

SKUTECZNOŚĆ POLSKIEJ ADAPTACJI *STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM* (SFP 10-14)

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa
Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw

EFFECTIVENESS OF POLISH ADAPTATION OF THE *STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM* (SFP 10-14)

Summary. Effectiveness of the *Strengthening Families Program* (SFP 10-14) in preventing psychoactive substance use among adolescents has been proved in several USA studies resulting in acknowledging SFP10-14 as one of the most effective programs in the world. But still a question remains about this program effectiveness in other cultural settings, like e.g. Poland.

In RCT in Poland participated 684 parent-child dyads with youth 10-14 years old from 20 local communities. Anonymous, questionnaire data was collected from parents and children before SFP 10-14 implementation and after 12 and 24 months. Some positive SFP 10-14 effects observed after 12 months among older youth (at least 12 years of age) in terms of reduced psychoactive substance use and improved relationships with parents, disappeared in the follow-up. But positive parental outcomes (improved skills and practices) remained stable after 24 months. Lower, than in the USA, effectiveness of SFP 10-14 in Polish context implicates re-analysis of the process of program's cultural adaptation, context of its implementation and methods of evaluation.

Key words: alcohol, drugs, prevention, youth, strengthening, families, cluster randomized controlled trial

Wprowadzenie

Strengthening Families Program (SFP)

Pierwsza wersja *Strengthening Families Program* (SFP) powstała ponad 30 lat temu (DeMarsch, Kumpfer, 1985; Kumpfer, DeMarsch, 1985) jako narzędzie do pracy z dziećmi w wieku 6-11 lat i ich rodzicami uzależnionymi od alkoholu i/lub narkotyków. Celem programu było ograniczenie przestępczości, używania substancji psychoaktywnych oraz innych zachowań problemowych, a także poprawa kompetencji społecznych i osiągnięć szkolnych dzieci z grup wysokiego ryzyka.

Adres do korespondencji: Katarzyna Okulicz-Kozaryn, e-mail, kokulicz@ipin.edu.pl

strona 78

Pozytywne doświadczenia z realizacji tego programu (Kumpfer, 1998) zachęciły Autorów do opracowania kolejnych wersji przeznaczonych dla młodszych (3-5 lat) i starszych (12-16 lat) dzieci oraz ich rodzin (Kumpfer i in., 2010).

W latach dziewięćdziesiątych powstała też krótsza, uniwersalna wersja programu (SFP 10-14) – tzn. przeznaczona dla wszystkich rodzin niezależnie od stopnia obciążenia czynnikami ryzyka (Kumpfer, Molgaard, Spoth, 1996). Najnowszy program z grupy SFP jest również interwencją uniwersalną i ma postać materiałów DVD do samodzielnej pracy w domach przez rodziny z dziećmi w wieku 10-16 lat (<http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/madd-dvd.html>).

Wszystkie warianty SFP powstały na podstawie wiedzy na temat czynników chroniących i czynników ryzyka, których znaczenie potwierdziły badania naukowe (Kumpfer, 1998; Kumpfer, Bluth, 2004). Streszczając założenia teoretyczne programu, można stwierdzić, że dzieci i młodzież lepiej radzą sobie z różnymi problemami i zagrożeniami okresu dorastania, gdy ich rodzice posiadają dwie podstawowe umiejętności: stosują konsekwentną dyscyplinę i potrafią udzielać wsparcia. Dlatego też „Miłość i granice” stały się hasłem przewodnim programu (Molgaard, Spoth, Redmond, 2000). Wyróżnikiem programu jest równoległa praca z rodzicami, dziećmi i całymi rodzinami, co przynosi lepsze efekty niż edukacja rodziców lub koncentracja działań profilaktycznych wyłącznie na dzieciach (Kumpfer, Alvarado, Whiteside, 2003).

Program Wzmacniania Rodziny (PWR), czyli polska adaptacja SFP 10-14

Do upowszechnienia w Polsce został wybrany SFP w wersji uniwersalnej – dla dzieci w wieku 10-14 lat i ich rodziców (Okulicz-Kozaryn, Dorożko, 2008). Wybór ten był podyktowany przede wszystkim dwoma czynnikami. Po pierwsze, prowadzone w USA badania ewaluacyjne wskazywały na wysoką skuteczność SFP 10-14 nie tylko w zakresie ograniczenia używania narkotyków, picia alkoholu oraz innych zachowań problemowych (Spoth, Redmond, Shin, 2001; Spoth i in., 2002; 2006), ale również ograniczenia problemów zdrowia psychicznego, takich jak depresja, lęk, fobia, zaburzenia osobowości (Trudeau i in., 2007). Na korzyść SFP 10-14 przemawiało zwłaszcza stwierdzenie, że efekty programu nie słabną z upływem czasu, a wręcz się nasilają (Spoth i in., 2006), przez co program został wyróżniony w przeglądzie Cochrana jako najbardziej skuteczna interwencja w obszarze profilaktyki problemów alkoholowych (Foxcroft i in., 2003). Po drugie, w Polsce brakowało i nadal brakuje programów profilaktyki uniwersalnej, opartych na dowodach naukowych, przeznaczonych dla młodzieży we wczesnym okresie dorastania¹.

Celem SFP 10-14 jest ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz innych zachowań problemowych w okresie dojrzewania poprzez:

- rozwijanie umiejętności wychowawczych i sprawowania kontroli przez rodziców;

¹ Porównaj opisy polskich programów zamieszczonych w Europejskiej bazie EDDRA <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?by=country&value=Poland>

- rozwijanie umiejętności interpersonalnych i indywidualnych wśród nastolatków;
- wzmacnianie więzi w rodzinie.

Zajęcia PWR są prowadzone w grupach 7-12 rodzin („rodzina” oznacza tu przynajmniej parę złożoną z dziecka i rodzica/opiekuna, przy czym para może być powiększona o drugiego rodzica/opiekuna). Program w wersji podstawowej składa się z 7 dwugodzinnych sesji. Istnieje także możliwość przeprowadzenia czterech tzw. sesji uzupełniających, na które jest czas od 3 do 12 miesięcy po zakończeniu programu podstawowego. Zajęcia prowadzone są przez przeszkolonych trenerów na podstawie szczegółowego podręcznika (2008). Spotkania odbywają się raz w tygodniu i podzielone są na dwie części: podczas pierwszej – dzieci i rodzice pracują osobno, a druga – jest wspólna dla obu grup. W grupie rodziców praca jest oparta na materiale filmowym prezentującym typowe scenki z życia rodzinnego. W grupie dzieci i młodzieży przeważają formy aktywne, czasami tylko pojawia się film DVD ilustrujący dane zagadnienie. Sesja rodzinna to w przeważającej części zadania aktywne, konkursy, współdziałanie i pozytywna rywalizacja. Treści programu koncentrują się wokół umiejętności wychowawczych i interpersonalnych. W grupie rodziców dotyczą one m.in. ustalania zasad domowych, wspierania dobrego zachowania, wyciągania konsekwencji, ochrony przed używaniem substancji psychoaktywnych, korzystania z pomocy w trudnych sytuacjach. Praca z młodzieżą obejmuje: umiejętność wyznaczania i osiągania celów, docenianie rodziców, radzenie sobie ze stresem i z presją rówieśniczą, przestrzeganie zasad, umiejętność prośzenia o pomoc oraz ofiarowywania pomocy innym. Wspólne dla wszystkich sesje rodzinne są natomiast poświęcone: wspieraniu celów i marzeń dziecka, docenianiu członków rodziny, umiejętności prowadzenia narad rodzinnych, wartościom rodzinnym, rozwijaniu komunikacji wewnątrz rodziny oraz wspólnemu radzeniu sobie z zagrożeniami.

Badania ewaluacyjne Programu Wzmacniania Rodziny miały na celu ocenę skuteczności programu w Polskich warunkach kulturowych, a w szczególności ocenę jego wpływu na:

- używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież (używanie narkotyków, picie alkoholu, palenie papierosów);
- relacje rodzic – dziecko (w ocenie rodziców i dzieci);
- praktyki wychowawcze rodziców (również w ocenie rodziców i dzieci).

Metoda

Schemat

Badania były prowadzone w schemacie *quasi*-eksperymentalnym (Okulicz-Kozaryn, Foxcroft, 2012). Jednostką losowania do grupy eksperymentalnej lub kontrolnej były miejsca z całego kraju, które przystąpiły do projektu, tzn. takie, z których zgłosiły się trzyosobowe zespoły osób zainteresowanych zdobyciem uprawnień trenera SFP 10-14 i udziałem w ewaluacji programu. Tych miejsc było 20 z 8 województw. Droga losowania wybrano 13 miejsc, w których realizowane były

zajęcia SFP 10-14 oraz badania (grupa E), a w 7 pozostałych miejscach prowadzono wyłącznie badania (grupa K).

W 2010 roku przeprowadzono pierwszy pomiar (t1) wśród rodzin uczestniczących w projekcie, w 2011 roku po około 12 miesiącach od pierwszego – przeprowadzono drugi pomiar (t2), a w 2012 roku – kolejny (t3, po 24 miesiącach od rozpoczęcia badań).

Dane kwestionariuszowe od większości respondentów (75%) były zbierane wiosną, a od pozostałych – jesienią 2010, 2011 i 2012 roku. Badania terenowe, według jednolitej procedury, prowadzili przeszkoleni ankieterzy. W 2010 roku od lokalnego koordynatora projektu otrzymywali oni dane kontaktowe (imiona, nazwiska, numery telefonów i/lub adresy) rodzin zwerbowanych do udziału w projekcie. Każda rodzina była oznaczona numerem, który ankieter zapisywał na kwestionariuszach dziecka i rodzica oraz na kopertach, do których wkładane były pojedyncze ankiety. W kolejnym roku badania (pomiarze) ten numer identyfikował daną rodzinę.

Analizowane zmienne i sposób ich pomiaru

W badaniach wykorzystano przede wszystkim skale stosowane w oryginalnych, amerykańskich badaniach ewaluacyjnych SFP 10-14 (Conger, 1989) oraz inne (Zimmerman, Schmeelk-Cone, 2003; Foxcroft, 2007) zaadaptowane do polskich warunków społeczno-kulturowych w toku wcześniej realizowanych badań (Ostaszewski i in., 2006; Okulicz-Kozaryn, 2009). Jak wykazały analizy materiału zebranego w czasie t1, większość skal, zarówno w badaniach dzieci, jak i rodziców, miała zadowalające współczynniki spójności wewnętrznej. Opisy wszystkich wykorzystanych skal są przedstawione w aneksie 1.

Oprócz skal, w kwestionariuszach dla dzieci zamieszczono pytania dotyczące używania substancji psychoaktywnych: picia alkoholu i palenia papierosów w ostatnim roku, ostatnim miesiącu oraz upijania się i wieku inicjacji używania tych substancji. Pytanie o używanie narkotyków dotyczyło całego życia, a pytania o różne rodzaje nielegalnych substancji (marihuanę, amfetaminę itp.) – ostatniego roku. Odpowiedzi na pytania o używanie substancji psychoaktywnych miały postać dwukategoryjną: „tak” lub „nie”. Pytania o dłuższych skalach odpowiedzi (o częstość używania w danym okresie, wiek inicjacji, średnie ilości) ze względu na znaczną skośność rozkładów (bardzo niski odsetek respondentów sięgających po jakiegokolwiek środki psychoaktywne) nie były brane pod uwagę w analizach skuteczności SFP 10-14 po roku i po dwóch latach od rozpoczęcia działań.

Respondenci i wykruszanie się próby

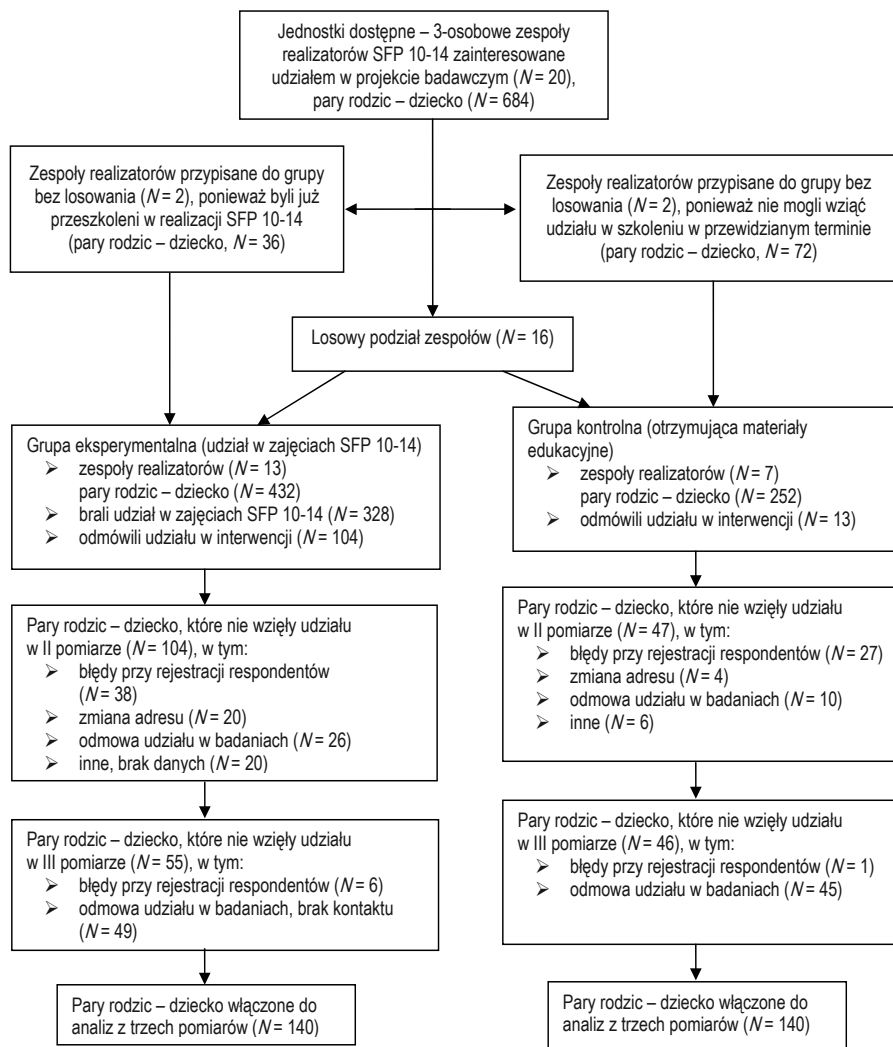
We wszystkich 20 miejscach realizacji projektu, nabór rodzin do badań był prowadzony według takich samych kryteriów:

- a) przynajmniej jedno dziecko w rodzinie w wieku 10-14 lat;
- b) to dziecko i przynajmniej jedno z jego rodziców wyraża gotowość udziału w spotkaniach PWR oraz w badaniach kwestionariuszowych.

Ponieważ Program Wzmacniania Rodziny jest programem uniwersalnym – przeznaczonym dla wszystkich rodzin niezależnie od rodzaju i nasilenia problemów jakich one doświadczają – nie wprowadzono żadnych kryteriów wykluczenia z udziału w projekcie (poza brakiem zgody dziecka lub rodzica). W 2010 roku w badaniach wzięło udział 571 rodzin, czyli 586 nastolatków, 535 mam i 118 ojców. W miejscach realizacji zajęć SFP 10-14 było 346 par złożonych z dziecka i przynajmniej jednego rodzica, czyli 61% próby. W 2011 roku dane kwestionariuszowe zebrano od 444 par rodzic – dziecko, przy czym w grupie eksperymentalnej były 242 pary (54%), a w kontrolnej – 202 (46%). Odliczając te rodziny, które nie brały udziału w I pomiarze (w 2010 roku), a wzięły udział w badaniach w 2011 roku, można stwierdzić, że w ciągu roku z badań „wypadło” 27% respondentów, z czego większość – z grupy eksperymentalnej, co było zgodne z przewidywaniami. Spodziewaliśmy się, że rodzinom łatwiej będzie dotrzymać mało obciążającego zobowiązania, jakim był udział wyłącznie w badaniach (grupa K), niż wygospodarować czas potrzebny na regularne uczestniczenie w zajęciach (grupa E). W kolejnym pomiarze (w 2012 roku) w badaniach wzięło udział 329 par rodzic – dziecko, w tym 180 z grupy eksperymentalnej i 149 – kontrolnej.

Procedura łączenia ankiet pochodzących od tego samego respondenta pozwoliła zidentyfikować w grupie eksperymentalnej 140 par rodzic – dziecko, które wzięły udział we wszystkich trzech pomiarach i również 140 takich par w grupie kontrolnej. Szczegółową analizę wykuszania się próby między t1 a t3 przedstawia rycina 1.

Wyniki pomiaru w czasie t1 wskazywały, że między rodzinami z miejsc, w których realizowano zajęcia SFP 10-14 (grupa E) a rodzinami z pozostałych miejscowości (grupa K), nie występują istotne różnice w zakresie: struktury (rodzina pełna lub niepełna/zrekonstruowana) i statusu ekonomicznego rodziny. Istotne różnice między grupami odnotowano natomiast w odniesieniu do relacji między dzieckiem a rodzicami – wszystkie wskazywały na gorsze funkcjonowanie rodzin z miejsc realizacji SFP 10-14. Również w grupie tych rodzin wyższe było rozpowszechnienie picia alkoholu i palenia papierosów przez dorastających. Także przypadki (w zasadzie pojedyncze) używania narkotyków odnotowano jedynie wśród dzieci z grupy eksperymentalnej (Koczeń, Okulicz-Kozaryn, 2011). Analiza wykuszania się próby między pierwszym (t1) a drugim (t2) pomiarem pokazała, że z badań wypadały częściej rodziny pełne (37%) niż niepełne (25%, $\chi^2 = 8,891$, $p = 0,003$) oraz młodzi ludzie, którzy w czasie t1 pili alkohol (38% pijących i 27% niepijących, $\chi^2 = 4,134$, $p = 0,047$). Różnice te wynikały jednak z bardziej nierównomiernego wykuszania się grupy K, z której wypadło 44% pijących alkohol w czasie t1 i 18% niepijących ($\chi^2 = 9,384$, $p = 0,006$) oraz 34% rodzin niepełnych przy 16% rodzin pełnych ($\chi^2 = 10,116$, $p = 0,002$). Analiza wykuszania się próby w rozbiciu na grupy wykazała też, że w czasie t2 z grupy E wykruszyło się istotnie więcej rodzin w dobrej sytuacji materialnej (40% do 28%, $\chi^2 = 4,373$, $p = 0,045$). W kolejnym pomiarze (t3) nie stwierdzono żadnych istotnych różnic w charakterystyce respondentów biorących nadal udział w badaniach i tych, którzy się wykuszili.



Rycina 1. Charakterystyka doboru i procesu wykruszania się próby

Analizy statystyczne

Podstawową metodą analizy statystycznej zastosowaną w badaniach był ogólny model liniowy z powtarzanimi pomiarami wykorzystany do oceny relacji między rodzicami i dziećmi oraz praktyk wychowawczych rodziców, na podstawie danych pochodzących zarówno od nastolatków, jak i dorosłych. W przypadku analizy zmiennych mierzonych na skalach nominalnych, czyli pytań dotyczących

używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, wykorzystano testy nieparametryczne: χ^2 przy porównaniach między grupami eksperymentalną (E) i kontrolną (K) oraz test Wilcozona dla grup zależnych przy porównaniach w czasie².

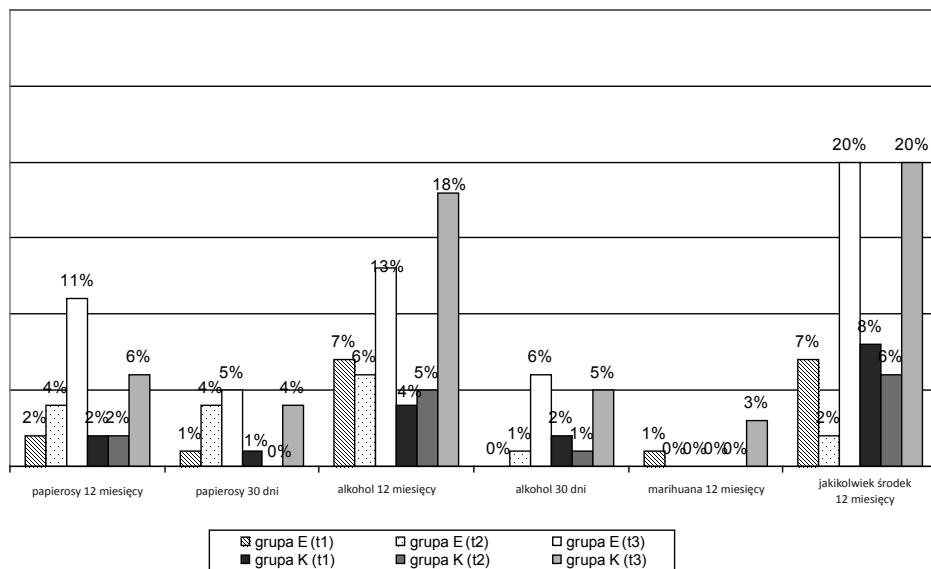
Wszystkie analizy obejmowały dane od respondentów uczestniczących we wszystkich trzech pomiarach. Zrezygnowano też z imputowania brakujących danych, gdyż jak wykazały wcześniejsze analizy, niezależnie od przyjętej metody imputacji nie wpływa to znacząco na ostateczne wyniki. Dane od nastolatków były analizowane osobno dla grupy młodszych (w wieku 9-11 lat w 2010 roku) i starszych (w wieku 12 lat lub więcej) respondentów. Wydzielenie tych dwóch grup wynikało z bardzo zróżnicowanego w tym przedziale wiekowym poziomu używania substancji psychoaktywnych przez młodszych i starszych.

Wyniki

Efekty Programu Wzmacniania Rodziny w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież

Wśród młodszych respondentów, międzygrupowe porównanie rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych nie wykazało istotnych różnic w żadnym z trzech pomiarów (rycina 2). Porównania w czasie (tabela 1) wskazywały, że rozpowszechnienie picia alkoholu wzrosło istotnie w grupie E, a zmiany w grupie K nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej (choć wyniki procentowe sugerują wyższy wzrost rozpowszechnienia picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy w grupie K – z 4% do 18% niż w grupie E – z 7% do 13%). W obu grupach natomiast odnotowano istotny wzrost rozpowszechnienia używania jakiejkolwiek substancji psychoaktywnej między 2010 a 2012 rokiem.

² Wszystkie analizy były prowadzone w pakiecie SPSS PC 15.



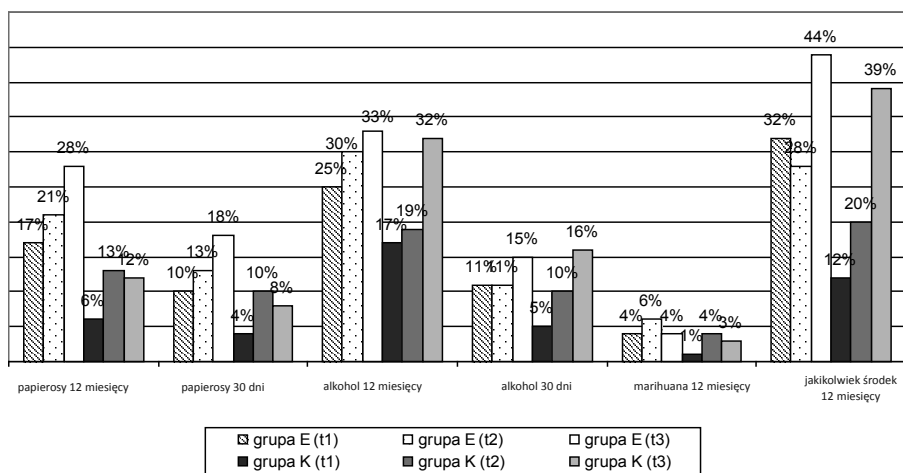
Rycina 2. Rozpowszechnienie palenia papierosów, picia alkoholu i używania marihuany wśród młodszych (do 11 roku życia) nastolatków z grupy eksperymentalnej i kontrolnej, którzy wzięli udział we wszystkich pomiarach (2010, 2011 i 2012)

Tabela 1. Istotność zmian rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w czasie (t3-t1) wśród młodszych nastolatków. Test znaków rangowanych Wilcoxon

Grupa		Papierosy 12 miesięcy	Papierosy 30 dni	Alkohol 12 miesięcy	Alkohol 30 dni	Marihuana 12 miesięcy	Jakikolwiek środek 12 miesięcy
E	Z	-1,890	-1,000	-2,121	-2,000	0,000	-2,111
	p	0,059	0,317	0,034	0,046	1,000	0,035
K	Z	-1,732	-1,414	-1,941	-0,577	-1,000	-2,324
	p	0,083	0,157	0,052	0,564	0,317	0,020

Jak widać na rycinie 3, odsetki starszych nastolatków sięgających po substancje psychoaktywne były w każdym roku znacząco wyższe niż analogiczne odsetki wśród młodszych. Co więcej, o ile różnice w rozpowszechnieniu używania substancji psychoaktywnych przez młodszych respondentów z grup E i K były nieistotne statystycznie we wszystkich trzech pomiarach, to wśród starszych były bardziej zróżnicowane. Tabela 2 zawiera zestawienie testów określających istotność tych różnic. Jak widać, w ciągu 24 miesięcy objętych badaniami, utrzymało się większe rozpowszechnienie okazjonalnego palenia papierosów w grupie E, w porównaniu z grupą K. Zatarły się natomiast różnice między grupami w zakresie używania

jakiegokolwiek substancji psychoaktywnej w ciągu ostatniego roku oraz częstego (w ciągu ostatnich 30 dni) picia alkoholu.



Rycina 3. Rozpowszechnienie palenia papierosów, picia alkoholu i używania marihuany wśród starszych (12 lat i więcej) nastolatków z grupy eksperymentalnej i kontrolnej, którzy wzięli udział we wszystkich pomiarach (2010, 2011 i 2012)

Tabela 2. Istotność różnic (χ^2 , p) w zakresie rozpowszechnienia palenia papierosów i picia alkoholu wśród starszych nastolatków z grupy eksperymentalnej i kontrolnej, którzy wzięli udział we wszystkich pomiarach (2010, 2011 i 2012)

	t1 (2010)	t2 (2011)	t3 (2012)
Ostatnie 12 miesięcy			
palenie papierosów	7,999 (0,006)	2,677 (0,117)	6,905 (0,010)
picie alkoholu	2,579 (0,123)	3,918 (0,051)	0,036 (0,874)
używanie marihuany	3,123 (0,094)	0,269 (0,766)	0,172 (1,000)
używanie jakiegokolwiek środka	8,047 (0,005)	1,404 (0,270)	0,558 (0,519)
Ostatnie 30 dni			
palenie papierosów	4,263 (0,053)	0,322 (0,684)	3,664 (0,079)
picie alkoholu	4,138 (0,045)	0,002 (1,000)	0,047 (0,837)

Potwierdzeniem niekorzystnych zmian w zakresie palenia papierosów w grupie E są wyniki testu Wilcoxona (tabela 3), wskazujące na większą dynamikę wzrostu rozpowszechnienia palenia papierosów w grupie E niż w grupie K. Wyniki testu Wilcoxona potwierdzają też pozytywne efekty programu w zakresie ograniczenia regularnego picia alkoholu w grupie E, wskazując na mniej dynamikę wzrostu tego wskaźnika w grupie E.

Tabela 3. Istotność zmian rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych w czasie (t3-t1) wśród starszych nastolatków. Test znaków rangowych Wilcoxon

Grupa		Papierosy 12 miesięcy	Papierosy 30 dni	Alkohol 12 miesięcy	Alkohol 30 dni	Marihuana 12 miesięcy	Jakikolwiek środek 12 miesięcy
E	Z	-2,357	-2,333	-2,400	-1,941	-1,342	-2,683
	p	0,018	0,020	0,016	0,052	0,180	0,007
K	Z	-1,732	-0,816	-2,711	-2,138	-1,000	-3,130
	p	0,083	0,414	0,007	0,033	0,317	0,002

W 2011 roku, w celu określenia efektów programu SFP 10-14 w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków, opracowano wskaźnik będący różnicą między wynikiem pomiaru w 2011 i w 2010 roku, który określał odsetki nastolatków, którzy zaprzestali używania substancji w okresie między pre- a posttestem (Okulicz-Kozaryn Raduj, 2012). Porównanie odsetków nastolatków z grup E i K, którzy w analizowanym okresie zaprzestali używania którejkolwiek z substancji psychoaktywnych (alkoholu, papierosów lub marihuany) wskazywało na istotny statystycznie, pozytywny efekt programu wśród starszych (w wieku 12 lub więcej lat). W grupie E, w ciągu roku zaprzestało używania substancji 16% respondentów, a w grupie K – 5% ($\chi^2 = 5,960$, $p = 0,020$). Jednak analogiczne porównanie danych z 2012 i 2010 roku, czyli zmian po około 2 latach od realizacji programu, wskazywało na brak efektów. W grupie starszych nastolatków (wśród których stwierdzono pozytywne zmiany rok wcześniej), w kolejnym roku w grupie E używania substancji psychoaktywnych zaprzestało 6%, a w grupie K – 7% ($\chi^2 = 0,195$, $p = 0,747$).

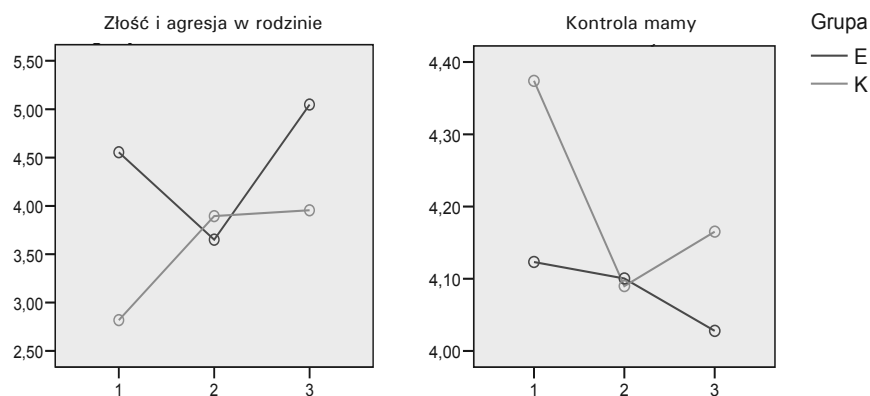
Efekty Programu Wzmacniania Rodziny w zakresie relacji między rodzicami a dziećmi w ocenie dzieci

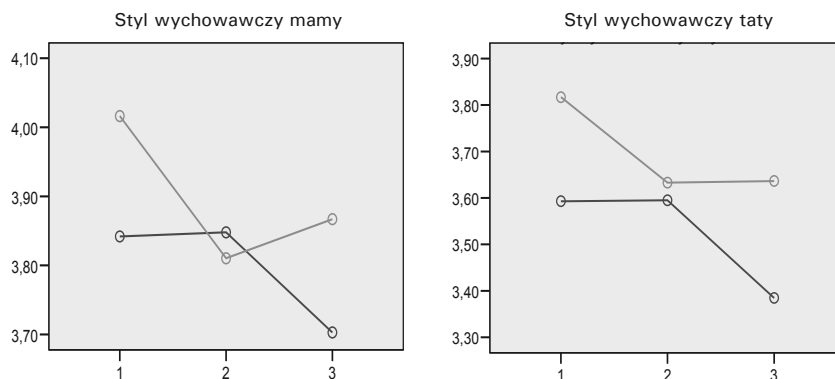
Wyniki ogólnego modelu liniowego (GLM) dla zmiennych opisujących spostrzeżenie przez dzieci ich relacji z rodzicami i praktyk wychowawczych rodziców, po roku od wprowadzenia programu wskazywały na umiarkowane, pozytywne efekty w grupie starszych nastolatków (tabela 4; Okulicz-Kozaryn, Raduj, 2012). Porównując średnie na skalach w obu badanych grupach (ryciny 4-7), można stwierdzić, że w czasie t2 (2011) pozytywne efekty programu polegały na ograniczeniu niekorzystnych zmian w relacjach rodzic – dziecko, jakie w grupie K wystąpiły w większym nasileniu.

Analogiczne analizy, powtórzone po upływie kolejnego roku, wskazują na brak różnic między grupą E i K w obu kategoriach wiekowych i w zakresie wszystkich analizowanych zmiennych (tabela 4). Wskazuje to na zanik efektów Programu Wzmacniania Rodziny w miarę upływu czasu.

Tabela 4. Zestawienie wyników ogólnego modelu liniowego (GLM) z powtarzającymi pomiarami w zakresie efektów interakcji grupa (E i K) x czas (2010-2011 oraz 2010-2012) zmiennych opisujących spostrzeżenie przez dzieci ich relacji z rodzicami

Efekt grupa x czas	Zmiany 2010-2011				Zmiany 2010-2012			
	Dzieci (wiek w latach)							
	9-11		12-15		9-11		12-15	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Wspólne zajęcia	0,017	0,898	1,366	0,244	0,649	0,422	0,366	0,546
Złość i agresja w rodzinie	0,436	0,510	15,798	0,000	0,947	0,332	2,041	0,155
Życie rodzinne	1,934	0,167	2,105	0,149	1,365	0,246	0,035	0,851
– spójność rodziny	0,015	0,901	3,024	0,083	1,391	0,240	0,041	0,840
– konflikty (brak)	0,010	0,922	3,775	0,053	0,577	0,449	0,611	0,436
– wsparcie rodziny	0,345	0,558	2,916	0,089	1,454	0,231	0,027	0,871
Afekt w relacjach dziecko – mama	0,110	0,740	0,028	0,867	1,409	0,237	0,059	0,809
Afekt w relacjach dziecko – tata	0,054	0,817	0,478	0,490	0,027	0,871	0,555	0,458
Styl wychowawczy mamy	2,359	0,126	4,288	0,039	0,593	0,443	0,244	0,622
Styl wychowawczy taty	0,001	0,980	4,102	0,044	0,678	0,412	0,381	0,538
– zasady mamy	0,160	0,690	3,749	0,054	0,307	0,581	0,141	0,708
– zasady taty	0,296	0,587	2,874	0,092	1,741	0,190	0,101	0,751
– nadzór mamy	1,161	0,283	4,833	0,029	0,221	0,639	1,849	0,176
– nadzór taty	0,150	0,700	0,666	0,415	1,139	0,288	0,160	0,690





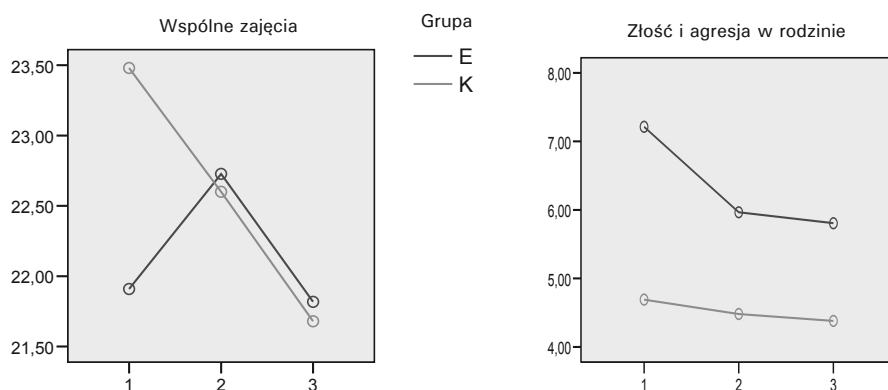
Ryciny 4-7. Średnie wyniki starszych nastolatków z grupy kontrolnej (K) i eksperymentalnej (E) na skalach w kolejnych pomiarach (t1, t2 i t3)

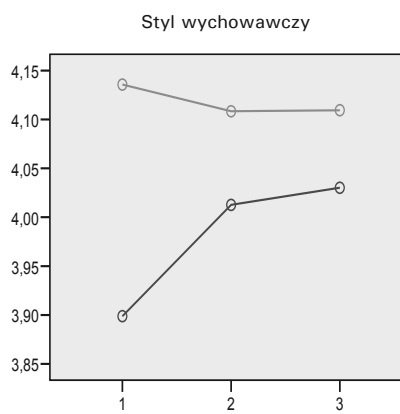
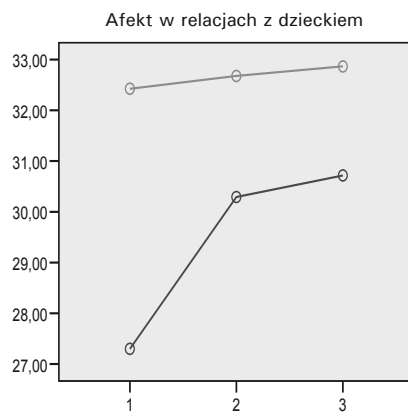
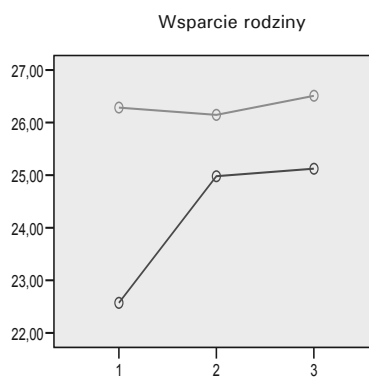
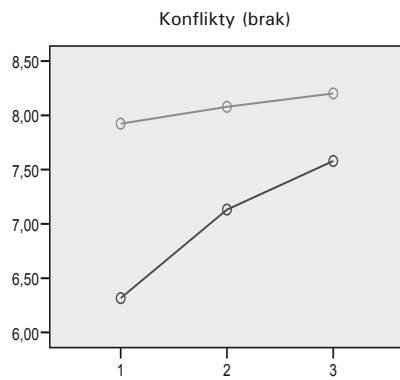
Efekty Programu Wzmacniania Rodziny w zakresie relacji między rodzicami a dziećmi w ocenie rodziców

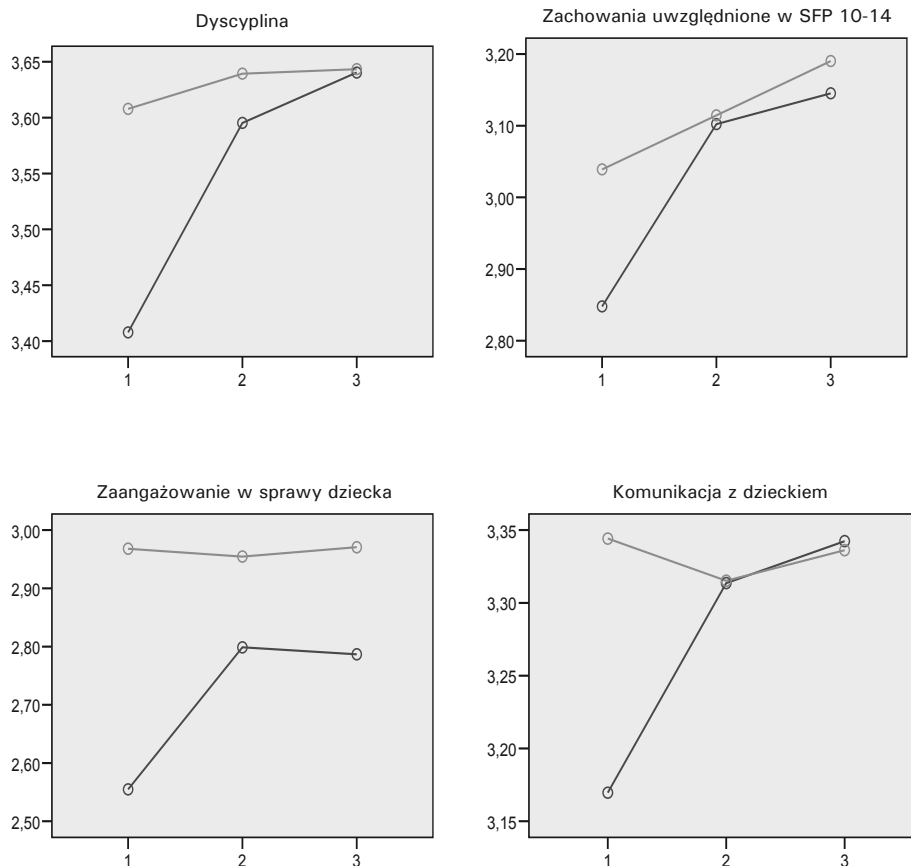
Analiza danych zebranych od rodziców zarówno w drugim (t2), jak i trzecim (t3) pomiarze wskazywała na istotne statystycznie efekty interakcji (grupa x t1) świadczące o wpływie SFP 10-14 na analizowane zmienne (tabela 5). Pozytywne efekty SFP 10-14 (istotne statystycznie) nie występują jedynie w przypadku częstości podejmowania wspólnych zajęć przez dzieci i rodziców, a po 24 miesiącach – również w przypadku ogólnej miary zachowań rodziców uwzględnionych w Programie Wzmacniania Rodziny. Średnie wyniki grup E i K w kolejnych pomiarach (ryciny 8-19) wskazują, że w grupie E, w porównaniu z grupą K, rodzice poprawili swoje umiejętności w zakresie utrzymywania harmonii życia rodzinnego, a w szczególności: spójności rodziny, ograniczania liczby konfliktów w rodzinie oraz wsparcia okazywanego członkom rodziny. W rodzinach z grupy E poprawiła się również jakość relacji afektywnych między rodzicami a dziećmi i rodzice częściej, konsekwentnie egzekwowali od dziecka przestrzegania ustalonych zasad. Wzrosło też przekonanie rodziców o własnej umiejętności angażowania dziecka w życie rodzinne oraz utrzymywania z dzieckiem kontaktu.

Tabela 5. Zestawienie wyników ogólnego modelu liniowego (GLM) z powtarzany-
mi pomiarami w zakresie efektów interakcji grupa (E i K) x t1 zmiennych
opisujących spostrzeganie relacji z dzieckiem i własnych praktyk wycho-
wawczych przez rodziców

Efekt grupa x czas	2010-2011		2010-2012	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Wspólne zajęcia	1,478	0,227	2,327	0,131
Złość i agresja w rodzinie	11,688	0,001	11,674	0,001
Życie rodzinne	24,900	0,000	9,565	0,002
– spójność rodziny	13,226	0,000	5,550	0,019
– konflikty (brak)	5,392	0,021	6,231	0,013
– wsparcie rodziny	15,051	0,000	9,975	0,002
Afekt w relacjach z dzieckiem	15,918	0,000	16,715	0,000
Styl wychowawczy	12,194	0,001	7,537	0,006
– konsekwentna dyscyplina	6,342	0,012	6,981	0,009
Zachowania uwzględnione w SFP 10-14	10,687	0,001	2,413	0,121
– angażowanie dziecka w życie rodzinne	14,042	0,000	8,720	0,003
– utrzymywanie kontaktu z dzieckiem	7,581	0,006	7,137	0,008







Ryciny 8-19. Średnie wyniki rodziców z grup E i K w czasie t1, t2 i t3

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone badania ewaluacyjne nie potwierdziły skuteczności polskiej adaptacji *Strengthening Families Program (SFP 10-14)* w dłuższej – dwuletniej – perspektywie czasowej. O ile po pierwszych 12 miesiącach można było stwierdzić pozytywne, choć słabe efekty udziału w tym programie w postaci ograniczenia używania substancji psychoaktywnych przez starszych nastolatków, to po kolejnych 12 miesiącach efekty te zniknęły. Utrzymały się natomiast, wraz z upływem czasu, a nawet wzmocniły efekty dotyczące celów pośrednich (szczegółowych) programu w postaci poprawy relacji między dziećmi a rodzicami oraz rozwinięcia umiejętności wychowawczych rodziców. Efekt ten jest jednak widoczny jedynie wśród ro-

dziców, a nie w ocenach nastolatków. Rodzice uczestniczący w zajęciach SFP 10-14 zdecydowanie wyżej, w porównaniu z rodzicami z grupy kontrolnej, oceniają swoje umiejętności wychowawcze.

Rozważając przyczyny niższej skuteczności programu w Polsce niż w USA, należy uwzględnić przynajmniej trzy rodzaje czynników:

- 1) proces adaptacji SFP 10-14 do stosowania w polskich warunkach kulturowych,
- 2) czynniki makrokulturowe,
- 3) metodologię badań ewaluacyjnych w Polsce i w USA.

Proces adaptacji SFP 10-14 do stosowania w polskich warunkach kulturowych

Transfer SFP 10-14 z USA do Polski został przeprowadzony zgodnie z wytycznymi sformułowanymi przez autorkę programu (Kumpfer i in., 2008) i szczegółowo omówiony w innym opracowaniu (Okulicz-Kozaryn, Dorozko, 2008). W tym miejscu warto jedynie podkreślić, że jego efektem było wprowadzenie w Polsce programu w wersji zmienionej jedynie powierzchownie, bez zmian w treściach, strukturze oraz rozkładzie materiałów w czasie. Wynikało to zarówno z przeprowadzonych konsultacji, badań jakościowych i realizacji pilotażowych, jak i z przyjęcia założenia, że podstawy teoretyczne programu są na tyle uniwersalne, że nie wymagają odrębnej weryfikacji w Polsce.

Stwierdzone w badaniach ewaluacyjnych wyniki programu skłaniają jednak do ponownej refleksji nad tymi założeniami. Gdyby SFP 10-14 okazał się nieskuteczny we wszystkich wymiarach, tzn. w zakresie (1) zachowań problemowych nastolatków, (2) spostrzeganych przez nastolatków relacji z rodzicami oraz (3) spostrzeganych przez rodziców relacji z dziećmi – należałoby uznać, że program jest po prostu nieodpowiedni/słaby. Pozytywne efekty programu w zakresie zmiennych pośredniczących, czyli spostrzeganych przez rodziców relacji z dziećmi przy jednoczesnym braku efektów docelowych, czyli zmian w zachowaniu dzieci, sugerują jednak ponowne rozpatrzenie przyjętych założeń. Czy rzeczywiście jest możliwe, że zachowania rodziców i ich praktyki wychowawcze nie mają zasadniczego wpływu na używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci? Wydaje się to mało prawdopodobne, chyba że bardzo silnie na polską młodzież działają inne czynniki środowiskowe.

Czynniki makrokulturowe

Zgodnie z teorią socjalizacji pierwotnej (*Primary Socialization Theory*, Oetting, Deffenbacher, Donnermeyer, 1998; Oetting, Donnermeyer, 1998a; Oetting i in., 1998b; Leukefeld, Leukefeld, 1999), w okresie dorastania rodzina jest jednym z trzech tzw. pierwotnych czynników socjalizacyjnych i przeważnie dostarcza pozytywnych norm, kształtując tym samym pozytywne, prozdrowotne postawy i zachowania. Grupa rówieśnicza jest uważana za kolejny, kluczowy czynnik socjalizacyjny, najczęściej odpowiadający za kształtowanie się zachowań problemowych. Trzecim czynnikiem socjalizacji jest szkoła, przy czym autorzy teorii uważają, że

podobnie jak rodzina ma ona pozytywny wpływ na dorastających, jednak w warunkach polskich takie twierdzenie wydaje się nie mieć silnych podstaw. Na szkołę jako potencjalne źródło zagrożeń dla zdrowia psychicznego uczniów wskazują m.in. Karolczak-Biernacka (2000) i Kozłowski (2000). Wyniki badań dostarczają danych na temat bardziej negatywnego nastawienia do szkoły i słabszego poczucia więzi ze szkołą wśród polskich uczniów niż w innych krajach Unii Europejskiej (Woynarowska, 2005). Może więc w Polsce pozytywne wpływy rodziny muszą „przełamywać” negatywne oddziaływania nie jednego, ale dwóch czynników ryzyka, tzn. nie tylko rówieśników, ale również szkoły?

Innym ważnym czynnikiem makrokulturowym jest dostępność i tradycja korzystania z oferty terapeutycznej i wsparcia psychologicznego (zdecydowanie lepsze w USA niż w Polsce). Z perspektywy realizacji SFP 10-14 ma to znaczenie o tyle, że w Polsce do udziału w tym programie często trafiają rodziny potrzebujące raczej działań terapeutycznych niż profilaktycznych (Borucka, Okulicz-Kozaryn, 2010; Kocoń, Okulicz-Kozaryn, 2011). Problemem jest to, że zwłaszcza w mniejszych ośrodkach nie ma miejsc, do których można by skierować rodziny borykające się z poważnymi trudnościami wychowawczymi, emocjonalnymi, psychologicznymi, ale też prawnymi lub bytowymi. Program Wzmacniania Rodziny jest często pierwszą i jedyną okazją do podzielenia się swoimi problemami i jest spostrzegany jako droga do uzyskania pomocy w bardzo szerokim zakresie. Może jest więc tak, że rodzice „sfrustrowani życiowo” (jak ich określił jeden z polskich realizatorów SFP 10-14) nie są w stanie być w pełni sprawnymi rodzicami dopóki nie rozwiążą swoich osobistych problemów? I może z tym wiąże się obserwowana w badaniach ewaluacyjnych skuteczność SFP 10-14 w zakresie samooceny rodziców, która jednak nie znajduje potwierdzenia w spostrzeżeniach i zachowaniach dzieci?

Metodologia badań ewaluacyjnych w Polsce i w USA

Przeprowadzone w USA badania ewaluacyjne (Spoth, Redmond, Shin, 2001; Spoth i in., 2002, 2006, 2009) sprawiły, że SFP 10-14 został uznany za jeden z bardziej skutecznych programów profilaktycznych na świecie (Foxcroft i in., 2003; Catalano i in., 2012). Badania były prowadzone w określonych warunkach i kontekst ich realizacji mógł mieć znaczący wpływ na stwierdzony sukces programu. Porównując oryginalne badania amerykańskie z badaniami polskimi, warto odnotować kilka istotnych różnic zestawionych w tabeli 6.

Tabela 6. Porównanie warunków realizacji badań ewaluacyjnych SFP 10-14 w USA i w Polsce

	USA	Polska
Obszar objęty badaniami	obszary wiejskie jednego ze środkowo-zachodnich stanów	obszary miejskie i wiejskie z terenu całej Polski
Rekrutacja	w szkołach	w szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach zdrowia psychicznego, świetlicach, ośrodkach pomocy społecznej, organizacjach pozarządowych
Wiek nastolatków	uczniowie klasy 6 (około 12 lat)	uczniowie klas 4-6 szkół podstawowych oraz klas 1-2 gimnazjów (10- i 14-latkowie)
Miejsce realizacji SFP 10-14	szkoły	szkoły, poradnie, świetlice itp.
Wielkość grup SFP 10-14		3-15 rodzin
Narzędzia pomiarowe	takie same w obu badaniach (Conger, 1989; Spoth, Redmond, Shin, 1998)	
Schemat badawczy	eksperymentalny z doborem klastrowym (<i>cluster randomized control trial</i>)	
Wyjściowa wielkość próby	33 szkoły, $N = 1309^3$	20 społeczności lokalnych, $N = 684$
Wielkość próby po 2 latach	$N = 438$	$N = 280$

Jak wynika z tabeli 6, w obu projektach zastosowano podobny schemat badawczy i narzędzia pomiarowe. Nie było też różnic w wielkości grup rodzin uczestniczących w zajęciach SFP 10-14. Na podobnym poziomie kształtowała się też wielkość próby obejmującej grupy kontrolną i uczestników SFP 10-14. Poziom „wykruszenia się próby” był też podobnie wysoki w obu badaniach.

W badaniach amerykańskich uczestniczyła natomiast dużo bardziej homogeniczna grupa nastolatków niż w badaniach polskich. Przede wszystkim wszyscy byli mniej więcej w podobnym wieku i chodzili do tych samych szkół. Jest to ważne z kilku powodów. Po pierwsze, łatwiej jest realizować Program Wzmacniania Rodziny z jednorodną wiekowo grupą młodzieży. Różnice rozwojowe między 10- a 14-latkami są bardzo duże i, jak pokazały polskie badania pilotażowe, młodzież ma kłopoty z odnalezieniem się wśród znacząco młodszych lub dużo starszych kolegów/koleżanek (Okulicz-Kozaryn, Doróżko, 2008). Po drugie, uczestnicy badań amerykańskich, pochodzący z tych samych szkół, po zajęciach SFP 10-14 i między nimi utrzymywali ze sobą stały kontakt (choćby w czasie lekcji i przerw

³ W badaniach amerykańskich porównywano zmiany w 3 grupach rodzin: (1) rodziny uczestniczące w SFP 10-14; (2) rodziny uczestniczące w programie PDFY; (3) rodziny kontrolne.

w szkole). Nie można wykluczyć, że te kontakty wzmacniały pozytywne efekty SFP 10-14. Co więcej, podobne znaczenie mogły mieć kontakty między rodzicami spotykającymi się nie tylko w czasie sesji programowych, ale również na przykład na zebraniach w szkole. Po trzecie, prowadzenie badań oraz realizacja programu w środowisku szkolnym może powodować większe zrozumienie dla profilaktyki i zwiększać zaangażowanie szerszego środowiska społecznego (nie tylko pojedynczej rodziny biorącej udział w zajęciach), co też może sprzyjać osiągnięciu pozytywnych efektów.

To, co może najbardziej istotne, a więc pierwsze opisane w literaturze efekty SFP 10-14, w postaci ograniczenia używania substancji psychoaktywnych przez dorastających, zostały udokumentowane 4 lata po realizacji programu (Spath, Redmond, Shin, 2001). W dwa lata po interwencji widoczne były jedynie efekty w zakresie opóźnienia inicjacji (Spath, Redmond, Lepper, 1999), a po roku – jedynie efekty dotyczące poprawy umiejętności wychowawczych rodziców (Spath, Redmond, Shin, 1998). W związku z tym, może na efekty wśród polskich nastolatków trzeba również jeszcze trochę poczekać?

Wnioski

Podsumowując powyższe rozważania, należy stwierdzić, że chociaż dotychczasowe badania nie potwierdziły równie wysokiej, jak stwierdzona w USA, skuteczności polskiej adaptacji SFP 10-14, to jednak warto ten program upowszechnić i rekomendować. Trudności związane z naukowym udowodnieniem skuteczności działań profilaktycznych są znane każdemu, kto prowadził tego typu badania i są jedną z przyczyn, dla których w Polsce jest dostępnych zaledwie kilka programów o potwierdzonym pozytywnym wpływie na zachowania problemowe młodzieży. W tej sytuacji, nawet skuteczność SFP 10-14 ograniczona do czynników pośredniczących, jakimi są umiejętności i praktyki wychowawcze rodziców sprawia, że jest on jednym z dostępnych w Polsce programów profilaktycznych o najlepiej udokumentowanych długotrwałych efektach (por. opisy programów w: Okulicz-Kozaryn, 2010). Najmocniejszą stroną SFP 10-14 pozostaje zgrabne przełożenie na praktykę solidnych założeń teoretycznych. Praktycznym problemem do rozwiązania jest tylko kwestia znalezienie sposobów dotarcia z tą ofertą do właściwych adresatów – rodzin potrzebujących wzmocnienia pewnych umiejętności, a nie terapii (Borucka, Okulicz-Kozaryn, 2010). Niewątpliwie warto też będzie sprawdzić rozpowszechnienie zachowań problemowych młodzieży uczestniczącej w niniejszych badaniach po upływie kolejnych lat.

Literatura cytowana

- Allen, H. (2012). *Selection bias in randomized controlled trials* (Niepublikowany maszynopis, MSc Dissertation Medical Statistics Programme). Oxford: Brookes University.
- Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K. (2010). Program Wzmacniania Rodziny. Profilaktyka uniwersalna, selektywna czy wskazująca? W: M. Deptuła (red.),

- Profilaktyka w grupach ryzyka. Działania* (cz. 2, s. 7-20). Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARAMEDIA.
- Catalano, R.F., Fagan, A.A., Gavin, L.E., Greenberg, M.T., Irwin, C.E. Jr, Ross, D.A., Shek, D.T.L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*, 379, 1653-1664.
- Conger, R.D. (1989). *Iowa Youth and Family Rating Scales on Perceptions of Hostility/Warmth, Iowa Youth and Families Project, Wave A* (Niepublikowany raport techniczny). Institute for Social and Behavioral Research: Iowa State University, Ames, IA.
- DeMarsh, J.K., Kumpfer, K.L. (1985). Family Environmental and Genetic Influences on Children's Future Chemical Dependency. *Journal of Children in Contemporary Society: Advances in Theory and Applied Research*, 18 (1/2), 117-152.
- Foxcroft, D. (2007). *Brief FLQ Scoring Instruction* (Niepublikowany raport techniczny). Oxford: Brookes University.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J. i in. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397-411.
- Karolczak-Biernacka, B. (2000). Osoba nauczyciela a poczucie dobrostanu ucznia. W: Cz. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i pomocja* (s. 64-84). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kocoń, K., Okulicz-Kozaryn, K. (2011). Ewaluacja profilaktycznego programu wzmocnienia rodziny. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 3, 25-30.
- Kozłowski, W. (2000). System dydaktyczny i wychowawczy jako źródło zagrożeń psychicznego zdrowia dzieci i młodzieży. W: Cz. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i pomocja* (s. 40-58). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kumpfer, K.L. (1998). Selective Prevention Interventions: The Strengthening Families Program. W: R.S. Ashery, E.E. Robertson, K.L. Kumpfer (red.), *Drug Abuse Prevention Through Family Intervention*. NIDA Research Monograph Series No. 177: U.S. Department of Health and Human Services Pub. No. 99-4135.
- Kumpfer, K.L., Alvarado, R., Whiteside, H.O. (2003). Family-based interventions for the substance abuse prevention. *Substance Use and Misuse*, 38 (11-13), 1759-1789.
- Kumpfer, K.L., Bluth, B. (2004). Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to "Substance Abuse Disorders". *Substance Use and Misuse*, 39 (5), 671-698.
- Kumpfer, K.L., DeMarsh, J.P. (1985). Prevention of Chemical Dependency in Children of Alcohol and Drug Abusers. *NIDA Notes*, 5, 2-3.
- Kumpfer, K.L., Molgaard, V., Spoth, R. (1996). The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. W: R. DeV. Peters, R.J. McMahon (red.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. (t. 3, s. 241-267). Banff international behavioral science series. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T., Whiteside, H.O. (2008). Cultural Adaptation Process for International Dissemination of the Strengthening

- Families Program. *Evaluation & the Health Professions*, 31 (2), 226-239, doi: 10.1177/0163278708315926
- Kumpfer, K.L., Whiteside, H.O., Greene, J.A., Allen, K.C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14 (3), 211-229, doi: 10.1037/a0020602
- Leukefeld, C.G., Leukefeld, S. (1999). Primary socialization theory and bio/psycho-social/spiritual practice model for substance use. *Substance Use and Misuse*, 34 (7), 983-991.
- Molgaard, V.K., Spoth, R.L., Redmond, C. (2000). Competency Training – The Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14. *Juvenile Justice Bulletin*, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. August.
- Oetting, E.R., Deffenbacher, J.L., Donnermeyer, J.F. (1998). Primary Socialization Theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance Use and Misuse*, 33 (6), 1337-1366.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F. (1998a). Primary Socialization Theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use and Misuse*, 33 (4), 995-1026.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Trimble, J.E., Beauvais, F. (1998b). Primary Socialization Theory: Culture, ethnicity and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Substance Use and Misuse*, 33 (10), 2075-2107.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2009). Ewaluacja Programu Wzmacniania Rodziny. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 4 (48), 11-15.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2010). *Aneks. Kwestionariusz aplikacyjny – Opis programów profilaktyki/promocji zdrowia psychicznego*. W: J. Węgrzecka-Giluń (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki* (s. 97-165). Warszawa: Fundacja ETOH.
- Okulicz-Kozaryn, K., Dorożko, L. (2008). Adaptacja programu profilaktyki alkoholowej dla nastolatków w wieku 10-14 lat i ich rodziców. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), *Promocja zdrowia psychicznego – badania i działania w Polsce* (s. 249-262). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Okulicz-Kozaryn, K., Foxcroft, D. (2012). Effectiveness of the Strengthening Families Programme 10-14 in Poland for the prevention of alcohol and drug misuse: protocol for a randomized controlled trial. *BMC PublicHealth*, 12, 319, doi: 10.1186/1471-2458-12-319
- Okulicz-Kozaryn, K., Raduj, J. (2012). Skuteczność Programu Wzmacniania Rodziny po roku od jego realizacji. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 2 (58), 18-22.
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Kocoń, K., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A. (2006). Rozpowszechnienie zachowań problemowych młodzieży. Badania mokotowskie. W: M. Deptuła (red.), *Diagnostyka, profilaktyka i socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- PWR – Program Wzmacniania Rodziny dla młodzieży w wieku 10-14 lat i ich rodziców. Podręcznik dla realizatorów. 2008. Maraton.

- Spoth, R.L., Clair, S., Shin, C., Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 876-882.
- Spoth, R., Redmond, C., Lepper, H. (1999). Alcohol initiation outcomes of universal family-focused preventive interventions: one- and two-year follow-ups of a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol*, supplement, March, 13, 103-111.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C. (1998). Direct and Indirect Latent-Variable parenting Outcomes of Two Universal Family-Focused Preventive Interventions Extending a Public Health-Orientated Research Base. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 385-399.
- Spoth, R.L., Redmond, C., Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: Adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (4), 627-642.
- Spoth, R.L., Redmond, C., Trudeau, L., Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (2), 129-134.
- Spoth, R., Trudeau, L., Guyll, M., Shin, C., Redmond, C. (2009). Universal intervention effects on substance use among young adults mediated by delayed adolescent substance initiation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 620-632.
- Trudeau, L., Spoth, R., Randall, G.K., Azevedo, K. (2007). Longitudinal effects of a universal family-focused intervention on growth patterns of adolescent internalizing symptoms and polysubstance use: Gender comparisons. *Journal of Youth and Adolescence*, 36 (6), 725-740.
- Woynarowska, B. (2005). Szkoła w opinii młodzieży w Polsce i w krajach Unii Europejskiej. *Remedium*, 6, 14-15.
- Zimmerman, M.A., Schmeelk-Cone, K.H. (2003). A longitudinal analysis of adolescent substance use and school motivation among African American youth. *Journal of Research on Adolescence*, 13 (2), 185-210.

Aneks 1
Opis skal zastosowanych w badaniach

Nazwa skali (liczba itemów)	Źródło pochodzenia	Przykładowe pytanie (skala odpowiedzi)	Zakres odpowiedzi	α (dzieci)	α (rodzice)
Wspólne zajęcia (11)	EMCDDA, (EIB) + Zimmerman, Schmeelk-Cone, 2003	Jak często w przeciętnym tygodniu ... jecie razem obiad (obiadokolację)? (nigdy, 1-2 razy, 3-4 razy, prawie codziennie) + Jak często ... chodzicie razem do kina, na imprezy sportowe lub na inne imprezy (nie zdarza się, rzadko, czasami, często)	0-36	0,760	0,747
Złość i agresja w rodzinie (5)	Zimmerman, Schmeelk-Cone, 2003	Jak często ... członkowie rodziny złością się na siebie nawzajem (nie zdarza się, rzadko, czasami, często)	0-15	0,809	0,868
Życie rodzinne – FLQ (20), podskale: 1. <i>spójność</i> (4) 2. <i>konflikty</i> (4) 3. <i>wsparcie (spójność + konflikty + 4 pyt. o ekspresję emocjonalną)</i>	Hellandsjo Bu i in., 2002	W mojej rodzinie naprawdę sobie pomagamy i wspieramy się nawzajem (zdecydowanie się nie zgadzam, raczej się nie zgadzam, raczej się zgadzam, zdecydowanie się zgadzam)	0-60 podskale: 1. 0-12 2. 0-12 3. 0-36	0,733 podskale: 1. 0,798 2. 0,590 3. 0,764	0,783 podskale: 1. 0,793 2. 0,692 3. 0,816
Afekt w relacjach dziecko – mama/tata (7)	Conger, 1989; McMahon, Metzler, 1998; Spoth, Redmond, Shin, 1998	W ciągu ostatnich 30 dni, gdy spędzałeś czas z mamą/tatą, jak często Twoja mama/Twój tata... złościł/a się na Ciebie (7-stopniowa skala od zawsze do nigdy)	0-42	0,856 – (mama) 0,844 – (tata)	0,815
Styl wychowawczy (13) podskale: 1. <i>dyscyplina</i> (4)	Conger, 1989; McMahon, Metzler, 1998; Spoth, Shin, Redmond, 1998	W ciągu dnia, jak często mama/tata wiedzą, gdzie jesteś? (zawsze, prawie zawsze, czasami, prawie nigdy, nigdy)	1-5 (wynik jest średnią odpowiedzi na pytania skali)	0,741 – mama 1. 0,570 0,784 – tata 1. 0,596	0,745 1. 0,641
Zachowania rodziców uwzględnione w PWR (13), podskale: 1. <i>angażowanie dziecka w życie rodziny</i> 2. <i>utrzymywanie kontaktu</i>	Spoth i in., 1995; Spoth, Redmond, Shin, 1998	Mam jasne i precyzyjne zasady dotyczące kontaktów mojego dziecka z rówieśnikami pijącymi alkohol (5-stopniowa skala, od zdecydowanie się zgadzam do zdecydowanie się nie zgadzam)	0-4 (wynik jest średnią odpowiedzi na pytania skali lub podskal)	Nd.	0,828 1. 0,787 2. 0,794