

**INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII**

---

**Janusz Sierosławski**

**OGÓLNOPOLSKIE BADANIE ANKIETOWE NA TEMAT  
ZAANGAŻOWANIA SPOŁECZNOŚCI LOKALNYCH W  
ZAPOBIEGANIU NARKOMANII**

**RAPORT Z BADANIA**

**WARSZAWA 2006**

---

Badanie zostało sfinansowane przez  
Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

## SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE .....	3
CEL BADANIA .....	4
ZARYS PROBLEMATYKI BADANIA .....	4
PROCEDURA BADAWCZA .....	5
POPULACJA I PRÓBA .....	6
MATERIAŁ BADAWCZY .....	6
WYNIKI .....	8
Narkomania jako problem społeczny .....	8
Problem narkotyków i narkomanii w gminie w ocenie badanych .....	18
Przeciwdziałanie narkomanii na terenie gminy .....	23
Gminne programy przeciwdziałania narkomanii .....	35
Postawy wobec narkotyków i narkomanii .....	45
Opinie w sprawie profilaktyki .....	49
PODSUMOWANIE WYNIKÓW .....	58
WNIOSKI I REKOMENDACJE .....	59

## WPROWADZENIE

W ostatnich latach w Polsce, podobnie jak w innych krajach, wiele nadziei w budowaniu strategii profilaktycznej wiąże się z poziomem społeczności lokalnej, czego wyrazem jest ustawowe zobowiązanie do tworzenia Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Opracowanie takiego Programu poprzedzone być powinno sporządzeniem lokalnej diagnozy.

Chociaż problemy narkotyków mają w pewnym sensie uniwersalny charakter, to ich lokalny obraz cechować może daleko posunięta specyfika. Wyniki badań epidemiologicznych przekonują, że zarówno używanie narkotyków, jak problemy jakie powoduje są silnie zróżnicowana terytorialnie zarówno co do rozmiarów jak i charakteru. W Polsce spotkać można miasta, czy gminy wiejskie, gdzie używanie narkotyków wiąże się przede wszystkim z problemami zdrowotnymi, gdzie indziej na pierwszy plan wysuwają się kwestie zakłócenia porządku publicznego lub szkody wynikające z wypadków w ruchu drogowym. W niektórych miejscowościach niepokojące rozmiary przybiera eksperymentowanie z narkotykami wśród młodzieży a nawet dzieci, w innych głównym problemem są dorośli problemowo używający narkotyków. Zróżnicowaniu terytorialnemu podlegają też reakcje społeczne na narkotyki narkomanie. Chociaż wszędzie zjawisko to spotyka się z potępieniem, to lokalnie przybiera ono bardzo różne formy.

Z perspektywy budowania lokalnego programu profilaktycznego istotny wydaje się także kontekst społeczny, ekonomiczny czy kulturowy właściwy dla każdej społeczności. Program profilaktyczny, jeśli ma być skuteczny, powinien uwzględniać specyfikę na każdym z tych wymiarów.

Innym ważnym argumentem przemawiającym na rzecz społeczności lokalnej jako podstawowej płaszczyzny integracji działań profilaktycznych jest interdyscyplinarny charakter problemu. Problem narkotyków, podobnie jak inne problemy społeczne znajduje się w polu zainteresowania wielu służb i instytucji począwszy od placówek edukacyjno-wychowawczych, poprzez służbę zdrowia, pomoc społeczną, aż do instytucji strzegących porządku publicznego i przestrzegania prawa. Wprawdzie każda z nich zajmuje się innym aspektem zjawiska, to współpraca między nimi może znacznie podnieść efektywność działań każdej z nich. Współpraca taka realizować się powinna przede wszystkim na szczeblu jednostek podstawowych, dla których społeczność lokalna, tj. miasto czy gmina, stanowi naturalny poziom integracji. W dobie decentralizacji państwa i wzrostu uprawnień samorządów lokalnych, zwiększa się rola społeczności także w rozwiązywaniu problemów społecznych.

Badanie zostało zrealizowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. temacie badania było zapobiegania narkomanii na poziomie lokalnym. Badanie to zostało podjęte w ramach Projektu Środków Przejściowych (Transition Facility PL2004/016-829.05.01) „Wsparcie województw i społeczności lokalnych w zapobieganiu narkomanii na poziomie lokalnym”.

## **CEL BADANIA**

Badanie miało na celu zebranie danych, które posłużą do przygotowania ogólnopolskiej kampanii szkoleniowej adresowanej do osób odpowiedzialnych za opracowanie Gminnych Programów Przeciwdziałania Narkomanii. Celem badania było zatem dostarczenie obrazu postaw wobec problemu narkomanii i gotowości wzięcia odpowiedzialności za zapobieganie narkomanii na poziomie lokalnym. Badanie dostarcza podstawowych informacji do planowania kampanii, której celami są:

- zmobilizowanie społeczności lokalnych do wzięcia odpowiedzialności za zapobieganie problemowi narkotyków
- zbudowanie szerokiej koalicji złożonej ze wszystkich głównych partnerów społecznych do udziału w działaniach skupionych na zapobieganiu problemowi narkotyków
- zwiększenie świadomości społecznej i widoczność problemu narkotyków
- zwiększenie potencjału instytucji lokalnych oraz społeczeństwa obywatelskiego w zapobieganiu narkomanii na poziomie społeczności lokalnej, a w szczególności wsparcie tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii

## **ZARYS PROBLEMATYKI BADANIA**

Tematyka badania koncentrowała się wokół następujących kwestii:

- Postawy

Badaniu podlegały postawy respondentów wobec problemów narkotyków i narkomanii. Respondent wykorzystany został także jako źródło informacji o postawach wobec problemu narkotyków, wobec narkomanów oraz wobec różnych strategii reagowania na te problemy.

- Zasoby

W wywiadach ankietowych podjęta została próba identyfikacji oraz zinwentaryzowania i oceny zasobów możliwych do wykorzystania w programie

- Potencjał w zakresie tworzenia gminnego programu

Podjęta została próba oszacowania potencjału gminy do tworzenia gminnego programu oraz identyfikacji braków i potrzeb w tym zakresie. W szczególności zebrane zostały dane o doświadczeniach w tworzeniu gminnego programu przeciwdziałania narkomanii, a także doświadczenia w zakresie tworzenia programu rozwiązywania problemów alkoholowych.

- Dotychczasowe doświadczenia w zakresie profilaktyki

W wywiadach zinwentaryzowane zostały dotychczasowe działania z zakresu profilaktyki problemu narkotyków i narkomanii podejmowane przez różne instytucje na terenie gminy.

- Współdziałanie

Jak wynika z badań i doświadczeń międzynarodowych istotnym czynnikiem zwiększającym efektywność działań profilaktycznych jest współpraca między instytucjami z różnych sektorów. W badaniu została zatem podjęta próba odtworzenia sieci współpracy między instytucjami na wymiarach istotnych z perspektywy profilaktyki. Badaniu podlegała przede wszystkim współpraca na najniższym, operacyjnym szczeblu.

- Możliwości zaangażowania się w Program

Badanie zmierzało do identyfikacji zasobów możliwych do zaangażowania w program. Pod pojęciem zasobów rozumiemy tu kadry i ich kompetencje profilaktyczne, możliwości lokalowe, organizacyjne, struktury działania.

- Potrzeby i priorytety

Respondenci stanowili też źródło danych o rozmiarach problemu narkotyków oraz jego miejscu w strukturze innych problemów społecznych, takich jak problemy związane z alkoholem, przestępczość, wykluczenie społeczne itp. Percepcja skali zagrożeń stanowi także istotny czynnik gotowości do zaangażowania się w rozwiązywanie tych problemów.

## **PROCEDURA BADAWCZA**

Badanie zostało wykonane metodą wywiadów kwestionariuszowych prowadzonych przez ankietera. W każdej wylosowanej gminie został przeprowadzony jeden wywiad z przedstawicielem władz administracyjnych gminy odpowiedzialnym za kwestie przeciwdziałania narkomanii. Jeśli w administracji gminnej nie ma nikogo, kto na stałe zajmowałby się tą problematyką, respondentą wyznaczał przedstawiciel zarządu gminy odpowiedzialny za sprawy społeczne. Jeśli kwestie przeciwdziałania narkomanii zostały delegowane do OPS wywiad przeprowadzony był z przedstawicielem OPS-u. W niektórych urzędach gminy powołano specjalnych pełnomocników lub koordynatorów od tych spraw, w innych tą problematyką zajmuje się osoba odpowiedzialna za program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w jeszcze innych kwestie te przydzielono komuś od spraw zdrowia lub polityki społecznej. Do zadań ankietera należało zidentyfikowanie respondenta w wylosowanym urzędzie gminy, przeprowadzenie z nim wywiadu oraz uzyskanie fotokopii Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, jeśli taki program w gminie powstał. Niekiedy programy takie publikowane są na stronie internetowej urzędu gminy. Przed przystąpieniem do badania należało zatem w drodze kontaktu telefonicznego ustalić, kto z danej gminy będzie najlepszym respondentem. Chodziło tu o kogoś, kto będzie dobrze zorientowany w kwestiach przeciwdziałania narkomanii na terenie gminy.

Badanie miało charakter anonimowy w tym sensie, że jego wyniki będą publikowane jedynie w postaci zbiorczych zestawień statystycznych. Jeśli będą publikowane dane jednostkowe, to tylko w sposób uniemożliwiający identyfikację gminy. Wszystkie dane jednostkowe chronione są tajemnicą badawczą. Realizacja wywiadów

przebiegała zatem w warunkach zapewniających swobodę wypowiedzi respondenta, któremu także zagwarantowano anonimowość.

Ponadto badanie obejmowało realizację 18 pogłębionych wywiadów w 6 gminach, które mają uchwalone gminne programy oraz poddanie ich analizie, a także poddanie analizie treści dokumentów próbki 120 gminnych programów zebranych w trakcie badania.

Tak więc metodologia badania została wzbogacona o metody jakościowe. W trakcie realizacji badania okazało się, iż wbrew wcześniejszym przewidywaniom znaczna część gmin ma już opracowane gminne programy przeciwdziałania narkomanii. Analiza ich zawartości oraz prześledzenie procesu ich przygotowywania dostarcza użytecznych danych do wykorzystania w kampanii szkoleniowej.

Przedmiotem badania metodą wywiadów pogłębionych była analiza procesu formułowania gminnego programu. Zrealizowanie wywiadów z trzema osobami w gminie uczestniczącymi w pracach nad programem pozwoliło na uzyskanie zobiektywizowanych danych do analizy procesu powstawania programu oraz wysondowanie potrzeb szkoleniowych w tym zakresie.

Analiza treści powstałych już programów pozwoliło na identyfikację i kategoryzację najczęściej występujących luk i błędów.

## **POPULACJA I PRÓBA**

Badanie objęło 700 losowo wybranych gmin, w tym 65 miast na prawach powiatu, 120 gmin miejskich, 270 gmin wiejskich oraz 225 gmin wiejsko-miejskich. W każdej gminie został przeprowadzony wywiad kwestionariuszowy z przedstawicielem administracji gminy odpowiedzialnym za przeciwdziałanie narkomanii.

## **MATERIAŁ BADAWCZY**

Badanie zrealizowano w gminach o bardzo zróżnicowanej wielkości. Osią zróżnicowania jest typ gminy. Przekonują o tym zestawione w tabeli 1. średnie liczby mieszkańców poszczególnych typów gmin.

**Tabela 1. Średnie liczby mieszkańców w gminach objęte badaniem wg typu gminy**

wiejskie	7025
wiejsko-miejskie	20489
miejskie	79817
Ogółem	32653

Rozkład cech społeczno-demograficznych respondentów zawiera tabela 2.

Niezgodnie z rozkładem w populacji, w próbie znalazło się znacznie więcej mężczyzn niż kobiet. Rozkład wieku w próbie również nie odzwierciedla rozkładu wieku w populacji. Badani koncentrują się w szerokim przedziale 30-59 lat, z czego najliczniejsza jest grupa osób w wieku 40-49 lat (33,5%).

Badani w ponad trzech czwartych pozostawali w stanie małżeńskim, zaś ponad jedna ósma to kawalerowie i panny.

**Tabela 2. Respondenci wg cech społeczno-demograficznych (odsetki badanych)**

<b>Płeć</b>	
mężczyźni	81,0
kobiety	19,0
<b>Wiek</b>	
- 29	7,4
30-39	24,6
40-49	33,5
50-59	31,4
59+	3,0
<b>Stan cywilny</b>	
kawaler/panna	13,4
żonaty/zamężna	76,4
rozwiedziony/rozwiedziona	6,6
wdowiec/wdowa	3,6
<b>Wykształcenie</b>	
średnie lub poniżej	19,1
pomaturalne	16,5
wyższe licencjackie	10,2
wyższe magisterskie	42,4
wyższe podyplomowe lub doktorat	11,7
<b>Posiadanie dzieci</b>	
bezdzielni	15,9
dziecko przynajmniej jedno w wieku 14-25 lat	53,8
dziecko, ale żadne w wieku 14-25 lat	30,3

<b>Staż pracy w administracji samorządowej</b>	
- 4	17,4
5-9	24,6
10-14	18,9
15-19	13,4
20-24	8,9
25+	16,8
<b>Miejsce pracy</b>	
urząd gminy	70,0
ośrodek pomocy społecznej	20,6
inne	9,4
<b>Kursy i szkolenia na temat narkomanii</b>	
tak	67,2
nie	32,8

Najliczniejszą grupę według wykształcenia to osoby, które legitymują się wykształceniem wyższym magisterskim. Osoby bez wyższego wykształcenia stanowią jedynie 35,6% badanych.

Z perspektywy stosunku do narkotyków istotną kwestią wydaje się posiadanie dzieci. Ponad 84,2 % badanych ma bądź miało dzieci, w tym 53,8% ma dzieci w wieku 14-25 lat.

Rozkład próby według stażu pracy w administracji samorządowej jest silnie zróżnicowany. Najliczniejsza grupa legitymuje się stażem 5 do 9 lat (24,6%).

Badani w większości zatrudnieni są w urzędzie gminy (70%), jednak ponad 20% pracuje w ośrodkach pomocy społecznej.

Badani w ponad połowie (67,2%) podnosili swoją wiedzę na temat problemu narkomanii na kursach i szkoleniach.



## WYNIKI

### Narkomania jako problem społeczny

Pytanie o ocenę ważności poszczególnych problemów społecznych wpisuje się w długą tradycję badań ankietowych realizowanych na próbach populacji generalnej począwszy od lat siedemdziesiątych. Pytanie to posłużyło w obecnych badaniach do pomiaru ważności problemu narkomanii na tle innych problemów społecznych z perspektywy osób odpowiedzialnych w gminie za przeciwdziałanie narkomanii.

Na różnych listach problemów społecznych poddawanych ocenie badanych w latach poprzedniego etapu alkoholizm lokował się nieodmiennie na czele rankingu a narkomania też zajmowała jedną z czołowych pozycji. Było tak, gdy badani dokonywali oceny sytuacji na poziomie całego kraju. Oceny odnoszone do skali lokalnej – miasta, gminy, osiedla lokowały zarówno alkoholizm, jak narkomanie na dalszych pozycjach. W naszym badaniu również zapytaliśmy respondentów o ocenę ważności każdego z problemów w skali kraju i w skali miejscowości, w której zamieszkują. Respondenci zostali poproszeni o ocenę, na pięciostopniowej skali, ważności w skali kraju, każdego z podanych 14 problemów społecznych. Krańce skali wyznaczały odpowiedzi „bardzo ważny” i „nieważny”. Pozostawiono też respondentom możliwość odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Następnie proszono ich o wybór jednego problemu ich zdaniem najważniejszego. Lista problemów poddana ocenie badanych zaczerpnięta została z badań przeprowadzonych w 1992 r. i nawiązywały do badań wcześniejszych z 1989 r. i 1984 r. W badaniach z 1992 r. lista została uzupełniona o nowopowstałe zjawiska, jak np. bezrobocie. W badaniach z 1998 r. dodano kolejne trzy problemy tj. „przemoc w rodzinie”, „przemoc i agresję na ulicach” oraz „picie alkoholu przez młodzież”. W obecnym badaniu zastosowano dokładnie taką samą listę problemów jak w badaniu populacji generalnej z 1998 r. Także w 2006 r. lista pozostała nie zmieniona. Wyniki uzyskane w naszej próbie odnoszące się do ocen sytuacji na poziomie kraju zestawiono w tabelach 3-4.

**Tabela 3. Ocena ważności różnych problemów społecznych na poziomie kraju (odsetki badanych)**

	<b>Bardzo ważne</b>	<b>Ważne</b>	<b>Średnio ważne</b>	<b>Mało ważne</b>	<b>Nieważne</b>	<b>Trudno powiedzieć</b>
1) Przeszłość gospodarcza	26,3	47,9	18,7	3,7	0,7	2,6
2) Przeszłość pospolita	25,7	54,1	14,6	2,6	0,2	2,8
3) Narkomania	46,3	40,3	9,5	2,0	0,2	1,7
4) Zanieczyszczenie środowiska	28,4	44,0	19,5	5,8	0,2	2,2
5) Alkoholizm	62,7	30,6	5,0	0,4	-	1,3
6) Kryzys moralny	26,7	35,9	23,5	7,6	1,7	4,6
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	27,9	45,4	17,8	4,3	0,7	3,9
8) Spadek stopy życiowej	36,5	43,1	14,6	3,0	0,9	1,9
9) Sytuacja mieszkaniowa	26,3	47,7	19,5	3,3	0,7	2,4
10) Przemoc w rodzinie	52,5	37,1	7,8	1,7	-	0,9
11) Przemoc i agresja na ulicach	44,8	41,3	9,7	2,0	-	2,2
12) Picie przez młodzież	68,5	26,4	3,4	-	0,7	0,9
13) Bezrobocie	62,0	30,6	5,2	1,1	0,4	0,7
14) AIDS	22,9	38,3	23,1	7,6	1,3	6,8

W skali kraju na pierwsze miejsce wysuwają się problemy picia alkoholu przez młodzież oraz bezrobocie. Najwyższy odsetek badanych uznał ten pierwszy problem za bardzo ważny (68,5%), zaś ten drugi był najczęściej wybierany jako problem najważniejszy (30,4%). Na drugim miejscu pod względem wyborów bezwzględnych ułożyły się alkoholizm (62,7%) i bezrobocie (62,0%). Drugie miejsce przy wyborze najważniejszego problemu przypadło alkoholizmowi – 18,4%.

Narkomania pojawia się na piątym miejscu pod względem odsetka osób traktujących dany problem jako bardzo ważny (46,3%) oraz na siódmym miejscu wśród problemów najważniejszych - 4,5%.

**Tabela 4. Najważniejszy problem społeczny w Polsce w ocenie badanych (odsetki respondentów)**

1) Przeszypczosć gospodarcza	9,3
2) Przeszypczosć pospolita	2,8
3) Narkomania	4,5
4) Zanieczyszczenie srodowiska	1,5
5) Alkoholizm	18,4
6) Kryzys moralny	7,4
7) Zly stan zdrowia spolecznostwa	3,5
8) Spadek stopy zyciowej	7,6
9) Sytuacja mieszkaniowa	0,9
10) Przemoc w rodzinie	5,2
11) Przemoc i agresja na ulicach	2,2
12) Picie przez mlodzię	6,1
13) Bezrobocie	30,4
14) AIDS	-

Jak wspomniano pytanie o ocenę ważności poszczególnych problemów społecznych wpisuje się w długą tradycję badań sięgającą lat siedemdziesiątych. Na różnych listach problemów społecznych poddawanych ocenie badanych w poprzednich latach alkoholizm lokował się nieodmiennie na czele rankingu. Było tak, gdy badani dokonywali oceny sytuacji na poziomie całego kraju. Oceny odnoszone do skali lokalnej – miasta, gminy, osiedla lokowały alkoholizm na dalszych pozycjach. W naszym badaniu również zapytaliśmy respondentów o ocenę ważności każdego z problemów nie tylko na poziomie kraju ale również na w skali miejscowości, w której mieszkają. Zastosowano dwa identyczne pytania ale odniesione do sytuacji lokalnej. Rozkłady odpowiedzi zestawiono w tabelach 5. i 6.

**Tabela 5. Ocena ważności różnych problemów społecznych w skali lokalnej (odsetki badanych)**

	<b>Bardzo ważne</b>	<b>Ważne</b>	<b>Średnio ważne</b>	<b>Mało ważne</b>	<b>Nieważne</b>	<b>Trudno powiedzieć.</b>
1) Przeszłość gospodarcza	5,6	13,9	25,1	31,8	10,1	13,5
2) Przeszłość pospolita	8,1	34,8	31,6	17,0	2,6	5,8
3) Narkomania	18,0	38,8	24,3	12,2	3,2	3,6
4) Zanieczyszczenie środowiska	11,1	38,6	28,5	15,9	3,0	2,8
5) Alkoholizm	51,1	39,2	8,2	0,6	0,2	0,7
6) Kryzys moralny	14,4	31,4	28,8	15,1	3,7	6,5
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	16,5	39,5	29,6	8,2	1,5	4,7
8) Spadek stopy życiowej	29,7	41,2	18,7	6,5	0,9	3,0
9) Sytuacja mieszkaniowa	20,3	42,7	22,8	9,5	1,7	3,0
10) Przemoc w rodzinie	33,0	45,1	14,9	4,3	0,9	1,9
11) Przemoc i agresja na ulicach	20,8	36,6	25,0	12,2	2,3	3,2
12) Picie przez młodzież	46,5	37,3	12,9	1,3	0,6	1,5
13) Bezrobocie	54,2	30,6	9,6	2,8	0,9	1,9
14) AIDS	7,7	17,3	20,8	24,4	15,4	14,4

Oceny formułowane w odniesieniu do poziomu miejscowości przynoszą pod wieloma względami podobny, chociaż też i trochę odmienny obraz. Na plan pierwszy wysuwa się tu także kwestia bezrobocia - 54,2% ocen „bardzo ważny” i 36,8% wyborów jako najważniejszy. Na drugim miejscu jest alkoholizm – 51,1% ocen „bardzo ważny” i 23,4% wyborów jako najważniejszy. Problem narkomanii ułożył się dopiero na ósmym miejscu z wynikiem 18,0% ocen „bardzo ważny” oraz na dwunastej pozycji (2,4%) w rankingu problemów najważniejszych.

Warto zauważyć wysoką pozycję problemów alkoholizmu oraz picia alkoholu przez młodzież w hierarchii problemów w skali lokalnej, a bardzo niską narkomanii. Wyniki badania wśród osób odpowiedzialnych w gminie z zapobieganie narkomanii pokazały na wyższą rangę alkoholizmu niż narkomanii w ocenach respondentów formułowanych dla poziomu całego kraju. Oceniając problemy w skali lokalnej badani jeszcze większą wagę zdają się przywiązywać do alkoholizmu niż narkomanii.

**Tabela 6. Najważniejszy problem społeczny w skali lokalnej w ocenie badanych (odsetki respondentów)**

1) Przeszypczosć gospodarcza	3,2
2) Przeszypczosć pospolita	3,0
3) Narkomania	2,4
4) Zanieczyszczenie środowiska	3,2
5) Alkoholizm	23,4
6) Kryzys moralny	3,5
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	2,8
8) Spadek stopy życiowej	6,9
9) Sytuacja mieszkaniowa	2,8
10) Przemoc w rodzinie	3,0
11) Przemoc i agresja na ulicach	0,7
12) Picie przez młodzież	8,4
13) Bezrobocie	36,8
14) AIDS	-

Oceny badanych okazały się zróżnicowane ze względu na typ gminy. Dane o ocenach problemów społecznych w skali lokalnej w podziale na respondentów z gmin wiejskich, wiejsko-miejskich oraz miejskich zestawiono w tabelach 7 i 8.

**Tabela 7. Ocena poszczególnych problemów jako bardzo ważne w skali lokalnej wg typu gminy (odsetki respondentów)**

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1) Przystępczość gospodarcza	4,8	3,6	9,7
2) Przystępczość pospolita	4,3	7,2	13,2
3) Narkomania	12,8	18,0	23,4
4) Zanieczyszczenie środowiska	15,9	6,3	13,2
5) Alkoholizm	50,0	49,8	54,8
6) Kryzys moralny	9,8	13,0	21,9
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	15,2	15,2	20,1
8) Spadek stopy życiowej	31,5	27,4	31,7
9) Sytuacja mieszkaniowa	17,5	21,1	22,2
10) Przemoc w rodzinie	34,3	30,9	35,2
11) Przemoc i agresja na ulicach	18,4	17,5	29,2
12) Picie przez młodzież	45,2	43,5	52,8
13) Bezrobocie	53,3	57,0	50,7
14) AIDS	7,6	5,6	11,1

Badani z gmin miejskich częściej niż respondenci z gmin wiejskich i wiejsko-miejskich wskazywali na przemoc i agresję na ulicach oraz na picie alkoholu przez młodzież jako na problemy „bardzo ważne”. Takie problemy jak przystępczość pospolita, kryzys moralny oraz narkomania były uznawane za bardzo ważne przez coraz większe odsetki badanych wraz ze wzrostem stopnia urbanizacji gminy.

Wybór problemu najważniejszego nie wiązał się w znaczący sposób z typem gminy. Niezależnie od tego, czy badany pochodził z gminy wiejskiej, wiejsko-miejskiej, czy miejskiej na pierwszym miejscu lokował bezrobocie a na drugim alkoholizm. Narkomania jako problem najważniejszy była nieco częściej wybierana w gminach miejskich i wiejsko-wiejskich niż w gminach wiejskich.

Tabela 8. Najważniejszy problem społeczny w skali lokalnej w ocenie badanych wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	wiejsko-miejskie	miejskie
1) Przesiępczość gospodarcza	4,2	1,8	4,1
2) Przesiępczość pospolita	3,6	1,8	4,1
3) Narkomania	0,6	3,2	3,4
4) Zanieczyszczenie środowiska	6,0	1,8	2,1
5) Alkoholizm	22,6	23,1	24,7
6) Kryzys moralny	2,4	3,6	4,8
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	3,6	3,2	1,4
8) Spadek stopy życiowej	7,1	7,7	5,5
9) Sytuacja mieszkaniowa	1,2	4,1	2,7
10) Przemoc w rodzinie	2,4	4,1	2,1
11) Przemoc i agresja na ulicach	0,6	0,5	1,4
12) Picie przez młodzież	9,5	6,8	9,6
13) Bezrobocie	36,3	38,5	34,2
14) AIDS	-	-	-

W 2006 r. zrealizowane zostało badanie ankietowe na losowej próbie reprezentatywnej mieszkańców naszego kraju. Badanie stwarza okazję do porównania ocen problemów społecznych dokonywanych przez osoby odpowiedzialne za politykę wobec narkomanii na poziomie gminy z ocenami dokonywanymi przez mieszkańców. Takie zestawienia ocen ważności problemów na poziomie kraju zawierają tabele 9 i 10, zaś w skali lokalnej tabele 11 i 12.

Mieszkańcy naszego kraju okazali się generalnie bardziej krytyczni wobec naszej rzeczywistości ocenianej na poziomie kraju niż przedstawiciele gmin odpowiedzialni za przeciwdziałanie narkomanii. Przy większości problemów odsetki uznających je za bardzo ważne są znacznie wyższe w reprezentatywnej próbie populacji generalnej niż w próbie osób koordynujących problematykę zapobiegania narkomanii w gminach, nazwanych tutaj działaczami. Także problem narkomanii oceniany jest jako bardzo ważnych w większym odsetku przez mieszkańców niż przez działaczy. Inaczej jest natomiast z problememami alkoholizmu oraz picia alkoholu przez młodzież, które to problemy otrzymały więcej ocen „bardzo ważny” w próbie działaczy, niż w próbie mieszkańców.

Podobne prawidłowości odnotować trzeba przy analizie problemu najważniejszego. Działacze alkoholizm stawiają na drugim miejscu (18,4%), picie alkoholu przez młodzież na czwartym (6,1%), zaś narkomanie dopiero na ósmej pozycji (6,1%). W ocenach mieszkańców narkomania znalazła się na drugiej pozycji (10,4%), zaś alkoholizm dopiero na czwartej (8,5%). Picie alkoholu przez młodzież uplasowało się zaledwie na dziesiątej pozycji (2,8%). Dla kontrastu warto odnotować idealną niemal zbieżność ocen pierwszoplanowej, najważniejszej pozycji bezrobocia (działacze – 30,4% i mieszkańcy – 29,1%).

Tabela 9. Ocena poszczególnych problemów jako bardzo ważne w skali kraju – porównanie z badaniami na próbie losowej mieszkańców (odsetki respondentów)

	<b>Działacze</b>	<b>Mieszkańcy</b>
1) Przemoc w rodzinie	52,5	50,6
2) Przemoc i agresja na ulicach	44,8	56,0
3) Narkomania	46,3	52,6
4) Zanieczyszczenie środowiska	28,4	35,7
5) Alkoholizm	62,7	53,4
6) Kryzys moralny	26,7	24,3
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	27,9	42,5
8) Spadek stopy życiowej	36,5	52,1
9) Sytuacja mieszkaniowa	26,3	42,9
10) Przemoc w rodzinie	52,5	50,6
11) Przemoc i agresja na ulicach	44,8	56,0
12) Picie przez młodzież	68,5	56,1
13) Bezrobocie	62,0	76,0
14) AIDS	22,9	37,2
1) Przemoc w rodzinie	26,3	45,1
2) Przemoc i agresja na ulicach	25,7	38,9
3) Narkomania	46,3	52,6
4) Zanieczyszczenie środowiska	28,4	35,7
5) Alkoholizm	62,7	53,4
6) Kryzys moralny	26,7	24,3
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	27,9	42,5
8) Spadek stopy życiowej	36,5	52,1
9) Sytuacja mieszkaniowa	26,3	42,9
10) Przemoc w rodzinie	52,5	50,6
11) Przemoc i agresja na ulicach	44,8	56,0
12) Picie przez młodzież	68,5	56,1
13) Bezrobocie	62,0	76,0
14) AIDS	22,9	37,2



Porównanie wyników reprezentantów gmin z mieszkańcami zdaje się wskazywać na bardziej realistyczną perspektywę postrzegania problemów przez reprezentantów gmin niż przeciętnych obywateli. Mimo, że badanie koncentrowało się na problemie narkotyków i narkomanii badani nie zdradzali tendencji do przeceniania jego wagi, co jak się wydaje, stało się udziałem mieszkańców. Z drugiej strony tendencja taka wystąpiła w przypadku problemów alkoholowych. Wyniki sugerują, że osoby zajmujące kluczową dla zapobiegania narkomanii pozycję w gminach bardziej są skłonni postrzegać zagrożenia powodowane przez narkotyki niż alkohol.

Tabela 10. Najważniejszy problem społeczny w skali kraju w ocenie badanych – porównanie z badaniami na próbie losowej mieszkańców (odsetki respondentów)

	<b>Działacze</b>	<b>Mieszkańcy</b>
1) Przesiępczość gospodarcza	9,3	15,1
2) Przesiępczość pospolita	2,8	5,5
3) Narkomania	4,5	10,4
4) Zanieczyszczenie środowiska	1,5	2,0
5) Alkoholizm	18,4	8,5
6) Kryzys moralny	7,4	1,3
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	3,5	4,0
8) Spadek stopy życiowej	7,6	6,6
9) Sytuacja mieszkaniowa	0,9	2,6
10) Przemoc w rodzinie	5,2	5,8
11) Przemoc i agresja na ulicach	2,2	5,5
12) Picie przez młodzież	6,1	2,8
13) Bezrobocie	30,4	29,1
14) AIDS	-	0,8

Na wstępie warto zauważyć, że odsetki oceniających poszczególne problemy jako bardzo ważne są w skali lokalnej z reguły niższe niż gdy oceniano je na poziomie kraju. Prawidłowość ta dotyczy zarówno działaczy, jak i mieszkańców. Można zatem stwierdzić, że problemy lokuje się zazwyczaj gdzie indziej niż na własnym podwórku.

Porównanie ocen formułowanych przez działaczy i przez mieszkańców wskazuje, że oceny ważności poszczególnych problemów w skali lokalnej układają się wedle podobnego wzorca, jak oceny formułowane dla całego kraju. Narkomania postrzegana jest jako bardzo ważna przez wyższy odsetek mieszkańców niż, działaczy, natomiast z alkoholizmem jest odwrotnie. Różnice między działaczami i mieszkańcami są tu nawet nieco większe niż w przypadku ocen poszczególnych problemów na poziomie kraju. Podobnie jest gdy analizujemy oceny względne, czyli wybór najważniejszego problemu. W tym przypadku przy zachowaniu takiej samej jak w skali kraju tendencji różnice są jednak trochę mniejsze.

Wydaje się, że oceny formułowane na poziomie kraju w większym stopniu pozostają pod wpływem informacji uzyskiwanych z mediów, zaś postrzeganie problemów we własnej gminie kształtuje się bardziej pod wpływem obserwacji bezpośredniego otoczenia.

Tabela 11. Ocena poszczególnych problemów jako bardzo ważne w skali lokalnej – porównanie z badaniami na próbie losowej mieszkańców (odsetki respondentów)

	<b>Działacze</b>	<b>Mieszkańcy</b>
1) Przeszłość gospodarcza	5,6	21,2
2) Przeszłość pospolita	8,1	23,4
3) Narkomania	18,0	29,7
4) Zanieczyszczenie środowiska	11,1	25,3
5) Alkoholizm	51,1	44,2
6) Kryzys moralny	14,4	19,5
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	16,5	35,8
8) Spadek stopy życiowej	29,7	47,4
9) Sytuacja mieszkaniowa	20,3	38,6
10) Przemoc w rodzinie	33,0	34,4
11) Przemoc i agresja na ulicach	20,8	39,9
12) Picie przez młodzież	46,5	46,1
13) Bezrobocie	54,2	67,9
14) AIDS	7,7	20,0

Tabela 12. Najważniejszy problem społeczny w skali lokalnej w ocenie badanych – porównanie z badaniami na próbie losowej mieszkańców (odsetki respondentów)

	Działacze	Mieszkańcy
1) Przesiępczość gospodarcza	3,2	5,5
2) Przesiępczość pospolita	3,0	4,4
3) Narkomania	2,4	5,3
4) Zanieczyszczenie środowiska	3,2	4,1
5) Alkoholizm	23,4	12,6
6) Kryzys moralny	3,5	1,0
7) Zły stan zdrowia społeczeństwa	2,8	4,5
8) Spadek stopy życiowej	6,9	8,0
9) Sytuacja mieszkaniowa	2,8	3,8
10) Przemoc w rodzinie	3,0	2,7
11) Przemoc i agresja na ulicach	0,7	5,3
12) Picie przez młodzież	8,4	6,0
13) Bezrobocie	36,8	36,4
14) AIDS	-	0,4

### Problem narkotyków i narkomanii w gminie w ocenie badanych

Podstawą budowania strategii zapobiegania narkomanii jest dobre rozeznanie problemu w skali lokalnej. W zależności od rozmiarów zagrożeń, obrazu problemu oraz warunków w jakich się rozwija dobiera się odpowiednie środki profilaktyczne.

W ankiecie badani zostali poproszeni o ocenę sytuacji w swojej gminie na tle kraju na kilku wymiarach sceny narkotykowej, takich jak rozpowszechnienie używania narkotyków przez młodzież szkolną, czy poziom dostępności poszczególnych substancji.

Dane o ocenach badanych dotyczących narażenia na propozycje oraz rozpowszechnienia używania zestawiono w tabeli 13.

W przypadku wszystkich substancji badani w swoich ocenach w większości lokują swoje gminy na poziomie średnim lub poniżej średniej. Generalnie nieco wyżej oceniane jest rozpowszechnienie propozycji niż używania.

Tabela 13. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak Pan(i) sądzi, czy młodzież szkolna z Pana(i) gminy w porównaniu z całym krajem? (odsetki respondentów)

	W znacznie większym stopniu	W trochę większym stopniu	Tak jak średnio w kraju	W trochę mniejszym stopniu	W znacznie mniejszym stopniu	Trudno powiedzieć nie wiem
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna marihuany lub haszyszu	4,2	6,5	38,6	24,9	21,2	4,6
Używa marihuany lub haszyszu	1,5	4,8	30,1	22,9	22,6	18,1
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna amfetaminy	3,3	5,9	37,6	23,8	20,3	9,2
Używa amfetaminy	1,7	4,6	27,5	21,1	23,1	22,0
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna heroiny	2,0	3,3	18,3	18,8	37,1	20,5
Używa heroiny	0,7	1,8	12,7	16,4	33,3	35,0

Przesunięcie rozkładów odpowiedzi w stronę zagrożenia niższego niż średnio w kraju jest tym większe im bardziej niebezpiecznego środka dotyczy. Najmniejsze jest zatem w przypadku marihuany i haszyszu, a największe w przypadku heroiny. Wedle podobnej prawidłowości rosną odsetki badanych, którzy wybrali odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Badani w swoich ocenach są silnie zróżnicowani ze względu na typ gminy. Przekonują o tym dane zestawione w tabeli 14. Najwyższe odsetki potwierdzających zagrożenie wyższe niż średnio w kraju spotykamy w gminach miejskich, nieco niższe w miejsko-wiejskich i znacznie niższe w gminach wiejskich.

Tabela 14. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak Pan(i) sądzi czy młodzież szkolna z Pana(i) gminy w porównaniu z całym krajem – w większym stopniu (odsetki respondentów)

	<b>wiejskie</b>	<b>Wiejsko- miejskie</b>	<b>Miejskie</b>
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna marihuany lub haszyszu	4,2	8,1	22,3
Używa marihuany lub haszyszu	2,4	5,8	11,5
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna amfetaminy	3,0	6,7	20,2
Używa amfetaminy	0,6	5,8	13,6
Jest narażona na propozycje użycia lub kupna heroiny	2,4	3,6	11,5
Używa heroiny	0,0	2,7	5,5

Dostępność poszczególnych substancji psychoaktywnych badano pytając respondentów o to, na ile trudne byłoby ich zdaniem zdobycie przez osiemnastolatka każdej z nich, gdyby tego chciał. Skala odpowiedzi wyznaczona była z jednego krańca przez odpowiedź „Nie możliwe” a z drugiego - „Bardzo łatwe”. Pozostawiono też możliwość odpowiedzi „nie wiem”. Ocenie badanych poddano dostępność poszczególnych środków nielegalnych.

Rozkład odpowiedzi na pytanie o stopień łatwości zdobycie poszczególnych substancji zawiera tabela 15.

Wedle ocen badanych w ich gminach najbardziej dostępne są przetwory konopi (18,6% ocen bardzo łatwo), a następnie amfetamina (14,0% ocen bardzo łatwo) i ecstasy (14,0% ocen bardzo łatwo). Dostępność pozostałych substancji wydaje się sporo niższa. warto zauważyć, że przy żadnej z substancji odsetek uznających jej zdobycie za niemożliwe nie osiąga 4%.

Tabela 15. Ocena dostępności narkotyków – rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak Pan(i) sądzi, jak trudne byłoby dla przeciętnego osiemnastolatka z Pana(i) gminy zdobycie każdej z następujących substancji gdyby chciał je zdobyć? (odsetki respondentów)

	Nie możliwe	Bardzo trudne	Dosyć trudne	Dosyć łatwe	Bardzo łatwe	Nie wiem
Marihuana lub haszysz	0,6	4,1	17,2	46,7	18,6	12,9
LSD lub inny środek halucynogenny	0,2	6,1	19,9	45,6	10,9	17,3
Amfetamina	0,4	5,4	14,9	49,6	14,8	14,9
Kokaina	1,5	15,7	31,7	24,2	2,8	24,2
Ecstasy	0,6	6,8	17,7	44,0	14,0	16,8
Heroina	2,6	17,2	31,7	22,4	2,0	24,1
Polska heroina, tzw. „kompot”	3,9	9,8	24,5	29,7	6,7	25,4

Dostępność poszczególnych substancji jest w różnym stopniu zróżnicowana ze względu na typ gminy (tabela 16). Największe różnice występują w przypadku amfetaminy i ecstasy. Dostęp do tych substancji jest oceniany jako bardzo łatwy w trzykrotnie wyższym odsetku gmin miejskich niż wiejskich. Najmniejsze zróżnicowania występują przy ocenach dostępu do opiatów produkowanych domowym sposobem, czyli polskiej heroiny lub inaczej „kompotu”

Tabela 16. Ocena dostępności narkotyków – rozkład odpowiedzi na pytanie: Jak Pan(i) sądzi, jak trudne byłoby dla przeciętnego osiemnastolatka z Pana(i) gminy zdobycie każdej z następujących substancji gdyby chciał je zdobyć? – Bardzo łatwe (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
Marihuana lub haszysz	10,1	18,4	29,1
LSD lub inny środek halucynogenny	9,5	9,9	14,2
Amfetamina	6,5	16,6	21,6
Kokaina	1,2	3,6	3,4
Ecstasy	8,3	13,5	21,8
Heroina	1,2	1,8	3,4
Polska heroina, tzw. „kompot”	6,0	7,7	6,1

Badani są dość dobrze zorientowani w miejscach gdzie łatwo kupić marihuanę lub haszysz (tabela 17). Wedle ich wiedzy takimi miejscami najczęściej są dyskoteki i bary. Najrzadziej wśród tych miejsc wymieniane są szkoła i mieszkanie diler.

Tabela 17. Miejsca na terenie gminy, gdzie można łatwo kupić marihuanę lub haszysz na terenie (odsetki respondentów)

	tak	nie	nie wiem
1. Ulica, park	45,8	27,7	26,4
2. Szkoła	36,2	33,6	30,1
3. Dyskoteka, bar	69,8	12,8	17,4
4. Mieszkanie diler	35,8	20,6	43,6
5. Inne miejsce	45,1	4,9	50,0

Podjęciu działań profilaktycznych na szerszą skalę sprzyja wysoki priorytet problemu nadawany zarówno przez polityków lokalnych jak i przez mieszkańców. Zdaniem naszych respondentów problem narkomanii cieszy się większym priorytetem w oczach władz lokalnych niż samych mieszkańców (tabela 18). Warto też zauważyć, że problem ten zwykle bardziej leży na sercu zarządowi gminy niż radnym.

Tabela 18. Traktowanie problemu narkotyków w gminie jako priorytetowy (odsetki respondentów)

	W bardzo dużym stopniu	Raczej w dużym stopniu	Raczej w małym stopniu	W bardzo małym stopniu	Trudno powiedzieć
1. Zarząd gminy	10,6	33,8	23,9	17,7	14,0
2. Radę gminy	8,2	32,2	29,6	21,4	8,6
3. Mieszkańców	3,5	14,6	37,1	26,3	18,5

Wyniki zestawione w powyższej tabeli sugerują zatem, iż sojuszników budowaniu i wdrażaniu strategii przeciwdziałania narkomanii w gminie znaleźć możemy raczej w

zarządzie gminy niż wśród mieszkańców. Jednocześnie trzeba pamiętać, że strategia taka jeśli ma być skutecznie wdrażana zyskać musi społeczną akceptację, stąd postulat położenia odpowiednio dużego nacisku na promocję zarówno potrzeby przeciwdziałania narkomanii jak i proponowanej strategii.

Jak przekonują dane z tabeli 19 typ gminy nie ma większego wpływu na stwierdzoną wyżej prawidłowość. Trzeba jednak zauważyć, że generalnie w gminach o charakterze miejskim częściej problemowi narkomanii nadaje się duży priorytet. Wynik ten nie dziwi bowiem, problem narkomanii lokuje się przede wszystkim w miastach.

Tabela 19. Traktowanie problemu narkotyków w gminie jako priorytetowy wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Zarząd gminy	3,6	11,6	16,7
2. Radę gminy	3,0	9,0	13,0
3. Mieszkańców	1,2	3,6	6,2

Wyniki badania zdają się sugerować potrzebę większego zaangażowania w promocję problematyki zapobiegania narkomanii w gminach wiejskich, gdzie mniejsza skala problemu w chwili obecnej przesłania zagrożenia, jakie rodzić może najbliższa przyszłość.

### **Przeciwdziałanie narkomanii na terenie gminy**

W kolejnym bloku pytań ankiety sondowano kwestie stanu przeciwdziałania narkomanii na terenie gminy. Pierwszą poruszoną tu kwestią był poziom aktywności poszczególnych instytucji lokalnych na polu zapobiegania narkomanii (tabela 20).

Instytucjami odznaczającymi się największym poziomem aktywności są gimnazja, a następnie szkoły podstawowe i placówki lecznicze. Zwraca uwagę mniejszy poziom aktywności szkół ponadgimnazjalnych. Pewien wpływ na uzyskane wyniki ma liczba i usytuowanie poszczególnych instytucji. Zarówno szkoły ponadgimnazjalne jak i placówki lecznicze nie są obecne we wszystkich gminach. Z drugiej strony nic nie stoi na przeszkodzie aby zarówno szkoły jak placówki lecznicze przejawiały swoją aktywność nie tylko w gminie, w której mają siedzibę, ale także w gminach ościennych, które znajdują się w rejonie ich działania.

Instytucją, która mogłaby stanowić istotne ogniwo w systemie przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym jest poradnia psychologiczno-pedagogiczna. Poradnie tego typu są aktywne tylko w niespełna połowie gmin, z tego tylko w 15%



gmin ich aktywność oceniana jest bardzo wysoko. Biorąc pod uwagę potencjał tych placówek w postaci profesjonalnej kadry posiadającej przynajmniej podstawowe przygotowanie do działań profilaktycznych upatrywać w nich można obiecującego partnera w profilaktyce narkomanii na poziomie lokalnym.

Wyniki badania pozostają w sprzeczności z obiegowym sądem o przeważające roli sektora pozarządowego, przynajmniej, jeśli chodzi o zapobieganie narkomanii na poziomie lokalnym. Zarówno organizacje pozarządowe zajmujące się kwestią narkomanii jak i organizacje młodzieżowe nie zajmują pierwszych miejsc w rankingu najbardziej aktywnych instytucji. Warto zauważyć, że w blisko trzech czwartych gmin w ogóle nie istnieją lub nie wykazują się aktywnością oddziały organizacji pozarządowych takich jak Monar, Towarzystwo Zapobiegania Narkomanii, Kuźnia czy Powrót z „U”. W połowie gmin nie działają aktywnie lub w ogóle nie istnieją lokalne organizacje pozarządowe. Porównanie aktywności lokalnych organizacji pozarządowych i lokalnych oddziałów organizacji ogólnopolskich przemawia za tymi pierwszymi. Spotykamy je w większej liczbie gmin, a tam gdzie istnieją poziom ich aktywności oceniany jest nieco wyżej.

Tabela 20. Instytucje aktywne na terenie gminy w zakresie zapobiegania narkomanii (odsetki respondentów)

	Bardzo aktywne	Raczej aktywne	Mało aktywne	Zupełnie nie
1. Oddziały ogólnopolskich organizacji pozarządowych	6,1	9,3	10,2	74,4
2. Lokalne organizacje pozarządowe	11,1	21,1	16,4	51,4
3. szkoły ponadgimnazjalne	19,0	32,6	12,8	35,6
4. szkoły gimnazjalne	34,8	52,1	11,0	2,0
5. szkoły podstawowe	30,2	47,1	18,8	3,9
6. kluby, świetlice, domy kultury	20,6	39,6	21,4	18,4
7. organizacje młodzieżowe, np. harcerze	10,5	30,1	20,0	39,4
8. poradnia psychologiczno-pedagogiczna	15,0	21,6	11,6	51,8
9. Placówki lecznicze (poradnie, punkty konsultacyjne, itp.)	32,7	33,1	7,0	27,2

Kształt listy najbardziej aktywnych instytucji w przeciwdziałaniu narkomanii na terenie gminy zależy od jej typu. W tabeli 21 zestawiono odsetki gmin potwierdzających bardzo wysoki poziom aktywności poszczególnych instytucji i organizacji w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym. W gminach miejskich oraz gminach wiejsko-miejskich najczęściej dużą aktywnością odznaczają się placówki lecznicze oraz szkoły gimnazjalne, w gminach wiejskich zaś szkoły gimnazjalne i szkoły podstawowe. Warto zauważyć, że w gminach miejskich spotykamy znacznie

szerszy wachlarz instytucji bardzo aktywnych na tym polu. Wynika to zapewne z jednej strony ze skali potrzeb wyznaczanych rozmiarami problemu, z drugiej zaś zróżnicowaną infrastrukturą instytucjonalną.

Tabela 21. Instytucje aktywne na terenie gminy w zakresie zapobiegania narkomanii wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Oddziały ogólnopolskich organizacji pozarządowych	3,7	2,8	13,8
2. Lokalne organizacje pozarządowe	3,0	11,0	20,5
3. szkoły ponadgimnazjalne	7,3	23,0	26,5
4. szkoły gimnazjalne	37,1	30,9	37,4
5. szkoły podstawowe	30,8	26,8	33,8
6. kluby, świetlice, domy kultury	19,3	18,4	25,9
7. organizacje młodzieżowe, np. harcerze	6,7	9,6	16,4
8. poradnia psychologiczno-pedagogiczna	5,5	13,5	26,9
9. Placówki lecznicze (poradnie, punkty konsultacyjne, itp.)	17,8	31,2	50,7

Rodzaje aktywności profilaktycznych podejmowanych w skali gminy zestawiono w tabeli 22.

Najczęściej podejmowanymi rodzajami działań profilaktycznych są programy profilaktyczne w szkołach (90,7%), a następnie spotkania i prelekcje (80,9%) oraz plakaty i ulotki (77,6%). W ponad połowie gmin w czasie ostatnich 12 miesięcy przeprowadzono kampanię lub akcje profilaktyczną. Znacznie rzadziej spotykamy gminy gdzie stosowane działania typu interwencji profilaktycznej (31,3%). Warto zauważyć, że w 27,3% gmin nie są dostępne poradnictwo świadczone, czy to przez poradnie, czy przez punkt konsultacyjny.

Działanie typu represyjnego, takie jak akcje policyjne, testowanie uczniów w szkołach na obecność narkotyków w płynach ustrojowych, czy też poszukiwanie narkotyków w szkołach przy użyciu specjalnie tresowanych psów stosowane są w znacznej liczbie gmin. Najczęściej występują te pierwsze – 40,6%. Przeszukania w szkołach z zastosowaniem tresowanych psów zdarzało się w 20,5% gmin, zaś testowanie z użyciem metod laboratoryjnych w 11,4% gmin.

Tabela 22. Działania profilaktyczne podejmowane w gminach w czasie ostatnich 12 miesięcy (odsetki respondentów)

	tak	nie	Nie wiem
1. plakaty, ulotki itp.	77,6	20,0	2,4
2. spotkania, prelekcje	80,9	15,7	3,3
3. akcje, kampanie profilaktyczne	54,0	40,2	5,8
4. punkt(y) konsultacyjny(e), poradnia(e)	69,7	27,9	2,4
5. interwencje profilaktyczne	31,3	53,9	14,8
6. programy profilaktyczne w szkołach	90,7	7,4	1,9
7. testowanie uczniów w szkołach na obecność narkotyków w płynach ustrojowych	11,4	67,6	21,0
8. poszukiwanie narkotyków w szkołach przy użyciu specjalnie tresowanych psów	20,5	62,0	17,5
7. akcje policyjne	40,6	34,3	25,0
8. Inne	48,4	9,7	41,9

Różnorodność działań profilaktycznych podejmowanych w gminach zależy jest od typu gminy (tabela 23).

Tabela 23. Działania profilaktyczne podejmowane w gminach w czasie ostatnich 12 miesięcy wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. plakaty, ulotki itp.	74,3	75,7	84,5
2. spotkania, prelekcje	76,8	79,6	87,2
3. akcje, kampanie profilaktyczne	37,7	50,7	77,6
4. punkt(y) konsultacyjny(e), poradnia(e)	50,0	71,6	88,5
5. interwencje profilaktyczne	15,8	30,0	49,7
6. programy profilaktyczne w szkołach	85,8	91,4	95,2
7. testowanie uczniów w szkołach na obecność narkotyków w płynach ustrojowych	9,0	10,9	14,9
8. poszukiwanie narkotyków w szkołach przy użyciu specjalnie tresowanych psów	9,0	22,3	30,4
7. akcje policyjne	20,4	44,2	57,7
8. Inne	28,6	37,5	70,8

W przypadku wszystkich typów działań profilaktycznych spotykamy podobną prawidłowość. Odsetki gmin, w których znajdują one zastosowanie są większe w gminach wiejsko-miejskich niż w wiejskich, a największe w gminach miejskich. Zróżnicowanie to jest najmniej nasilone w przypadku takich działań jak programy profilaktyczne w szkołach, plakaty i ulotki, spotkania i prelekcje. Znacznie większe zróżnicowanie spotykamy przy poradnictwie (poradnie i punkty konsultacyjne), interwencjach profilaktycznych, czy akcjach i kampaniach. Także na polu działań represyjnych różnice między typami gmin są znaczne. Aż w 57,7% gmin miejskich podejmowano w czasie ostatnich 12 miesięcy akcje policyjne, w 30,4% poszukiwano narkotyków w szkołach stosując do tego tresowane psy oraz w blisko 15% gmin poddawano uczniów procedurze testowania na obecność narkotyków lub metabolitów w ich płynach ustrojowych.

Dane na temat obszarów szeroko rozumianego przeciwdziałania narkomanii, w których przejawia się aktywność na poziomie lokalnym zestawiono w tabeli 24. W pierwszej kolumnie tabeli znajdujemy odsetki gmin, które podejmują działania w poszczególnych obszarach, w drugiej odsetki gmin, które dany obszar traktują jako priorytetowy.

Na terenie niemal wszystkich gmin prowadzone są działania profilaktyczne adresowane do młodzieży (98,3%), w podobnie wysokim odsetku gminy traktują te działania jako priorytetowe (93,0%). Profilaktyka adresowana do grup ryzyka obecna jest już tylko w niewiele ponad połowie gmin (56,0%), z czego tylko w 7,6% wymieniana jest ona jako obszar priorytetowy. Leczenie oraz rehabilitacja osób uzależnionych pojawia się tylko w jednej trzeciej gmin (33,7%). W niewiele większym odsetku gmin oferowana jest pomoc socjalna adresowana do narkomanów (35,0%), przy czym jako obszar priorytetowy pomoc socjalna pojawia się tylko w 2% gmin. Wynik ten jest o tyle zaskakujący, że działania z tego zakresu wymienione są w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii jako zadanie własne gmin. Ściganie przestępczości związanej z narkotykami wymienione zostało przez równo połowę gmin.

Tabela 24. Obszary na jakich koncentrują się działania z zakresu zapobiegania narkomanii na terenie gminy (odsetki respondentów)

	Realizowane	Wymieniane jako priorytetowe
1. Profilaktyka adresowana do całej młodzieży	98,3	93,0
2. Profilaktyka adresowana do grup ryzyka	56,0	7,6
3. Leczenie i rehabilitacja	33,7	3,9
4. Pomoc socjalna narkomanom	35,0	2,0
5. Ograniczanie szkód (np. wymiana igieł i strzykawek)	8,7	-
6. Ściganie przestępczości związanej z narkotykami	51,3	3,7
7. Inne	50,0	6,3

Analiza obszarów aktywności gmin w zakresie przeciwdziałania narkomanii uwzględniająca podział na typy gmin ujawnia silne zróżnicowanie. Jedynie pod względem profilaktyki adresowanej do młodzieży mamy do czynienia z brakiem zróżnicowania. We wszystkich gminach, niezależnie od typu, odsetek prowadzących tego typu działania przekracza 90%. W przypadku wszystkich pozostałych obszarów obserwujemy tę samą prawidłowość: najniższe odsetki potwierdzających działania w gminach wiejskich, wyższe w gminach wiejsko-miejskich i najwyższe w gminach miejskich. Od tej ogólnej zasady wyłamują się jedynie działania z zakresu redukcji szkód podejmowane w tak samo niskim odsetku (ok. 2,5%) w gminach wiejsko-miejskich, co w gminach wiejskich. Odsetek gmin miejskich na których terenie podejmuje się takie działania jest blisko dziesięciokrotnie większy (25,0%).

Warto zauważyć, że w 58,1% gmin miejskich dostępna jest oferta pomocy socjalnej dla narkomanów, zaś w 63,5% gmin tego typu prowadzone są leczenie i rehabilitacja. Dość szeroki zasięg mają też w przypadku miast działania adresowane do grup ryzyka. Odsetek gmin miejskich podejmujących takie działania (80,6%) jest zbliżony do odsetka gmin, na których terenie podejmowane jest ściganie przestępczości związanej z narkotykami (80,6%).

Tabela 25. Obszary na jakich koncentrują się działania z zakresu zapobiegania narkomanii na terenie gminy wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Profilaktyka adresowana do młodzieży	96,4	99,1	99,3
2. Profilaktyka adresowana do grup ryzyka	35,1	53,6	83,1
3. Leczenie i rehabilitacja	12,5	30,3	63,5
4. Pomoc socjalna narkomanom	15,5	34,8	58,1
5. Ograniczanie szkód (np. wymiana igieł i strzykawek)	2,4	2,7	25,0
6. Ściganie przestępczości związanej z narkotykami	25,1	51,8	80,6
7. Inne	27,3	45,5	73,3

Aktywności traktowane jako priorytetowe na poziomie gmin w zakresie przeciwdziałania narkomanii przedstawiają się podobnie w gminach różnego typu, chociaż można zauważyć też niewielkie odmienności. We wszystkich trzech typach gmin bezwzględnie najwyższy odsetek badanych w priorytetach umieszcza działania profilaktyczne adresowane do młodzieży. Pewne zróżnicowanie pojawia się dopiero przy innych obszarach aktywności. W gminach miejskich częściej niż w gminach innego rodzaju wśród priorytetowych obszarów pojawiają się profilaktyka adresowana do grup ryzyka, leczenie i rehabilitacja, ściganie przestępczości związanej z narkotykami. Pomoc socjalna adresowana do narkomanów także

występuje częściej wśród priorytetów miast, ale w tym przypadku zróżnicowanie jest szczególnie nikłe.

Tabela 26. Obszary na jakich koncentrują się działania z zakresu zapobiegania narkomanii na terenie gminy wymieniane jako priorytetowe wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Profilaktyka adresowana do młodzieży	94,0	95,0	89,2
2. Profilaktyka adresowana do grup ryzyka	8,3	4,1	12,2
3. Leczenie i rehabilitacja	3,0	1,8	8,1
4. Pomoc socjalna narkomanom	2,4	0,9	3,4
5. Ograniczanie szkód (np. wymiana igieł i strzykawek)	-	-	-
6. Ściganie przestępczości związanej z narkotykami	3,0	1,4	7,6
7. Inne	-	-	20,0

Dane zawarte w tabeli 27. ilustrują alokację finansowania przeciwdziałania narkomanii z budżetu gmin w poszczególnych obszarach działań. W pierwszej kolumnie znajdują się odsetki gmin finansujące działania w poszczególnych obszarach, w drugiej odsetki gmin traktujące dane obszary jako priorytet w finansowaniu.

Tabela 27. Działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii w gminie finansowane są z budżetu gminy (odsetki respondentów)

	Realizowane	Wymieniane jako priorytetowe
1. Profilaktyka adresowana do młodzieży	95,0	90,7
2. Profilaktyka adresowana do grup ryzyka	51,7	7,5
3. Leczenie i rehabilitacja	24,8	2,3
4. Pomoc socjalna narkomanom	26,6	1,9
5. Ograniczanie szkód (np. wymiana igieł i strzykawek)	4,5	-
6. Ściganie przestępczości związanej z narkotykami	22,0	1,5
7. Inne	53,4	8,6

Niemal wszystkie gminy finansują ze swojego budżetu działania z zakresu profilaktyki adresowanej do młodzieży (95,0%). Dla zdecydowanej większości gmin ten obszar stanowi priorytet w finansowaniu (90,7%). Ponad połowa gmin finansuje profilaktykę skierowaną na grupy ryzyka (51,4%), zaś tylko około jednej czwartej angażuje się w finansowanie leczenia i rehabilitacji narkomanów (24,8%) i pomocy socjalnej dla nich (26,6%).

Aż w 22,0% gmin finansowane jest z ich budżetu ściganie przestępczości związanej z narkotykami, chociaż za priorytetowe w tym zakresie uznaje je tylko 1,5% gmin.

Tabela 28. Działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii w gminie finansowane są z budżetu gminy wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Profilaktyka adresowana do młodzieży	92,8	95,0	97,3
2. Profilaktyka adresowana do grup ryzyka	30,7	47,9	79,7
3. Leczenie i rehabilitacja	10,3	21,1	46,3
4. Pomoc socjalna narkomanom	10,3	24,8	46,9
5. Ograniczanie szkód (np. wymiana igieł i strzykawek)	2,4	0,9	12,2
6. Ściganie przestępczości związanej z narkotykami	10,9	19,4	37,1
7. Inne	31,2	60,9	63,2

Analiza finansowanie działań z poszczególnych obszarów wg typów gmin wykazuje, że gminy miejskie w znaczenie większych odsetkach finansują działania z poszczególnych obszarów niż gminy miejsko-wiejskie i gminy wiejskie. Wyjątkiem jest finansowanie profilaktyki adresowanej do młodzieży podejmowane przez gminy wszystkich trzech typów w ponad 90%.

Największe różnice między gminami różnych typów pojawiają się w przypadku finansowania działań z zakresu ograniczanie szkód – gminy miejskie finansują te działania w pięciokrotnie większym odsetku niż gminy wiejskie i w blisko czternastokrotnie większym odsetku niż gminy wiejsko-miejskie.

Leczenie i rehabilitacja narkomanów, a także pomoc socjalna adresowana do tej grupy znajduje finansowanie w mniej niż połowie gmin miejskich (46% i 47%), natomiast zdecydowana większość miast finansuje profilaktykę nakierowaną na grupy ryzyka.

Wśród priorytetów finansowania przez gminy we wszystkich ich typach dominuje profilaktyka adresowana do młodzieży. W znacznym odsetku miast (11,5%) priorytetem w finansowaniu cieszy się jeszcze profilaktyka obejmująca grupy ryzyka. W mniejszych odsetkach miast wśród finansowych priorytetów znajduje się leczenie i rehabilitacja oraz pomoc socjalna narkomanom.

Tabela 29. Działania z zakresu przeciwdziałania narkomanii w gminie finansowane są z budżetu gminy wymieniane jako priorytetowe wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Profilaktyka adresowana do młodzieży	89,8	92,2	89,2
2. Profilaktyka adresowana do grup ryzyka	7,2	5,0	11,5
3. Leczenie i rehabilitacja	1,2	0,9	5,4
4. Pomoc socjalna narkomanom	1,2	1,4	3,4
5. Ograniczanie szkód (np. wymiana igieł i strzykawek)	-	-	-
6. Ściganie przestępczości związanej z narkotykami	-	1,4	3,5
7. Inne	-	4,3	21,1

Analiza obszarów aktywności realizowanej na terenie gmin jak również finansowanej z budżetów gmin wykazała koncentrację na profilaktyce adresowanej do całej młodzieży i w mniejszym stopniu do grup ryzyka. Leczenie i rehabilitacja narkomanom, a co ważniejsze pomoc socjalna skierowana do tej grupy wydaje się bardziej zaniedbana, zaś największe deficyty odnotować trzeba na polu redukcji szkód.

Zapobieganie narkomanii na poziomie gminy wymaga sprawnych struktur administracyjnych koordynujących tego typu działania. Zwykle rolę tę pełnią organa administracji samorządowej szczebla podstawowego, tj. urzędy gminy. W 20% gmin rola ta została delegowana do ośrodków pomocy społecznej. Tylko w pojedynczych gminach zdarza się by pełnione ona była przez inne instytucje lokalne.

W 71,8% gmin władze lokalne w przeciwdziałaniu narkomanii wspiera rada lub podobne ciało kolegialne, ale tylko w 4,1% zajmuje się ono tylko problemem narkomanii. W większości przypadków rolę takiego ciała kolegialnego przejęły gminne komisje profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. O przyjęciu takich rozwiązań decyduje zwykle z jednej strony bliskość problematyki, z drugiej zaś dłuższa tradycja oraz ustawowe umocowanie komisji alkoholowych. W niektórych gminach powołano rady czy komisje o szerszych kompetencjach zajmujące się



ogólnie problematyka społeczną lub nieco wężiej problemami społecznymi nazywanymi zwykle patologią społeczną.

Skład takich ciał kolegialnych zaprezentowano w tabeli 30.

Tabela 30. Skład rad, komisji lub innych ciał kolegialnych powołanych w sprawie przeciwdziałania narkomanii na poziomie gminy (odsetki respondentów)

	tak	nie
1. Pracownik Urzędu Gminy	88,8	11,2
2. Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej	85,1	14,9
3. Pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	22,1	77,9
4. Przedstawiciel organizacji pozarządowej	25,7	74,3
5. Terapeuta placówki leczenia uzależnień	40,5	59,5
6. Nauczyciel	70,7	29,3
7. Policjant	81,1	18,9
8. Lekarz lub pielęgniarka z podstawowej opieki zdrowotnej	46,4	53,6
9. Ksiądz	14,5	85,5
10. Radny	37,6	62,4
11. Przedstawiciel organizacji młodzieżowej	4,6	95,4
12. Przedstawiciel fundacji lub grupy charytatywnej	7,8	92,2
13. Przedstawiciel placówki kulturalno-oświatowej	11,9	88,1
14. Pracownik szkoły wyższej lub instytutu badawczego	4,6	95,4
15. Ktoś inny	85,1	14,9

Najczęściej w składzie rady zajmującej się problemem narkomanii znajdujemy: pracownika urzędu gminy, pracownik ośrodka pomocy społecznej, policjanta i nauczyciela. Obecność przedstawicieli sektora pozarządowego (organizacje młodzieżowe, fundacje, organizacje pozarządowe) wcale nie jest regułą. Przedstawiciele organizacji pozarządowych zaproszeni zostali do takiej rady jedynie w 25% gmin.

Funkcja koordynatora takiej rady przypada najczęściej pracownikowi urzędu gminy (67,5%), ewentualnie pracownikowi pomocy społecznej (20,0%). Pełne dane na ten temat zestawiono w tabeli 31.

Tabela 31. Koordynator rady, komisji lub innego ciała kolegialnego powołanego w sprawie przeciwdziałania narkomanii na poziomie gminy (odsetki respondentów)

1. Pracownik Urzędu Gminy	67,3
2. Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej	20,0
3. Pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	1,4
4. Przedstawiciel organizacji pozarządowej	-
5. Terapeuta placówki leczenia uzależnień	1,4
6. Nauczyciel	2,3
7. Policjant	-
8. Lekarz lub pielęgniarka z podstawowej opieki zdrowotnej	0,5
9. Ksiądz	0,5
10. Radny	1,8
11. Przedstawiciel organizacji młodzieżowej	-
12. Przedstawiciel fundacji lub grupy charytatywnej	-
13. Przedstawiciel placówki kulturalno-oświatowej	0,5
14. Pracownik szkoły wyższej lub instytutu badawczego	-
15. Ktoś inny	4,6

Jak wynika z danych zestawionych w tabeli, nie znalazła się w próbie ani jedna gmina, gdzie rolę koordynatora rady, czy podobnego ciała kolegialnego, pełniłby przedstawiciel sektora pozarządowego. Spotykamy natomiast pojedyncze gminy, które tę funkcję powierzyły księdzu, lekarzowi lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej względnie przedstawicielowi placówki kulturalno-oświatowej.

Tylko nieliczne gminy współpracują z innymi gminami w kwestii zapobiegania narkomanii. Częściej zdarza się współpraca z powiatem, a jeszcze częściej z województwem (tabela 32). Brak powiązań poziomych stanowi, jak się wydaje, istotne ograniczenie działalności skierowanej na ograniczenie popytu na narkotyki. Wiele działań tego typu łatwiej prowadzić wspólnie, wchodząc we współpracę z sąsiednimi gminami. Utrzymanie poradni dla osób uzależnionych, czy choćby punktu konsultacyjnego, nierzadko przekracza możliwości jednej gminy, szczególnie gdy jest to mała gmina wiejska. Nie znajduje też wówczas zwykle uzasadnienia ekonomicznego. Wspólne zorganizowanie i poprowadzenie takiej instytucji w ramach porozumienia kilku ościennych gmin mogłoby w istotny sposób przyczynić się do przybliżenia oferty terapeutycznej do jej potencjalnych odbiorców.

Tabela 32. Współpraca gmin w przeciwdziałaniu narkomanii z innymi gminami, powiatem lub województwem (odsetki respondentów)

	Tak	Nie
1. Inne gminy	17,7	82,3
2. Powiat	25,7	74,3
3. Województwo	37,4	62,6

Zasięg współpracy między gminami i powiatami także postawia wiele do życzenia. O nawiązaniu takiej współpracy mówią przedstawiciele jedynie 25,7% gmin. W sytuacji gdy szkoły ponadgimnazjalne znajdują się w gestii powiatów, chociaż działają na obszarze konkretnych gmin, trudno sobie wyobrazić działania profilaktyczne adresowane do ich uczniów bez współpracy, czy choćby porozumienia między gminą i powiatem. Na tym tle często zresztą dochodzi do sporów kompetencyjnych.

Tabela 33. Współpraca gmin w przeciwdziałaniu narkomanii z innymi gminami, powiatem i województwem wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Inne gminy	16,2	17,3	20,3
2. Powiat	23,4	27,7	25,0
3. Województwo	29,3	38,2	45,3

Jak wynika z danych zgromadzonych w tabeli 33, gminy miejskie i wiejsko-miejskie w nieco wyższym odsetku niż gminy wiejskie podejmują współpracę z innymi gminami bądź z powiatem. Najsilniejsze różnicowania ze względu na typ gminy spotykamy przy współpracy z województwem. Ma ono niemal liniowy charakter. Najniższy odsetek gmin współpracujących z województwem notujemy wśród gmin wiejskich, większy w grupie gmin wiejsko-miejskich, a największy w miastach.

## Gminne programy przeciwdziałania narkomanii

Na podstawie danych uzyskanych w trakcie badania ankietowego szacować można, że ok. trzech czwartych gmin (74,4%) opracowało już programy przeciwdziałania narkomanii (tabela 34).

Tabela 34. Gminy, które opracowały programy przeciwdziałania narkomanii (odsetki respondentów)

wiejskie	71,0
wiejsko-miejskie	72,6
miejskie	81,1
Ogółem	74,4

Odsetek ten był podobny w gminach wiejskich i wiejsko-miejskich i wyraźnie wyższy w gminach miejskich (81,1%).

W niewielkiej większości (56,4%) są to osobne programy, w nieco mniejszej części programy wspólne z programami profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (tabela 35). Osobne programy pojawiają się najczęściej w gminach miejskich (62,5%), a najrzadziej w gminach wiejskich (51,5%).

Tabela 35. Gminy, które opracowały programy osobny program przeciwdziałania narkomanii wg typu gminy (odsetki respondentów)

wiejskie	51,6
wiejsko-miejskie	55,6
miejskie	62,5
Ogółem	56,4

W zdecydowanej większości programy przeciwdziałania narkomanii zostały uchwalone przez radę gminy pod koniec 2005 r., część jednak została przyjęta dopiero w pierwszym lub nawet drugim kwartale 2006 r., a niektóre mają jeszcze dotychczas status projektów.

Spośród 120 losowo wybranych programów 67 (56%) stanowiły samodzielne programy przeciwdziałania narkomanii, 50 (42%) – programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii i 3 (3%) programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zawierające aktywności w zakresie przeciwdziałania narkomanii. Ta ostatnia kategoria programów tym odróżnia się od poprzedniej, że narkomania nie występuje, ani w tytule, ani na poziomie celów. W programach zawarte są jedynie zadania lub aktywności skierowane na kwestie narkotyków. Zwykle są one przedmiotem uzupełnienia sformułowań odnoszących się do profilaktyki alkoholowej. Na przykład mówi się o działaniach edukacyjnych skierowanych na uświadamianie szkodliwości picia alkoholu i używania narkotyków.

Ramy czasowe programów w zdecydowanej większości ograniczają się do jednego roku. 109 programów (91%) to programy na 2006 r. Pozostałe mają zróżnicowane ramy czasowe – najwięcej, bo 6 programów obejmuje lata 2006-2008. Najdłuższy program obejmuje 10 lat (lata 2006-2010). Wszystkie programy poza jednym rozpoczynają się w 2006 r. Ten jeden zaś jest obecnie w końcowej fazie realizacji – zaprojektowano go bowiem na lata 2001-2006.

Analiza 120 programów wykazała, że w zdecydowanej większości nie spełniają one kryteriów programów zorientowanych na cel. W jednej trzeciej programów cele w ogóle nie zostały sformułowane. Zapisy tych programów sprowadzają się tylko do inwentarza zadań lub planowanych działań. Wśród 79 programów, które mają określone cele, tylko w 28 przypadkach (23% spośród wszystkich programów i 35% spośród programów z określonymi celami) sformułowane one zostały poprawnie. Najczęstszy błąd polegał na formułowaniu celów w terminach zadań lub działań. Na przykład jako cel podawano: „wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów nadużywania narkotyków” lub „wprowadzenie szerokiej oferty bezpłatnych zajęć pozalekcyjnych dla dzieci i młodzieży (sportowo-rekreacyjnych, kulturalno-rozrywkowych, artystycznych ...). Innym przykładem może być: „prowadzenie działalności informacyjnej, edukacyjnej i wychowawczej, w szczególności dla dzieci i młodzieży, rozwój edukacji publicznej i szkolenie przedstawicieli różnych zawodów, zwłaszcza pedagogów i nauczycieli, w przeciwdziałaniu narkomanii, a w szczególności w zakresie umiejętności wczesnego rozpoznawania sygnałów wskazujących na prawdopodobieństwo zażywania narkotyków i postępowania z osobami uzależnionymi”. Warto zauważyć, że ten przykład celu, poza ujęciem w terminach zadań, odznacza się także próbą zawarcia w celu programu wszystkich planowanych działań. W sumie spośród 79 programów zawierających cele aż 79% charakteryzowała się błędem pomieszania celów i zadań.

W przypadku 28 programów (23% spośród wszystkich i 34% spośród programów z celami) cele zostały ustrukturyzowane w postaci celu głównego i celów operacyjnych. Cel główny, czy inaczej strategiczny, formułowany był zwykle w terminach bardzo ogólnych, np. „ograniczeniu używania narkotyków oraz związanych z tym problemów”. Cele operacyjne w większości przypadków w niewielkim stopniu wiązały się z celem ogólnym i często stanowiły w istocie zapis zadań lub aktywności.

We wspólnych programach obejmujących kwestię alkoholu i narkotyków pojawiały się często następujące cele strategiczne:

- Zapobieganie powstawaniu nowych problemów związanych z alkoholem i narkotykami
- Zmniejszenie rozmiarów problemów, które aktualnie występują

- Zwiększenie zasobów niezbędnych do radzenia sobie z już istniejącymi problemami

Jak wykazały badania ankietowe gminne programy przeciwdziałania narkomanii w zdecydowanej większości nie opierały się na diagnozie lokalnej sytuacji. Przeprowadzenie diagnozy potwierdziło tylko 46,1% gmin (tabela 36).

Tabela 36. Diagnoza jako podstawa budowy programu oraz sposób jej przeprowadzenia (odsetki respondentów)

	Nie było diagnozy	Diagnoza przygotowana przez zespół opracowujący program	Diagnoza przygotowana przez zewnętrznych ekspertów	Trudno powiedzieć
wiejskie	65,8	28,3	2,5	3,3
wiejsko-miejskie	56,5	28,0	11,8	3,7
miejskie	38,3	32,5	26,7	2,5
Ogółem	53,9	29,4	13,5	3,2

Diagnoza jako podstawa budowy programu pojawiała się zdecydowanie częściej w gminach miejskich niż wiejsko-miejskich i wiejskich. W gminach miejskich diagnozę przeprowadzono w 61,7%, zaś w gminach wiejskich w 34,2%. Gminy wiejsko-miejskie ułożyły się pod tym względem pomiędzy miejskimi i wiejskimi – 44,6%.

W ponad jednej czwartej gmin miejskich diagnozę zlecono zewnętrznym ekspertom (26,7%), podczas gdy rozwiązanie to znalazło zastosowanie tylko w 2,5% gmin wiejskich.

Analiza 120 gminnych programów pokazała, że tylko w przypadku 42 programów (35%) znajdujemy ślady bardziej czy mniej udanej próby diagnozy lokalnej. Jednak nawet jeśli taka diagnoza przytaczana jest w programie, to informacje w niej zawarte w zasadzie nie są wykorzystywane w budowaniu programu. Tylko w przypadku 8 programów (7%) znajdujemy bezpośrednie odwołania do diagnozy lub przynajmniej możemy doszukać się jakiegoś związku między informacjami o sytuacji lokalnej, a celami i zadaniami programu.

W 12 programach zamiast lub oprócz diagnozy lokalnej przytaczano dane epidemiologiczne z poziomu województwa lub dane ogólnopolskie. W większości przypadków dane te nie były aktualne lub przytaczano je w błędny sposób. Na przykład w 3 programach znajdujemy informację, że z ogólnopolskich szkolnych badań ankietowych ESPAD realizowanych w 1995, 1999 i 2003 r. wynika, że w Polsce obniża się wiek inicjacji używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Tymczasem w żadnym z raportów z tych badań zamieszczonych na stronie internetowej Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz szeroko publikowanych w czasopiśmie specjalistycznych nie ma ani słowa o wieku inicjacji.

W niemal wszystkich analizowanych programach zawarto zadania (95%). W zdecydowanej większości (79%) można je ocenić jako sformułowane w miarę poprawnie. Niektóre zdania jednak mogą budzić wątpliwości, np. „sfinansowanie obozu dla młodzieży” lub „dofinansowanie korzystanie uczniów z basenu”.

Tylko w 9 programach (8%), zawarto wskaźniki realizacji zadań. Nigdzie nie znajdujemy zaś wskaźników osiągania celów.

Pewna część programów, które nie miały sformułowanych celów ustrukturyzowana była zadaniami zawartymi w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii. Te ustawowe zadania dla gmin stanowiły oś programu obudowaną planowanymi aktywnościami.

Jak wynika z analizy rezultatów badania ankietowego w większości gmin nad przygotowaniem programu pracował zespół (tabela 37). Ta forma przygotowania programu pojawia się w 59,6% gmin. Spotykamy ją najczęściej w gminach wiejsko-miejskich, rzadziej w gminach wiejskich, a najrzadziej w gminach miejskich. Trzeba dodać, że różnice nie są tu szczególnie duże.

Tabela 37. Tryb prac nad programem (odsetki respondentów)

	jedna osoba	zespół	trudno powiedzieć
wiejskie	37,0	59,7	3,4
wiejsko-miejskie	36,7	62,7	0,6
miejskie	42,0	55,5	2,5
Ogółem	38,4	59,6	2,0

Zespoły pracujące nad przygotowaniem programu miały zwykle charakter interdyscyplinarny. W ich skład wchodził przedstawiciele lokalnych instytucji i organizacji z bardzo różnych sektorów – edukacja, służba zdrowia, instytucje strzegące porządku publicznego, pomoc społeczna, kultura, sektor pozarządowy, kościół.

Skład zespołów opracowujących program zaprezentowany tabeli 38 potwierdza tezę o interdyscyplinarnym charakterze zespołów. W gronach opracowujących gminne programy najczęściej spotykamy pracowników urzędów gminy (90,9%) oraz pracowników gminnych ośrodków pomocy społecznej (82,6%). W skład zespołów często wchodzi także policjant (77,2%). Kolejną grupą zawodową reprezentowaną w ponad połowie zespołów gminnych są nauczyciele (67,5%). Stosunkowo rzadko do prac nad gminnymi programami zapraszani są przedstawiciele organizacji pozarządowych zajmujących się problemem narkomanii (29,8%), organizacji młodzieżowych (10,5%), czy fundacji lub grup charytatywnych (7,9%). Wynik ten jeszcze raz przeczy tezie o dominacji sektora pozarządowego na polu zapobiegania narkomanii, przynajmniej, gdy w grę wchodzi zarządzanie problemem.

W ponad jednej trzeciej gmin (35,3%) w pracach zespołu uczestniczy radny. Udział radnych w opracowywaniu programu z jednej strony burzy profesjonalny „image” zespołu, z drugiej może ułatwić późniejsze przyjęcie programu przez radę gminy poprzez takie jego sprofilowanie, które zwiększy szanse na akceptację ze strony lokalnych polityków.

Tabela 38. Skład zespołów opracowujących gminne programy przeciwdziałania narkomanii (odsetki respondentów)

	tak	nie
1. Pracownik Urzędu Gminy	90,9	9,1
2. Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej	82,6	17,4
3. Pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	27,8	72,2
4. Przedstawiciel organizacji pozarządowej	29,8	70,2
5. Terapeuta placówki leczenia uzależnień	41,3	58,7
6. Nauczyciel	67,5	32,5
7. Policjant	77,2	22,8
8. Lekarz lub pielęgniarka z podstawowej opieki zdrowotnej	46,9	53,1
9. Ksiądz	13,7	86,3
10. Radny	35,3	64,7
11. Przedstawiciel organizacji młodzieżowej	10,5	89,5
12. Przedstawiciel fundacji lub grupy charytatywnej	7,9	92,1
13. Przedstawiciel placówki kulturalno-oświatowej	14,6	85,4
14. Pracownik szkoły wyższej lub instytutu badawczego	3,8	96,2
15. Ktoś inny	85,7	14,3

Typ gminy wprowadza pewne różnicowania w skład zespołów przygotowujących gminne programy (tabela 39). Wprawdzie we wszystkich typach gmin względnie stałym elementem zespołu jest pracownik urzędu gminy, to jednak już pracownik pomocy społecznej pojawia się wyraźnie rzadziej w miastach (68,2%), niż w gminach wiejskich (87,7%) i wiejsko-miejskich (88,1%). W miastach też wyraźniej zaznaczają swoją obecność przedstawiciele sektora pozarządowego. Reprezentantów organizacji pozarządowych zajmujących się problemem narkomanii spotykamy w składzie zespołów w 53,0% miast, podczas gdy analogiczny odsetek gmin wiejskich,



czy wiejsko-miejskich nie przekracza 7%. Ponadto w 20,0% miast w skład zespołu wchodzi przedstawiciele organizacji młodzieżowych i w 12,3% miast reprezentanci fundacji lub grupy charytatywnej.

W gminach wiejskich oraz wiejsko-miejskich w zespołach opracowujących programy spotykamy najczęściej poza pracownikami urzędów gminy: pracowników pomocy społecznej, policjantów, nauczycieli oraz lekarzy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Każdy z nich występuje w przynajmniej 50% gmin tego typu. Analogiczny zestaw dla gmin miejskich wygląda trochę inaczej. W zespołach miejskich wśród przedstawicieli różnych instytucji i organizacji w ponad 50% miast poza osobami wymienionymi poprzednio spotykamy jeszcze przedstawicieli organizacji pozarządowych i terapeutów placówek leczenia uzależnień, brakuje natomiast lekarzy lub pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej.

Tabela 39. Skład zespołów opracowujących gminne programy przeciwdziałania narkomanii wg typu gminy (odsetki respondentów)

	Wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Pracownik Urzędu Gminy	88,9	90,2	94,0
2. Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej	87,7	88,1	68,2
3. Pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	6,9	32,7	40,9
4. Przedstawiciel organizacji pozarządowej	6,8	30,7	53,0
5. Terapeuta placówki leczenia uzależnień	26,0	35,6	65,2
6. Nauczyciel	67,1	71,6	60,6
7. Policjant	72,2	85,1	69,7
8. Lekarz lub pielęgniarka z podstawowej opieki zdrowotnej	50,0	49,5	40,9
9. Ksiądz	12,5	14,9	12,1
10. Radny	34,7	29,7	45,5
11. Przedstawiciel organizacji młodzieżowej	6,9	7,0	20,0
12. Przedstawiciel fundacji lub grupy charytatywnej	2,8	9,0	12,3
13. Przedstawiciel placówki kulturalno-oświatowej	15,3	14,0	15,4
14. Pracownik szkoły wyższej lub instytutu badawczego	-	1,0	12,3
15. Ktoś inny	76,9	85,3	90,0

Funkcję szefa, czy koordynatora zespołu pełnił zwykle pracownik urzędu gminy (tabela 40). Z taką sytuacją mamy do czynienia w 72,7% gmin. W roli tej niekiedy pojawia się pracownik gminnego ośrodka pomocy społecznej (18,5%). Przedstawiciel innych instytucji i organizacji pełni tę funkcję w tylko w 8,8% gmin. Wśród nich wymienić można nauczycieli (1,7%) i pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych (1,3%). W mniej niż 1% gmin pojawiają się w tej roli jeszcze terapeuci placówek leczenia uzależnień, policjanci, księża, oraz radni.

Tabela 40. Koordynator zespołu opracowującego gminny program przeciwdziałania narkomanii (odsetki respondentów)

1. Pracownik Urzędu Gminy	72,7
2. Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej	18,5
3. Pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	1,3
4. Przedstawiciel organizacji pozarządowej	-
5. Terapeuta placówki leczenia uzależnień	0,4
6. Nauczyciel	1,7
7. Policjant	0,4
8. Lekarz lub pielęgniarka z podatkowej opieki zdrowotnej	-
9. Ksiądz	0,4
10. Radny	0,8
11. Przedstawiciel organizacji młodzieżowej	-
12. Przedstawiciel fundacji lub grupy charytatywnej	-
13. Przedstawiciel placówki kulturalno-oświatowej	-
14. Pracownik szkoły wyższej lub instytutu badawczego	-
15. Ktoś inny	3,8

Profil koordynatora zespołu opracowującego program jest słabo różnicowany przez typ gminy (tabela 41). W wszystkich typach gmin w roli tej najczęściej występuje pracownik urzędu gminy. Jednak w gminach wiejskich i wiejsko-miejskich sytuacja taka występuje w 68-69% zaś w gminach miejskich w 83%. Natomiast w gminach wiejskich i wiejsko-miejskich prace zespołu przygotowującego program w 22-23%, a w gminach miejskich tylko w 9%. Z pośród przedstawicieli innych instytucji i

organizacji jedynie nauczyciele w gminach wiejskich pojawiają się w znaczącym odsetku – 4,2%.

Większy udział pracowników pomocy społecznej w pełnieniu roli koordynacyjnych w przygotowywaniu gminnych programów w gminach wiejskich i wiejsko-miejskich niż w miejskich wynika z częstszego scedowania problematyki narkomanii na pomoc społeczną w mniejszych gminach.

Tabela 41. Koordynator zespołu opracowującego gminny program przeciwdziałania narkomanii wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Pracownik Urzędu Gminy	69,0	68,3	82,8
2. Pracownik Ośrodka Pomocy Społecznej	22,5	21,8	9,4
3. Pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	-	3,0	-
4. Przedstawiciel organizacji pozarządowej	-	-	-
5. Terapeuta placówki leczenia uzależnień	-	-	1,6
6. Nauczyciel	4,2	1,0	-
7. Policjant	1,4	-	-
8. Lekarz lub pielęgniarka z podatkowej opieki zdrowotnej	-	-	-
9. Ksiądz	1,4	-	-
10. Radny	1,4	1,0	-
11. Przedstawiciel organizacji młodzieżowej	-	-	-
12. Przedstawiciel fundacji lub grupy charytatywnej	-	-	-
13. Przedstawiciel placówki kulturalno-oświatowej	-	-	-
14. Pracownik szkoły wyższej lub instytutu badawczego	-	-	-
15. Ktoś inny	-	5,0	6,3

Miarą interdyscyplinarności zespołu opracowującego gminny program przeciwdziałania narkomanii może być liczba typów instytucji i organizacji obecnych w składzie zespołu. Dane na ten temat zawarto w tabeli 42.

Tabela 42. Liczba typów instytucji i organizacji reprezentowanych w składzie zespołu opracowującego gminny program przeciwdziałania narkomanii (odsetki respondentów)

do 3	13,1
4-6	50,4
7-9	30,7
10 i więcej	5,7

W połowie gmin zespół opracowujący program składał się z przedstawicieli 4-6 typów instytucji i organizacji. Pod 7 typów instytucji i organizacji pojawiło się w składzie zespołów w 36,7% gmin.

Różnorodność zespołów była najwyższe w gminach miejskich i najniższa w gminach wiejskich (tabela 43).

Tabela 43. Liczba typów instytucji i organizacji reprezentowanych w składzie zespołu opracowującego gminny program przeciwdziałania narkomanii wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	wiejsko-miejskie	miejskie
do 3	17,8	12,7	9,0
4-6	67,1	45,1	41,8
7-9	13,7	38,2	35,8
10 i więcej	1,4	3,9	13,4

Uchwalone już programy przeciwdziałania narkomanii prezentowane były mieszkańcom gmin w zróżnicowanej formie. Najczęstsza forma była publikacja w internecie (87,2%). W 65% gmin program zastał wyłożony do wglądu w urzędzie gminy. Rzadziej publikowano go w massmediach (29,8%). Najrzadziej stosowaną formą upowszechniania wiedzy o programie były spotkania z mieszkańcami.

Tabela 44. Formy przedstawienia programu mieszkańcom stosowane w gminach (odsetki respondentów)

	tak	nie
1. Został wyłożony do wglądu w urzędzie gminy	65,0	35,0
2. Został opublikowany w lokalnych masmediach	29,8	70,2
3. Został zaprezentowany na spotkaniu z mieszkańcami	7,7	92,3
4. Inny sposób w tym publikacja w internecie	87,2	12,8

Informowanie społeczności gminy o programie przybierało nieco inne formy w zależności od typu gminy (tabela 45).

W gminach wiejsko-miejskich częściej niż w innych program udostępniano mieszkańcom w urzędzie gminy, rzadziej natomiast prezentowano go na spotkaniach z mieszkańcami.

Tabela 45. Formy przedstawienia programu mieszkańcom stosowane w gminach wg typu gminy (odsetki respondentów)

	wiejskie	Wiejsko-miejskie	Miejskie
1. Został wyłożony do wglądu w urzędzie gminy	64,1	77,9	49,5
2. Został opublikowany w lokalnych masmediach	24,4	25,0	40,4
3. Został zaprezentowany na spotkaniu z mieszkańcami	10,1	4,6	10,1
4. Inny sposób, w tym publikacja w internecie	80,0	84,9	93,3

Sprawdzeniu stopnia zrozumienia i akceptacji idei opracowywania gminnych programów przeciwdziałania narkomanii służyło pytanie o to, czy takie programy są w ogóle potrzebne. Rozkład odpowiedzi zawarto w tabeli 46.

Zdecydowana większość respondentów wyraziła przekonanie o potrzebie formułowania programów (87,8%), w tym 48,6% w sposób zdecydowany.

Tabela 46. Potrzeba opracowania gminnego programu (odsetki respondentów)

	zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć
wiejskie	32,5	50,0	11,3	2,5	3,8
wiejsko-miejskie	48,1	40,3	6,9	0,5	4,2
miejskie	66,9	25,5	4,8	2,1	0,7
Ogółem	48,6	39,2	7,7	1,5	3,1

Przeciwników idei opracowywania programów spotykamy najczęściej w gminach wiejskich, najrzadziej zaś w gminach miejskich. Jednak nawet w gminach wiejskich ich odsetek nie jest duży – 13,8%, w tym tylko 2,5% zdecydowanych.

### **Postawy wobec narkomanii**

Stosunek badanych do narkomanów badaliśmy poprzez pytanie o wizerunek narkomana. Respondenci otrzymali listę 11 określeń z której mieli wybrać te, które odnoszą się ich zdaniem do narkomana. Ponadto proszono badanych o wybranie jednego określenia, które najlepiej charakteryzuje narkomana. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 47.

Tabela 47. Sposób postrzegania narkomanów – rozkład odpowiedzi na pytanie kim jest przede wszystkim narkoman? (odsetki respondentów)

	<b>tak</b>	<b>nie</b>
1. Człowiekiem chorym	99,4	0,6
2. Przestępcą	12,1	87,9
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	81,4	18,6
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	64,4	35,6
5. Osobą o dużej wrażliwości	43,5	56,5
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	23,5	76,5
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	15,5	84,5
8. Awanturnikiem, chuliganem	9,9	90,1
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	62,3	37,7
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	50,9	49,1
11. Kimś innym	75,0	25,0

Niemal wszyscy badani zgodzili się z medyczną definicją zjawiska. Ponad 99% uznało, że narkoman to człowiek chory. Na drugim miejscu pod względem odsetka potwierdzeń znalazło się określenie - „człowiek nieszczęśliwy”. To określenie potwierdziło ponad 81,4% badanych. W mniejszości byli ci, którzy narkomanię postrzegali w kategoriach przestępstwa: „awanturnik, chuligan” – 9,9% badanych i „przestępca” – 12,1% badanych. Trzeba jednak dodać, że nieznaczna większość badanych dostrzegła zły wpływ narkomanów na innych ludzi – 64,4%.

W sumie, narkomani postrzegani są przede wszystkim jako ludzie chorzy i nieszczęśliwi, o czym szczególnie dobitnie przekonują dane z tabeli 40 prezentujące wybór jednej cechy, tej najlepiej charakteryzującej narkomana. Dla 89,3% narkoman to przede wszystkim człowiek chory, dla 5,4% - nieszczęśliwy. Warto zauważyć, że przestępczość jako najważniejszy atrybut narkomana występuje tylko u 0,2% badanych.

Tabela 48. Określenie najlepiej pasujące do narkomana (odsetki respondentów)

1. Człowiekiem chorym	89,3
2. Przestępcą	0,2
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	5,4
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	0,6
5. Osobą o dużej wrażliwości	0,6
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	0,2
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	0,4
8. Awanturnikiem, chuliganem	-
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	1,1
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	0,4
11. Kimś innym	1,9

Wizerunek narkomana w percepcji badanych okazał się w niewielkim odbiegać od społecznego wizerunku skonstruowanego na podstawie wyników badania ankietowego populacji generalnej zrealizowanego także w 2006 r.

Jak przekonują dane z tabeli 49. osoby odpowiedzialne w gminach za kwestie przeciwdziałania narkomanii, określani w tabeli jako działacze, w jeszcze większym stopniu niż przeciętni mieszkańcy naszego kraju postrzegają narkomanów w kategoriach ludzi chorych, nieszczęśliwych, potrzebujących pomocy. Odsetki określających narkomanów jako przestępców, osoby mające zły wpływ na innych, chuliganów i awanturników są znacząco niższe w próbie gminnych działaczy niż w populacji generalnej. Rzadziej również wybierane są w naszej próbie takie pejoratywne określenia, jak niebieski ptak, pasożyt społeczny, dziwak, częściej natomiast – „osoba o dużej wrażliwości”.



Tabela 49. Sposób postrzegania narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie kim jest przede wszystkim narkoman? (porównanie z wynikami badania ankietowego wśród mieszkańców - 2006) (odsetki respondentów)

	<b>Działacze</b>	<b>Mieszkańcy</b>
1. Człowiekiem chorym	99,4	95,1
2. Przestępcą	12,1	22,5
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	81,4	87,5
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	64,4	76,5
5. Osobą o dużej wrażliwości	43,5	31,8
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	23,5	62,9
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	15,5	55,7
8. Awanturnikiem, chuliganem	9,9	32,6
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	62,3	67,7
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	50,9	66,5
11. Kimś innym	75,0	13,8

Tabela 50. Określenie najlepiej pasujące do narkomana (porównanie z wynikami badania ankietowego wśród mieszkańców - 2006) (odsetki respondentów)

	<b>Działacze</b>	<b>Mieszkańcy</b>
1. Człowiekiem chorym	89,3	70,0
2. Przestępcą	0,2	1,0
3. Człowiekiem nieszczęśliwym	5,4	12,5
4. Osobą mającą zły wpływ na innych	0,6	3,8
5. Osobą o dużej wrażliwości	0,6	0,6
6. Dziwakiem, człowiekiem, który wyróżnia się wyglądem, zachowaniem	0,2	1,8
7. Niebieskim ptakiem, pasożytem społecznym	0,4	2,8
8. Awanturnikiem, chuliganem	-	0,5
9. Człowiekiem, którego otoczenie nie rozumie	1,1	2,0
10. Człowiekiem, któremu nie powiodło się w życiu	0,4	3,9
11. Kimś innym	1,9	1,1

Do podobnych wniosków prowadzi analiza wyborów jednego, najlepszego określenia narkomana. W tym przypadku także w próbie osób odpowiedzialnych w gminach za przeciwdziałanie narkomanii respondenci w mniejszym odsetku niż w populacji generalnej utożsamiali narkomana z przestępcą. Warto też zauważyć, że „działacze” w blisko 90% uznali chorobę za najistotniejszą cechę narkomana, podczas gdy w populacji generalnej określenie to zostało wybrane jako najlepsze jedynie przez 70% badanych.

Z odpowiedziami na pytanie o sposób postrzegania narkomana korespondują odpowiedzi na pytanie o najlepszy zdaniem badanych sposób postępowania z narkomanami. Zobaczmy zatem jakie strategie postępowania z narkomanami zyskują aprobatę osób odpowiedzialnych za przeciwdziałanie narkomanii w gminach. Dane na ten temat zawiera tabela 51.

Tabela 51. Preferowana strategia postępowania wobec narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie jak postępować z narkomanami (odsetki respondentów)

	<b>tak</b>	<b>nie</b>
1. Leczyć	99,6	0,4
2. Izolować od społeczeństwa	11,2	88,8
3. Karać	12,1	87,9
4. Pomagać, otoczyć opieką	86,8	13,2
5. Pozostawić samym sobie	1,1	98,9
6. Dawać narkotyki	1,9	98,1
7. Inne	69,2	30,8

Zgodnie z dominującym w społeczności wizerunkiem narkomana największy stopień aprobaty zyskały leczenie oraz pomoc, otoczenie opieką. Izolować narkomanów od społeczeństwa chciałoby niewiele ponad 43% badanych, za karaniem opowiada się tylko 21%. Nie znalazła uznania w oczach badanych idea pozostawienie narkomanów samym sobie, prawie powszechnie odrzucony został pomysł dawania im narkotyków.

Przy wyborze jednej, zdaniem badanych, najlepszej strategii postępowania z narkomanami respondenci z wszystkich prób w zdecydowanej większości opowiedzieli się za leczeniem (tabela 52).

Podsumowując warto zauważyć, że dominującym rysem postaw respondentów wobec narkomanów jest spolegliwość. Narkomanii postrzegani są przede wszystkim jako ludzie chorzy, nieszczęśliwi, których należy leczyć i otoczyć opieką.

Tabela 52. Najlepszy sposób postępowania z narkomanami (odsetki respondentów)

1. Leczyć	88,3
2. Izolować od społeczeństwa	1,2
3. Karać	0,6
4. Pomagać, otoczyć opieką	8,3
5. Pozostawić samym sobie	0,2
6. Dawać narkotyki	-
7. Inne	1,4

W ocenach różnych strategii postępowania z narkomanami osoby odpowiedzialne za przeciwdziałanie narkomanii w gminach także korzystnie odróżniają się od populacji generalnej. Jak przekonują dane zgromadzone w tabeli 53 są one skłonne wyraźnie rzadziej opowiadać się za karaniem i izolacją od społeczeństwa niż przeciętni mieszkańcy naszego kraju.

Tabela 53. Preferowana strategia postępowania wobec narkomanów - rozkład odpowiedzi na pytanie jak postępować z narkomanami (porównanie z wynikami badania ankietowego wśród mieszkańców - 2006) (odsetki respondentów)

	<b>Działacze</b>	<b>Mieszkańcy</b>
1. Leczyć	99,6	97,5
2. Izolować od społeczeństwa	11,2	43,5
3. Karać	12,1	20,9
4. Pomagać, otoczyć opieką	86,8	89,8
5. Pozostawić samym sobie	1,1	5,0
6. Dawać narkotyki	1,9	3,4
7. Inne	69,2	97,5

Przy wyborze jednej, najlepszej strategii postępowania z narkomanami „działacze” wyraźnie częściej niż badani z populacji generalnej opowiadają się za leczeniem (tabela 54).

Tabela 54. Najlepszy sposób postępowania z narkomanami (porównanie z wynikami badania ankietowego wśród mieszkańców - 2006) (odsetki respondentów)

	<b>Działacze</b>	<b>Mieszkańcy</b>
1. Leczyć	88,3	80,1
2. Izolować od społeczeństwa	1,2	5,3
3. Karać	0,6	1,3
4. Pomagać, otoczyć opieką	8,3	12,0
5. Pozostawić samym sobie	0,2	0,5
6. Dawać narkotyki	-	0,1
7. Inne	1,4	80,1

### **Opinie w sprawie profilaktyki**

Jak powszechnie wiadomo najtańszą i najbardziej efektywną strategią reagowania na takie problemy społeczne jak narkomania jest profilaktyka. W naszym kraju działaniami z tego zakresu zajmuje się wiele instytucji życia społecznego. Jak wykazano w poprzednich częściach raportu spośród różnych obszarów działań profilaktycznych najpowszechniej obecna jest w gminach profilaktyka adresowana do młodzieży. Zobaczmy zatem, jakie zdaniem badanych instytucje powinny się nią zajmować.

Badanych proszono o wybranie z podanej listy dowolnej liczby instytucji, które powinny się ich zdaniem tym zajmować, a także wskazanie jednej instytucji, której działania będą najbardziej efektywne. Rozkłady odpowiedzi na pytanie o to, kto powinien zajmować się profilaktyką adresowaną do młodzieży zawiera tabela 55, zaś rozkłady wyboru jednej najbardziej skutecznej w tym względzie instytucji zestawiono w tabeli 56.

Tabela 55. Instytucje powołane do profilaktyki - rozkład odpowiedzi na pytanie kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży (odsetki respondentów)

	Zdecydowa nie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydo- wanie nie
1. Sama młodzież	37,4	35,5	21,3	5,8
2. Rodzice	79,6	18,3	1,9	0,2
3. Oświata - szkoły	81,4	18,0	0,4	0,2
4. Policja	57,1	34,0	8,0	0,9
5. Kościół	38,3	47,6	12,3	1,9
6. Służba zdrowia	67,5	27,5	4,5	0,6
7. Organizacje pozarządowe (społeczne)	56,0	38,5	4,5	0,9
8. Inne - jakie	77,5	12,5	2,5	7,5

Gdy analizujemy wszystkie wskazania na pierwszym miejscu znajdujemy oświatę, tj. szkoły (81,4%), a na drugim rodzinę (79,6%). Mniejsze odsetki badanych odpowiedzialnością za profilaktykę obarczają służbę zdrowia, a jeszcze mniejsze policję i organizacje pozarządowe.

Przy wyborze jednej instytucji większość badanych opowiada się za rodzicami – 43,5%, podczas gdy 20,5% wskazuje na oświatę i 21,3% na samą młodzież. Wynik ten wart jest szczególnego podkreślenia, bowiem w dotychczasowych działaniach profilaktycznych nie kładzie się odpowiedniego nacisku na rodzinę. Wydaje się, że w profilaktycznej funkcji rodziny tkwią nie wykorzystane szanse, dobrze, że dostrzegane przez działaczy lokalnych.

Tabela 56. Instytucje najbardziej skuteczne w profilaktyce narkomanii wśród młodzieży (odsetki respondentów)

1. Sama młodzież	21,3
2. Rodzice	43,5
3. Oświata - szkoły	20,5
4. Policja	1,8
5. Kościół	0,2
6. Służba zdrowia	7,0
7. Organizacje pozarządowe (społeczne)	4,4
8. Inne - jakie	1,4

Obraz przekonań co do rodzajów instytucji, które powinny zajmować się profilaktyką jest do pewnego stopnia zróżnicowany ze względu na typ gminy (tabela 57). Respondenci wywodzący się z gmin wiejsko-miejskich, a tym bardziej wiejskich przypisują policji nieco większą rolę w profilaktyce młodzieżowej niż badani z gmin miejskich.

Tabela 57. Instytucje powołane do profilaktyki - rozkład odpowiedzi na pytanie kto powinien zajmować się zapobieganiem narkomanii wśród młodzieży wg typu gminy (odsetki respondentów)

	<b>wiejskie</b>	<b>Wiejsko-miejskie</b>	<b>Miejskie</b>
1. Sama młodzież	31,9	37,1	43,8
2. Rodzice	75,7	80,2	83,7
3. Oświata - szkoły	83,9	80,6	80,3
4. Policja	60,7	57,2	53,7
5. Kościół	40,1	34,7	42,2
6. Służba zdrowia	67,9	68,3	66,0
7. Organizacje pozarządowe (społeczne)	50,6	50,2	70,3
8. Inne - jakie	75,0	75,0	81,3

Odsetki badanych, którzy uważają, że profilaktyką wśród młodzieży powinna zajmować się rodzina oraz tych, którzy w tej roli chcieliby widzieć samą młodzież rosną wraz ze wzrostem poziomu urbanizacji, tzn. najniższe są w gminach wiejskich, większe w gminach wiejsko-miejskich, a największe w gminach miejskich.

Największe różnice spotykamy przy organizacjach pozarządowych. W gminach miejskich aż 70,3% respondentów docenia ich znaczącą rolę w profilaktyce, podczas gdy w gminach wiejskich i wiejsko-miejskich tylko 50%. Trudno powiedzieć w jakim stopniu to zróżnicowanie ocen jest efektem mniejszej obecności sektora pozarządowego w mniejszych miejscowościach i na terenach wiejskich, a na ile wynikać może z większego zrozumienia dla idei społeczeństwa obywatelskiego w większych miastach.

Podobnie jak w przypadku identyfikacji instytucji, które powinny być włączane w profilaktykę skierowaną na młodzież, także przy poszukiwaniach instytucji najbardziej skutecznej odnotować trzeba zróżnicowania związane z typem gminy (tabela 58).

Tabela 58. Instytucje najbardziej skuteczne w profilaktyce narkomanii wśród młodzieży wg typu gminy (odsetki respondentów)

	<b>wiejskie</b>	<b>Wiejsko-miejskie</b>	<b>Miejskie</b>
1. Sama młodzież	21,4	24,0	17,3
2. Rodzice	35,7	47,6	46,8
3. Oświata - szkoły	27,9	16,8	17,3
4. Policja	2,6	2,4	-
5. Kościół	-	0,5	-
6. Służba zdrowia	8,4	4,3	9,4
7. Organizacje pozarządowe (społeczne)	2,6	2,9	7,9
8. Inne - jakie	1,3	1,4	1,4

W gminach wiejskich i wiejsko-miejskich w porównaniu z minami miejskimi większe nadzieje w profilaktyce wiąże się z samą młodzieżą. Rodzice jako instytucja najbardziej skuteczna profilaktycznie pojawia się częściej w gminach miejskich i wiejsko-miejskich niż w gminach wiejskich. Przeciwnie jest z instytucjami oświatowymi, które częściej wskazywane są przez badanych z gmin wiejskich niż wiejsko-miejskich i miejskich.

Podobnie jak przy identyfikacji wszystkich instytucji, które powinny zajmować się profilaktyką, największe zróżnicowanie związane z typem gminy dotyczy organizacji pozarządowych. W gminach miejskich ponad dwa i pół razy częściej niż w gminach pozostałych dwóch typów pojawiają się one jako instytucja, która może być najbardziej skuteczna w zapobieganiu narkomanii wśród młodzieży.

Przedmiotem badania było nie tylko wysondowanie opinii o skuteczności różnych instytucji w działaniach profilaktycznych adresowanych do młodzieży, ale także poglądów co skuteczności różnego typu działań profilaktycznych stosowanych wobec tej grupy.

W jednym z pytań kwestionariusza badani otrzymali listę z przedsięwzięciami profilaktycznymi podejmowanymi wobec młodzieży i ich zadaniem było określenie spodziewanej skuteczności na skali od „bardzo skuteczne” do „zupełnie nieskuteczne”. Pozostawione też możliwość uchylenia się od dokonania oceny poprzez wybór odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Rozkład odpowiedzi respondentów zawarto w tabeli 59.

Tabela 59. Ocena skuteczności poszczególnych przedsięwzięć profilaktycznych w przeciwdziałaniu narkomanii (odsetki respondentów)

	Bardzo skuteczne	Raczej skuteczne	Raczej nie skuteczne	Zupełnie nie skuteczne	Trudno powiedzieć
1. Edukacja - uświadamianie szkodliwości używania narkotyków	57,3	36,4	5,6	0,4	0,4
2. Uczenie umiejętności psychologicznych, np. trening asertywności	71,9	25,5	1,3	0,2	1,1
3. Testowanie uczniów na obecność metabolitów narkotyków	9,1	31,8	40,7	11,2	7,2
4. Przeszukania w szkołach przy użyciu tresowanych psów	9,9	27,3	38,1	14,7	10,0
5. Oferta zagospodarowania czasu wolnego młodzieży	78,1	19,5	1,7	0,2	0,6
6. Pedagogizacja rodziców	66,5	26,8	4,6	0,6	1,5
7. Zwiększenie poziomu dyscypliny w szkołach i w miejscach publicznych	27,1	42,9	22,9	3,0	4,1
8. Uczenie młodzieży odpowiedzialności	68,8	28,1	2,0	0,2	0,9
9. Inne	62,5	2,1	-	-	35,4

Za najbardziej skuteczne badani w największym odsetku uznali Uczenie umiejętności psychologicznych, np. trening asertywności (71,9%) oraz ofertę zagospodarowania czasu wolnego młodzieży (78,1%). Więcej niż połowa respondentów duże nadzieje wiąże też z edukacją, tzn. uświadamianiem szkodliwości używania narkotyków (57,3%), pedagogizacją rodziców (66,5%) oraz uczeniem młodzieży odpowiedzialności (68,8%). Najrzadziej wśród bardzo skutecznych przedsięwzięć wymieniano testowanie uczniów na obecność metabolitów narkotyków w ich płynach ustrojowych (9,1%) oraz przeszukania w szkołach przy użyciu tresowanych psów (9,9%). Także idea zwiększenia poziomu dyscypliny w szkołach oraz w miejscach publicznych nie znalazła szerszego uznania jako bardzo skuteczna strategia profilaktyczna (27,1%). Jednocześnie trzeba zauważyć, że tylko 11,2% badanych traktuje testowania za bardzo nieskuteczne zaś 40,7% za raczej nieskuteczne. Analogiczne odsetki przy ocenach poszukiwania narkotyków w szkołach przy użyciu



psów są bardzo podobne i wynoszą 14,7% oraz 38,1%. Uznawane także za raczej mało skuteczne zwiększenie poziomu dyscypliny wobec młodzieży uzyskała tylko 3,0% ocen – „zupełnie nieskuteczne” i 22,9% - „raczej nieskuteczne”.

Generalnie wydaje się, że w poglądach osób odpowiedzialnych za profilaktykę narkomanii w gminach znajdujemy raczej tendencje liberalnego wychowania. Nie można jednak zignorować faktu, że wśród badanych ok. 40% uznaje za skuteczne takie działania represyjno-kontrolne jak testowanie i przeszukania, w tym 10% traktuje je jako bardzo skuteczne.

Rozkład poglądów na skuteczność poszczególnych działań profilaktycznych w pewnym stopniu zależy jest od typu gminy (tabela 60).

Tabela 60. Ocena skuteczności poszczególnych przedsięwzięć profilaktycznych w przeciwdziałaniu narkomanii wg typu gminy (odsetki respondentów)

	<b>wiejskie</b>	<b>Wiejsko- miejskie</b>	<b>Miejskie</b>
1. Edukacja - uświadamianie szkodliwości używania narkotyków	67,3	56,3	47,6
2. Uczenie umiejętności psychologicznych, np. trening asertywności	71,3	69,4	76,2
3. Testowanie uczniów na obecność metabolitów narkotyków	10,2	10,8	5,4
4. Przeszukania w szkołach przy użyciu tresowanych psów	11,9	9,5	8,2
5. Oferta zagospodarowania czasu wolnego młodzieży	80,4	76,1	78,2
6. Pedagogizacja rodziców	68,5	64,4	67,8
7. Zwiększenie poziomu dyscypliny w szkołach i w miejscach publicznych	35,9	24,9	19,9
8. Uczenie młodzieży odpowiedzialności	71,9	66,2	69,4
9. Inne	18,2	70,6	80,0

W gminach wiejskich badani bardziej są skłonni wiązać nadzieje w podniesieniu poziomu dyscypliny oraz w większym stopniu stawiają na edukację w sprawie szkodliwości narkotyków. W gminach miejskich spotykamy więcej zwolenników uczenia umiejętności psychologicznych, mniej badanych ocenia wysoko skuteczność takich metod jak zwiększenie dyscypliny, czy testowanie uczniów. Wydaje się, że w

zebranych materiale znaleźć można ślady uzasadnienia dla tezy o większym poziomie konserwatyzmu w patrzeniu na profilaktykę u „działacz” z gmin wiejskich niż gmin „miejskich”. Trzeba zauważyć jednak, że różnicowania jakie możemy tu zaobserwować nie są zbyt silne.

## **PODSUMOWANIE WYNIKÓW**

Badanie zrealizowane wśród osób odpowiedzialnych za profilaktykę narkomanii w gminach wykazało:

1. Problem narkomanii nie znajduje się wśród problemów społecznych postrzeganych jako najważniejsze, szczególnie gdy oceny odnoszą się do skali lokalnej. Znacznie wyżej w hierarchii problemów stoją alkoholizm oraz picie alkoholu przez młodzież. Badani lokują problem narkomanii niżej niż przeciętni mieszkańcy naszego kraju.
2. Badani zdradzają tendencję do oceniania zagrożeń narkotykami w swoich gminach raczej jako niższe niż średnio w kraju. W gminach miejskich zagrożenia oceniane są znacznie wyżej niż w gminach wiejskich.
3. Problem narkotyków i narkomanii raczej nie należy do priorytetów zarówno dla mieszkańców jak i władz gmin. W gminach miejskich częściej narkomania traktowana jest priorytetowo
4. W niemal wszystkich gminach prowadzone są działania profilaktyczne narkomanii. Do najbardziej aktywnych instytucji na tym polu należą: szkoły oraz placówki leczenia i rehabilitacji dla narkomanów. W gminach wiejskich wśród aktywnych instytucji częściej spotykamy szkoły, w gminach miejskich także inne instytucje, a szczególnie placówki lecznicze
5. Analiza obszarów aktywności realizowanej na terenie gmin jak również finansowanej z budżetów gmin wykazała koncentrację na profilaktyce adresowanej do całej młodzieży i w mniejszym stopniu do grup ryzyka. Leczenie i rehabilitacja narkomanom, a co ważniejsze pomoc socjalna skierowana do tej grupy wydaje się bardziej zaniedbana, zaś największe deficyty odnotować trzeba na polu redukcji szkód.
6. Do najczęściej podejmowanych działań profilaktycznych należą programy profilaktyczne w szkołach, a następnie spotkania i prelekcje oraz plakaty i ulotki.
7. W większości gmin władze lokalne w swych funkcjach koordynowania przeciwdziałania narkomanii są wspierane przez radę, komisję lub inne ciało kolegialne o charakterze interdyscyplinarnym.
8. W strukturach zarządzania problemem sektor pozarządowy odgrywa mniejszą rolę niż można by oczekiwać

9. Współpraca pomiędzy gminami oraz między gminami a powiatami i województwami na polu zapobiegania narkomanii nie jest zbyt rozwinięta. Częściej spotykamy współpracę w układzie pionowym gmina – powiat, lub gmina – województwo niż pomiędzy gminami.
10. Większość gmin (74,4%) opracowała gminne programy przeciwdziałania narkomanii.
11. Większość programów jest owocem pracy interdyscyplinarnych zespołów, kierowanych zwykle przez przedstawiciela gminnej administracji samorządowej
12. Jakość programów pozostawia wiele do życzenia. Ich najsłabszymi stronami jest formułowanie celów oraz oparcie na diagnozie.
13. Programy są szeroko, w zróżnicowanych, formach prezentowane mieszkańcom.
14. Idea formułowania gminnych programów przeciwdziałania narkomanii jest rzadko kwestionowana, najczęściej wątpliwości budzi w gminach wiejskich
15. Narkomanii są postrzegani przez osoby odpowiedzialne w gminach za przeciwdziałanie narkomanii przede wszystkim jako osoby chore, wymagające leczenia i opieki. Postawy badanych w tym względzie wydają się jeszcze bardziej korzystne niż obserwowane w populacji generalnej
16. W profilaktyce adresowanej do młodzieży największe nadzieje pokładane są w rodzinie oraz w samej młodzieży.
17. Wśród działań profilaktycznych za najbardziej skuteczne uznaje się te, które wywodzą się z tradycji liberalnego wychowania, dotyczy to zwłaszcza gmin miejskich.

## **WNIOSKI I REKOMENDACJE**

Na podstawie wyników badania sformułować można następujące wnioski i rekomendacje:

1. Większość gmin opracowała już programy przeciwdziałania narkomanii, jednak ich jakość pozostawia wiele do życzenia. Można odnieść wrażenie, że większość programów powstała na biurokratyczne zamówienie i nie ma wiele wspólnego z racjonalnym planowaniem zorientowanym na cel. Kampania szkoleniowa nie powinna zatem odwoływać się do doświadczeń zebranych przez gminy, a raczej propagować nowe, racjonalne podejście.
2. Najsłabszymi stronami opracowanych już programów jest formułowanie celów oraz oparcie ich na lokalnej diagnozie problemu. Na te dwa elementy należy zatem położyć szczególny nacisk w czasie.

3. Należy wypracować koncepcję miejsca zadań ustawowych gmin w strukturze gminnych programów oraz ich relacji do celów programu. Wydaje się, że koncept zadań ustawowych bywa mieszany z zadaniami programu. Dodatkowo sprawę komplikują „kierunki działań” zalecane przez Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii
4. Silna pozycja osób oraz instytucji wywodzących się z tradycji zapobiegania problemom alkoholowym w budowaniu struktur zarządzanie problemem narkomanii w gminach wymaga położenia dużego nacisku na przekazywanie rzetelnej i pogłębionej wiedzy na temat problemu narkomanii ze szczególnym uwzględnieniem jego specyfiki. Wydaje się, że bardzo łatwo tu o bezrefleksyjne zastosowanie „schematów alkoholowych” w myśleniu o problemie narkomanii i budowaniu struktur przeciwdziałania.
5. Diagnozy opracowane dla potrzeb przygotowania programu stanowią zwykle zestaw mniej lub bardziej przydatnych danych bez próby ich interpretacji. wydaje się, że w szkoleniu należy przede wszystkim próbować przekazać umiejętność analizy danych i formułowania użytecznych praktycznie wniosków
6. Idea zespołowej pracy nad programem wydaje się być dobrze zadomowiona w świadomości znacznej części osób odpowiedzialnych z przygotowanie programu. Propagowania wymaga natomiast włączanie do zespołów przedstawicieli sektora pozarządowego.
7. Profilaktyka skierowana do ogółu młodzieży obecna jest w niemal wszystkich gminach, wszędzie też znajduje finansowe wsparcie z budżetów gmin. Deficyty istnieją natomiast w kwestii działań adresowanych do narkomanów (leczenie i rehabilitacja, pomoc socjalna, redukcja szkód). W trakcie szkoleń należy zatem położyć duży nacisk na kompleksowości oferty profilaktycznej. Trzeba też mocno podkreślać ustawowe zobowiązanie gmin do pomagania narkomanom, zwłaszcza w zakresie pomocy socjalnej.
8. Wprawdzie osoby odpowiedzialne w gminach za przeciwdziałanie narkomanii są wobec narkomanów bardziej spolegliwe niż przeciętni mieszkańcy naszego kraju, to jednak 12% tych osób widzi w narkomanie przestępcę i podobny odsetek jest skłonnych ich karać. Wydaje się zatem, że w trakcie szkolenia warto, o ile będzie to możliwe wpłynąć na postawy, tych uczestników, którzy o narkomanach myślą w podobny sposób.
9. Większość badanych nie wierzy w profilaktyczną skuteczność takich działań represyjno-kontrolnych jak poszukiwania narkotyków w szkołach przy użyciu psów, czy testowanie uczniów na obecność metabolitów narkotyków w ich płynach ustrojowych. Jednak działania tego typu podejmowane są na terenie 20% gmin. Wydaje się zatem, że w trakcie szkoleń trzeba nie tylko koncentrować się na propagowaniu dobrych praktyk w profilaktyce, ale również przestrzegać przed stosowanie złych praktyk.
10. Niski priorytet problemu narkomanii w skali lokalnej stanowi wyzwanie dla komponentu promocyjno-edukacyjnego kampanii. Należy unikać nadmiernego straszenia, nie mniej jednak warto zadbać o podniesienie społecznej widoczności problemu.
11. Szczególnego potraktowanie w czasie szkoleń wymagać będą gminy wiejskie, w których częściej spotykamy schematyczne myślenie o problemie narkotyków i narkomanii, większe przywiązanie do tradycji stosowania środków kontrolno-

