

STRATEGIA
ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW
SPOŁECZNYCH
GMINY KAZIMIERZA WIELKA
NA LATA 2005 – 2012



Kazimierza Wielka 2005

Pomoc drugiemu człowiekowi jest powinnością każdego z nas.

*Bez tego przekonania nie można dzień po dniu stawać
w obliczu ludzkiego nieszczęścia i bezradności.*

*Zaangażowanie w pomoc jest wyrazem wrażliwości
i solidarności z ludzką biedą, chorobami i cierpieniem.*

Projekt został opracowany przez **Zespół Zadaniowy** powołany **Zarządzeniem Nr 35/2005 Burmistrza Miasta i Gminy Kazimierza Wielka** z dnia **17-05-2005r.** reprezentowany przez poszczególne komórki organizacyjne Urzędu Miasta i Gminy oraz instytucje zewnętrzne w obszarze zainteresowań, w których znajduje się przeciwdziałanie lokalnym kwestiom społecznym w składzie:

1. Małgorzata Maj - Koordynator
2. Jarosław Miszczyk - Członek
3. Grażyna Tomczak - Członek
4. Grzegorz Mróz - Członek
5. Cecylia Błaszczuk - Członek
6. Jolanta Trzepatowska - Członek
7. Bożena Pytel - Członek
8. Stanisław Kuc - Członek
9. Leokadia Mucha - Członek
10. Henryk Chałuda - Członek
11. Jolanta Beruś - Członek

Podstawa prawna: art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej /Dz. U. Nr 64, poz. 593/

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
ROZDZIAŁ I. DIAGNOZA DOMINUJĄCYCH PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH.....	7
1.1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA GMINY	7
1.2. ZAKRES ŚWIADCZONEJ POMOCY SPOŁECZNEJ W GMINIE	9
1.3. UBÓSTWO.....	16
1.4. BEZROBOCIE	19
1.5. DŁUGOTRWAŁA CHOROBA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	24
1.6. UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU I NARKOTYKÓW	43
1.7. PRZEMOC W RODZINIE	49
1.8. BEZDOMNOŚĆ	52
ROZDZIAŁ II ANALIZA MOCNYCH I SŁABYCH STRON, POJAWIAJĄCYCH SIĘ SZANS I ZAGROŻEŃ	53
2.1. ANALIZA SWOT	53
ROZDZIAŁ III CELE STRATEGICZNE I ICH REALIZACJA.....	56
3.1. PODSTAWOWE CELE STRATEGICZNE I KIERUNKI DZIAŁAŃ.....	56
3.1.1. Cel główny strategiczny: Redukowanie zjawiska ubóstwa	56
3.1.2. Cel główny strategiczny: Przeciwdziałanie bezrobociu.....	58
3.1.3. Cel główny strategiczny: Wyrównanie szans osób niepełnosprawnych poprzez integracje w środowisku lokalnym oraz likwidowanie wszelkich barier psychologicznych, społecznych i fizycznych dyskryminujących te osoby	60
3.1.4. Cel główny strategiczny: Przeciwdziałanie alkoholizmowi	62
3.1.5. Cel główny strategiczny: Zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki	64
3.1.6. Cel główny Strategiczny: Zahamowanie zjawiska przemocy w rodzinie i złagodzenia jego skutków.	64
3.1.7. Cel główny Strategiczny: Zapobieganie bezdomności	66
ROZDZIAŁ IV WNIOSKI I UWAGI KOŃCOWE	67

WSTĘP

Zapoczątkowany w 1990 roku proces decentralizacji i przenoszenia kompetencji na szczebel gminy objął również szeroko pojmowaną sferę polityki społecznej. Zbliżenie podmiotów polityki społecznej do społeczności lokalnych umożliwia bardziej trafne i szybsze rozpoznawanie potrzeb, dobór najbardziej skutecznych w lokalnych uwarunkowaniach metod i form działania oraz ustalenie takiej hierarchii zadań, która najtrafniej uwzględnia specyficzne dla danej gminy potrzeby. Taka polityka, realizowana z uwzględnieniem ogólnych postanowień, wynikających z ustaw i innych aktów prawnych, stwarza gminie możliwość określenia własnych preferencji w sferze rozwoju społecznego.

System pomocy społecznej został oparty na zasadzie pomocniczości, polegającej na ograniczeniu roli państwa w udzielaniu pomocy. Problemy socjalne i trudności życiowe najpierw powinny być rozwiązywane w rodzinie.

Instytucje gminne i państwowe nie powinny zastępować ludzi, rodzin i stowarzyszeń społecznych w ich naturalnych funkcjach i zadaniach, lecz świadczyć wobec nich rolę pomocniczą.

Pomoc społeczna działa w sytuacjach, w których zostały zagrożone podstawowe warunki egzystencji osoby lub rodziny bądź też jakość ich życia obniżyła się poniżej społecznie akceptowanego minimum. Jej celem jest zaspakajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin. Pomoc społeczna ma także na celu umożliwienie osobom i rodzinom bytowanie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Celem pomocy społecznej jest również zapobieganie powstawaniu marginalizacji osób i rodzin. Chodzi więc o profilaktykę, która należy do najtrudniejszych zadań pomocy społecznej, bowiem wymaga większego profesjonalizmu pracowników socjalnych, współdziałania instytucji pomocy społecznej z innymi podmiotami.

Niniejsza strategia rozwiązywania problemów społecznych musi opierać się na partnerskiej współpracy i dialogu w tej dziedzinie wszystkich lokalnych instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych.

Sprecyzowanie w Strategii najważniejszych problemów społecznych naszej gminy, wybrane cele i hierarchia powinny przyczynić się do poprawy sytuacji osób, które z różnych powodów znalazły się na marginesie życia społecznego. Usystematyzowanie problemów doprowadzi do integracji społecznej i jednocześnie ukierunkuje działanie władz gminy. Podstawowe znaczenie dla powodzenia podejmowanych działań dla realizacji zadań pomocy społecznej w lokalnym środowisku ma charakter współpracy. Dobra atmosfera wzajemnych relacji zapewnia akceptację pomysłów, przychylne do nich nastawienie, co zwiększa szansę ich realizacji i powodzenie.

Przyjęcie tego dokumentu do realizacji umożliwi nie tylko budowanie zintegrowanego systemu pomocy społecznej w gminie, ale również stworzy większe szanse na pozyskiwanie dodatkowych źródeł zasilania finansowego.

W strategii chodzi o stworzenie kompleksowego systemu działań, aby powstrzymać pojawianie się nowych obszarów problemowych i aby każdy mieszkaniec, który znajdzie się w trudnej sytuacji życiowej, miał szansę otrzymać pomoc w rozwiązywaniu jego problemów.

ROZDZIAŁ I.

DIAGNOZA DOMINUJĄCYCH PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH

1.1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA GMINY

Gmina Kazimierza Wielka położona jest w południowej części województwa świętokrzyskiego. Obszarem obejmuje powierzchnię **140 km²**. Obszar gminy podzielony jest na **42 wsie** oraz miasto **Kazimierza Wielka**. Jest to teren typowo rolniczy.

Administracyjnie w gminie obecnie zamieszkuje ogółem **16 910** mieszkańców, w tym:

- w mieście **5 834** mieszkańców,
- na wsi **11 076** mieszkańców.

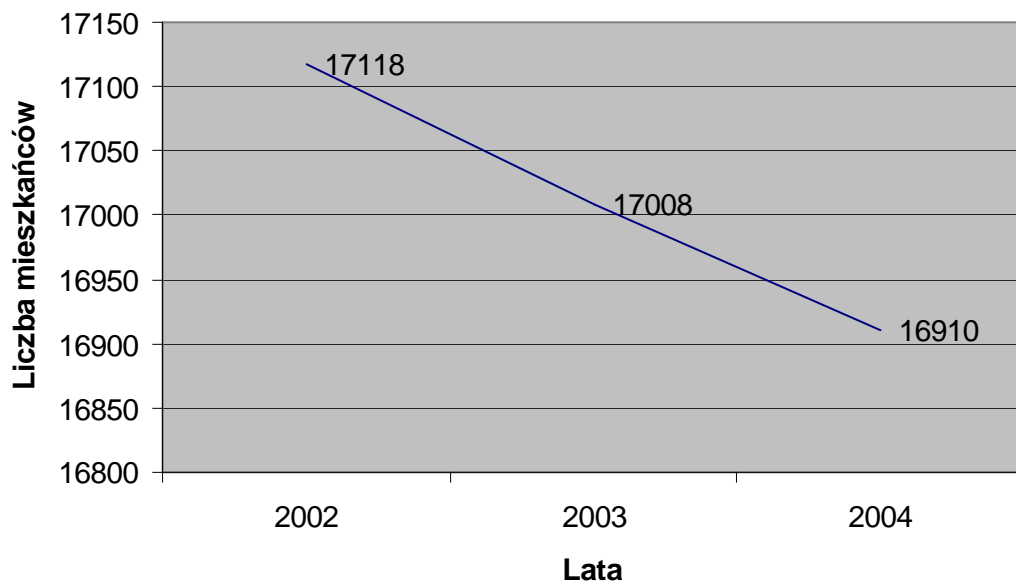
Na przełomie ostatnich trzech lat zaobserwowano ciągły spadek liczby mieszkańców zamieszkałych na terenie naszej gminy. Podstawą do takiego stwierdzenia jest analiza danych zawartych w poniższej tabeli.

**Tabela 1. Rzeczywista liczba mieszkańców zamieszkałych na terenie gminy Kazi-
mierza Wielka w latach 2002 – 2004**

LATA											
2002				2003				2004			
Ludność ogółem				Ludność ogółem				Ludność ogółem			
17118				17008				16910			
Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
5978		11140		5871		11137		5834		11076	
K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
3137	2841	5635	5505	3072	2799	5642	5495	3054	2780	5613	5463

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wykres 1. Wykres przedstawiający spadek liczby mieszkańców w 2002 – 2004



1.2. ZAKRES ŚWIADCZONEJ POMOCY SPOŁECZNEJ W GMINIE

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości.

Realizatorem zadań pomocy społecznej na terenie gminy jest Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej. Wykonuje dwojakiego rodzaju zadania, wynikające z ustawy o pomocy społecznej. Po pierwsze są to zadania zlecone z zakresu administracji rządowej, a po drugie zadania własne gminy. Przy realizacji tych pierwszych ośrodek pomocy społecznej kieruje się ustaleniami przekazanymi przez wojewodę, natomiast dla realizacji drugich istotne są ustalenia burmistrza miasta i Rady Gminy.

Z różnych form pomocy społecznej w ramach powyższych zadań, bez względu na rodzaj, formę, liczbę oraz źródło finansowania, ze świadczeń pieniężnych w 2002 roku korzystało **460** rodzin, w tym **1421** osób, w roku 2003 **454** rodziny, w tym **1604** osoby. W 2004 roku z różnego rodzaju świadczeń skorzystało **470** rodzin, w tym **1646** osób. Dane te szczegółowo obrazują **tabela 2** i **tabela 3**.

Tabela 2. Rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej, na tle ogólnej liczby mieszkańców zameldowanych na terenie gminy według stanu na dzień 31.12.2004r.

Miejscowość	Liczba mieszkańców	Liczba korzystających z pomocy społecznej na dzień 31.12.2004r.		Stosunek procentowy liczby osób w rodzinie korzystających z pomocy społecznej do ogólnej liczby mieszkańców
		Liczba rodzin	Liczba osób w rodzinach	
Miasto: Kazimierza Wielka	6220	187	662	10,64%
wieś:	11536	283	1024	8,88%
Boronice	361	5	11	3,05 %
Broniszów	287	7	34	11,85 %
Chruszczyna Mała	154	5	13	8,44 %
Chruszczyna Wielka	348	10	42	12,07 %
Cło	93	1	2	2,15 %
Cudzynowice	812	17	80	9,85 %
Dalechowice	292	10	39	13,36 %
Donatkowice	210	10	36	17,14 %
Donosy	529	22	74	13,99 %
Gabułów	334	11	48	14,37 %
Głuchów	147	1	2	1,36 %
Gorzkow	316	13	42	13,29 %
Góry Sieradzkie	106	1	5	4,72 %
Gunów - Kolonia	158	2	6	3,8 %
Gunów - Wilków	271	10	48	17,71 %
Hołodowiec	218	9	34	15,6 %
Jakuszowice	207	3	10	4,83 %
Kamieńczyce	279	3	10	3,58 %
Kamyszów	284	7	40	14,08 %
Kazimierza Mała	268	7	19	7,09 %

Krzyszkwice	275	9	37	13,45 %
Lekszyce	112	0	0	0 %
Łękawa	375	12	43	11,47 %
Łyczaków	206	4	9	4,37 %
Marcinkowice	163	2	8	4,91 %
Nagórzanki	95	4	16	16,84 %
Odonów	551	10	28	5,08 %
Paśmiechy	236	5	24	10,17 %
Plechów	229	9	32	13,97%
Plechówka	78	4	14	17,95%
Podolany	386	5	24	6,22 %
Sieradzice	353	6	28	7,93 %
Skorczów	298	5	13	4,36 %
Słonowice	341	14	55	16,13 %
Stradlice	303	2	12	3,96 %
Wielgus	213	7	26	12,21 %
Wojciechów	549	15	44	8,01 %
Wojstawice	360	14	64	17,78 %
Wymysłów	59	1	1	1,69 %
Zagórzycy	229	4	16	6,99 %
Zięblice	268	5	21	7,84 %
Zysławice	183	3	10	5,46%
Ogółem	17756	470	1646	9,27%

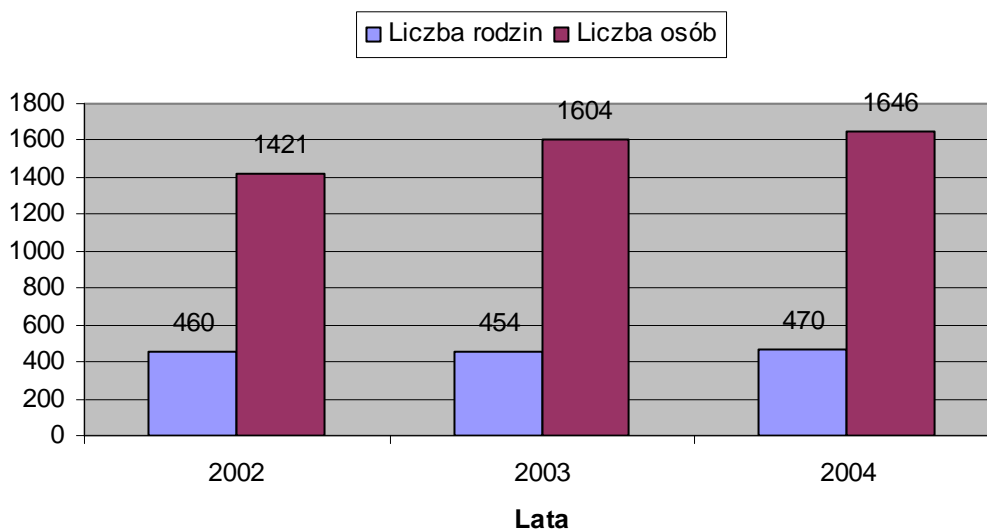
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Tabela 3. Liczba rodzin i osób objętych pomocą społeczną w latach 2002 – 2004

LATA											
2002				2003				2004			
Liczba rodzin ogółem		Liczba osób ogółem		Liczba rodzin ogółem		Liczba osób ogółem		Liczba rodzin ogółem		Liczba osób ogółem	
460		1421		454		1604		470		1646	
Miasto		Wieś		Miasto		Wieś		Miasto		Wieś	
Liczba rodzin	Liczba osób	Liczba rodzin	Liczba osób	Liczba rodzin	Liczba osób	Liczba rodzin	Liczba osób	Liczba rodzin	Liczba osób	Liczba rodzin	Liczba osób
162	557	298	965	153	524	301	1080	187	662	283	1024

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

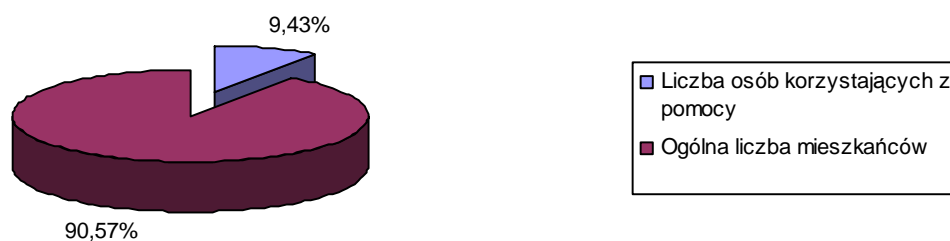
Wykres 2. Liczba rodzin i osób objętych pomocą społeczną w latach 2002 – 2004



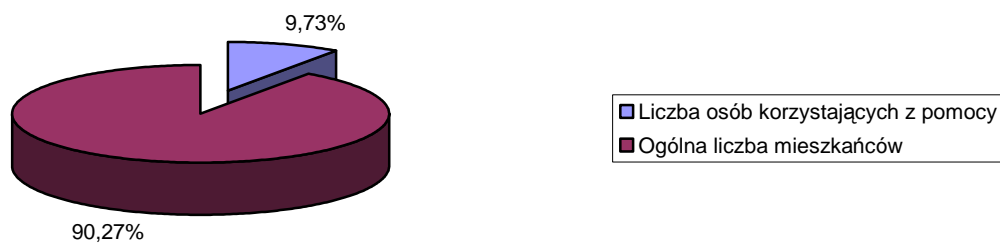
Wykres 3. Procentowy udział osób korzystających z pomocy do ogólnej liczby osób zamieszkałych na terenie gminy roku 2002



Wykres 4. Procentowy udział osób korzystających z pomocy do ogólnej liczby osób zamieszkałych na terenie gminy roku 2003

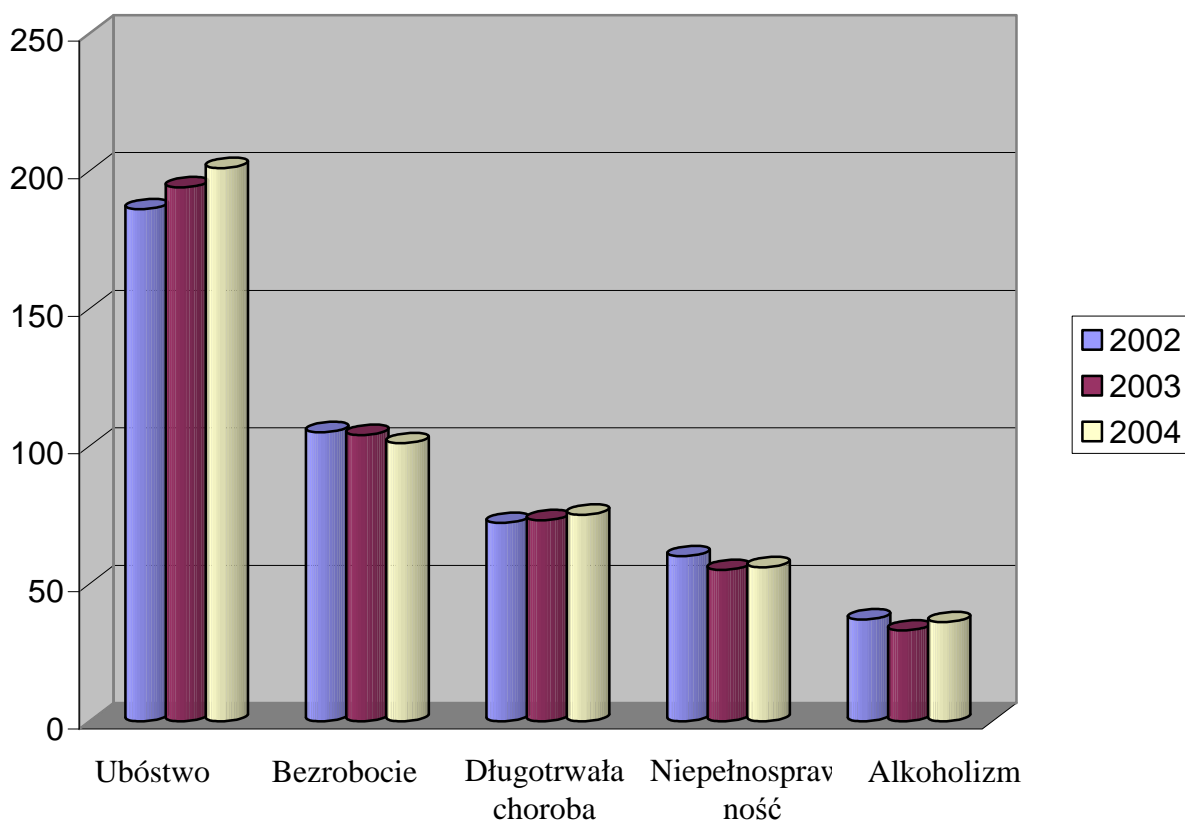


Wykres 5. Procentowy udział osób korzystających z pomocy do ogólnej liczby osób zamieszkałych na terenie gminy roku 2004



Najczęstszymi przyczynami kwalifikującymi do pomocy w ramach ustawy o pomocy społecznej są: **ubóstwo, bezrobocie, długotrwała choroba, niepełnosprawność i alkoholizm**. Przedstawia to poniższy wykres.

Wykres 6. Dynamika najczęstszych powodów przyznawania pomocy społecznej w latach 2002 – 2004



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Tabela 4. Zestawienie kwot przeznaczonych na pomoc społeczną w latach 2002 – 2004 z podziałem na zadania zlecone i zadania własne gminy oraz źródło finansowania

Lp		Wydatkowana kwota ogółem		
		2002	2003	2004
1.	Zadania zlecone,	1 576 126,00	1 419 225,00	346 148,00
	w tym:			
-	renty socjalne (płatne do 30.09.2003r.)	740 405,00	573 943,00	-----
-	zasiłki rodzinne i pielęgnacyjne (płatne do 30.09.2003r.)	256 715,00	285 920,00	44 157,00
-	Zasiłki stałe z tytułu opieki nad dzieckiem wymagającym stałej opieki (płatne do 30.04.2004r.)	179 493,00	234 511,00	83 544,00
2.	Zadania własne (bez usług opiekuńczych)	130 000,00	130 000,00	171 707,00
3.	Dotacje celowe z budżetu państwa na realizację zadań własnych	-----	-----	106745,00
4.	Usługi opiekuńcze	75 744,00	85 146,00	83 866,00
	Ogółem:	1 781 870,00	1 634 371,00	708 466,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MGOPS Kazimierza Wielka

Z przedstawionych danych wynika, że środki na realizację zadań w zakresie pomocy społecznej od 2002 roku maleją.

Zmniejszanie środków na realizację zadań zleconych w 2003 spowodowane jest faktem zmiany ustawy o pomocy społecznej i przejściem zadań związanych z przyjmowaniem i wypłatą rent socjalnych od miesiąca października 2003 roku do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

1.3. UBÓSTWO

Zjawisko o dużym zasięgu zarówno lokalnym jak i globalnym, które powoduje jakiś rodzaj dysfunkcji społecznej, dezorganizację życia jednostki jak i społeczeństwa, przejawiające tendencje wzrostowe i budzące ogólne zainteresowanie, a także naciski społeczne w kierunku przeciwdziałania mu, możemy nazwać kwestią społeczną. Ubóstwo ma właśnie taki charakter. Skutkiem pozostawania w ubóstwie jest rozpad więzi rodzinnych, zaburzenie w sferze pełnienia ról społecznych a więc zaburzenie funkcjonowania rodziny. Zjawisko to niesie za sobą falę przestępczości oraz innych zachowań nieakceptowanych społecznie. Dotyka ono coraz większą liczbę osób w Polsce i na terenie naszej gminy, ogarniając coraz to nowe kategorie ludzi z tzw. grup wysokiego ryzyka.

Wyznacznikiem poziomu życia, skali i form, przyczyn powodujących ubóstwo są przede wszystkim działania i obraz rzeczywistości w skali makrospołecznej. Poziom na jakim stoją wysokość rent i emerytur, minimalnej płacy, jakość i forma ubezpieczeń zdrowotnych, zdolność państwa i jego gospodarki do utrzymania i tworzenia nowych miejsc pracy, świadczy o istnieniu sfery ubóstwa, im jest wyższy, tym jest ona mniejsza.

Głównymi miernikami biedy są: **stopa ubóstwa**, będąca procentem społeczeństwa, który żyje poniżej linii minimalnych dochodów; **jej głębokość**, czyli położenie osób ubogich względem linii ubóstwa; **zasięg** tj. przestrzenne występowanie.

W Polsce podstawą określenia linii ubóstwa przyjęto minimum socjalne. Pojęcie to było opracowane i badane w latach 70-tych. Stanowi kategorię mierzącą koszty utrzymania gospodarstw domowych, uwzględniając podstawowe potrzeby bytowo- konsumpcyjne. Stosuje się tutaj pojęcie koszyka minimum socjalnego, które ma wyznaczyć granice wydatków gospodarstw domowych, powyżej której można mówić o godziwym poziomie życia. Znajdują się w nim dobra służące zaspokojeniu potrzeb egzystencjonalnych (żywność, odzież, obuwie, mieszkanie, ochrona zdrowia, higiena), do wykonywania pracy (transport lokalny

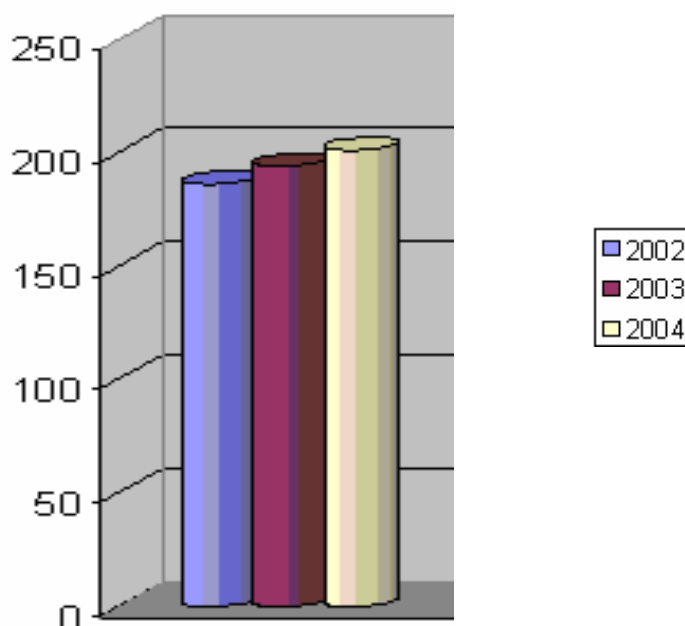
i łączność), kształceniu (oświata i wychowywanie dzieci), a także utrzymywania więzi rodzinnych i towarzyskich, oraz uczestnictwa w kulturze.

Innym pojęciem do mierzenia ubóstwa jest minimum egzystencji. Jest to dolne kryterium, w którym zakres i poziom zaspokojenia potrzeb wyznacza granica, poniżej której występuje biologiczne zagrożenie życia i rozwoju psychofizycznego człowieka.

Na przestrzeni ostatnich lat systematycznie obniża się poziom życia rodzin w naszej gminie. Zwiększa się liczba osób i rodzin żyjących w ubóstwie, a tym samym liczba podopiecznych Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Jednym z najważniejszych powodów przyznawania świadczeń społecznych jest właśnie ubóstwo. Jak wskazują na to dane własne, problem ten bardzo silnie zaznacza się wśród klientów tutejszego ośrodka pomocy społecznej, co obrazuje **wykres nr 6**. Natomiast **wykres nr 7** wskazuje, że skala zjawiska na przestrzeni ostatnich lat sukcesywnie rośnie.

Wykres 7. Dynamika wzrostu zjawiska ubóstwa w latach 2002 - 2004



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MGOPS

Problem ubóstwa dostrzegany jest również na wielu innych płaszczyznach życia mieszkańców naszej gminy. Świadczy o nim między innymi stale rosnąca liczba zarejestrowanych osób bezrobotnych, bardzo długi okres pozostawania bez pracy, duża liczba osób ubiegających się o dopłaty do czynszów mieszkaniowych, jak również bardzo niepokojące sygnały przekazywane przez dyrekcje oraz nauczycieli szkół z terenu gminy. Postrzegają oni, że stale wzrasta liczba dzieci niedożywionych, mających niewystarczające wyposażenie szkolne, brak podręczników, skromną, znoszoną odzież z powodu braków finansowych z jakimi borykają się ich rodzice.

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 i aktywna polityka rynku pracy, umożliwiająca przejściową aktywizację bezrobotnych. System pomocy ubogim wymaga głębokiej przebudowy.

Przede wszystkim należy stworzyć takie warunki, aby praca i dochody z niej wzięły prymat nad zasiłkami. Zadaniem gminy winno być nasilenie działań ułatwiających podniesienie dochodów między innymi przy wykorzystaniu możliwości ośrodka pomocy społecznej, urzędu pracy oraz organizacji pozarządowych. Polityka walki z ubóstwem powinna obejmować zwalczanie okoliczności sprzyjających pojawianiu się go bądź jego utrwalaniu. Powinna rozwijać system różnorodnych świadczeń, które mogą, ale nie muszą, doprowadzić do trwałej poprawy położenia poszczególnych kategorii ludzi. Sama praca socjalna może przyczynić się do łagodzenia następstw ubóstwa.

Ubogie rodziny będą na pewno ciągłym elementem życia społecznego i ten fakt należy uwzględnić w założeniach polityki społecznej, a szczególnie tej prowadzonej przez gminę, bo to właśnie ona jest podstawową instytucją świadczącą pomoc w sytuacji ubóstwa. Trzeba pamiętać, że ubóstwo nie zależy wyłącznie od poziomu bezpośrednich dochodów. Na warunki życia, mają również wpływ czynniki, takie jak sytuacja mieszkaniowa, kondycja zdrowotna, warunki

wypoczynku i spędzenia wolnego czasu oraz wiele innych.

1.4. BEZROBOCIE

Drugim z najczęstszych powodów przyznawania pomocy jest bezrobocie, które coraz częściej przewija się wśród podopiecznych MGOPS-u.

Bezrobocie oznacza stan beczynności zawodowej osób zdolnych do pracy i zgłaszających gotowość do jej podjęcia, dla których podstawą egzystencji są dochody z pracy. To określenie zawiera odniesienie do społecznych aspektów bezrobocia i wskazuje, że jest ono również kwestią społeczną.

Skutki ekonomiczne i społeczne długotrwałego bezrobocia to:

- pogorszenie sytuacji materialnej aż do ubóstwa włącznie;
- pogorszenie stanu zdrowia;
- pogorszenie relacji między członkami rodziny aż do rozkładu rodziny włącznie (upadek autorytetu, zakłócenia socjalizacji ról);
- obniżenie poziomu umiejętności funkcjonowania w zorganizowanych formach życia społeczno – gospodarczego (brak wiary we własne siły, obniżenie samooceny, zanik gotowości i chęci do pracy);
- wzrost zachowań patologicznych (przestępczość, agresja, alkoholizm).

W następstwie przemian ekonomicznych zasadniczym problemem w gminie stało się bezrobocie. Skutki społeczne, spowodowane głównie brakiem miejsc pracy są dla wielu rodzin dramatyczne. Dane statystyczne dotyczące skali bezrobocia w gminie przedstawia poniższa tabela.

Tabela 5. Liczba zarejestrowanych bezrobotnych z terenu gminy Kazimierza Wielka

Lata	Liczba mieszkańców gminy (ogółem)	Liczba bezrobotnych (ogółem)	% zarejestrowanych bezrobotnych w stosunku do liczby mieszkańców	Liczba bezrobotnych z prawem do zasiłku	% bezrobotnych zarejestrowanych pobierających zasiłek
2002	17118	1233	7,20%	76	6,16%
2003	17008	1235	7,26%	76	6,15%
2004	16910	1247	7,37%	67	5,37%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej.

Analizując dane z powyższej tabeli zauważyć należy, że liczba zarejestrowanych bezrobotnych z terenu gminy Kazimierza Wielka sukcesywnie rośnie. Niepokojącym zjawiskiem jest stały spadek liczby osób bezrobotnych z prawem do zasiłku w latach 2002 – 2004.

Zjawisko bezrobocia w gminie obrazują dane Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej w latach 2002 – 2004

Tabela 6. Bezrobotni zarejestrowani w PUP w latach 2002-2004

Osoby bezrobotne	Lata		
	2002	2003	2004
Ogółem	1233	1235	1247
Kobiety	585	601	607
Mężczyźni	648	634	640

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej.

Tabela 7. Bezrobotni w gminie

Bezrobotni	Lata		
	2002	2003	2004
Z prawem do zasiłku	76	76	67
Bez prawa do zasiłku	1150	1151	1174
Poszukujący dodatkowego zatrudnienia	7	8	6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej.

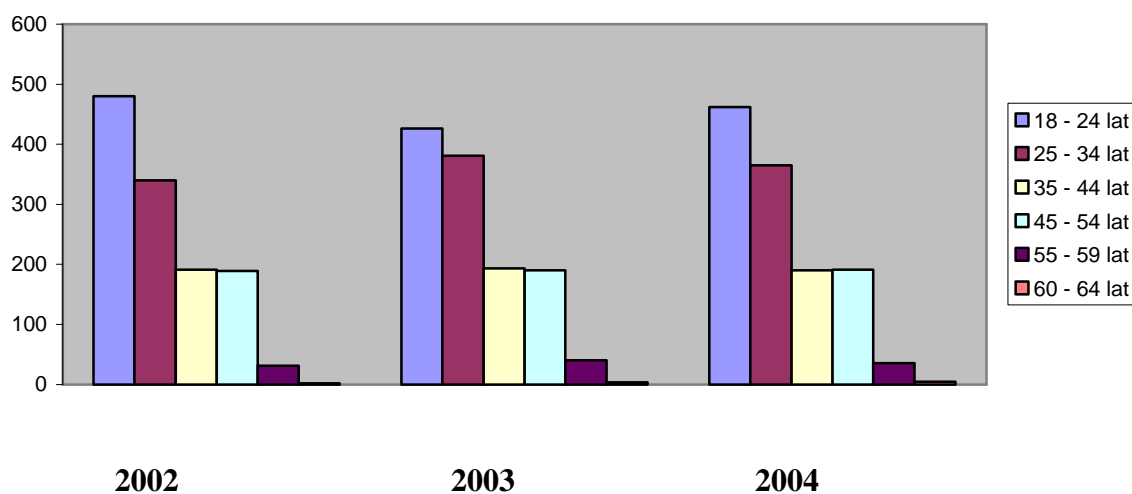
Analizując powyższe tabele przedstawiające liczbę osób bezrobotnych z podziałem na płeć oraz osób z prawem i bez prawa do zasiłku możemy wnioskować, że liczba bezrobotnych kobiet na przestrzeni lat 2002 – 2004 rośnie, natomiast mężczyzn ma tendencję spadkową. Zdecydowanie większą liczbę bezrobotnych stanowią osoby bez prawa do zasiłku.

Tabela 8. Bezrobotni z podziałem na grupy wiekowe

Wiek	Lata		
	2002	2003	2004
18-24	480	426	462
25-34	340	381	365
35-44	191	193	190
45-54	189	190	191
55-59	31	40	35
60-64	2	4	5
Ogółem	1233	1235	1247

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej.

Wykres 8. Bezrobotni z podziałem na grupy wiekowe



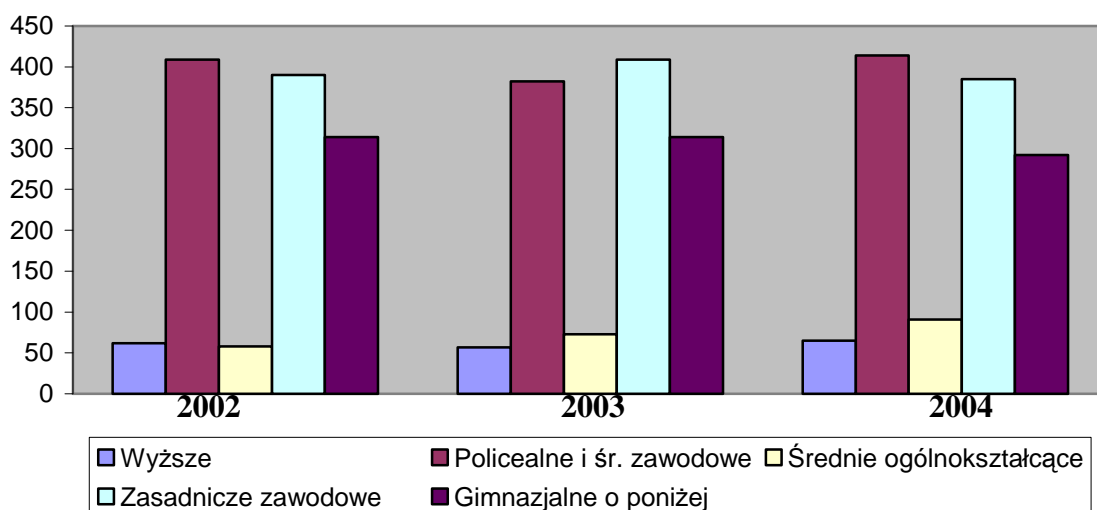
Analizując liczbę bezrobotnych z punktu widzenia struktury wieku należy podkreślić, że największą grupę stanowią osoby w wieku 18-24 i 25-34 lat, czyli osoby młode dopiero wchodzące na rynek pracy.

Tabela 9. Bezrobotni według wykształcenia

Wykształcenie	Lata		
	2002	2003	2004
Wyższe	62	57	65
Policealne i śr. zawodowe	409	382	414
Średnie ogólnokształcące	58	73	91
Zasadnicze zawodowe	390	409	385
Gimnazjalne i poniżej	314	314	292

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej.

Wykres 9. Bezrobotni według wykształcenia



Najwięcej zarejestrowanych bezrobotnych z terenu gminy posiada wykształcenie *policealne i średnie zawodowe*. Następną grupę stanowią osoby z wykształceniem *zasadniczym zawodowym* oraz *wykształceniem gimnazjalnym i poniżej*. Najmniej osób bezrobotnych jest z wykształceniem *wyższym i średnim ogólnokształcącym*.

Jednym z trudniejszych problemów społecznych jest bezrobocie i skutki, jakie wywołuje w społeczeństwie. Konsekwencjami bezrobocia (zwłaszcza długotrwałego) dla większości bezrobotnych są: pogorszenie standardu życia, problemy z zagospodarowaniem czasu wolnego, izolacja społeczna, ograniczenie lub zaniechanie uczestnictwa w życiu politycznym i kulturalnym. Towarzyszy temu dyskomfort psychiczny, polegający często na poczuciu bezsilności. Następstwem trudności finansowych jest nie tylko obniżenie standardu życia, lecz także pozbawienie bezrobotnego możliwości nabywania dóbr, które są symbolami statusu, co prowadzi do obniżenia samooceny. Bezrobocie zawsze ma negatywne skutki dla społeczeństwa. Są nimi: duże koszty świadczeń socjalnych, niewykorzystanie zdolności do pracy bezrobotnych, poczucie zagrożenia utratą pracy ludzi zatrudnionych i niebezpieczeństwo zwiększenia się zjawisk niepożądanych (np. alkoholizm, rozwody, narkomania, przestępczość, samobójstwa). Sposobów

zwalczania bezrobocia jest niewiele. Jednak to czy człowiek znajdzie zatrudnienie w dużym stopniu zależy od niego. Ważnym elementem jest pozytywne nastawienie psychiczne do tego, aby znaleźć pracę. Każdy człowiek pozostający bez zatrudnienia powinien podnieść swoje kwalifikacje i umiejętności, a także podwyższać wykształcenie, przez szkoły i kursy. Jednak nie każdego stać na taki wydatek. Urzędy Pracy pokrywają koszty kursów, tylko wtedy, gdy dana osoba ma zapewnioną przyszłą pracę. Często zdarza się, iż mimo zapewnień o zatrudnieniu pracodawca w rezultacie rezygnuje, ponieważ okres oczekiwania na ukończenie kursu jest zbyt długi. Zwalczanie bezrobocia musi być oparte na dwóch filarach: na wspieraniu tych, którzy mogą tworzyć miejsca pracy oraz tych, którzy je mogą wypełnić. W celu skutecznego zwalczania i zapobiegania bezrobociu konieczne jest podjęcie szeregu działań, które zaowocują:

- zwiększeniem liczby miejsc pracy,
- stworzeniem warunków do zdobycia doświadczenia zawodowego dla absolwentów,
- aktywizacją bezrobotnych,

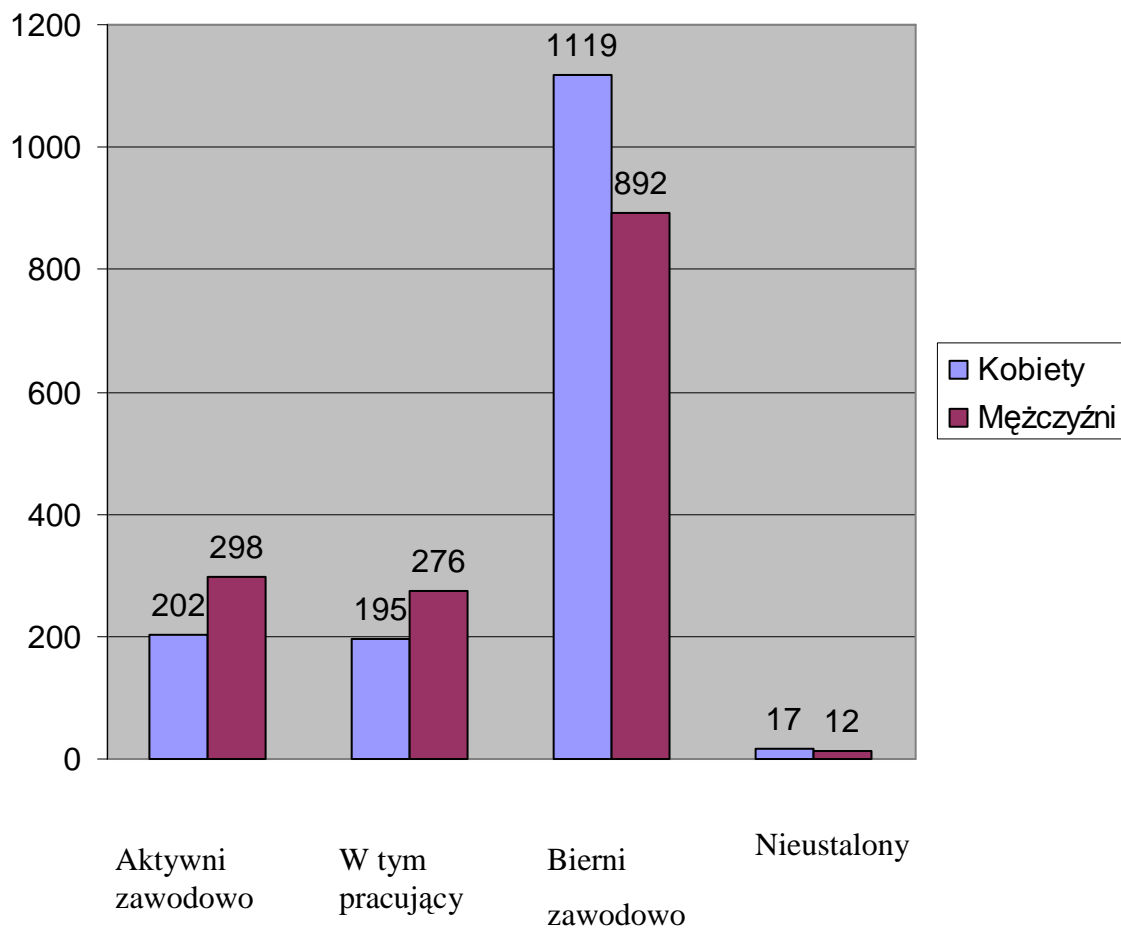
Działania takie podejmowane powinny być przy współpracy Urzędu Miasta i Gminy, Powiatowego Urzędu Pracy, Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, Pracodawców i jednostek szkolących.

1.5. DŁUGOTRWAŁA CHOROBA I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Niepełnosprawność to problem, który dotyka coraz częściej osoby w wieku poniżej 65 roku życia. Niepełnosprawni stanowią 14,84% ogólnej liczby mieszkańców gminy Kazimierza Wielka. Większość z tych niepełnosprawnych to bierni zawodowo. Powodem tego może być brak miejsc pracy dla tych osób na terenie gminy, obawa pracodawców przed niepełnosprawnym pracownikiem, bezrobocie, a także własna niska samoocena. Z danych zawartych w tabeli wynika, że mężczyźni są bardziej aktywni zawodowo niż kobiety. Sytuację tę obra-

zowo przedstawia poniższy wykres.

Wykres 10. Aktywność zawodowa wśród niepełnosprawnych z terenu gminy Kazimierza Wielka



Źródło: Dane Urzędu Statystycznego w Kielcach, opracowane na podstawie powszechnego spisu przeprowadzonego w 2002 roku

Liczbę osób niepełnosprawnych na terenie naszej gminy obrazuje **tabela nr 10**.

Tabela 10. Liczba osób niepełnosprawnych z terenu gminy Kazimierza Wielka

Wyszczególnienie	Osoby niepełnosprawne								
	Ogółem			prawnie			tylko biologicznie		
	razem	mężczyźni	kobiety	Razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
OGÓŁEM									
Ogółem	2540	1202	1338	2067	1007	1060	473	195	278
Według ekonomicznych grup wieku									
przedprodukcyjny	95	60	35	63	38	25	32	22	10
produkcyjny	1085	640	445	984	575	409	101	65	36
Mobilny	290	173	117	258	151	107	32	22	10
niemobilny	795	467	328	726	424	302	69	43	26
poprodukcyjny	1355	501	854	1015	393	622	340	108	232
wiek nieustalony	5	1	4	5	1	4	-	-	-
Według poziomu wykształcenia (w wieku 13 lat i więcej)									
Wyższe	69	41	28	59	35	24	10	6	4
policealne	44	18	26	39	#	#	5	#	#
średnie (zawodowe i ogólnokształcące)	396	200	196	350	182	168	46	18	28
zasadnicze zawodowe	338	210	128	293	183	110	45	27	18
podstawowe ukończone	1362	589	773	1095	489	606	267	100	167
podstawowe nieukończone	277	116	161	193	83	110	84	33	51
nieustalony	8	2	6	5	2	3	3	-	3

cd. tabeli nr 10

Według aktywności ekonomicznej									
Aktywni zawo- dowo	500	298	202	387	235	152	113	63	50
W tym pracujący	471	276	195	366	220	146	105	56	49
Bierni zawodowo	2011	892	1119	1656	763	893	355	129	226
Nieustalony status na rynku pracy	29	12	17	24	9	15	5	3	2
MIASTO									
RAZEM	781	379	402	649	328	321	123	51	81
WIEŚ									
RAZEM	1759	823	936	1418	679	739	341	144	197

Źródło: Dane Urzędu Statystycznego w Kielcach, opracowane na podstawie powszechnego spisu przeprowadzonego w 2002 roku.

Wśród osób niepełnosprawnych największą grupę stanowią osoby z wykształceniem **podstawowym ukończonym, następnie średnim zawodowym i ogólnokształcącym, zasadniczym zawodowym, podstawowym nieukończonym, wyższym, policealnym, nieustalonym.**

Z tabeli nr 10 wynika, że zdecydowanie więcej osób niepełnosprawnych zamieszkuje na terenie wsi niż w mieście.

Ponadto z uzyskanych informacji z Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Busku – Zdroju dotyczących osób niepełnosprawnych z terenu gminy Kazimierza Wielka w latach 2002-2004 wynika, że stale wzrasta liczba niepełnosprawnych wśród dorosłych, co obrazuje tabela nr 11. Z danych tych wynika również, że największą grupę wśród niepełnosprawnych stanowią osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.

Natomiast tabela nr 12 przedstawia grupy wiekowe, które najczęściej dotyka niepełnosprawność. Z informacji tych wnioskuje się, że:

- w **2002 roku** największą liczbę niepełnosprawnych stanowią osoby

w wieku między 26-40, 60 i więcej, 41 – 60 lat,

- w **2003 i 2004 roku** największą liczbę niepełnosprawnych stanowią osoby w wieku między 41 – 60, 60 i więcej, 16 – 25 lat.

Z tabeli nr 13 wynika, że na przestrzeni lat 2002 – 2004 największą grupę osób niepełnosprawnych stanowią mężczyźni.

Na podstawie danych zgromadzonych w tabeli nr 14 wynika, że w latach 2002 i 2004 najczęściej osób niepełnosprawnych zamieszkiwało na terenie wsi, a w 2003 roku w mieście.

Tabela 11. Niepełnosprawni z podziałem na stopień niepełnosprawności

Lp.		Stopień niepełnosprawności								
		2002			2003			2004		
		Ogółem - 77			Ogółem - 94			Ogółem - 101		
		Znaczny	Umiarkowany	Lekki	Znaczny	Umiarkowany	Lekki	Znaczny	Umiarkowany	Lekki
1	01-U - upośledzenie umysłowe	0	0	0	1	0	0	6	7	2
2	02-P - choroby psychiczne	4	7	0	2	2	0	4	4	3
3	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	2	2	0	3	2	0	1	6	1
4	04-O - choroby narządu wzroku	1	4	2	0	0	0	1	3	1
5	05-R - upośledzenie narządu ruchu	0	8	0	2	7	0	8	13	0
6	06-E - epilepsja	0	0	0	1	0	0	0	1	0
7	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	3	0	0	1	5	2	8	10	1
8	08-T - choroby układu pokarmowego	1	2	0	0	0	0	1	2	0
9	09-M - choroby układu moczowo – pęciowego	0	0	0	0	0	0	2	1	0
10	10-N - choroby neurologiczne	0	3	3	1	0	0	4	5	0
11	11-I - inne	2	1	0	2	3	0	1	4	1
		13	27	5	13	19	2	36	56	9
		45			34			101		
1	01-A – wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytającą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się	3	4	1	10	10	3	-	-	-

2	02-B – wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego	2	6	3	8	12	4	-	-	-
3	03-C – upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym	2	1	0	0	1	0	-	-	-
4	04-D – psychozy i zespoły psychotyczne	0	1	0	0	0	0	-	-	-
5	05-E – zespół autystyczny	0	0	0	0	1	0	-	-	-
6	06-F – padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi	1	0	0	0	2	0	-	-	-
7	07-G – nowotwory złośliwe i choroby rozrostowi układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia	3	0	0	4	0	0	-	-	-
8	08-H – wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni	0	2	1	0	1	2	-	-	-
9	09-I – głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego	0	2	0	1	0	1	-	-	-
		11	16	5	23	27	10	-	-	-
		32			60			-		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Tabela 12. Niepełnosprawni z podziałem na wiek

Lp.		Wiek											
		2002				2003				2004			
		Ogółem - 77				Ogółem - 94				Ogółem - 101			
		16-25	26-40	41-60	60 i więcej	16-25	26-40	41-60	60 i więcej	16-25	26-40	41-60	60 i więcej
1	01-U - upośledzenie umysłowe	0	0	0	0	1	0	0	0	11	1	3	0
2	02-P - choroby psychiczne	0	2	4	5	0	0	3	1	0	3	6	2
3	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	0	1	1	2	0	0	1	4	1	0	3	4
4	04-O - choroby narządu wzroku	3	2	0	2	0	0	0	0	3	0	2	0
5	05-R - upośledzenie narządu ruchu	1	6	1	0	4	0	4	1	4	1	4	12
6	06-E - epilepsja	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
7	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	0	1	1	1	0	0	4	4	1	1	8	9
8	08-T - choroby układu pokarmowego	0	0	1	2	0	0	0	0	1	1	0	1
9	09-M - choroby układu moczowo – pęciowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
10	10-N - choroby neurologiczne	0	2	3	1	0	0	1	0	3	1	4	1
11	11-I - inne	0	1	1	1	1	1	1	2	0	1	4	1
		4	15	12	14	7	1	14	12	25	9	36	31
		45				34				101			
1	01-A – wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytnej rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się	2	0	4	2	5	3	8	7	-	-	-	-

2	02-B – wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego	4	1	6	0	3	3	11	7	-	-	-	-
3	03-C – upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym	2	1	0	0	1	0	0	0	-	-	-	-
4	04-D – psychozy i zespoły psychotyczne	0	1	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
5	05-E – zespół autystyczny	0	0	0	0	0	0	1	0	-	-	-	-
6	06-F – padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi	1	0	0	0	2	0	0	0	-	-	-	-
7	07-G – nowotwory złośliwe i choroby rozrostowi układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia	0	0	3	0	1	0	2	1	-	-	-	-
8	08-H – wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni	3	0	0	0	1	1	1	0	-	-	-	-
9	09-I – głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantuj ślimakowego	0	1	1	0	1	0	1	0	-	-	-	-
		12	4	14	2	7	1	14	12	-	-	-	-
		32				34				-			

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Tabela 13. Niepełnosprawni z podziałem na płeć

Lp.		Płeć					
		2002		2003		2004	
		Ogółem - 77		Ogółem - 94		Ogółem - 101	
		K	M	K	M	K	M
1	01-U - upośledzenie umysłowe	0	0	0	1	7	8
2	02-P - choroby psychiczne	5	6	1	3	5	6
3	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	3	1	3	2	5	3
4	04-O - choroby narządu wzroku	2	5	0	0	3	2
5	05-R - upośledzenie narządu ruchu	5	3	3	6	10	11
6	06-E - epilepsja	0	0	0	1	1	0
7	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	2	1	4	4	6	13
8	08-T - choroby układu pokarmowego	2	1	0	0	0	3
9	09-M - choroby układu moczowo – pęciowego	0	0	0	0	3	0
10	10-N - choroby neurologiczne	3	3	0	1	4	5
11	11-I - inne	2	1	1	4	0	6
		24	21	12	22	44	57
		45		34		101	
1	01-A – wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytającą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się	4	4	15	8	-	-

2	02-B – wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego	3	8	10	14	-	-
3	03-C – upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym	1	2	1	0	-	-
4	04-D – psychozy i zespoły psychotyczne	0	1	0	0	-	-
5	05-E – zespół autystyczny	0	0	0	1	-	-
6	06-F – padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi	1	0	2	0	-	-
7	07-G – nowotwory złośliwe i choroby rozrostowi układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia	2	1	2	2	-	-
8	08-H – wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni	0	3	3	0	-	-
9	09-I – głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantuj ślimakowego	1	1	1	1	-	-
		12	20	34	26	-	-
		32		60		-	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Tabela 14. Niepełnosprawni z podziałem na miejsce zamieszkania

Lp.		Miejsce zamieszkania					
		2002		2003		2004	
		Ogółem - 77		Ogółem - 94		Ogółem - 101	
		Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
1	01-U - upośledzenie umysłowe	0	0	0	1	9	6
2	02-P - choroby psychiczne	4	7	2	2	5	6
3	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	1	3	1	4	2	6
4	04-O - choroby narządu wzroku	4	3	0	0	3	2
5	05-R - upośledzenie narządu ruchu	4	4	6	3	12	9
6	06-E - epilepsja	0	0	0	1	0	1
7	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	1	2	7	1	11	8
8	08-T - choroby układu pokarmowego	1	2	0	0	1	2
9	09-M - choroby układu moczowo – pęciowego	0	0	0	0	0	3
10	10-N - choroby neurologiczne	3	3	0	1	2	7
11	11-I - inne	1	2	3	2	0	6
		15	26	19	15	45	56
		45		34		101	
1	01-A – wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytłą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się	3	5	16	7	-	-

2	02-B – wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego	7	4	14	10	-	-
3	03-C – upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym	1	2	1	0	-	-
4	04-D – psychozy i zespoły psychotyczne	1	0	0	0	-	-
5	05-E – zespół autystyczny	0	0	1	0	-	-
6	06-F – padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi	1	0	2	0	-	-
7	07-G – nowotwory złośliwe i choroby rozrostowi układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia	2	1	3	1	-	-
8	08-H – wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni	0	3	2	1	-	-
9	09-I – głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantuj ślimakowego	1	1	2	0	-	-
		16	16	50	10	-	-
		32		60		-	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Tabela 15. Liczba dzieci niepełnosprawnych na przestrzeni lat 2002 - 2004

Lp.		Dzieci					
		2002		2003		2004	
		Ogółem - 31		Ogółem - 40		Ogółem - 30	
		Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
1	01-U - upośledzenie umysłowe	-	-	0	-	3	-
2	02-P - choroby psychiczne	-	-	1	-	1	-
3	03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	-	-	1	-	1	-
4	04-O - choroby narządu wzroku	-	-	4	-	5	-
5	05-R - upośledzenie narządu ruchu	-	-	0	-	6	-
6	06-E - epilepsja	-	-	4	-	5	-
7	07-S - choroby układu oddechowego i krążenia	-	-	0	-	0	-
8	08-T - choroby układu pokarmowego	-	-	3	-	4	-
9	09-M - choroby układu moczowo – płciowego	-	-	0	-	2	-
10	10-N - choroby neurologiczne	-	-	1	-	1	-
11	11-I – inne	-	-	0	-	2	-
		-	-	2	12	7	23
		-	-	14	-	30	-
1	01-A – wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytłą rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się	14	-	4	-	-	-

2	02-B – wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego	8	7	-			
3	03-C – upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym	2	1	-			
4	04-D – psychozy i zespoły psychotyczne	1	2	-			
5	05-E – zespół autystyczny	1	1	-			
6	06-F – padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi	0	1	-			
7	07-G – nowotwory złośliwe i choroby rozrostowi układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia	1	0	-			
8	08-H – wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5/25 lub 0,2 według Snellena po wyrównaniu wady wzroku szklami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni	1	9	-			
9	09-I – głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantuj ślimakowego	3	1	-			
		20	11	17	9	-	-
		31	26			-	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Busku Zdroju

Natomiast tabela nr 16 przedstawia dane dotyczące ilości osób zarejestrowanych w Poradni Zdrowia Psychicznego w Kazimierzy Wielkiej w latach 2002 – 2004.

Tabela 16. Liczba osób zarejestrowanych w Poradni Zdrowia Psychicznego w latach 2002 – 2005 zamieszkałych na terenie gminy Kazimierza Wielka

Rok	2002		2003		2004	
	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto
Kobiety	93	48	91	60	88	60
Mężczyźni	97	59	102	47	89	53
Razem	297		300		290	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Poradni Zdrowia Psychicznego

Z tabeli 16 wynika, że zdecydowanie większa liczba osób zarejestrowanych w Poradni Zdrowia Psychicznego w Kazimierzy Wielkiej zamieszkuje na terenie wsi. Wśród tych osób większą liczbę stanowią mężczyźni. Natomiast na terenie miasta, z wyjątkiem roku 2002, większą liczbę stanowią kobiety.

Z uwagi na złożoność problemu opracowanie skutecznych działań na rzecz osób niepełnosprawnych musi być wielkoobszarowe, nakierowane na społeczeństwo, rodzinę osoby niepełnosprawnej oraz jednostkę.

Między innymi w tym celu 25 lutego 2004 roku na sesji Rady Powiatu w Kazimierzy Wielkiej zatwierdzono **Program działań na rzecz osób niepełnosprawnych „Dać Szansę”** - dla powiatu kazimierskiego na lata 2003-2008.

Program adresowany jest do:

- osób niepełnosprawnych stykających się z różnego rodzaju trudnościami i kłopotami wynikającymi z niepełnosprawności,
- rodzin z osobą niepełnosprawną
- pracodawców zatrudniających bądź zamierzających zatrudnić osoby niepełnosprawne,
- organizacji pozarządowych działających w zakresie szeroko rozumianej pomocy osobom niepełnosprawnym,
- pracowników administracji samorządowej działających na rzecz osób niepełnosprawnych.

Celem strategicznym tego programu jest wszechstronna pomoc osobom niepełnosprawnym. Umożliwienie im samodzielnego funkcjonowania w środowisku społecznym, a w szczególności w zakresie:

- rehabilitacji,
- rehabilitacji zawodowej i zatrudniania,
- postrzegania praw osób niepełnosprawnych.

Osoby niepełnosprawne mają możliwość korzystania z różnych wyspecjalizowanych instytucji i organizacji pozarządowych działających w sferze pomocy społecznej. Do placówek tych, które czynnie działają między innymi na rzecz osób niepełnosprawnych na terenie gminy i powiatu należą:

- Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej,

- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kazimierzy Wielkiej,
- Powiatowy Środowiskowy Dom Samopomocy w Cudzynowicach,
- Warsztaty Terapii Zajęciowej w Kazimierzy Wielkiej,
- Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych „Promyk Nadziei”,
- Poradnia Zdrowia Psychicznego w Kazimierzy Wielkiej,
- Dom Pomocy Społecznej w Bejcach,
- Poradnia Psychologiczno Pedagogiczna w Kazimierzy Wielkiej,
- Ośrodek Szkolno – Wychowawczy w Kazimierzy Wielkiej,
- Powiatowy Urząd Pracy w Kazimierzy Wielkiej.

Długotrwała choroba

Jedną z ważniejszych przesłanek udzielania pomocy przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej jest długotrwała choroba.

Można przyjąć, że długotrwała choroba musi trwać co najmniej sześć miesięcy. Istnienie długotrwałej lub ciężkiej choroby stwierdza lekarz wydając zaświadczenie. Długotrwała choroba to przesłanka uprawniająca do zasiłku okresowego, usług opiekuńczych, zasiłku pielęgnacyjnego czy świadczenia pielęgnacyjnego.

Usługi opiekuńcze świadczone są osobie samotnej i w rodzinie, która z powodu wieku, długotrwałej choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona lub jeśli rodzina nie może takiej opieki zapewnić.

Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kazimierzy Wielkiej zatrudnia 5 osób na stanowisku **młodsze go opiekuna**. Osoby te świadczą w miejscu zamieszkania podopiecznego pomoc w formie usług opiekuńczych.

Do zakresu czynności pracy opiekuna ds. opieki nad osobami samotnymi i chorymi należy:

- wykonywanie obowiązków opiekuńczych zgodnie z zasadami humanitarnymi, społecznymi oraz wynikających z zatrudnienia,
- wykazywanie zrozumienia dla sytuacji podopiecznych, ich stanu psychicznego oraz szczególnego taktu wobec podopiecznych,
- wykazywanie osobistej inicjatywy w rozwiązywaniu indywidualnych potrzeb podopiecznych,
- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych wynikających ze stanu zdrowia chorego, opiekuńczych, gospodarczych i załatwianie innych spraw wynikających z indywidualnych potrzeb osobistych chorego,
- utrzymywanie stałego kontaktu podopiecznych ze środowiskiem, otoczeniem oraz Ośrodkiem,
- prowadzenie obowiązkowej dokumentacji,
- przestrzeganie dyscypliny i czasu pracy,
- wykonywanie innych poleceń i czynności służbowych zleconych przez kierownika.

Na przełomie lat 2002 – 2004 pomoc w formie usług opiekuńczych przedstawiała się następująco:

- **w 2002 roku** z usług opiekuńczych skorzystało ogółem **29 osób**, w tym 9 samotnych, w rodzinie 20,
- **w 2003 roku** z usług opiekuńczych skorzystało ogółem **29 osób**, w tym 7 samotnych, w rodzinie 22
- **w 2004 roku** z usług opiekuńczych skorzystało ogółem **30 osób**, w tym 11 samotnych, w rodzinie 19.

1.6. UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU I NARKOTYKÓW

Problemy związane z nadużywaniem alkoholu stanowią jedno z najbardziej widocznych zagrożeń społecznych i zdrowotnych w Polsce. Wywierają istotny wpływ na życie społeczeństwa, przyczyniają się do dezorganizacji życia rodzinnego oraz środowiska pracy, prowadzą do wyniszczenia organizmu, zaburzeń emocjonalnych oraz stanowią przyczynę wielu naruszeń prawa i porządku publicznego. Zadania ujęte w Gminnym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych mają na celu pomoc dla osób nadużywających alkoholu, jak również dla ich rodzin. Jest to pomoc nie tylko materialna, ale również – co jest ważne dla Członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – pomoc psychologiczna i terapeutyczna. Bardzo dużą uwagę zwracamy również na działalność profilaktyczną.

„Choroba alkoholowa”, „Uzależnienie od alkoholu”, „Alkoholizm” - jest to okresowe picie alkoholu w celu doznawania jego działania psychicznego, a czasem także dla uniknięcia złego samopoczucia, wynikające z jego odstawienia.

Istotą tej choroby jest więc psychiczne i fizyczne uzależnienie go od środka narkotycznego jakim jest alkohol.

Uzależnienie psychiczne polega na potrzebie picia alkoholu dla poprawy samopoczucia.

Uzależnienie fizyczne objawia się wzrostem tolerancji na alkohol, utratą kontroli nad wypijanym alkoholem (niemożność przzerwania picia w z góry zaplanowanym momencie) oraz palimpsestami i występującym Alkoholowym Zespołem Abstynencyjnym po odstawieniu alkoholu.

Alkoholizm jest chorobą pierwotną. Oznacza to, że jest przyczyną (podłożem) powstawania wielu innych chorób (somatycznych i psychicznych).

Alkoholizm jest chorobą śmiertelną. Nie leczony prowadzi nieuchronnie do śmierci. Mało jednak jest rozpoznań w aktach zgonu - alkoholizm. Przeważ-

nie jest to somatyczny symptom alkoholizmu, np. marskość wątroby, itp. Warto, zastanawiając się nad istotą alkoholizmu, pamiętać, że to jest jednak choroba i powinna być leczona tak, jak każda inna bardzo groźna choroba. Często niestety traktowana jest w kategoriach moralnych.

Do dziś spora część ludzi patrzy na alkoholizm w kategoriach moralnych. Jest to według nich grzech, który jak trąd niszczy ducha i ciało. Dla wielu osób jest dowodem słabego charakteru i upadku moralnego. Wielu ludzi nie uznaje potrzeby leczenia alkoholików. Jednak czy to się komuś podoba bądź nie, alkoholizm jest chorobą. Ma swój numer statystyczny i swą definicję (znajduje się w spisie chorób uznawanych przez WHO).

Istotą tej choroby, jest tak jak w każdej innej, odchodzenie od zdrowia. Nie przebiega to raptownie, lecz trwa, trwa przez całe lata, tocząc organizm i psychikę jak robak jabłko. Ma swój początek, przebieg i koniec.

Początek alkoholizmu jest trudny do uchwycenia. Bowiem granica pomiędzy pićm towarzyskim a chorobowym jest bardzo płynna. Zależy to od wielu czynników i każdy człowiek inaczej reaguje na alkohol. Stąd są osoby, które przez wiele lat nie odczuwają fizycznie skutków picia, degradacja organizmu jest czasem znikoma.

Podobnie bywa z funkcjonowaniem psychicznym. Są osoby, które mimo uzależnienia funkcjonują w miarę poprawnie, bronią się przed degradacją psychiczną, a są również i tacy, którzy w wyniku długotrwałego picia mogą przebywać jedynie na oddziale psychiatrycznym.

Są również tacy, którzy na zewnątrz funkcjonują w miarę poprawnie, funkcjonują zawodowo, np. ktoś, pełniący funkcję lekarza specjalisty, operuje, daje recepty - po badaniach psychologicznych okazuje się, że jego poziom umysłowy obniżył się do upośledzenia umiarkowanego tzn. na poziomie szkoły specjalnej.

Różny jest także poziom społeczny osób uzależnionych. Są tacy, którzy mają pracę, dom, rodzinę, ale wielu już to wszystko straciło i mieszka pod mo-

stem. Bardzo trudno jest powiedzieć o kimś, kto ma pracę, dom, samochód, pozycję społeczną, jakiś jeszcze poziom intelektualny, organizm jeszcze niezniszczony, że jest alkoholikiem. Społeczeństwo, jak i sami alkoholicy chętniej postrzegają tych ostatnich - bezdomnych, upośledzonych fizycznie i psychicznie przez picie denaturatu.

Tam nikt nie ma wątpliwości. Tymczasem alkoholizm jest chorobą, która ma swój początek, przebieg stąd te różne oblicza alkoholizmu.

Ustawa z dnia 26 października 1982 roku (z późniejszymi zmianami) o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi określa, że działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych należą do zadań własnych gmin. W szczególności zadania te obejmują:

- zwiększenie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
- prowadzenie profilaktycznej działalności informatycznej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo – wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego, wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie Centrów Integracji Społecznej.

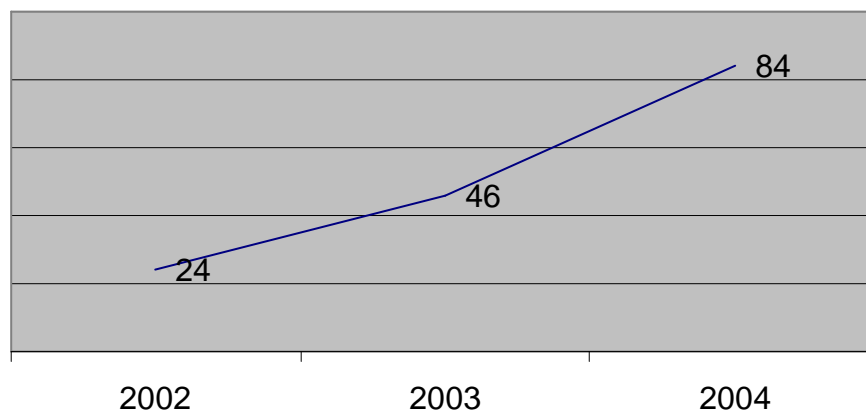
Na terenie gminy Kazimierza Wielka problem alkoholizmu jest postrze-

gany jako jeden z kluczowych. Liczba wniosków wpływających do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych o rozpatrzenie sprawy i skierowanie na leczenie osób podejrzanych o nadużywanie alkoholu ciągle rośnie, co obrazuje poniższa tabela.

Tabela 17. Liczba wniosków zarejestrowanych w GKRPA w latach 2002 - 2004

Liczba wniosków	Lata		
	2002	2003	2004
Ogółem	24	46	84
Kobiety	1	-	2
Mężczyźni	23	46	82

Źródło: Dane Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych



Wiek osób zarejestrowanych w Gminnej Komisji ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przedstawia tabela poniżej.

Tabela 18. Wiek osób zarejestrowanych w GKRPA w latach 2002 - 2004

	2002	2003	2004
do 20 lat	-	1	2
20 – 30	4	8	11
30 – 40	5	9	14
40 – 50	10	15	33
50 – 60	4	8	18
powyżej 60	1	5	6
Ogółem	24	46	84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Gminnej Komisji ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Tabela nr 18 przedstawia liczbę osób uzależnionych od alkoholu zarejestrowanych w Poradni Odwykowej w Kazimierzy Wielkiej, z której wynika, że liczba tych osób sukcesywnie rośnie.

Tabela 19. Liczba zarejestrowanych w Poradni Odwykowej

Liczba osób	Lata		
	2002	2003	2004
Ogółem	49	47	74
Kobiety	1	1	3
Mężczyźni	48	46	71

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Poradni Odwykowej

Narkomania jest jednym z najpoważniejszych problemów społecznych w Polsce. Powszechnie znana jest skala trudności w leczeniu, rehabilitacji i re-adaptacji osób uzależnionych, w przywracaniu ich do normalnego życia.

Problem narkotyków w Polsce istnieje i dotyczy wszystkich regionów kraju. Gmina Kazimierza Wielka również narażona jest na ekspansję narkobiznesu. Dzieje się to głównie za sprawą młodzieży i wzroście ich zainteresowania zaży-

waniem narkotyków.

Szacunkowa liczba narkomanów w Polsce waha się od 30 - 40 tys. osób. Analiza wskaźników używania narkotyków wśród młodzieży szkolnej, pochodząca z badań ankietowanych SPAD, wskazała znaczny wzrost rozpowszechniania tego zjawiska w ostatnich latach. Poniżej 18-tego roku życia z narkotykami miało kontakt ok. 8% populacji, od 18 do 20 roku życia- 21% populacji.

Używanie substancji zależne jest także od płci. Częściej chłopcy niż dziewczęta używają substancji nielegalnych 9 narkotyków, wśród dziewcząt natomiast bardziej rozpowszechnione jest używanie leków uspakajających, nasennych, przeciwbólowych (substancje psychoaktywne). Tendencja wzrostowa w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież stawia nowe wyzwania przed działaniami profilaktycznymi.

Wydaje się, że wzrost rozpowszechniania używania substancji psychoaktywnych, a szczególnie picia alkoholu oraz zażywanie środków odurzających, jest efektem głębokiej zmiany obyczajowej, której dotychczasowe zabiegi profilaktyczne nie są w stanie skutecznie się przeciwstawić. Dla odwrócenia obecnego trendu potrzebna jest mobilizacja wielu jednostek oraz ich wzmożone wspólne działanie ukierunkowane na ten problem. Potrzebna jest więc współpraca Psychologa, Szkoły, Kościoła, rodziny, ośrodków życia kulturalnego.

Na podstawie przeprowadzonych rozmów z dyrektorami szkół z terenu naszej gminy ustalono, że dostrzegają oni problem narkomanii wśród swoich uczniów jako marginalny. Zarówno w szkole podstawowej jak również w gimnazjum jeśli już dostrzegają zjawisko to głównie jako sporadyczne przypadki. Mimo tych opinii Zespół Zadaniowy uważa, że zażywanie różnych substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież naszej gminy ma znacznie szerszy wymiar. W związku z tym należy uznać go za problem, który winien mieć swoje miejsce w strategii wśród problemów społecznych.

Mając na uwadze obecny rozmiar tego zjawiska oraz wielkie obawy co do jego nagłego wzrostu, bardzo ważnym jest wprowadzenia w aspekcie szeroko pojętej profilaktyki ograniczenia podaży jak również monitoringu tego problemu

w szczególności wśród dzieci i młodzieży, co pozwoli na dostosowanie działań do skali zjawiska.

1.7. PRZEMOC W RODZINIE

Przemoc – to każde zachowanie powodujące psychiczne lub fizyczne cierpienie drugiej osoby.

Wyróżnia się przemoc fizyczną, psychiczną, seksualną, ekonomiczną oraz zaniedbanie.

Przemoc psychiczna

Panuje dość rozpowszechnione przekonanie, iż przemoc psychiczna dotyczy głównie osób z tzw. marginesu społecznego, lub że zdarza się rzadko. Nic bardziej mylnego.

Psychiczny terror, emocjonalny gwałt i szantaż, zadawanie dotkliwych, niewidocznych gołym okiem ran psychicznych poprzez poniżanie, zastraszanie, prześladowanie, bezwzględność, nie liczenie się z potrzebami i pragnieniami innych, narzucanie własnych racji i norm, cyniczne szydzenie, wyśmiewanie i kpienie, wymuszanie czegokolwiek by osiągnąć wyłącznie własne korzyści, a przede wszystkim by utrzymać stan strachu i poczucie bezsilności w ofierze - to przykłady aktów przemocy psychicznej obecnych na co dzień w wielu środowiskach a także w bliskich związkach formalnych i nieformalnych. Czasem zdarza się to w pracy, w wojsku, w szkole, ale najczęściej niestety w domu.

Często ofiara przemocy psychicznej paradoksalnie czuje się winna, ponieważ prawie każdy emocjonalny agresor doskonale manipuluje poczuciem winy. Można to zmienić i każda osoba dotknięta przemocą powinna do skutku szukać pomocy.

Decyzja by spotkać się z psychologiem może być pierwszym krokiem do zrobienia czegoś bardzo ważnego dla siebie, w warunkach absolutnej dyskrecji

i bezpieczeństwa, poprzez budowanie wewnętrznej niezgody na bycie ofiarą, spojrzenie na sprawę z dystansu, z nowej perspektywy i znalezienie konkretnych, konstruktywnych, możliwych do wprowadzenia w życie rozwiązań.

Ważną rzeczą jest też to, że przemoc psychiczna jest często wstępem lub idzie w parze z przemocą fizyczną.

Przemoc fizyczna

Podobnie jak przemoc psychiczna może ona mieć miejsce w każdym środowisku. Bez względu na stopień poczucia bezsilności ofiary i jej subiektywne niedostrzeżenie możliwości wyjścia z sytuacji, żadna dotknięta przemocą fizyczną osoba nie powinna ustawać w poszukiwaniu pomocy. Należy pamiętać, że sprawcy przemocy czują się bezkarni oraz sądzą, że ich ofiara jest osamotniona, zastraszona oraz zdana wyłącznie na ich władzę i na tym głównie budują swoją siłę.

Na podstawie informacji podanych przez Komendę Powiatową Policji w Kazimierzy Wielkiej na terenie powiatu kazimierskiego ilość interwencji policyjnych w związku z przemocą w rodzinie na przestrzeni trzech ostatnich lat znacząco wzrosła. W roku ubiegłym z **ogólnej liczby 433** przeprowadzonych interwencji domowych **185 przypadków dotyczyła przemocy w rodzinie**. Sprawcami przemocy w większości byli mężczyźni. Główną przyczyną przemocy w rodzinie jest spożycie alkoholu przez sprawców. W związku z tym 126 wniosków było skierowanych do Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Podobna sytuacja przedstawia się na terenie naszej gminy.

Z informacji uzyskanych KPP należy stwierdzić, że na przestrzeni ostatnich lat również ilość interwencji dotyczących przemocy w rodzinie znacząco wzrosła i przedstawiała się następująco w:

- **2002 roku - 9 interwencji,**
- **2003 roku – 62 interwencje,**

- **2004 roku – 103 interwencje.**

We wszystkich tych interwencjach prowadzona była procedura „**Niebieskiej Karty**”.

Problemy przemocy w rodzinie zgłaszane są przez Komendę Powiatową Policji również pracownikom socjalnym Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. **Zgodnie z art.107, ust.2 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej** w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie pracownik socjalny wypełnia formularz „**Pomoc Społeczna – Niebieska Karta**” stanowiący załącznik do rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Procedura „Niebieskiej Karty” to:

- dokumentacja,
- krótko i długotrwały plan pomocy wszystkim członkom rodziny,
- współpraca z przedstawicielami innych instytucji i organizacji powołanych do udzielania pomocy ofiarom przemocy,
- interwencje wobec sprawcy
- monitorowanie sytuacji rodziny.

Realizowana w Ośrodku Pomocy Społecznej procedura „Niebieskiej Karty” nie jest wystarczającą formą pracy z rodzinami dotkniętymi przemocą domową.

Wypracowanie najefektywniejszych metod w zakresie skutecznej interwencji wobec przemocy domowej, a przede wszystkim zapewnienie ofiarom bezpieczeństwa i wszechstronnej pomocy to zadanie nie tylko Ośrodków Pomocy Społecznej, ale także innych profesjonalnie przygotowanych do tego instytucji. W związku z tym konieczne jest budowanie lokalnych koalicji, w których poszczególne podmioty zajmujące się problemem przemocy w rodzinie będą ze sobą ściśle współpracować i się uzupełniać

W tym celu, w **1999 roku**, na terenie miasta Kazimierza Wielka przy Poradni Psychologiczno Pedagogicznej powstał **PUNKT KONSULTACYJNY**

DLA OFIAR PRZESTĘPSTW. Skupia on przedstawicieli różnych grup zawodowych tj. pracownika socjalnego, pracownika policji, przedstawiciela władz Gminy, kuratora zawodowego, psychologa, przedstawiciela Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz księdza. Ustalony jest grafik dyżurów, dla poszczególnych osób. W każdym dniu tygodnia /bez sobót i niedziel/ o wyznaczonych czasie pełniony jest godzinny dyżur.

Ta forma pomocy jest również niewystarczająca. Dostrzegając więc wagę problemu zachodzi konieczność utworzenia zespołu interdyscyplinarnego, który będzie skupiał przedstawicieli różnych grup zawodowych i oferował większy zakres pomocy ofiarom, a także uwzględni programy edukacyjne i różne formy terapii dla sprawców przemocy.

1.8. BEZDOMNOŚĆ

W myśl **ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej** osobą bezdomną jest osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i nie zameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

Aktualnie na terenie naszej gminy nie notuje się rażącego zjawiska bezdomności. Od kilku lat liczba faktycznie bezdomnych waha się od 2-3 osób. Jeżeli zachodzi konieczność udzielenia im schronienia umieszcza się ich w noclegowni /którą posiada gmina/, na okres przejściowy to jest na czas oczekiwania na miejsce w Schronisku im. Brata Alberta w Miechowie, które zapewnia bezdomnemu całodobową opiekę i nadzór.

ROZDZIAŁ II

ANALIZA MOCNYCH I SŁABYCH STRON, POJAWIAJĄCYCH SIĘ SZANS I ZAGROŻEŃ

2.1. ANALIZA SWOT

Zebranie materiału informacyjnego i przeprowadzenie szeregu konsultacji pozwoliło na sporządzenie diagnozy problemów społecznych w gminie Kazimierza Wielka i opracowanie analizy SWOT.

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> - Potencjał demograficzny – znaczna liczba osób w wieku produkcyjnym - Silny i sprawnie działający samorząd - Pozytywny stosunek samorządu do spraw społecznych - Istniejąca strategia rozwoju gminy - Dobrze rozwinięta infrastruktura instytucji pomocy społecznej - Profesjonalna kadra instytucji społecznych na terenie gminy - Współpraca organizacji i środowisk osób niepełnosprawnych z MGOPS i realizujące pomoc dla środowiska - Działalność świetlicy opiekuńczo - wychowawcza - Miasto powiatowe 	<ul style="list-style-type: none"> - Wzrastająca liczba ludzi ubogich - Niekorzystne, trudno powstrzymane zmiany demograficzne-starzenie się społeczeństwa - Bezrobocie - Ubogi rynek pracy - Ograniczone zasoby rzeczowe i finansowe, które mogą być wykorzystane na rzecz rozwiązywania problemów społecznych - Zastój w budownictwie mieszkaniowym, brak mieszkań socjalnych, chronionych dla usamodzielnianych wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych, rodzin zastępczych i osób z zaburzeniami psychicznymi - Nowe zadania gmin zlecane bez pokrycia finansowego ze środków centralnych - Bariery architektoniczne - Wyuczona bezradność, roszczeniowość postaw - Zjawisko „dziedziczenia biedy” - Mała skuteczność rozwiązań systemowych w zakresie zwalczania bezrobocia w tym także osób niepełnosprawnych - Słabo rozwinięta sieć poradnictwa specjalistycznego - Brak możliwości alternatywnych dla młodzieży - Długi okres oczekiwania na stacjonarne

	leczenie w zakładzie leczenia uzależnień
SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> - Integracja z Unią Europejską – możliwości pozyskiwania funduszy - Edukacja społeczeństwa w kierunku kształtowania pozytywnych postaw w zakresie zdrowego stylu życia - Silny i w miarę posiadanych kompetencji sprawnie działający samorząd - Decentralizacja finansów publicznych, co może powodować skierowanie większych środków finansowych na realizację polityki społecznej - Propagowanie profesjonalnych programów profilaktycznych 	<ul style="list-style-type: none"> - Utrzymujące się bezrobocie powodujące ubożenie społeczeństwa - Obarczanie samorządów lokalnych kolejnymi zadaniami w nieproporcjonalnej wielkości do środków budżetowych - Długotrwałe uzależnienie rodzin od pomocy społecznej - Stereotypy w wizerunku pomocy społecznej - Starzenie się społeczeństwa - Brak środków na budownictwo społeczne - Wzrastający poziom alkoholizmu, przemocy w rodzinie i narkomanii. - Niestabilność prawa, brak jasnych uregulowań w zakresie rozdziału zadań i środków państwo-gminy - Mała liczba organizacji mogących się zaangażować w usuwanie problemów społecznych lub przyczyn ich powstawania - Zubożenie społeczne oraz bezrobocie powodujące popadanie w różne uzależnienia i choroby.

Niewątpliwie mocną stroną gminy jest silny samorząd mogący sprawnie decydować o kierunku prowadzonej przez gminę polityki społecznej.

Elementem wspomagającym i dającym dodatkowe szanse i możliwości w tej materii, jest decentralizacja finansów publicznych. Dzięki temu zabiegowi środki pieniężne mogą dotrzeć sprawniej oraz trafniej do ośrodków i instytucji realizujących politykę społeczną.

Niestety gmina ma również wiele słabych stron. Jedną z nich to brak rozwiniętego i specjalistycznego systemu obsługi okołobiznesowej dla małej i średniej przedsiębiorczości zarówno lokalnej jak i w kontekście inwestorów zewnętrznych. Jest to bardzo istotne, ale i złożone zagadnienie. Stwarzając, bowiem warunki do rozwoju przedsiębiorczości miasto przyczynia się do tworzenia miejsc pracy, ale także samo czerpie pewne korzyści, np. z podatków lokalnych, które w części mogą pokrywać wydatki związane z prowadzoną przez miasto,

polityką społeczną. Dodatkowe miejsca pracy to również zapobieganie pewnym patologiom, takim jak: alkoholizm czy ubóstwo.

ROZDZIAŁ III

CELE STRATEGICZNE I ICH REALIZACJA

W trakcie przeprowadzonych spotkań Zespół Zadaniowy powołany do opracowania strategii zdefiniował na podstawie diagnozy cele strategiczne i wskazał sposoby realizacji służące przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu i marginalizacji.

CELE STRATEGICZNE DLA CZTERECH OBSZARÓW:

- Ubóstwo
- Bezrobocie
- Niepełnosprawność i długotrwała choroba
- Uzależnienie od alkoholu, narkotyków oraz przemoc w rodzinie

3.1. PODSTAWOWE CELE STRATEGICZNE I KIERUNKI DZIAŁAŃ

3.1.1. Cel główny strategiczny: Redukowanie zjawiska ubóstwa

Cel ten możliwy jest do osiągnięcia poprzez podjęcie działań ratunkowych, łagodzących i zapobiegających skutkom ubóstwa w gminie.

Działania ratunkowe to udzielanie doraźnej pomocy poprzez pomoc instytucji publicznych oraz uzupełnianie pomocy przez organizacje pozarządowe. Świadczenia udzielane w różnej formie: pieniężnej i niepieniężnej.

Świadczenie pieniężne udzielane w ramach pomocy społecznej to różnego rodzaju zasiłki np. stały, okresowy czy celowy jak również inne wypłacane przez gminę świadczenia rodzinne, dodatki mieszkaniowe, stypendia.

Świadczenia niepieniężne to przede wszystkim: pomoc rzeczowa, posiłek w jadłodajni, dla dzieci w szkole lub świetlicy, niezbędne ubranie oraz usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania i szeroko rozumiana praca socjalna.

Łagodzenie skutków ubóstwa to tworzenie zamkniętego rynku pracy poprzez:

- Organizowanie robót publicznych;
- Tworzenie Centrum Integracji Społecznej.

Roboty publiczne to prace zorganizowane dla bezrobotnych głównie przez organy samorządu terytorialnego, które otrzymują refundacje części kosztów ich zatrudnienia. Z doświadczenia pomocy społecznej wynika, że nie wystarczy biednym ludziom pomagać wyłącznie przez świadczenia pieniężne. Skutecznym sposobem reintegracji społecznej jest tworzenie im warunków do wykorzystania drzemiących w nich właściwości psychofizycznych, kwalifikacji zawodowych, aktywności w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji. Takie możliwości daje między innymi Centrum Integracji Społecznej czy Klub Integracji Społecznej. W Klubie Integracji Społecznej można organizować i prowadzić:

- programy zatrudnienia tymczasowego mające na celu pomoc w znalezieniu pracy;
- działalność samopomocowa w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych.

Zapobieganie ubóstwu:

1. Tworzenie warunków do powstawania nowych miejsc pracy.

Stworzenie przyjaznych warunków do powstawania nowych miejsc pracy w gminie poprzez wspieranie lokalnej przedsiębiorczości, w tym w szczególności:

- formalne i organizacyjne przygotowanie przez gminę terenów dla pozarolniczej działalności gospodarczej, uzbrojonych w infrastrukturę jako oferty dla inwestorów, w tym inwestorów pozamiejskowych;

- opracowanie i wdrażanie systemu dogodnych ulg podatkowych z tytułu podejmowania pozarolniczej działalności gospodarczej i tworzenia nowych miejsc pracy;
 - kreowanie przez lokalne władze gminy, banki i instytucje rządowe klimatu dla rozwoju przedsiębiorczości (dla inwestorów miejscowych i pozamiejscowych); (ułatwienia w załatwianiu formalności, świadczenie usług doradczych, prawnych, pomoc w dostępie do tanich kredytów i dotacji jako źródła finansowania inwestycji).
2. Zbudowanie systemu oparcia społecznego dla osób i rodzin ubogich w gminie. Tworzenie oparcia socjalnego, prawnego i psychologicznego (Ośrodek Poradnictwa Socjalnego, grupy samopomocowe).
 3. Nauczenie umiejętnego wykorzystania własnych zasobów (praca socjalna, doradztwo zawodowe).
 4. Zbudowanie prawidłowej współpracy pomiędzy instytucjami i organizacjami zajmującymi się problemem ubóstwa.

3.1.2. Cel główny strategiczny: Przeciwdziałanie bezrobociu

Cele szczegółowe:

1. Wspieranie bezrobotnych w poszukiwaniu pracy.
2. Przeciwdziałanie oraz eliminowanie negatywnych skutków psychospołecznych bezrobocia również uzależnieniu bezrobotnych świadczeniobiorców od instytucji pomocy społecznej.

Kierunki działania:

1. Budowanie sieci współpracy pomiędzy instytucjami i organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz rozwiązywania problemu bezrobocia poprzez:
 - wzajemne informowanie o działaniach i prowadzenie bieżącej analizy

- bezrobocia,
- wspólne przygotowywanie i realizacja projektów na rzecz przeciwdziałania bezrobociu, np. (organizowanie szkoleń dla bezrobotnych, przekwalifikowania itp.)
2. Tworzenie przyjaznych warunków do powstawania nowych miejsc pracy w gminie poprzez wspieranie przedsiębiorczości.
 3. Rozwój zatrudnienia socjalnego dla bezrobotnych.
 4. Zatrudnienia bezrobotnych w ramach aktywnych form, przeciwdziałania bezrobociu (roboty publiczne, prace interwencyjne, staże, przygotowanie zawodowe itp.).
 5. Działalność informacyjna dla bezrobotnych o możliwościach pomocowych.
 6. Prowadzenie przez pracowników socjalnych szeroko rozumianej pracy socjalnej.

Pracownicy socjalni koordynują działania na rzecz bezrobotnych. Problem bezrobocia rozwiązują systemowo, czyli z uwzględnieniem całej rodziny.

Pozostające w dyspozycji MGOPS-u środki finansowe na pomoc materialną stanowiąc będą ważny instrument, służący kształtowaniu pożądanych postaw i zachowań bezrobotnych podopiecznych. W pierwszej kolejności środki te będą wydatkowane na ochronę dzieci przed skutkami bezrobocia rodziców tj. dożywianie, wyprawka do szkoły, możliwość uczestnictwa w świetlicy opiekuńczo - wychowawczej.

Działania z zakresu pracy socjalnej to mobilizowanie podopiecznych do poszukiwania zatrudnienia i usamodzielnienia się. W ramach tych działań podstawą pomocy staje się kontrakt socjalny zawierany pomiędzy bezrobotnym a pracownikiem socjalnym, określający zasady współpracy oraz cele, do których należy zmierzać i uzależniający przyznanie pomocy finansowej od zaangażowania bezrobotnego w poszukiwaniu pracy.

W wyniku negocjacji *kontraktu socjalnego* może być proponowana praca

(roboty publiczne lub prace interwencyjne z puli Powiatowego Urzędu Pracy) dla najbardziej aktywnych podopiecznych.

Celem prowadzenia intensywnej pracy socjalnej jest kształtowanie u bezrobotnego odpowiedzialności za swój los i umiejętności przystosowania się do samodzielnego życia w obecnej rzeczywistości.

Szczególnie ważne jest nauczenie prowadzenia gospodarstwa domowego w nowej sytuacji, racjonalnego gospodarowania ograniczonymi środkami finansowymi oraz planowania najbliższej przyszłości własnej rodziny.

Bezrobocie wywołuje także wiele napięć w sferze życia psychicznego jednostki.

Celowym działaniem będzie dążenie do utworzenia grup samopomocowych.

3.1.3. Cel główny strategiczny: Wyrównanie szans osób niepełnosprawnych poprzez integracje w środowisku lokalnym oraz likwidowanie wszelkich barier psychologicznych, społecznych i fizycznych dyskryminujących te osoby

Cele szczegółowe:

1. Stworzenie osobom niepełnosprawnym warunków do samodzielnego życia w środowisku lokalnym i rodzinnym.
2. Likwidacja barier mentalnych społeczeństwa.
3. Aktywizowanie zawodowe osób niepełnosprawnych.
4. Pomoc rodzinom z niepełnosprawną osobą.
5. Edukacja osób dot. problemu niepełnosprawności.

Kierunki działań:

- likwidacja barier architektonicznych w budynkach użyteczności publicznej,
- wyznaczenie miejsca na parkingach dla niepełnosprawnych,
- zapewnienie dostępu do rehabilitacji,
- pomoc w zaopatrzeniu w sprzęt rehabilitacyjny,
- zapobieganie osamotnieniu i izolacji poprzez umożliwienie udziału w życiu kulturalno – społecznym,
- utworzenie punktu informacji kompleksowej dla osób niepełnosprawnych w zakresie korzystania z wszelkich środków i form wspierania – w tym również bezpłatnej informacji telefonicznej,
- koordynacja działań różnych organizacji pozarządowych i instytucji świadczących usługi i pomoc na rzecz osób niepełnosprawnych,
- przestrzeganie praw osób niepełnosprawnych,
- realizowanie programów w oparciu o środki Unii Europejskiej,
- stała wnikliwa diagnoza problemów osób niepełnosprawnych i ich rodzin,
- współdziałanie z placówkami zajmującymi się wspieraniem osób niepełnosprawnych na terenie Gminy,

Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat osób niepełnosprawnych poprzez:

- . organizowanie prelekcji w szkołach, wybranych zakładach pracy w różnych grupach społecznych,
- . nauczanie integracyjne,
- . wydawanie broszur, ulotek informacyjnych,
- . organizowanie wystaw prac osób niepełnosprawnych w miejscach ogólnie dostępnych,

- prowadzenie dobrze przemyślanej promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem odrębności osób niepełnosprawnych (edukacja, spotkania integracyjne),
- włączenie do pracy zawodowej:
 - o na otwartym i chronionym rynku pracy,
 - o stworzenie Centrum Integracji Społecznej – dla osób wykluczonych społecznie,
 - o podwyższanie umiejętności i kwalifikacji zawodowych osób niepełnosprawnych - udział w szkoleniach, kursach zawodowych i specjalistycznych,
 - o promowanie osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy,
- wspieranie emocjonalne, psychologiczne i społeczne,
- rozwijanie edukacji dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej (począwszy od przedszkola) – w grupie rówieśniczej, integracyjnej. W przypadku, gdy niezbędna jest szkoła specjalna należy zagwarantować kontakt z grupą rówieśników innych szkół. W sposób szczególny należy uwzględnić dzieci i młodzież z obszarów wiejskich,
- umożliwianie prawa do swobodnego wyboru szkoły przez osobę niepełnosprawną,

3.1.4. Cel główny strategiczny: Przeciwdziałanie alkoholizmowi

Cele podstawowe:

1. Zmniejszanie ilości alkoholu spożywanego przez młodzież.
2. Zmniejszenie śmiertelności i degradacji psychofizycznej osób uzależnionych.
3. Zmniejszanie rozmiarów uszkodzeń zdrowia spowodowanych nadużywaniem alkoholu.

4. Zmniejszanie ilości i dolegliwości alkoholowych zaburzeń życia rodzinnego.
5. Zmniejszenie udziału nietrzeźwości wśród przyczyn naruszania prawa i porządku publicznego.
6. Promowanie postaw społecznych ważnych dla profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Kierunki działania:

1. Pomoc dla osób uzależnionych (m.in. od alkoholu), umożliwienie im powrotu do życia bez nałogu.
2. Wspieranie rodzin z problemem alkoholowym lub innego rodzaju uzależnieniem
3. Pomoc w rozwiązywaniu sytuacji problemowych
4. Prowadzenie wśród młodzieży działalności mającej na celu promocję zdrowego stylu życia i opóźnianie inicjacji zachowań ryzykownych.
5. Wspieranie działalności instytucji w zakresie organizacji zajęć sportowo-rekreacyjnych
6. Organizowanie dla dzieci i młodzieży różnorodnych form spędzania wolnego czasu mających na celu promocję zdrowego stylu życia i realizację programów profilaktycznych.
7. Współpraca z organizacjami, instytucjami i stowarzyszeniami na rzecz realizacji zadań programu GKRPA
8. Prowadzenie oddziaływań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży z grupy podwyższonego ryzyka
9. Podnoszenie kompetencji Członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w zakresie realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi
10. Pomoc rzeczowa dla rodzin z problemem alkoholowym

3.1.5. Cel główny strategiczny: Zahamowanie tempa wzrostu popytu na narkotyki

Cele szczegółowe:

1. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku.

Kierunki działania:

1. Opracowywanie oraz upowszechnianie materiałów informacyjno – edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii
2. Identyfikacja, stałe uaktualnianie i upowszechnianie danych na temat rekomendowanych programów profilaktyki oraz placówek prowadzących działalność profilaktyczną obejmującą problematykę narkomanii
3. Prowadzenie kampanii edukacyjnych uwzględniających problematykę narkomanii, adresowanych do określonych grup docelowych
4. Zorganizowanie stałego systemu wymiany informacji pomiędzy instytucjami odpowiedzialnymi za zapobieganie narkomanii
5. Przygotowanie i wdrożenie procedury konkursu dotyczącego promocji problematyki narkomanii.

3.1.6. Cel główny Strategiczny: Zahamowanie zjawiska przemocy w rodzinie i złagodzenia jego skutków.

Cele szczegółowe:

1. zapobieganie oraz powstrzymywanie zjawiska przemocy w rodzinie,
2. zapewnienie bezpieczeństwa ofierze i tworzenie warunków kontroli społecznej w sytuacjach przemocowych,

3. wspieranie osób i rodzin w rozwiązywaniu sytuacji kryzysowych i problemu przemocy oraz zapobieganie przechodzenia kryzysu w stan chroniczny,
4. przeciwdziałanie rozpadowi rodziny w sytuacjach kryzysu i przemocy.

Kierunki działań:

1. Zmniejszenie skali zjawiska przemocy w rodzinie poprzez:
 - skuteczne i kompleksowe działanie wszystkich służb, organizacji i instytucji zajmujących się tym problemem (policja, prokuratura, ośrodek pomocy społecznej, szkoły, świetlica socjoterapeutyczna),
 - szeroko rozumiana działalność informacyjno-edukacyjna o problemie przemocy w rodzinie poprzez media, szkoły, organizowanie konferencji, porad, kampanii itp.
2. Udzielanie pomocy ofiarom przemocy (pomoc materialna, prawna, zapewnienie mieszkania, opieki lekarskiej),
3. Podjęcia działań wobec sprawców przemocy:
 - skierowanie na leczenie,
 - pomoc psychologiczna,
 - praca socjalna (kontrakt socjalny)
4. Prowadzenie działań profilaktycznych szczególnie wśród dzieci i młodzieży poprzez:
 - realizacja programów „Bezpieczna Szkoła”
 - organizowanie konferencji, spektakli profilaktycznych i innych spotkań poświęconych problematyce przemocy w rodzinie.
5. Tworzenie grup samopomocowych dla ofiar przemocy
6. Podnoszenie kompetencji przedstawicieli służb i instytucji do udzielania pomocy ofiarom przemocy oraz podejmujących interwencje wobec sprawców oraz organizowanie szkoleń dla:
 - nauczycieli, pedagogów szkolnych,

- pracowników socjalnych,
- członków punktu konsultacyjnego,
- członków Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

W realizowaniu tych działań winny wziąć udział wszystkie w/w osoby pracujące w instytucjach pomagających ofiarom i sprawcom przemocy. Problem przemocy w rodzinie powinien być na bieżąco monitorowany i corocznie uwzględniany w gminnym programie rozwiązywania problemów alkoholowych.

3.1.7. Cel główny Strategiczny: Zapobieganie bezdomności

Kierunki działań:

1. Prowadzenie pracy socjalnej z osobami zagrożonymi bezdomnością:
 - aktywizowanie do podjęcia pracy;
 - pomoc w załatwieniu pracy, mieszkania, spraw urzędowych itp.
2. Pomoc w walce z uzależnieniami, a w efekcie powrót do społeczeństwa.
3. Pomoc finansowa i rzeczowa dla najuboższych.
4. Uruchomienie jadłodajni dla potrzebujących.

Realizacja tych działań będzie możliwa przy zaangażowaniu się pracowników MGOPS-u i Urzędu Miasta i Gminy przy ścisłej współpracy z organizacjami pozarządowymi.

ROZDZIAŁ IV

WNIOSKI I UWAGI KOŃCOWE

Gminna Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych to dokument, który pełni rolę schematu integrującego działania wszystkich uczestników życia społecznego w gminie Kazimierza Wielka, a przede wszystkim pozwoli wprowadzić w życie nowoczesny model polityki społecznej.

Tworzy długofalową wizję rozwiązywania problemów społecznych a poprzez cele, kierunki działania oraz propozycje projektów zawarte w dokumencie ma dotrzeć do najbardziej potrzebujących.

Wdrażanie strategii ma pobudzać do aktywności organizacje, instytucje działające w obszarze pomocy społecznej oraz rozwoju gospodarczego i społecznego gminy.

Strategia podlegać będzie modyfikacji w zależności od potrzeb.