednym z podmiotów inicjujących działania w zakresie zwiększenia dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz podejmujących czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego jest **gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych** powoływana przez wójta/burmistrza/prezydenta miasta. W jej skład wchodzą osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych[58]. W 2012 roku liczba członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie podkarpackim wyniosła 1 114 osób[59] (1 105 w 2011 roku).

Liczba osób, w stosunku do których gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych funkcjonujące w województwie podkarpackim podejmowały działania, kształtowała się w 2012 roku następująco:

- 4 947 członków rodzin osób z problemem alkoholowym, z którymi gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadziła rozmowy;
- 3 978 osób, z którymi gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych przeprowadziła rozmowy interwencyjno-motywujące w związku z nadużywaniem alkoholu;
- 2 703 osób, w stosunku do których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych podjęła czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu;
- 1 489 osób, wobec których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych wystąpiła do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego[60].

Pomoc osobom z problemem alkoholowym i ich rodzinom świadczą również różnego rodzaju grupy i stowarzyszenia, które organizując cykliczne spotkania, wspierają osoby uzależnione w zerwaniu z nałogiem bądź trwania w trzeźwości, natomiast członkom ich rodzin pomagają przetrwać w tym trudnym dla nich okresie.

---

[58] Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012 r., poz. 1356, z późn. zm.).

[59] Roczne sprawozdania z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2012 roku (PARPA-Gt) – dane uwzględniają 159 gmin, które nadesłały sprawozdania.

[60] Ibidem.

W województwie podkarpackim najliczniej działają **grupy anonimowych alkoholików**, które są dobrowolnymi, samopomocowymi grupami osób uzależnionych od alkoholu etylowego, tworzonymi w celu utrzymania trzeźwości własnej i wspomagania innych alkoholików w jej osiąganiu[61]. Jedynym warunkiem uczestnictwa we wspólnocie jest chęć zaprzestania picia. Jest to grupa samowystarczalna, funkcjonująca w różnych miejscach w Polsce dzięki własnym dobrowolnym datkom. Regularne uczestniczenie w spotkaniach AA odgrywa zasadniczą rolę, jeżeli chce się pozostać w trzeźwości. Osoby bliskie alkoholikom mogą włączać się do programu zdrowienia poprzez uczestniczenie w otwartych spotkaniach AA. Jest to dla nich szansa dzielenia powrotnej drogi do normalnego życia z alkoholikiem. Daje także możliwość zobaczenia, jak inni radzą sobie z problemem, jakim jest życie z alkoholikiem, który już nie pije[62].

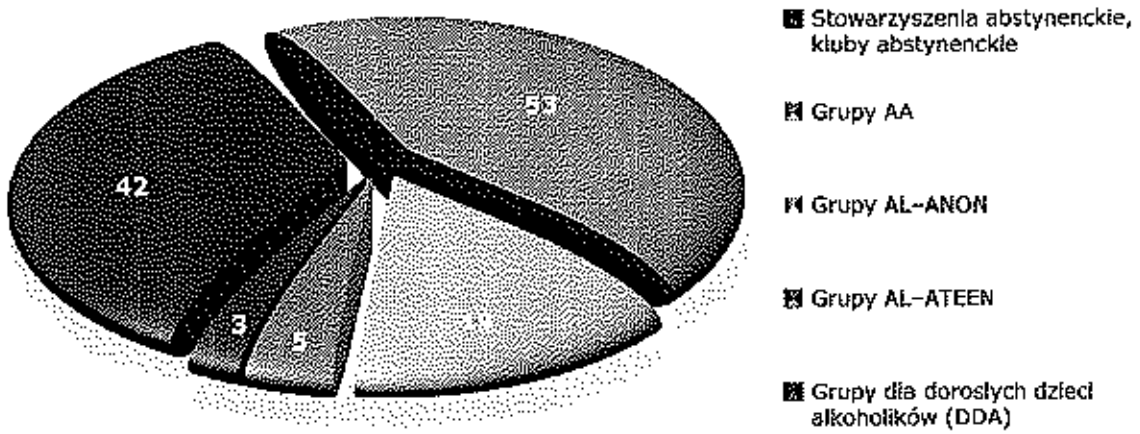
Na Podkarpaciu funkcjonuje również sporo **stowarzyszeń i klubów abstynenckich**. Są to miejsca, w których alkoholik znajduje możliwość rozwiązania swoich problemów poprzez pracę nad sobą, bycie z ludźmi mającymi ten sam problem, którzy wrócili do normalnego, trzeźwego życia. Do klubów co roku trafia wiele kobiet i mężczyzn, uzależnionych i współuzależnionych, by uzyskać bezpłatną pomoc i informację o problemie alkoholowym oraz sposobie jego rozwiązania. W klubach odbywają się zajęcia samopomocowe w odpowiednich, zapewniających dyskrecję warunkach, oparte na wzajemnej przyjaźni i zaufaniu. To miejsca, w których ludzie uzależnieni oraz ich rodziny uczą się nowego życia, życia na trzeźwo oraz radzenia sobie w każdej nowej sytuacji i z każdym problemem. Atmosfera panująca w klubie stwarza poczucie bezpieczeństwa dla każdego, sprzyja pracy nad sobą. Jest to również miejsce spotkań towarzyskich, wspólnych zabaw na trzeźwo, wyjazdów integracyjnych na zloty, obozy i wycieczki, miejsce, w którym odzyskuje się wiarę w siebie i spokój duszy[63]. Stowarzyszenia abstynenckie swoją działalność opierają w głównej mierze na pracy wolontariuszy – osobach, które pokonując własne uzależnienie, zmieniły pozytywnie swoje życie – oraz członkach ich rodzin, którzy wyszli z kręgu współuzależnienia i obecnie aktywnie włączają się w życie społeczne. Pomagając innym, stają się lokalnymi liderami organizacji pozarządowych, profilaktyki alkoholowej, animacji zdrowego i aktywnego stylu życia. Wykorzystując

[61] *Anonimowi Alkoholicy*, Wyd. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 1999.
[62] www.aegelicja.cracow.pl (stan na dzień 11.06.2013).
[63] www.koalkoholizm.pl (stan na dzień 12.06.2012).

swoje dotychczas ukryte zdolności, w pełni włączają się w działalność społeczną.

Stowarzyszenia abstynenckie i wspólnoty AA to funkcjonujące obok siebie dwa niezależne nurty samopomocowe dla osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin. Różnią się one w podejściu do sposobu organizowania samopomocy i budowania trzeźwości. Wspólnota AA skupia nieformalne grupy samopomocowe działające na bazie Programu 12 Kroków i 12 Tradycji. Abstynencki Ruch Klubowy (organizacja pozarządowa) działa na podstawie statutów i regulaminów wynikających z ustawy o stowarzyszeniach. Z tego z kolei wynikają różne zakresy ich działalności, ale także potrzeby i możliwości realizacyjne[64].

Wykres 18. Liczba grup/stowarzyszeń/podmiotów udzielających wsparcia osobom uzależnionym i ich rodzinom w woj. podkarpackim w 2012 roku



Źródło: opracowanie własne na podst. rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2012 roku (PARPA-G1).

Rodzinom osób z problemem alkoholowym pomagają takie grupy jak AL-Anon, AL-Ateen i dla dorosłych dzieci alkoholików (DDA).

Na długo przed tym, zanim alkoholizm uznano powszechnie za chorobę, a zwłaszcza za chorobę dotykającą także członków rodziny alkoholika, żony pierwszych uczestników AA odkryły pewne zaburzenia w swoim zachowaniu. Zauważyły także, że problemy w pożyciu z mężami alkoholikami pojawiały się niezależnie od tego, czy aktualnie pili, czy zachowywali abstynencję. Na co dzień

[64] S. Staniszewski, *Rola stowarzyszeń abstynenckich w polityce problemów alkoholowych*, w: „Świat problemów" nr 8, Wyd. Fundacja ETOH, Warszawa 2012.

widziały, jak alkoholikom w powrocie do zdrowia pomaga udział w grupach wsparcia. Powstał pomysł, by utworzyć podobną grupę dla członków rodzin alkoholików. Członkowie rodzin alkoholika skupieni w **Al-Anon** są zachęcani do tego, by nie bacząc na działania alkoholika, znaleźli dla siebie możliwy do zaakceptowania nowy styl życia. Opierając się na programie Dwunastu Kroków, Al-Anon przyswoił sobie także hasła AA i podstawową formę działalności, jaką są mitingi. Główną różnicą między tymi programami jest to, że członkowie Al-Anon deklarują raczej swą bezsilność wobec alkoholizmu innych niż wobec picia alkoholu przez siebie samych[65].

Al-Ateen jest częścią grup rodzinnych Al-Anon - wspólnoty ludzi, którzy żyli lub żyją w bliskim kontakcie z osobą uzależnioną od alkoholu. Do Al-Ateen należą dzieci, nastolatki i młodzież, których rodzic, obydwoje rodzice lub inna bliska osoba jest lub była uzależniona od alkoholu. Członkowie Al-Ateen spotykają się na mitingach, żeby pomóc sobie w rozwiązywaniu problemów, jakie są im wspólne. Wspierają się, dzielą się doświadczeniem, uczą się o alkoholizmie jako o chorobie rodziny i koncentrują się na osobistym rozwoju, aby zmniejszyć działanie skutków alkoholizmu w swoim życiu[66].

Dorosłe Dzieci Alkoholików (DDA) to osoby wychowane w rodzinach alkoholowych, w których przynajmniej jedno z rodziców nadużywało alkoholu, i mające wynikłe z tego problemy emocjonalne. DDA w swoim dzieciństwie często spotykały się z przemocą, agresją, wykorzystywaniem lub zaniedbaniem. Wstydziły się pijących rodziców, a wspomnienia i nauki wyciągnięte z tych lat bardziej utrudniają niż pomagają żyć. Środowisko wypaczyło u nich sądy o nich samych i otaczającym świecie, często są to osoby zakompleksione i niewierzące w swoje możliwości[67]. Grupy DDA poprzez spotkania terapeutyczne pomagają tym osobom odbudować zaufanie do siebie i innych.

Osoby uzależnione od alkoholu, które zakończyły program psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego, mogą uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez centrum integracji społecznej lub przez klub integracji społecznej.

Centrum Integracji Społecznej (CIS) realizuje reintegrację zawodową i społeczną przez następujące usługi:

---

[65] www.sites.google.com/site/nienalogom/wspoluzaleznienia/al-anon (stan na dzień 11.06.2013).
[66] www.alkoholizm.akcjasos.pl (stan na dzień 11.06.2013).
[67] I. Jona, *Zespół stresu pourazowego u DDA*, w: „Świat Problemów" nr 10, Wyd. Fundacja ETOH, Warszawa 1997.

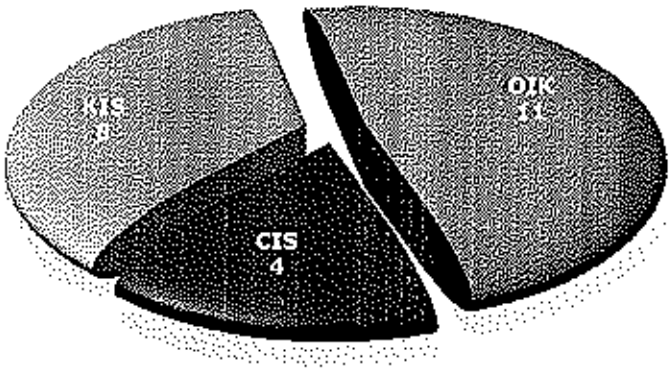
- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu,
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższanie kwalifikacji zawodowych,
- naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, zwłaszcza przez możliwość osiągnięcia własnych dochodów przez zatrudnienie lub działalność gospodarczą,
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Warunkiem uczestnictwa w **Klubie Integracji Społecznej (KIS)** jest realizacja kontraktu socjalnego, o którym mowa w przepisach ustawy o pomocy społecznej. Kluby integracji społecznej prowadzą w szczególności:

- działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia lub podjęcia działalności w formie spółdzielni socjalnej,
- prace społecznie użyteczne,
- roboty publiczne,
- poradnictwo prawne,
- działalność samopomocową w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych,
- staże, o których mowa w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy[68].

[68] Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (tj. Dz. U. z 2011 r., Nr 43, poz. 225, z późn. zm.).

Wykres 19. Liczba gmin w woj. podkarpackim, w których funkcjonowały CIS, KIS i OIK w 2012 roku



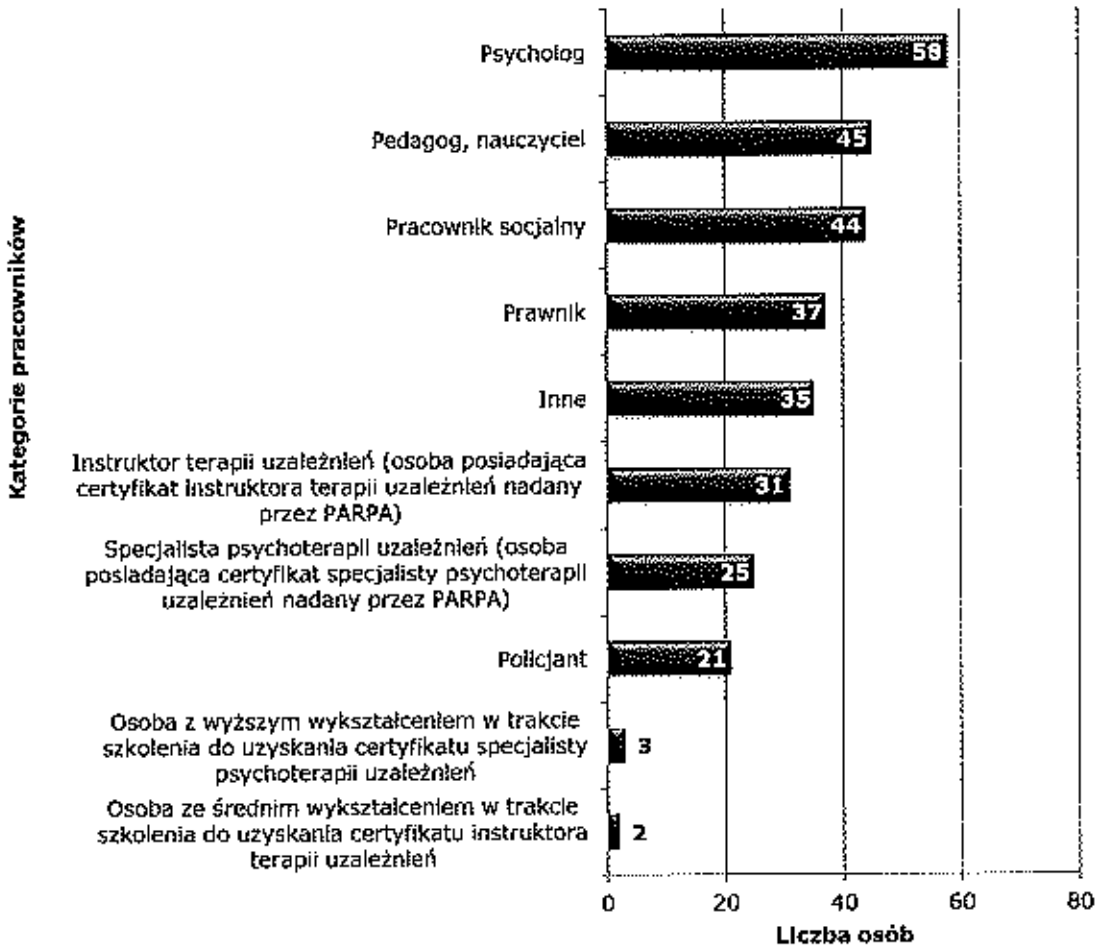
Źródło: opracowanie własne na podst. rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2012 roku (PARPA-G1).

Prowadzenie **Ośrodków Interwencji Kryzysowej (OIK)** jest jednym z zadań własnych powiatu. Interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej[69]. Ośrodki pomagają m.in. ofiarom przemocy w rodzinie (w tym również spowodowanej spożywaniem alkoholu), osobom, które są zagrożone problemami natury ekonomicznej, związanymi z zapewnieniem odpowiedniego i godnego bytu rodzinie, niekiedy w wyniku nadmiernej konsumpcji alkoholu przez któregoś z członków rodziny, czy szczególnie obciążonym psychicznie w związku z różnymi przeżyciami.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi w rocznych sprawozdaniach z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (PARPA-G1) w 2012 roku w województwie podkarpackim **punkt konsultacyjno-informacyjny** dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin funkcjonował w 91 gminach. Punkty zatrudniały wielu specjalistów o różnych kwalifikacjach, co prezentuje poniższy wykres.

[69] Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 182, z późn. zm.).

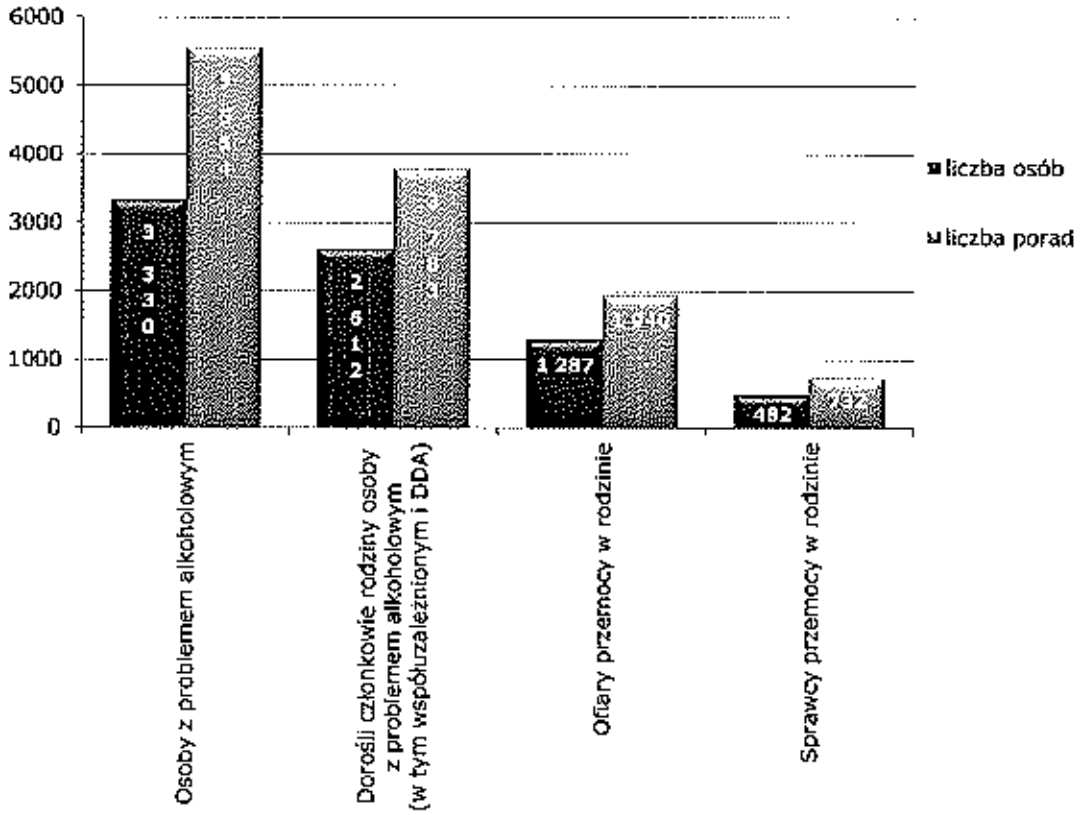
Wykres 20. Liczba pracowników punktów konsultacyjno-informacyjnych w woj. podkarpackim w 2012 roku



Źródło: opracowanie własne na podst. rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2012 roku (PARPA-G1).

Wśród innych pracowników jednostki wymieniały m.in. socjologa, pielęgniarkę, logopedę, psychoterapeutę, księdza, doradcę rodzinnego, osobę uzależnioną lub współuzależnioną oraz wielu pracowników zatrudnionych w jednostkach samorządowych.

Wykres 21. Liczba osób i udzielonych im porad w punktach konsultacyjno-informacyjnych w woj. podkarpackim z podziałem na kategorie klientów /rok 2012/



Źródło: opracowanie własne na podst. rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2012 roku (PARPA-G1).

Funkcjonujące w 2012 roku w województwie podkarpackim punkty konsultacyjno-informacyjne posiadały bogatą ofertę skierowaną zarówno do osób uzależnionych, jak i członków ich rodzin. Najczęściej punkty zajmowały się motywowaniem osób uzależnionych i współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, kierowaniem do specjalistycznego leczenia oraz rozpoznawaniem problemów zgłaszanych przez petentów.

Tabela 15. Zakres oferty punktów konsultacyjno-informacyjnych funkcjonujących w woj. podkarpackim w 2012 roku

Lp.	Zakres oferty	Liczba gmin
1.	Motywowanie osób uzależnionych i współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, kierowanie do specjalistycznego leczenia	84
2.	Rozpoznanie problemu zgłaszanego przez klienta	83
3.	Motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych do zmiany szkodliwego wzoru picia	68
4.	Udzielanie wsparcia osobom uzależnionym po zakończonym leczeniu odwykowym	66
5.	Rozpoznawanie zjawiska przemocy, udzielanie konsultacji dla ofiar przemocy	64
6.	Prowadzenie konsultacji w zakresie wsparcia i pomocy dzieciom z rodzin z problemami alkoholowymi	62
7.	Gromadzenie i przekazywanie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc specjalistycznej pomocy	60
8.	Motywowanie sprawców przemocy do udziału w programie korekcyjnym/terapii	47
9.	Udzielanie pomocy młodzieży upijającej się oraz ich rodzicom	40
10.	Prowadzenie interwencji kryzysowej	23
11.	Inne	3

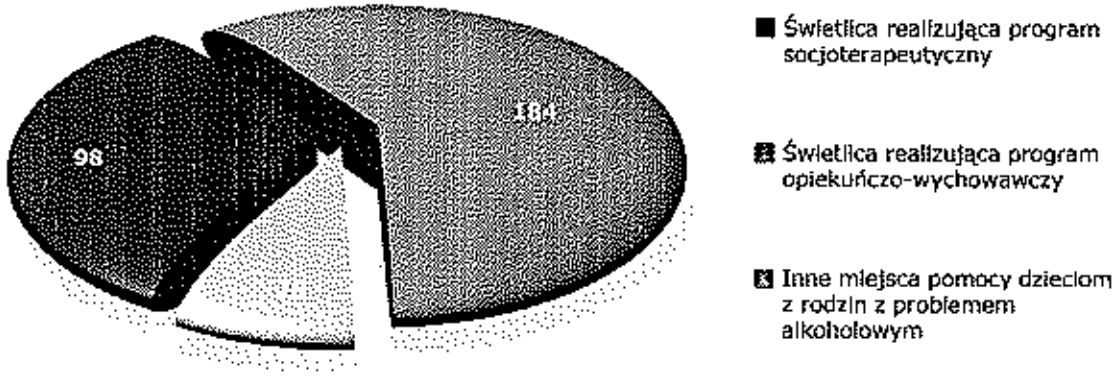
Źródło: opracowanie własne na podst. rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2012 roku (PARPA-G1).

Wśród innych usług oferowanych przez punkty konsultacyjne znalazły się: prowadzenie alkoholowego telefonu zaufania, porady prawne, pomoc w przygotowaniu dokumentacji, pism do sądu, doradztwo zawodowe, medyczne, poradnictwo rodzinne.

Najmłodszym członkom społeczeństwa, którzy żyją w rodzinach borykających się z problemem alkoholowym w województwie podkarpackim, pomagają głównie **świetlice** realizujące program opiekuńczo-wychowawczy. W wielu gminach znajdują się także bardziej wyspecjalizowane placówki wsparcia dziennego – świetlice realizujące program socjoterapeutyczny. Socjoterapię zalicza się do procesów korekcyjnych o charakterze leczniczym, adresowanych do dzieci i młodzieży, które poprzez stworzenie dzieciom odpowiednich warunków umożliwiają zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne[70].

[70] *Socjoterapia*, praca zbiorowa pod red. K. Sawickiej, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1999.

Wykres 22. Liczba placówek udzielających wsparcia dziennego dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym funkcjonujących na terenie woj. podkarpackiego w 2012 roku



Źródło: opracowanie własne na podst. rocznych sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2012 roku (PARPA-G1).

Do świetlic realizujących program socjoterapeutyczny w 2012 roku uczęszczało łącznie 2 951 dzieci, z czego 1 951 pochodziło z rodzin alkoholowych. Świetlice realizujące program opiekuńczo-wychowawczy udzieliły wsparcia 7 238 dzieciom z województwa podkarpackiego, w tym 2 256 dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym. Ponadto 682 dzieci z rodzin alkoholowych uczestniczyło w zajęciach organizowanych przez inne placówki.

V. CELE, ZADANIA I WSKAŹNIKI ICH REALIZACJI

CEL GŁÓWNY	
ZWIĘKSZENIE SKUTECZNOŚCI DZIAŁAŃ NA RZECZ PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ ZMNIEJSZENIE SKALI TYCH PROBLEMÓW W WOJEWÓDZTWIE PODKARPACKIM.	
Cele szczegółowe	
Zadania	**Wskaźniki realizacji**
1. Poszerzenie wiedzy na temat problemów oraz zasobów instytucjonalnych w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.	
1.1 Wspieranie i prowadzenie badań społecznych dotyczących problemów alkoholowych i innych uzależnień.	- liczba przeprowadzonych lub zleconych badań - liczba i rodzaj opracowanych raportów
1.2 Opracowanie, udostępnianie i aktualizowanie bazy podmiotów realizujących zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w woj. podkarpackim.	- liczba podmiotów realizujących zadania z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujętych w udostępnionych bazach danych
1.3 Gromadzenie danych i opracowywanie analiz dotyczących leczenia uzależnienia od alkoholu oraz zaburzeń występujących u członków rodzin w placówkach lecznictwa odwykowego i innych placówkach.	- liczba i rodzaj udostępnionych bądź opublikowanych analiz
2. Kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec problemów alkoholowych.	
2.1 Wspieranie i prowadzenie kampanii społecznych na temat wpływu alkoholu na organizm oraz ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu (w tym picie szkodliwe).	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych kampanii - liczba beneficjentów
2.2 Wspieranie i prowadzenie kampanii społecznych promujących trzeźwość.	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych kampanii - liczba beneficjentów

2.3	Wspieranie i prowadzenie działań zmierzających do upowszechniania wiedzy na temat alkoholowego zespołu płodowego (FAS) i alkoholowych uszkodzeń płodu (FAE).	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
	3. Zmniejszenie rozmiarów spożywania alkoholu przez dzieci, młodzież i dorosłych.	
3.1	Wspieranie i prowadzenie kampanii mających na celu zwiększenie świadomości młodzieży na temat szkód wynikających z picia alkoholu i używania innych środków psychoaktywnych.	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych kampanii - liczba beneficjentów
3.2	Wspieranie i prowadzenie działań promujących wśród dzieci i młodzieży zdrowy styl życia oraz ukazujących zagrożenia używania alkoholu i innych środków psychoaktywnych .	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych przedsięwzięć - liczba osób objętych działaniami
3.3	Wspieranie różnorodnych form profilaktyki rówieśniczej (w tym programów opartych na aktywności liderów młodzieżowych).	- liczba wspartych programów - liczba osób uczestniczących w programach rówieśniczych
3.4	Wspieranie i prowadzenie działań profilaktycznych z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej, adresowanych do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących z alkoholem.	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
3.5	Wspieranie i prowadzenie działań prowadzących do kształtowania właściwych postaw dorosłych wobec picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększania kompetencji wychowawczych rodziców.	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych działań - liczba rodziców objętych działaniami
3.6	Wspieranie działalności miejsc wsparcia środowiskowego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym oraz oferujących pomoc dzieciom z FASD.	- liczba miejsc, którym udzielono wsparcia - liczba dzieci i młodzieży objętych opieką przez miejsca wsparcia środowiskowego - liczba rodzin objętych wsparciem
3.7	Wspieranie i prowadzenie szkoleń dla pracowników placówek świadczących pomoc dzieciom i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych szkoleń - liczba i rodzaj placówek objętych działaniami - liczba i zawód przeszkolonych osób
3.8	Wspieranie działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących w placówkach świadczących pomoc dzieciom i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym.	- liczba wspartych działań - liczba placówek objętych działaniami - liczba osób objętych działaniami

3.9	Wspieranie i prowadzenie działań podnoszących kompetencje nauczycieli w zakresie problematyki uzależnień.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
3.10	Wspieranie i prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dla sprzedawców w zakresie profilaktyki uzależnień i przepisów prawnych dotyczących sprzedaży napojów alkoholowych.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
3.11	Przeprowadzanie kontroli przestrzegania przepisów prawnych obowiązujących sprzedawców alkoholu.	- liczba przeprowadzonych kontroli - liczba punktów objętych kontrolą - liczba i rodzaj stwierdzonych nieprawidłowości
	4. Zwiększenie dostępności do usług terapeutycznych dla osób żyjących w rodzinach z problemem alkoholowym oraz podniesienie jakości tych usług.	
4.1	Wspieranie realizacji programów leczniczych podnoszących jakość i dostępność świadczeń dla osób uzależnionych oraz członków ich rodzin.	- liczba dofinansowanych programów leczniczych - liczba osób objętych programami - ewaluacja programu
4.2	Wspieranie programów służących rehabilitacji i reintegracji osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego.	- liczba dofinansowanych programów - liczba osób objętych programami
4.3	Wspieranie i prowadzenie działań podnoszących kwalifikacje zawodowe lekarzy, pielęgniarek i przedstawicieli innych zawodów medycznych w zakresie diagnozy i wczesnej interwencji problemów alkoholowych.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
4.4	Wspieranie i prowadzenie działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w zakładach lecznictwa odwykowego.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych szkoleń - liczba osób objętych działaniami
4.5	Wspieranie i prowadzenie działań prowadzących do podnoszenia kompetencji służb społecznych w motywowaniu osób uzależnionych i współuzależnionych do podjęcia leczenia.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
4.6	Wspieranie działalności środowisk samopomocowych i abstynenckich.	- liczba i rodzaj przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami

4.7	Wspieranie tworzenia i działalności punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i członków ich rodzin.	- liczba utworzonych i działających punktów konsultacyjnych - liczba udzielonych porad - liczba osób korzystających z porad
5.	**Zmniejszenie liczby przestępstw i wykroczeń spowodowanych przez osoby będące pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.**	
5.1	Wspieranie i prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych społeczeństwa na temat wpływu alkoholu na popełnianie wykroczeń i przestępstw.	- liczba i rodzaj dofinansowanych lub przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
5.2	Wspieranie i prowadzenie działań edukacyjnych społeczeństwa na temat działania alkoholu w kontekście prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
5.3	Wspieranie i przeprowadzanie szkoleń dla kierowców w zakresie skutków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.	- liczba i rodzaj dofinansowanych i przeprowadzonych szkoleń - liczba osób objętych działaniami
5.4	Wspieranie i prowadzenie działań mających na celu podniesienie kompetencji służb publicznych (m.in. Policja, Straż Miejska) w dziedzinie problematyki alkoholowej w kontekście realizowanych czynności służbowych wobec osób będących pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.	- liczba dofinansowanych i przeprowadzonych działań - liczba osób objętych działaniami
6.	**Zwiększenie poziomu kompetencji przedstawicieli instytucji i podmiotów realizujących zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz skoordynowanie ich działań.**	
6.1	Wspieranie i podejmowanie działań zmierzających do nawiązania i wzmocnienia współpracy pomiędzy osobami, służbami, instytucjami realizującymi zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.	- liczba dofinansowanych i przeprowadzonych działań - liczba przedstawicieli poszczególnych służb, instytucji objętych działaniami
6.2	Wspieranie i przeprowadzanie interdyscyplinarnych spotkań, konferencji, seminariów z udziałem poszczególnych służb zajmujących się na terenie województwa podkarpackiego profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.	- liczba dofinansowanych i przeprowadzonych interdyscyplinarnych spotkań, konferencji, seminariów - liczba przeprowadzonych interdyscyplinarnych spotkań, konferencji, seminariów z udziałem poszczególnych służb i instytucji

6.3	Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu poprzez udzielanie wsparcia osobom pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w formie m.in.: superwizji, coachingu, grup wsparcia.	- liczba osób poddanych różnym formom poradnictwa i wsparcia psychologicznego - liczba instytucji stosujących superwizję - liczba osób prowadzących superwizję - liczba i rodzaj grup wsparcia

* Cele i zadania dotyczące przeciwdziałania przemocy rodzinie (w tym przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym) ujęte zostały w Wojewódzkim Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014 – 2020.

VI. ADRESACI PROGRAMU

Działania *Programu* adresowane są do osób fizycznych i prawnych realizujących zadania na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych, do osób uzależnionych i ich rodzin oraz wszystkich mieszkańców województwa podkarpackiego.

Program jest skierowany w szczególności do:

- dzieci i młodzieży, w tym m.in. z grup podwyższonego ryzyka, ze środowisk zagrożonych z powodu dysfunkcji lub sytuacji społeczno-psychologicznej, a także ich rodziców,
- osób dorosłych z grup ryzyka,
- rodzin z problemem alkoholowym,
- osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych,
- kierowców prowadzących pojazdy pod wpływem alkoholu
- osób zajmujących się zapobieganiem występowaniu problemów alkoholowych i pomocą osobom i rodzinom z problemem alkoholowym,
- podmiotów publicznych, społecznych i prywatnych działających w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

VII. SPOSÓB REALIZACJI, FINANSOWANIE, MONITORING I EWALUACJA.

1. Sposób realizacji *Programu*

Za realizację *Programu* odpowiedzialny jest Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie.

Zadania przewidziane do wykonania w ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014 – 2020 realizowane będą przy współpracy z innymi organami administracji publicznej działającymi w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t.j. Dz. U. z 2010 roku, Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.).

Pozostali partnerzy zewnętrzni w realizacji *Programu* to m.in:

- Policja
- Państwowa Inspekcja Sanitarna
- Instytucje naukowe,
- Samorządy powiatowe i gminne województwa podkarpackiego,
- Organy wymiaru sprawiedliwości
- Kuratorium Oświaty,
- Służba Zdrowia,
- inne podmioty działające w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Cele Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014 – 2020 będą realizowane w formie pracy ciągłej przez cały okres realizacji *Programu*.

Cele i zadania dotyczące przeciwdziałania przemocy w rodzinie (w tym przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym) ujęte zostały w Wojewódzkim Programie Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014 - 2020.

Wojewódzki Program profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014 – 2020 jest dokumentem otwartym i może być na podstawie uchwały Sejmiku Województwa Podkarpackiego wzbogacany o nowe treści.

2. Finansowanie *Programu*

Środki finansowe na realizację „Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014 - 2020" uchwala corocznie Sejmik Województwa Podkarpackiego w uchwale budżetowej.

Podstawowym źródłem finansowania zadań *Programu* są opłaty pobierane za wydawanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu, wydawane przez Marszałka Województwa zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Odrębnym źródłem finansowania zadań *Programu* mogą być środki z budżetu Województwa Podkarpackiego, środki z funduszy UE, a także inne środki zewnętrzne.

3. Monitorowanie i ewaluacja *Programu*

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014 – 2020 będzie monitorowany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie m.in. poprzez analizę sprawozdań złożonych przez podmioty realizujące zadania określone w *Programie*. Informacja o realizacji *Programu* corocznie przyjmowana będzie przez Sejmik Województwa Podkarpackiego.

Program podlegał będzie ewaluacji, która dokonana zostanie przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie.

Wnioski z monitoringu oraz ewaluacji *Programu* będą stanowić podstawę do ewentualnej modyfikacji ujętych w nim celów i zadań oraz do opracowania nowych celów i zadań adekwatnych do sytuacji.

Skład zespołu roboczego opracowującego *Program:*

- **Ewa Cwynar – Kawalec** – Zastępca Dyrektora, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie;
- **Dariusz Baran** – Psycholog, Przychodnia Zdrowia Psychicznego WZS w Rzeszowie;
- **Tadeusz Boratyn** – Dyrektor, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Rzeszowie;
- **Stanisław Drzał** – Prezes, Stowarzyszenie Trzeźwościowe "Wolność i Miłość" Diecezji Rzeszowskiej w Rzeszowie;
- **Dorota Gibała** – Kierownik Działu Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Rzeszowie;
- **Grzegorz Gościński** – Główny specjalista, Departament Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie;
- **Sławomir Grab** – Dyrektor, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli;
- **Marek Kondziołka** – Kierownik, Kuratorium Oświaty w Rzeszowie;
- **Barbara Łukasik** – Dyrektor, SPZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie;
- **Łukasz Koslba** – Inspektor, Oddział Profilaktyki Uzależnień i Przeciwdziałania Przemocy, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie;
- **Marek Motyka** – Instruktor terapii uzależnień, Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny w Żurawicy;
- **Alina Pieniążek** – Ekspert, Komenda Wojewódzka Policji w Rzeszowie;
- **Bożena Ulidowska** – Specjalista, Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej;
- **Marek Zaleśny** – Starszy wizytator; Kuratorium Oświaty w Rzeszowie;
- **Ewa Zatorska** – Podinspektor, Oddział Profilaktyki Uzależnień i Przeciwdziałania Przemocy, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie.

Opracowanie graficzne *Programu*:

- **Bartosz Zgłobicki** – Podinspektor, Obserwatorium Integracji Społecznej, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie.

Spis tabel

Tabela 1. Struktura spożycia alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski w latach 2007-2011 25

Tabela 2. Liczba przestępstw stwierdzonych, popełnionych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2008-2012 42

Tabela 3. Liczba zatrzymanych podejrzanych pod wpływem alkoholu w województwie podkarpackim w latach 2008-2012 43

Tabela 4. Dane dotyczące wypadków i kolizji spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim z podziałem na płeć /lata 2008-2012/ 46

Tabela 5. Liczba wypadków i kolizji spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim z podziałem na kategorie wiekowe /lata 2008-2012/ 46

Tabela 6. Liczba wypadków i kolizji spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim z podziałem na powiaty /lata 2008-2012/ 49

Tabela 7. Interwencje dotyczące przemocy w rodzinie w woj. podkarpackim w latach 2008-2012 49

Tabela 8. Liczba osób dorosłych zatrzymanych w izbach wytrzeźwień w województwie podkarpackim w latach 2008-2012 49

Tabela 9. Liczba wydanych postanowień w zakresie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu w woj. podkarpackim w latach 2008-2012 51

Tabela 10. Zadania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu 54

Tabela 11. Placówki dla uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych w woj. podkarpackim w 2014 r. 58

Tabela 12. Kwalifikacje pracowników zatrudnionych w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim w 2011 roku 62

Tabela 13. Liczba osób uzależnionych zarejestrowanych w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/ 64

Tabela 14. Przeciętna liczba sesji psychoterapii indywidualnej, w których uczestniczyły osoby uzależnione w ciągu miesiąca w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/ 66

Tabela 15. Zakres oferty punktów konsultacyjno-informacyjnych funkcjonujących w woj. podkarpackim w 2012 roku 76

Spis wykresów

Wykres 1. Dostępność ekonomiczna wybranych rodzajów napojów alkoholowych w Polsce w latach 2007-2012 23

Wykres 2. Średnie spożycie 100% alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski 25

Wykres 3. Dostępność ekonomiczna wybranych rodzajów alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2007-2012 33

Wykres 4. Spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 m-cy przez osoby w wieku 15 lat i więcej zamieszkujące woj. podkarpackie /rok 2011/ 36

Wykres 5. Spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 m-cy przez osoby zamieszkujące woj. podkarpackie z podziałem na wiek /rok 2011/ 36

Wykres 6. Częstotliwość spożywania alkoholu przez osoby w wieku 15 lat i więcej zamieszkujące woj. podkarpackie, deklarujące spożycie alkoholu w ciągu ostatnich 12 m-cy 37

Wykres 7. Częstotliwość wypijania przy jednej okazji 6 standardowych porcji alkoholu lub więcej w woj. podkarpackim 38

Wykres 8. Częstotliwość picia alkoholu przez młodzież szkolną w woj. podkarpackim w 2011 roku – 30 dni przed badaniem 40

Wykres 9. Upijanie się przez młodzież III klasy gimnazjum w woj.podkarpackim /lata 2007, 2011/ 41

Wykres 10. Upijanie się przez młodzież II klasy ponadgimazjalnej w woj. podkarpackim/lata 2007, 2011/ 41

Wykres 11. Liczba wykroczeń spowodowanych pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2009-2012 44

Wykres 12. Liczba zatrzymanych osób kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu w woj. podkarpackim w latach 2008-2012 45

Wykres 13. Liczba osób niepełnoletnich zatrzymanych w izbach wytrzeźwień w woj. podkarpackim w latach 2008-2012 50

Wykres 14. Wykształcenie pracowników placówek lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim w 2011 roku 63

Wykres 15. Liczba osób uzależnionych zarejestrowanych w placówkach lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/ 64
Wykres 16. Liczba osób współuzależnionych zarejestrowanych w placówkach lecznictwa odwykowego woj. podkarpackiego /lata 2010, 2011/ 65
Wykres 17. Pozostali pacjenci placówek lecznictwa odwykowego w woj. podkarpackim /lata 2010, 2011/ 66
Wykres 18. Liczba grup/stowarzyszeń/podmiotów udzielających wsparcia osobom uzależnionym i ich rodzinom w woj. podkarpackim w 2012 roku 70
Wykres 19. Liczba gmin w woj. podkarpackim, w których funkcjonowały CIS, KIS i OIK w 2012 roku 73
Wykres 20. Liczba pracowników punktów konsultacyjno-informacyjnych w woj. podkarpackim w 2012 roku 74
Wykres 21. Liczba osób i udzielonych im porad w punktach konsultacyjno-informacyjnych w woj. podkarpackim z podziałem na kategorie klientów /rok 2012/ 75
Wykres 22. Liczba placówek udzielających wsparcia dziennego dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym funkcjonujących na terenie woj. podkaprackiego w 2012 roku 77

Bibliografia

1. *Alkohol i życie codzienne. Ile piją Europejczycy*, Biuletyn Informacyjny Nr 22. PARPA b.m.r.w.
2. *Anonimowi Alkoholicy*, Wyd. Fundacja Biuro Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 1999.
3. *Bank Danych Lokalnych*, Główny Urząd Statystyczny.
4. Dziubińska-Michalewicz M., *Konsumpcja alkoholu a stan zdrowia mieszkańców Polski*, Biuro studiów i ekspertyz Kancelarii Sejmu - Informacja BSE nr 501, Warszawa 1997.
5. *Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce*, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2013.
6. Jona I., *Zespół stresu pourazowego u DDA*, w: „Świat Problemów" nr 10, Wyd. Fundacja ETOH, Warszawa 1997.
7. B. Kłos, *Spożycie alkoholu w Polsce i w krajach europejskich*, Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu - Informacja BSE nr 497, Warszawa 1997.
8. *Leksykon psychiatrii* / pod red. Stanisława Pużyńskiego ; aut. Henryk Andrzej Axer [i in.]., Państ. Zakł. Wydaw. Lekarskich, Warszawa 1993.
9. *Leksykon terminów: alkohol i narkotyki* / tł. [z ang.] Andrzej Bidziński; Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997.
10. Matysiak A., Wrona G., *Regulacje prawne tworzenia, rozwoju i rozpadu rodzin w Polsce*. Zeszyty Naukowe ISiD Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Nr 8, Warszawa 2010.
11. Moskalewicz J., Wieczorek Ł., *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia - trzy dekady doświadczeń*, w: „Alkoholizm i Narkomania 2009, Tom 22: nr 4, 305-337", Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2009.
12. *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015*, PARPA 2011.
13. *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego - ESPAD 2007*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie, Rzeszów 2008.
14. *Picie alkoholu i używanie narkotyków przez młodzież szkolną na terenie województwa podkarpackiego - ESPAD 2011*, Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie, Warszawa 2011.

15. *Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee.* World Health Organization, Geneva 1980.
16. Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne,* Vesalius, Kraków 2000.
17. Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.,* Warszawa 2011.
18. *Socjoterapia,* praca zbiorowa pod red. K. Sawickiej, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1999.
19. Staniszewski S., *Rola stowarzyszeń abstynenckich w polityce problemów alkoholowych,* w: „Świat problemów" nr 8, Wyd. Fundacja ETOH, Warszawa 2012.
20. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.,* Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
21. Szychta W., Skoczylas M., Laudański T., *Spożywanie alkoholu i palenie tytoniu przez kobiety w ciąży – przegląd badań,* w: „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia", tom 1, zeszyt 4, 309-313, 2008.
22. Szymańczak J., *Problemy alkoholowe,* Biuro studiów i ekspertyz Kancelarii Sejmu - Informacja BSE nr 500, Warszawa 1997.
23. *„Świat Problemów"* Nr 10 (237) październik 2012 r.
24. *Ubóstwo w Polsce w 2012 r. (na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych),* GUS, Warszawa 2013.
25. Wojnar M., Fudała M., Brzózka K., *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Picie alkoholu,* Posiedzenie Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia 24.03.2010.
26. *Wybrane aspekty ekonomiczne i społeczne związane z nadmiernym spożyciem alkoholu,* raport Lundbeck Poland Sp. z o.o. b.m.r.w.
27. www.aagalicja.cracow.pl
28. www.alkoholizm.akcjasos.pl
29. www.koalkoholizm.pl
30. www.parpa.pl
31. www.sites.google.com/site/nienalogom/wspoluzaleznienie/al-anon

MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA
Władysław Ortyl

Załącznik nr 2
do Uchwały nr 325 / 7721 / 14
Zarządu Województwa Podkarpackiego
w Rzeszowie
z dnia 25 lutego 2014 r.

Formularz zgłaszania uwag i wniosków
do projektu „Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014 - 2020"

1. Informacja o zgłaszającym

Nazwa podmiotu	
Imię i nazwisko osoby do kontaktu	
E-mail	
Tel.	

2. Zgłaszane uwagi i wnioski

Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga lub wniosek (pkt., str.)	Treść uwagi/wniosku	Uzasadnienie uwagi