

Maria Deptuła

W kierunku profilaktyki opartej na naukowych podstawach

Wprowadzenie

W naszym kraju dzięki *Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku* (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.) mamy niemałe pieniądze na działania profilaktyczne, których celem jest zmniejszenie popytu na substancje psychoaktywne. W wielu dokumentach określających cele działań profilaktycznych, takich jak: Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 (przyjęty uchwałą Rady Ministrów nr 35/2011 z dnia 22 marca 2011 roku), Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016 (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011, Dz. U. Nr 78, poz. 428), Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2007-2015 (przyjęty uchwałą Rady Ministrów nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 roku) zakłada się konieczność opracowywania i realizowania programów profilaktycznych, a szczególną rolę przypisuje się w tym zakresie szkołom. Szkoły państwowe prowadzone są przez samorządy lokalne, które dysponują funduszem na realizację zadań wynikających z Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zgodnie z ustawą na szczeblu gmin powstają programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i tam zapadają istotne decyzje dotyczące tego, jakie działania profilaktyczne będą na terenie gminy realizowane. Część tych zadań jest przekazywana do realizacji szkołom, które Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Edukacji z dnia 26 lutego 2002 r. (Dz. U. 2002 Nr 51, poz. 458) zobowiązało do opracowywania i realizacji „Szkolnego programu profilaktyki”. Z moich obserwacji wynika, że szanse na realizację celów odnoszących się do profilaktyki zawartych w wymienionych wyżej dokumentach rządowych są znikome. Jednym z najważniejszych powodów jest brak podstawowej wiedzy o warunkach skuteczności profilaktyki w tych środowiskach, które decydują o tym, jakie działania zostaną wpisane do programów gminnych i szkolnych. Zgodnie z przyjętym celem w niniejszym artykule przedstawiono argumenty przemawiające za tym, by w praktyce przywiązywać większą wagę do programów profilaktycznych spełniających naukowe standardy, a następnie dokonano krótkiej charakterystyki profilaktyki opartej na naukowych podstawach.

Argumenty przemawiające za profilaktyką opartą na naukowych podstawach

Najbardziej przemawiającym do wyobraźni argumentem jest brak skuteczności działań profilaktycznych. Pomimo zaangażowania znacznych sił i środków może się okazać, że założone w programach profilaktycznych cele nie zostają osiągnięte. Na ogół fakt ten nie zostaje ujawniony, bo nie prowadzi się ewaluacji podejmowanych działań, albo prowadzi się ją na najniższym z możliwych poziomów, np. pytając uczestników zajęć o satysfakcję z udziału w nich, o to, co im się podobało, albo nie podobało i dlaczego. Znacznie rzadziej uczestnicy zajęć są badani za pomocą wystandaryzowanych skal dotyczących ich zachowania, przekonań istotnych dla trwania w abstynencji czy podejmowania jej, właściwości osobowościowych mogących być czynnikami ryzyka sięgania po substancje psychoaktywne lub czynnikami chroniącymi przed szukaniem zaspokojenia swoich potrzeb w ten sposób. Jeszcze rzadziej wyniki takich badań są poddawane analizie zgodnie z metodologicznymi regułami. Z tego powodu sprawozdania z realizacji zadań w obszarze profilaktyki są raczej zbiorem pobożnych życzeń niż udokumentowanych naukowo faktów, albo stanowią tylko rejestr podjętych działań uznanych w danym środowisku za profilaktyczne.

Profilaktyka powinna być oparta na naukowych podstawach nie tylko dlatego, że bez ich uwzględnienia może być nieskuteczna, ale przede wszystkim dlatego, że może być szkodliwa. W przypadku niewłaściwie dobranych celów i/lub działań istnieje poważne ryzyko efektów jatrogennych – czyli pogorszenia się zachowania lub stanu osób korzystających z oferty profilaktycznej, wzmocnienia czynników ryzyka używania przez nie substancji psychoaktywnych i przejawiania zachowań antyspołecznych i/lub osłabienia czynników chroniących.

W Polsce badania naukowe nad skutecznością oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych są podejmowane niezwykle rzadko, a badań nad ich niekorzystnymi następstwami bezpośrednimi lub odroczonymi w czasie, o ile mi wiadomo, nie prowadzi się wcale. W literaturze anglojęzycznej przedstawiono wyniki takich badań. Dotyczą one między innymi oddziaływań profilaktycznych adresowanych do młodzieży z grup ryzyka mającej problemy z przystosowaniem społecznym. Thomas J. Dision, Joan McCord, François

Poulin [1999, s. 755-764] analizując odległe skutki dwóch interwencji podejmowanych w małych grupach łączących osoby z takimi problemami stwierdzili, iż miały w późniejszym czasie więcej problemów niż rówieśnicy z grup kontrolnych niekorzystający z pomocy. Co prawda mowa tu o profilaktyce selektywnej, adresowanej do grup ryzyka, ale ten rodzaj działań profilaktycznych jest także elementem gminnych i szkolnych programów profilaktycznych. W rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z dnia 7 maja 2013 roku, poz. 532) w § 7.1 mowa jest o tym, że jedną z form pomocy psychologiczno-pedagogicznej są zajęcia socjoterapeutyczne. W § 13 określono, że są one organizowane dla „uczniów z dysfunkcjami i zaburzeniami utrudniającymi funkcjonowanie społeczne”.

Powstanie szkodliwych następstw profilaktycznych oddziaływań, które miały przynieść profilaktyczne efekty, Dision i współautorzy [1999] wiążą z dwoma procesami, które zachodzą w grupie łączącej rówieśników z zaburzeniami zachowania. Pierwszy z nich to wzmocnienia społeczne negatywnych zachowań poprzez śmiech, skupienie uwagi, okazywanie zainteresowania osobom, które je przejawiają. Zachowania te mają dla nich wartość nagradzającą. Drugim procesem wskazanym przez autorów jest modelowanie zachowań negatywnych, które nie tylko dostarcza okazji do pogłębiania się zaburzeń zachowania, ale też wzmacnia motywację do demonstrowania zachowań nieakceptowanych społecznie także poza zajęciami organizowanymi w celach profilaktycznych. Nie bez znaczenia jest też powstawanie więzi między uczestnikami zajęć, dla których taka grupa jest często pierwszym środowiskiem rówieśniczym, w którym doświadczają oni akceptacji i zrozumienia, mogą zaspokoić potrzebę uznania i przynależności [Bierman 2004].

Dision i współautorzy [1999] twierdzą, że wpływ rówieśników przeciwstawny do założonych celów oddziaływań może poważnie ograniczyć wpływ osób dorosłych prowadzących grupę, a największe ryzyko jatrogennych efektów występuje u jednostek, których rozwój jest najbardziej zaburzony. Ryzyko znacząco wzrasta, gdy agresywny nastolatek wchodzi w interakcję z innym agresywnym rówieśnikiem [Lavallee i in. 2005, s. 307-324]. Podkreśla się, że nawet wtedy, gdy grupa, w której prowadzone są zajęcia nie jest zdominowana przez osoby z zaburzeniami zachowania, to prawdopodobieństwo wzajemnego wspierania niewłaściwych zachowań jest znaczące [Dision i in. 1999]. Jatrogenne efekty występują częściej w grupach starszych niż młodszych dzieci, których zachowania łatwiej kontrolować osobom dorosłym. Jednak nawet w grupach młodszych dzieci nie zawsze się to udaje, na co wskazują między innymi badania przeprowadzone przez Kristen L. Lavallee, Karen L. Bierman, Roberta L. Nix'a, i CPPRG [2005], krótko scharakteryzowane poniżej.

Lavallee i współautorzy [2005] opracowali zestaw wskaźników do monitorowania procesów zachodzących w małej 5-6-osobowej grupie dzieci agresywnych pochodzących ze środowisk zagrożonych spotykającej się co tydzień na godzinę przez cały rok szkolny (22 sesje) na zajęciach „Grupy przyjaciół” (*Fast Track*), które były jednym z elementów systemowego programu „Szybka Ścieżka” opisanego w innej mojej pracy [Depuła 2013]. Badana grupa to uczniowie klas I szkoły podstawowej (N = 266; 29% dziewczynek). Celem spotkań było wspieranie rozwoju kompetencji emocjonalnych i społecznych dzieci – rozumienia emocji, odczytywania sygnałów społecznych, komunikowania się, samokontroli, rozwiązywania konfliktów, nawiązywania i podtrzymywania przyjaźni. Jak widać były to cele bardzo podobne do tych, które formułuje się w programach zajęć socjoterapeutycznych realizowanych w naszych szkołach i świetlicach środowiskowych lub socjoterapeutycznych.

W czasie każdego spotkania rejestrowano wszystkie zachowania pozytywne dzieci (np. okazywanie wrażliwości na potrzeby innych, chęci pomocy i dzielenia się, otwartości na inicjatywę przejawianą przez inne dzieci, gotowości do wysłuchania punktu widzenia rówieśnika i rozważenia różnych rozwiązań w sytuacjach konfliktowych, wyrażanie własnych uczuć w akceptowany społecznie sposób, prowadzenie negocjacji i wypracowywanie kompromisu) oraz zachowania negatywne ujęte w cztery kategorie. Pierwsza z nich to zachowania impulsywne i niedojrzałe, takie jak np. nagłe pobudzenie, którego opanowanie wymagało interwencji prowadzącego zajęcia, natrętne zabieganie o przeprowadzenie swojej woli. W każdym z tego typu przypadków oceniano też, w jakim stopniu dane zachowanie przeszkadzało w zajęciach grupy. Drugą kategorię stanowiły zachowania wrogie i odporne. Zaliczono do niej niewykonywanie poleceń, walkę o pozycję, upór, który trudno przełamać perswazją, napady złości w przypadku nieotrzymania tego, czego dziecko chciało. Trzecią kategorię stanowiły przejawy psychicznej i fizycznej agresji – oskarżanie innych, grożenie im, zastraszanie, krzyk, uderzenia, kopnięcia. Czwartą kategorię autorzy określili jako wycofaną wrogość i zaliczali do niej przejawy negatywnego nastawienia do rówieśników, osób prowadzących zajęcia i samych zajęć (np. wypowiedzi typu: „to jest głupie”) oraz przypadki odmowy konstruktywnego udziału w zajęciach [Lavallee i in. 2005].

Rejestrowanie częstotliwości pojawiania się pozytywnych i negatywnych zachowań pozwalało wyliczyć ich natężenie w grupie i dzięki temu ocenić, jak często uczestnicy zajęć w danej grupie byli narażeni na modelowanie negatywnych wzorów funkcjonowania.

W każdym przypadku pojawiania się negatywnych zachowań rejestrowano też częstotliwość skupiania uwagi na nich przez inne dzieci, reagowania na nie śmiechem, zachętami lub naśladowaniem. Te zachowania, będące wzmocnieniem dla osób, które je przejawiały w połączeniu z oceną narażenia na negatywne wzory

funkcjonowania były miarami procesów grupowych, które niosą ryzyko, że udział w zajęciach profilaktycznych stanie się „dewiacyjnym treningiem”, inaczej mówiąc, doprowadzi do szkodliwych dla podmiotu następstw.

Badania Lavallee i współautorów [2005] pozwoliły na stwierdzenie, że częstotliwość przejawiania przez dzieci zachowań pozytywnych i negatywnych jest silnie związana z natężeniem tych zachowań w grupie, niż z ich zachowaniami na terenie klas szkolnych stwierdzonymi w preteście, czyli przed zaproszeniem dzieci do „Grupy Przyjaciół”. Należy zwrócić uwagę na fakt, że ten wpływ grupy, który może być pozytywny, ale i negatywny, widoczny był już u uczniów klas I szkoły podstawowej pracujących w tak małej grupie. Szczegółowe analizy prezentowane w innej mojej pracy [Deptuła 2013] pozwalają na sformułowanie wniosków dotyczących sposobów tworzenia grup socjoterapeutycznych i kontrolowania procesów, które w nich zachodzą. Szczególnie ważne jest jednak zwrócenie uwagi na to, że co prawda program treningu umiejętności społecznych był ustrukturalizowany, procesy zachodzące w grupach kontrolowane, a osoby prowadzące zajęcia były wyczułone na ryzyko dewiacyjnego treningu i reagowały konstruktywnie na negatywne zachowania dzieci, to jednak w 20% grup panowanie nad procesami grupowymi wymagało wyjątkowej uwagi osób prowadzących zajęcia, a w przypadku 5% grup techniki kierowania pracą grupy okazały się nieskuteczne [Lavallee i in. 2005, s. 319]. Jak już wspominałam, ryzyko efektów jatrogennych rośnie wraz z wiekiem dzieci. Jest ono także większe w grupach, gdzie jest mniej dziewczynek i gdzie ogólny poziom częstotliwości zachowań negatywnych jest wysoki [Dision i in., 1999; Lavallee i in., 2005].

W kontekście tych naukowych ustaleń nasuwa się pytanie – jak wielu pedagogów prowadzących zajęcia socjoterapeutyczne lub inne w małych grupach stworzonych dla uczniów z dysfunkcjami i zaburzeniami utrudniającymi funkcjonowanie społeczne jest świadomych ryzyka jatrogennych efektów tych zajęć, wie jak je kontrolować i analizuje efekty swoich działań pod tym kątem? W województwie kujawsko-pomorskim utworzono w ostatnich latach wiele świetlic środowiskowych, by pomagać dzieciom z rodzin, które nie zapewniają im (z różnych powodów) właściwych warunków do życia i rozwoju. Rozumiem argument, że lepiej, by te dzieci były w świetlicach, niż na ulicach, ale czy naprawdę możemy mieć nadzieję, iż ta forma pomocy pozwoli tym dzieciom osiągnąć poziom kompetencji poznawczych, emocjonalnych i społecznych niezbędnych do radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi i osiągania sukcesów w szkole oraz w dorosłym życiu? Organizowanie pomocy w tej postaci niesie moim zdaniem poważne ryzyko pogłębiania się procesu wykluczania tych dzieci ze społeczności dobrze przystosowanych rówieśników. Badania naukowe pokazują, że najbardziej efektywne są rozwiązania systemowe obejmujące jednocześnie:

a) wspieranie rozwoju dziecka w specjalnie stworzonych grupach z jednoczesną kontrolą ryzyka efektów jatrogennych,

b) pracę z klasą szkolną i wspieranie dziecka zagrożonego w konstruktywnym funkcjonowaniu w niej,

c) wspieranie rozwoju kompetencji uczących go nauczycieli i jego rodziców,

d) udzielanie rodzicom na ich prośbę indywidualnej pomocy w radzeniu sobie z opieką nad dziećmi, ich wychowywaniem, zapewnianiem rodzinie środków utrzymania i rozwiązywaniem innych zgłaszanych przez nich problemów, wobec których czują się bezradni [por. Deptuła 2013].

Profilaktyka oparta na naukowych podstawach

Profilaktyka jako dyscyplina badawcza (*prevention science*) wyodrębniła się około 20 lat temu na pograniczu psychopatologii, kryminologii, epidemiologii psychiatrycznej, psychologii rozwojowej, pedagogiki i socjologii oraz medycyny (Coie i in. 1996). Jej celem jest „zapobieganie najdokuczliwszym dysfunkcjom człowieka lub ich łagodzenie (...) wyeliminowanie bądź ograniczenie przyczyn zaburzeń” [ibid., s. 16]. Działania profilaktyczne mają więc z definicji wyprzedzać niekorzystne zjawiska, dlatego w centrum uwagi naukowej profilaktyki znajduje się „badanie potencjalnych zwiastunów choroby lub zdrowia, zwanych *odpowiednio* czynnikami ryzyka (*risk factors*) oraz *czynnikami chroniącymi* (*protective factors*)” [ibid., s. 16]. Do czynników ryzyka zalicza się „te zmienne, które wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia, większym nasileniem i dłuższym czasem trwania istotnych problemów dotyczących zdrowia psychicznego” [ibid., s. 16]. Czynniki chroniące to warunki zwiększające „odporność człowieka na czynniki ryzyka i zaburzenie” [ibid., s. 16].

W Polsce od wielu lat realizowane są projekty badawcze dostarczające wiarygodnych danych na temat zjawiska używania przez dzieci i młodzież substancji psychoaktywnych i innych ryzykownych zachowań oraz wybranych czynników ryzyka i czynników chroniących, które w danej grupie wiekowej odgrywają szczególnie istotną rolę. Najważniejsze z nich to badania HBSC, ESPAD oraz tak zwane „Badania mokotowskie”.

– **Badania HBSC** – *Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Collaborative Cross-national Study* obejmujące 11-, 13- i 15-latków prowadzone są przez zespół Instytutu Matki i Dziecka pracujący przez wiele lat pod kierunkiem prof. dr hab. Barbary Woynarowskiej, a obecnie pod kierunkiem dr Joanny Mazur. Jest to międzynarodowy projekt badawczy realizowany od 1982 roku, w którym uczestniczą obecnie 43 kraje z Europy i Ameryki Północnej, a Polska przyłączyła się do niego w roku 1990. Badania prowadzone na losowej reprezentatywnej próbie nastolatków, co 4 lata, dostarczają rzetelnej wiedzy o zachowaniach prozdrowotnych, zachowaniach ryzykownych oraz czynnikach

ryzyka i czynnikach chroniących związanych z jednostką, rodziną, szkołą i rówieśnikami [patrz m.in.: Mazur, Małkowska-Szkutnik 2011].

– **ESPAD** – *European School Survey Project on Alcohol and Drugs* (Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach). Badania prowadzone co 4 lata począwszy od 1995 roku obejmują losowe reprezentatywne próby uczniów 15-16-letnich (trzecia klasa gimnazjum) oraz 17-18-letnich (druga klasa szkół ponadgimnazjalnych). Dotyczą przede wszystkim zachowań ryzykownych młodych ludzi i wybranych ich uwarunkowań. Raporty publikowane przez ich autora dr. Janusza Sierosławskiego [2011] są powszechnie dostępne, podobnie jak raporty z badań w ramach projektu HBSC. Można więc powiedzieć, że są to dwa niezwykle miarodajne źródła informacji o tym, jakie cele działań profilaktycznych powinny być formułowane w odniesieniu do danej grupy wiekowej. Wyniki badań HBSC wskazują ponadto, że cele te powinny zakładać także zmiany w środowisku szkoły – w zachowaniach nauczycieli i sposobie funkcjonowania tej instytucji.

– „**Badania mokotowskie**” prowadzone są począwszy od 1984 roku przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie początkowo pod kierunkiem dr. Barbary Wolniewicz-Grzelak, a od wielu lat pod kierunkiem dr. Krzysztofa Ostaszewskiego [Ostaszewski 2003]. Zaczynano od badań w jednej z dzielnic Warszawy – Mokotowie, a obecnie są one prowadzone na terenie kilku dzielnic. Co 4 lata badana jest losowo dobrana reprezentatywna próba młodzieży. Z biegiem lat zakres badań zaczął znacznie wykraczać poza rejestrowanie natężenia zachowań problemowych 15-latków i obecnie obejmują one wnikliwe badania czynników ryzyka i czynników chroniących przed zachowaniami problemowymi oraz ich wzajemnych powiązań. Badaną grupą są uczniowie klas I i III gimnazjum [patrz m.in.: Ostaszewski i in. 2011, 2013]. Jednym z celów, jakie stawiają sobie ich autorzy jest „dostarczanie szkołom informacji, które mogą być pomocą w podejmowaniu decyzji dotyczących szkolnych programów profilaktyki i wychowania, czyli działanie na rzecz przekładania wyników badań na praktykę życia codziennego w szkołach” [Ostaszewski i in. 2011, s. 7].

Tak więc dzięki zaangażowaniu takich instytucji jak Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Matki i Dziecka, Instytut Psychiatrii i Neurologii, które często współfinansują lub w całości finansują te projekty badawcze, osoby planujące działania profilaktyczne mają aktualne informacje niezbędne do formułowania racjonalnych celów oddziaływań profilaktycznych. Jest pytanie, jak wiele gminnych i szkolnych programów profilaktyki rzeczywiście opiera się na dostarczanych dzięki tym badaniom danych? Formułowanie celów działań profilaktycznych w oparciu o rzetelne dane o czynnikach ryzyka, czynnikach chroniących i zachowaniach ryzykownych młodzieży

jest pierwszym warunkiem, który musi spełniać racjonalna profilaktyka.

Dzięki badaniom naukowym zdajemy sobie coraz lepiej sprawę ze złożoności interakcji pomiędzy genetycznym wyposażeniem jednostki i czynnikami psychospołecznymi, ze zróżnicowania roli danego czynnika w zależności od wieku osoby i warunków, w których ona żyje oraz zasobów osobistych i środowiskowych będących do jej dyspozycji. Wiemy też, że czynniki ryzyka kumulują się, a czynniki chroniące indywidualne i społeczne łagodzą wpływ ekspozycji na czynniki ryzyka [Coie i in. 1996]. Nie jest jednak łatwo opracować program działań profilaktycznych uwzględniający złożoność zjawiska, którego ma on dotyczyć, uwzględniający specyfikę grupy adresatów i ich środowiska.

W trosce o jakość oddziaływań profilaktycznych z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 zostały podjęte prace nad opracowaniem systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. W pracach tych brali udział przedstawiciele KBPN, Ośrodka Rozwoju Edukacji (dawne Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej), Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i przedstawiciel organizacji pozarządowej – Stowarzyszenia Profilaktyki Problemowej Profipro. Ta inicjatywa związana była z priorytetami polityki narkotykowej w Unii Europejskiej znajdującymi odzwierciedlenie w zapisach Strategii Narkotykowej na lata 2005-2012 i innych dokumentach UE¹. Opracowany system rekomendacji uwzględnia kryteria EDDRA (*Exchange Drug Demand Reduction Action*), w których powstawaniu Polska odegrała również znaczącą rolę. Informacje na ten temat znajdują się w podręczniku *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień* [2011]. Celem systemu rekomendacji jest:

- „podniesienie jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego,
- szersze upowszechnienie sprawdzonych praktyk/programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego,
- popularyzacja wiedzy na temat skutecznych strategii profilaktyki oraz metod konstruowania programów” [System... 2010, s. 7].

W ramach tego systemu, o zasięgu ogólnopolskim, dokonuje się „oceny programów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyka narkomanii, profilaktyka problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań proble-

¹ Charakterystykę założeń i istoty systemu rekomendacji przedstawiam na podstawie dokumentu *System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*, Warszawa 2010, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

mowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży” [ibid., s. 7]. Założenia, narzędzia i funkcjonowanie systemu rekomendacji były dyskutowane na konferencjach i seminariach w gronie ekspertów i praktyków. W konsultacjach nad kryteriami oceny programów brali także udział przedstawiciele Zakładu Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy – dr Wioletta Junik, dr Małgorzata Zabłocka oraz autorka tego artykułu.

System rekomendacji opiera się na szczegółowych wymaganiach decydujących o jakości programu profilaktycznego. Może jednocześnie stanowić wskazówki co do sposobu konstruowania programu spełniającego kryteria naukowe.

Precyzyjnie opisane standardy odnoszą się do prezentacji natury i rozmiarów zjawiska, którego program dotyczy z uwzględnieniem czynników ryzyka i czynników chroniących. Można się tu odwołać do danych z badań prowadzonych w ramach wyżej opisanych programów badawczych oraz do badań prowadzonych w danym środowisku jeśli program profilaktyczny ma mieć zasięg lokalny, odnoszący się do specyficznych potrzeb danej społeczności. Problem, który ma być rozwiązany dzięki danemu programowi profilaktycznemu musi pozostawać w ścisłym związku z wynikami diagnozy. Za szczególnie ważne uważam to, by była ona przeprowadzona zgodnie ze standardami metodologicznymi i etycznymi przyjętymi w naukach społecznych.

Na tej podstawie formułuje się cel ogólny programu, który może dotyczyć „modyfikacji lub zmiany sytuacji niepożądanego na pożądaną albo utrzymania czy poprawy sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna” [ibid., s. 11]. Cele szczegółowe (nazywane też pośredniczącymi) powinny „dotyczyć modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemu lub zjawisk/stanów” [ibid., s. 11] pozostających w związku z głównym celem. Istotne jest też między innymi, by były sformułowane w postaci mierzalnych rezultatów, w formie oczekiwanej zmiany, odnosiły się do grupy docelowej, były realistyczne i możliwe do osiągnięcia w czasie przewidzianym na realizację programu.

W ubieganiu się o rekomendacje dla opracowanego programu bardzo ważna jest umiejętność przedstawienia jego założeń teoretycznych dotyczących wyboru konkretnego sposobu rozwiązania problemu. Program musi się opierać „na modelach teoretycznych/teoriach, których skuteczność w odniesieniu do rozwiązywania problemu została potwierdzona w literaturze naukowej lub sprawdzona w praktyce” [ibid., s. 11-12].

Z moich doświadczeń w roli osoby analizującej praktyki edukacyjne przedstawione w literaturze oraz w roli recenzenta programu ubiegającego się o rekomendację wynika, że jest to jeden z trudniejszych etapów w konstrukcji programów. Zazwyczaj publikuje się programy profilaktyczne lub wychowawcze bez informacji o ich teoretycznych założeniach. Mam też podstawy przypuszczać, że często sami autorzy są ich nieświadomi. Proces formułowania celu głównego musi uwzględniać

wiedzę z zakresu psychologii rozwojowej, a jego operacjonalizacja musi opierać się na uznanych teoriach naukowych dotyczących okoliczności, w których możliwe jest osiągnięcie stanów założonych w celach. Przykłady takiej operacjonalizacji celów oddziaływań profilaktycznych znajdują się między innymi w pracach Małgorzaty Zabłockiej [2008; 2012] i Marty Herzberg [2012]. Swoje propozycje w zakresie projektowania oddziaływań profilaktycznych i ich ewaluacji przedstawiłam w innej mojej pracy [Deptuła 2013], zostaną one też zaprezentowane bardziej szczegółowo w monografii, którą przygotowuję.

Standardy jakości programu określają też precyzyjnie wymagania dotyczące wyboru grupy adresatów programu, opisu działań i ich uzasadnienia, koniecznych nakładów, sposobów wdrażania programu zapewniających monitorowanie jakości jego realizacji oraz ewaluacji programu [System...2010, s. 13-14]. Ewaluacja programu jest, moim zdaniem, po określaniu założeń programu i formułowaniu jego celów, kolejnym najsłabszym ogniwem realizowanych w gminach i szkołach programów profilaktycznych. Poziom kompetencji metodologicznych większości pedagogów – praktyków, nie mówiąc już o wychowawcach klas – nauczycieli poszczególnych przedmiotów, jest na ogół zbyt niski, by prawidłowo zaprojektować i zrealizować badanie skuteczności podjętych oddziaływań, przeanalizować ich wyniki i wyprowadzić wnioski. Te osoby, które mają odpowiednie kompetencje, nie są w stanie w ramach swojego czasu pracy wykonać tego niezwykle pracochłonnego zadania. Na podstawie mojego doświadczenia (w roli osoby projektującej działania profilaktyczne, realizującej je i badającej ich skuteczność, w roli promotora pięciu rozpraw doktorskich, których głównym celem były właśnie takie zadania oraz dwóch dotyczących ewaluacji praktyk profilaktycznych i wychowawczych realizowanych w świetlicach terapeutycznych i klasach szkolnych), mogę powiedzieć, że jest to zadanie niewykonalne dla osoby niebędącej specjalistą w tej dziedzinie. Bardzo cenna może być natomiast współpraca praktyków projektujących oddziaływanie oraz naukowców wspierających ich w tym zadaniu oraz przygotowujących i przeprowadzających badanie następstw bezpośrednich i odroczonego tych działań.

Poważną barierą na drodze spełniania tego standardu są wysokie koszty badań ewaluacyjnych spełniających metodologiczne i etyczne standardy przestrzegane w tego typu badaniach na świecie oraz wymagane w europejskich i polskich standardach jakości programów profilaktycznych. Znacznie tańszym, a ciągle przez osoby podejmujące decyzje dotyczące działań profilaktycznych w szkołach i poza nimi niedocenianym rozwiązaniem, jest realizowanie programów spełniających standardy jakości rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Na stronie internetowej Biura (<http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=105944>) znajdują się aktualnie informacje o 10 programach. Są to zarówno programy z zakresu profilaktyki uniwersalnej, adresow-

wane do całej populacji dzieci lub młodzieży w danym wieku oraz ich rodziców i wychowawców, a także programy adresowane do młodzieży z grup ryzyka i jej rodziców. Nie jest to bogata oferta, tym niemniej jednak warta upowszechniania, bowiem programy tam prezentowane spełniają w znacznym stopniu lub całkowicie standardy gwarantujące skuteczność oddziaływań profilaktycznych i minimalizują ryzyko jatrogennych efektów. Zachęcam też do zapoznania się z przedstawionym na tej stronie polskim systemem rekomendacji programów z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia oraz z publikacją *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki* [Deptuła 2011] i moją recenzją tego podręcznika [Deptuła 2011] w celu poznania wymagań, które powinny spełniać programy z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.

Podsumowanie

Wydaje się, że podnoszenie jakości działań profilaktycznych w szkołach i w placówkach środowiskowych prowadzonych przez gminy, fundacje i stowarzyszenia poprzez opieranie ich na naukowych podstawach wymaga:

1) zwiększenia zaangażowania się środowisk naukowych w opracowywanie i empiryczną weryfikację technologii edukacyjnych zgodnie ze standardami etycznymi i metodologicznymi przyjmowanymi w badaniach eksperymentalnych w wiodących w tym zakresie krajach;

2) badania efektów bezpośrednich i odroczonej technologii najbardziej rozpowszechnionych w naszym kraju i rekomendowanych przez instytucje odpowiedzialne za promowanie dobrych praktyk w zakresie profilaktyki, takie jak Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii [ewaluacja programów rekomendowanych na poziomie I – „program obiecujący” i II – „dobra praktyka”, w celu spełnienia warunków niezbędnych do uzyskania rekomendacji III stopnia – „program modelowy”] oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji, który poleca na swojej stronie obok programów spełniających standardy naukowe także takie, które mają dobrą opinię w środowisku realizatorów, ale o ile mi wiadomo, ich efekty nie były w wystarczającym stopniu badane;

3) szkolenia praktyków zainteresowanych opracowywaniem własnych technologii edukacyjnych w zakresie projektowania oddziaływań opartych na naukowych podstawach i ich empirycznej weryfikacji;

4) promowania już istniejących rekomendowanych programów spełniających standardy naukowe.

Realizacja tych zadań wymaga większego zaangażowania środowiska naukowego pedagogów w badania nad opracowywaniem i ewaluacją technologii edukacyjnych i rezygnacji z kwalifikowania ich jako metodyki, która nie może być podstawą awansu naukowego. Opracowanie i ewaluacja technologii edukacyjnej zgodnie ze standardami naukowymi przyjmowanymi m.in. w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

oraz przez instytucje tworzące system rekomendowanych programów w Polsce wymagają badań spełniających najwyższe standardy teoretyczne, metodologiczne i etyczne. Jeśli takie zaangażowanie w rozwiązywanie problemów społecznych i zapobieganie im nie zostanie uznane za istotny wkład w rozwój nauk społecznych, zwłaszcza teorii wychowania, to trudno liczyć na to, że praktyka pedagogiczna zyska większe wsparcie naukowe, dzięki któremu będzie mogła być bardziej efektywna.

Bibliografia:

Bierman, K. L., *Peer Rejection. Developmental Processes and Intervention Strategies*, New York-London 2004.

Coie J. D., Watt N. F., West S. G., Hawkins J. D., Asarnow J. R., Markman H. J., Ramey S. L., Shure M. B., Long B., *Profilaktyka: teoria i badania*, „Nowiny Psychologiczne” 1996, nr 2.

Deptuła M., *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, „Remedium” 2011, nr 6.

Deptuła M., *Odrzucenie rówieśnicze. Profilaktyka i terapia*, Warszawa 2013.

Dision T. J., McCord J., Poulin F., *When Interventions Harm Peer Groups and Problem Behavior*, „American Psychologist” 1999, vol. 54, nr 9.

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2011.

Herzberg M., *Pomaganie dzieciom nie lubianym przez rówieśników z powodu zachowań społecznych. Program zajęć w małej grupie uczniów klas IV-V*, Warszawa 2012.

Lavallee K., Bierman K. L., Nix R. & the Conduct Problems Prevention Research Group, *The impact of first-grade "Friendship Group" experiences on child social outcomes in the Fast Track program*, „Journal of Abnormal Child Psychology” 2005, vol. 33, nr 3.

Mazur J., Małkowska-Szukunftnik A., *Wyniki badań HBSC raport techniczny*, Warszawa 2011, dostępne na: http://www.imid.med.pl/klient2/pliki/hbse_rap1.pdf (pozyskano: 20.11.2013).

Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacji programów dla dzieci i młodzieży*, Warszawa 2003.

Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M., *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów klasy I-III*, Warszawa 2011, dostępne na: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> (pozyskano: 20.11.2013).

Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, Warszawa 2011 (seria: Biblioteczka „Remedium”).

Sierosławski J., *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Warszawa 2011, dostępne na: <http://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> (pozyskano: 20.11.2013).

System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010.

Zabłocka M., *Przewyciężanie nieśmiałości u dzieci*, Warszawa 2008.

Zabłocka M., *Zrozumieć nieśmiałość, aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*, Bydgoszcz 2012.

Dr hab. Maria Deptuła, prof. UKW, jest kierownikiem Zakładu Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.