

DOKUMENT GŁÓWNY

**„STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
SPOŁECZNYCH DLA GMINY GRYFÓW ŚLĄSKI”
NA LATA 2008-2012”**

Gryfów Śląski, wrzesień 2008 r.

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	3
I. DIAGNOZA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH W GMINIE GRYFÓW ŚLĄSKI.....	10
II. MISJA.....	50
III. GMINNA STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH....	51
IV. UWAGI KOŃCOWE.....	69

WSTĘP

Zrównoważony rozwój to nowy paradygmat rozwoju, który w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku (art. 5) zyskał rangę podstawowej koncepcji rozwoju państwa w sferze ochrony środowiska, sferze gospodarczej i społecznej oraz sferze kształtowania ładu polityczno – instytucjonalnego. Oznacza to, że obowiązek realizacji koncepcji zrównoważonego rozwoju spoczywa na wszystkich strukturach państwa (m.in. jednostkach samorządu terytorialnego) i jego obywatelach.

W dniu 1 maja 2004 r. weszła w życie nowa ustawa o pomocy społecznej, która przekazuje lokalnym samorządom kompetencje w zakresie realizacji zasadniczych obszarów polityki społecznej państwa. Ustawa określa:

- 1) zadania w zakresie pomocy społecznej;
- 2) rodzaje świadczeń z pomocy społecznej oraz zasady i tryb ich udzielania;
- 3) organizację pomocy społecznej;
- 4) zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej.

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Celem ww. zmian legislacyjnych było pragmatyczne dostosowanie przepisów prawa do aktualnych potrzeb dotyczących sfery rozwiązywania problemów społecznych. Ustalony model pomocy społecznej dąży do wyrównywania różnic szans życiowych, jakie powstają w wyniku jednostkowych zdarzeń losowych, dysfunkcji ról społecznych czy niedoskonałości systemu zabezpieczenia społecznego.

Intensywne przemiany minionej dekady spowodowały wystąpienie w Polsce nowych problemów społecznych. Wśród nich bezrobocie, bieda, które w poszczególnych regionach Polski mają zróżnicowanie nasilenie. Kondycja ekonomiczna gminy stanowi bardzo istotny kontekst do współwystępowania wielu

innych problemów społecznych min. przestępczości pospolitej, złego stanu zdrowia społeczeństwa, przemocy w rodzinie, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, problemów egzystencji osób starszych i niepełnosprawnych.

Realizacja zadań postawionych przed pomocą społeczną (zarówno na poziomie społeczności lokalnej, jak i na poziomie rodziny i jednostki), a także konieczność wypracowania niekonwencjonalnych form pomocy, wymaga profesjonalnego i systemowego diagnozowania problemów społecznych w skali gminy. Diagnoza problemów społecznych występujących na terenie **Gminy Gryfów Śląski** została sporządzona w oparciu o dane będące w dyspozycji Ośrodka Pomocy Społecznej w Gryfowie Śląskim uzyskane w toku bieżącej jego działalności, Powiatowego Urzędu Pracy, instytucji i organizacji współpracujących z Ośrodkiem. W oparciu o diagnozę została opracowana strategia rozwiązywania problemów pomocy społecznej na najbliższe lata, która jest rozwinięciem działań oraz założeń programowych realizowanych w sferze pomocy społecznej w Gminie Gryfów Śląski.

Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej nałożyło na nasz kraj obowiązek opracowania Narodowej Strategii Integracji Społecznej oraz Krajowego Planu Działania na rzecz integracji społecznej. Myślą przewodnią obu dokumentów jest zaplanowanie i wypracowanie instrumentów polityki społecznej, dzięki którym możliwe będzie budowanie zintegrowanego społeczeństwa, wolnego od problemów wykluczenia społecznego i ubóstwa. Narodowa Strategia Integracji Społecznej określa metody, zasoby oraz instytucje, które powinny zostać utrzymane, przekształcone lub stworzone dla realizacji ww. celu.

Celem prac nad Narodową Strategią Integracji Społecznej jest pomoc w procesie włączania się Polski w realizację drugiego z celów Strategii Lizbońskiej UE stawiającego na modernizację europejskiego modelu socjalnego, którego głównym działaniem jest inwestowanie w ludzi oraz zwalczanie wykluczenia społecznego. Konkretnie aktywności mają przyczynić się do:

- dostosowania edukacji i szkolenia do wymogów życia i pracy w społeczeństwie opartym na wiedzy;
- rozwijania aktywnej polityki zatrudnienia przyczyniającej się do tworzenia większej liczby lepszych miejsc pracy;

- modernizacji systemu ochrony socjalnej, w tym systemów emerytalnych i ochrony zdrowia, m.in. w celu zapewnienia ich finansowej stabilności oraz odpowiedniej koordynacji z celami polityki edukacyjnej i polityki zatrudnienia;
- wspierania integracji społecznej (najlepiej poprzez pracę), aby uniknąć pojawienia się trwale zmarginalizowanej klasy ludzi niezdolnych do funkcjonowania w społeczeństwie opartym na wiedzy¹.

Konkretyzacja Strategii Lizbońskiej w obszarze integracji społecznej – Cele Nicejskie – obejmuje cztery podstawowe działania.

I. Zapewnienie dostępu do pracy, zasobów, praw, dóbr i usług dla wszystkich.

W tym celu należy:

1. Promować dostęp do zatrudnienia stabilnego i dobrej jakości dla wszystkich kobiet i mężczyzn zdolnych do pracy, w szczególności:
 - tworzyć ścieżki możliwości pracy dla grup najbardziej narażonych poprzez mobilizowanie polityk szkolenia,
 - rozwijać polityki promujące łączenie pracy zawodowej i życia rodzinnego włącznie z opieką nad dziećmi i innymi osobami zależnymi,
 - wykorzystywać możliwości jakie niesie w tym względzie gospodarka społeczna (firmy społeczne, praca społeczna, wolontariat itp.).
2. Zapobiegać wykluczeniu ze świata pracy poprzez poprawę poziomu zatrudnienia grup zagrożonych społecznym wykluczeniem poprzez odpowiednie zarządzanie zasobami ludzkimi, lepszą organizację pracy i rozwój kształcenia ustawicznego.
3. Organizować systemy zabezpieczenia społecznego w taki sposób, aby w szczególności:
 - zagwarantowane zostały niezbędne zasoby pozwalające na godne życie,
 - przewyżczane były przeszkody w zatrudnieniu oraz tworzone warunki, aby praca przynosiła przyzwoity dochód, była dostępna dla grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.
4. Wprowadzić polityki, które mają na celu dostępność przyzwoitych i higienicznych mieszkań dla wszystkich, jak również podstawowych usług, koniecznych by żyć normalnie mając na uwadze lokalne warunki (np. elektryczność, woda, ogrzewanie).

¹ *Presidency Conclusions: Lisbon European Council, 23 and 24 March 2000, §§24-34*

4. Wprowadzić polityki, które mają na celu umożliwienie dostępności opieki zdrowotnej dla wszystkich odpowiednio do ich sytuacji, włączając w to osoby zależne od opieki innych.

5. Rozwijać, z korzyścią dla osób zagrożonych wykluczeniem, usługi i towarzyszące im środki, które pozwolą im na skuteczny dostęp do edukacji, wymiaru sprawiedliwości i innych publicznych czy prywatnych usług takich, jak kultura, sport i wypoczynek.

II. Zapobieganie ryzyku wykluczenia.

Służyć temu powinno:

1. Rozwijanie potencjału społeczeństwa opartego na wiedzy i nowych technologiach informacyjnych i komunikacyjnych, dbając o to by nikt nie został wykluczony, w szczególności osoby niepełnosprawne.

2. Wprowadzanie polityki, które mają zapobiegać kryzysowym sytuacjom życiowym takim jak zadłużenie, wykluczenie ze szkoły, stanie się bezdomnym.

3. Uruchomienie działań mających na celu zachowanie solidarności w ramach rodziny we wszelkich jej formach.

III. Pomoc najbardziej narażonym (wspieranie najsłabszych).

Temu celowi sprzyjać będzie:

1. Promowanie społecznej integracji kobiet i mężczyzn zagrożonych trwałym ubóstwem, np. z powodu niepełnosprawności lub należenie do grup o szczególnych problemach integracyjnych.

2. Podejmowanie działań w celu eliminacji wykluczenia dzieci i tworzenie im możliwości społecznej integracji.

3. Podejmowanie wszechstronnych działań z korzyścią dla obszarów dotkniętych wykluczeniem.

IV. Mobilizacja wszystkich aktorów/organizacji ze sfery polityki, gospodarki i społecznej.

Polegać to powinno na:

1. Promowaniu zgodnie z krajową praktyką uczestnictwa i wyrażania swoich doświadczeń ludziom dotkniętym wykluczeniem, szczególnie, gdy chodzi o ich sytuację oraz działania i środki, które ich dotyczą.

2. Włączaniu polityki zwalczania wykluczenia w całościową politykę poprzez:

- mobilizowanie władz publicznych na wszystkich szczeblach zgodnie z ich kompetencjami
- rozwijanie struktur i procedur koordynacyjnych
- przystosowanie administracyjnych i społecznych służb do potrzeb osób podlegających wykluczeniu i zapewnienie, że personel pierwszej linii jest wrażliwy na te potrzeby.

3. Promowanie dialogu i partnerstwa między wszystkimi zainteresowanymi instytucjami, publicznymi i prywatnymi, np. poprzez:

- angażowanie partnerów społecznych, organizacji pozarządowych dostarczających usługi społeczne do walki z różnymi formami wykluczenia społecznego.
- zachęcanie do społecznej odpowiedzialności i aktywnego zaangażowania wszystkich obywateli w walce przeciw społecznemu wykluczeniu.
- wspieranie społecznej odpowiedzialności biznesu.

Fundamentalne dla Narodowej Strategii Integracji Społecznej pojęcie integracji społecznej zdefiniowane zostało następująco:

Integracja społeczna to działania wspólnotowe na zasadach dialogu, wzajemności i równorzędności, których celem jest dążenie do społeczeństwa na demokratycznym współuczestnictwie, rządach prawa i poszanowaniu różnorodności kulturowej, w którym obowiązują i są realizowane podstawowe prawa człowieka i obywatela oraz skutecznie wspomaga się jednostki i grupy w realizacji ich celów życiowych.

Natomiast zgodnie z definicją przyjętą przez zespół pracujący nad opracowaniem NSIS:

Wykluczenie społeczne to sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób. Grupy ludności, które są szczególnie narażone na wykluczenie społeczne:

- osoby o niskim poziomie wykształcenia,
- dzieci z rodzin wielodzietnych i niepełnych,
- ludzie starsi,
- alkoholicy, narkomani,

- mieszkańcy zdegradowanych obszarów miejskich,
- mieszkańcy wsi popegeerowskich,
- młodzież opuszczająca placówki opiekuńczo-wychowawcze,
- osoby opuszczające zakłady karne,
- imigranci,
- obcokrajowcy
- chronicznie chorzy i niepełnosprawni.

Czynnikami najczęściej doprowadzającymi do wykluczenia społecznego są ubóstwo, bezrobocie (zwłaszcza długotrwałe), uzależnienia, bezdomność, przemoc w rodzinie, sieroctwo czy niepełnosprawność. Skutki wykluczenia dla osób nim zagrożonych to z kolei: osłabianie więzi rodzinnych i rozpad rodziny, bezradność, deprywacja potrzeb, marginalizacja i stygmatyzacja społeczna, utrata poczucia godności, pogłębienie nierówności społecznych, degradacja społeczna oraz przestępczość.

Skala rozpiętości problemu wykluczenia społecznego w Polsce oscyluje w granicach od 500 tys. do 3 mln osób, wśród których przeważają osoby długotrwale bezrobotne.

Rozwiązania prawne winny podążać w parze z rozwiązaniami finansowymi. Obecnie są nimi oprócz środków krajowych, finansowanych z budżetu państwa, także dotacje pochodzące od polskich i zagranicznych podmiotów oraz środki unijne pozyskiwane głównie z Europejskiego Funduszu Społecznego, będącego najważniejszym instrumentem Unii Europejskiej w zakresie przeciwdziałania bezrobociu i rozwoju zasobów ludzkich. Nadrzędnym celem EFS jest wsparcie rozwoju społeczno-gospodarczego i spójności Unii Europejskiej poprzez inwestycje w kapitał ludzki, tj. integrację i reintegrację osób pozostających poza rynkiem pracy oraz podniesienie konkurencyjności gospodarki poprzez wzrost poziomu kwalifikacji i umiejętności obywateli UE. W ślad za powyższym Fundusz finansuje działania w pięciu obszarach:

- aktywne formy walki z bezrobociem;
- zapobieganie wykluczeniu społecznemu;
- rozwój powszechnego kształcenia ustawicznego;
- doskonalenie kadr gospodarki i rozwój przedsiębiorczości;
- aktywizacja zawodowa kobiet.

Należy zaznaczyć, iż przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, będące celem programowym Narodowej Strategii Integracji Społecznej, jak też gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych, wymaga zbudowania sprawnego mechanizmu współpracy przy pozyskiwaniu funduszy strukturalnych oraz wykorzystania potencjału wszystkich podmiotów działających w sferze polityki społecznej, w tym również na poziomie gminy.

Strategia rozwiązywania problemów pomocy społecznej zorientowana jest na rozszerzenie i pogłębienie form pracy socjalnej, współpracę z różnymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi zajmującymi się pomocą społeczną oraz instytucjami działającymi w szerszym obszarze polityki społecznej jak: oświata, służba zdrowia, sądownictwo.

W szczegółowej diagnozie problemów społecznych, która przedstawiona została w pierwszej części strategii spróbowano wykazać, jaką część społeczności Gminy Gryfów Śląski dotyczą poszczególne z nich, jakie tendencje wykazuje każdy z problemów, jakie prognozy należy przyjąć dla społecznego funkcjonowania naszych mieszkańców.

Celem strategii jest:

- Określenie kierunków działań zmierzających do łagodzenia skutków dominujących problemów społecznych. Naczelną zasadą przy określaniu kierunków działań powinno być przede wszystkim ustalenie czy działania łagodzące mają mieć wyłącznie charakter pomocy finansowej czy też profilaktyki oraz motywowanie mieszkańców do zmian w swoim życiu np. poprzez edukację, aktywne poszukiwanie pracy itp.
- Sformułowanie zadań programowych i ich realizacja. Szczególnie ważnym w tym zakresie staje się określenie programu pomocy społecznej przeznaczonego dla różnych grup problemowych.

I. DIAGNOZA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH W GMINIE GRYFÓW ŚLĄSKI

1. Identyfikacja podstawowych problemów społecznych w Gminie Gryfów Śląski

Gmina Gryfów Śląski to gmina miejsko–wiejska w województwie dolnośląskim, w powiecie lwóweckim. Gminę tworzy 8 sołectw: Gryfów Śląski, Wolbromów, Rząsiny, Ubocze, Krzewie Wielkie, Wieża, Pruszkówka, Młyńsko. Według danych z 1 grudnia 2007 roku, gminę zamieszkiwało 10 256 osób.

1. 1. Demografia

Tabela 1. Ludność gminy Gryfów Śląski, dane czerwiec 2004

Opis	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	osób	%	osób	%	osób	%
jednostka						
populacja	10416	100	5380	51,7	5036	48,3

1.2. Pomoc społeczna

Na terenie gminy pracuje pięciu specjalistów pracy socjalnej oraz dwunastu pracowników wykonujących usługi opiekuńcze. W roku 2005 z różnorodnych świadczeń Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej skorzystało 861 rodzin, w roku 2006 było to 964 rodziny, a w 2007 – 700 rodzin.

Rysunek 1. Liczba rodzin objętych świadczeniami w latach 2005-2007

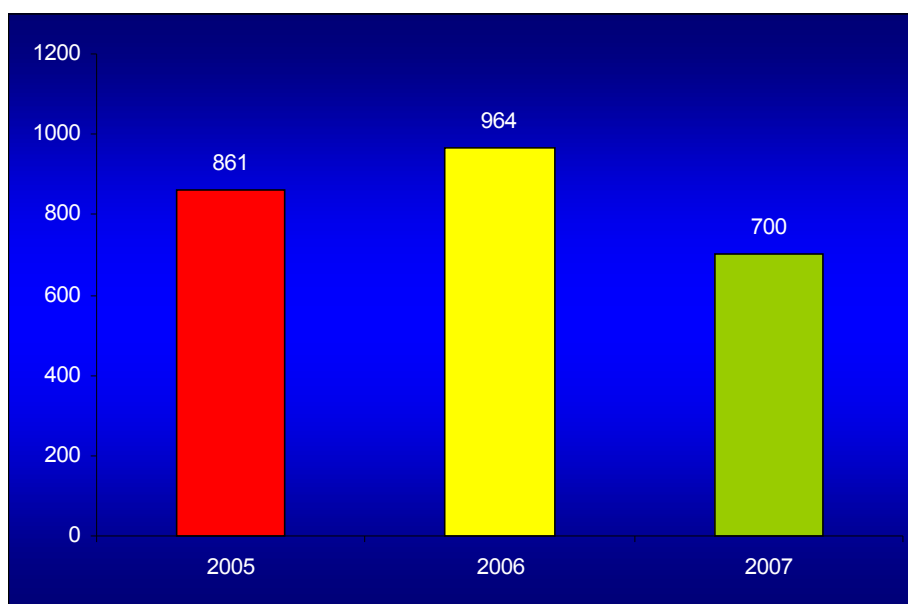


Tabela 2. Zestawienie liczb rodzin korzystających z świadczeń pomocy społecznej MGOPS Gryfów Śląski w latach 2005 – 2007 w ramach zadań zleconych gminom

Forma pomocy		2005	2006	2007
Zasiłki stałe <i>Liczba rodzin (świadczeń)</i>		47 (406)	55 (500)	62 (497)
- w tym -	Zasiłki dla osoby samotnie gospodarującej <i>Liczba świadczeń</i>	238	297	313
	Zasiłki dla osoby pozostającej w rodzinie <i>Liczba świadczeń</i>	168	203	184
Zasiłki celowe na pokrycie wydatków związanych z klęską żywiołową lub ekologiczną <i>Liczba rodzin (świadczeń)</i>		0 (0)	98 (98)	3 (3)
Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi <i>Liczba rodzin (świadczeń)</i>		0 (0)	0 (0)	0 (0)

Tabela 3. Zestawienie liczb osób i rodzin korzystających z świadczeń pomocy społecznej MGOPS Gryfów Śląski w latach 2005 – 2007 w ramach zadań własnych gminy

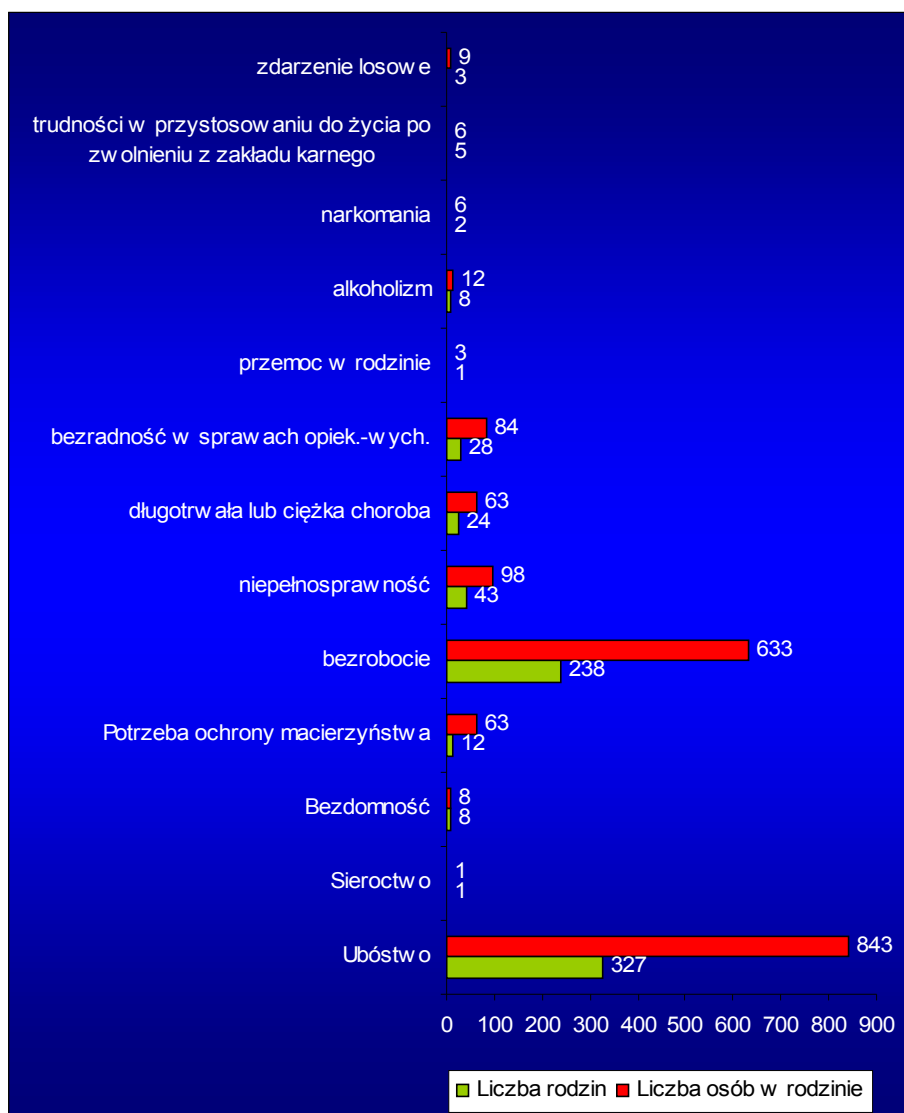
Forma pomocy	2005	2006	2007
Zasiłki okresowe <i>Liczba rodzin (świadczeń)</i>	272 (1 996)	264 (1 832)	208 (1 385)
Posiłek <i>Liczba osób (świadczeń)</i>	238 (24 210)	241 (35 354)	194 (25 986)
Usługi opiekuńcze <i>Liczba osób (świadczeń)</i>	43 (15 107)	53 (17 640)	59 (16 656)

Zasiłki celowe na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego <i>Liczba osób (świadczeń)</i>	1 (1)	33 (33)	0
Sprawienie pogrzebu <i>Liczba osób (liczba świadczeń)</i>	0	1 (0)	6 (6)
Inne zasiłki celowe i w naturze <i>Liczba osób (rodzin)</i>	270 (270)	469 (274)	319 (319)
Poradnictwo specjalistyczne <i>Liczba rodzin</i>	0	0	3
Praca socjalna <i>Liczba rodzin</i>	178	210	210
Koszt pobytu w DPS <i>Liczba osób (świadczeń)</i>	-	1 (11)	1 (5)

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej udziela pomocy w szczególności poprzez przyznawanie świadczeń, pracę socjalną, prowadzenie i rozwój niezbędnej infrastruktury socjalnej, realizację zadań wynikających z potrzeb społecznych, samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb oraz inną.

Struktura pomocy społecznej udzielanej przez MGOPS Gryfów Śląski w roku 2007, ze względu na powody trudnej sytuacji życiowej klientów

Rysunek 2. Przyczyny przyznawania pomocy, MGOPS, 2007



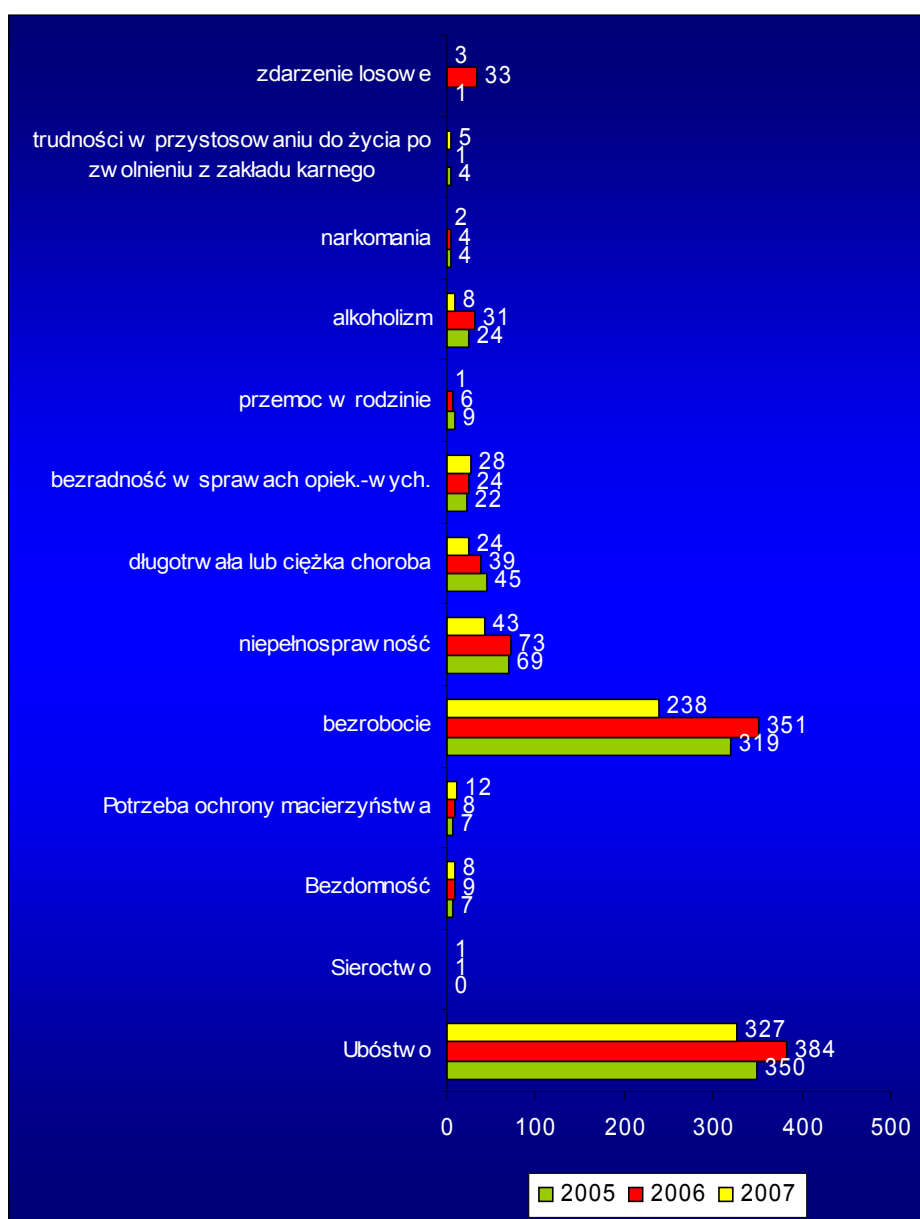
Najczęstszymi przyczynami przyznawania pomocy społecznej w roku 2007 były:

- Ubóstwo
- Bezrobocie
- Niepełnosprawność
- Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego

- Długotrwała lub ciężka choroba
- Potrzeba ochrony macierzyństwa
- Alkoholizm.

Powody udzielania pomocy społecznej przez MGOPS Gryfów Śląski w latach 2005 - 2007

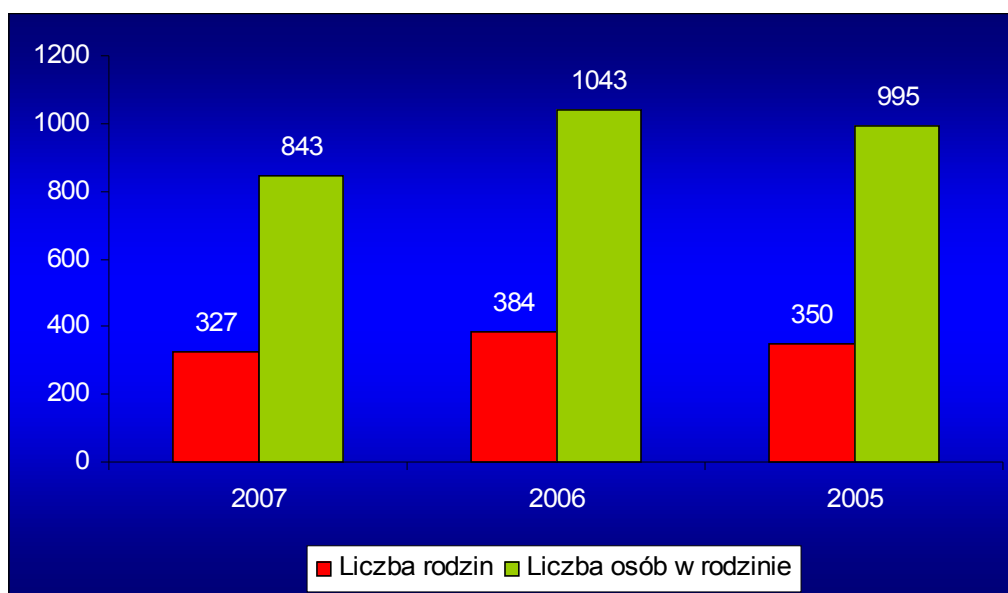
Rysunek 3. Przyczyny przyznawania pomocy, MGOPS, 2005 - 2007



1.3. Problem ubóstwa

W 2005 roku z powodu ubóstwa w MGOPS w Gryfowie Śląskim objęto opieką i udzielono świadczeń 350 rodzinom (o łącznej liczbie osób w rodzinach – 995), w roku 2006 były to odpowiednio liczby: 384 rodziny i 1 043 osób w rodzinach, a w 2007 roku: 327 rodzin i 843 osoby w rodzinach. Mimo, że 2006 roku zaobserwowano spadek w tym obszarze to w 2007 roku ubóstwo było najczęstszą przyczyną udzielania pomocy przez Miejsko–Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Gryfowie Śląskim.

Rysunek 4. Liczba rodzin otrzymujących świadczenie z powodu ubóstwa



Sposób pojmowania ubóstwa:

-ujęcie absolutne- opiera się na kategoriach ilościowych i wartościowych dotyczących stanu zaspokajania potrzeb. Ubogimi określa się ludzi, których potrzeby nie są zaspokojone w sposób wystarczający. W ujęciu tym ubóstwo może zniknąć poprzez wzrost ekonomiczny.

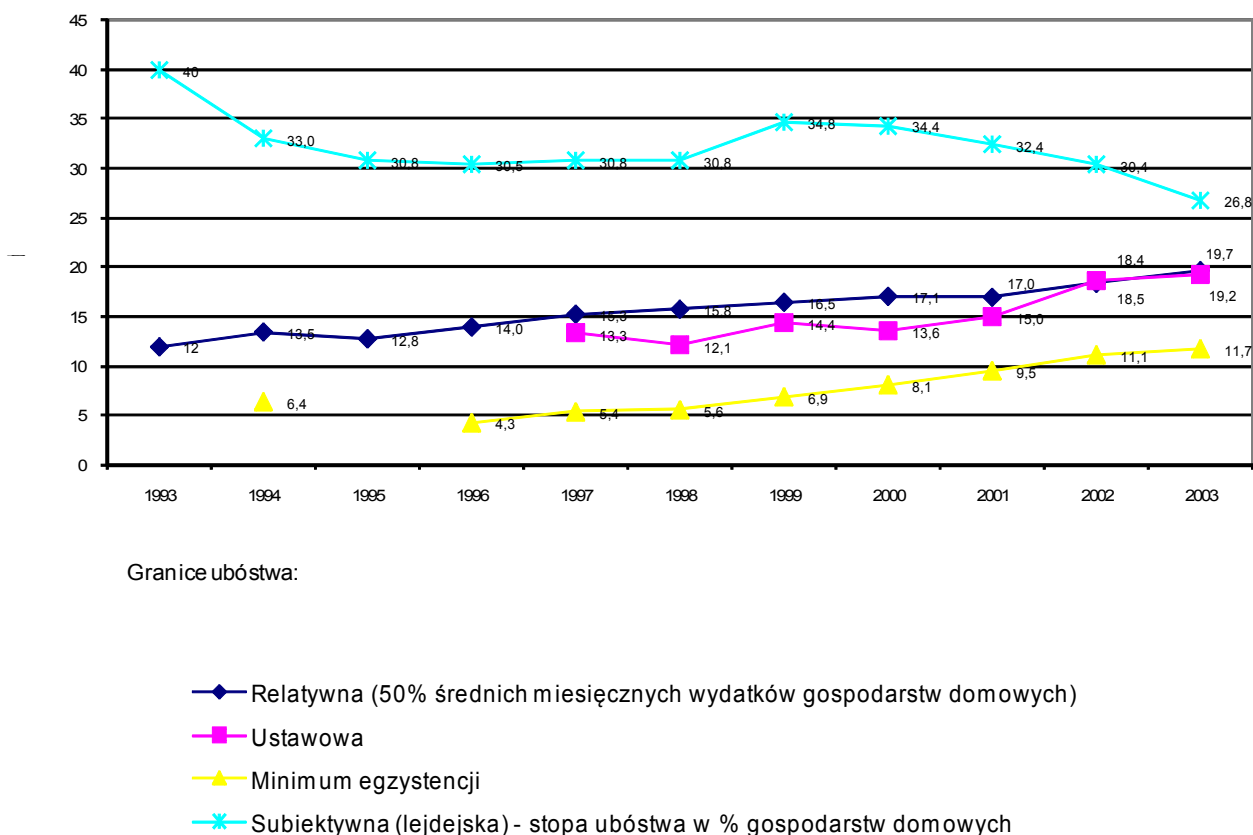
-ujęcie względne- odnosi poziom zaspokajania potrzeb jednostek do poziomu ich zaspokojenia przez innych członków społeczeństwa. Ubóstwo w tym ujęciu może być jedynie zmniejszone (przez niwelowanie nierówności w poziomie zaspokajania potrzeb), a nie całkowicie wyeliminowane.

Tabela 4. Odsetek osób w gospodarstwach domowych zagrożonych ubóstwem według wybranych cech społeczno-ekonomicznych (2004/2005)²

GOSPODARSTWA DOMOWE	Granice ubóstwa					
	relatywna ^{a)}		ustawowa ^{b)}		minimum egzystencji ^{c)}	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
	w % osób					
OGÓŁEM	20,3	18,1	19,2	18,1	11,8	12,3
Miasto	14,0	12,5	12,9	12,3	7,7	8,2
Wieś	30,4	27,0	29,3	27,3	18,5	18,7
Grupy społeczno-ekonomiczne						
Pracowników	18,7	16,9	18,2	17,3	10,2	11,2
Rolników	31,1	26,4	30,9	28,2	19,0	18,1
Pracujących na własny rachunek	13,6	10,2	13,2	10,6	8,9	6,3
Emerytów i rencistów	17,1	15,0	14,7	13,2	9,5	9,9
Emerytów	10,9	10,1	8,9	8,5	5,6	6,3
Rencistów	28,5	25,6	25,4	23,1	16,8	17,5
Utrzymujących się z niezarobkowych źródeł	43,0	38,5	41,5	40,1	30,6	29,9
Typ biologiczny gospodarstwa						
Gospodarstwa jednoosobowe	6,1	4,9	6,5	5,9	3,3	3,1
Małżeństwa bez dzieci na utrzymaniu	5,6	4,4	2,8	2,5	2,8	2,7
Małżeństwa z 1 dzieckiem na utrzymaniu	12,3	9,0	9,6	7,3	6,4	5,5
Małżeństwa z 2 dziećmi na utrzymaniu	18,5	17,2	18,1	17,8	9,7	10,4
Małżeństwa z 3 dziećmi na utrzymaniu	35,6	31,4	37,6	35,8	21,4	22,0
Małżeństwa z 4 i więcej dziećmi na utrzymaniu	55,9	54,5	62,4	63,1	40,1	43,5
Matka lub ojciec z dziećmi na utrzymaniu	23,8	20,5	22,0	20,7	15,2	14,5

²http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbr/gus/PUBL_zasieg_ubostwa_2005.pdf

Rysunek 5. Stopa ubóstwa w Polsce w latach 1993-2003³



Przyczyny ubóstwa dzielą się na 3 grupy:

1. *osobowe niezależne od człowieka*
2. *subiektywne zależne od człowieka*
3. *obiektywne- istniejące niezależnie od woli człowieka (w tym strukturalne)*

Do pierwszej grupy zalicza się takie przyczyny ubóstwa jak: kalectwo, niepełnosprawność umysłową lub fizyczną, długotrwałą, obłożną chorobę, podeszły wiek, kiedy to ludzie nie mogą zapewnić sobie minimum egzystencji.

W skład drugiej grupy przyczyn ubóstwa wchodzi określone postawy i cechy charakterologiczne niektórych osób dotkniętych ubóstwem, są to np.: lenistwo, brak zasad, brak chęci do pracy i kształtowania się, nieuczciwość, rozrzutność. Przyczyny te powodują często znalezienie się w warstwie ludzi ubogich: samotnych, młodzińskich matek z dziećmi, ofiar nałogów: alkoholizmu i narkomanii.

Do obiektywnych przyczyn ubóstwa zalicza się między innymi: masowe bezrobocie wynikające ze zmian strukturalnych w gospodarce. W Polsce tylko nieliczne osoby, które znalazły się w trudnej sytuacji materialnej z powodu

³ http://www.stat.gov.pl/dane_spolgosp/warunki_zycia/sytu_gosp_domo/2003/sytu_gosp_domo_2003.doc

gwałtownych zmian na ograniczonym, lokalnym rynku, są w stanie znaleźć sobie nowe miejsce pracy. W 2001 roku tylko 19% z ponad trzymilionowej liczby bezrobotnych mogło korzystać z odpowiednich zasiłków.

Tabela 5. Odsetek osób w gospodarstwach domowych zagrożonych ubóstwem według liczby osób w gospodarstwach domowych w 2000 r.⁴

Gospodarstwa domowe wg liczby osób	Odsetek osób w gospodarstwach domowych znajdujących się poniżej		
	minimum socjalnego	minimum egzystencji	relatywnej granicy ubóstwa
Ogółem	53,8	8,1	17,1
1-osobowe	29,3	2,5	5,5
2-osobowe	31,3	2,7	6,3
3-osobowe	43,8	4,1	9,8
4-osobowe	55,1	6,4	14,3
5-osobowe	67,0	10,3	22,7

Z porównania danych zawartych w powyższej tabeli z danymi za 1988 r. wynika, że liczba osób żyjących poniżej minimum socjalnego wzrosła ogółem o 4, a poniżej minimum egzystencji o 2,5 punktu procentowego. Stanowi to sygnał szybkiego ubożenia społeczeństwa.

Społeczne skutki ubóstwa

Uboństwo powoduje wiele ujemnych skutków społecznych. Stwarza ono problemy w uzyskaniu i utrzymaniu mieszkania. Zmniejsza ono dostęp do oświaty. Rodzice ubodzy nie mają środków potrzebnych na pokrycie kosztów posyłania dzieci do szkoły: zakupu podręczników i innych pomocy szkolnych, kosztów dojazdu do szkoły, jeśli miejsce zamieszkania jest zbyt oddalone od szkoły, kosztów ubrania, którego zakup nie byłby niezbędny, gdyby nie uczęszczanie do szkoły.

Uboństwo ogranicza też dostęp do świadczeń zdrowotnych. Ludziom ubogim trudno jest dojechać do lekarza, jeżeli ośrodek zdrowia jest znacznie oddalony od miejsca zamieszkania.

⁴ Tadeusz Kowalak „Polityka społeczna”, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku, Białystok 2002,

Ubóstwo wyklucza możliwość korzystania z dóbr kultury. Stąd też zjawisko funkcjonalnego albo wtórnego analfabetyzmu, pojawiające się masowo w ubogich środowiskach.

Wzrost przestępczości jest również przypisywany zjawisku ubóstwa. Do przestępstw popycha ludzi brak legalnych i praktycznych możliwości zarabiania pieniędzy.

Ubóstwo jest też jednym z ważnych powodów alkoholizmu i narkomanii. Poprzez ubóstwo ograniczony jest popyt na artykuły konsumpcyjne, żywność, odzież.

1.4. Problem bezrobocia

Z analizy danych uzyskanych z Miejsko–Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej wynika, że na drugim miejscu pod względem powodów przyznawania pomocy jest bezrobocie. W roku 2005 z tego powodu objęto opieką i udzielono świadczeń 319 rodzinom (o łącznej liczbie osób w rodzinach 911), w roku 2006 były to odpowiednio liczby: 351 rodzin i 934 osoby w rodzinach, a w 2007 roku: 238 rodzin i 633 osoby w rodzinach.

Stopa bezrobocia w powiecie lwóweckim wynosi 29,2%. Liczba osób na terenie gminy Gryfów Śląski wynosi 926 osób.

Bezrobocie i wiążący się z nim spadek dochodów rodziny, brak perspektyw na przyszłość przyczyniają się do wzrostu skali problemów alkoholowych, zaburzeń życia rodzinnego, przemocy i wielu innych dysfunkcji w rodzinie

Wyniki badań społecznych przeprowadzonych na terenie Gminy Gryfów Śląski

Aktywność zawodowa podopiecznych MGOPS w Gryfowie Śląskim

W ramach projektu „Aktywność zawodowa podopiecznych Miejsko–Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gryfowie Śląskim” zostało zrealizowane badanie jakościowe techniką indywidualnych wywiadów pogłębionych z elementami procedury synchronicznych badań porównawczych

Badania tego typu skoncentrowane są na pojedynczych osobach albo małych grupach celowo dobranych osób i dotyczą na ogół czynników trudno wymiernych.

Badania jakościowe mają na celu wyjaśnić i zrozumieć motywy postępowania, dotrzeć do nie ujawnianych w sposób bezpośredni przyczyn zachowania, ustalić i zinterpretować głęboko ukryte przekonania i emocje. Udzielają odpowiedzi na pytanie "jak?, dlaczego?".

Badanie jakościowe przeprowadzono w dniach 11 – 12.09.2008 r.

Badanie zostało zrealizowane na próbie celowej, 40 osób, wylosowanych wśród podopiecznych MGOPS. Należały do nich:

1. osoby niepełnosprawne,
2. długotrwale bezrobotni,
3. samotni rodzice z dziećmi do 7 roku życia,
4. osoby bez kwalifikacji zawodowych,
5. osoby do 25 roku życia
6. osoby po 50 roku życia

Celem badania był opis i wyjaśnienie sytuacji podopiecznych MGOPS w zakresie:

- aktywności zawodowej
- przyczyn braku aktywności zawodowej
- sytuacji ekonomicznej
- podejmowanej aktywności społecznej
- potrzeb
- oceny działań kierowanych do podopiecznych MGOPS
- wsparcia społecznego i poczucia własnej wartości

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych.

Większość osób niepełnosprawnych, nie może pracować ze względu na zły stan zdrowia, ale wyrażają taką chęć w przypadku powrotu do sprawności. Jeśli chodzi o plany dotyczące najbliższej przyszłości to część z nich chciałoby podjąć pracę i jej aktualnie poszukuje. Dla osób niepełnosprawnych najwyższą wartością jest rodzina oraz zdrowie. Osoby niepełnosprawne do momentu utracenia zdolności do wykonywania pracy były aktywne zawodowo, podejmowały pracę zgodną ze swoimi

kwalifikacjami i wykształceniem. Najchętniej chciałyby pracować w zawodzie jaki wykonywały poprzednio (np. kucharz, sklepikarz).

Osoby niepełnosprawne natomiast odczuwają potrzebę uzupełnienia umiejętności zawodowych zwiększających ich szansę na rynku pracy. W podjęciu pracy, zdaniem badanych mogłoby im pomóc zarejestrowanie się w Powiatowym Urzędzie Pracy jako bezrobotni lub „sponsor szkolenia”.

Niepełnosprawni biorący udział w badaniu podczas poszukiwania pracy korzystali z ofert Powiatowego Urzędu Pracy, ale uważają te propozycje za niewystarczająco dobre. Nieatrakcyjność ofert wynika z ich niedostosowania do wykształcenia i dotychczasowego doświadczenia.

W najbliższym czasie chcieliby podjąć pracę stałą lub czasową, choć 2 osoby deklarowały, że nie zamierzają tego robić. Jedynym z powodów uniemożliwiających podjęcie pracy jest przewlekła choroba i brak pozytywnych wskazań lekarza do wykonywania jakiejkolwiek pracy, innym powodem jest osiągnięty wiek emerytalny. Do przyczyn braku aktywności zawodowej osób biorących udział w badaniu nie należy natomiast niechęć do samej pracy czy poczucie bycia niepotrzebnym. Wręcz przeciwnie osoby niepełnosprawne pracę traktują jako „podstawę do egzystencji i obowiązek”, poza tym jest ona dla nich formą „dowartościowania się”.

Zdania na temat możliwości utrzymania się z zarobionych pieniędzy są podzielone; jedna osoba twierdzi, że jest to kwota wystarczająca, druga przeciwnie.

Poziom wykształcenia.

Osoby niepełnosprawne biorące udział w badaniu mają w większości wykształcenie średnie i zawodowe (jedna osoba ma wykształcenie wyższe, jedna – podstawowe).

Zdaniem badanych uzupełnienie kwalifikacji zwiększałoby ich szansę na podjęcie pracy. Jeśli nie korzystali wcześniej z tego typu form podnoszenia umiejętności to było to spowodowane brakiem informacji i organizacji takiej pomocy w okolicy. Osoby, które brały udział w szkoleniach – korzystały z pomocy PUP-u.

Osoby te wyrażają chęć i zainteresowanie udziałem w warsztatach podwyższających umiejętności poszukiwania pracy, kursach i szkoleniach zawodowych. Oceniają tego typu działania jako korzystne i potrzebne. Deklarują także chęć przekwalifikowania się.

Za najbardziej przydatne i interesujące uważają kursy komputerowe, funduszy unijnych, oraz przysposabiające do zawodów konkretnych.

Aktywność społeczna osób niepełnosprawnych

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że większość podopiecznych MGOPS nie przejawia, żadnej aktywności społecznej. Nie znają żadnych organizacji pozarządowych działających na terenie Polski czy w ich gminie/powiecie. Tym samym nie są też członkami żadnych organizacji. Swoją nieobecność w tego typu instytucjach czy przedsięwzięciach tłumaczą brakiem zainteresowania i czasu, który wypełnia rodzina oraz nie dość wystarczającym rozpowszechnieniem informacji. Trzy osoby znają PKPS Forum Szans.

Osoby niepełnosprawne, biorące udział w badaniu raczej nie korzystają z żadnych form oferty proponowanej przez instytucje kulturalne i organizacje pozarządowe znajdujące się w gminie/powiecie.

Przyczyną braku aktywności w tym względzie jest brak ogólnej wiedzy na temat takowych.

Osoby niepełnosprawne raczej nie uczestniczą w wydarzeniach kulturalnych/sportowych czy religijnych na terenie gminy; w przypadku jednej osoby z powodu odczuwanego dyskomfortu, poczucia osamotnienia i braku akceptacji ze strony otoczenia.

Sytuacja ekonomiczna osób niepełnosprawnych

Swoją sytuację finansową badani oceniają jako przeciętną i złą. Głównym źródłem ich utrzymania jest renta i dochody współmałżonka.

Potrzeby osób niepełnosprawnych

Wypowiedzi osób wskazują, że ich największym problemem jest niepełnosprawność i choroba. Z powodu złego stanu zdrowia nie mogą podjąć pracy. Istnieją także bariery świadomościowe w środowisku ich miejsca zamieszkania. Zebrane wypowiedzi dowodzą o braku zrozumienia ze strony otoczenia; przejawach stygmatyzacji i izolacji wobec nich.

Badani wspominają o barierach architektonicznych, które przeszkadzają im w docieraniu w wielu miejsc typu: poczta, bank czy PUP.

Ocena satysfakcji z programów i działań kierowanych do osób niepełnosprawnych

Osoby niepełnosprawne nie biorą udziału w żadnych działaniach do nich kierowanych. Wyjątkiem są dwie osoby, które korzystają z dofinansowania z PFRONu.

Przyczyną braku ich uczestnictwa jest po prostu niewiedza na ten temat.

Od działań kierowanych do osób niepełnosprawnych oczekiwaliby przede wszystkim pomocy w podjęciu pracy zawodowej i zorganizowania kursów zawodowych.

Wsparcie społeczne i poczucie własnej wartości

Z ich deklaracji wynika, że w trudnej sytuacji życiowej oparcie zapewnia im głównie rodzina.

Wyniki badania świadczą także o dość dobrym samopoczuciu podopiecznych MGOPS. Nie do końca wierzą w swoje możliwości i z powodu choroby nie mogą polegać wyłącznie na sobie, ale mają nadzieję, że wszystko co najlepsze jest jeszcze przed nimi, a sami nie mieli do końca wpływu na to co się wydarzyło w ich życiu. W otoczeniu niepełnosprawnych są osoby, którym mogą zaufać, najczęściej jest to ktoś z rodziny lub współmałżonek.

Poza podjęciem pracy zawodowej w zasadzie nie ma niczego co chcieliby zmienić. Uważają, że praca będzie pozytywnie wpłynęła na ich samopoczucie i sytuację życiową.

Podsumowując, większość osób niepełnosprawnych pozostaje nieaktywnymi zawodowo z przyczyn od nich niezależnych. W przypadku zakończenia leczenia planują podjęcie pracy. Jeśli byłaby taka możliwość gotowi byliby podjąć pracę „od zaraz”. Do momentu choroby pracowali zawodowo.

Jeśli chodzi o złożone im oferty pracy, korzystali jedynie z propozycji Powiatowego Urzędu Pracy. Ocena tej współpracy w odczuciu niepełnosprawnych jest niekorzystna.

Pracę jako wartość cenią bardzo wysoko, zauważalna jest w nich potrzeba pracy i uczestnictwa na rynku pracy. Odczuwają też potrzebę podniesienia i uzupełnienia kwalifikacji, ale nie bardzo wiedzą w jaki sposób mogą to zrealizować.

Pomimo tego, że są to osoby odczuwające dyskomfort i odosobnienie z powodu swojej niepełnosprawności a może właśnie dlatego, deklarują potrzebę

uczestnictwa w życiu społecznym i publicznym. W ich przypadku natomiast działania kończą się na słownej deklaracji, ponieważ sami nie szukają informacji na temat form aktywności społecznej. Ważne jest także to, że tego typu działania nie docierają do osób niepełnosprawnych.

Sytuacja ekonomiczna osób niepełnosprawnych jest niekorzystna. Źródłem utrzymania jest renta i pomoc finansowa ze strony rodziny.

Najważniejszą potrzebą osób niepełnosprawnych jest praca. W ich odczuciu podjęcie pracy zawodowej a tym samym większe środki finansowe rozwiązywałoby większość problemów.

Osoby niepełnosprawne nie biorą udziału w działaniach do nich kierowanych ponieważ nie docierają do nich takie propozycje. Od ewentualnych tego typu działań oczekują wyłącznie pomocy w znalezieniu pracy. Nie wspominają o pomocy, wsparciu psychologicznym ani o pomocy przy załatwianiu spraw urzędowych.

Za wyjątkiem potrzeby podjęcia pracy nie ma niczego, co chcieliby czy zamierzają zmienić.

OSOBY DŁUGOTRWALE BEZROBOTNE

Aktywność zawodowa osób długotrwale bezrobotnych

Osoby długotrwale bezrobotne pozostają bez pracy od 2 nawet do 19 lat. Prace utraciły w wyniku przejścia na urlop macierzyński i pozostania na nim dłuższy czas, z powodu nie przedłużenia im umowy w dotychczasowym miejscu pracy lub likwidacji zakładu. Najważniejszymi wartościami jakimi starają się kierować w życiu jest dobro ich dzieci i rodzina.

Osoby długotrwale bezrobotne podejmowały w swoim życiu różne prace na stałe, jednak likwidacja zakładu lub stanowiska powodowała jej utratę. Niektóre osoby podejmują nieregularne, dorywcze prace na określony czas. Planują podjęcie pracy, i jej obecnie szukają. Podopieczni MGOPS mają świadomość, że brak konkretnych umiejętności stanowi przeszkodę w znalezieniu pracy.

W poprzednich latach podczas poszukiwania pracy korzystali z ofert proponowanych im przez Powiatowy Urząd Pracy; prace tą ocenili dobrze. Pracy szukali też poprzez znajomych i kontakty osobiste.

Osoby uczestniczące w badaniu twierdzą, że warto pracować. Praca sama w sobie jest dla nich dużą wartością, przede wszystkim ze względów finansowych, bo

dotychczasowe środki utrzymania nie są wystarczające i muszą polegać na pomocy innych.

Poziom wykształcenia osób długotrwale bezrobotnych

Osoby pozostające na bezrobociu przez dłuższy czas mają wykształcenie średnie. Część z badanych osób uważa, że podniesienie kwalifikacji poprzez uczestnictwo w szkoleniach i kursach zwiększałoby ich możliwości na rynku pracy, natomiast reszta uważa, że podniesienie umiejętności w niczym im nie pomoże. Niechęć do tego typu przedsięwzięć wynika z braku przekonania co do faktycznych korzyści z uczestnictwa i niedoinformowania ich, że tego typu działania są podejmowane i kierowane do takich osób jak oni, że można i warto w nich uczestniczyć.

Osoby długotrwale bezrobotne pomimo różnego stosunku do podnoszenia kwalifikacji deklarują, że wzięliby udział w szkoleniach jeśli takowe byłyby im zaoferowane. Interesują się szkoleniami komputerowymi, z księgowości.

Aktywność społeczna

Osoby pozostające długotrwale na bezrobociu stają się bierne społecznie. Nie interesują się czym zajmują się organizacje pozarządowe działające na terenie ich gminy czy powiatu. Sami też nie należą do żadnej z organizacji i nie biorą udziału w imprezach kulturalnych czy sportowych odbywających się na terenie gminy.

Sytuacja ekonomiczna osób długotrwale bezrobotnych

Długotrwale bezrobotni pozostają na utrzymaniu rodziny, głównie współmałżonków; utrzymują się także z alimentów i prac dorywczych. Swoją sytuację ekonomiczną oceniają jako przeciętną lub złą.

Potrzeby osób długotrwale bezrobotnych

Najpoważniejszymi problemami pozostających na bezrobociu przez dłuższy czas są: brak środków finansowych oraz zły stan zdrowia i przebyte choroby. Osoby te nie widzą możliwości rozwiązania swoich problemów, nie szukają też nigdzie pomoc.

Ocena satysfakcji z programów i działań skierowanych do osób długotrwale bezrobotnych

Osoby bezrobotne nie uczestniczą w zorganizowanych działaniach, kierowanych przez gminę czy powiat właśnie do nich. A nawet jeśli im się to zdarza to nie potrafią konkretnie ocenić przydatności takich spotkań. Od tego typu działań oczekują przede wszystkim pomocy w znalezieniu pracy.

Wsparcie społeczne i poczucie własnej wartości

Długotrwale bezrobotni, biorący udział w badaniu, cechują się dobrym samopoczuciem i dość wysoką samooceną. W ich otoczeniu są osoby z najbliższej rodziny, którym mogą zaufać, ale starają się polegać na samych sobie i wierzą w lepszą przyszłość.

Nie do końca potrafią określić jak długo jeszcze będą potrzebowali pomocy innych, ale mają nadzieję, że nie będzie to trwać ciągle a najprawdopodobniej do momentu podjęcia pracy zarobkowej.

Praca sama w sobie w ich życiu zmieniałaby najwięcej, poza nią nie ma nic co chcieliby odmienić.

SAMOTNI RODZICE WYCHOWUJĄCY DZIECI DO LAT 7

Aktywność zawodowa osób samotnie wychowujących dzieci do lat 7

Osoby uczestniczące w badaniu, samotnie wychowujące dzieci do lat siedmiu, obecnie przebywają na urlopie wychowawczym lub właśnie z niego powróciły. Ta pierwsza grupa chciałaby podjąć pracę i zakładają, że w ciągu najbliższych sześciu miesięcy a nawet wcześniej zrealizują to założenie.

Najbliższe plany i cele dotyczą podjęcia pracy, rodziny i poprawienia sytuacji życiowej. Osoby te mają konkretne oczekiwania dotyczące przyszłości, ale nie zawsze znają sposoby i środki prowadzące do realizacji tych celów.

Najwyższymi wartościami w ich życiu są dzieci, ich przyszłość i dobro.

Ich dotychczasowy przebieg kariery zawodowej był skoncentrowany wokół wykonywania prostych prac fizycznych i produkcyjnych, jedna osoba jest nauczycielką oraz opiekunką do dzieci za granicą. Na pytanie co potrafią robić,

odpowiadają, zajęcia, które wykonywali wcześniej; deklarują chęć nauczania się czegoś nowego i przekwalifikowania.

Podczas poszukiwania pracy kilka osób z pomocą zwracało się do Powiatowego Urzędu Pracy, znajomych. Inne osoby nie korzystały z żadnych ofert.

Osoby te szukają obecnie pracy stałej lub dorywczej, najczęściej poprzez znajomych.

Praca stanowi dla nich dużą wartość, ale odczuwają jej potrzebę wyłącznie z powodów finansowych.

Poziom wykształcenia osób samotnie wychowujących dzieci do lat siedmiu

Osoby te mają różne wykształcenie od podstawowego do wyższego. Wiedzą, że uzupełnienie kwalifikacji zawodowych daje im większe możliwości znalezienia pracy. Dwie osoby biorące udział w badaniu brały udział w kursach i szkoleniach podnoszących rozwój zawodowy. Nie potrafią konkretnie wskazać w jakiego rodzaju warsztatach zawodowych chcieliby uczestniczyć, chociaż wymieniają chęć nauki obsługi komputera.

Aktywność społeczna

Samotni rodzice małych dzieci pozostają osobami biernymi społecznie. Nie są członkami żadnych organizacji pozarządowych, nie wiedzą też o istnieniu jakiegokolwiek z nich.

Sytuacja ekonomiczna osób samotnie wychowujących dzieci do lat siedmiu

Swoją sytuację finansową samotni rodzice oceniają jako raczej złą i przeciętną. Ich jedynym źródłem utrzymania są alimenty i zasiłek.

Potrzeby osób samotnie wychowujących dzieci do lat siedmiu

Najpoważniejszym problemem tych osób jest brak pracy a tym samym niewystarczające środki finansowe oraz problemy wynikające z zamieszkiwania w środowisku wiejskim. Należy do nich przede wszystkim brak możliwości dojazdu do pracy (mało połączeń autobusowych). Rozwiązanie powyższych problemów widzą w podjęciu pracy oraz w działaniach gminy w zakresie środków transportu.

Ocena satysfakcji z programów i działań skierowanych do osób samotnie wychowujących dzieci do lat siedmiu

Osoby biorące udział w badaniu z powodu braku czasu, konieczności opieki nad dziećmi a także niedostatecznej informacji nigdy nie brały udziału w działaniach kierowanych do nich przez gminę czy powiat. Ich zdaniem powinny to być działania nastawione na udzielanie porad, doradzanie oraz grupy wsparcia.

Wsparcie społeczne i poczucie własnej wartości

Podobnie jak pozostali, także i osoby samotnie wychowujące dzieci znajdują w swym najbliższym otoczeniu ludzi, którym mogą zaufać. Są to członkowie rodziny.

Samopoczucie i ogólna samoocena w przypadku tych osób są skrajne. Jedna z kobiet optymistycznie patrzy w przyszłość, wierzy w siebie i sądzi, że w najbliższym czasie przestanie korzystać z pomocy innych; druga natomiast zupełnie odwrotnie. Obwinia siebie za zaistniałą sytuację życiową w jakiej się znalazła. W swoim życiu chciałaby zmienić dosłownie „wszystko” ale nie wie co mogłoby wpłynąć na zmianę jej położenia; sądzi też, że jeszcze długo będzie uzależniona od pomocy innych ludzi.

OSOBY BEZ KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Aktywność zawodowa osób bez kwalifikacji zawodowych

Osoby bez kwalifikacji zawodowych pozostają osobami bezrobotnymi i trwale bezrobotnymi. Nie pracowali od kilku lat. Przyczynami braku aktywności jest brak kwalifikacji zawodowych. Wszystkie z badanych osób chciałyby podjąć pracę w najbliższym czasie, najlepiej stałą i dobrze płatną. Tradycyjnie wśród wskazań dotyczących najwyższych wartości pojawia się rodzina i praca.

Do dotychczasowych zajęć zarobkowych osób bez kwalifikacji należały proste prace fizyczne. Obecnie odczuwają potrzebę uzupełnienia swoich umiejętności.

Wcześniej podczas poszukiwań pracy zwracały się o pomoc do Powiatowego Urzędu Pracy. Oferty im prezentowane oceniają jako dobre, jedna osoba nie mogła podjąć pracy zaoferowanej przez PUP, ponieważ firma nie chciała przyjąć osoby bez kwalifikacji. Dla osób biorących udział w badaniu praca jest „spełnieniem marzeń”, daje poczucie niezależności i satysfakcji. W dalszej kolejności jest też możliwością nauczenia się czegoś nowego i środkiem do zarabiania pieniędzy. Co ważne osoby

bez kwalifikacji mają świadomość, że brak wykształcenia degraduje ich pozycję na rynku pracy, a szkoła podstawowa okazuje się niewystarczająca. Kilka osób podnosi swoje umiejętności korzystając z kursów i szkoleń oferowanych przez MGOPS.

Aktywność społeczna

Standardowo nikt nie potrafi przywołać nazwy organizacji pozarządowej i nikt też nie jest członkiem żadnej z nich. Wynika to z braku rozpowszechniania informacji o działalności takich instytucji jak i z braku zainteresowania nimi przez respondentów.

Sytuacja ekonomiczna

Osoby bez kwalifikacji zawodowych pozostają na utrzymaniu współmałżonków a swoją sytuację finansową oceniają jako przeciętną i złą.

Potrzeby osób bez kwalifikacji zawodowych

Największym problemem jest brak pracy.

Ocena satysfakcji z programów i działań skierowanych do osób bez kwalifikacji zawodowych

Większość osób bez kwalifikacji nie brało udziału w żadnych działaniach skierowanych do nich przez gminę czy powiat. Brak uczestnictwa tłumaczą niewiedzą na temat tego typu spotkań. Nie mają też precyzyjnych czy konkretnych oczekiwań względem tego typu inicjatyw. Osoby, korzystające z programów robią to po raz pierwszy i nie są w stanie jeszcze ich ocenić.

Wsparcie społeczne i poczucie własnej wartości

Chociaż w ich otoczeniu są osoby, którym mogą zaufać to badani mają poczucie wiary we własne siły i jednocześnie konieczność polegania wyłącznie na sobie. Praca stanowiłaby na pewno w ich życiu rozwiązanie wielu, przede wszystkim finansowych, problemów. Poza tym nie odczuwają potrzeby wprowadzania zmian.

OSOBY DO 25 ROKU ŻYCIA

Aktywność zawodowa osób przed 25 rokiem życia

Część osób nie było wcześniej aktywne zawodowo, chociaż w najbliższym czasie zamierzają być. Przeprowadzone wywiady ujawniły, że osoby młode do 25 roku życia mają plany na przyszłość, chcą znaleźć stałą pracę lub założyć własną działalność gospodarczą.

Najważniejszymi wartościami jest dla nich praca, rodzina i przyszłość dzieci. Ich dotychczasowa aktywność zawodowa była związana ze stażami i pracą biurową. Podczas poszukiwania pracy oferowano im pomoc w Powiatowym Urzędzie Pracy. Oferty Urzędu oceniają dobrze i średnio, kilka osób zostało skierowanych na staż. Poza Urzędem Pracy nie potrafią jednak wskazać na inne osoby czy instytucje pomagające w znalezieniu pracy.

Praca podobnie jak w poprzednich przypadkach jest wysoko cenionym dobrem. Zapewnia ona ich zdaniem przyszłość, daje możliwość zdobycia nowych umiejętności, doświadczenia i kontynuacji zawodu.

Poziom wykształcenia osób przed 25 rokiem życia

Osoby, z którymi przeprowadziliśmy wywiady mają wykształcenie średnie, jedna osoba – zawodowe. Za wyjątkiem odbytego stażu, tylko jedna osoba brała udział w dodatkowych szkoleniach. Inne osoby nie brały udziału w żadnych kursach, twierdzą, że nie było takich kursów i nikt im ich nie proponował. Poza tym wierzą, że uzupełnienie kwalifikacji byłoby dla nich szansą na lepszą pracę, a do najbardziej ich interesujących kursów należą: kurs prawa jazdy i kurs obsługi kasy fiskalnej.

Aktywność społeczna

Osoby przed 25 rokiem życia znają organizacje typu Forum Szans, ale nie są członkami żadnych organizacji pozarządowych. Jak sami mówią, nie udzielają się społecznie z powodu braku czasu, braku informacji oraz problemów rodzinnych, które uniemożliwiają im podjęcie tego typu aktywności.

Sytuacja ekonomiczna osób przed 25 rokiem życia

Osoby przed 25 rokiem życia swoją sytuację finansową oceniają jako złą i przeciętną zaznaczając przy tym, że obecne dochody są niewystarczające.

Potrzeby osób przed 25 rokiem życia

Do najważniejszych problemów należą: brak rozrywek, „Gryfów to nie miasto, w którym się coś dzieje”, brak pracy.

Ocena satysfakcji z programów i działań kierowanych do osób przed 25 rokiem życia

Osoby, z którymi rozmawialiśmy w większości nie uczestniczyły w tego typu działaniach, nie dowiadywały się o tego typu inicjatywach, ich ewentualne oczekiwania dotyczą pomocy w znalezieniu pracy. Tylko jedna osoba była zorientowana w programach i była z nich zadowolona.

Wsparcie społeczne i poczucie własnej wartości

Osoby młode mimo niekorzystnego położenia życiowego starają się pozostać optymistami i z nadzieją patrzą w przyszłość czekając na „to lepsze”, które ma nadejść. W najbliższym kręgu znajdują osoby, na których mogą polegać i którym mogą zaufać. Największy wpływ na dotychczasową sytuację życiową ma dla nich praca, której znalezienie „zmieniłoby wszystko na lepsze”.

OSOBY POWYŻEJ 50-tego ROKU ŻYCIA

Aktywność zawodowa osób powyżej 50-tego roku życia

Podopieczni MGOPS powyżej 50-tego roku życia nie są aktywni zawodowo, często z powodu stanu zdrowia. Jedna z tych osób chciałaby w najbliższym czasie podjąć pracę, najchętniej w obszarze gastronomii. Osoby te nie mają planów i założeń dotyczących najbliższej przyszłości. Najważniejszymi wartościami w ich życiu pozostają tradycyjnie członkowie rodziny.

Ścieżki kariery zawodowej tych osób przebiegały różnie. Jedna z nich nie pracowała w ogóle, jedna w księgowości, inna wykonywała bardzo różne prace. Obecnie ze względu na wiek i uniemożliwiający pracę, stan zdrowia, nie zamierzają oni szukać zajęcia dającego im zatrudnienie. Wcześniej podczas poszukiwania pracy korzystali z pomocy Powiatowego Urzędu Pracy. Na temat ofert przedstawionych im przez Urząd Pracy mają różne zdania.

Dla osób powyżej 50-tego roku życia, mimo iż nie mogą już podejmować aktywności zawodowej, praca nadal pozostaje bardzo wysoko cenioną wartością. Osoby te chciałyby nadal pracować, głównie ze względu na kontakt z ludźmi,

„rozrywkę” oraz z powodów finansowych, ponieważ obecnie jest im ciężko utrzymać się z zarobionych pieniędzy.

Poziom wykształcenia osób powyżej 50 roku życia

Osoby te mają wykształcenie podstawowe, wierzą, że dzięki podniesieniu kwalifikacji mogliby znaleźć lepszą pracę ale uważają, że w ich sytuacji (biorąc pod uwagę wiek i ograniczoną sprawność) nie jest to konieczne i w zasadzie w niczym im nie pomoże.

Aktywność społeczna

Osoby powyżej 50–tego roku życia, biorące udział w badaniu, nie są członkami żadnych organizacji pozarządowych, nie potrafią też przywołać nazwy ani działalności żadnej z nich. Nie biorą udziału w imprezach sportowych organizowanych na terenie gminy i źle oceniają ofertę, twierdzą, że „nic się nie dzieje”.

Sytuacja ekonomiczna osób powyżej 50–tego roku życia

Respondenci deklarują, że ich sytuacja materialna jest przeciętna a głównym źródłem utrzymania jest zasiłek lub pomoc współmałżonka.

Potrzeby osób powyżej 50–tego roku życia

Osoby te narzekają na problemy ze zdrowiem, a tym samym na złe funkcjonowanie służby zdrowia.

Ocena satysfakcji z programów i działań kierowanych do osób po 50 roku życia

Większość biorących udział w badaniu nie uczestniczyło w żadnych działaniach do nich kierowanych przez gminę czy powiat. Wynikało to ze złego stanu zdrowia oraz niechęci do tego typu propozycji. Od tego typu inicjatyw oczekiwaliby pomocy w chorobie. Jedna osoba korzystała z programu PKPS i ocenia go bardzo dobrze.

Wsparcie społeczne i poczucie własnej wartości

W przypadku samooceny położenia życiowego pojawiają się oceny skrajne. Część osób uważa, że wszystko co najlepsze jest jeszcze przed nią, inne nie wierzą

w powrót do normalności. W ich otoczeniu tradycyjnie znajdują się osoby, którym mogą zaufać; są to członkowie rodziny. Obydwie te osoby przypuszczają, że jeszcze długo będą musiały korzystać z pomocy innych a w przypadku jednej oprócz znalezienia pracy zawodowej, na styl życia wpłynąłby na pewno kontakt z ludźmi i wyeliminowanie poczucia izolacji.

REKOMENDACJE/WNIOSKI KOŃCOWE

- Większość podopiecznych MGOPS należy do osób nieaktywnych zawodowo. Najczęstszymi przyczynami ich bezrobocia są: zły stan zdrowia, brak kwalifikacji a w przypadku kobiet, konieczność opieki nad licznym potomstwem. Zauważono jednak chęć do podjęcia działań i uczestnictwa w projektach zwiększających ich szansę na rynku pracy.
- Osoby biorące udział w badaniu są zmotywowane do podjęcia pracy, chcą pracować i wierzą, że praca zawodowa jest sposobem na urzeczywistnienie planów dotyczących przyszłości. Uważają, że podjęcie pracy może im pomóc w życiu, dowartościować i rozwiązać część problemów.
- Wszyscy mają świadomość, że uzupełnienie kwalifikacji zawodowych zwiększałoby ich szanse na rynku pracy, ale większość nie brała udziału w tego typu szkoleniach i kursach. Wyrażają jednak chęć i zainteresowanie tego typu formami nauki. Tylko w przypadku gdy zły stan zdrowia im na to nie pozwala odmawiają uczestnictwa w warsztatach zawodowych.
- Informacje dotyczące organizowanych szkoleń i warsztatów zawodowych zdają się do nich nie docierać, wspominają często, że „nikt im tego nie proponował, nikt ich nie zapraszał”, stąd ich absencja w tego typu działaniach.
- Jako najbardziej przydatne i interesujące wskazują na szkolenia zawodowe takiego rodzaju jak: kurs prawa jazdy, kurs obsługi kasy fiskalnej, kursy komputerowe, gastronomiczne, kursy księgowości, rachunkowości, ogrodnictwa. Poza tym deklarują też chęć przekwalifikowania się.

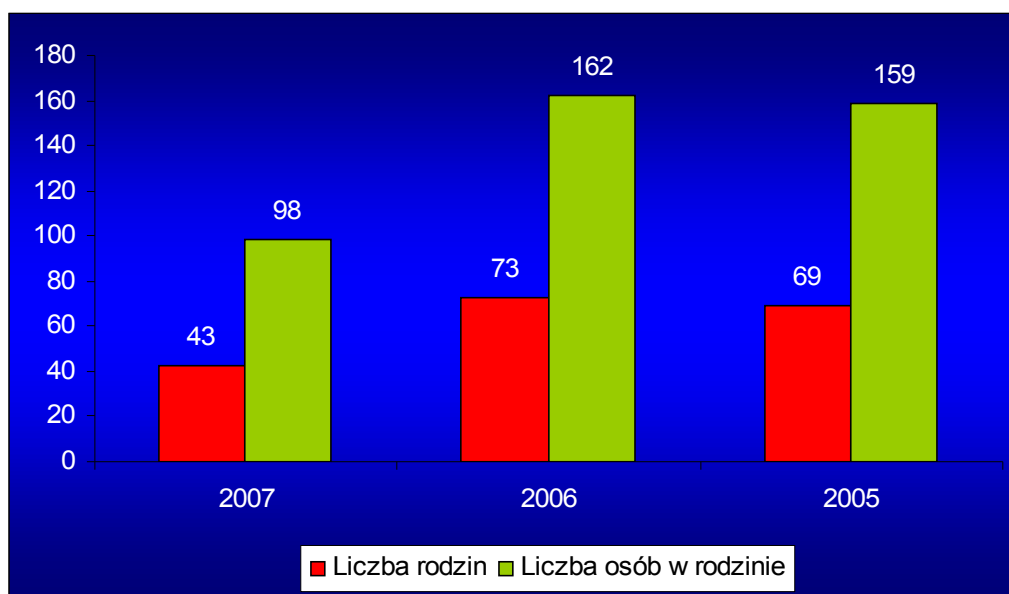
- Dla wszystkich praca jest wysoką wartością, wszyscy twierdzą, że warto pracować; większość pragnie zmiany swojej sytuacji materialno-bytowej, deklarując poszukiwanie pracy.
- Widoczny jest problem braku aktywności społecznej wśród podopiecznych MGOPS. W zasadzie nie uczestniczą w żadnych działaniach kulturalnych, sportowych czy społecznych organizowanych na terenie gminy. Nie potrafią też przywołać nazwy ani działalności organizacji pozarządowych, nie są też członkami żadnej z nich.
- Tylko jedna z osób określiła swoją sytuację materialną jako dobrą, pozostali twierdzą, że jest ona przeciętna i zła. Materialną pomoc otrzymują prawie wyłącznie od rodziny, która dostarcza im także wsparcia emocjonalnego. Poza tym źródłem ich utrzymania są także alimenty i zasiłki. W znacznie mniejszym stopniu są wspierani, tudzież zwracają się o pomoc do znajomych, pracowników socjalnych czy innych osób.
- Do najważniejszych problemów z jakimi muszą się borykać są przede wszystkim brak pracy, a wśród osób niepełnosprawnych bariery architektoniczne. Do najważniejszych oczekiwań wobec działań gminy należy pomoc w znalezieniu pracy i rozwiązanie problemów lokalnych (likwidacja barier) oraz zwiększenie oferty rozrywkowo-kulturalnej.
- Za wyjątkiem znalezienia pracy zawodowej w większości przypadków twierdzą, że nie ma nic co chcieliby zmienić czy wpłynęłyby jeszcze na ich jakość i styl życia.
- Większość podopiecznych MGOPS nie należy do osób aktywnych zawodowo, co może prowadzić do małej aktywności społecznej. Podstawową przyczyną nie uczestnictwa, jest oprócz problemów związanych z małym środowiskiem zamieszkania także brak informacji na temat tego typu inicjatyw. Osoby te wydają się jednak na tyle otwarte, że mimo negatywnych doświadczeń i konsekwencji bezrobocia przynajmniej niektóre z nich można byłoby

zainteresować i zachęcić do działania.

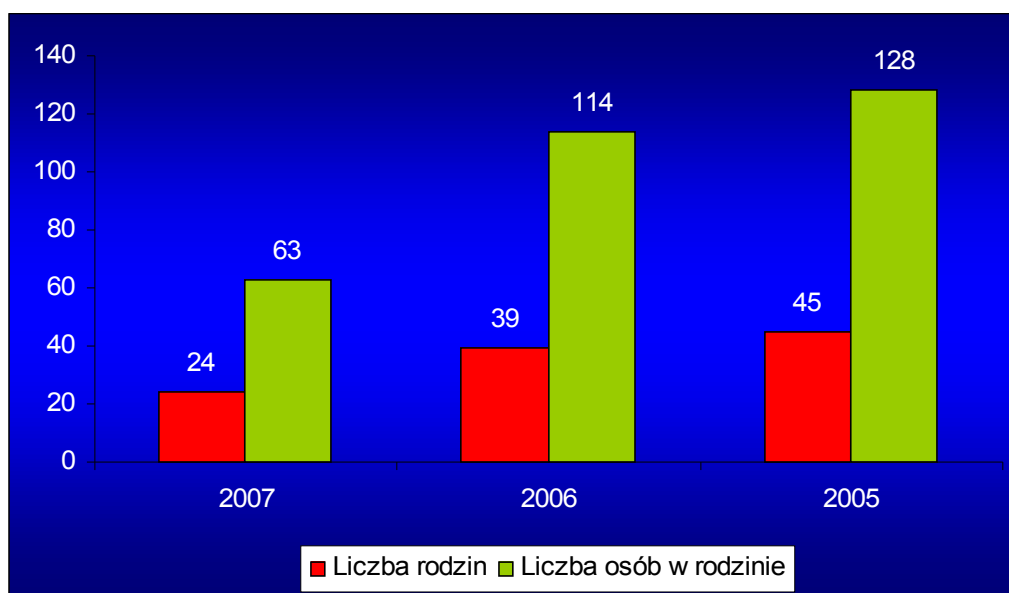
1.5. Problematyka osób niepełnosprawnych, ciężko i długotrwale chorych oraz seniorów.

Częstym powodem korzystania z pomocy społecznej jest także niepełnosprawność i zły stan zdrowia klientów. W 2005 roku wśród ubiegających się o pomoc z powodu niepełnosprawności było 69 rodzin (a w nich 159 osób), natomiast z powodu ciężkiej lub długotrwałej choroby – 45 rodzin (a w nich 128 osób). W roku 2006 wśród ubiegających się o pomoc z powodu niepełnosprawności było 73 rodziny (a w nich 162 osoby), natomiast z powodu ciężkiej lub długotrwałej choroby – 39 rodzin (a w nich 114 osób), a w roku 2007 z powodu niepełnosprawności z pomocy społecznej korzystało 43 rodziny (w nich 98 osób), z powodu przewlekłej choroby – 24 rodziny, a w nich 63 osoby.

Rysunek 6. Osoby korzystające z pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności



Rysunek 7. Osoby korzystające z pomocy społecznej z powodu długotrwałej lub ciężkiej choroby



Według Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku w Polsce żyje prawie 5,5 miliona osób niepełnosprawnych, co w porównaniu do roku 1988 oznacza, że liczba tych osób wzrosła o około 50%. Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych utrzymuje się ze świadczeń społecznych: rent, emerytur i zasiłków. Jedynie dla 8% tej populacji główne źródło utrzymania stanowi praca, zaś kolejne 8% nie ma żadnych źródeł dochodu i pozostaje na utrzymaniu innych osób.

W rozumieniu Ustawy o Pomocy Społecznej niepełnosprawność oznacza stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy, powodujący trwałe lub okresowe utrudnienie, ograniczenie bądź uniemożliwienie samodzielnej egzystencji. Tymczasem w dobie obecnej niepełnosprawność jest również rozumiana jako wynik barier społecznych, ekonomicznych oraz fizycznych, jakie jednostka napotyka w środowisku zamieszkania. W związku z tym polityka społeczna powinna prowadzić aktywne działania na wszystkich szczeblach życia społecznego oraz aktywnie pracować na rzecz równouprawnienia osób niepełnosprawnych, przeciwdziałać ich dyskryminacji i tworzyć mechanizmy wyrównujące szanse i warunki korzystania z przysługujących im praw.

Osobą niepełnosprawną jest taka osoba, która posiada odpowiednie orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony lub osoba, która takiego orzeczenia nie posiada, lecz odczuwa ograniczenie sprawności w wykonywaniu czynności podstawowych dla swojego wieku (zabawa, nauka, praca, samoobsługa).

Zbiorowość osób niepełnosprawnych dzieli się na 2 podstawowe grupy: osoby niepełnosprawne prawnie, czyli te, które posiadają odpowiednie, aktualne orzeczenie wydane przez organ do tego uprawniony oraz osoby niepełnosprawne biologicznie, tj. takie, które nie posiadają orzeczenia, ale odczuwają całkowicie lub poważnie ograniczoną zdolność do wykonywania czynności podstawowych.

Kryterium zakwalifikowania danej osoby do zbiorowości osób niepełnosprawnych prawnie jest posiadanie przez tę osobę aktualnego orzeczenia wydanego przez odpowiedni organ orzekający dla osób w wieku 16 lat i więcej bądź uprawnienia do pobierania zasiłku pielęgnacyjnego dla dzieci poniżej 16 roku życia.

Kilka czynników składa się na tego typu problemy, tj. od istotnie związanych ze złym stanem zdrowia oraz starzeniem się społeczeństwa, do „ucieczki w status inwalidy”. W przypadku tego ostatniego, podłożem generującym problem jest często zła sytuacja na rynku pracy oraz łatwiejsza perspektywa uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, co wiąże się z uzyskaniem świadczeń dla niepełnosprawnych.

Zgodnie z prognozami GUS problem niepełnosprawności będzie się pogłębiał; spodziewana liczba osób niepełnosprawnych w 2010 r. wzrośnie do 6 mln.

Sytuacja osób niepełnosprawnych wiąże się z problemami aktywności społecznej, zawodowej, kulturalnej i edukacyjnej. Często w grupie tej dominują osoby z niższym i średnim wykształceniem, które w znacznym stopniu nie kontynuują nauki z powodu trudnej sytuacji ekonomicznej, utrudnień komunikacyjnych, architektonicznych, braków w wyposażeniu w sprzęt rehabilitacyjny i pomoce dydaktyczne; a w przypadku osób chorych psychicznie lub umysłowo – z natury zaburzeń.

Warto zauważyć, iż w odróżnieniu do sytuacji panującej w mieście, w gminach wiejskich osoby niepełnosprawne zajmują często dalszą pozycję w hierarchii struktury rodzinnej. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w 2003 r. przez Radę Monitoringu Społecznego Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie (*Diagnoza społeczna 2003. Warunki i jakość życia Polaków*, pod redakcją Janusza Czapińskiego i Tomasza Panka, str. 269) osoby niepełnosprawne z terenów wiejskich rzadziej niż w mieście były głową gospodarstwa, a częściej – partnerem, zaś blisko co piąta osoba zajmowała pozycję ojca, matki, teścia lub teściowej. Odmienność struktur według miejsca zamieszkania wiąże się z różnicami pomiędzy

placami i zajmowaną pozycją w gospodarstwie. Podczas gdy kobiety niepełnosprawne w miastach były na ogół głowami gospodarstw jak też partnerkami (38% wobec 42%), kobiety z terenów wiejskich znacznie rzadziej zajmowały pozycje głowy gospodarstwa (27% wobec 40%), a częściej (co czwarta) — pozycje matki lub teściowej. Z kolei aż 70% niepełnosprawnych mężczyzn w miastach jest głową gospodarstwa wobec 65% na wsi, a partnerem — 17% i 9% na wsi.

Na szczególną uwagę zasługują także osoby otrzymujące renty socjalne. Grupa ta znajduje się w relatywnie trudniejszej sytuacji życiowej w porównaniu z innymi grupami osób niepełnosprawnych. Głównymi powodami powyższej sytuacji są:

- choroby powstałe jeszcze we wczesnym dzieciństwie, które utrudniają prawidłowe pełnienie ról społecznych i często uzależniają osoby niepełnosprawne od wsparcia rodziny i instytucji pomocowych;
- problemy ekonomiczne osób niepełnosprawnych, które wiążą się z dużym nakładem wydatków na leczenie i rehabilitację;
- oraz często towarzyszące powyższej sytuacji negatywne czynniki występujące w środowisku wiejskim, tj. izolacja osób niepełnosprawnych spowodowana niskim poziomem infrastruktury społecznej i technicznej (tj. bariery architektoniczne i komunikacyjne utrudniające dostęp do instytucji i budynków użyteczności publicznej).

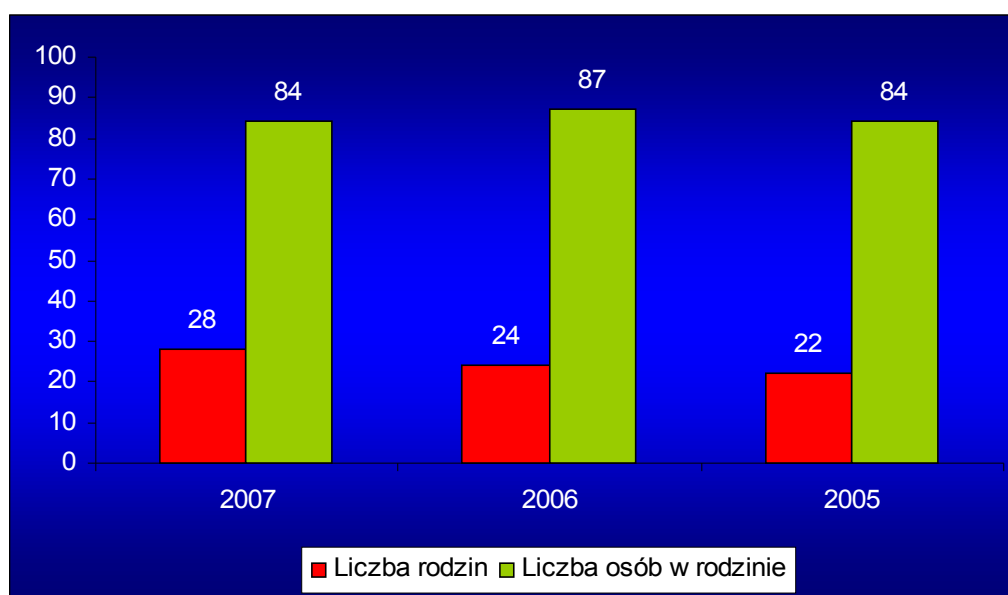
Warto również podkreślić szczególnie trudną sytuację materialną osób starszych utrzymujących się z rent i emerytur. Wysokość ww. świadczeń jest w dużym stopniu zbyt niska, aby w wystarczający sposób zaspokoić potrzeby seniorów z problemami zdrowotnymi. Tymczasem potrzeby osób w wieku poprodukcyjnym będą wzrastać równolegle ze zmieniającą się strukturą demograficzną naszego społeczeństwa. Podczas ostatniego półwiecza dwukrotnie zwiększył się procentowy udział osób starszych. W 1995 r. osoby w wieku 65 i więcej lat stanowiły 11,2% polskiego społeczeństwa, a zgodnie z prognozami demograficznymi, odsetek ten wzrośnie w 2020 r. nawet do poziomu 15,9% całej populacji polskiej. Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż wg kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) populację definiuje się jako starą, jeżeli co najmniej 7% jej członków liczy 65 lat i więcej. Tym samym w świetle powyższych statystyk Polska dołączyła do grupy społeczeństw starych.

Biorąc jednak po uwagę tylko wzrost udziału ludzi starszych w populacji, proces starzenia się w Polsce nie jest jeszcze zbyt intensywny. Tendencja ta ulegnie wyraźnemu przyspieszeniu dopiero w drugiej dekadzie XXI w. Zauważalny jest natomiast szybki spadek dzietności.

1.6. Problemy opiekuńczo - wychowawcze i bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego

Część klientów ośrodków pomocy społecznej stanowią rodziny z problemami opiekuńczo-wychowawczymi. Liczba rodzin objętych pomocą społeczną MGOPS w 2007 roku wzrosła w porównaniu do lat poprzednich.

Rysunek 8. Liczba rodzin objętych pomocą przez MGOPS z powodu problemów opiekuńczo-wychowawczych w latach 2005-2007



W 2005 r. wśród osób ubiegających się o pomoc, u których stwierdzono symptomy bezradności w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, było 22 rodziny, a w nich 84 osoby. W roku 2006 pomocą z tego powodu objęto 24 rodziny, a w nich 87 osób, natomiast w kolejnym roku było to odpowiednio: 28 rodzin i 84 osoby.

Niewydolność opiekuńczo-wychowawcza rodziny integralnie łączy się z dysfunkcjami, w sferze działań (np. alkoholizm, przestępczość, itp.), okoliczności (np. bezrobocie, przewlekła lub ciężka choroba, itp.) czy sytuacji lub faktów

(charakteryzujących np. stosunki panujące pomiędzy członkami rodziny), które negatywnie wpływają na realizowanie funkcji przypisanych rodzinie. Te z kolei pozostają w jednostronnej zależności z poziomem dezintegracji rodziny, generowanym najczęściej przez następujące czynniki:

- rozbicie rodziny (separacja, rozwód, porzucenie rodziny);
- zewnętrzne przyczyny dezintegrujące (np. zakład karny, podjęcie pracy przez członka/członków rodziny za granicą);
- niewypełnienie ról wewnątrzrodzinnych (spowodowane np. ciężką chorobą, uzależnieniem od alkoholu, brakiem umiejętności wychowawczych u rodziców, niezgodnym pożyciem, brakiem czasu wpływającym na niewłaściwą organizację życia rodziny, brakiem opieki nad dziećmi, w przypadku gdy rodzice pracują itp.);
- brak lub osłabienie podmiotowej/emocjonalnej więzi pomiędzy członkami rodziny.

Środowisko rodzinne jest pierwszym otoczeniem społecznym i wychowawczym w życiu dziecka. To w ramach struktur rodzinnych człowiek nawiązuje pierwsze kontakty międzyludzkie i nabywa umiejętności społeczne. Tymczasem rodziny korzystające z pomocy OPS często charakteryzują się zaburzoną strukturą w postaci niestabilnych i nieformalnych układów małżeńskich, rozkładem pożycia małżeńskiego, niejednokrotnie także częstymi zmianami partnerów oraz deficytami wychowawczymi spowodowanymi załamaniem się ról wewnątrzrodzinnych. Dzieci pochodzące z tych rodzin, nierzadko pozostawiane samym sobie, bez nadzoru i opieki ze strony osób dorosłych, zaczynają mieć z czasem coraz większe problemy w nauce. W konsekwencji obniżają się ich ambicje, a to z kolei skutkuje rezygnacją z wysiłków w dążeniu do awansu społecznego. Z upływem czasu zaniedbania opiekuńczo-wychowawcze rodziców skutkują rozluźnieniem bądź całkowitym rozpadem relacji pomiędzy rodzicem a dzieckiem, które z czasem zaczyna szukać akceptacji i zainteresowania ze strony innych grup, funkcjonujących poza środowiskiem rodzinnym, tj. w grupach rówieśniczych i subkulturowych. Następstwa takiej kolejności zdarzeń mogą być różne, począwszy od wagarowania, a skończywszy na ucieczkach z domu, popadaniu w uzależnienia i konflikty z prawem.

1.7. Potrzeba ochrony macierzyństwa

Kolejnym istotnym powodem przyznawania pomocy społecznej w Gminie Łobżenica jest potrzeba ochrony macierzyństwa. W 2005 roku z takiej pomocy skorzystało 7 rodzin (22 osoby w rodzinach), w tym 7 rodzin (22 osoby w rodzinach) z powodu wielodzietności. W 2006 roku z takiej pomocy skorzystało 24 rodziny (87 osób w rodzinach), w tym 4 rodziny (29 osób w rodzinach) z powodu wielodzietności, w 2007 roku było to 12 rodzin, a w nich 63 osoby.

1.8. Problem uzależnień - alkoholizm

Alkohol zajmuje szczególne miejsce wśród substancji spożywanych przez człowieka. Znaczenie i rola konsumpcji alkoholu są bardzo różnorodne (np. z uwagi na uwarunkowania kulturowe). Dla wielu ludzi spożywanie napojów alkoholowych jest elementem życia towarzyskiego. Szkody jakie mogą być powodowane przez alkohol wykraczają poza sferę życia osoby pijącej, obejmując całe rodziny i różnorodne grupy społeczne w populacji.

Alkoholizm w statystykach

Odsetek alkoholików w prawie wszystkich społeczeństwach w końcu XX wieku jest stały (w Polsce to ok. 700 tys. osób), a sieć pomocy w miarę dobrze zorganizowana. Rośnie jednak odsetek osób pijących ryzykownie. Jest ich 3 razy więcej niż alkoholików. Ryzykowne picie oznacza wzrost wypadków drogowych oraz wypadków przy pracy, niechcianych ciąż i przestępstw. Osoby pijące w nadmiarze dłużej chorują i trudniej się leczą. Ocenia się, że pochłaniają oni 20-25% kosztów całego systemu zdrowia. Trzeba się przygotować na wzrost tych wydatków, ponieważ wzrośnie odsetek pijącej młodzieży (w Polsce nie pije tylko 10% nastolatków). Rośnie liczba pacjentów, którzy cierpią na uzależnienie nie tylko od alkoholu czy narkotyków. Uzależnieniami stają się jedzenie, Internet, praca, seks i ćwiczenia fizyczne w nadmiarze.

Alkoholizm jest jednym z głównych problemów społecznych w Polsce. Około 4,5 miliona osób nadużywa alkoholu, w tym około 600-900 tysięcy jest uzależnionych i wymaga leczenia. Najwyższe spożycie notowano w latach 1979-1980, kiedy na jednego statystycznego mieszkańca wypadało 8,5 l 100% alkoholu. W późniejszych latach nastąpił spadek do poziomu 6,5-6,8 l, jednak równocześnie oceniano, że

prawdziwe spożycie alkoholu może być wyższe o 30%, a alkohole te pochodzą z nielegalnej produkcji. W latach 90. spożycie zaczęło znowu wzrastać i ocenia się, że wynosi ono obecnie ok. 10 l alkoholu na 1 mieszkańca. Wprawdzie spadła produkcja nielegalnego alkoholu, jednak do kraju dostaje się wiele różnych alkoholi sprowadzanych nielegalnie i nie objętych oficjalną statystyką.

Ponad 70% wypijanego w kraju alkoholu to wódka. Ponieważ spożycie rozkłada się nierównomiernie, oblicza się, że 2/3 całości alkoholu wypija ok. 6-8-milionowa grupa mężczyzn w wieku produkcyjnym. Praktycznie jest to większość zatrudnionych, a obecnie również bezrobotnych. Rośnie także liczba uzależnionych kobiet. Jeszcze przed kilku laty nie przekraczały one liczby 3% wśród wszystkich alkoholików, obecnie mówi się o 8-10%, przy czym u kobiet do uzależnienia dochodzi szybciej i w młodszym wieku. Pozytywnym zjawiskiem jest zwiększenie się liczby abstynentów, zwłaszcza wśród młodzieży.

Fachowcy zajmujący się terapią uzależnień zgodnie wskazują na profilaktykę.

Profilaktyka musi uwzględniać 3 rodzaje działań:

- *profilaktykę pierwszego stopnia* – czyli oddziaływanie na osoby, które jeszcze nigdy nie zażywały środków psychoaktywnych oraz na ich rodziny
- *profilaktykę drugiego stopnia* – czyli interwencje w sytuacji kiedy problem dopiero się zaczyna, bo ktoś zażywa niewielkie ilości, jak robią to nastolatki i młodzi dorośli
- *profilaktykę trzeciego stopnia* – kiedy uzależnienie już się rozwinęło, czyli leczenie i redukcja szkód.

Aby skutecznie prowadzić właściwą profilaktykę na terenie gminy trzeba dokładnie zainwentaryzować zasoby gminne w tym zakresie.

Wpływ alkoholu na organizm

Alkohol jest jedną z najpowszechniej stosowanych trucizn ośrodkowego układu nerwowego. Badania kliniczne i anatomopatologiczne wykazuje, że układ pokarmowy alkoholika, jego wątroba, narządy krążenia, nerki, a przede wszystkim ośrodkowy układ nerwowy, ulegają zmianom. Upośledzenie czynności tych

narządów zwiększa się w miarę trwania nałogu i ustrój ulega daleko idącemu wyniszczeniu.

Pozorny dobry wygląd alkoholika często zwodzi jego samego i rodzinę. Zmiany w układzie nerwowym mają swoje podłoże w uszkodzeniu komórek nerwowych mózgu, rdzenia kręgowego i pni nerwów obwodowych.

Jednorazowe użycie napojów wysoko procentowych wywołuje różne skutki, zależnie od ilości napoju alkoholowego, zawartości alkoholu, indywidualnej podatności organizmu oraz szeregu innych czynników, takich jak głód, ogólny stan ustroju. Przy wypiciu większej dawki stwierdza się stan upojenia alkoholowego. Początkowo zjawia się wzmożone samopoczucie, euforia, słabną hamulce korowe. Tok mowy, układ zdań ulega zaburzeniom i pojawiają się nedorzeczne sformułowania. Jeszcze głębsze upojenie rozpoznaje się po zaburzeniach orientacji, chwiejnym chodzie, nieopanowanych ruchach i nieartykułowanej mowie. Dalsze pogłębienie prowadzi nawet do groźnego dla życia stanu śpiączki. Zwykle jednak w okresie dezorientacji alkoholik zapada w sen, z którego budzi się z poczuciem ogólnego rozbicia, z objawami nieżytu żołądka i jelit, bólami głowy, czyli z przysłowiowym kacem. Ponieważ alkohol stanowi w tym przypadku silny bodziec, chwilowa poprawa stanu ogólnego i samopoczucia skłania alkoholika do ponownego spożycia wódki. W ten sposób wytwarza się odruch warunkowy, który z trudnością tylko ulega wygasaniu.

Częste używanie alkoholu wywołuje alkoholizm przewlekły. Cechuje się on zaburzeniami psychicznymi, powierzchowną, płytką oceną, zaburzeniami uwagi, łatwym męczeniem się i pewnymi zaburzeniami pamięci. Zaznaczają się zmiany charakteru: chory staje się brutalny, bezwzględny i łatwo pobudliwy. W miarę rozwoju choroby zmiany te pogłębiają się i mówi się o psychodegradacji alkoholika.

Społeczne znaczenie alkoholizmu

Alkohol wywiera działanie na każdego pijącego, zwłaszcza zaś na człowieka w okresie rozwoju i wzrostu. Alkoholizm powoduje wiele cierpień psychicznych i fizycznych, a tym samym przyczynia się do wzrostu śmiertelności i obniżenia zdrowotności społecznej. W rodzinach alkoholików częściej niż w innych rodzą się dzieci z padaczką i niedorozwojem umysłowym.

Nadużywanie alkoholu obniża zdolność do pracy, a tym samym wartość oraz poziom produkcji. Alkoholik wskutek niedbalstwa i nieostrożności doprowadza do nieszczęśliwych wypadków, niszczenia materiału i narzędzi zakładu pracy. Wzrost agresywności wywołanej przez alkohol uniemożliwia każdą pracę w grupie, powodując konflikty i zaczepki. Chorzy często opuszczają zajęcia, zwiększają absencję.

Wypadki komunikacyjne na drogach publicznych spowodowane są w większości przypadków przez alkohol. Co rusz pijani ludzie siadają za kierownicę i nie mogąc realistycznie myśleć powodują częste wypadki drogowe. Nierzadkie potrącenia pieszych, w tym wielu dzieci, zawdzięczamy właśnie pijanym kierowcom.

Alkoholik potrzebuje pieniędzy na wódkę i zdobywa je sprzedając po kryjomu sprzęty, ubrania swoje i rodziny. W późniejszym okresie dopuszcza się nawet oszustw, kradzieży, przestępstw. Wyczyny chuligańskie, zakłócenia spokoju publicznego, bójki najczęściej spowodowane są nadużywaniem alkoholu.

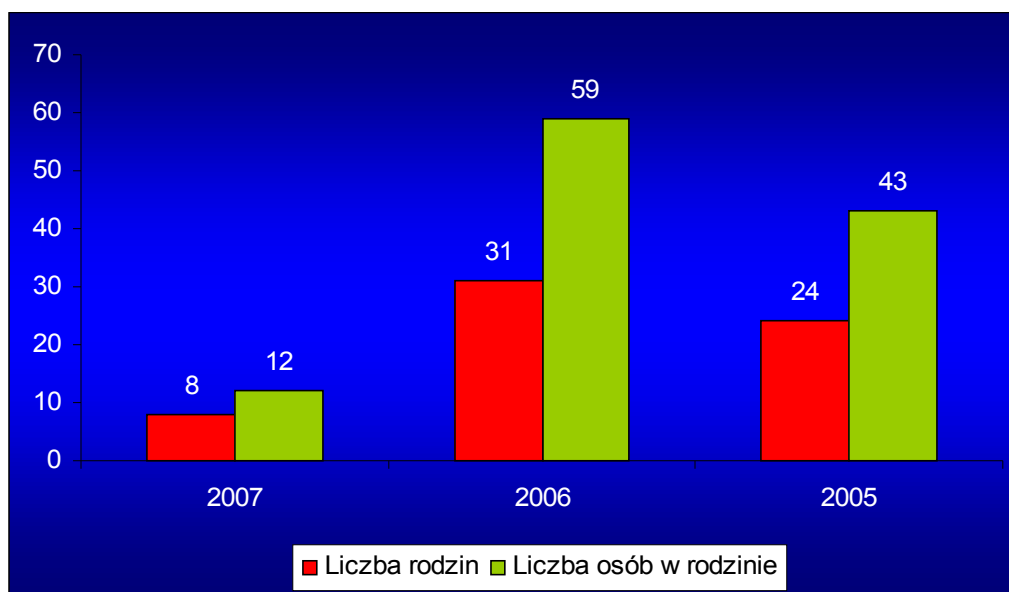
Degradacja psychiczna na tle alkoholizmu prowadzi do zaniku poczucia etycznego i moralnego, co odbija się na rodzinie alkoholika. Większość z nich to źli mężowie i ojcowie. Często wywołują awantury, znęcają się fizycznie i psychicznie nad żoną i dziećmi, deprawują własne potomstwo.

Szczególnie ważnym problemem jest dostępność alkoholu dla dzieci i młodzieży. Wzrasta w szczególności spożycie niskoprocentowych napojów alkoholowych, postrzeganych jako alkohole mało niebezpieczne dla organizmu i społecznie akceptowane. Nadużywanie alkoholu przez młodych ludzi jest także częstym powodem popełnianych przez nich przestępstw, wśród których najczęstszymi rodzajami są rozboje, wymuszenia, uszkodzenia ciała, bójki i pobicia.

Według danych statystycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), w gminie liczącej 10 tysięcy mieszkańców:

1. ok. 2% populacji może być uzależniona od alkoholu – tj. ok. 200 osób,
2. ok. 4% populacji stanowią dorośli żyjący w otoczeniu alkoholika (współmałżonkowie, rodzice) – tj. ok. 400 osób,
3. ok. 4 % populacji to dzieci wychowujące się w rodzinach alkoholików – tj. ok. 400 osób,
4. ok. 5-7% populacji to osoby pijące szkodliwie – tj. ok. 500 – 700 osób.

Rysunek 9. Alkoholizm jako przyczyna przyznawania pomocy przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gryfowie Śląskim w latach 2005 - 2007



Z danych uzyskanych w MGOPS w Gryfowie Śląskim wynika, że liczba rodzin, które zostały objęte pomocą MGOPS z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu, wynosiła w 2005 roku 24, o łącznej liczbie 43 osób w tychże rodzinach. W 2006 było to odpowiednio: 31 rodzin i 59 osób, a w 2007 roku: 8 i 12. Alkoholizm – jako przyczyna udzielania pomocy społecznej przez MGOPS w Gryfowie Śląskim, straciła na znaczeniu w porównaniu do poprzednich lat.

W nowelizacji ustawy z dnia 26 października 1982 r. „O wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi” z dn. 17 kwietnia 1993 r. po raz pierwszy wprowadzone zostało pojęcie gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ustawa nałożyła na gminę obowiązek uchwalania tego programu oraz określiła, że środki finansowe wpływające do budżetu z tytułu opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, mogą być wydatkowane jedynie na realizację ww. programu.

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gryfowie Śląskim prowadziła szereg działań zaplanowanych w Gminnym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii.

Na terenie gminy nie funkcjonowała żadna placówka leczenia odwykowego, jednak mieszkańcy mogą korzystać z:

- stacjonarnej placówki leczenia odwykowego w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu oraz Sieniawce,
- Poradni leczenia Uzależnienia od Alkoholu w Lwówku Śląskim,
- Poradni Pedagogiczno –Psychologicznej w Gryfowie Śląskim,
- Punktu Konsultacyjno – Informacyjnego dla Osób Uzależnionych, Współuzależnionych i Ofiar przemocy w Rodzinie.

Ponadto na terenie gminy funkcjonowała grupa AA, działał telefon zaufania dla osób z problemem alkoholowym oraz punkt konsultacyjny dla osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin.

W ramach profilaktycznych programów szkolnych w 2006 roku zrealizowany został program „Zachowaj trzeźwy umysł”, w którym brało udział 300 uczniów, 20 nauczycieli oraz 120 rodziców. Ponadto przeprowadzono pozaszkolny program pt. „Akcja bezpieczne lato 2006”, w którym brało udział 60 dzieci, 2 nauczycieli i 20 rodziców. Zrealizowano także przedsięwzięcia profilaktyczne opracowane przez młodzież i skierowane do grup rówieśniczych, w których uczestniczyło 60 osób.

W ramach ww. Programu realizowane były także działania z zakresu Edukacji publicznej. Do form działania w tym zakresie należało organizowanie festynów oraz imprez profilaktycznych, akcje plakatowania i rozdawania ulotek, a także brano udział w ogólnopolskich kampaniach społecznych – organizowanie debat, współpraca z mediami.

W Gminie w 2006 roku działało 5 świetlic realizujących program opiekuńczo – wychowawczy.

1.9. Problem uzależnień - narkomania

Coraz szerszego zasięgu – zwłaszcza wśród młodszej populacji - nabiera problem narkomanii. Na problemy związane z narkotykami należy patrzeć szeroko, widzieć je w kontekście problemów powodowanych przez używanie innych substancji psychoaktywnych. Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia wszelkie substancje psychoaktywne- niezależnie od tego, czy legalne, czy nielegalne- są groźne, patrząc na rzecz z perspektywy zdrowia publicznego.

Jak przekonują wyniki badań przeprowadzonych wśród młodzieży, minął czas, kiedy narkotyki stanowiły dla młodych ludzi konkurencyjny model używania substancji psychoaktywnych. Jeszcze w latach siedemdziesiątych używanie narkotyków miało swoje ideologiczne podłoże, związane z ideologią hippisowską, później wpisane było w inne nurty subkulturowe. Używanie narkotyków stanowiło formę kontestacji świata dorosłych, symbolem, którego był alkohol. Dlatego młodzież sięgającą po narkotyki programowo odżegnywała się od alkoholu.

W latach osiemdziesiątych nastąpił proces emancypacji narkotyków. Sięgano po nie bez ideologicznych uzasadnień, tylko dla ich psychoaktywnych właściwości. Obecnie narkotyki stały się elementem kultury młodzieżowej, która już dawno zasymilowała alkohol.

Aktualnie mamy do czynienia bardziej ze współwystępowaniem napojów alkoholowych i narkotyków w indywidualnych i zbiorowych wzorach konsumpcji niż z modelem „konkurencji” różnych substancji.

Używaniu różnych substancji legalnych i nielegalnych towarzyszy interakcja problemów z tym związanych. Jeśli nadmierne picie i narkotyki, występują jednocześnie, wywołują w sumie więcej poważnych problemów. Obserwuje się również interakcyjny wpływ innych czynników, np. stylu życia, czy warunków życiowych. Osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych doświadczają poważnych szkód zdrowotnych, szybko też podlegają procesowi społecznej degradacji.

Narkotyki to potoczne określenie niektórych substancji psychotropowych. Ze względu na potoczność tego słowa, różnice kulturowe, poglądy poszczególnych osób, stan prawny itp. nie ma jednoznacznej definicji, ale zwykle obejmuje ona:

- wszystkie substancje psychotropowe, które aktualnie są nielegalne jest to tzw. "policyjna definicja narkotyku".
- substancje przyjmowane przez niektóre tylko grupy społeczne w celu czasowej zmiany nastroju, przy czym nie są to substancje powszechnie akceptowane w społeczeństwie.

Zwiększa się coraz bardziej dostępność narkotyków, jak też systematycznie obniża granica wieku inicjacji środków odurzających wśród dzieci i młodzieży. Najbardziej rozpowszechnionym narkotykiem wśród młodych ludzi jest marihuana. I chociaż narkotyk ten zaliczany jest do tzw. grupy „miękkich” narkotyków (do których należą także haszysz, amfetamina, extasy), zagrożenie uzależnieniem wcale nie jest

mniej niż w przypadku narkotyków „twardych” (heroina biała lub brązowa, tzw. „brown sugar”). Problem uzależnienia nie sprowadza się wyłącznie do uzależnienia fizycznego, które wywołują narkotyki „twarde”. Najbardziej problemowym aspektem uzależnienia jest właśnie uzależnienie psychiczne, będące skutkiem zażywania „miękkich” narkotyków. Z uzależnieniem fizycznym można sobie poradzić w 1-2 tygodnie, tymczasem z uzależnieniem o podłożu psychicznym walczy się przez co najmniej 1-2 lata w specjalnie przeznaczonych do tego ośrodkach dla narkomanów, a potem jeszcze przez kolejne lata terapii wspierającej.

Największe zapotrzebowanie w przypadku pomocy osobom mających problemy z narkotykami istnieje w niżej wymienionych sferach:

- zwiększeniu ilości świadczonego poradnictwa dotyczącego problematyki uzależnień,
- prowadzeniu terapii indywidualnej i rodzinnej,
- prowadzeniu terapii dla osób eksperymentujących,
- prowadzeniu grup wsparcia dla rodziców,
- poradnictwie prawnym,
- prowadzeniu zajęć alternatywnych dla dzieci i młodzieży.

4 października 2005 r. zaczęła obowiązywać nowa ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Ustawa utrzymuje zapis o karalności za posiadanie narkotyków (do 3 lat więzienia za niewielką ilość substancji niedozwolonych, do 5 lat – za znaczną ich ilość). Jeśli jednak osoba uzależniona, której zarzucono popełnienie przestępstwa, podda się leczeniu odwykowemu w zakładzie opieki zdrowotnej, prokurator będzie mógł zawiesić postępowanie na czas leczenia, a po jego zakończeniu podjąć decyzję o dalszym prowadzeniu postępowania lub jego warunkowym umorzeniu.

Ustawa wprowadza także nowe pojęcie „używanie szkodliwe”, oznaczające „używanie substancji psychoaktywnej powodujące szkody somatyczne lub psychiczne, włączając upośledzenie sądenia lub dysfunkcyjne zachowanie, które może prowadzić do niesprawności lub mieć niepożądane następstwa dla związków z innymi ludźmi”. Zapis ten pozwoli na objęcie leczeniem także osób, które nie są uzależnione, ale używają narkotyków w ten właśnie sposób. Ponadto ustalone zostały kwestie finansowania i realizacji zadań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii oraz programów przeciwdziałania narkomanii na

szczeblu terytorialnym. W ślad za tym ustawa nałożyła na wójta (burmistrza, prezydenta miasta) zadanie przygotowania Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który następnie uchwała rada gminy.

Warto w tym miejscu wskazać, na najważniejsze przyczyny występowania problemów uzależnień wśród młodego pokolenia:

- niewystarczająca wiedza na temat zjawiska narkomanii i uzależnienia alkoholowego; głównymi źródłami informacji o uzależnieniach są media, dopiero na drugim planie pojawiają się szkoła i rodzina;
- łatwy dostęp do narkotyków, zarówno na terenie szkoły jak i poza nią, tj. w miejscach częstych spotkań młodzieży, takich jak dyskoteki, puby, prywatki;
- występowanie problemów szkolnych, rodzinnych i społecznych (brak perspektyw życiowych rodziny, bezrobocie, trudna sytuacja finansowa);
- niezaradność młodzieży w radzeniu sobie z trudami życia codziennego i związana z tym ucieczka w świat uzależnień;
- ciekawość oraz nieświadomość szybkiego uzależniania się od niektórych narkotyków i alkoholu; pragnienie dopasowania się do otoczenia znajomych; podatność młodych ludzi na negatywne wpływy otoczenia;
- brak natychmiastowej reakcji ze strony szkoły i rodziny, spowodowany albo brakiem wiedzy na temat objawów zażywania narkotyków bądź też niewystarczającym zainteresowaniem dorastającym dzieckiem; szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest skala inicjacji alkoholowej w towarzystwie i za aprobatą rodziców.

W gminie Gryfów Śląski stwierdzono przypadki narkomani i była to jedna z przyczyn przyznawania pomocy przez MGOPS. W 2005 z powodu narkomanii pomoc otrzymały 4 rodziny, a w nich 11 osób, w 2006 były to odpowiednio 4 rodziny i 16 osób, a w 2007 roku liczba spadła do 2 rodzin, a w nich 6 osób.

II MISJA

Misja to zwięzłe, realistyczne sformułowanie filozofii, celów i zasad rozwoju strategicznego uwzględniające identyfikację podstawowych problemów oraz wyniki analizy SWOT.

Misja gminy w sferze polityki społecznej:

**OPRACOWANIE INSTYTUCJONALNYCH, ORGANIZACYJNYCH
I FINANSOWYCH INSTRUMENTÓW UMOŻLIWIAJĄCYCH WDRAŻANIE
PROGRAMÓW POZWALAJĄCYCH NA SKUTECZNE:**

- REDUKOWANIE ZJAWISKA UBÓSTWA.
 - WSPARCIE RODZINY,
- ZMIEJSZENIE ZJAWISKA BEZROBOCIA
 - WSPARCIE OSÓB BEZROBOTNYCH
- WSPARCIE OSÓB STARSZYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
 - PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM

III. GMINNA STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

Narzędziem realizacji zadania zaspokajania zbiorowych potrzeb społecznych wspólnoty samorządowej jest polityka społeczna, która powinna być dostosowana do potrzeb i uwarunkowań lokalnej społeczności. W ślad za tym problemy takie jak: trudna sytuacja gospodarcza, problem bezrobocia, rosnąca dysfunkcjonalność rozbitych rodzin, niska aktywność społeczna mieszkańców gminy oraz problemy wywoływane trudnościami adaptacyjnymi młodzieży i osób niepełnosprawnych dały podstawę do wytypowania wśród strategicznych celów polityki społecznej działania na rzecz redukcji ubóstwa, wsparcia rodziny, osób niepełnosprawnych i młodego pokolenia.

3.1 Działania mające na celu redukcję ubóstwa

Metodą przeciwdziałania powstawaniu i rozszerzaniu się ubóstwa jest osiąganie możliwie najwyższego wzrostu produktu narodowego i wprowadzenie mechanizmów, które w warunkach prowadzenia aktywnej polityki społecznej zapewniałyby sprawiedliwy podział tego produktu.

Ważna jest skala poczynań lokalnych, zależnych w wielkiej mierze od inicjatywy samorządu terytorialnego i lokalnych i ponadlokalnych organizacji pozarządowych, a także aktywności obywatelskiej w organizacjach charytatywnych. Strategia aktywnego przeciwdziałania ubóstwu musi stanowić integralny element polityki społeczno-gospodarczej państwa, samorządów i władz lokalnych. Głównym sposobem ograniczenia ubóstwa jest.

- zmniejszanie bezrobocia przez tworzenie nowych miejsc pracy i aktywizację zawodową ludzi ubogich.
- aktywna polityka rynku pracy, umożliwiająca przejściową aktywizację bezrobotnych.
- odbiurokratyzowanie urzędów pracy, poświęcenie znacznie większych środków na aktywizującą pomoc.
- Zadaniem gminy winno być nasilenie działań ułatwiających podniesienie dochodów między innymi przy wykorzystaniu możliwości ośrodka pomocy społecznej, urzędu pracy oraz organizacji pozarządowych. Przede wszystkim

należy stworzyć takie warunki, aby praca i dochody z niej wzięły prymat nad zasiłkami.

- Polityka walki z ubóstwem powinna obejmować zwalczanie okoliczności sprzyjających pojawianiu się bądź jego utrwalaniu. Powinna rozwijać system różnorodnych świadczeń, które mogą ale nie muszą doprowadzić do trwałej poprawy położenia poszczególnych kategorii ludzi .
- Praca socjalna, która może przyczynić się do łagodzenia następstw ubóstwa.

3.2. Wspieranie kompetencji opiekuńczo-wychowawczych i warunków funkcjonowania rodzin.

Zadaniem polityki społecznej gminy jest wspieranie najbardziej skutecznych form pomocy osobom, które z różnych przyczyn nie funkcjonują poprawnie. Naturalnym środowiskiem, w którym jednostka słabsza może znaleźć oparcie jest rodzina. Dotyczy to zarówno osób dotkniętych chorobą, niepełnosprawnością, uzależnieniem, jak i osób starszych.

Rodzina jest niezbędnym czynnikiem rozwoju osobowości jednostki oraz miejscem kształtowania i zaspokajania jej podstawowych potrzeb biologicznych, psychologicznych i społecznych. Najważniejszą rolą rodziny, jaką ta spełnia w społeczeństwie, jest jej funkcja wychowawcza i opiekuńcza wobec dzieci. To właśnie w obrębie sfery wychowawczej dziecko powinno zaspokajać naturalną potrzebę kontaktów emocjonalnych, potrzebę bezpieczeństwa, kontaktów społecznych, przynależności grupowej, uznania społecznego, nabywania samodzielności, a także potrzeby w zakresie doznań estetycznych i poznawczych.

W konsekwencji utraty rodziny, dezorganizacji jej struktury lub nie wypełniania przez rodzinę jej funkcji, głównie emocjonalnych i wychowawczych, podstawowe warunki, od których zależy prawidłowy rozwój człowieka, zostają zaburzone. Zakłócony zostaje normalny tok rozwoju psychicznego i społecznego. Natomiast rodzina, nie pełniąca swych podstawowych funkcji wobec dziecka, nie zaspokajająca jego potrzeb psychicznych i społecznych, boryka się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi o różnym natężeniu.

Dlatego też wydaje się szczególnie zasadne przyjęcie jako priorytetowego celu polityki społecznej - wspieranie opiekuńczej i wychowawczej roli rodziny.

Dążenie do tego celu będzie wymagało:

- wspierania rodziny w jej rozwoju i stwarzaniu odpowiednich warunków dla rozwoju dzieci, udzielania pomocy w przezwyciężaniu trudności materialnych i problemów opiekuńczo-wychowawczych (terapia, poradnictwo, praca socjalna, pomoc w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych w placówkach wsparcia dziennego).
- tworzenia sieci poradnictwa prawnego, pedagogicznego i psychologicznego dla dzieci, młodzieży i rodziców;
- kreowania rozwiązań służących godzeniu ról zawodowych z rodzinnymi, rozwój placówek opieki nad dziećmi w celu podnoszenia aktywności zawodowej i społecznej osób dorosłych;
- udzielania pomocy rodzinom ubogim oraz zagrożonym ubóstwem, tworzenie systemu pomocy celowej i stypendialnej dla dzieci i młodzieży z takich rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci niepełnosprawnych, oraz dalszego usprawniania dożywiania w szkołach;
- zapewnienia równych szans w nauce dzieciom rozpoczynającym naukę;
- dalszego podnoszenia poziomu nauczania, podwyższania kwalifikacji zawodowych przez nauczycieli, wspierania uczniów szczególnie uzdolnionych, organizowania zajęć pozalekcyjnych, rozwijania nowoczesnych warunków nauczania, animowania aktywnych form i działań wychowawczych oświaty;
- wprowadzania elementów pedagogiki resocjalizacyjnej w odniesieniu do młodzieży nieprzystosowanej społecznie;
- przeprowadzenia diagnozy na temat nadużywania alkoholu i środków odurzających wśród dzieci i młodzieży; rozwijania profilaktyki uzależnień poprzez rozwijanie sieci świetlic środowiskowych i socjoterapeutycznych, wprowadzania do programów szkolnych tematów promujących zdrowy styl życia;
- wspierania opieki zdrowotnej i edukacyjnej nad dziećmi niepełnosprawnymi – stworzenie warsztatu terapii zajęciowej;
- poprawy infrastruktury sportowej oraz rozwijania sieci placówek o charakterze kulturalnym i rekreacyjnym, stwarzających warunki dla aktywności młodego pokolenia;

- przeciwdziałania przemocy fizycznej i psychicznej wobec dzieci i dorosłych członków rodziny (zwłaszcza wobec kobiet, osób niepełnosprawnych i osób starszych);
- kreowania programów zmierzających do utworzenia interdyscyplinarnej sieci pomocy opierającej się na współpracy takich instytucji jak szkoły, poradnie, policja, sądy, służba zdrowia.

3.3. Budowa systemu wsparcia dla osób niepełnosprawnych i starszych.

Osoby niepełnosprawne w dążeniu do osiągnięcia własnych życiowych celów i warunków życia porównywalnych do tych, które osiągają osoby zdrowe, potrzebują znacznego wsparcia ze strony społeczeństwa. Za wiele obszarów rzutujących na jakość życia tych osób odpowiadają władze lokalne.

Polityka społeczna wytyczająca kierunki działań wobec problemu niepełnosprawności

powinna opierać się na Standardowych Zasadach ONZ, mówiących o odpowiedzialności państwa wobec osób niepełnosprawnych i formułujących wytyczne w zakresie polityki dotyczącej niepełnosprawności. Zasady te nie są normami prawa w sensie obligatoryjnym, jednakże mogą służyć jako podstawa opracowania perspektywicznej polityki eliminującej ryzyko dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Spośród 22 Zasad na szczególną uwagę zasługują te, które w pierwszej kolejności powinny być wprowadzone w życie, tj.:

- ❑ budzenie świadomości (zasada 1),
- ❑ dostępność (zasada 5);
- ❑ kreowanie polityki i planowanie (zasada 14),
- ❑ organizacje osób niepełnosprawnych (zasada 18),
- ❑ szkolenie personelu (zasada 19).

Przy konstruowaniu wytycznych polityki należy uwzględnić również działania Unii Europejskiej na rzecz osób niepełnosprawnych, tj.:

- walka z dyskryminacją, przeciwdziałanie negatywnym postawom społecznym,
- zatrudnianie wolne od dyskryminacji,

- likwidacja i tworzenie miejsc pracy, użyteczności publicznej bez barier architektonicznych,
- wsparcie w edukacji i uzyskaniu niezależnego życia.

W świetle powyższego gminna polityka społeczna wobec grup defaworyzowanych, tj. osób niepełnosprawnych i osób starszych powinna zakładać podejmowanie następujących kierunków działań:

- przeprowadzenie diagnozy na temat rozmiarów i rodzajów niepełnosprawności oraz warunków życia osób niepełnosprawnych oraz ich rodzin (sporządzenie bazy danych o osobach niepełnosprawnych, przeprowadzanie cyklicznych badań dot. standardu i jakości życia);
- wspieranie rodzin osób niepełnosprawnych, umożliwiające swobodne i niezależne funkcjonowanie w środowisku społecznym;
- zapewnienie pełnej opieki osobom niepełnosprawnym z umożliwieniem pozostawienia ich w środowisku rodzinnym.
- rozwijanie systemu opieki usługowej i pielęgnacyjnej w miejscu zamieszkania dla osób potrzebujących, pozbawionych wsparcia ze strony rodziny lub gdy wsparcie to jest wyraźnie ograniczone i niewystarczające; rozwijanie zindywidualizowanych form wsparcia i usług dla rodzin lub poszczególnych członków opiekujących się niesamodzielną osobą niepełnosprawną (promowanie wolontariatu);
- poradnictwo na rzecz rodzin z osobą niepełnosprawną oraz doskonalenie pracy socjalnej; rozwijanie lokalnej infrastruktury informacyjnej, edukacyjnej, doradczej i terapeutycznej wspomagającej rodzinę w rozumieniu i rozwiązywaniu problemów związanych z niepełnosprawnością;
- aktywizacja zawodowa i integracja lokalna osób niepełnosprawnych, aktywizacja społeczna osób starszych; wspieranie działań zwiększających liczbę miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych; inicjowanie i wspieranie programów zwiększających udział bezrobotnych osób niepełnosprawnych w aktywnych formach podnoszenia kwalifikacji, zwłaszcza wśród osób młodych i długotrwale pozostających bez pracy; zbieranie informacji i tworzenie bazy danych tzw. dobrych przykładów aktywizacji zawodowej i rozwiązywania problemów bezrobocia osób niepełnosprawnych;

- włączanie wolontariuszy i bezrobotnych w działania pomocowe dla osób niepełnosprawnych;
- promowanie i premiowanie działań zogniskowanych na wczesnej ochronie miejsc pracy i przeciwdziałaniu porzuceniu zatrudnienia przez niepełnosprawnych;
- sprzyjanie powstawaniu/rozwojowi organizacji pozarządowych działających na rzecz aktywizacji ekonomicznej osób niepełnosprawnych oraz wspieranie podmiotów zatrudniających osoby niepełnosprawne;
- ochrona bezpieczeństwa socjalnego osób niepełnosprawnych i seniorów;
- zabezpieczenie realizacji prawa do nauki dla dzieci młodzieży niepełnosprawnej;
- umożliwienie nauki osobom niepełnosprawnym w systemie ponadgimnazjalnym oraz przygotowanie oferty edukacyjno-szkoleniowej dla niepełnosprawnych dorosłych; rozwój zróżnicowanych form edukacji osób niepełnosprawnych, zwłaszcza kształcenia integracyjnego;
- rozwijanie metod i programów integracji niepełnosprawnych w środowisku rówieśniczym, w tym ze szczególnym uwzględnieniem procesu edukacyjnego; wspieranie imprez integracyjnych o charakterze sportowym i kulturalnym;
- przygotowanie i realizacja kampanii edukacyjno-informacyjnych na rzecz zmiany stereotypowych wyobrażeń i uprzedzeń wobec osób niepełnosprawnych;
- dostosowanie obiektów szkolnych dla potrzeb osób niepełnosprawnych oraz likwidacja barier architektonicznych i wyposażenie szkół w sprzęty i urządzenia wspierające samodzielność uczniów niepełnosprawnych.
- utworzenie warsztatu terapii zajęciowej dla osób niepełnosprawnych;
- tworzenie niezbędnych udogodnień konstrukcyjnych ułatwiających osobom niepełnosprawnym przemieszczanie się w środowisku lokalnym; odpowiednie oznakowanie w miejscach parkingowych, przy podjazdach, w budynkach użyteczności publicznej, itp.
- tworzenie warunków dla aktywności kulturalnej i sportowo-rekreacyjnej osób niepełnosprawnych; dofinansowywanie udziału w aktywności kulturalnej i sportowej osób niepełnosprawnych o niskim statusie materialnym;

- promowanie/wspieranie lokalnych inicjatyw zmierzających do tworzenia warunków funkcjonowania stowarzyszeń sportowych zrzeszających osoby niepełnosprawne;
- popularyzowanie zdrowego trybu życia i sposobów zapobiegania chorobom, przestrzeganie przed skutkami nałogów; diagnoza rozmiarów dewiacji i patologii wśród niepełnosprawnych; zapobieganie i leczenie uzależnionych osób niepełnosprawnych;
- poszerzanie oferty i wspieranie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych; wspieranie profilaktyki zdrowia psychicznego osób niepełnosprawnych;
- wczesne diagnozowanie oraz ograniczanie skutków niepełnosprawności.

Budzenie świadomości na temat konieczności integracji społecznej to proces długotrwały, który powinien zacząć się wraz z procesem edukacji człowieka. Gwarantowałby wówczas postrzeganie osób niepełnosprawnych, chorych i starszych jako pełnoprawnych partnerów życia publicznego.

Realizację ww. celów należy rozpocząć równocześnie poprzez kampanię społeczną dotyczącą problemów osób niepełnosprawnych oraz działania zmierzające do likwidacji barier architektonicznych. Wskazane jest opracowanie mapy barier architektonicznych w miejscach publicznych oraz rozpoczęcie ich stopniowego i systematycznego likwidowania.

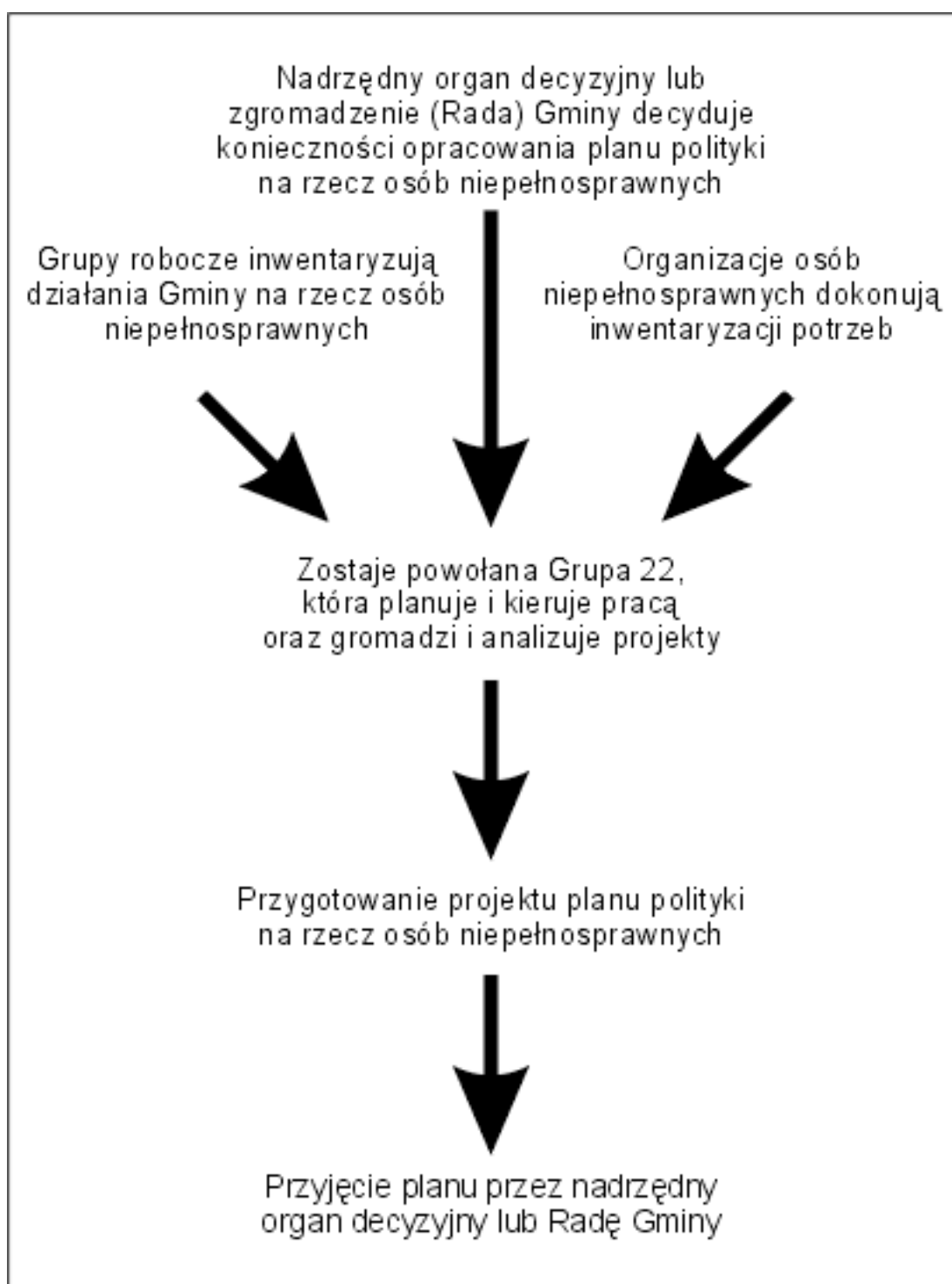
Specjalny punkt ciężkości powinien być położony na aktywizację zawodową osób niepełnosprawnych i tworzenie dla nich miejsc pracy zarówno w organizacjach publicznych jak i prywatnych. Niezbędne w tym celu jest podejmowanie aktywnych zabiegów o pozyskiwanie funduszy z różnych źródeł programowych (zarówno rządowych jak i pozarządowych).

Z uwagi na wyraźny deficyt organizacji o charakterze pozarządowym, wskazane są promocja i krzewienie rozwoju powyższej formy aktywności organizacyjno-społecznej na rzecz osób niepełnosprawnych.

Wymienione wyżej działania prowadzone w sposób kompleksowy pozwolą stworzyć dogodne warunki życia i rehabilitacji osobom niepełnosprawnym.

Zadanie wdrożenia planu polityki na rzecz osób niepełnosprawnych musi być umiejscowione pod zarządem najwyższego organu decyzyjnego lub zgromadzenia

powołującego Grupę Agenda 22. Praca nad planem może być zorganizowana następująco:



3.4. Program przeciwdziałania problemom uzależnień, tj. alkoholizmowi, narkomanii i lekomanii, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży szkolnej.

Programy adresowane do osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem powinny obejmować programy pomocy specjalistycznej, ukierunkowane na niwelowanie bezpośrednich skutków działania substancji psychoaktywnych na osobę, jej najbliższych i krewnych oraz wspierające proces wychodzenia z uzależnienia. Ważnym elementem programowym jest profilaktyka, w tym także cykliczne diagnozowanie skali problemów uzależnień wśród społeczności lokalnej. W dążeniu do realizacji ww. programu należy uwzględnić następujące działania:

- poradnictwo w zakresie leczenia; udzielanie pomocy medycznej (detoksykacja) oraz pomocy psychologiczno-terapeutycznej w procesie motywowania do podjęcia leczenia, w trakcie terapii uzależnienia, jak też po jej zakończeniu - poprzez wzmacnianie efektów leczenia (tworzenie grup wsparcia);
- informowanie o mechanizmach i konsekwencjach uzależnień;
- diagnozowanie grup ryzyka;
- opracowanie i wdrożenie programu działań z grupami ryzyka;
- tworzenie i realizacja programów edukacyjnych promujących zdrowy styl życia.

Wytyczne dla działań przeciwdziałających problemom uzależnień wśród dzieci i młodzieży.

Zmiana postaw młodych ludzi oraz negatywnych wpływów otoczenia, będących przyczyną patologicznych zachowań powinny być dokonywane poprzez wprowadzanie na szeroką skalę działań profilaktycznych. Zmiany te, aby były skuteczne, muszą swym zasięgiem objąć wszystkie elementy otoczenia młodych ludzi, tj. rodzinę, grupę rówieśniczą, szkołę oraz społeczność lokalną (**programy całościowe**). Ponadto wszelkie działania, podejmowane w kierunku zapobiegania uzależnieniom, powinny łącznie przewidywać trzy rodzaje przedsięwzięć programowych: programy edukacyjno-informacyjne, programy rozwojowo – alternatywne; programy kompensacyjno - wzmacniające. Wybiórcze podejście do

problemu, bez zrozumienia i uwzględnienia wspierających się nawzajem wszystkich trzech bloków programowych, znacznie obniża skuteczność działań profilaktycznych.

- **Programy edukacyjno-informacyjne.** Celem przewodnim powyższych programów powinno być dostarczenie dzieciom, rodzicom oraz nauczycielom gruntownej wiedzy na temat alkoholu i narkotyków oraz niebezpieczeństwach jakie ze sobą niosą. Programy edukacyjne kierowane do rodziców i nauczycieli powinny przewidywać nauczanie sposobów, jakimi mogą oni zwiększyć swój wpływ i siłę oddziaływania na dzieci.
- **Programy rozwojowo-alternatywne.** W opinii młodzieży, alkohol i narkotyki są niejednokrotnie jedynym atrakcyjnym sposobem organizowania sobie czasu wolnego. Przekonanie to wynika z braku atrakcyjnych ofert kulturalnych kierowanych do dzieci i nastolatków. W tej sytuacji, podejmowanie działań wyłącznie w obrębie pierwszego bloku programowego nie przyniesie pożądanych zmian, ponieważ środki te nie będą w stanie konkurować z rzeczywistością nastolatka. Dlatego też istnieje głęboka potrzeba zaoferowania szerokiego wachlarza programów rozwojowych, które staną się „alternatywą dla narkotyków” i tym samym stworzą szansę atrakcyjnego sposobu spędzania czasu oraz warunki rozwijania własnych zainteresowań.
- **Programy kompensacyjno-wzmacniające.** Celem działań realizowanych w ramach programów kompensacyjno-wzmacniających powinno być budowanie poczucia własnej wartości, wyrabianie odporności na stres, nauczanie prawidłowej komunikacji, nabywanie umiejętności podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów oraz zwiększenie wiedzy o szkodliwym działaniu środków uzależniających.

Dobry program profilaktyczny powinien zatem:

- ❑ **angażować** nie tylko grupę rówieśniczą, ale także jej otoczenie, tj. rodziców i nauczycieli;
- ❑ **dostarczać informacji** nt. alkoholu, narkotyków i uzależnień zarówno uczniom, ich rodzicom, jak i nauczycielom;
- ❑ **mieć interesującą i różnorodną formę**, angażującą i aktywizującą wszystkich uczestników programu;

- ❑ **uczyć umiejętności społecznych.**

Aktorzy	Formy zaangażowania
Szkoły	▶ Poprawienie wizerunku szkoły poprzez postrzeganie jej jako miejsca przyjaznego dziecku, ze szczególnym uwzględnieniem wychowawczej roli szkoły. ▶ Wprowadzenie ścieżek międzyprzedmiotowych (tematy profilaktyczne mogą i powinny przewijać się na każdej z lekcji); wychowanie prozdrowotne. ▶ Informowanie na temat łatwości uzależnienia, płynących z niego zagrożeń, wpływu narkotyków na organizm, zwłaszcza na układ nerwowy i zdolność uczenia się, możliwościach leczenia oraz instytucjach niosących pomoc osobom uzależnionym, zagrożonym uzależnieniem oraz ich rodzinom; działalność prelekcyjno-szkoleniowa. ▶ Szeroka współpraca szkoły z rodziną, połączona z angażowaniem rodziców do określonych działań wychowawczych (wspólne spotkania rodziców i młodzieży, prowadzone przez specjalistów i dotyczące problematycznych tematów). Dostarczenie wiedzy rodzicom i zwiększanie umiejętności wychowawczych rodziców w stosunku do własnych dzieci. ▶ Aktywna reakcja szkoły na przejawy patologii. Częstym zjawiskiem w szkołach jest ukryta tolerancja dla przejawów patologii. Konieczne w takich sytuacjach są zintegrowane kroki zarówno w obrębie samej szkoły jak i poza nią, tzn. we współpracy z instytucjami pozaszkolnymi. ▶ Konieczność współpracy szkół z policją w zakresie nowych

metod i testów do wykrywania narkotyków w organizmie, sposobów rozprowadzania narkotyków, specyfiki wpływu i manipulacji, które stosują dealerzy.

- ▶ **„Kolorowe szkoły”**. W szkołach o ciekawym i estetycznym wystroju, kolorowych ścianach, ubarwianych także przez samych uczniów, nauka z pewnością byłaby o wiele przyjemniejsza. Programy profilaktyczne powinny przewidywać także ten element, ponieważ już od dawna udowodniony został wpływ kolorów na psychikę.
- ▶ **Nauczyciel – profilaktyk**: twórcze podejście do tematu, nauczanie metodami aktywizującymi, budowanie grupy, motywowanie uczniów przez zwracanie uwagi na ich mocne strony, udzielanie wszechstronnych wyjaśnień); w sytuacji gdy – zwłaszcza w małych miejscowościach brakuje specjalistów – działaniami profilaktycznymi powinni zająć się pedagog lub nauczyciel mający dobry kontakt z młodzieżą.
- ▶ **Organizowanie przez specjalistów psychologów terapii grupowych na terenie szkół, w których występują nasilone zjawiska patologii**. Propozycja stworzenia na terenie szkoły grup terapeutycznych o szczególnie atrakcyjnej i przyciągającej formie, prowadzonych przez osoby o charyzmatycznym usposobieniu.
- ▶ **Aktywne role pedagogów i psychologów szkolnych** koordynujących działania wychowawcze oraz diagnozujących istnienie na terenie szkoły problemów uzależnień. Zaleca się także przeprowadzenie szeregu zajęć z zakresu umiejętności społecznych;
- ▶ **Edukacja w zakresie bardziej przystosowawczych form radzenia sobie** z problemami – kursy radzenia sobie ze stresem, usprawnianie komunikacji interpersonalnej, kursy radzenia sobie z

negatywnymi emocjami. Wzmacnianie asertywnych zachowań, pewności siebie i samoakceptacji.

- ▶ **Pedagog szkolny powinien** być osobą, która przekonuje pozostałych pracowników szkoły do podjęcia jak najwcześniejszych kroków interwencyjnych. W obliczu niepokojących impulsów, powinien, oprócz działań wewnątrzszkolnych, podjąć szybką współpracę z odpowiednimi instytucjami pozaszkolnymi.
- ▶ **Poprawienie komunikacji** pomiędzy samymi dziećmi, rodzicami a dziećmi oraz pomiędzy dziećmi a nauczycielami.
- ▶ **Łączenie programu nauczania z życiem.** Nauczyciel powinien dokonywać interpretacji powierzonego mu do realizacji programu, tak aby uczeń kojarzył go z szeroko pojętym życiem. Szkolenie nauczycieli w zakresie metod mówienia o narkotykach, z uwzględnieniem młodzieżowych slangów i kodów językowych, w sposób pozbawiony monotonii i aspektów moralizatorstwa. Budowanie autorytetu poprzez kompetentne wypowiedzi na temat środków psychoaktywnych.
- ▶ **Programy w szkołach dotyczące inteligencji emocjonalnej,** umiejętnego wyrażania i zarządzania emocjami, nauczycielskie programy na lekcjach wychowawczych. Angażowanie uczniów w prowadzenie lekcji i układanie jej problematyki wzmacniające poczucie wpływu. Pozwala to na pełniejsze dostosowanie problematyki lekcji do potrzeb uczniów, umacnia poczucie wpływu na program nauczania, jak również poczucie kompetencji ucznia – zarówno nauczyciel jak i uczeń są ekspertami w różnych dziedzinach i mogą razem współtworzyć program.
- ▶ **Właściwa realizacja lekcji wychowawczych.** Możliwość organizowania przez szkołę kursów psychologicznych, które

	zachęciłyby nauczycieli do poważniejszego traktowania roli wychowawcy. ▶ Stworzenie interesującej oferty zajęć pozalekcyjnych, np. klubów sportowych, kółek teatralnych, itp. ▶ Szkoły liderów – uczenie i szkolenie uczniów samodzielnej aktywizacji, samodzielnego organizowania się w grupy zainteresowań. Próba stworzenia na terenie szkoły Młodzieżowego Centrum Inicjatyw Obywatelskich (Społecznych), stanowiącego alternatywną i angażującą formę spędzania czasu, którego przewodnim celem byłoby rozpowszechnienie idei pomagania innym. Angażowanie uczniów do tworzenia programów profilaktycznych z wykorzystaniem środków takich jak teatr, performance, wystawy, koncerty.
Rodzina	▶ Rodzice powinni być głównym filarem każdego programu profilaktycznego. Oczekiwanie, że wszystkim zajmą się szkoły, nauczyciele i specjaliści od rozwiązywania problemów uzależnień jest zwykłą próbą pozbycia się problemu. Z tym podstawowym faktem trzeba dotrzeć do jak najszerszej rzeszy rodziców. Dużą rolę w procesie przekazywania tej informacji mają do odegrania szkolni wychowawcy, pedagodzy, pracownicy socjalni, organizacje pozarządowe i media. Rodzice powinni aktywnie uczestniczyć w programach profilaktycznych, stale współpracować z pracownikami szkoły i jak najwcześniej interweniować w sytuacjach, które grożą powstaniem i rozwojem problemów alkoholowych i narkotykowych. ▶ Zaleca się szkolenie rodziców w rozpoznawaniu symptomów zatrucia, jak również konieczność szerokiej kampanii informacyjnej na temat specjalistów, do których można się kierować, placówek leczenia uzależnień, placówek pedagogiczno-psychologicznych, oddziałów detoksykacyjnych, oddziałów

	psychiatrycznych, telefonów zaufania. ▶ Zwrócenie uwagi rodziców na fakt, że inicjacja alkoholowa odbywa się w domu rodzinnym i za aprobatą rodziców. Uczenie rodziców sposobów tłumaczenia i wyjaśniania, czym jest alkohol w naszej kulturze. Uświadamianie rodzicom niebezpieczeństw związanych z wczesną inicjacją alkoholową. ▶ Możliwość stworzenia grupy samopomocowej. Rodzice dzieci dotkniętych problem uzależnienia, poprzez uczestnictwo w takiej grupie, mogliby lepiej zrozumieć zachowania swoich dzieci i odpowiednio na nie wpływać. Grupa samopomocowa mogłaby się spotykać w szkole, ośrodku pomocy społecznej, organizacji pozarządowej lub innym dostępnym i wolnym w godzinach popołudniowych miejscu. Praca z rodzicami w obrębie powyższej grupy powinna być koordynowana przez specjalistę, np. psychologa, pedagoga lub pracownika socjalnego. ▶ Konieczność edukacji rodziców na temat ochrony dzieci przed lekami, co jest podyktowane faktem, że dzieci po raz pierwszy stykają się z lekami w domu i najczęściej podbierają je rodzicom.
MGOPS	▶ Kreatywna rola pracowników socjalnych wpływających na kształt lokalnej polityki społecznej, proponujących śmiało i nowatorskie podejście do problemu uzależnienia. ▶ Organizowanie w szkołach prelekcji na temat narkomanii i alkoholizmu; Rozprowadzanie broszurek i ulotek profilaktyczno-prewencyjno-edukacyjnych w miejscach publicznych, tj. szkołach, instytucjach i organizacjach miejskich, budynkach mieszkalnych, sklepach, przychodniach itp. ▶ Aktywna rola pracownika socjalnego zachęcającego

	społeczność lokalną do walki i zapobiegania problemom uzależnień; organizującego np. grupę nacisku złożoną z rodziców, nauczycieli oraz władz lokalnych, która przekonałaby media do stworzenia telewizyjnych programów profilaktycznych.
Media lokalne	▶ Kampania informacyjna na temat tego gdzie i jak można się leczyć w przypadku wystąpienia problemów związanych z alkoholem i narkotykami; organizowanie audycji, programów, reportaży itp. dotyczących narkomanii i alkoholizmu. ▶ Wychowawczy charakter mass mediów; konieczność wykorzystania wiedzy dotyczącej psycho- i socjotechnik w celu podniesienia atrakcyjności przekazów. Przekazywane treści powinny być bardzo dynamiczne, oparte głównie na obrazie, przekazujące oprócz komunikatów ściśle wychowawczych także treści związane z rozrywką. ▶ Media jako grupa nacisku wobec władz lokalnych, szkół i pracowników socjalnych, mobilizująca do podjęcia działań profilaktycznych.
Władze lokalne	▶ Konieczność ciągłego monitorowania stopnia uzależnień społecznych. Zaleca się przeprowadzenie corocznego badania na temat postaw wobec alkoholu wśród dzieci i młodzieży oraz osób powyżej 18 roku życia. ▶ Kontrola rynku napojami alkoholowymi, zwłaszcza w kontekście przestrzegania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim. ▶ Prowadzenie cyklicznych szkoleń sprzedawców napojów alkoholowych, ze szczególnym uwzględnieniem zakazu sprzedaży i podawania alkoholu nieletnim i nietrzeźwym. ▶ Prowadzenie całorocznych działań profilaktycznych i interwencyjnych ze szczególnym uwzględnieniem następujących terminów: „pierwszy dzień wiosny”, koniec roku

	szkolnego, okolicznościowe imprezy (np. andrzejki, studniówka), wakacje i ferie zimowe.
NGO's (Organizacje pozarządowe)	▶ Działania z własnej inicjatywy w kierunku rozwiązywania problemów dotyczących uzależnień; siłą tych organizacji są ludzie kreatywni i dobrej woli; ▶ Współpraca z instytucjami samorządowymi w zakresie profilaktyki uzależnień; ▶ Prowadzenie grup terapeutycznych dla dzieci dotkniętych uzależnieniem oraz ich rodziców; organizowanie w/w grup samopomocowych. ▶ Kampanie informacyjne i profilaktyczne na terenie szkół i poza nią, np. w mediach.

3.5. Zgodność celów Gminnej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych z polityką społeczną państwa.

Sformułowane powyżej priorytetowe cele polityki społecznej gminy Gryfów Śląski uwzględniają rekomendacje znajdujące się w:

- ❑ Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski do 2010 r.;
- ❑ Krajowym Planie Działania na rzecz Integracji Społecznej na lata 2004 – 2006 r.;
- ❑ Narodowym Planie Rozwoju 2004 – 2006.

Proces budowania strategii powinien być zintegrowany z całą społeczną i socjalną polityką gminy i aby przyniósł sukces, można sformułować kilka warunków podnoszących prawdopodobieństwo sukcesu. Są to:

- właściwe zdefiniowanie struktury problemu,
- dobra znajomość dostępnych zasobów ludzkich i instytucjonalnych,

- dobra orientacja na temat wcześniejszych i aktualnie realizowanych działań i programów,
- skuteczny lobbying,
- rzeczywista obecność reprezentantów wielu lokalnych instytucji już na etapie planowania lokalnej strategii,
- sformułowanie jasnych, realistycznych celów i oczekiwanych rezultatów działań,
- ustalenie precyzyjnego harmonogramu realizacji zaplanowanych działań z jednoznacznym określeniem osób i instytucji odpowiedzialnych za ich realizację,
- regularne spotkania między realizatorami, organizowane przez wybranego w dowolny sposób koordynatora,
- zadbanie o społeczną widoczność i akceptację przyjętej przez gminę strategii.

Proces budowania każdej dobrej strategii, można oceniać z punktu widzenia jej właściwości etycznych, sprawnościowych, bądź estetycznych. W przypadku budowania strategii lokalnej, do najważniejszych kryteriów sprawnościowych, czyli praktycznych walorów działania należeć będą:

- Celowość, o której można mówić wówczas, gdy w następstwie podjętych działań, zaplanowane wcześniej cele strategiczne zostaną osiągnięte.
- Racjonalność, która w tym przypadku odnosi się do wiedzy o przebiegu i następstwie zdarzeń i wykorzystania tej wiedzy w procesie przygotowywania strategii.
- Ekonomiczność, wyraża się relacji pomiędzy nakładami umożliwiającymi podjęcie działań, a jego efektami.

IV. UWAGI KOŃCOWE

Rozwiązywanie problemów społecznych ma charakter długofalowy, dlatego też wyrażona w Gminnej Strategii Polityki Społecznej konstrukcja celów i zadań przeznaczonych do realizacji jest jak najbardziej celowa i uzasadniona. Zdiagnozowanie i wybór ww. priorytetów nie należy traktować statycznie. Zmieniające się uwarunkowania zarówno w skali kraju, jak też środowiska lokalnego mogą wymagać sformułowania nowych odpowiedzi i celów. Strategię należy traktować jako proces otwarty, poddawany okresowym weryfikacjom i aktualizacjom, dlatego też niezbędne jest monitorowanie przebiegu strategii.

Podstawowym celem monitorowania jest dostarczenie wiarygodnych informacji przydatnych do oceny i ewentualnej modyfikacji podjętych działań, inaczej mówiąc, monitorowanie służy ewaluacji strategii.

Ten ogólny cel znajduje konkretyzacje w postaci pytań, na które odpowiedzi mogą się przyczynić do oceny strategii zarówno na poziomie celów, jak i doboru środków ich realizacji. Pytania te pogrupować można w trzy zasadnicze obszary zagadnień:

1. Zmiany w procesie realizowanej strategii.
2. Dynamika aktywności realizowanej strategii i zasobów wykorzystywanych w ramach strategii
3. Zmiany lokalnego kontekstu społecznego, ekonomicznego oraz odbioru podejmowanych działań

Odpowiedzi na pytania z pierwszego obszaru dostarczają danych do oceny rozmiarów zmian w nasileniu i charakterze zjawiska, któremu chcemy zapobiegać, lepszego rozumienia jego struktury oraz mechanizmach jego rozwoju w warunkach lokalnych. Śledzenie, w wyniku monitorowania zmian w mapie problemów zarówno w sensie jakościowym jak i rozmieszczenia terytorialnego powinny dostarczyć danych do oceny efektów podejmowanych działań, identyfikacji ewentualnych niepożądanych efektów ubocznych, oraz umożliwić zaplanowanie modyfikacji.

Drugi obszar zagadnień monitoringu obejmuje konkretne działania związane z realizacją strategii oraz ewentualnych zmianach zachodzących w realizujących ją podmiotach.

Trzeci obszar zagadnień poddany monitorowaniu koncentruje się na całym otoczeniu środowiskowym oraz na percepcji strategii w społeczności lokalnej.

Strategiczne cele w poszczególnych programach powinny być realizowane w oparciu o następujące zasady:

1. Zasadę pomocniczości

Gmina, jako władza miejska, powinna koncentrować się na tych zadaniach, których nie można przekazać innym podmiotom i które muszą być wykonane przez sektor publiczny. Problemy społeczne objęte strategią w zdecydowanej większości nie będą mogły być bowiem rozwiązane przez samych obywateli do których kierowane są programy. Aby polityka społeczna była efektywna dla realizacji celów strategicznych powinien być wykorzystany potencjał organizacji pozarządowych.

2. Zasadę solidaryzmu

Pewne zadania i obowiązki powinny być rozłożone na wszystkich adresatów strategii, a w szczególności obciążenia związane z zapewnieniem bezpieczeństwa rodzinie, aktywizacją osób bezrobotnych, przeciwdziałanie uzależnieniom zwłaszcza wśród młodzieży oraz długotrwała choroba i niepełnosprawność.

3. Zasadę równości szans do świadczenia usług publicznych

Realizacja tej zasady zakłada otwartość do świadczeń i usług publicznych a tym samym, przeciwdziałania marginalizacji społecznej. Adresatom programu gmina będzie udzielała wsparcia polegającego na uczestniczeniu w systemie świadczeń i usług publicznych, tj. do m.in.. kształcenia, ochrony zdrowia, zatrudnienia, mieszkania itp..

4. Zasadę współodpowiedzialności

Za kształt i realizację strategii odpowiadają wszyscy: władza publiczna, podmioty współpracujące tj. organizacje pozarządowe oraz adresaci poszczególnych programów tworzących strategię.

5. Zasadę ciągłości działania

Oznacza ona gwarantowanie trwałości i efektywności rozwiązań systemowych służących minimalizowaniu źródeł zagrożenia bezpieczeństwa socjalnego. Istniejące rozwiązania prawne umożliwiają realizację tej zasady.

6.Zasadę jawności i przejrzystości działania

W myśl tej zasady każdy, nie tylko adresaci strategii, ma prawo do dostępu do informacji do bycia wysłuchanym, zapytanym. Gmina ma obowiązek umożliwić dostęp do informacji publicznej.

Zgodnie z wolą ustawodawcy, wyrażoną w art. 110 ust 4 Ustawy o Pomocy Społecznej, ośrodek pomocy społecznej koordynuje realizację strategii rozwiązywania problemów społecznych. W wykonaniu tej funkcji MGOPS m.in. powinien wyegzekwować każdego roku od realizatorów strategii materiały analityczne oraz dane z monitoringu i ewaluacji programów w celu dokonania oceny stopnia i efektywności ich realizacji przez radnych. Wyniki analiz będą pomocne w podejmowaniu decyzji w poszczególnych etapach realizacji strategii.

Gwarancją skuteczności realizacji priorytetowych celów poszczególnych programów tworzących gminną strategię rozwiązywania problemów społecznych jest trwałość i efektywność rozwiązań systemowych zapisanych w ustawie. Pozwolą one, bowiem, w istniejących uwarunkowaniach społeczno-gospodarczych gminy Gryfów Śląski na stopniowe minimalizowanie źródeł wykluczenia społecznego, zagrożenia bezpieczeństwa socjalnego, a w przyszłości na wyeliminowanie tych zagrożeń.