

# Profilaktyka w szkole

Stan i rekomendacje  
dla systemu oddziaływań profilaktycznych  
w Polsce

Pod redakcją:  
**Roberta Porzaka**



# ***Profilaktyka w szkole***

***Stan i rekomendacje dla systemu  
oddziaływań profilaktycznych w Polsce***

Redakcja:  
Robert Porzak

Lublin, 2019

Fundacja „Masz Szansę”

Fundacja „Masz Szansę”

**Profilaktyka w szkole**  
**Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce**

*Redakcja:*  
Robert Porzak

*Recenzenci:*  
Dr hab. Anna Fidelus, prof. Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w  
Warszawie  
Dr hab. Roman Dorczak, prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

*Korekta językowa i opracowanie graficzne rozdziałów:*  
Autorzy

*Okladka:*  
BEW Sp. z o.o., grafiki – licencja CC0

Copyright © by Fundacja „Masz Szansę”, Lublin 2019

Wszelkie prawa zastrzeżone. Informacje i kontakt: [www.maszszanse.info](http://www.maszszanse.info)

Wydrukowano w Polsce  
Fundacja „Masz Szansę” ul. Beatrycze 15 20-715 Lublin

ISBN: 978-83-941026-0-9 książka w oprawie miękkiej  
**ISBN: 978-83-941026-1-6 on-line pdf**  
ISBN: 978-83-941026-6-1 on-line epub

Publikacja bezpłatna. Przygotowanie i druk sfinansowano z środków projektu:  
SYSTEM ODDZIAŁYWAŃ PROFILAKTYCZNYCH W POLSCE - stan i rekomendacje dla  
zwiększenia skuteczności i efektywności planowania i realizowania działań profilaktycznych w mikro i  
makro skali. Projekt zrealizowany przez Fundację „Masz Szansę” jako zadanie publiczne na zlecenie  
Ministerstwa Edukacji Narodowej w ramach programu Bezpieczna+. Umowa nr  
MEN/2016/DWKI/1175

# Spis treści

Wprowadzenie.....	4
<b>1 Podstawy działań profilaktycznych.....</b>	<b>7</b>
1.1 Psychologia zdrowia i profilaktyka.....	8
1.2 Teoretyczne podstawy profilaktyki szkolnej.....	14
1.3 Ramy prawne, organizacja i finansowanie profilaktyki .....	24
1.4 Czynniki społeczno-kulturowe w profilaktyce szkolnej.....	34
<b>2 Profilaktyka w szkołach .....</b>	<b>46</b>
2.1 Cel i metoda badania potrzeb profilaktycznych .....	47
2.2 Organizacja badań i grupa badana.....	62
2.3 Wyniki badań .....	73
2.3.1 Uwarunkowania demograficzno-ekonomiczne i prawno- administracyjne skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki.....	73
2.3.2 Społeczno-kulturowe uwarunkowania skutecznego wspierania zdrowia i profilaktyki szkolnej.....	90
2.3.3 Profilaktyka dla uczniów w wieku 7-9 lat.....	104
2.3.4 Profilaktyka dla uczniów w wieku 10-13 lat.....	119
2.3.5 Profilaktyka dla uczniów w wieku 14-16 lat.....	130
2.3.6 Profilaktyka dla uczniów w wieku 17-19 lat.....	137
2.3.7 Profilaktyka a rozwój osobowości uczniów w wieku 17-19 lat .....	146
<b>3 Wnioski i rekomendacje .....</b>	<b>163</b>
3.1 Model ekonomiczno-organizacyjny i prawno-administracyjny skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki.....	164
3.2 Budowanie społeczno-kulturowego wsparcia dla promocji zdrowia i profilaktyki szkolnej .....	171
3.3 Narzędzia skutecznej promocji zdrowia .....	177
3.4 Programy profilaktyki przemocy rówieśniczej i cyberbullyingu .....	183
3.5 Skuteczna profilaktyka stosowania substancji psychoaktywnych.....	190
3.6 Animacja szkół i środowiska lokalnego do działań profilaktycznych.....	205
System profilaktyki w Polsce – podsumowanie .....	213

## **Wprowadzenie**

Intensywność zagrożeń w rozwiniętych społeczeństwach wzrasta szybciej, niż społeczna dojrzałość i samoświadomość młodych ludzi, którzy najczęściej podejmują zachowania ryzykowne. Akceleracja rozwoju fizjologicznego i poznawczego, przy opóźnieniu dojrzewania społecznego i ekonomicznego zwiększa skłonność do sięgania po legalne i nielegalne substancje psychoaktywne oraz inne „zakazane owoce”, traktowane jako rozrywka zastępująca prawdziwe wyzwania życiowe. Na skutek narastającej cyfryzacji i wzrostu udziału mediów elektronicznych w komunikacji zmienia się model relacji interpersonalnych. Przenoszą się one w świat wirtualny, choć niosą nadal realny ładunek emocjonalny i rodzą życiowe skutki. Poważne wyzwania wynikają też z przyrastania wymagań edukacyjnych i konieczności planowania kariery w dynamicznie zmieniających się realiach świata pracy, co często wywołuje stres. Sprostanie sytuacji wymaga zaangażowania systemu profilaktyki o potencjale odpowiadającym potrzebom.

Dostrzegając społeczne wyzwania dla profilaktyki i sygnały o wątpliwościach związanych z procesem i skutkami jej realizacji, zespół autorów postawił sobie za zadanie przybliżenie Czytelnikom współczesnych punktów widzenia na profilaktykę, weryfikację wyników badań dotyczących potrzeb profilaktycznych i ewaluację stosowanych form działań profilaktycznych oraz wypracowanie rekomendacji zmierzających do udoskonalenia systemu profilaktyki. W centrum zainteresowania ulokowaliśmy profilaktykę szkolną, ze względu na największy potencjał rozwojowy dzieci i młodzieży, jak i największą skalę realizacji profilaktyki dla tej grupy.

Analizę otwiera przegląd podstawowych obszarów zainteresowania profilaktyki zawarty w pierwszej części książki. Autorzy przedstawiają w niej terminologię i definicje zdrowia i psychologii zdrowia. Promocja zdrowia i profilaktyka zachowań problemowych scharakteryzowana w rozdziale pierwszym na podstawie klasycznych i współczesnych teorii, jest odniesiona do profilaktyki i szeroko przeanalizowana w rozdziale drugim. Prezentacja strategii poznawczych oraz roli klimatu społecznego szkoły stanowi punkt wyjścia do omówienia modeli edukacji psychospołecznej oraz mentoringu. Narzędzia ankietowe i psychometryczne wykorzystywane w badaniach potrzeb profilaktycznych i ewaluacji profilaktyki, to tematyka rozdziału trzeciego. Rozdział zawiera też informacje na temat coraz popularniejszych obecnie, zautomatyzowanych systemów diagnostyczno-raportujących. Analiza uwarunkowań prawno-organizacyjnych i finansowych profilaktyki przedstawiona w czwartym rozdziale zwraca uwagę na potrzebę koordynacji wielu ścieżek oddziaływania profilaktyki. Autor sygnalizuje między innymi, że Polska w nakładach na profilaktykę adresowaną do uczniów szkół ponadpodstawowych zajmuje siódme miejsce od końca wśród 34 państw przedstawionych w raporcie OECD z 2017 roku. Przegląd uwarunkowań profilaktyki zamyka omówienie kontekstu społeczno-kulturowego, w tym zwłaszcza przygotowania rodziców i nauczycieli do działań profilaktycznych. Rozdział wskazuje rolę szkoły, ale też czynników gospodarczych i ścierających się wizji politycznych, jak i możliwe ścieżki przygotowania do prowadzenia profilaktyki w Polsce.

Charakterystyka skali zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, przeprowadzona na podstawie dwukrotnego pomiaru wykonanego w kilkuset szkołach w całej Pol-

sce jest przedmiotem drugiej części książki. W badaniach uwzględniono kilkadziesiąt różnych aspektów zachowania, postaw i wiadomości uczniów, jak i obszerny zestaw uwarunkowań środowiskowych profilaktyki oraz ich zmiany zachodzące w ciągu roku, co posłużyło do oceny skuteczności profilaktyki prowadzonej w różnych formach. Opis otwiera charakterystyka objętych diagnozą wymiarów profilaktyki i ich korelatów. Grupa badania i przebieg badań są omówione w drugim rozdziale tej części. Dwa kolejne rozdziały prezentują kontekst ekonomiczny i prawno-administracyjny oraz społeczno-kulturowe uwarunkowania profilaktyki. Prezentacja wyników diagnozy szkolnej uczniów w różnych etapach edukacji szkolnej jest przedmiotem ostatniego rozdziału. Jego kolejne podrozdziały przedstawiają czynniki chroniące, czynniki ryzyka i zachowania ryzykowne uczniów wszystkich typów szkół, w podziale na grupy wiekowe: 7-9 lat, 10-13 lat, 14-16 lat i uczniów szkół ponadpodstawowych w wieku 17-19 lat. Ze względu na cele postawione przed opracowaniem, autorzy zdecydowali się ograniczyć prezentację wyników badań szkolnych do omówienia roli kilku najważniejszych właściwości działań profilaktycznych dla zmian zachodzących w zachowaniach ryzykownych i czynnikach chroniących na przestrzeni roku między pomiarami. Takie podejście pozwoliło skupić się na czynnikach kluczowych dla zbudowania rekomendacji dla profilaktyki. Szczegółowe analizy obszernej zagadnienia objętych diagnozą będą przedmiotem dalszych, odrębnych opracowań.

Trzecia część książki zawiera wnioski z badań i rekomendacje dla profilaktyki, zmierzające do podniesienia jej skuteczności, trwałości i efektywności. W pierwszym rozdziale tej części autorzy przedstawiają postulowany model ekonomiczno-organizacyjny profilaktyki, zwracając też uwagę na akcenty dotyczące jej prawnych uwarunkowań. Regulacje profesjonalizujące profilaktykę są w nim przedstawione zarówno na poziomie prawno-administracyjnym, kształcenia kadr, jak i aktywności samorządów lokalnych oraz placówek oświatowo-wychowawczych. Ważnym akcentem jest między wskazaniami pierwszorzędnej roli systematycznie aktualizowanej diagnozy środowiskowej potrzeb profilaktycznych, która powinna dawać rzetelne podstawy dla właściwego planowania merytorycznego i finansowania profilaktyki. Omówienie rekomendacji w zakresie kształcenia kompetencji realizatorów profilaktyki i postaw wobec niej jest przedmiotem drugiego rozdziału. Zawarte w nim propozycje budowania lokalnych wspólnot działania na rzecz zdrowia i profilaktyki opartych na strukturach szkoły są przykładem rozwiązań wspierających społeczno-kulturowy kontekst profilaktyki. Wątek ten jest też przedstawiony także w rozdziale trzecim, skupionym na prezentacji konkretnych programów i narzędzi zorientowanych na promocję zdrowia psychicznego, profilaktykę przemocy i cyberbullyingu oraz skuteczną profilaktykę stosowania substancji psychoaktywnych. Autorzy prezentują uniwersalne zalecenia dotyczące prowadzenia profilaktyki związanej z tymi zachowaniami problemowymi, omawiając także rekomendowane programy profilaktyczne o sprawdzonej wartości.

Publikacja, choć szeroka tematycznie, nie ma w zamierzeniu charakteru kompendium informacji z zakresu profilaktyki. Autorzy skupili się na problemach uczniów i środowiska szkolnego, w odniesieniu do których ma miejsce największa liczba działań profilaktycznych, choć nie jest to jedyna grupa ważna z perspektywy profilaktyki. Poruszone problemy stosowania substancji psychoaktywnych i przemocy oraz cyberprzemocy, choć najbardziej rozpowszechnione, nie obejmują np. uzależnień behawioralnych czy zagrożeń zdrowia psychicznego lub problemów zdrowotnych związanych z trybem życia i dietą. Uwarunkowania profilaktyki przedstawione w publikacji także nie wyczerpują wszystkich możliwych korelatów zjawisk problemowych i sposobów przeciwdziałania,

choć dotyczą uniwersalnych prawidłowości. Autorzy prezentują w rozdziałach indywidualne punkty widzenia i do części z omawianych zagadnień wrócą w kolejnych publikacjach, uszczegóławiając omówienie przedstawionych ramowo tematów.

Podstawę dla przygotowania opracowania, w tym zwłaszcza jego części badawczej, dały działania prowadzone przez dużą grupę realizatorów projektu, częściowo wymienionych w rozdziale opisującym procedurę badawczą. Nie byłoby jednak możliwym wymienienie wszystkich życzliwych przedsięwzięciu i zaangażowanych w profilaktykę szkolną dyrektorów szkół, pedagogów i psychologów szkolnych oraz nauczycieli i rodziców wspierających profilaktykę szkolną i badania dotyczące jej skuteczności. Największy udział w badaniach mieli oczywiście ankieterzy i badani uczniowie, nauczyciele i rodzice, a także specjaliści zajmujący się profilaktyką, odpowiadający na liczne pytania w trakcie wywiadów zogniskowanych. Wszystkim uczestnikom i współpracownikom chcemy serdecznie podziękować za włożony w te działania trud i poświęcony czas. Badania zostały zrealizowane dzięki zadaniu zleconemu autorom i organizatorom projektu przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w ramach Rządowego programu wspomaganie w latach 2015 - 2018 organów prowadzących szkoły w zapewnieniu bezpiecznych warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach – „Bezpieczna+” – grant: MEN/2016/DWKI/1175. Przedstawiciele MEN wraz z Ośrodkiem Rozwoju Edukacji życzliwie towarzyszyli realizacji projektu, poszukując wskazań dla zwiększenia skuteczności działań, co zachęcało wszystkich zaangażowanych uczestników projektu do działania, i za co serdecznie dziękujemy.

# **1 Podstawy działań profilaktycznych**



# Jakub Kołodziejczyk

## 1.1 Psychologia zdrowia i profilaktyka

### Psychologia zdrowia

Zdrowie należy do najwyższej cenionych wartości w życiu ludzi, nie dziwi więc rozwinięcie się wielu perspektyw patrzenia na zdrowie i chorobę. Biomedyczny model zdrowia przyjmujący za punkt odniesienia orientację patologiczną oznaczającą brak choroby lub patologii funkcjonowania organizmu (Gładczuk i in. 2017) pomimo oczywistego postępu nauk medycznych nie przyniósł spodziewanej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (Woźniak i in. 2015). Równocześnie rozwinęły się inne sposoby definiowania zdrowia, jako: dobrostan biopsychospołeczny (fizyczny, psychiczny, społeczny), potencjał i właściwości człowieka (umożliwiające adaptację człowieka do warunków środowiska), proces, wartość (Heszen i Sęk 2007 s. 47-52).

Dużą rolę w rozwoju postrzegania zdrowia i czynników, które na nie wpływają odegrała psychologia zdrowia, zdefiniowana w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku przez Joseph Matarazzo, który podkreślał wszechstronny wkład psychologii jako dyscypliny naukowej do „promocji i utrzymania zdrowia, zapobiegania chorobom i leczenia ich, rozpoznawania etiologicznych i diagnostycznych korelatów zdrowia, choroby i zbliżonych dysfunkcji” (Matarazzo 1980 za: Heszen i Sęk 2007 s. 37). Definicja ta wskazuje na kilka ważnych aspektów. Po pierwsze oddzielnie traktuje dwa jakościowo różne zjawiska zdrowia (jego promocji i utrzymania) i choroby (zapobiegania i leczenia), które zajmują centralne miejsce w rozważaniach psychologów zdrowia. Po drugie oddzielnie traktuje także kwestię wskazywania przyczyn i wskaźników zdrowia i choroby (Heszen i Sęk 2007).

Z głównymi obszarami zainteresowania psychologii zdrowia: zdrowiem i chorobą związane są odmiennie założenia teoretyczne. W rozwikłaniu przyczyn powstawania chorób wykorzystywany jest model patogenezy dominujący w badaniach psychosomatycznych, koncentrujący się na psychologicznych czynnikach, uwarunkowaniach i mechanizmach prowadzących do powstania i rozwoju choroby. Odmiennym paradygmatem – salutogenetycznym (czy salutogenezy) posługują się psychologowie stawiający w centrum zainteresowanie zdrowie – nie chorobę. W ramach tego paradygmatu stawia się pytania o to, jakie czynniki sprzyjają zdrowiu, a także dlaczego niektórzy ludzie zachowują zdrowie pomimo działania czynników szkodliwych. Poszukiwanie odpowiedzi na te pytania pozwala określić psychospołeczne uwarunkowania zdrowia (Heszen i Sęk 2007). Paradygmaty patogenezy i salutogenezy nie wykluczają się wzajemnie, obecnie traktuje się je jako podejścia komplementarne wobec siebie (Heszen i Sęk 2007, Górnik-Durose 2011).

Prowadzone na gruncie psychologii zdrowia badania odwołują się do różnych koncepcji i teorii. Ugruntowaną pozycję zajmuje teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie z nim, która podejmuje próbę wyjaśnienia mechanizmów przekształcania bodźców psychospołecznych w proces patogenetyczny (Juczyński 1999). Szeroki zakres teorii stresu psychologicznego pozwala na objęcie różnych sfer funkcjonowania człowieka zarówno aspektów poznawczych, emocjonalnych i obserwowanego zachowania (Heszen i Sęk 2007). Stres psychologiczny rozpatrywany jest także z perspektywy salutogenezy. W perspektywie tej podkreśla się aktywną adaptację człowieka do działania stresorów, polegającą na skutecznym radzeniu sobie ze stanem napięcia, co jest ważnym czynnikiem wpływającym na utrzymanie zdrowia (Piotrowicz i Cianciara 2011).

W model salutogenezy wpisuje się także nurt psychologii pozytywnej (Rosińska 2011), kładący nacisk na „... opisanie „dobrego życia”, sformułowania metodyki działania prowadzącego do osiągnięcia dobrostanu, pełni zdrowia (total human health) i samoaktualizacji, dokonania głębszej analizy sił i cnót charakteru jednostki, rodziny oraz pobudzania rozkwitu społeczności” (Gulla i Tucholska 2007). Nurt psychologii pozytywnej intensywnie rozwija się w ostatnich dwóch dekadach, pomimo braku długich tradycji perspektywa patrzenia na zdrowie jako potencjału, dyspozycji czy zasobu zyskuje współcześnie coraz większe uznanie.

Psychologia zdrowia powiązana jest z innymi pokrewnymi dziedzinami takimi jak medycyna psychosomatyczna, medycyna behawioralna czy psychologia medyczna, jednak zakresem zainteresowania wykracza poza te obszary, badając znacznie zdrowie i choroby oraz czynników znajdujących się we wszystkich najważniejszych obszarach życia człowieka: systemu społecznego, rodziny, szkoły, miejsca pracy (Heszen i Sęk 2007). Przez niektórych badaczy psychologia zdrowia traktowana jest jako samodzielna dyscyplina naukowa (Taylor 1990 za: Heszen i Sęk 2007), jednak wielu autorów wskazuje na jej związek z innymi dziedzinami takimi jako psychologia organizacji, zdrowie publiczne, psychologia ekonomiczna, psychologia kliniczna czy psychologia wychowawcza (Heszen i Sęk 2007, Górnik-Durose 2011). Powiązania te czynią z psychologii zdrowia dziedzinę interdyscyplinarną.

Psychologia zdrowia powstała w wyniku oddziaływania czynników znajdujących się „... na styku psychologii z naukami medycznymi i społecznymi oraz czynników będących wyrazem potrzeb społecznych” (Heszen i Sęk 2007, s. 43). Drugi z czynników znajdujący się w przytoczonym cytacie „wyraz potrzeb społecznych” wskazuje na oczekiwanie, aby wiedza zgromadzona na gruncie psychologii zdrowia pełniła również rolę użytkową, oddziaływała na praktykę społeczną. Oczekiwania te realizowane są niejako dwutorowo. Pierwszy kierunek to działania skoncentrowane wokół medycyny i osób chorych, drugi to działania kierowane do zdrowej części społeczeństwa, polegające przede wszystkim na promocji zdrowia i profilaktyce.

### **Promocja zdrowia i profilaktyka**

Psychologia zdrowia wspiera szerokie spektrum działań w zakresie ochrony zdrowia, wśród których znajdują się promocja zdrowia i profilaktyka. Promocja zdrowia i profilaktyka postrzegane są jako podejścia jakościowo różne (Ostaszewski 2003), jednocześnie komplementarne wobec siebie (Rosińska 2011), w praktyce często współwystępujące.

### **Promocja zdrowia**

Termin promocja zdrowia napotyka współcześnie na wiele problemów definicyjnych. W Polsce dodatkową trudnością jest silne semantyczne powiązanie terminu „promocja” z działaniami marketingowymi produktów i usług, w związku z czym nie oddaje on istoty tej koncepcji (Woynarowska 2008). Promocja zdrowia może być rozumiana jako: proces umożliwiający kontrolę nad własnym zdrowiem; proces obejmujący prewencję i działania na rzecz zdrowia; konglomerat działań edukacyjnych i różnego rodzaju wsparcia a także jako połączenie edukacji zdrowotnej i prozdrowotnej polityki publicznej (Woynarowska 2008, s.19).

Niejasny jest także status promocji zdrowia, która przez jednych traktowana jest jako koncepcja, strategia działania, zawód lub samodzielna dyscyplina naukowa (Woynarowska 2008). Przykładem niejasnego statusu promocji zdrowia może być definicja zaproponowana przez Mittelmark i in. (2008 za: Wdowiak i in. 2016), w której promocja

zdrowia utożsamiana jest zarówno z nauką jak i ze sztuką pomagania ludziom w zmianie ich stylu życia (2008 za: Wdowiak i in. 2016).

Bliższe przyjrzenie się sposobom, w jakie formułowane są obszary działań przypisywane promocji zdrowia w lepszy sposób odzwierciedla zakres problematyki jaką termin ten obejmuje. Obszary oddziaływania promocji zdrowia, które zostały określone w Karcie Ottawskiej (1986), pozostają aktualne również obecnie. Są to:

- Budowanie polityki zdrowia publicznego – tworzonej przez politykę państwa, wykraczającej poza zakres opieki medycznej.
- Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu – wszędzie tam, gdzie żyją ludzie.
- Wzmacnianie działań wspólnotowych – poprzez tworzenie warunków do brania odpowiedzialności i partycypacji społeczności lokalnej i grup społecznych na rzecz zdrowia.
- Rozwój osobistych umiejętności – poprzez dostarczanie informacji, edukację zdrowotną i doskonalenie umiejętności życiowych wspiera się kontrolę sprawowaną przez ludzi nad własnym zdrowiem i środowiskiem.
- Reorientacja służby zdrowia – polegająca na poszerzeniu funkcji sektora medycznego o rozwijanie niezbędnych umiejętności dbania o zdrowie.

Różnorodność sposobów definiowania promocji zdrowia oraz wielość i złożoność obszarów, na które ma oddziaływać, przyczynia się do trudności w wyznaczaniu strategii działania i określaniu kryteriów sukcesu (Rosińska 2011).

## Profilaktyka

O ile u podstaw współcześnie rozumianej *promocji zdrowia* leży koncepcja definiująca zdrowie w sposób pozytywny jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby, o tyle immanentną częścią treściowego pola znaczeniowego terminu *profilaktyka* jest uznanie istnienia pewnego rodzaju zła, któremu można w jakiś sposób zapobiec (Salamucha 2016). Istotą profilaktyki jest przeciwdziałanie „złu”, którym są zagrożenia dla rozwoju ludzi, których wystąpienie aktualnie lub w przyszłości wydaje się wysoce prawdopodobne.

Współczesna profilaktyka jest rozbudowaną dziedziną, która obejmuje zarówno teoretyczną jak i praktyczną wiedzę o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących przed rozwijaniem się zagrożeń w rozwoju ludzi, modelach teoretycznych dotyczących prawidłowości rozwoju oraz skutecznych strategiach zapobiegania (Okulicz-Kozaryn i Pisarska, 2007). Definicje profilaktyki szczególną rolę w podejmowanych działaniach uprzedzających przypisują czynnikom ryzyka i czynnikom chroniącym. Źródłem wyodrębnienia czynników ryzyka są badania epidemiologiczne (Ostaszewski 2008), które pozwalają powiązać cechy jednostki lub środowiska ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia chorób lub problemów. Z kolei koncepcja czynników chroniących powstała w wyniku dostrzeżenia przez badaczy, że część ludzi żyjących w niesprzyjającym środowisku zachowuje zdrowie. Uwzględnienie obydwu czynników prowadzi do sformułowania definicji profilaktyki jako działań uprzedzających, wpływających na kształtowanie spodziewanego rozwój zjawisk poprzez wzmacnianie czynników chroniących przed rozwojem problemów oraz osłabianie czynników ryzyka sprzyjających ich rozwojowi (Szymańska, Zamecka 2002).

Przełożenie wiedzy o czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka na skuteczne strategie i działania profilaktyczne wymaga powiązania ich z teoretycznymi modelami wyjaśniającymi prawidłowości rozwoju i związanych z nimi wyjaśnieniami powstawania

problemów rozwojowych. Dookreślenie teorii wyjaśniających naturę problemu niezbędne jest do zaplanowania procesu diagnostycznego i określenia potencjalnych możliwości przeciwdziałania (Gaś 2000). W literaturze znajdują się liczne opisy eksperymentów i programów profilaktycznych, wykorzystujących modele teoretyczne, począwszy od tych, które powstały na gruncie teorii wyjaśniających proces społecznego uczenia się Alberta Bandury (1986), teorii uzasadnionego działania Iceka Ajzena i Martina Fishbeina (1980) wyjaśniającej rolę, jaką odgrywają normy społeczne regulujące zachowania ludzi, przez ujęcie interakcyjne Jessorów (1977) teorię, która wyjaśnia mechanizmy powstawania zachowań problemowych.

Współcześnie silnie podkreśla się granice działań profilaktycznych, które powinny koncentrować się wokół programów i interwencji, nastawionych na zapobieganie powstawaniu problemów, zaburzeń i chorób zanim one wystąpią. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w uznawanej obecnie typologii działań profilaktycznych uwzględniającej trzy poziomy: uniwersalny (adresowanych do całej populacji), selektywny (skierowanych do grup ryzyka) i wskazujący (nakierowany na jednostki narażone na wysokie ryzyko) (Ostaszewski 2005). Widoczny jest brak uwzględnianych we wcześniejszych typologiach działań polegających na leczeniu, rehabilitacji i resocjalizacji (Ostaszewski 2005).

### **Rozwój profilaktyki w Polsce**

Rozwój programów profilaktyki zachowań ryzykownych w Polsce ulegał przemianom w ostatnich dziesięcioleciach (Ostaszewski i Bobrowski 2008). W początkowej fazie (II połowa lat 80) funkcjonowania programów profilaktyki podejmowano pierwsze próby wprowadzania innowacyjnych na ówczesne czasy programów i szkoleń, w drugiej fazie (I połowa lat 90) dzięki zaangażowaniu państwowych agencji i organizacji pozarządowych realizowanych było wiele masowych działań profilaktycznych, w trzeciej fazie (II połowa lat 90) wiele programów poddanych zostało ewaluacji, a brak znaczących dowodów na ich skuteczność przyczyniła się do krytycznej refleksji (Ostaszewski i Bobrowski 2008). Autorzy analizy kończą swoje rozważania na czwartej fazie (pierwsza dekada XXI wieku) wywołanej zmianą stosunku państwowych agencji do realizacji masowej profilaktyki przyczyniając się do reorientacji i poszukiwań kierunku przyszłego rozwoju profilaktyki (Ostaszewski i Bobrowski 2008).

Analizując bieżącą sytuację uznać można, że aktualną fazę rozwoju programów profilaktyki określić można jako opartą na dowodach skuteczności oddziaływania. Przyczynia się do tego wdrożenie od 2010 roku systemu rekomendacji programów profilaktycznych powstałego we współpracy czterech instytucji: Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

### **Zakończenie**

Przytoczoną na początku rozdziału definicję psychologii zdrowia jej autor Joseph Matarazzo w późniejszej publikacji rozwinął wskazując na rolę, jaką odgrywa psychologia zdrowia do „... analizy i ulepszania systemu opieki zdrowotnej oraz kształtowania polityki zdrowotnej” (Matarazzo 1982 za: Heszen i Sęk 2007 s. 37). Poruszona tu kwestia systemu opieki zdrowotnej i polityki zdrowotnej wydaje się odgrywać ważną rolę w kontekście projektu „System oddziaływań profilaktycznych w Polsce”. Zgromadzenie w wyniku prowadzonych w projekcie badań wiedzy o czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka zachowań ryzykownych młodzieży, w kontekście modeli działań zapobie-

gawczych i ich skuteczności może być pomocne w konsolidowaniu działań profilaktycznych i promocji zdrowia na terenie szkoły, rozproszonych na skutek specjalizacji działania instytucji (Kolodziejczyk 2009).

## Bibliografia

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ, 1986*.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice-Hall, Englewood-Cliffs, NJ.
- Gaś, Z. B. (2000). *Psychoprofilaktyka: procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*. Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gładczuk, J., Kleszczewska, E., Święcicki, A. (2017). Współczesne poglądy dotyczące zdrowia oraz ich ewolucja w czasie. *Medical & Health Sciences Review*, 3(1), 3-10.
- Górnik-Durose, M. (2011). *Konteksty i pogranicza – inspiracje dla psychologii zdrowia*. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak J. (red.) Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gulla, B., Tucholska, K. (2007). Psychologia pozytywna: cele naukowo-badawcze i aplikacyjne oraz sposób ich realizacji. *Studia z psychologii w KUL*, 14, 133-152.
- Heszen, I., & Sęk, H. (2007). Psychologia zdrowia. *Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa*, 10, 160-176.
- Jessor, R., Jessor, S. L. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Juczyński, Z. (1999). Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przegląd psychologiczny*, 42(4), 43-56.
- Kolodziejczyk, J. (2009). Zespoły wielodyscyplinarne w zarządzaniu oświatą. *Zarządzanie Publiczne*, 2009(Numer 2 (6)), 41-52.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35(9), 807.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1.
- Mittelmark M.B., Kickbusch I., Rootman I., Scriven A., Tones K. (2008). *Health Promotion*. [w:] H.K. Heggenhougen., S. Quah S. (red.), *International Encyclopedia of Public Health*, Amsterdam, Elsevier, "Academic Press", t. 3, ss. 225–240.
- Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A. (2007). *Profilaktyka i wczesna interwencja*. W: A. Hejda, K. Okulicz-Kozaryn, Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych: podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: Scholar.
- Ostaszewski, K. (2005). Nowe definicje poziomów profilaktyki, *Remedium*, Lipiec -Sierpień.
- Ostaszewski, K. (2008). Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży. W: J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Szkućnik, K. Ostaszewski, H. Kołoto, A. Dzięńska, A. Kowalenska, *Czynniki chroniące młodzież*, 19-45.
- Ostaszewski, K. (2014). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K. (2008). *Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy*. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.) Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 53-76.

- Piotrowicz, M., Cianciara, D. (2011). Teoria salutogenezy–nowe podejście do zdrowia i choroby. *Przegląd Epidemiologiczny*, 65(3), 521-527.
- Rosińska, A. (2011). Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategiczne planowanie prozdrowotnej zmiany. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak J. (red.) *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Salamucha, A. (2017). Pojęcie profilaktyki (analiza semiotyczna). *Roczniki Pedagogiczne*, 8(4), 7-48.
- Szymańska, J., Zamecka, J. (2002). Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki (w:) G. Świątkiewicz (Red.) *Profilaktyka w środowisku lokalnym-praca zbiorowa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa*.
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45(1), 40.
- Woźniak, M., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollár, R., Kollárová, M., Bajger, B. (2015). Zdrowie jednostki i zbiorowości. *Journal of Clinical Healthcare*, 4, 1-2.
- Woynarowska, B. (2008). Kształcenie kadr dla promocji zdrowia w Polsce i w Unii Europejskiej. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.) *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 17-32.
- Wdowiak, A., Sadowska, M., Lewicka, M., Sulima, M., Wdowiak, E., Bakalczuk, G. (2016). Globalizacja a zdrowie-wyzwania i zagrożenia. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 17(10, cz. 3 Zarządzanie w zdrowiu publicznym-aspekty społeczne i ekonomiczne), 185-194.
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Health promotion*, 1, iii-v.

### 1.2 Teoretyczne podstawy profilaktyki szkolnej<sup>1</sup>

#### Wprowadzenie

Szkolna profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży wymaga wielu rzeczy, w tym przygotowanej kadry, pieniędzy, prawnej infrastruktury (rozporządzeń) oraz intelektualnego zaplecza. Ten ostatni wątek wydaje się być najbardziej zaniedbany. Wśród praktyków i decydentów istnieje ogromne zapotrzebowanie na gotowe instrukcje, recepty, techniki, scenariusze, których zastosowanie zmieni rzeczywistość i rozwiąże problemy. Niewielu ludzi pracujących z młodym pokoleniem interesują głębsze przyczyny i mechanizmy rządzące rozwojem, instytucjami oświatowymi i skutecznymi oddziaływaniami profilaktycznymi. Co więcej, wielu decydentów pracujących w oświacie i praktyków (nauczycieli i pedagogów) z niechęcią lub lekceważeniem odnosi się do myślenia teoretycznego, nazywając je „niepotrzebnym teoretyzowaniem”, „brakiem kontaktu z rzeczywistością” lub „stratą czasu”. Niechętny stosunek do podstaw teoretycznych profilaktyki jest niezrozumiały, bo przecież misją szkoły jako instytucji jest przybliżanie nowym pokoleniom intelektualnego dorobku naszej cywilizacji.

Większość koncepcji, które stoją za obiecującymi kierunkami szkolnych działań profilaktycznych powstało poza systemem oświaty, najczęściej w środowiskach naukowych związanych z ochroną zdrowia. To tworzy pewne problemy w dobrym porozumiewaniu się specjalistów z zakresu profilaktyki ze specjalistami z zakresu edukacji i wychowania. Środowiska naukowe związane ze szkolnictwem i pedagogiką oraz środowiska związane z profilaktyką problemów zdrowotnych / społecznych wypracowały równoległe odrębne języki i terminologie, która opisują potrzeby młodych ludzi i ich problemy (Ostaszewski, 2012). Szkoła i nauczyciele, na przykład, o uczniach zagrożonych różnymi nieprawidłowościami mówi w języku „specjalnych potrzeb edukacyjnych”, podczas gdy środowisko profilaktyków nazywa tych samych uczniów „grupą zwiększonego ryzyka” lub po prostu „grupą ryzyka”. Dla oświaty korygowanie deficytów rozwojowych u uczniów z dysleksją / dysgrafią i innymi deficytami poznawczymi to „zajęcia wyrównawcze” lub „wyrównywanie szans edukacyjnych”, dla profilaktyków to wczesna interwencja profilaktyczna mająca na celu ochronę przed niepowodzeniami szkolnymi i rozwojem całej gamy problemów wychowawczych i zdrowotnych w przyszłości. Oba systemy myślenia zdają się nie dostrzegać siebie nawzajem. Ten stan rzeczy stanowi jedną z barier na drodze rozwoju w szkołach profilaktyki opartej na wiedzy i naukowych dowodach.

Wyobraźmy sobie, że minister edukacji narodowej w Polsce powołuje do życia instytucję naukową, której zadaniem jest aktywne poszukiwanie związków pomiędzy zapleczem teoretycznym światowej profilaktyki zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży a praktyką kształcenia i wychowania w szkołach w Polsce. Załóżmy, że powstaje think-tank, który wypracowuje model działania szkoły

---

<sup>1</sup> Ten rozdział wykorzystuje fragmenty moich wcześniejszych kilku prac poświęconych podstawom profilaktyki w szkole: Ostaszewski K. (2012a). Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży; Edukacja 4, 22-38. Ostaszewski K. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. Ostaszewski, K. (2017). Edukacja w zapobieganiu zachowaniom ryzykownym, w: Edukacja zdrowotna : podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka / red. naukowa Barbara Woynarowska, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s.437-455.

integrujący kształcenie akademickie z nowoczesnym myśleniem o ochronie zdrowia, bezpieczeństwa i rozwoju psychospołecznym młodych ludzi. Jakie obszary zainteresowań byłyby przedmiotem pracy takiej instytucji? Poniższy rozdział jest autorską propozycją najbardziej obiecujących obszarów przeznaczonych do pracy tej wyobrażonej instytucji.

### **Strategie poznawcze. Jak zwiększyć skuteczność strategii informacyjnych, tak chętnie wykorzystywanych przez szkoły?**

W szkolnej profilaktyce zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży ważne miejsce zajmują strategie informacyjne. Nawiązują one do koncepcji poznawczych funkcjonowania człowieka. Zgodnie z ich założeniami młodzi ludzie powinni np.: znać skutki używania substancji psychoaktywnych, wiedzieć, jakie zachowania seksualne mogą prowadzić do nieplanowanej ciąży lub groźnych infekcji, znać szkolne i prawne konsekwencje stosowania przemocy i innych zachowań antyspołecznych, wiedzieć, jakie są skutki gier hazardowych lub nadużywania internetu. Jest to oczywiste, jednak wyniki wielu badań ewaluacyjnych wskazują na niską skuteczność działań profilaktycznych opartych wyłącznie na strategiach informacyjnych (Ostaszewski 2003, Stead i Angus, 2004, Waren 2016). W wielu programach edukacyjnych, mimo wzrostu wiedzy o zagrożeniach związanych z zachowaniami ryzykownymi, nie osiągnięto zmiany tych zachowań. Tę rozbieżność między prawidłową wiedzą a nieprawidłowym zachowaniem nazwano „dramatem podejścia poznawczego” (Heszen-Niejodek, 1995). Co należy zrobić, jakie warunki należy zapewnić, aby przekaz informacji wpływał na zachowania młodych ludzi? To ważne pytanie, które szkoła powinna podjąć wspólnie ze specjalistami od profilaktyki.

Podstaw do refleksji na ten temat, dostarczają nam m.in.: teoria uzasadnionego działania (Ajzen i Fishbein, 1980) i teoria planowego działania (Ajzen, 1988). Opisują one procesy poznawcze poprzedzające ludzkie działania, w tym przede wszystkim świadomy zamiar, czyli intencję zrobienia czegoś. Intencja ta kształtuje się pod wpływem subiektywnej normy dla danego zachowania i indywidualnej postawy wobec tego zachowania. Aby uruchomić ten rodzaj procesów poznawczych, działania edukacyjne należy ukierunkować na kształtowanie indywidualnych postaw i subiektywnych norm.

Zgodnie z ww. teoriami, pozytywna postawa młodego człowieka np. wobec picia alkoholu może wynikać z przewagi oczekiwanych pozytywnych skutków picia alkoholu nad jego ewentualnymi skutkami negatywnymi. Młodzi ludzie mogą spodziewać się, że picie alkoholu może przynieść im uznanie w grupie rówieśniczej, poprawę samopoczucia, miłe doznania, większą śmiałość w kontaktach towarzyskich itd. Jednocześnie mogą bagatelizować lub pomijać negatywne konsekwencje picia, sprowadzając je tylko do ewentualnych nieprzyjemnych doznań spowodowanych nadużyciem alkoholu (np. objawów zatrucia alkoholowego). Indywidualna postawa wobec danego zachowania ryzykownego jest więc wynikiem przekonań dotyczących skutków tego zachowania i oceny tych skutków dla jednostki.

Subiektywne normy to przekonania człowieka o tym, na ile znaczące dla niego osoby akceptują lub nie akceptują planowane przez niego zachowania. Jeśli młody człowiek spostrzega najbliższych (przyjaciół, rodzeństwo, rodziców i innych członków rodziny) jako osoby aprobujące zachowanie ryzykowne, będzie traktował tę aprobatę jako przyzwolenie do jego podjęcia. W przypadku nastolatków istotną rolę odgrywa spostrzeganie aprobaty lub dezaprobaty rówieśników. W okresie dojrzewania występuje bowiem naturalna tendencja do podążania za normami grupy rówieśniczej (Obuchowska, 2000). Jeśli młodzi ludzie spostrzegają, że większość ich rówieśników używa tych substancji, to takie przekonanie staje się źródłem subiektywnie odczuwanej presji społecznej: „Skoro prawie wszyscy tak postępują, to dlaczego ja mam być inny?”.



Istotnym zagadnieniem jest zatem poszukiwanie sposobów, za pomocą których można w warunkach szkolnych skutecznie wpływać na indywidualne postawy uczniów wobec zachowań ryzykownych oraz na ich subiektywne normy dotyczące tych zachowań. Nie można tego osiągnąć, kiedy w pracy profilaktycznej wykorzystuje się tradycyjne metody podające (pogadanki, wykłady, prelekcje, filmy, ulotki i inne materiały informacyjne), w których aktywność uczniów sprowadza się do biernego słuchania, czytania i/lub oglądania. Wielu specjalistów wskazuje, że pomocnym „narzędziem” w uruchamianiu wyżej wymienionych procesów poznawczych jest interaktywna metodyka prowadzenia zajęć profilaktycznych. Na czym ona polega?

Interaktywny model nauczania i uczenia się akcentuje aktywną rolę ucznia w procesie przyswajania sobie nowej wiedzy. Jego istota polega na inicjowaniu przez nauczyciela lub profilaktyka procesu interakcji, czyli wymiany myśli, dyskusji, zbierania informacji i doświadczeń, wewnątrz małej grupy uczniów (4–6 osób) lub z osobami, które nie są formalnymi uczestnikami zajęć w szkole, np. z liderami młodzieżowymi, rodzicami, przedstawicielami społeczności lokalnej. Klasycznym przykładem zastosowania interaktywnej metodyki jest inicjowanie przez nauczyciela pracy uczniów w małych grupach zadaniowych. Na podobnych zasadach oparte są aktywizujące metody nauczania i uczenia się, do których zalicza się m.in. metodę projektów (Brudnik, 2012) i wiele innych metod aktywnego prowadzenia zajęć, np.: metodę dyskusji, wchodzenia w rolę, analizowania i rozwiązywania problemów (Van Laere, Sochocka i Biaduń-Korulczyk, 2015).

Kluczowe dla interaktywnej metodyki jest zrozumienie, że system porozumiewania się w klasie (grupie edukacyjnej) jest jednym z czynników mających decydujący wpływ na procesy poznawcze. Posługiwanie się tą metodyką jest możliwe, gdy na zajęciach dominuje dwustronna komunikacja nauczyciel-uczeń i otwarty styl porozumiewania się uczestników (czują się oni swobodnie i mają zaufanie do siebie nawzajem). W takich warunkach możliwe jest stosowanie przez uczestników zajęć strategii słownych zwanych mową eksploracyjną (Barnes, 1988). Jest to rodzaj głośnego myślenia, w którym występują częste wahania, błędne początki i zmiany kierunku, stawianie hipotez i ich weryfikowanie. Metodyka interaktywna czerpie z doświadczeń uczenia się przez rozwiązywanie problemów, odkrywanie, obserwacje i eksperyment. Jej skuteczne zastosowanie wymaga uwzględnienia w procesie edukacji cyklu uczenia się przez doświadczanie opisanego przez D. Kolba (1984).

### **Kształtowanie środowiska szkolnego. Jak wpływać na klimat społeczny szkoły?**

Badania nad życiem szkoły są jednym z bardziej obiecujących kierunków poszukiwań czynników skutecznej profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. Wyniki tych badań dowodzą bowiem, że pozytywny klimat szkoły jest istotnym czynnikiem wspierającym karierę szkolną dzieci i młodzieży, a także czynnikiem chroniącym przed zachowaniami ryzykownymi (Ostaszewski, 2012a). Kultura i klimat szkoły odgrywają istotną rolę w tworzeniu warunków dla prawidłowej socjalizacji dzieci i młodzieży, zarówno przez prospołeczne wartości, normy, priorytety, jak również przez wspierające relacje pomiędzy uczniami i nauczycielami. Dbanie o pozytywny klimat szkoły jest jednym z najbardziej obiecujących wehikułów współczesnej profilaktyki. Jest niedrogi, uniwersalny w swoim działaniu, bezkonfliktowy i dobrze udokumentowany. Prawdziwym wyzwaniem jest zamiana tej wiedzy na codzienną praktykę w szkole.

Dobry klimat w szkole sprzyja adaptacji uczniów do wymagań i obowiązków szkolnych; wiąże się z lepszymi wynikami w nauce, wyższą motywacją do uczenia się, większym zaangażowaniem uczniów w pracę na lekcjach, wyższymi wskaźnikami frekwencji oraz mniejszymi wskaźnikami „wypadania” uczniów z systemu szkolnego

(Wingspread Declaration on School Connections, 2004). Badacze przedmiotu wskazują także na związki dobrego klimatu szkoły z korzystnymi postawami uczniów wobec szkoły, wobec działalności prospołecznej w szkole, zadowolenia z siebie i poczucia własnej wartości (Kulesza, 2007).

Definiując to pojęcie, można powiedzieć, że klimatem szkoły jest sposób spostrzegania przez nauczycieli i uczniów środowiska swojej pracy lub nauki oraz wpływ owej percepcji na ich zachowania. Klimat szkoły jest wypadkową wielu czynników, w tym struktury organizacyjnej, relacji międzyludzkich, metod kształcenia, sposobów dyscyplinowania i wychowywania, poczucia bezpieczeństwa, udziału w podejmowaniu ważnych decyzji itd. Każdy z tych czynników może wpływać na ogólny klimat szkoły. Można w uproszczeniu przedstawić klimat jako „pozytywny” lub „negatywny”. „Klimat pozytywny” jest zazwyczaj synonimem atmosfery charakteryzującej się dialogiem i współpracą, dobrymi relacjami nauczyciel-uczeń, poczuciem więzi, wsparcia i bezpieczeństwa w szkole, podczas gdy „klimat negatywny” oznacza zwykle klimat niesprzyjający, konfliktowy, naznaczony przemocą, wzajemną niechęcią głównych aktorów, napięciem i brakiem poczucia bezpieczeństwa (Woynarowska-Soldan 2007, Cohen, Geier, 2010).

Koncepcje klimatu szkoły odwołują się przede wszystkim do dwóch nurtów myślenia teoretycznego. Pierwszy to nurt społeczno-ekologiczny, w ramach którego szkoła i jej klimat jest traktowana jako jeden z ważnych elementów ekologii środowiska rozwoju człowieka, obok innych źródeł wpływu, takich jak: rodzina, rówieśnicy, społeczność lokalna, media (Bronfenbrenner, 1986). Ten nurt często łączy się z myśleniem w kategoriach koncepcji *resilience*, w ramach której akcentuje się interakcję środowiskowych czynników ochronnych i czynników ryzyka (Masten i Powell, 2003, Ostaszewski, 2014). Drugi nurt opiera się przede wszystkim na modelu rozwoju społecznego Davida Hawkinsa i Josepha Weisa (1985), dla którego kluczową kwestią w rozwoju społecznym nastolatka jest uformowanie się poczucia więzi (ang. bonding) z rodziną, szkołą i innymi tradycyjnymi instytucjami społecznymi. Autorzy wspierający się tą koncepcją, wiążą klimat szkoły z ideą przywiązania, poczuciem więzi lub przynależności uczniów do wspólnoty szkolnej (Libbey, 2004).

Ekologiczny model rozwoju człowieka Urie Bronfenbrenera (1986) akcentuje wzajemne związki między rozwojem człowieka a cechami jego otoczenia społecznego, środowiska rodzinnego, szkoły, społeczności lokalnej i kultury. Szkoła i jej klimat jest ważnym elementem „transakcji” pomiędzy środowiskiem a jednostką. Świat spostrzegany jest „realnością” do której przystosowują się uczniowie i inni członkowie społeczności szkolnej. Wobec tego, nie tyle obiektywna rzeczywistość szkolna wpływa na uczniów i ich zachowanie, ile raczej to jak uczniowie spostrzegają tę rzeczywistość. W tym sensie „klimat szkoły” jest w gruncie rzeczy rzeczywistością psychologiczną, która w dużym stopniu zależy od doświadczeń, przekonań, wiedzy, wartości, płci i innych cech osób spostrzegających. „Transakcja” ze środowiskiem szkoły może sprzyjać rozwojowi uczniów lub przeciwnie, może go zakłócać, jeśli klimat szkoły jest niekorzystny.

Drugi nurt myślenia o klimacie szkoły nawiązuje do modelu rozwoju społecznego Hawkinsa i Weisa (1985), który integruje i rozwija założenia teoretyczne ważne dla prawidłowej lub nieprawidłowej socjalizacji młodzieży. Jedno z tych założeń dotyczy poczucia związku i zaangażowania w życie rodziny, szkoły i innych tradycyjnych instytucji społecznych. Ten mechanizm opisany wcześniej w teorii kontroli (Hirshi, 1969) odpowiada za internalizację lub odrzucenie norm społecznych. Pozytywne związki ze „zdrową” rodziną lub szkołą działają jak samoczynne mechanizmy eliminacji norm i zachowań antyspołecznych, podczas gdy brak przywiązania do tych instytucji może powo-

dawać odrzucenie tradycyjnych wartości i przyjęcie norm alternatywnych dla społeczeństwa obywatelskiego, np. norm świata przestępczego lub norm zbuntowanej subkultury młodzieżowej.

Wyniki wielu badań wskazują, że szkoła jako składnik środowiska społecznego człowieka jest istotnym czynnikiem dla wielu zachowań ryzykownych młodzieży. Pozytywny klimat szkoły, przy kontrolowaniu innych ważnych wpływów środowiskowych i cech indywidualnych, wiąże się z rzadszym występowaniem, mniejszym nasileniem lub późniejszym rozpoczynaniem takich zachowań jak: używanie substancji psychoaktywnych, przemoc, systematyczne dokuczanie, wykroczenia i przestępstwa, zaburzenia zachowania, wagary, ryzykowne zachowania seksualne. Te wyniki są empirycznym dowodem na to, że szkoła jako instytucja może mieć swój znaczący wkład w ochronę młodzieży przed podejmowaniem zachowań ryzykownych.

### **Edukacja psychospołeczna. Jak zapewnić jej trwałe miejsce w szkole?**

Oczekiwania wobec szkoły dotyczą nie tylko poziomu nauczania, ale również jakości opieki, wychowania i profilaktyki zachowań ryzykownych. Dyrektorzy szkół, politycy i badacze zajmujący się oświatą zastanawiają się, jak sprostać rosnącym oczekiwaniom społecznym i podjąć tyle nietatwych zadań. Co można zrobić, aby lepiej niż dotychczas zintegrować cele profilaktyki z żywotnymi celami szkoły? Jedną z interesujących propozycji jest idea znalezienia nowej formuły dla edukacji szkolnej. Formuły na tyle pojemnej, żeby zawierała w sobie działania na rzecz rozwoju intelektualnego uczniów i ich zdolności do uczenia się, zdobywania i przetwarzania informacji (tradycyjne cele szkoły), ale także rozwijanie umiejętności psychospołecznych uczniów (nowe cele), oraz ochronę przed zachowaniami ryzykownymi oraz problemami zdrowia psychicznego (cele deklarowane ale praktycznie nierealizowane). Jedną z konkretyzacji tej idei jest pomysł ukierunkowania szkolnej edukacji na rozwój wybranych psychospołecznych i emocjonalnych umiejętności uczniów. Ta idea znana jest w języku angielskim pod nazwą Social and Emotional Learning (SEL) (Greenberg i wsp. 2003, Jones, Bouffard, 2012).

Jakie przesłanki stoją u podstaw myślenia, które chce zmienić wielowiekową tradycję szkoły jako świątyni wiedzy akademickiej? Zwolennicy SEL przyjmują, że za sukcesy w szkole, w pracy, w życiu rodzinnym i w relacjach z innymi ludźmi odpowiadają dobrze rozwinięte umiejętności psychospołeczne. Do tych umiejętności zalicza się m.in. adekwatną samoświadomość, panowanie na emocjami, określanie celów, umiejętność przyjmowania perspektywy innych ludzi, umiejętność podejmowania odpowiedzialnych decyzji i wyborów. Wysoki poziom tych umiejętności jest meta-czynnikiem chroniącym, który redukuje działanie wielu czynników ryzyka zachowań problemowych oraz zaburzeń zdrowia psychicznego, zwiększając jednocześnie efektywność uczenia się i prawdopodobieństwo sukcesów w karierach szkolnej, zawodowej i społecznej (Elias, 2006).

Specjaliści uważają, że trzy rodzaje procesów odgrywają istotną rolę w kształtowaniu się pożądaných umiejętności. Są to procesy związane z regulacją emocji (np. rozpoznawanie emocji swoich i innych ludzi, empatia), procesy interpersonalne (rozumienie i interpretacja zachowań innych ludzi, orientacja w kontaktach z rówieśnikami i dorosłymi) oraz mechanizmy poznawczej regulacji (kierowanie uwagą, panowanie nad zachowaniami impulsywnymi, elastyczność w myśleniu) (Jones i Bouffard, 2012). Niektórzy sugerują, że pożądaný zestaw umiejętności psychospołecznych w dużym stopniu pokrywa się z tym, co przez innych określane jest jako inteligencja emocjonalna (Skład i wsp. 2012). Inteligencja emocjonalna pomaga człowiekowi trafnie rozpoznawać i regulować swoje emocje, skutecznie rozwiązywać codzienne problemy oraz nawiązywać i utrzymywać pozytywne relacji z innymi (Goleman, 1997).

Wielu specjalistów uważa, że koncepcja edukacji wspierającej rozwój psychospołeczny i emocjonalny uczniów (SEL) jest odpowiednim narzędziem integracji różnorodnych zadań szkoły (Greenberg i wsp. 2003, Jones, Bouffard, 2012, Weissberg, Cascarino, 2013). W przeciwieństwie do wielu wąsko zorientowanych programów profilaktycznych (np. dotyczących tylko palenia tytoniu, picia alkoholu, używania narkotyków, przemocy itd), rozwijanie umiejętności psychospołecznych i emocjonalnych uczniów może wspierać rozwój uczniów kompleksowo. Dlatego postulują, aby rozwijanie umiejętności psychospołecznych uczynić fundamentem i priorytetem edukacji szkolnej.

Najtrudniejszą do realizacji konsekwencją wyżej opisanej koncepcji jest rewizja dominującej misji szkoły zorientowanej wokół nauczania przedmiotów akademickich. Realizacji idei zintegrowanej edukacji szkolnej wymaga bowiem włączenia do niej na równych prawach z kształceniem akademickim zadań z zakresu pozytywnego rozwoju dzieci i młodzieży oraz profilaktyki zachowań ryzykownych i problemów psychicznych. Idea rozwijania umiejętności psychospołecznych tworzy koncepcyjne ramy dla takiej integracji. Pierwsze doświadczenia z działalności szkół, które wdrożyły zintegrowaną formę edukacji są zachęcające. Dalsze kroki zależą od odwagi decydentów oraz przygotowania systemu szkolnego do zmiany zasad funkcjonowania. Już teraz w wielu szkołach na całym świecie wprowadzane są elementy edukacji w zakresie umiejętności psychospołecznych (życiowych) uczniów (Durlak i wsp. 2011, Sklad i wsp. 2012).

### **Mentoring. Jak pomóc nauczycielom w trudnym zadaniu bycia mentorem dla uczniów?**

Rozwijanie pozytywnych relacji w okresie dorastania jest jednym z kluczowych elementów sprzyjających skuteczności programów profilaktycznych (Nation i wsp. 2003, Zimmerman i wsp. 2013). Są to przede wszystkim relacje z dorosłymi o podstawowym znaczeniu dla prawidłowego procesu socjalizacji dzieci i młodzieży, a więc relacje z rodzicami, z nauczycielami, oraz z innym znaczącymi osobami dorosłymi (dziadkami, trenerami, duchownymi, instruktorami harcerskimi itd.), którzy często w życiu młodych ludzi odgrywają rolę przewodników lub zaufanych doradców (mentorów). Odpowiednie wsparcie mentora, czyli osoby dorosłej, nie będącej rodzicem nastolatka, może tworzyć sprzyjające warunki dla pozytywnego rozwoju młodzieży. Obszar działania związany ze świadomym mentoringiem w szkole jest nadal terenem do zagospodarowania w kontekście działalności profilaktycznej. Czy w ramach istniejących struktur i obowiązków szkolnych nauczyciel może być jednocześnie mentorem dla swoich uczniów? Te pytania domagają się odpowiedzi.

Wspieranie młodego niedoświadczonego człowieka w jego codziennym życiu przez bardziej doświadczoną osobę dorosłą jest określane w literaturze anglojęzycznej jako mentoring. Ten termin oznacza całą gamę sposobów pomagania młodemu człowiekowi w jego rozwoju, przy czym kluczową rolę odgrywają różne rodzaje wsparcia, zachęcanie, udzielanie pomocnych wskazówek i informacji zwrotnych (Hurd, Zimmerman 2010). Wyniki badań wskazują, że zarówno naturalny mentoring jak i intencjonalne programy z udziałem mentorów-wolontariuszy łączą się z szeregiem korzyści dla rozwoju i adaptacji młodych ludzi. Wsparcie naturalnego mentora pomaga dorastającym młodym ludziom: kształtować pozytywne postawy wobec szkoły, osiągać lepsze wyniki w karierze szkolnej, zmniejszać angażowanie się w zachowania problemowe/ ryzykowne oraz zapobiegać rozwojowi problemów zdrowia psychicznego (Zimmerman, Bingenheimer, Notaro, 2002, (DuBois, Silverthorn, 2005, Hurd, Zimmerman, 2010).

Niektórzy odwołują się do teorii przywiązania jako teoretycznej podstawy mentoringu (Zimmerman, Bingenheimer, Beherendt, 2005; Rhodes i wsp. 2006). Zgodnie

z tą teorią dzieci/ nastolatki w sytuacji zagrożenia i dużego stresu oczekują pomocy i wsparcia ze strony swoich dorosłych opiekunów. Opieka mentora w wielu wypadkach odpowiada na potrzeby nastolatków zagrożonych w swoim poczuciu bezpieczeństwa ze względu na kryzysy rozwojowe lub brak zrozumienia w kontaktach z rodzicami. Dostępność i wrażliwe reagowanie mentora w sytuacjach trudnych, szczególnie dla takiego nastolatka, który pozbawiony jest satysfakcjonujących kontaktów z rodzicami, może mieć znaczenie korekcyjne, a nawet terapeutyczne. Pomaga bowiem odbudować zachwiane poczucie bezpieczeństwa, stabilności i przewidywalności świata zewnętrznego. Innymi słowy, wspierające relacje z mentorem mogą modyfikować niekorzystne „wewnętrzne modele operacyjne” dorastającego młodego człowieka. Te modele, zgodnie z teorią przywiązania, ukształtowane na podstawie doświadczeń z dzieciństwa, decydują o tym, jak dziecko a później nastolatek spostrzega siebie i otoczenie społeczne, jak radzi sobie w sytuacjach zagrożenia i nasilonego stresu (Czub, 2009). Ze względu na to, że w okresie adolescencji w naturalny sposób zwiększa się liczba i rodzaj interakcji społecznych, wrażliwy mentoring może pomagać w „zarządzaniu” tymi relacjami. W tym sensie, dobre relacje z dorosłym mentorem celnie odpowiadają na potrzeby rozwojowe nastolatków, szczególnie tych z grup zwiększonego ryzyka.

### **Kompetencje nauczycieli. Czego potrzebują nauczyciele aby prowadzić działalność profilaktyczną?**

Myślenie o zapobieganiu zachowaniom ryzykownym w kategoriach bardziej wymagających form profilaktyki (np. edukacji normatywnej, edukacji psychospołecznej, klimatu społecznego szkoły, mentoringu) kieruje nas w stronę jakości kontaktu między nauczycielem a uczestnikami zajęć (uczniami). Jakość kontaktu i jakość działań profilaktycznych zależą w dużej mierze od kompetencji nauczycieli. Stawiane są im wysokie wymagania. Aby mogli im sprostać, konieczne są różne formy kształcenia, które pozwoliłyby im doskonalić kompetencje osobiste, umiejętności interpersonalne i społeczne oraz rozwijać wrażliwość na potrzeby uczniów. Przede wszystkim u nauczycieli i wychowawców prowadzących zajęcia profilaktyczne należy świadomie rozwijać umiejętności służące pomaganiu i dobremu porozumiewaniu się z uczestnikami działań profilaktycznych, czyli umiejętności rozumienia drugiej osoby, okazywania jej troski, zainteresowania, szacunku, zapewnienia komfortu psychicznego, zachowania własnej odrębności, przyzwolenia na odrębność drugiej osoby. Należą one do kanonu umiejętności interpersonalnych i społecznych. Drugą grupą umiejętności zawodowych, które należy rozwijać są umiejętności sprzyjające poprawnej realizacji działań profilaktycznych, w tym umiejętności pracy warsztatowej i znajomość metodyki zajęć aktywizujących/interaktywnych (np. prowadzenia dialogu motywującego, pracy metodą projektu). Umiejętności z obu grup dobrze służą osobom realizującym działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej oraz tym, które pracują z grupami ryzyka (profilaktyka selektywna i wskazująca).

### **Bibliografia**

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes, Open University Press, New York.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, N.Y. Prentice-Hall.
- Barnes, D. (1988). *Nauczyciele i uczniowie. Od porozumiewania się do kształcenia*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.
- Brudnik, E. (2012). Projekt edukacyjny. W: B. Woynarowska (red.). *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych* (s. 41–55). Kielce: Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP.
- Bukowska, Bogusława. (2014). Refleksje i rekomendacje dotyczące podstawy programowej szkolenia w zakresie profilaktyki uzależnień. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 3(67), 6-8.
- Cohen, J. i Geier V. (2010). *School climate research summary – January 2010*. New York, NY: Center for Social and Emotional Education. Pobrano z: [www.schoolclimate.org/climate/documents/SCBrief\\_v1n1\\_Jan2010.pdf](http://www.schoolclimate.org/climate/documents/SCBrief_v1n1_Jan2010.pdf)
- Czub M. (2009). Rola wczesnego rozwoju społeczno-emocjonalnego w genezie indywidualnej odporności na zranienie, *Dziecko Krzywdzone*, 2(27), 1-19.
- DuBois D., Silverthorn N. (2005). Characteristics of natural mentoring relationships and adolescent adjustment: evidence from a national study, *The Journal of Primary Prevention*, 26(2), 69-92.
- DuBois D., Portillo N., Rhodes J., Silverthorn N., Valentine J. (2011). How effective are mentoring programs for youth? A systematic assessment of the evidence, *Psychological Science in the Public Interests*, 12(2), 57-91.
- Durlak J., Weissberg R., Dymnicki A., Taylor R., Schellinger K. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions, *Child Development*, 2011, 82(1),405–432.
- Eccels, J. i Roeser, R. (2011). Schools as developmental context during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 225–241.
- Elias M. (2006). The connection between academic and social-emotional learning, in M. Elias, H. Arnold (eds.). *The Educator's Guide to Emotional Intelligence and Academic Achievement*, Thousand Oaks, CA: Corwin Press, 4-14.
- Greenberg M., Weissberg R., O'Brien M., Zins J., Fredericks L., Resnik H., Elias M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning, *American Psychologist*, 58(6/7), 466-474.
- Goleman D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Tłum. A. Jankowski, Poznań, Media Rodzina of Poznań.
- Hawkins, D. i Weis, J. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6(2), 73–97.
- Heszen-Niejodek, I. (1995). Promocja zdrowia – próba systematyzacji z perspektywy psychologa. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 2(5–6), 7–21.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hurd, N., Zimmerman, M. (2010). Natural Mentors, Mental Health, and Risk Behaviors: A Longitudinal Analysis of African American Adolescents Transitioning into Adulthood, *American Journal of Community Psychology*, 46, 36-48.
- Jones S., Bouffard S. (2012). Social and emotional learning in schools: from programs to strategies, *Social Policy Report*, 26(4), 1-22.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Kulesza, M. (2007). Klimat szkoły a zachowania przemocowe uczniów w świetle wybranych badań empirycznych. *Seminare*, 24, 261–277.

- Libbey, H. (2004). Measuring student relationship to school: attachment, bonding, connectedness, and engagement. *Journal of School Health* 74(7), 274–283.
- Masten A.S., Powell J.L.(2003). *A Resilience Framework for Research Policy and Practice*. W: S.S. Luthar (red.) *Resilience and Vulnerability* (s.1-28). Cambridge University Press.
- Nation M., Crusto C. Wandersman A., Kumpfer K. Seybolt D. Morrissey-Kane E. Davino K. (2003). What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs, *American Psychologist*, 58( 6/7), 449–456.
- Obuchowska, I. (2000). *Adolescencja*. W: Barbara. Harwas-Napierała, Janusz. Trempała (red.) *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 163–201). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ostaszewski, K. (2003). Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Ostaszewski K. (2012). Związki między edukacją zdrowotną a szkolnym programem profilaktyki, w; B. Woynarowska (red.) *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole*. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 53-59.
- Ostaszewski K. (2012a). Pojęcie klimatu szkoły w badaniach zachowań ryzykownych młodzieży; *Edukacja* 4, 22-38.
- Ostaszewski K. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski, K. (2014a). Kompetencje zawodowe profilaktyka. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2014, 4(68), 8–13.
- Ostaszewski, K. (2017). Edukacja w zapobieganiu zachowaniom ryzykownym, w: *Edukacja zdrowotna : podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka / red. naukowa Barbara Woynarowska*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, s.437-455.
- Rhodes J., Spencer R., Keller T., Liang B., Noam G. (2006). A model for the influence of mentoring relationships on youth development, *Journal of Community Psychology*, 34(6), 691-707.
- Sipe C. (2002). Mentoring programs for adolescents: a research summary, *Journal of Adolescent Health*, 31, 251-260.
- Sklad M., Diekstra R., De Ritter M., Ben J. (2012). Effectiveness of school-based Universal social, emotional, and behavioral programs: do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9), 892-909.
- Stead M., Angus, K. (2004). Literature Review into the effectiveness of school drug education. Scottish Executive, available at: <http://www.gov.scot/Resource/Doc/96342/0023318.pdf>
- Van Leare, K., Sochocka, K., Biaduń-Korulczyk, E. (2015). *Profilaktyka uzależnień behawioralnych wśród młodzieży gimnazjalnej*. Warszawa: Fundacja Poza Schematami. Publikacja ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.
- Waren F. (2016). 'What works' in drug education and prevention? Health and Social Care Analysis Scottish Government, Edinburgh.
- Weissberg R., Cascarino J. (2013). Academic learning + social-emotional learning = national priority. *Phi Delta Kappan*, 95 ( 2); 8-13.
- Wingspread Declaration on School Connections (2004). *Journal of School Health*, 74(7), 233–234.

- Woynarowska-Soldan, M. (2007). Klimat społeczny szkoły - koncepcje i czynniki warunkujące. *Remedium* 4 (170), 22-23.
- Zimmerman, M., Bingenheimer, J., Notaro, P. (2002). Natural mentors and adolescent Resiliency: A study with urban youth. *American Journal of Community Psychology*, 30(2), 221-243.
- Zimmerman M., Bingenheimer J., Beherendt D. (2005). Natural mentoring relationships, In: D. DuBois, M. Karcher (eds.), *Handbook of youth mentoring*, Thousand Oaks, CA: Sage, 143-157.
- Zimmerman, M., Stoddard S., Eisman A., Caldwell C., Aiyer S., Miller A., (2013). Adolescent resilience: promotive factors that inform prevention, *Child Development Perspectives*, 7(4), 215-220.



Antoni J. Jeżowski

## 1.3 Ramy prawne, organizacja i finansowanie profilaktyki

### Rozwiązania prawne

**Karta nauczyciela** stanowi, że wysokość ewentualnych dodatków uzależniona jest m.in. od **wykonywania dodatkowych zadań lub zajęć**, powierzonego stanowiska lub sprawowanej funkcji oraz **trudnych lub uciążliwych warunków pracy**. Jednocześnie kwestie czasu pracy reguluje zapis, iż dla nauczycieli posiadających kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej zatrudnianych w celu współorganizowania **kształcenia integracyjnego** oraz współorganizowania kształcenia uczniów niepełnosprawnych, **niedostosowanych społecznie** oraz **zagrożonych niedostosowaniem społecznym** (Karta Nauczyciela, 2018) tygodniowy wymiar czasu pracy wynosi 20 godzin.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej (Rozporządzenie MEN, 2009) rozstrzygnęło, że warunkiem przyznania nauczycielowi dodatku motywacyjnego jest m.in. skuteczne **rozwiązywanie problemów wychowawczych uczniów, skuteczne przeciwdziałanie agresji, patologiom i uzależnieniom** oraz aktywne i efektywne **działania na rzecz uczniów potrzebujących opieki**, z uwzględnieniem ich potrzeb, w szczególności w stałej współpracy z rodzicami, właściwymi instytucjami i osobami świadczącymi pomoc socjalną.

Organy **samorządów terytorialnych** w kilku tysiącach aktów prawa miejscowego rozstrzygnęły szczegółowo o realizacji zadań z obszaru profilaktyki. Przykładowy samorząd (Uchwała Rady Miejskiej w Lubinie, 2016) zdecydował np., iż przyznanie dodatku motywacyjnego oraz ustalenie jego wysokości uzależnia się **od stopnia realizacji działalności** mających na celu zapobieganie i zwalczanie przejawów patologii społecznej. Decyzję w tej sprawie podejmuje dyrektor szkoły.

Statut szkoły winien zawierać organizację pracy szkoły, w tym m.in. organizację oddziałów **integracyjnych, specjalnych, organizację wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci**, jeżeli szkoła takie wspomaganie prowadzi, a także **zajęć rewalidacyjno-wychowawczych**, o ile szkoła takie zajęcia prowadzi. Świetlica szkolna ma zapewnić organizację zajęć uwzględniających **potrzeby edukacyjne** (niekoniecznie specjalne, ale nie wyklucza się ich) oraz rozwojowe dzieci i młodzieży, ich możliwości psychofizyczne, w szczególności zajęcia rozwijające zainteresowania uczniów, zajęcia zapewniające prawidłowy rozwój fizyczny oraz odrabianie lekcji. Kształceniem specjalnym obejmuje się dzieci i młodzież niepełnosprawne, **niedostosowane społecznie i zagrożone niedostosowaniem społecznym**, wymagające stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy (Rozporządzenie MEN, 2009).

Z **innych aktów prawnych** przywołać należy m.in. Rozporządzenie Rady Ministrów z 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. 2003 nr 98 poz. 895), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013, poz. 532, zm. 2017 poz. 1643) czy Zarządzenie nr 16 Ministra Edukacji Narodowej z 24 marca 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych (Dz. Urz. MEN z 2016 poz. 14 ze

zm.). W tych i innych aktach prawa powszechnie obowiązującego znajdziemy przydatne hasła: *specjalne potrzeby edukacyjne* czy *integracyjne*.

## Organizacja realizacji zadań profilaktycznych

W systemach edukacyjnych wielu krajów szkolnictwo, obok nauczania, oferuje całą paletę dodatkowych usług. Wśród działań na rzecz ucznia wiele jest związanych z wyrównywaniem szans edukacyjnych. Najczęściej analizowanymi i opisywanymi wskaźnikami są choćby takie, jak:

- zróżnicowanie dostępności do edukacji ze względu na płeć,
- drugoroczność uczniów jako efekt defaworyzowania środowiskowego, jego konsekwencje społeczne i ekonomiczne,
- bariery dostępności do edukacji wynikające z uwarunkowań anatomicznych, osobowościowych, środowiskowych i ekonomicznych,
- inne, takie jak przygotowanie do pracy nauczycieli, ich motywowanie i wynagradzanie, środki publiczne i prywatne przeznaczane na finansowanie szkół i systemów edukacyjnych, wydatki na jednego ucznia.

W obliczu utrzymujących się nierówności edukacyjnych większość krajów uprzemysłowionych przygotowuje programy przedszkolne dla dzieci z grup o niskich dochodach i mniejszości etnicznych lub społeczno-językowych (*Wczesna edukacja i opieka...*, 2009). Celem tych zajęć jest na ogół wspieranie rozwoju umiejętności poznawczych i językowych oraz umiejętności czytania, pisania i liczenia u dzieci w wieku przedszkolnym, aby zapewnić im równy start w szkole podstawowej. Mają też rozwijać kompetencje społeczne i emocjonalne dzieci.

Podjęcia wielosystemowe, zakładające wczesny start i dużą intensywność oddziaływań, są lepsze, przynoszą imponujące rezultaty długoterminowe i zapewniają bardzo **korzystny stosunek kosztów do korzyści**. Inwestowanie w łatwo dostępne formy wysokiej jakości opieki i edukacji dla małych dzieci, zakładające wczesny start i dużą intensywność oddziaływań, jest najprawdopodobniej bardzo opłacalne ze **społecznego i ekonomicznego** punktu widzenia.

Interesującym modelem są systemy wychowawcze (ang. *educare*) i zajęcia integracyjne dla uczestników w różnym wieku (ang. *age-integrated services*). Mają one łączyć kilka funkcji edukacyjnych i opiekuńczych w jednej lokalnej placówce przedszkolnej, m.in. opiekę całodzienną, zabawy w grupach przedszkolnych, programy edukacji przedszkolnej, zajęcia w czasie wolnym dla małych dzieci oraz programy wspierania rodziców.

Wśród wskaźników rzutujących na zakres wczesnej opieki nad dzieckiem, a wliczanych w krajach Europy, wyróżnić należy gospodarstwa domowe z dziećmi w wieku poniżej 6 lat, rodziny niepełne, obywatelstwo, trudna sytuacja finansowa gospodarstw domowych, odsetek dzieci uczęszczających do placówek oraz finansowanie programów wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem (Leseman 2009).

## Formy wsparcia dla dzieci ze środowisk defaworyzowanych

We wszystkich państwach europejskich bez wyjątku przyjęto rozwiązania mające na celu wspieranie dzieci, które mają dodatkowe potrzeby **edukacyjne** lub **rozwojowe**. Do rozpoznawania tych dzieci stosuje się dwie metody: nastawienie na konkretne **grupy** spełniające określone kryteria lub nastawienie **indywidualne**, polegające na określaniu i ocenianiu konkretnych potrzeb dla każdego przypadku z osobna. Większość krajów i regionów stosuje podejście grupowe, podczas gdy podejście indywidualne stosowane

jest jako jedyne zaledwie w sześciu systemach oświatowych, natomiast w dwunastu systemach korzysta się z obu metod (Komisja Europejska 2014).

**Kryteria kulturowe lub językowe** stosuje się w większości krajów europejskich. Dotyczy to na ogół dzieci imigrantów lub pochodzących z mniejszości etnicznych, których różnice kulturowe mogą istotnie je odróżniać od reszty społeczeństwa i których znajomość języka wykładowego może być niewystarczająca. W Polsce odsetek dzieci w wieku od zera do pięciu lat posiadających obce obywatelstwo wynosi zaledwie 0,1% (2013) lub urodzonych za granicą (3,0%, przy czym w roku 2010 w następnych grupach wiekowych było to 1,2%, w tym w wieku 5-9 lat – 0,9% oraz w wieku 10-14 lat – 0,7%) (*Kluczowe dane o edukacji...* 2012).

**Kryteria społeczno-ekonomiczne** stosowane są w okolo połowie europejskich systemów edukacyjnych w celu wskazania dzieci, które mogą mieć dodatkowe potrzeby. W większości przypadków są one związane z dochodami lub z zatrudnieniem. Pod uwagę brane są również warunki mieszkaniowe, a także wykształcenie rodziców. Odsetek dzieci w wieku 0-5 lat zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym przeciętnie w UE wynosi 25,9% (Polska – 25,6%). Odsetek dotkniętych bezrobociem gospodarstw domowych z dziećmi w wieku 0-5 lat w UE wynosi 11,2% (w Polsce – 6,6%).

**Kryteria geograficzne** odnoszą się na ogół do obszarów defaworyzowanych pod względem ekonomicznym lub społecznym w obrębie miast lub regionów, w których dzieci mogą być zagrożone słabymi efektami kształcenia lub wykluczeniem społecznym. W Grecji, Francji i na Cyprze ustanowione zostały **priorytetowe strefy edukacyjne** na podstawie wskaźników społeczno-ekonomicznych oraz określonych wskaźników oświatowych.

## **Drugoroczność w kształceniu obowiązkowym**

W państwach, w których warunkiem przyjęcia do szkoły podstawowej jest dojrzałość i poziom rozwoju, początek nauki może być opóźniony o rok. Zatrzymywanie dzieci w ustawowym wieku kształcenia obowiązkowego w placówkach przedszkolnych lub umieszczanie ich w klasach przejściowych można łączyć z powtarzaniem klas (*Drugoroczność w kształceniu...* 2009, s. 41-60). W większości państw przepisy pozwalają na powtarzanie klas, ale regulacje prawne zazwyczaj zawierają ograniczenia, które mają limitować stosowanie tej praktyki.

Główną przyczyną powtarzania klasy są niewystarczające postępy. W niektórych państwach przepisy zawierają też inne kryteria, takie jak absencja lub zachowanie. W Polsce odsetek 15-latków, którzy w gimnazjum przynajmniej raz powtarzali klasę (2009) wynosił 3,9% (UE – 10,4%). Jednocześnie odsetek uczniów mających opóźnienia wynosił w Polsce (rok szkolny 2007/08) w szkołach podstawowych 4,6% (najmniej Islandia – 0,3% i najwięcej Węgry – 77,0%), a w gimnazjach 9,2% (odpowiednio Islandia – 0,5% i Liechtenstein – 86,1%). Szacuje się, że problem powtarzania klas w gimnazjach w tym samym roku szkolnym dotyczył w Polsce 4,6% uczniów (najmniej Islandia – 0,5%, najwięcej Luksemburg – 24,0%).

## **Systemy gromadzenia indywidualnych danych o uczniach**

Szczególną dla analizowanych w projekcie zagadnień jest ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o **systemie informacji oświatowej**. Przepisy ustawy postanawiają, że system informacji oświatowej obejmuje bazy danych oświatowych. Zbiór ten zawiera m.in. dane

o specjalnych potrzebach edukacyjnych uczniów albo posiadaniu zezwolenia na indywidualny program lub tok nauki oraz rodzaju zajęć, w których uczestniczą.

W **Wielkiej Brytanii** krajowa baza danych o uczniach jest wykorzystywana do wyliczania skontekstualizowanej wartości dodanej przy pomiarze efektywności szkół. Jest również wykorzystywana do porównywania wyników poszczególnych grup uczniów np. pochodzących z określonej grupy etnicznej, o statusie **specjalne potrzeby edukacyjne**, uprawnionych do darmowych posiłków w szkole itp.

W **Republice Czeskiej** system zbierania danych o uczniach funkcjonuje pod nazwą Rejestr Dzieci i Uczniów (školní matrika). Rejestr działa w oparciu o Ustawę o Edukacji a zbierane są m.in. dane dotyczące ewentualnej **niepełnosprawności dziecka** lub ucznia, w tym **opis niepełnosprawności**, ewentualne **problemy zdrowotne**, ewentualne informacje dotyczące trudnej sytuacji rodzinnej/społecznej, jeśli szkoła otrzymała takie informacje od prawnego opiekuna dziecka (wyłącznie jako anonimowe).

W **Niemczech** nie istnieje centralny system gromadzenia indywidualnych danych o uczniach – ani na szczeblu federalnym ani na szczeblu landu. Istnieje natomiast system gromadzenia danych zbiorczych dot. edukacji. Dane te są anonimowane.

## Finansowanie specjalnych zadań edukacyjnych

Finansowanie zadań edukacyjnych z obszaru osób **niedostosowanych społecznie** lub **zagrożonych niedostosowaniem społecznym** odbywa się w **Polsce** na zasadach ogólnych, wynikających z przepisów ustawy o finansach publicznych. Jednocześnie dane o wykonaniu budżetów jednostek samorządowych zawarte są w informacjach publikowanych przez Ministra Finansów, a sporządzanych w postaci sprawozdań Rb-28S. Rozporządzenie Ministra Finansów z 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych, jest niezbędne podczas sporządzania tych sprawozdań. Środki wydatkowane zgodnie z omawianymi celami rejestrowane są przede wszystkim w działach 801, 851, 852 i 853.

Aktem prawnym łączącym zadania edukacyjne z dofinansowywaniem kosztów ich realizacji z budżetu państwa jest rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 15 grudnia 2017 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2018, które na ten rok zawiera zapis, że m.in. dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, **niedostosowanych społecznie, zagrożonych niedostosowaniem społecznym**, dla uczniów z zaburzeniami zachowania, zagrożonych uzależnieniem stosuje się wagę  $P_4 = 1,40$ . Oznacza to, iż na takiego ucznia tzw. standard A (2018) na jednego ucznia 5 436 zł jest wyższy o 40%, wynosi więc 7 610 zł. W takiej wysokości rocznie państwo partycypuje w kosztach kształcenia uczniów niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym.

Omawiając powyższe zagadnienia i dokonując analiz można też wykorzystać ustawy i rozporządzenia z obszaru **pomocy społecznej, opieki zdrowotnej** itp. (patrz wykaz aktów prawnych).

Wydatki *per capita* są dość bogato udokumentowane w literaturze przedmiotu. Dla przykładu: na 34 państwa (*Education at a Glance 2017*, s. 168-179) w 2014 roku wydatki *per capita* liczone na jednego ucznia szkoły podstawowej rocznie wyniosły w Polsce 7 026 \$ liczonego siłą nabywczą w relacji do PKB (średnia OECD = 8 733 \$), co sytuowało nasz kraj w drugim kwartylu wyników. W szkolnictwie średnim (gimnazja i szkoły

ponadgimnazjalne) analogiczny wynik wyniósł 6 455 \$ (OECD = 10 106 \$), zaś w szkolnictwie wyższym 9 708 \$ (OECD = 11 056 \$), co w obu przypadkach sytuowało nasz kraj pośród badanych w ćwiartce państw najmniej inwestujących w te poziomy edukacji, dając Polsce siódme miejsce od końca. Za Polską pozostawały: Chile, Korea, Litwa, Meksyk, Turcja i Węgry (patrz aneks 1).

Z zestawień gromadzonych przez OECD (*Education at a Glance 2016*, s. 212-223) wynika także, że na 36 analizowanych państw w 12 nauczyciele realizują zadania w zakresie dostosowania potrzeb edukacyjnych obowiązkowo, w 10 nie realizują w ogóle, a w czterech decyzje pozostawiono samym nauczycielom. Szczegółowo kwestie te definiują zapisy w tabeli (patrz aneks 2), a ich zróżnicowanie jest dość wyraziste.

W większości krajów organy finansujące uwzględniają szerszy zakres zmiennych wejściowych, które umożliwiają bardziej dokładną ocenę potrzeb szkolnych. Zmienne te odnoszą się do kryteriów, takich jak: społeczno-ekonomiczne, językowe lub pochodzenie etniczne uczniów, wszelkie **specjalne potrzeby**, a także geograficzne i demograficzne różnice między szkołami” (European Commission, 2014).

W ponad połowie krajów ilość zasobów przeznaczonych dla organów prowadzących lub szkół w celu pokrycia kosztów personelu uwzględnia także dalszą naukę, którą należy zapewnić uczniom jako obowiązkową, np. język ojczysty lub etniczny. Tło społeczno-gospodarcze uczniów jest brane pod uwagę rzadziej. Dzieje się tak tylko w Belgii, Francji, Holandii, Słowacji i Wielkiej Brytanii. Wreszcie w 14 krajach lub regionach, w ich systemach edukacyjnych, szkoły lub władze lokalne otrzymują dodatkowe środki dla uczniów ze **specjalnymi potrzebami edukacyjnymi**, a uczącymi się w szkołach ogólnodostępnych. Te dodatkowe środki mogą być interpretowane jako dowód integracyjnej polityki wobec uczniów właśnie ze **specjalnymi potrzebami edukacyjnymi** (*Education at a Glance 2017*, s. 368).

## Bibliografia

- Barański, A., Rozwadowska-Skrzeczyńska, J., Szymańska, M. (2016). *Karta Nauczyciela. Komentarz*, wyd. IX, art. 34
- Drugoroczność w kształceniu obowiązkowym w Europie: regulacje i statystyki* (2009). Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji. Warszawa, ss. 41-60
- European Commission/EACEA/Eurydice (2014). *Financing Schools in Europe: Mechanisms, Methods and Criteria in Public Funding*. Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Grabowska A. [red.] (2015). *Dziecko z niepełnosprawnością w przedszkolu i szkole ogólnodostępnej – wyzwania dla jst*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa
- Kluczowe dane o edukacji w Europie 2012* (2012). Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji. Warszawa, s. 24
- Komisja Europejska/EACEA/Eurydice (2014). *Key Data on Early Childhood Education and Care in Europe – 2014 Edition*. Eurydice Report (Kluczowe dane dotyczące wczesnej edukacji i opieki w Europie, 2014), Raport Eurydice. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej; wyd. polskie: Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa
- Leseman P. P. M. (2009). *Wpływ wysokiej jakości edukacji i opieki na rozwój małych dzieci: przegląd literatury*. [W:] Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem w Europie: zmniejszanie nierówności społecznych i kulturowych. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa

- OECD (2016). *Education at a Glance 2016. OECD Indicators*. Annex 3. Sources, methods and technical notes
- OECD (2017), *Education at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
- Smoczyńska A., Górowska-Fells M., Platos B. (2010). *Systemy gromadzenia indywidualnych danych o uczniach w wybranych krajach UE*. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa
- Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem w Europie: zmniejszanie nierówności społecznych i kulturowych* (2009). Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa
- Wiek rozpoczynania edukacji obowiązkowej w Europie* (2011). Polskie Biuro Eurydice – Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa

## Akty prawne

- Ustawa z 26 stycznia 1982 r. Karta nauczyciela (DzU z 2016 r. poz. 1379 ze zm.), art. 30
- Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (DzU z 2016 r. poz. 487 ze zm.)
- Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU z 2016 r. poz. 546 ze zm.)
- Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (DzU z 2005 r. nr 180, poz. 1493, ze zm.)
- Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (DzU z 2016 r. poz. 224 ze zm.)
- Ustawa z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (DzU z 2013 poz. 885 ze zm.)
- Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej (DzU z 2016 r. poz. 1927)
- Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (DzU z 2017 r. poz. 59)
- Ustawa z 14 grudnia 2016 r. przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe (DzU z 2017 r. poz. 60)
- Ustawa z 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych (DzU z r. 2017 poz. 2203)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 3 kwietnia 2009 r. w sprawie dodatków do wynagrodzenia zasadniczego oraz wynagrodzenia za godziny ponadwymiarowe i godziny doraźnych zastępstw dla nauczycieli zatrudnionych w szkołach prowadzonych przez organy administracji rządowej (DzU z 2009 r. nr 60 poz. 494 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (DzU z 2013 r. poz. 532 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 29 lipca 2016 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych dziedzinowych gromadzonych w systemie informacji oświatowej oraz terminów przekazywania niektórych danych do bazy danych systemu informacji oświatowej (DzU z 2016 r. poz. 1267)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 17 marca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji publicznych szkół i publicznych przedszkoli (Dz. U. poz. 649 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 15 grudnia 2017 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2018 (DzU z 2017 r. poz. 2395)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (DzU z 2014 r., poz. 1053 ze zm.)

- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności u osób w wieku do 16. roku życia (DzU Nr 17, poz. 162 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (DzU Nr 139, poz. 1328 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22 grudnia 2016 r. w sprawie dodatków, wynagrodzenia za godziny ponadwymiarowe i godziny doraźnych zastępstw oraz innych świadczeń wynikających ze stosunku pracy dla nauczycieli zatrudnionych w zakładach poprawczych, schroniskach dla nieletnich oraz szkołach przy zakładach karnych i aresztach śledczych (DzU z 2016 r. poz. 2264)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 4 sierpnia 2000 r. w sprawie określenia wykazu specjalności lekarskich oraz zawodów niemedycznych uprawniających do prowadzenia leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych (DzU z 2000 r. nr 70 poz. 830)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych (DzU z 2006 r. nr 239 poz. 1738)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (DzU z 2012 r. poz. 734 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (DzU z 2013 r. poz. 368)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 października 2013 r. w sprawie zakresu i trybu współpracy podmiotów leczniczych prowadzących leczenie lub rehabilitację osób używających środków odurzających lub substancji psychotropowych z Krajowym Biurem do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (DzU z 2013 r. poz. 1332 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (DzU z 2013 r. poz. 1386 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (DzU z 2016 r. poz. 694 ze zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (DzU z 2003 r. nr 98 poz. 895)
- Zarządzenie nr 16 Ministra Edukacji Narodowej z 24 marca 2016 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych (Dz. Urz. MEN z 2016 r. poz. 14)
- Uchwała Nr XXI/194/16 Rady Miejskiej w Lubinie z 20 września 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu określającego wysokość oraz szczegółowe warunki przyznawania nauczycielom dodatków: motywacyjnego, funkcyjnego i za warunki pracy oraz niektórych innych składników wynagradzania nauczycieli zatrudnionych w szkołach i placówkach oświatowych prowadzonych przez Gminę Miejską Lubin (Dz. Urz. Woj. Dolnośl. z 2016 r. poz. 4408)

## Aneks 1

Roczne wydatki *per capita* [uczni] według poziomu kształcenia z uwzględnieniem siły nabywczej USD [2014]

	Szkolnictwo		
	podstawowe	średnie	wyższe
Australia	8 251	11 023	18 038
Austria	11 154	15 094	16 933
Belgia	10 216	13 118	16 599
Chile	4 321	4 478	6 952
Czechy	5 101	8 191	10 521
Dania	12 158	10 998	16 568
Estonia	6 760	7 077	12 375
Finlandia	8 812	10 387	17 893
Francja	7 396	11 815	16 422
Hiszpania	6 970	8 528	12 489
Holandia	8 529	12 446	19 159
Irlandia	8 007	10 665	14 131
Islandia	11 163	10 078	11 435
Izrael	6 833	6 699	12 989
Japonia	9 062	10 739	18 022
Kanada	9 256	12 780	21 326
Korea	9 656	10 316	9 570
Litwa	6 585	6 629	8 962
Luxemburg	21 153	21 595	46 526
Meksyk	2 896	3 219	8 949
Niemcy	8 546	11 684	17 180
Norwegia	13 104	15 149	20 962
Nowa Zelandia	7 438	10 267	15 088
Polska	7 026	6 455	9 708
Portugalia	6 474	8 821	11 813
Słowacja	6 235	6 453	11 290
Słowenia	9 335	8 785	12 067
Stany Zjednoczone	11 319	12 995	29 328
Szwajcaria	15 177	15 022	27 831
Szwecja	10 804	11 342	24 072
Turcja	3 589	3 268	8 927
Węgry	3 789	6 104	8 688
Wielka Brytania	11 367	12 452	24 542
Włochy	8 442	8 927	11 510
<b>OECD (średnia)</b>	<b>8 733</b>	<b>10 106</b>	<b>11 056</b>

Źródło: *Education at a Glance 2017: OECD Indicators*. OECD 2017, Indicator B-1: How much is spent per student?, s. 168-179



## Aneks 2

### Wynagradzanie nauczycieli za pracę z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w wybranych państwach

państwo	działania
<b>Czechy</b>	Trzeci język na poziomie ISCED 1 (po języku ojczystym i pierwszym języku obcym), czyli drugi język obcy nie jest obowiązkowy dla tego poziomu. Jeśli drugiego języka obcego nie można zapewnić (np. uczniom <b>edukacji specjalnej</b> , zagranicznym lub w przypadku przejściowych problemów osobistych), szkoła musi zapewnić 6 lekcji na działania, które rozwijać będą pierwszy język obcy.
<b>Izrael</b>	W szkolnictwie ponadgimnazjalnym regularne godziny w większości przedmiotów są globalnie przydzielone dla wszystkich przedmiotów i na ogół równomiernie rozłożone w klasach 10, 11 i 12, czyli 5 godzin na tydzień każdego roku języka angielskiego, 5 z matematyki i 2 godziny wychowania fizycznego. Dodatkowe godziny w tych przedmiotach mogą być dodawane elastycznie – mogą być wybierane przez uczniów i/lub szkoły. Oprócz godzin, które zostały ustalone jako obowiązkowe, istnieje jeszcze pula zwiększająca je o około 25%. Te dodatkowe godziny są przeznaczone na rozwiązywanie różnych problemów, zajęcia w zespołach podzielonych na mniejsze grupy, w celu integracji dzieci ze <b>specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</b> , etc.
<b>Finlandia</b>	Dodatkowe działania przed/po zajęciach (np. w formie aktywnego wypoczynku, sportu, opieki nad dziećmi lub zajęć wyrównawczych): rano i w czasie zajęć popołudniowych są dla dzieci w klasach 1-2 ze szkoły podstawowej i dla dzieci dopuszczonych lub przekazywanych <b>do kształcenia integracyjnego</b> we wszystkich klasach. Władze lokalne nie są zobowiązane do organizowania tych działań, ale na ten cel mogą być przyznane dotacje państwowe. Również po zajęciach w szkole organizowany jest wypoczynek w połączeniu z kształceniem podstawowym w celu wspierania rozwoju i wzrostu dzieci. Celem jest również przyciągnięcie tych uczniów, którzy nieregularnie uczestniczą w zajęciach.
<b>Anglia</b>	Nauczyciele, którzy posiadają kwalifikacje do nauczania uczniów ze <b>specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</b> mogą otrzymywać dodatkowe wynagrodzenie. W roku szkolnym 2013/14 kwoty te wahały się w wymiarze rocznym od 2 022 do 3 994 GBP.
<b>Japonia</b>	Nauczanie uczniów ze <b>specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</b> (w szkołach ogólnodostępnych) obejmuje dodatkowe wynagrodzenie w kwocie 13 650 JPY miesięcznie.
<b>Polska</b>	Nauczanie uczniów ze <b>specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</b> (w szkołach ogólnodostępnych): wysokość dopłat zgodnie z odpowiednimi przepisami i przyjętymi przez władze lokalne.
<b>Słowacja</b>	Nauczanie uczniów ze <b>specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</b> (w szkołach ogólnodostępnych) obejmuje stawki minimalne i maksymalne. Istnieją różnice między wynagrodzeniem zasadniczym ekspertów pedagogicznych i wynagrodzeniem zasadniczym normalnych pedagogów.
<b>Słowenia</b>	Nauczanie uczniów ze <b>specjalnymi potrzebami edukacyjnymi</b> (w szkołach ogólnodostępnych): jednym z nich jest wsparcie w nauce, a drugim wsparcie w celu przezwyciężenia ich niepełnosprawności, upośledzenia i braków edukacyjnych. Wsparcie uczenia się realizowane jest przez nauczycieli, którzy oferują

---

owo dodatkowe wsparcie edukacyjne dla uczniów ze **specjalnymi potrzebami edukacyjnymi**. Nauczyciele ci otrzymują dodatkowe wynagrodzenie. Pomoc w przewyżczeniu niepełnosprawności, upośledzenia i braków w nauce jest realizowana przez pedagogów specjalnych w ich zaplanowanym czasie pracy. Jest to część ich ustawowego wynagrodzenia zasadniczego. Na poziomie ISCED 3, wsparcie w nauce jest tylko dla uczniów ze **specjalnymi potrzebami edukacyjnymi**. Na ISCED 2 nauczycieli oferują dodatkowe wsparcie w ich zaplanowanym czasie nauczania.

---

**Szwajcaria** Nauczanie uczniów ze **specjalnymi potrzebami edukacyjnymi** (w szkołach ogólnodostępnych) odbywa się na zasadach ustalonych przez władze poszczególnych kantonów.

---

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Education at a Glance 2016. OECD Indicators*. Annex 3. Sources, methods and technical notes

### 1.4 Czynniki społeczno-kulturowe w profilaktyce szkolnej

#### Wpływ społeczny a zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży

Człowiek z natury żyje w społeczności, jego styl życia na nią wpływa, ale z kolei społeczność stale wpływa również na jego życie, pozytywnie lub negatywnie. Ponieważ niektóre elementy stylu życia osoby ludzkiej mogą być destrukcyjne dla pozostałych członków społeczności, to od zawsze usiłuje się regulować ludzkie zachowania poprzez różne formy norm, wskazówek, ograniczeń kulturowych, systemu kar i nagród, wreszcie poprzez prawo. Jednocześnie określone warunki, jakie wytwarza dana społeczność skłaniają jej członków do podejmowania takich zachowań (Raport WHO, 2003). Przekładając to na bardziej zrozumiały język możemy powiedzieć, że o tym, czy np. dana osoba nadużywa alkoholu czy pali tytoń (aby wziąć tylko te proste przykłady) decydują bardziej różnorodne wpływy społeczności, niż jej własne wybory. Jest pewne, że bez modyfikacji tych wpływów nie osiągnie się wartościowych i stabilnych celów profilaktycznych (Lelonek-Kuleta, 2012, Wojcieszek, 2005, Wojcieszek, 2013a).

#### Zachowania ryzykowne jako przedmiot zainteresowań profilaktyków

Wydaje się, że często, z różnych powodów, pewne zachowania ryzykowne usuwa się w cień, a inne wyolbrzymia. Przykładowo, w przypadku tzw. dopalaczy przypadki śmierci to nie więcej, niż kilkadziesiąt osób rocznie (przy kilku tysiącach hospitalizowanych), a w przypadku „starych” narkotyków ok. 10 x więcej (np. w 2011 roku 29 zgonów z powodu tzw. dopalaczy, a ok. 300 z powodu użycia „starych” narkotyków), zaś w przypadku etanolu jest to liczba przekraczająca 1000 przypadków rocznie (II miejsce po intencjonalnych zatruciach samobójczych). Podobnie zaniedbuje się kwestię różnicy między rozwojem dzieci i młodzieży z tzw. grup ryzyka a pozostałych. Dzieci z grupy ryzyka najczęściej doświadczają destrukcyjnych problemów rodzinnych, gdy w grupie uniwersalnej występują różnorodne czynniki ogólnokulturowe (np. zawartość mediów, reklama). W grupie uniwersalnej dominują takie zachowania ryzykowne jak: przemoc rówieśnicza, używanie napojów alkoholowych, nikotynizm, eksperymentowanie z niektórymi narkotykami. W grupie podwyższonego ryzyka zakres przemocy jest zwykle większy, pojawiają się narkotyki, częstsze wagary, większą intensywność mają ryzykowne zachowania seksualne. Stan świadomości społecznej w powyższych zakresach rozbieżny ze stanem faktycznym powoduje zaniedbywanie koniecznych, priorytetowych działań.

#### Znaczenie działań profilaktycznych we współczesnym świecie

Najważniejszym czynnikiem przedczesnej utraty życia i zdrowia ludzi młodych w UE jest wedle badań używanie napojów alkoholowych (Anderson, Baumberg, 2006, Donovan i wsp., 2004, Patrick, Schulenberg, 2010; Patrick, Schulenberg, 2013; Perkins, 2002; Zucker i wsp., 2008), a uwaga wychowawców skupia się często na używaniu narkotyków czy ich grupy w postaci tzw. dopalaczy. Tzw. dopalaczy używa często ok. 1 % badanych (styka się z nimi od czasu do czasu 3,5 %) (Ostaszewski i wsp., 2017, Malczewski, 2017). W szczyt ich używania (2011) zmarło z tego powodu mniej osób, niż zatrulo

się śmiertelnie grzybami i byli to głównie młodzi dorośli, a nie uczniowie. Kierując się obawami władze oświatowe pisemnie skłaniały szkoły do prowadzenia specyficznych zajęć „antydołączających” już w szkołach podstawowych (2015), co było nieadekwatne i potencjalnie jatrogeniczne. Podobnie jest z przemocą. Stosunkowo prosty program Olweusa (Olweus, 2007) może zredukować przemoc rówieśniczą nawet o połowę w ciągu 2 lat systematycznego stosowania, nie wspominając o innych narzędziach.

## **Kwestia właściwego doboru rodzaju działań profilaktycznych**

Młody wiek jako taki jest elementem podwyższonego ryzyka (Hussong i wsp. , 2008, King, Chassin, 2007, Windle i wsp., 2008 Windle i wsp. , 2009) ze względu na inicjacje w trakcie adolescencji i tzw. efekt teleskopowy (Hussong i wsp. , 2008; Zucker, 2009). Ludzie młodzi z powodu określonej fazy rozwoju centralnego układu nerwowego są bardziej narażeni na negatywne skutki pewnych zachowań. Nauczyciele winni być zaznajomieni z tymi zagadnieniami (Gaś, 2004; Hogan i wsp., 2003). Powinni też wiedzieć, że najkorzystniej jest aplikować działania profilaktyczne przed inicjacją w dane zachowanie. Niestety, słabsze przygotowanie nauczycieli skłania ich do korzystania w zbyt dużym zakresie z pomocy specjalistów i rezygnacji z działań własnych. W odróżnieniu od wielu badaczy autor podrozdziału nie jest przeciwnikiem działań profesjonalistów zapraszanych do szkół z zewnątrz, ale jest to niekorzystne, gdy ich praca sprawia, że nauczyciele rezygnują z własnych działań, zazwyczaj bardziej perspektywicznych z punktu widzenia długotrwałego wpływu.

## **Oddziaływania specyficzne i niespecyficzne – szkoła jako czynnik ochrony i czynnik ryzyka**

Współcześnie identyfikujemy czynniki ryzyka i czynniki chroniące wobec zachowań ryzykownych (Garmezy, 1985, Fergus, Zimmerman, 2005; Ostaszewski i wsp., 2011). Niestety, zbyt często ignorujemy tę wiedzę i utożsamiamy specyficzne działania edukacyjne (np. programy profilaktyczne) z całością profilaktyki szkolnej. Okazuje się, że to ogólne kompetencje nauczycieli, zwłaszcza metodyczne, są kluczowym elementem profilaktyki na poziomie niespecyficznym, o czym zdajemy się nie pamiętać. Błędnie uznaje się za działania profilaktyczne tylko te, które dotyczą grupy wysokiego ryzyka, zaniebując pracę uniwersalną, bo przecież „na razie nic się nie dzieje”. Dobrą ilustracją tego zagadnienia są wyniki badań prof. J. Surzykiewicza na temat zapobiegania przemocy rówieśniczej w szkole (Surzykiewicz, 2000). Autor ten postuluje zestaw warunków niespecyficznych, które redukują to niszczące zjawisko. Najważniejsze okazuje się to, jak w danej szkole się uczy i czym ona żyje (jaki ma klimat – czy jest wspólnotą). Tylko jednym z przydatnych elementów ograniczania ryzyka są specjalne zajęcia edukacyjne w postaci programów profilaktycznych, ale dla ogólnego poziomu zachowań ryzykownych ważniejsze są czynniki ogólne, niespecyficzne czyli to czy uczeń lubi szkołę, czy ona wspiera jego rozwój, czy może liczyć na interesujące zajęcia zrozumiałe i związane z jego codziennym życiem. Zwłaszcza ma to zastosowanie w przypadku pracy z tzw. uczniem trudnym (Karasowska, 2006).

## **Działania specyficzne: rola implementacji programów profilaktycznych**

Często słyszy się narzekania na nieskuteczność profilaktyki. Tymczasem realny zasięg programów uznawanych za sprawdzone (np. tzw. rekomendowanych) jest i w Polsce (i w świecie) bardzo niski. Nie może dobrze działać coś, czego w praktyce... nie ma.

Niektóre wartościowe propozycje obejmują swym zasięgiem nie więcej, niż 1% populacji docelowej. Stosowane scenariusze powinny spełniać pewne minimalne kryteria zasadności naukowej (Ostaszewski, 2003; Szymańska, 2000; Szymańska, Wojcieszek; 2001). Warunkiem minimalnym powinno być unikanie w działaniu efektów jatrogenicznych (szkód). Kolejnym celem jest skuteczność możliwa do zbadania.

Funkcjonowanie gminnych programów profilaktyki spowodowało, że dotychczas udało się zahamować przyrost wskaźników np. dotyczących używania alkoholu czy narkotyków, co prawda na zbyt wysokim poziomie (Badania Mokotowskie, badania ESPAD) (Ostaszewski i wsp., 2017; Sierosławski, 2015). O ile spożycie alkoholu per capita wśród dorosłych jest wysokie i rośnie (Moskalewicz i wsp., 2016; dane PARPA), o tyle wskaźniki wśród młodzieży wykazują tzw. trend stabilizacyjny. Warto rozważyć podobne działania oparte na własnej aktywności nauczycieli w masowej i skoordynowanej skali ogólnopolskiej, gdyż ich potencjał nie został wyczerpany (Fatyga i wsp., 2000). Jednak uaktywnienie nauczycieli wymaga opracowania przystępnych materiałów do samodzielnego stosowania w szkołach (Wojcieszek, 2013 b).

## **Wpływy usuwające pozytywne wyniki działań profilaktycznych**

Stosunkowo łatwo osiąga się zamierzone cele w zakresie profilaktyki uniwersalnej np. palenia tytoniu (Hawkins, Neederhood, 1994). Trudniej jest osiągnąć konstruktywną zmianę zachowań w profilaktyce problemów alkoholowych (Foxcroft , 1997; Foxcroft i wsp. 2003), a jeśli z trudem uda się osiągnąć zmiany zachowań w wyniku programów profilaktycznych, to są one mniejsze od oczekiwanych. Ocenia się, że dotyczą jednego na 11 uczniów uczestniczących w zajęciach (Anderson, Baumberg, 2006; Ostaszewski i wsp., 1998). Palenie przestało być normatywne, minęła moda, poznano prawdę o wpływie palenia na epidemię nowotworów. W sprawach alkoholowych taki przełom obyczajowo – normatywny nie nastąpił. Z tego powodu dobre efekty pracy profilaktycznej zanikają po kilku latach od udziału ucznia w programie (od 2 do 4 lat) (Anderson, Baumberg, s. 203-204). Badacze wyjaśniają to kontekstem społecznym, postawami dorosłych, które spostrzegają uczniowie (Perry i wsp. , 2002).

Konieczne jest powiązanie pracy z młodymi z pracą w stosunku do dorosłych, bez tego nie będzie trwałych rezultatów profilaktyki (Anderson, Baumberg, 2006, s. 204). Stawiamy tezę, że bez sukcesów w uniwersalnej pracy z dorosłymi cele profilaktyczne będą nieosiągalne. Widać to na przykładzie palenia tytoniu. Od kilkunastu lat ciągle spada odsetek palaczy wśród dorosłych Polaków. To sprzyja antynikotynowym działaniom profilaktycznym. Podobnie w przypadku używania narkotyków (oprócz przetworów konopi indyjskich), gdzie notuje się stosunkowo niskie wskaźniki używania i tzw. stabilizację trendu (Sierosławski, 2015; Ostaszewski, 2017).

Publiczne dysputy o „legalizacji medycznej marihuany” stwarzały u młodzieży przekonanie o nieszkodliwości tego zachowania, nawet o jego normatywności, nie mówiąc o wpływie manifestacji na rzecz legalizacji używania marihuany. Analogicznie w przypadku tzw. dopalaczy. Błyskawiczny rozwój „legalnej” sieci sprzedaży (ponad 2000 sklepów w ciągu 2 lat) sprawił, że odsetek użytkowników osiągnął 11 % populacji. Akcja zamykania sklepów spowodowała szybką redukcję.

## **Kluczowy czynnik ryzyka - dostępność**

Gdy na początku lat 90-tych zliberalizowano zasady obrotu napojami alkoholowymi, to spożycie wśród młodych wzrosło gwałtownie, co dowodnie wykazały przywoływane już Badania Mokotowskie. Jeśli nie ograniczy się dostępności zachowań ryzykow-

nych korzystając z narzędzi prawno-ekonomicznych, to nie ma co oczekiwać JAKICH-KOLWIEK sukcesów profilaktycznych po stronie izolowanego ograniczania popytu. Istnieje ścisła zależność zachowań młodzieży od postaw i zachowań rodzicielskich oraz zachowań osób znaczących (Okulicz-Kozaryn, 2014; Wojcieszek, 2016a). Im bardziej sami wychowawcy stronią od zachowań ryzykownych, tym łatwiej im będzie osiągać cele programu wychowawczo – profilaktycznego szkoły. Jeszcze bardziej ten wymóg dotyczy rodziców uczniów. Szkoła nie jest ośrodkiem terapii uzależnień dla dorosłych, ale musimy pamiętać, że większość dzieci i młodzieży z grupy podwyższonego ryzyka wywodzi się z rodzin dysfunkcyjnych z częstym udziałem osób uzależnionych. Wykazano, że troska o dzieci może skłaniać rodziców do podejmowania terapii (Owczaruk, 2008).

## **System czynników chroniących. Jak odzwierciedlają się w otoczeniu społecznym uczniów?**

Są aspekty życia ludzkiego, które mają jawny charakter ochronny. Jeśli występują - kłopotów jest mniej. (Bogenschneider, 1996; Durlak, 1998; Hawkins i wsp., 1992; Rutter, 2006; Ostaszewski, Rustecka – Krawczyk, 2009, Ostaszewski, Rustecka – Krawczyk, 2011, Vest i wsp., 2013). Większość tych czynników daje się ująć w prostym zestawieniu:

- a) dobre relacje z rodzicami (więź i monitoring rodzicielski);
- b) dobre wyniki w nauce (sukces szkolny), aktywne zainteresowania (w tym sportowe i artystyczne);
- c) rozwój duchowy - aktywne życie religijne;
- d) więzi ze środowiskiem społecznym (system wartości, patriotyzm)
- e) aktywny udział w konstruktywnej grupie rówieśniczej (np. harcerstwo, oaza)
- f) nabywanie określonych umiejętności psychospołecznych (dobra komunikacja, asertywność).

Najważniejsze są dobre relacje z rodzicami (Bowlby, 1980; Dillon i wsp. 2013; Needle i wsp., 1986; Pilgrim i wsp. 2006, Ostaszewski, 2016) i ich styl wychowawczy. Nie powinien być skrajnie liberalny, powinien uwzględniać kontrolę zachowania dzieci (zwłaszcza pola ich aktywności: z kim spędzają czas, co i gdzie robią) (Fairlie i wsp., 2012; Gilligan, Kypri, 2012; Janssen i wsp., 2014, Okulicz-Kozaryn i wsp., 2014). Wskaźniki świadczą o tym, że mamy tzw. silną rodzinę. Miłość i życie rodzinne figuruje też na czele hierarchii wartości młodych ludzi (Cieciuch, 2007). Jednakże przemiany cywilizacyjne zagrażają owej spójności. W okresie po transformacji podwyższył się wskaźnik rozwodów (ok. 42 %w miastach, ok. 22 % na wsi (Szukalski, 2013; Szukalski, 2016 a i b)). Szerzej spotykane są konkubinaty i samodzielne rodzicielstwo czy kohabitacja. Również np. samotne rodzicielstwo (są państwa z 60% współczynnikami) odbija się negatywnie na poziomie zachowań ryzykownych dzieci.

Dzieci z rodzin z uzależnieniem czy przemocą w znacznym stopniu powtarzają problemy rodziców (choć nie ma tu pełnej determinacji – Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2015; Robinson, 2005; Sher, 1997, Wojcieszek, 2003) (Black, 1991; Chassin i wsp., 1996; Greene, 1991; Coffelt i wsp., 2006; Warner i wsp. 2007, Cierpiałkowska, 2010; Wojcieszek, 2016b) (np. przynajmniej 25% kontynuacji uzależnienia od alkoholu, ok. 50-60 % kontynuacji palenia tytoniu (Suwała, 2010), wysokie odsetki psychicznych zaburzeń klinicznych (ok. 30 % ostrych i 35 % subklinicznych (Diaz i wsp., 2008)). W Polsce osób uzależnionych od alkoholu jest nie mniej, niż 600 tysięcy w stopniu ciężkim, a ok. 2-3 milionów w stopniu lekkim lub umiarkowanym (terminologia DSM V). Zdaniem autora te kwestie znajdują się w centrum współczesnych wyzwań dla profilaktyki, gdyż są źródłem znacznej części zachowań ryzykownych (patrz: Wojcieszek, 2005).

## **Profilaktyczne znaczenie sukcesów szkolnych**

Trzeba wspomnieć co się dzieje, gdy uczeń odnotowuje porażkę edukacyjną. Osoby powtarzające klasę silnie „opuszczają się” i przodują w zachowaniach ryzykownych, niemal natychmiast. Silny nacisk na osiągnięcia bez zapewnienia dostatecznego wsparcia sam w sobie generuje kłopoty, co rysuje się w wynikach badań z cyklu HBSC. Na poszczególnych szczeblach edukacji uczniowie odczuwają rozdźwięk między wysokimi wymaganiami, a niezbędnym wsparciem. I tak szkoła o takich cechach staje się przyczyną ryzykownych zachowań uczniów. Usprawnienie stylu nauczania w kierunku bardziej przyjaznym i inspirującym dla uczniów spowodowałoby redukcję poziomu zachowań ryzykownych (Ostaszewski, 2017; Benner i wsp., 2013; Bryant i wsp., 2003).

## **Chrońiący czynnik religijny**

Rośnie ilość danych na temat znaczenia czynnika religijnego w profilaktyce problemowej dzieci, młodzieży i dorosłych (Abu Ras, 2010; Cotton i wsp., 2006; Conrad, 2015; Dennis i wsp., 2009; Ellison i wsp., 2008; Foster i wsp., 2016; Koenig, Larson, 2001; Marsiglia, 2005; Miller, 1998; Ransome, 2016; Rew, Wong, 2006; Steinman, Zimmerman, 2004; Wallace, 2007; Wong, 2006; Yeung i wsp., 2009). Prowadzone sondaże CBOS w ramach badania „Młodzież” ukazują, że ten czynnik prezentuje się jako stabilny i znaczący (Malczewski, 2017). Różnice poziomu zachowań ryzykownych między młodzieżą wierzącą, a niewierzącą i niepraktykującą, są w kolejnych edycjach badań poważne na korzyść wierzących. W Polsce postępuje proces powolnej sekularyzacji i laicyzacji, powiązany jednocześnie z pogłębieniem praktyk najbardziej wierzącej części społeczeństwa. Konieczne jest edukowanie kadry szkół w kwestii pozytywnego znaczenia religii, a także aktywne wsparcie katechetów.

## **„Zakorzenie” i szersze więzi społeczne**

Więź społeczna, utożsamienie z systemem wartości lokalnej społeczności ma znaczenie ochronne. Naród i społeczność lokalna są również podmiotem więzi, które chronią. Młody człowiek jest bezpieczniejszy, jeśli jest osadzony w mocnej tożsamości kulturowej, niejako „zakorzeniony”. Patriotyzm, zwłaszcza odniesiony do lokalności, jest rozpoznany czynnikiem chroniącym (Hawkins i wsp., 1992; Wray – Lake i wsp., 2012, ) w ramach tzw. Social Bonding Model zbudowanym przez zespół Hawkinsa, Catalano, Millera (Hawkins i wsp., 2002; Hawkins i wsp., 2009). Obecnie polska młodzież zmienia się w kierunku większej identyfikacji z celami narodowymi. Co to znaczy z punktu widzenia profilaktyki szkolnej? Począwszy od Filomatów i Filaretów, przez „Elsów” prof. Lutosławskiego, aż po harcerstwo prawie wszystkie kierowały adeptów do wymagających celów, np. abstynencji. Najwyraźniej ukazało się to w harcerstwie. Należałoby zadbać, aby nauczyciele śmiało wiązali wychowanie patriotyczne z celami profilaktycznymi.

## **Wpływ środków społecznej komunikacji na poziom zachowań ryzykownych wśród uczniów**

Świat, w którym żyjemy tętni niezliczonymi przekazami medialnymi. Wszystkie „biznesy podwyższonego ryzyka” (pornograficzny, tytoniowy, alkoholowy) używają sugestii medialnych jako sposobu działania. Duża część dochodów mediów płynie z zamówień na reklamę ryzykownych zachowań czy pozycjonowanie produktu. Stwarza to sytuację braku równowagi w przekazach. Niektórzy artyści, w Polsce i na świecie, uczynili z ryzykownych zachowań sposób prowokacyjnej autopromocji. Gdyby udało się znieść reklamę ryzykownych zachowań (rozwiązanie przyjęte na Litwie, częściowo we Francji

czy Skandynawii, a w polskim prawie obecne do lat 90-tych), to pozostanie, niestety, wpływ kulturowy „idoli”, obecnie przekazywany też drogą sieciową. Nauczyciele dostrzegają negatywny wpływ części mediów i niekiedy usiłują mu się przeciwstawić, niestety zbyt rzadko, i często bez wsparcia. Można też zaobserwować pozytywne wpływy medialne (jak nieoficjalna kampania przeciw tzw. dopalaczom w latach 2011-2015) czy promocja „szlachetnej Paczki”.

## **Decydująca rola decyzji politycznych na wszelkich szczeblach i współpraca szkół ze środowiskiem społecznym**

Zdaniem autora najważniejsza dla profilaktyki szkolnej jest identyfikacja władz różnego szczebla (elit, liderów społecznych) z celami profilaktyki. Dysponujemy jednym z najlepszych profilaktycznych systemów prawnie - organizacyjnych na świecie, dla samorządów to jest prawnie „zadanie własne” (gmina). Rocznie środki z samych opłat koncesyjnych przekraczają 700 mln złotych. Niestety, jakość i zakres podejmowanych działań bywają problematyczne.

Możliwość pokazuje przykład Islandii. Przed 20 laty prawie 42 % islandzkich nastolatków upijało się przynajmniej raz w miesiącu. Dziś jest to 6 %. Spadły wskaźniki palenia tytoniu czy używania narkotyków (Kristjansson i wsp., 2016; Milkman, 2016; Romanowsky, 2017). O sukcesie zdecydowały śmiałe i konsekwentne decyzje, na przykład: regularne pomiary zachowań ryzykownych w każdej gminie (przedstawiano wyniki włodarzom gminy co roku); podniesiono z 18 do 20 lat wiek dostępności alkoholu i papierosów; zachęcano (warsztaty, szkolenia) rodziców do spędzania większej ilości czasu z dziećmi i uczono ich monitorowania aktywności swoich dzieci; zaproponowano intensywne działania popołudniowe w postaci zajęć sportowych lub artystycznych, ale prowadzonych przez bardzo świadomych trenerów – profilaktyków (bo nie zawsze sport działa wyłącznie pozytywnie, patrz: Bobrowski, 2003; Bobrowski, 2007; Vest, 2012). To dzięki identyfikacji elit z celami profilaktyki udało się osiągnąć tak znaczący rezultat. Obserwacje poczynione w trakcie wspomnianego już amerykańskiego programu „Communitieis That Care” (Hawkins i wsp., 2009, Fagan i wsp., 2011, Grzelak (red.), 2015) sugerują, że może to być czynnik niezwykle ważny, nawet długofalowo decydujący.

## **Bibliografia**

- Abu – Ras, W. (2010). Ahmed S., Arfken C.L., Alcohol Use Among U.S. Muslim College Students: Risk and Protective Factors, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, v. 9, s. 206-220.
- Anderson, P., Baumberg B. (2006). *Alcohol In Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Benner, A.D., Kretsch N., Paige Harden K., Crosnoe R. (2013). Academic Achievement as a Moderator of Genetic Influences on Alcohol Use in Adolescence. *Developmental Psychology*, v. 50, nr 4, s. 1170-1178.
- Black C. (1991). “It never happen to me”. Children of Alcoholics As Youngsters – Adolescents – Adults. Ed 18, New York : Balantine Book
- Bobrowski K. (2003) Sposoby spędzania wolnego czasu przez młodzież a używanie substancji psychoaktywnych, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, v. VII, 1, s. 91-104.
- Bobrowski K. (2007). Używania substancji psychoaktywnych wśród gimnazjalistów w latach 2001 -□ 2005. Zagadkowe wyniki w Ilawie, *Alkoholizm i Narkomania*, v. 20 (2), s. 133-150.



- Bogenschneider K. (1996). An ecological risk/protective theory for building prevention programs, policies, and community capacity to support youth. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, v. 45, s. 127-138.
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss*, t. III, Loss, Sadness and Depression, New York : Basic Books.
- Bryant A.L., Schulenberg J.E., O'Malley (2003). How academic achievements , attitudes and behavior relate to the course of substance use during adolescence. A 6 – year, multi-wave national longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, v.13 (3), s. 361-397.
- Chassin L., Curran P. J., Hussong A. M., Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: a longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 70–80.
- Cieciuch J. (2007). *Relacje między systemami wartości a przekonaniami światopoglądowymi w okresie dorastania*. Warszawa : Wyd. UW.
- Cierpialkowska L., Ziarko M. (2010). *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne
- Coffelt, N. L., Forehand, R., Olson, A. L., Jones, D. J., Gaffney, C.A., & Zens, M. S. (2006). A longitudinal examination of the link between parent alcohol problems and youth drinking: the moderating roles of parent and child gender. *Addictive Behaviors*, 31, 593–605.
- Conrad A.(2015). Religiosity and its Effects on Risky Behavior. Undergraduate Research *Journal for the Human Sciences*, v. 14.
- Cook C.C. (2004). Addiction and spirituality, *Addiction*, v. 101 (5), s. 539-51 (2006, v. 35(1),s.150-158).
- Cotton S, Zebracki K., Rosenthal S.L., Tsevat J., Drotar D.(2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescence and Health* ., 38(4), s.472-80.
- Dennis D.L., Cox W, Black A, Muller S.(2009). The influence of religiosity and spirituality on drinking behaviors: differences between students attending two southern universities. *Journal of Drug Education*., 39 (1), s. 95-112.
- Díaz R, Gual A., García M., Arnau J., Pascual F., Cañuelo B., Rubio G., de Dios Y., Fernández-Eire M.C., Valdés R., Garbayo I. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 43(1), 1-10
- Dillon F.R., de la Rosa ., Sastre F., Ibanez G. (2013). Alcohol Misuse Among Recent Latino Immigrants: The Protective Role of Preimmigration Familismo, *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 27 (4), s. 956-965.
- Donovan J.E., Leech S.I., Zucker R.A. (2004). Really underage drinkers: Alcohol use among elementary students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, v. 28 (2), s. 341-349. PMID 15112942
- Durlak J.A.(1998). Common risk and protective factors in success prevention programs, *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 68, s. 512 -520, PMID : 9809111.
- Ellison, C. G., Bradshaw, M., Rote, S., Storch, J., & Trevino, M. (2008). Religion and Alcohol Use Among College Students: Exploring the Role of Domain-Specific Religious Salience. *Journal of Drug Issues*, 38(4), 821-846.
- Fagan A. A., Hawkins D.J., Catalano R.F. (2011). *Engaging Communities to Prevent Underage Drinking*, Alcohol Research and Health, v. 34 (2), s. 167-174.

- Fairlie A.M., Wood M. D., Laird R.D.(2012). Prospective Protective Effect of Parents on Peer Influences and College Alcohol Involvement, *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 26, nr 1, s. 30-41.
- Fatyga B., Fluderska G., Sochocki M., Wojcieszek K.(2000). *Spoleczny swiat Drugiego Elementarza*, Warszawa: Wyd. ETOH.
- Fergus S., Zimmerman M.A.(2005). Adolescent resilience : A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, v. 26, ss. 399-419.
- Foxcroft D.R., Lister – Sharp D., Lowe G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction*, . v. 92, s. 531-538.
- Foxcroft D. R., Ireland D., Lister – Sharp D.J., Lowe G., Breen R. (2003). Longer – term primary prevention for alcohol misuse In Young people: a systematic review. *Addiction*, v. 98, s. 397- 411.
- Foster D.W., Young C.M., Bryan J.L., Quist M.C.(2016). Compounding risk: An examination of associations between spirituality/religiosity, drinking motives, and alcohol-related ambivalence among heavy drinking young adults. *Addictive Behaviours*, 63, s.1-11.
- Garmezy N. (1985). *Stres – Resistant Children: The Search for Protective Factors*, [w:] Recent Research in Developmental Psychopathology. J. Stevenson (red.), 1985 , New York : Pergamon Press.
- Gaś Z. (red.) (2004). Badanie zapotrzebowania na profilaktykę w szkole. Warszawa :Wyd. MENiS.
- Gilligan C., Kypri K. (2012). Parent attitudes, family dynamics and adolescent drinking: qualitative study of the Australian parenting guidelines for adolescent alcohol use, *BMC Public Health*, v. 12:491, doi:10.1186/1471-2458-12-491
- Global status report on alcohol and health 2014*, WHO. Źródło internetowe: apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\_eng.pdf . Dostęp: 12.07.2017.
- Greene G., MaCintyre S., West P., Ecob R.(1991). Like parents like child? Associations between drinking and smoking behaviors of parents and their children, *British Journal of Addictions*, v. 25, s. 495-511.
- Grzegorzewska I. , Cierpiałkowska L. (2015). Pozytywna i negatywna adaptacja dzieci i młodzieży rodziców uzależnionych od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 28,221-233
- Grzelak S. [red.],(2015). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*. Warszawa: Wyd. ORE.
- Hawkins J. D., Nederhood B. (1994). *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne*, Warszawa - Olsztyn, IPIŃ/ PTP, Pracownia Wydawnicza.
- Hawkins D.J., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and Rother drug problems In adolescence and Elary adulthood. Implications for substancje use prevention., *Psychological Bulletin*. 112(1), s. 64-105.
- Hawkins J.D., Catalano R.F., Arthur M.W. (2002). Promoting science – based prevention in communities, *Addictive Behavior*, v. 27, s. 951-976. PMID: 12369478.
- Hawkins J.D., Oesterle S., Brown E.C., Arthur M.W., Abbot R.D., Fagan A.A., Catalano R.F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, v. 163 (9), s. 789-798.

- Hogan J.A., Gabrielsen K.R., Luna N., Grothaus D. (2003). *Substance abuse prevention: The intersection of science and practice*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Hussong A., Bauer D. (2008). Telescoped Trajectories from Alcohol Initiation to Disorder in Children of Alcoholic Parents. *Journal of Abnormal Psychology*, 2008, 117 (1), 63-78.
- Janssen M. M., Mathijssen J. J.P., van Bon-Martens M.J.H., van Oers H.A.M., Garretsen H.F.L. (2014). A qualitative exploration of attitudes towards alcohol, and the role of parents and peers of two alcohol-attitude-based segments of the adolescent population, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* v. 9:20.
- Karasowska A. (2006). *Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania*. Warszawa : Wyd. PARPA.
- King K. M., Chassin L. (2007). A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 256–265.
- Koenig H.G., Larson D.B. (2001). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13 (2), s. 67-78.
- Kristjansson A.L., Sigfusdottir I.D., Thorlindson T., Mann M.J., Sigfusson J., Allegrante J.P.(2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014, *Addiction*, v. 111 (4), s. 645-652.
- Malczewski A. (2017). Polska młodzież a substancje psychoaktywne, *Świat Problemów*, nr 4 (291), s. 15-19.
- Marsiglia F.F., Kulis S., Nieri T., Parsai M. (2005). God forbid! Substance use among religious and nonreligious youth. *American Journal of Orthopsychiatry*. 75 (4), s. 585.
- McGue M. Elkins I., Iacono W. (2000). Genetic and environmental influences on adolescent substance use and abuse, *American Journal of Medicine Genetics*, 96, 671-677.
- Miller W.R.(1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. *Addiction*, 93 (7), s. 979-990.
- Milkman H.B., Iceland Succeeds at Reversing Teenage Substance Abuse The U.S. Should Follow Suit, *The World Post*, *Huffpost*, 2016. [http://www.huffingtonpost.com/harvey-b-milkman-phd/iceland-succeeds-at-rever\\_b\\_9892758.html](http://www.huffingtonpost.com/harvey-b-milkman-phd/iceland-succeeds-at-rever_b_9892758.html)
- Moskalewicz J., Room R., Thom B. [red.] (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assesment and suggestions for future action. Synthesis report. RARHA Work Package 4*. Warsaw, 2016, PARPA Ed.
- Needle R., McCubbin H., Reineck R. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use . The role of older siblings, parents and peers, *International Journal of the Addiction*, v. 21 (7), s. 739-766. PMID : 3781689.
- Lelonek- Kuleta B. (2012). Współczesna kultura a zachowania nalogowe, *Świat Problemów*, nr 4 (231), s. 5-9.
- Okulicz-Kozaryn K., Raduj J. (2014). Borucka A., Picie alkoholu przez piętnastoletnią młodzież a praktyki wychowawcze rodziców, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12 (1): 99–108.[www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie](http://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie),
- Olweus, D (2007). *Mobbing. Fala przemocy w szkole. Jak ją powstrzymać?* Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza

- Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz – Kozaryn K., Pisarska A., Perry Ch. L., Williams C.L. (1998). Program Domowych Detektywów . Adaptacja amerykańskiego programu profilaktyki alkoholowej dla młodzieży we wczesnym okresie dojrzewania, *Alkoholizm i Narkomania*, v. 3, nr 2, s. 339-360.
- Ostaszewski K.(2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Warszawa : Scholar.
- Ostaszewski K., Zimmerman M.(2006). The effects of cumulative risk and protective factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency, *American Journal of Community Psychology*, v. 38, s. 237-249.
- Ostaszewski K., Rustecka – Krawczyk A., Wójcik M. (2009). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka*, Warszawa : Wyd. IPiN.
- Ostaszewski K., Rustecka – Krawczyk A., Wójcik M. (2011). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I- III.*, 2011, Warszawa: IPiN
- Ostaszewski K. (2014), *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*, Wyd. IPiN: Warszawa
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A., Biechnowska, D., ... Mirchuk, I. (2017). Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań nalogowych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży Badańa mokotowskie 2004–2016 Badańa ukraińskie, obwód lwowski 2016. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Owczaruk I. (2008). *Odzyskać dziecko*, Warszawa : Wyd. Graf – Rem.
- Patrick M.E. , Schulenberg J.E. (2010). Alcohol use and heavy episodic drinking prevalence and predictors among national samples of American eight –and tenth – grade students, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, v. 71 (1), s. 41-45, PMID: 20105412.
- Patrick M.E., Schulenberg J.E.(2013). Prevalence and Predictors of Adolescent Alcohol Use and Binge Drinking In the United States, *Alcohol Research Current Reviews*, v.35, nr 2, s. 193-200, NIH.
- Perkins E.W. (2002). Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations, *Journal of the Studies of Alcohol*, v. 14 Supl. , s. 91-100.
- Perry C.L. ,Williams C. L., Komro K.A., Veblen – Mortenson S., Stigler M., Munson K.A., Farbakhsh K., Jones R.M., Forster J.L. (2002). Project Northland : long term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use, *Health Education Research*, v. 17 (1), s. 117-132.
- Pilgrim C.C., Schulenberg J.E., O'Malley P.M. et al.(2006). Mediators and moderators of parental involvement on substance use: A national study of adolescents, *Prevention Science* v.7 (1), s. 75-89.
- Raport o stanie zdrowia na świecie 2002. (2003). *Analiza zagrożeń, promocja zdrowia*. Warszawa, 2003, Wyd. PARPA.
- Raport CBOS z badań „Młodzież?://www.cinn.gov.pl/portals?id=166545
- Ransome Y., Gilman S.E. (2016). The Role of Religious Involvement In Black- White Differences In Alcohol Use Disorders. *Journal of Studies on . Alcohol and Drugs*, 77 (5), s. 792-801.
- Rew L. , Wong Y.J.(2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent. Health*, 38 (4), s. 433-442.

- Robinson B.E., Lyn Rhoden J. (2005). *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. wyd. II, Warszawa: Wydawnictwo Parpa.
- Romanowsky Z. (2017). Islandia ma świetny sposób na walkę z uzależnieniem. Czy ktoś zwraca na to uwagę?, *Portal Aletheia*, 15.02.2017, <https://pl.aletheia.org/2017/02/15/islandia-ma-swietny-sposob-na-walke-z-uzaleznieniem-czy-ktos-zwraca-na-to-uwage/>
- Rutter M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding, *Annals of the New York Academy of Science*, v. 1094, Resilience in Children 1-12.
- Sher, K.J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol Health & Research World*, 21(3), 247-254.
- Sierosławski, J. (2015). Używania narkotyków i alkoholu przez młodzież szkolną. Raport z badania ESPAD 2015 r. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Steinman KJ, Zimmerman MA.(2004). Religious activity and risk behavior among African American adolescents: Concurrent and developmental effects. *American Journal of Community Psychology*, 33, s. 151–161.
- Surzykiewicz J. (2000). *Agresja i przemoc w szkole*. Warszawa: Wyd. CMPPP.
- Suwała M. (2010). Uzależnienie od nikotyny u dorosłych dzieci alkoholików. *Przegląd Lekarski*, 67, 875-878.
- Szukalski P. (2013). *Małżeństwo: początek i koniec*. Łódź: Wyd. UŁ, Łódź.
- Szukalski P. (2016). Rozwody we współczesnej Polsce – zróżnicowanie regionalne, Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny 2016, Nr 1, 1-6.
- Szukalski P. (2016). Rozwód po polsku, „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny”, nr 11, 1-5.
- Szymańska J. (2000). *Programy profilaktyczne. Podstawa profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa, CMPPP.
- Szymańska J., Wojcieszek K. (2001). Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych, *Problemy Poradnictwa Psychologicznego – Pedagogicznego*, v. 1, nr 14, s. 5-15.
- Wallace J.M., Brown T.N., Bachman J.G., LaVeist T.A.(2003). The influence of race and religion on abstinence from alcohol, cigarettes and marijuana among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, s.843–848.
- Wallace J.M., Yamaguchi R., Bachman J.G..(2007). Religiosity and adolescent substance use: The role of individual and contextual influences, 2007, *Social Problems*, v. 54 (2), s. 308-327.
- Warner L. A., White H. R., Johnson V. (2007). Alcohol initiation experiences and family history of alcoholism as predictors of problem-drinking trajectories. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 56–65.
- Windle M., Spear L.P., Fuligni A.J. (2008). Transitions into underage and problem drinking: Developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age, 2008, *Pediatrics*, v. 121, Supplement 4, s. 273-289.
- Windle M., Spear L.P., Fuligni A.J., Angold A.; Brown J.D., Pine D., Smith G.T.; Giedd J., Dahl R.E. (2009). Transitions Into Underage and Problem Drinking, Summary of Developmental Processes and Mechanisms: Ages 10–15. *Alcohol Research and Health*, 32, 1, 30-40.
- Wojcieszek K. (2003). Rodzice i dzieci w rodzinach alkoholowych - studium antropologiczno-profilaktyczne. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, nr 1, cz. II, t. VII, s. 65-75.
- Wojcieszek K.(2005). *Na początku była rozpacz*. Kraków; Wyd. Rubikon.
- Wojcieszek K. (2013). *Optymalizacja profilaktyki problemów alkoholowych. Pedagogiczne implikacje grupowych interwencji krótkoterminowych*. Kraków:Rubikon.

- Wojcieszek K. (2013). Czy jesteśmy im coś winni? Rzecz o profilaktyce szkolnej, *Czasopismo internetowe ORE Trendy*, 2013, nr 4, s. 66 -72.
- Wojcieszek K. (2016a). *Nasze dzieci w dżungli życia. Jak pomóc im przetrwać?* Kraków: Wyd. Rubikon.
- Wojcieszek K (2016b). Międzygeneracyjna transmisja uzależnienia od alkoholu – przyczyny oraz możliwości zapobiegania, s. 129-146, [w:] Z.B. Gaś (red.) (2016). *Rodzina a profilaktyka zaburzeń zachowania*. Lublin: Innovatio Press.
- Wong Y.J., Rew L., Slaiken K.D. (2006). A Systematic Review of Recent Research on Adolescent Religiosity/Spirituality and Mental Health, *Issues in Mental Health Nursing*, 27/2, s. 161-183.
- Wray – Lake L. Maggs J.K., Johnston L.D., (2012). Associations between community attachment and adolescent substance use in nationally representative samples, *Journal of Adolescent Health*, v. 51 (4), s. 325-331. PMID 22999832.
- Vest A.E. Simpkins S.D.(2013). When is Sport Participation Risky or Protective for Alcohol Use? The Role of Teammates, Friendships, and Popularity, *New Directions for Child and Adolescent Developments*, nr 140, s. 37-55.
- Yeung J.W., Chan Y.C., Lee B.L.(2009). Youth religiosity and substance use: a meta-analysis from 1995-2007, *Psychological Reports*, v. 105 (1), s. 255- 66.
- Zucker R.A., Donovan J. E., Masten A.S., Mattson M.E., Moss H.B. (2008). Early Developmental Processes and the Continuity of Risk for Underage Drinking and Problem Drinking, *Pediatrics*, v. 121 (Suppl 4), s. 252–S272.
- Zucker R.A., Donovan J.E., Masten A.S., Mattson M.E., Moss H.B.(2009). Developmental Processes and Mechanisms. Ages 0-10, *Alcohol Research and Health*, v. 32, nr 1, s. 16-29.

## **2 Profilaktyka w szkołach**

**Robert Porzak**

## **2.1 Cel i metoda badania potrzeb profilaktycznych**

Przegląd koncepcji i badań przedstawiony w pierwszej części opracowania przypomina o podstawowym kanonie zaleceń dla skutecznej profilaktyki. Działania profilaktyczne dotyczące zachowań ryzykownych młodzieży niosą korzyści wówczas, gdy zmierzają do wzmacniania czynników chroniących i zmniejszania wpływu czynników ryzyka w sposób odwołujący się do przyczyn tych zachowań. Rozpoznanie czynników chroniących i czynników ryzyka, w tym na przykład nasilenia wspierającego zdrowie klimatu rodziny i szkoły, czy też stresu szkolnego lub środowiskowych wzorców sprzyjających podejmowaniu zachowań ryzykownych jest podstawą właściwego doboru działań profilaktycznych dla danej szkoły, klasy czy poszczególnych osób. Trafna diagnoza i właściwie skonstruowane plany działań profilaktycznych wymagają warunków administracyjno-prawnych dla ich wdrożenia, kompetencji realizatorów, środków na realizację i wsparcia społeczno-kulturowego dla zmierzania do zdrowia i odchodzenia od wzorców ryzyka.

Analiza krajowych opracowań badawczych pokazała, że oceny powyższych uwarunkowań skutecznej profilaktyki, choć bardzo liczne i dotyczące każdego z wymienionych w Części I zagadnień, są zwykle prowadzone w sposób przekrojowy i rzadko uwzględniają dynamikę zmian rozwojowych. Badania są też często skupione na wybranej grupie czynników wspierających zdrowie, czy też opisujących nasilenie ryzyka, w oparciu o diagnozę ograniczonego kręgu respondentów. Zarazem wnioski z dostępnych opracowań dotyczą nieaktualnego już ustroju szkolnego, podlegającego reformie w trakcie przygotowywania niniejszego opracowania.

Powyższe czynniki dały podstawy do podjęcia pracy nad udoskonaleniami profilaktyki polskiej zmierzającymi do zwiększenia jej adekwatności do aktualnych potrzeb uczniów, ich rodziców i kadry pedagogicznej, a także lepszego dostosowania do powstających obecnie rozwiązań prawno-administracyjnych i współczesnych realiów społeczno-ekonomicznych w Polsce. Ważnym impulsem były też zachęty ze strony Ministerstwa Edukacji Narodowej, tworzące przestrzeń dla ulepszenia profilaktyki wspierającego modernizację ustroju szkolnego. Rekomendacje dla ulepszenia profilaktyki powinny być oparte na kompleksowej analizie przedstawionych w Części I uwarunkowań skuteczności profilaktyki. Na podstawie takich założeń opracowano projekt wielowymiarowej diagnozy podłużnej, obejmującej ogłąd zróżnicowanych środowisk społecznych, szkolnych i otoczenia szkoły, z uwzględnieniem wymiarów uznawanych w literaturze przedmiotu za najważniejsze dla budowania zdrowia i wdrażania profilaktyki zachowań problemowych.

### **Kontekst**

Ze względu na skalę i złożoność zjawisk społeczno-psychologicznych, ekonomicznych i prawnych projekt badań został osadzony w szerokim kontekście teoretycznym odwołującym się do ujęć systemowych. Liczne badania korelatów zachowań prozdrowotnych i dysfunkcyjnych potwierdzają, że takie podejście do konstruowania programów działań profilaktycznych, zwłaszcza z akcentem poznawczo-społecznym jest najwłaściwsze (Gaś, 2011; Jessor, 2018; Ostaszewski, 2003; Vazsonyi i in., 2010). Modelem przyjętym w projekcie jako ramowy jest więc koncepcja interakcyjna Jessorów.



Podjęcia wykorzystane w konstruowaniu modelu badawczego i narzędzi diagnozy potrzeb przedstawione w Części I, to także:

- Psychologia pozytywna, w tym zwłaszcza teoria pozytywnych interwencji (Csikszentmihalyi, 2009; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins, 2009; Sin & Lyubomirsky, 2009);
- Model samoregulacji (Sjåstad & Baumeister, 2018),
- Teoria zachowań planowanych (Ajzen, Joyce, Sheikh, & Cote, 2011),
- Model społecznych wspólnot działania (Butterfoss, Cashman, Foster-Fishman, Kegler, & Berkowitz, 2001),
- Koncepcje społeczno-psychologiczne optymalnego zróżnicowania (Leonardelli, Pickett, & Brewer, 2010).

**Celem** podjętych działań było przedstawienie sytuacji w Polsce w zakresie skali potrzeb dotyczących profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży oraz ewaluacja skuteczności realizacji polityki społecznej w zakresie działań profilaktycznych, prowadząca do wypracowania rekomendacji dla profilaktyki w zakresie:

1. Aktualnie istniejących i pożądaných uwarunkowań ekonomiczno-organizacyjnych i prawno- administracyjnych profilaktyki w Polsce;
2. Potrzeb profilaktycznych, skuteczności osiągania celów profilaktycznych i jakości procesu realizacji profilaktyki ukierunkowanej na dzieci i młodzież we wszystkich etapach edukacji szkolnej;
3. Społeczno-kulturowych uwarunkowań działalności profilaktycznej, w tym zwłaszcza roli i jakości funkcjonowania profilaktycznego uczestników społeczności szkolnej i jej otoczenia: nauczycieli, rodziców, personelu szkoły, reprezentantów społeczności lokalnych.

Dane badawcze zmierzające do osiągnięcia powyższego celu pochodziły z wielowymiarowej diagnozy potrzeb i zasobów profilaktycznych szkół oraz charakterystyki prowadzonych w środowiskach szkół działań profilaktycznych. Systematyczny przegląd literatury, analiza danych badawczych opracowywana w formie raportów i towarzyszące jej dyskusje panelowe pozwoliły wypracować rekomendowany przez ekspertów model działań profilaktycznych w Polsce, bazujący na wynikach analizy potrzeb i trendów rozwojowych młodzieży oraz dorosłych uczestników społeczności szkolnej.

## **Plan badań**

Właściwości osób i środowisk poddanych oglądowi w procesie badawczym włączono do trzech ogólnych grup:

1. Zachowania ryzykowne (zmiennie zależne):
  - a. Jakość i ilość postaw i zachowań ryzykownych uczniów:
    - i. Palenie tytoniu.
    - ii. Picie alkoholu.
    - iii. Stosowanie nielegalnych substancji psychoaktywnych.
    - iv. Stosowanie agresji i przemocy, cyberprzemocy.
2. Osobowe i środowiskowe uwarunkowania zachowań ryzykownych (korelaty):
  - a. Przejawy konstruktywnego funkcjonowania uczniów, rodziców i nauczycieli: jakość i ilość postaw i zachowań prozdrowotnych.
  - b. Wzorce zachowań ryzykownych i konstruktywnych występujące w środowisku, postawy osób badanych wobec zachowań ryzykownych oraz relacje społeczne i klimat środowiska szkolnego.

- c. Dyspozycje uczniów do samoregulacji, zaufanie do siebie, koherencja i nadzieja na sukces.
3. Profilaktyczne uwarunkowania zachowań ryzykownych (zmiennie niezależne):
- a. Jakość działań profilaktycznych prowadzonych w klasach objętych badaniami:
    - i. Sprawdzona jakość działań profilaktycznych.
    - ii. Kompetencje realizatorów zajęć profilaktycznych.
    - iii. Liczba działań profilaktycznych w czasie roku szkolnego.
    - iv. Długość prowadzonych działań profilaktycznych.

**Schemat badań** przedstawia tabela 1. Do przeprowadzenia badań wykorzystano model podłużny, uwzględniający ocenę uwarunkowań zmian zachodzących przez rok. Terminy badań zależały od zastosowanej metody pomiaru. Systematyczny przegląd danych statystycznych i uwarunkowań prawnych oraz badania z wykorzystaniem wywiadów zogniskowanych były prowadzone w trybie ciągłym, zapewniając stały napływ informacji niezbędnych w planowaniu i realizacji oraz interpretacji pozostałych danych. Pomiar z wykorzystaniem ankiet i testów psychometrycznych wykonano w dwóch etapach:

1. Pierwszy pomiar przeprowadzono pod koniec roku szkolnego 2016/2017.
2. Drugi pomiar wykonano pod koniec roku szkolnego 2017/2018.

Tabela 1  
*Schemat badań*

Zakres tematyczny	Grupa badana	Metody i narzędzia badawcze
<b>Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne i prawnoadministracyjne</b> profilaktyki	Uczestnicy społeczności szkolnej i jej otoczenia: nauczyciele, personel szkoły, reprezentanci realizatorów profilaktyki	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analiza danych statystycznych i dokumentów prawnych</li> <li>2. Ankieta oceny potrzeb profilaktycznych i realizacji profilaktyki - część dla kadry kierowniczej</li> <li>3. Wywiad fokusowy na temat potrzeb profilaktycznych i realizacji profilaktyki</li> </ol>
<b>Potrzeby profilaktyczne, skuteczność</b> osiągania celów profilaktycznych i <b>jakość procesu</b> realizacji profilaktyki	Dzieci i młodzież szkół: podstawowych, gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych różnych typów, nauczyciele, rodzice, personel szkoły	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ankiety oceny potrzeb profilaktycznych i realizacji profilaktyki dla uczniów :           <ol style="list-style-type: none"> <li>a) szkół podstawowych (kl. I-III + kl. IV-VI)</li> <li>b) gimnazjów</li> <li>c) szkół ponadgimnazjalnych</li> </ol> </li> <li>2. Inwentarze psychometryczne dla uczniów szkół PG (ACL-37, IVE, KNS, SOC-29)</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ankieta ewaluacji procesu dla uczniów szkół podstawowych (klasy IV i starsze)</li> <li>4. Ankieta ewaluacji procesu dla rodziców</li> <li>5. Ankieta ewaluacji procesu dla pracowników szkoły</li> </ol>
<b>Społeczno-kulturowe uwarunkowania</b> działalności profilaktycznej	Uczestnicy społeczności szkolnej i jej otoczenia: nauczyciele, rodzice, personel szkoły, reprezentanci społeczności lokalnych	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ankieta oceny potrzeb profilaktycznych i realizacji profilaktyki dla:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Rodziców</li> <li>b) Nauczycieli i personelu pomocniczego, z odrębną częścią dla kadry kierowniczej</li> </ol> </li> <li>2. Wywiad fokusowy na temat potrzeb profilaktycznych i realizacji profilaktyki</li> </ol>

## Narzędzia badawcze

Badania wymagały uzyskania informacji o szerokim spektrum zachowań prozdrowotnych i ryzykownych, a zarazem dostosowania zakresu treści objętych badaniem do roli pełnionej przez daną osobę w społeczności szkoły i do etapu edukacyjnego. W badaniach wykorzystano kwerendę dokumentów prawnych i analizę zagregowanych statystycznych danych społeczno-demograficznych, wywiady fokusowe, narzędzia ankietowe typu wspomaganego komputerowo wywiadu online CAWI oraz psychometryczne testy w wersjach drukowanych (PAPI) i online (CATI). Ocenie poddano planowanie szkolnej profilaktyki, badaniami ankietowymi zostali objęci uczniowie wszystkich etapów edukacji oraz ich rodzice i nauczyciele.

Na podstawie koncepcji diagnozy zakresów tematycznych przedstawionych wyżej opracowano zestaw pytań do 20 wywiadów fokusowych i do 8 ankiet. Dwukrotne badanie z rocznym odstępem wykonano 5 ankietami adresowanymi do uczniów, rodziców i nauczycieli. W badaniach uczniów o profilu szkół zawodowym i licealistów zastosowano także narzędzia standaryzowane: testy ACL, IVE, KNS i SOC-29. Badanie z wykorzystaniem 3 ankiet dla uczniów i testów standaryzowanych przeprowadzono w sposób umożliwiający porównanie indywidualnych odpowiedzi z pierwszego i drugiego pomiaru. W narzędziach unikano pytań ingerujących i zbędnie epatujących zjawiskami dysfunkcjonalnymi niedotyczącymi danej grupy uczestników, zwłaszcza w odniesieniu do uczniów.

Ocena potrzeb profilaktycznych wymaga określenia, jakie zagrożenia dla zdrowia występują w środowisku szkoły obecnie lub pojawią się w nieodległej przyszłości. Porównanie zagrożeń i zasobów prozdrowotnych występujących w środowisku jest punktem wyjścia do określenia, w jakim stopniu osoby których dotyczą zagrożenia potrzebują profilaktycznego wsparcia w radzeniu sobie z nimi. Najważniejsze wymiary zdrowia, które zwykle są ujmowane w diagnozie, to zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe (Gaś, 2013). Skuteczność działań profilaktycznych zależy od rozpoznania nasilenia i przyczyn zachowań ryzykownych w powyższych wymiarach zdrowia, jak i nasilenia

zachowań chroniących. Powiązania między przejawami zachowań ryzykownych i ich przyczynami wyjaśniają m.in. koncepcje omówione w pierwszej części niniejszego podręcznika. Do przykładowych czynników uwzględnianych w diagnozie prowadzonej na potrzeby profilaktyki należą np. klimat rodzinny i szkolny, stres szkolny, wzorce środowiskowe sprzyjające zachowaniom ryzykownym. Są to czynniki definiowane na gruncie różnych teorii, stąd ramy koncepcyjne przyjęte przy konstrukcji narzędzi wykorzystanych w prezentowanych dalej badaniach są oparte o systemową, interakcyjną koncepcję prawdopodobieństwa powstawania zaburzeń zachowania, opracowaną przez Jessorów (Jessor, 2018; Vazsonyi i in., 2010). Pozwala ona na integrację kilku innych podejść wymienionych w opisie celu i metody badań oraz w części pierwszej książki.

### **Wymiary objęte diagnozą**

Na podstawie przeglądu koncepcji i badań przedstawionych w części pierwszej przygotowano zestaw ankiet obejmujących sfery, w których występują istotne czynniki chroniące i czynniki ryzyka. Przegląd badań prowadzonych w Polsce (Borucka & Ostaszewski, 2006; Del Rey i in., 2015; Ostaszewski, 2015; Ostaszewski & Pisarska, 2008; Pyżalski, 2012; Schultze-Krumbholz i in., 2015) oraz analiza ogólnoeuropejskich badań ESPAD (Sierosławski, 2015) sugerują, że należy objąć badaniami poniższe wymiary, zawarte w ankietach:

1. Zachowania ryzykowne:
  - a. deklarowana przez uczniów częstość odurzania się,
  - b. częstość picia alkoholu,
  - c. ilość wypijanego alkoholu,
  - d. częstość palenia tytoniu
  - e. częstość zachowań agresywnych,
  - f. wiek rozpoczęcia odurzania się, picia alkoholu i palenia tytoniu.
2. Uwarunkowania zachowań ryzykownych:
  - a. Relacje z rodzicami
  - b. Relacje z rówieśnikami
  - c. Relacje z nauczycielami
  - d. Sytuacja szkolna
  - e. Impulsywność
  - f. Poczucie zadowolenia
  - g. Reakcje na stres
  - h. Aktywność internetowa
  - i. Wiedza o alkoholu i środkach odurzających
  - j. Ekspozycja na wzorce zachowań ryzykownych
  - k. Postawy i przekonania dotyczące zachowań ryzykownych
  - a. Doświadczenia agresji, przemocy i dręczenia, z uwzględnieniem cyberprzemocy.

Do każdego z powyższych wymiarów stworzono co najmniej jedno pytanie wielokategorialne lub kilka pytań o różnej konstrukcji. Dobór zagadnień do narzędzi ankietowych został poprzedzony gruntowną analizą skali problemów występujących wśród osób planowanych do objęcia badaniami.

Ankieta, podobnie, jak każde narzędzie diagnostyczne, oddziałuje na osoby badane i skłania je do refleksji nad zachowaniem, którego dotyczy badanie (Rabanales Sotos i in., 2015; Savic, Barker, Hunter, & Lubman, 2015). Istnieje potencjalnie ryzyko, że poprzez pytania o zachowania ryzykowne nie podejmowane przez osoby badane naruszy

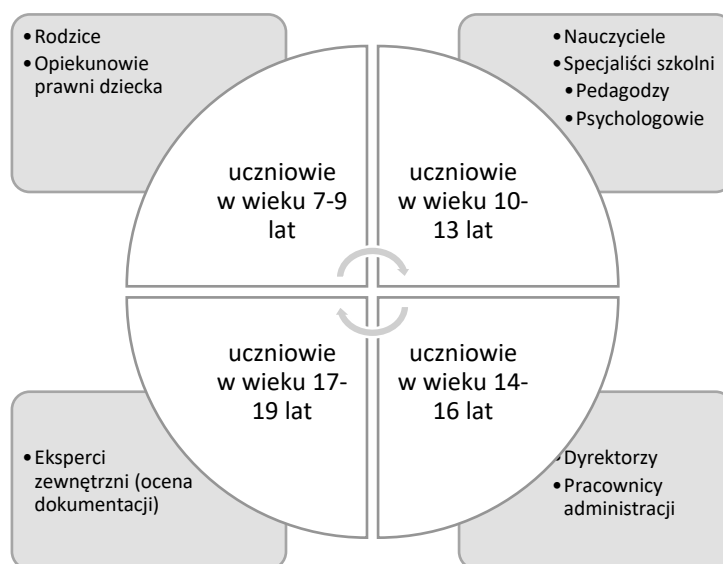
się ich komfort lub doprowadzi do zbędnego zainteresowania takimi zachowaniami. Dlatego też opracowano odrębne narzędzia dla poszczególnych grup wiekowych zgodnie z danymi na temat etapu pojawiania się określonych zachowań dysfunkcyjnych, pochodzącymi z przeglądu badań dotyczących potrzeb profilaktycznych uczniów (Grzelak i in., 2015; Ostaszewski i in., 2017; Sierosławski, 2015).

### Struktura zestawu narzędzi

Wyjściową pulę pytań podzielono na 8 ankiet, umożliwiających diagnozę potrzeb profilaktycznych i ewaluację procesu realizacji zajęć profilaktycznych w oparciu o informacje uzyskiwane od odrębnych grup osób. Ankiety badania potrzeb profilaktycznych były przystosowane do badania następujących grup:

1. Uczniowie w wieku:
  - a. 7-9 lat (wypełniane przez wychowawców),
  - b. 10-13 lat,
  - c. 14-19 lat (w wersji dla szkół podstawowych i ponadpodstawowych, różniące się pytaniami o właściwości demograficzne).
2. Rodzice.
3. Pracownicy szkoły

Wzory narzędzi niestandardyzowanych są dostępne na stronie <https://profilaktycy.pl/> W początkowej fazie badań wykorzystano również opracowane odrębnie narzędzie, do gromadzenia danych na temat właściwości szkół objętych badaniem i Szkolnego Programu Profilaktyki, jako dokumentu obowiązującego w czasie rozpoczynania badań (2016). Zadaptowano w tym celu arkusz ewaluacyjny autorstwa Zbigniewa B. Gasia "Procedura Oceny SPP" (Gaś, 2003). Narzędzie do oceny SPP nie jest przedstawione w opisywanym obecnie badaniu ze względu na dezaktualizację wynikającą ze zmiany wymogów prawnych dotyczących dokumentów szkolnych. Struktura zestawu ankiet jest przedstawiona graficznie na rysunku 1.



Rysunek 1. Struktura zestawu ankiet do diagnozy potrzeb profilaktycznych.

Porównanie wyników pierwszego i drugiego pomiaru wymagało pogodzenia wymogów anonimizacji gromadzonych danych ankietowych z potrzebą identyfikacji personalnej uczniów między badaniami. W celu anonimizacji, umożliwiającej zarazem jednoznaczny identyfikację osób badanych i połączenie jej danych z dwóch badań wykorzystano system oparty na numerze identyfikacyjnym ucznia wypełniającego ankietę. Tworzenie numeru identyfikacyjnego oparto na kodowaniu w jego zawartości podstawowych zestawu podstawowych danych osobowych uczniów w sposób uniemożliwiający łatwe odkodowanie bez jednoczesnego dostępu do dokumentacji szkolnej ucznia i do danych ankietowych oraz zastosowania technik deszyfracji kodu zabezpieczonego kryptograficznie. Dane osobowe ucznia nie były bezpośrednio przetwarzane przez realizatorów badań. W bazie danych były zapisywane tylko kody generowane przez algorytm działający w czasie rzeczywistym w trakcie wpisywania przez ucznia danych online. Łączenia ankiet z pierwszego i drugiego pomiaru wykonano na podstawie kodu z pierwszego i drugiego badania, które były identyczne. Taki mechanizm zapewniał możliwość dopasowania odpowiedzi poszczególnych uczniów z trafnością wyższą niż 95%, nie wymagając przy tym odrębnych, złożonych i czasochłonnych procedur tworzenia indywidualnych kont i haseł dostępu dla użytkowników, co dodatkowo zmniejszałoby ich anonimowość, a tym samym wiarygodność odpowiedzi oraz wytworzyło ryzyko błędów wynikających z zapomnienia loginów i haseł. Błędy łączenia danych w tej procedurze wynikały z omyłek uczniów w trakcie wpisywania swoich danych osobowych w pierwszym lub drugim badaniu, a także możliwości celowego zniekształcenia danych przez osobę badaną.

Wszystkie ankiety zostały przygotowane w wersji komputerowej, dostępnej za pomocą przeglądarki stron www z pracowni komputerowych szkół. Strony ankiet były umieszczone na zabezpieczonym serwerze, z szyfrowaniem połączenia, potwierdzonym widocznym dla osób badanych certyfikatem bezpieczeństwa. Każda osoba badana otrzymywała bezpośrednio przed badaniem losowo przydzielany, unikalny, jednorazowy kod dostępu (token) służący do wypełnienia danego badania. Bez tokena nie było dostępu do ankiety. Po wypełnieniu ankiety następowało automatyczne przekierowanie na inną stronę, co uniemożliwiała dostęp do wcześniej wypełnionych pytań nawet bez zamknięcia przeglądarki. Dostęp administracyjny umożliwiający wgląd w dane został przydzielony wyłącznie jednej osobie, psychologowi z upoważnieniem do ich obsługi. Zarówno administrator, jak i informatyk obsługujący stronę, mieli dostęp tylko do danych już zaszyfrowanych.

Wszystkie ankiety zostały także opracowane także w wersjach papierowych, dla szkół, w których nie było możliwości przeprowadzenia badań online. Wyniki były wówczas wpisywane przez ankietera do arkusza na stronie internetowej. Testy standaryzowane zakupione w Pracowni Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego zostały przekazane w formie papierowej. Na stronie ankietyzacji były dostępne arkusze do wpisywania odpowiedzi online, także dostępne za pomocą jednorazowego tokena.

Wzory ankiet wraz z mechanizmem badania zostały udostępnione wszystkim szkołom biorącym udział w badaniach, w celu ich przeglądu zgodnie z wewnątrzszkolną procedurą i ewentualnego zgłoszenia zastrzeżeń bądź wycofania się z badań. Nie odnotowano sytuacji wycofania się placówki z badań z powodu zawartości ankiet bądź formy prowadzenia badań. Odnotowano dwie prośby rodziców o wyłączenie danych ich dzieci z puli przetwarzanych informacji. Po udostępnieniu przez rodzica danych identyfikujących dziecko usunięto wyniki z puli badań.

Badania były poprzedzone gruntownym przygotowaniem ankierów. Ankierzy otrzymali instrukcje, umożliwiające im dokładne zrozumienie intencji badania oraz zapoznali się przed badaniami z ankietami, sprawdzając znaczenie poszczególnych pytań ankietowych. Ankierzy posiadali pełną znajomość wymogów związanych z organizacją badania, dotyczących zakresu poufności wyników i sposobu jej zachowania we współpracy z przedstawicielami szkoły. Ankierzy mieli wykształcenie z zakresu nauk społecznych. Koordynatorzy dbali, żeby ankierzy byli w maksymalnym stopniu niezależni od osób i instytucji objętych badaniami.

## Zmienne i wskaźniki

Odpowiedzi na pytania ankietowe i testowe mówiły o nasileniu zjawisk objętych badaniami, np. częstości palenia tytoniu, picia alkoholu, czy angażowania się w zajęcia alternatywne lub przejawianie niechęci do podejmowania zachowań ryzykownych. Zestaw zjawisk, których nasilenie oceniano był w każdej z badanych grup nieco inny. W celu uproszczenia wielowymiarowych charakterystyk posłużono się wskaźnikami nasilenia ryzyka, syntetycznie obrazującymi wiodące właściwości środowiska szkolnego i społecznego oraz nasilenie zachowań ryzykownych uczniów. Wskaźniki nasilenia ryzyka, ze względu na różne punkty wyjścia dla ich obliczania, były szacowane odrębnie dla poszczególnych grup osób badanych, w zależności od zmiennych, które objęto pomiarem i uwzględniono w analizach. Przyjęty dla danego etapu edukacyjnego lub roli w środowisku szkoły zestaw zmiennych był w odniesieniu do każdej osoby przekształcany na pojedynczy wskaźnik nasilenia jej zachowań prozdrowotnych lub ryzykownych. Agregacja indywidualnych wskaźników została dokonana poprzez sumowanie punktowych ocen odpowiedzi w ankiecie, mówiących o nasileniu zmiennych wchodzących w skład wskaźnika. Obliczono odrębne wskaźniki sumaryczne dotyczące stosowania legalnych i nielegalnych substancji psychoaktywnych oraz agresji i przemocy, a także łączny wskaźnik nasilenia zachowań ryzykownych, będący sumą powyższych.

Charakterystyka zmiennych wchodzących w skład wiodących wskaźników dla poszczególnych grup osób badanych jest przedstawiona poniżej. Dla kilkuset szkół biorących udział w badaniach opracowano raporty tabelaryczne, obrazujące uśrednione wyniki uzyskane przez zbadanych w danym środowisku uczniów. Każdą z analizowanych zmiennych, jak i całe środowisko szkoły porównano też z uśrednionymi wynikami ogólnopolskimi dla danego etapu edukacyjnego.

**Ocena zmian** zachodzących w grupie uczniów w czasie roku dzielącego pierwszy i drugi pomiar została przeprowadzona w odniesieniu do opisanych wyżej wskaźników sumarycznego nasilenia zachowań konstruktywnych i ryzykownych objętych pomiarem, traktowanych jako zmienne zależne. Zmienne niezależne wykorzystane w porównaniu opisywały właściwości zastosowanych w danej klasie szkolnej działań profilaktycznych. Do tej grupy zaliczono:

1. Rodzaj działań profilaktycznych:
  - a. Stosowano tylko programy z banku programów rekomendowanych.
  - b. Wśród realizowanych działań był co najmniej jeden program z banku rekomendowanych.
  - c. Wykorzystano opublikowany program nie włączony do banku.
  - d. Przeprowadzono tylko działania autorskie, nie posiadające opublikowanego opisu.
  - e. Wyłącznie tematyczne godziny wychowawcze i lekcyjne.
  - f. Nie prowadzono działań profilaktycznych.

2. Działania profilaktyczne przeprowadzili przede wszystkim:
  - a. Realizatorzy spoza szkoły.
  - b. Pedagodzy / psychologowie szkolni.
  - c. Nauczyciele.
3. Liczba odrębnych działań profilaktycznych przeprowadzonych w klasie w czasie roku szkolnego 2017/2018, do momentu pomiaru (maj/czerwiec):
  - a. Brak działań.
  - b. Jedno do dwóch.
  - c. Trzy do czterech.
  - d. Pięć i więcej.
4. Łączny czas realizacji najdłuższego z przeprowadzonych działań profilaktycznych:
  - a. Brak działań / brak opisu.
  - b. Do 2 godzin
  - c. 3-9 godzin.
  - d. 10-30 godzin
  - e. Ponad 30 godzin.

Interpretując uzyskane rezultaty należy pamiętać, że wymienione wyżej kategorie zmiennych niezależnych były podstawą podziału osób badanych na podgrupy, objęte w dalszej części analizą porównawczą ukazującą wpływ danego czynnika na zmiany zachowań ryzykownych i ich uwarunkowań. Podgrupy wyróżnione ze względu na poszczególne właściwości profilaktyki były różnicowe. Szczególnie wyraźnie dotyczy to grup skrajnych, np. osób nie uczestniczących w żadnych zajęciach profilaktycznych, jak i osób uczestniczących tylko w programach rekomendowanych. W grupach o niskiej liczebności wpływ na uzyskane wyniki mogły mieć właściwości indywidualne badanych uczniów, zaliczonych do danej kategorii na podstawie informacji o realizacji profilaktyki w szkole, uzyskanych w trakcie badań od nauczycieli i szkolnych specjalistów, a nie same właściwości profilaktyki. Powyższe zjawisko może występować w grupach uczniów szkół podstawowych w wieku 7-9 lat oraz licealistów i uczniów szkół o profilu zawodowym, które były mniej liczne, niż pozostałe. Wyniki grupy uczniów ponadpodstawowych przedstawiono w podziale na dwie kategorie działań profilaktycznych: działania kwalifikowane, czyli włączone do banku rekomendowanych programów profilaktycznych lub opublikowane i działania niekwalifikowane, o niesprawdzonej wartości.

**Zachowania ryzykowne i ich uwarunkowania objęte analizą** są przedstawione poniżej dla poszczególnych grup osób badanych. Wskaźniki zostały wyodrębnione na podstawie wyników analiz czynnikowych, których rezultaty nie są wiodącym przedmiotem badań i zostaną omówione w odrębnym opracowaniu.

**Uczniowie w wieku 7-9 lat, szkoły podstawowe** (klasy I-III).

**Zachowania ryzykowne**, to właściwości zachowania uczniów spostrzegane przez nauczycieli. Odpowiedzi nauczycieli sumowano, obliczając ogólną ocenę przystosowania każdego ucznia do funkcjonowania w szkole. Zmienne te zostały wyodrębnione w oparciu o analizę czynnikową skali opisującej zachowanie ucznia w percepcji nauczyciela. Wskaźniki zmiennych zależnych wykorzystanych w analizach, to średnie punktowe oceny nauczyciela w następujących wymiarach:

1. Nieprzebrnięcie norm i oczekiwań szkolnych.
2. Koncentracja na sobie.



**Uwarunkowania** zachowań ryzykownych objęte pomiarem, to:

1. Socjalizacja.
2. Aktywność.
3. Klimat szkolny w percepcji ucznia wyrażonej wizualizacją w przestrzeni.
4. Liczba programów profilaktycznych w których brał udział uczeń – informacje od nauczyciela.
5. Liczba zajęć alternatywnych w których brał udział uczeń – informacje od nauczyciela.

**Uczniowie w wieku 10-12 lat, szkoły podstawowe** (klasy IV-VI).

**Zachowania ryzykowne**, to deklarowana przez uczniów częstość picia alkoholu, częstość palenia tytoniu i częstość zachowań agresywnych oraz wiek rozpoczęcia picia alkoholu i palenia tytoniu. Wskaźniki zmiennych zależnych, to odpowiedzi na pytania dotyczące tych zachowań:

1. Deklarowana częstość picia przez ucznia alkoholu.
2. Deklarowana częstość palenia przez ucznia tytoniu.
3. Zachowania impulsywno-agresywne i dręczenie innych.
4. Wiek pierwszego kontaktu z alkoholem.
5. Wiek pierwszego kontaktu z tytoniem.

**Uwarunkowania** zachowań ryzykownych i ich wskaźniki, to:

1. Kontakt z rodzicami.
2. Kontrola rodzicielska.
3. Aktywność w relacjach z rówieśnikami.
4. Wsparcie wśród uczniów.
5. Wsparcie od wychowawcy.
6. Wsparcie od nauczycieli.
7. Koncentracja nauczycieli na ocenach.
8. Postawa wobec szkoły.
9. Postawa wobec nauki.
10. Impulsywność (Barratt Impulsiveness Scale - BIS):
  - a. BIS-C - Kontrola.
  - b. BIS-I - Impulsywność.
11. Poczucie zadowolenia:
  - a. Zadowolenie ze swoich cech i właściwości.
  - b. Zadowolenie z warunków w rodzinie i środowisku.
12. Reakcje na stres:
  - a. Typ kompulsywny,
  - b. Typ emocjonalny.
13. Aktywność internetowa.
14. Wiedza o alkoholu.
15. Ekspozycja na rówieśnicze wzorce zachowań ryzykownych.
16. Ekspozycja na rodzinne wzorce zachowań ryzykownych.
17. Poczucie przyzwolenia na podejmowanie zachowań ryzykownych.
18. Postawy sprzyjające zachowaniom ryzykownym.
19. Trudności edukacyjne – suma punktów za odpowiedzi z wszystkich kategorii pytań o:
  - a. Oceny szkolne
  - b. Ocena z zachowania,

- c. Powtarzanie klasy,
  - d. Wagary.
20. Częstość doświadczania agresji, przemocy i dręczenia:
- a. Częstość doświadczania dręczenia.
  - b. Częstość doświadczania cyberprzemocy.
  - c. Częstość doświadczania agresji i przemocy werbalnej i fizycznej.

**Uczniowie w wieku 13-16 lat** (w roku 2017 zbadano uczniów klas I-III gimnazjów, w roku 2018 zbadano te same osoby, będące w zreformowanej szkole podstawowej uczniami klas VII i II – III gimnazjum).

**Zachowania ryzykowne** weryfikowane w kolejnych analizach, to deklarowana przez uczniów częstość odurzania się, częstość picia alkoholu, ilość wypijanego alkoholu, częstość palenia tytoniu i częstość zachowań agresywnych, a także wiek rozpoczęcia odurzania się, picia alkoholu i palenia tytoniu. Wskaźniki zmiennych zależnych, to:

- 3. Deklarowana przez ucznia częstość zażywania środków psychoaktywnych i leków w celu odurzania się.
- 4. Deklarowana przez ucznia częstość picia alkoholu.
- 5. Deklarowana przez ucznia ilość wypitego ostatnio alkoholu.
- 6. Deklarowana przez ucznia częstość palenia tytoniu.
- 7. Zachowania impulsywno-agresywne i dręczenie innych – suma punktów w odpowiedzi na pytania o:
  - a. Dręczenie innych osób w szkole.
  - b. Niszczenie przedmiotów w reakcji na stres.
  - c. Złozczenie się i klócenie z najbliższymi w reakcji na stres.
  - d. Obrażanie się w reakcji na stres.
- 8. Wiek rozpoczęcia odurzania się.
- 9. Wiek pierwszego kontaktu z alkoholem.
- 10. Wiek pierwszego kontaktu z tytoniem.

**Uwarunkowania** zachowań ryzykownych i ich wskaźniki, to:

- 2. Kontakt z rodzicami.
- 3. Kontrola rodzicielska.
- 4. Aktywność w relacjach z rówieśnikami.
- 5. Wsparcie wśród uczniów.
- 6. Wsparcie od wychowawcy.
- 7. Wsparcie od nauczycieli.
- 8. Koncentracja nauczycieli na ocenach.
- 9. Postawa wobec szkoły.
- 10. Postawa wobec nauki.
- 11. Impulsywność (Barratt Impulsiveness Scale - BIS):
  - a. BIS-C - Kontrola.
  - b. BIS-I - Impulsywność.
- 12. Poczucie zadowolenia:
  - a. Zadowolenie ze swoich cech i właściwości.
  - b. Zadowolenie z warunków w rodzinie i środowisku.
- 13. Reakcje na stres:
  - a. Typ kompulsywny – stosowanie substancji psychoaktywnych, agresja.
  - b. Typ emocjonalny – koncentracja na emocjach, izolacja.
- 14. Aktywność internetowa:
  - a. Korzystanie rozwojowe.

- b. Zaniedbywanie obowiązków.
  - c. Podawanie w Internecie danych osobistych prawdziwych i fałszywych.
- 15. Wiedza o alkoholu.
- 16. Wiedza o środkach odurzających.
- 17. Ekspozycja na rówieśnicze wzorce zachowań ryzykownych.
- 18. Ekspozycja na rodzinne wzorce zachowań ryzykownych.
- 19. Poczucie przyzwolenia na podejmowanie zachowań ryzykownych.
- 20. Postawy sprzyjające zachowaniom ryzykownym.
- 21. Trudności edukacyjne:
  - a. Oceny szkolne,
  - b. Ocena z zachowania,
  - c. Powtarzanie klasy,
  - d. Wagary.
- 22. Częstość doświadczania agresji, przemocy i dręczenia:
  - a. Częstość doświadczania dręczenia.
  - b. Częstość doświadczania cyberprzemocy.
  - c. Częstość doświadczania agresji i przemocy werbalnej i fizycznej.

**Uczniowie w wieku 17-19 lat** (w pierwszym pomiarze były to szkoły ponadgimnazjalne, w drugim ponadpodstawowe, klasy I-III).

**Zachowania ryzykowne i ich uwarunkowania** objęte analizą wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych są identyczne, jak w szkołach gimnazjalnych. Analizie poddano deklarowaną przez uczniów częstość odurzania się, częstość picia alkoholu, ilość pitego alkoholu, częstość palenia tytoniu i częstość zachowań agresywnych oraz podawany przez uczniów wiek rozpoczęcia odurzania się, picia alkoholu i palenia tytoniu.

Uczniowie szkół o profilu zawodowym i licealiści zostali też poddani ocenie wybranych właściwości osobowościowych potencjalnie wpływających na podejmowanie zachowań ryzykownych. Badaniami objęto następujące wymiary:

1. Osobowościowe korelaty potrzeb, struktura ja w ujęciu analizy transakcyjnej i samoocena, zbadane wielowymiarowym kwestionariuszem ACL-37 (Gough & Heilbrun, 1983) w zaktualizowanym polskim opracowaniu o sprawdzonej rzetelności i normalizacji (Martowska, 2012).
2. Impulsywność, skłonność do ryzyka i empatia, ocenione za pomocą kwestionariusza IVE (Eysenck & Eysenck, 1978) w polskiej adaptacji o zadowalającej stabilności (Jaworowska, 2011).
3. Nadzieja na sukces, zmierzona za pomocą kwestionariusza KNS opartego na koncepcji Snydera (Snyder, Cheavens, & Simpson, 1997). KNS, posiada dobre właściwości psychometryczne i mierzy ogólną nadzieję na sukces, przekonanie o posiadaniu siły woli umożliwiającej realizowanie celów oraz przekonanie o posiadaniu umiejętności znajdowania rozwiązań w sytuacjach trudnych (Łaguna, Trzebiński, & Zięba, 2005).
4. Poczucie koherencji, poddane ocenie kwestionariuszem SOC-29 Antonovsky'ego, o zadowalających właściwościach psychometrycznych (Holmefur, Sundberg, Wettergren, & Langius-Eklöf, 2015).

**Rodzice** uczniów we wszystkich szkołach objętych badaniem.

**Czynniki ryzyka** poddane analizie w grupie rodziców dotyczyły środowiska, w którym wzrastają uczniowie oraz postaw i zachowań rodziców związanych z podejmowaniem ryzyka przez uczniów. Badaniami objęto następujące zmienne:

1. Ekspozycja na środowiskowe wzorce zachowań ryzykownych.
2. Deklarowana częstość występowania zachowań ryzykownych w domu.
3. Postawy sprzyjające zachowaniom ryzykownym dziecka.
4. Impulsywność (Barratt Impulsiveness Scale – BIS-I).

**Uwarunkowania zachowań ryzykownych uczniów** związane z właściwościami rodziców które uwzględniono w badaniach obejmowały:

1. Właściwości społeczno-demograficzne rodziców:
  - a. Płeć.
  - b. Wiek.
  - c. Wykształcenie.
2. Status zawodowy.
3. Częstość i zakres kontaktu z dziećmi.
4. Sprawowanie kontroli rodzicielskiej.
5. Impulsywność (Barratt Impulsiveness Scale - BIS):
  - a. BIS-C - Kontrola.
  - b. BIS-I - Impulsywność.
6. Poczucie zadowolenia i jego składowe:
  - a. Zadowolenie z właściwości osobistych.
  - b. Zadowolenie z pozycji zawodowej, materialnej, relacji społecznych i nieformalnej sieci wsparcia.

**Pracownicy szkoły** (nauczyciele, pedagodzy i psychologowie, kadra kierownicza i administracyjna).

**Czynniki ryzyka** uwzględnione w badaniach tej grupy charakteryzowały właściwości środowiska szkolnego poddane profesjonalnemu oglądowi nauczycieli. W analizie uwzględniono następujące zachowania problemowe:

1. Częstość występowania w szkole zachowań ryzykownych uczniów, w tym:
  - a. Zgłoszona przez nauczycieli częstość zażywania przez uczniów środków psychoaktywnych i leków w celu odurzenia się.
  - b. Deklarowana przez ucznia częstość picia alkoholu.
  - c. Deklarowana przez ucznia ilość wypitego ostatnio alkoholu.
  - d. Deklarowana przez ucznia częstość palenia tytoniu.
  - e. Zachowania impulsywno-agresywne i dręczenie innych
  - f. Stosowanie agresji i przemocy, negacji obowiązków szkolnych, zabsorbowania mediami elektronicznymi, niewłaściwego odżywiania się

**Uwarunkowania zachowań ryzykownych uczniów** obserwowane przez nauczycieli lub związane z ich właściwościami lub zachowaniami obejmowały:

1. Właściwości społeczno-demograficzne rodziców:
  - a. Płeć.
  - b. Wiek.
  - c. Wykształcenie.
  - d. Stanowisko: pełnienie ról kierowniczych, funkcje pedagoga lub psychologa szkolnego.
2. Ekspozycja na środowiskowe wzorce zachowań ryzykownych.

3. Ekspozycja na szkolne wzorce zachowań ryzykownych (np. palenie tytoniu w szkole).
4. Impulsywność (Barratt Impulsiveness Scale - BIS):
  - a. BIS-C - Kontrola.
  - b. BIS-I - Impulsywność.
5. Poczucie zadowolenia
6. Priorytety profilaktyczne.
7. Przekonanie o skuteczności profilaktyki i poszczególnych form jej realizacji.
8. Ocena czynników wpływających na profilaktykę.

## **Analiza ilościowa**

Opracowanie prezentuje przede wszystkim wyniki kwerend dokumentów, analizy danych GUS i zagregowanych danych statystycznych uzyskane w ankietyzacji. Obszerne informacje będące efektem badań i analiz eksperckich wykonanych z wykorzystaniem pozostałych narzędzi są dostępne na stronie <https://profilaktycy.pl/> oraz w repozytorium Open Access <https://osf.io/wf3az>.

Analizę danych przeprowadzono w oparciu o charakterystyki opisowe środowisk szkolnych objętych badaniami w podziale na grupy przedstawione wyżej. Ocenę zmian zachodzących po roku realizacji działań profilaktycznych w zależności od nasilenia poszczególnych zmiennych niezależnych wykonano dla zmiennych ilościowych z wykorzystaniem analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem, zgodnie z modelem zaproponowanym przez Krzysztofa Ostaszewskiego i zaakceptowanym przez zespół ekspertów – autorów opisu wyników. Dla zmiennych jakościowych obliczono współczynniki istotności różnic testem Wilcoxon lub McNemara. Wyniki ANOVA przedstawiono w sposób uproszczony, pełne rezultaty są na podanych wyżej stronach www projektu i repozytorium.

## **Zakres i sposób prezentacji wyników**

Dążąc do zapewnienia komunikatywności opracowania przeprowadzono analizę wyników w dwóch etapach. Niniejsze opracowanie przedstawia informacje na temat najważniejszych różnic występujących między grupami wyróżnionymi na podstawie kategorii opisujących właściwości profilaktyki. Nie wyczerpuje to jednak wszystkich zgromadzonych danych, których prezentacja w jednej pracy przekraczałaby ramy przedsięwzięcia badawczego, jak i zdecydowanie komplikowała odbiór i interpretację przekazu. Kolejne analizy prowadzone przez ekspertów umożliwią pogłębiony ogląd przedstawionych wyników, pozwalając zarazem rozszerzyć interpretację przyczynowo – skutkową o nie uwzględnione obecnie dokładne charakterystyki opisowe i powiązania między zmiennymi. Czytelnik zainteresowany samodzielnym wglądem w zestawienia ilościowe może zapoznać się z wynikami tabelarycznymi dostępnymi na stronach projektu, w repozytorium i na stronie Fundacji „Masz Szansę”, będącej wykonawcą badań.

## **Bibliografia**

- Ajzen, I., Joyce, N., Sheikh, S., & Cote, N. G. (2011). Knowledge and the Prediction of Behavior: The Role of Information Accuracy in the Theory of Planned Behavior. *Basic & Applied Social Psychology*, 33(2), 101–117.

- Butterfoss, F., Cashman, S., Foster-Fishman, P., Kegler, M., & Berkowitz, B. (2001). Roundtable Discussion and Final Comments. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 229.
- Csikszentmihalyi, M. (2009). The Promise of Positive Psychology. *Psihologijske teme / Psychological Topics*, 18(2), 203–211.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and Venturesomeness: Their Position in a Dimensional System of Personality Description: *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.2466/pr0.1978.43.3f.1247>
- Gaś, Z. (2011). *Profesjonalna profilaktyka w szkole. Nowe wyzwania*. Lublin: Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie.
- Gough, H. G., & Heilbrun, A. B. (1983). *The adjective checklist manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Holmefur, M., Sundberg, K., Wettergren, L., & Langius-Eklöf, A. (2015). Measurement properties of the 13-item sense of coherence scale using Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 24(6), 1455–1463.
- Jaworowska, A. (2011). *Kwestionariusz impulsywności IVE - impulsywność, skłonność do ryzyka, empatia: polska normalizacja*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Jessor, R. (2018). Reflections on Six Decades of Research on Adolescent Behavior and Development. *Journal of Youth & Adolescence*, 47(3), 473.
- Leonardelli, G., Pickett, C., & Brewer, M. (2010). *Optimal Distinctiveness Theory: A Framework for Social Identity, Social Cognition, and Intergroup Relations*.
- Łaguna, M., Trzebiński, J., & Zięba, M. (2005). *Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS: Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Martowska, K. (2012). *Lista przymiotnikowa ACL: Harrison G. Gough, Alfred B. Heilbrun, Jr.: polska normalizacja*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Ostaszewski, K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych: podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: Scholar.
- Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293–311.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467–487.
- Sjåstad, H., & Baumeister, R. F. (2018). The Future and the Will: Planning requires self-control, and ego depletion leads to planning aversion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 76, 127–141.
- Snyder, C. R., Cheavens, J., & Simpson, S. C. (1997). Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 107–118. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.1.2.107>
- Vazsonyi, A. T., Chen, P., Jenkins, D. D., Burcu, E., Torrente, G., & Sheu, C.-J. (2010). Jessor's problem behavior theory: Cross-national evidence from Hungary, the Netherlands, Slovenia, Spain, Switzerland, Taiwan, Turkey, and the United States. *Developmental Psychology*, 46(6), 1779–1791. <https://doi.org/10.1037/a0020682>

## 2.2 Organizacja badań i grupa badana

Badania w projekcie realizowano z wykorzystaniem trzech wiodących technik badawczych stosowanych równoległe lub naprzemiennie w kilku etapach. Pierwszą z technik gromadzenia danych o sytuacji profilaktyki w Polsce była analiza dokumentów i aktów prawnych dotyczących profilaktyki szkolnej, danych demograficznych z ogólnopolskich i regionalnych baz GUS i samorządów, profilowanych tematycznie w zakresie sytuacji społeczno-ekonomicznej gmin objętych badaniami, skali problemów społecznych w poszczególnych gminach i regionach oraz pozyskiwania i dystrybucji funduszy na cele profilaktyczne. Badania te prowadzono przez cały czas trwania projektu a raporty z nich powstawały w dwóch etapach: bezpośrednio po rozpoczęciu projektu, w odniesieniu do zastanych rozwiązań prawnych i uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i po zakończeniu drugiej tury badań. Wyniki analiz dokumentów i opracowań służyły przede wszystkim ocenie uwarunkowań prawno-administracyjnych profilaktyki w Polsce. Rezultaty analiz danych dotyczących finansowania profilaktyki były też wykorzystywane w ocenie uwarunkowań społeczno-ekonomicznych profilaktyki.

Druga technika gromadzenia danych obejmowała analizę informacji jakościowych pochodzących od bezpośrednich uczestników i realizatorów profilaktyki oraz przedstawicieli instytucji i środowiska społecznego tworzącego kontekst profilaktyki. Badania te prowadzono z wykorzystaniem wywiadów zogniskowanych i objęto nimi 20 grup z różnych regionów Polski i z różnych typów środowisk. Wywiady zogniskowane prowadzono cyklicznie od początku do końca projektu. Podsumowania informacji pochodzących z początkowych wywiadów zogniskowanych prowadzonych w roku 2016 i w pierwszej połowie roku 2017 były podstawą modyfikacji i dopasowania pytań z narzędzi ankietowych do potrzeb diagnozy i do zgłoszonych przez uczestników wywiadów rodzajów i przejawów zjawisk istotnych do objęcia analizą ilościową. Kolejne wywiady służyły opisowi społecznych korelatów profilaktyki trudno uchwytnych ankietowo oraz dawały podstawy do kolejnych uzupełnień i modyfikacji ankiet, przeprowadzonych przed drugą turą badań w roku szkolnym 2017/2018.

Trzecia technika, która posłużono się w gromadzeniu danych, to badania ankietowe. Badania te przeprowadzono w kilku etapach. Początkowe badania obejmowały ocenę podstaw prawnych i organizacyjnych profilaktyki, dokonaną pod koniec roku 2016 na podstawie analizy Szkolnych Programów Profilaktyki, Szkolnego Programu Wychowania i Statutu Szkoły. Na podstawie wyników tej analizy oraz oceny sytuacji społeczno-demograficznej w poszczególnych regionach kraju planowanych do uwzględnienia w badaniach wybrano na przełomie roku 2016/2017 654 szkoły, z którymi zawarto porozumienia dotyczące współpracy w dwuetapowych badaniach podłużnych w latach szkolnych 2016/2017 i 2017/2018. Badania sytuacji szkolnej i zapotrzebowania na profilaktykę w szkołach wykonano pod koniec roku szkolnego 2016/2017 oraz pod koniec roku szkolnego 2017/2018. Jak wspomniano powyżej miały one charakter badań podłużnych, z identyfikacją wyników osób badanych pozwalającą na dopasowanie badań z kolejnych pomiarów parami. Dodatkowo, od grudnia 2017 roku do końca czerwca 2018, wykonano badania towarzyszące profilaktyce (*action research*), wykonane w celu ewaluacji procesu realizacji zajęć profilaktycznych w szkołach. Badania te były wykonywane na bieżąco, po przeprowadzeniu poszczególnych działań profilaktycznych. Wszystkie badania ankietowe zostały przeprowadzone narzędziami zamieszczonymi na stronach internetowych

wypełnianych pod nadzorem osób prowadzących badanie. Poprzez system tokenów i indywidualnych kodów ucznia zadbano o pełną anonimowość badań, a jednocześnie zapewniono jednoznaczną identyfikację osób badanych, co istotne jest w przypadku badań podłużnych.

Powyższe techniki prowadzenia badań były powiązane ze sobą merytorycznie, a ich rezultaty etapowe przenikały się wzajemnie. Wyniki każdego z etapów stanowiły podstawę do sformułowania raportu badaczy. Na podstawie wyników analiz przeprowadzonych z wykorzystaniem danej techniki eksperci formułowali zalecenia dotyczące opracowania pozostałych technik w zakresie treści i form prowadzonych z ich pomocą badań oraz grup osób badanych. Wyniki i zalecenia były prezentowane i dyskutowane w trakcie spotkań zespołu badaczy, prowadzonych przy okazji paneli eksperckich, jak i w formie telekonferencji realizowanych za pośrednictwem medium internetowego. W panelach eksperckich poddawano uzyskane wyniki i pomysły badawcze weryfikacji z udziałem zaproszonych dodatkowo ekspertów zewnętrznych, w tym twórców i animatorów profilaktyki. W celu rozszerzenia skali społecznych dyskusji na temat modelu badawczego, większość paneli przeprowadzono z udziałem publicznym, przy okazji większych ogólnopolskich konferencji naukowych dotyczących problemów profilaktyki, wychowania i edukacji.

Szkoły do badań dobrano proporcjonalnie z pięciu regionów Polski, które wyróżniono w oparciu o kryterium ryzyka ubóstwa ekonomicznego (dane GUS 2016) oraz poziomu patologii („Diagnoza społeczna 2015”). Wyróżnione regiony przedstawia tabela 1.

Tabela 1

*Regiony wybrane do badań*

<b>REGIONY</b>	<b>Województwa w regionie</b>
REGION 1	Lubuskie, zachodniopomorskie, pomorskie
REGION 2	Dolnośląskie, opolskie, śląskie
REGION 3	Małopolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, lubelskie
REGION 4	Warmińsko-mazurskie, podlaskie, mazowieckie bez Warszawy
REGION 5	Kujawsko-pomorskie, wielkopolskie, łódzkie, Warszawa i okolice

Z wyżej wymienionych regionów losowo dobierano szkoły z uwzględnieniem środowiska (wiejskie, miejskie), typu szkoły (szkoły podstawowe, gimnazja, licea, zasadnicze szkoły zawodowe, technika) oraz specyfikę szkoły (publiczne, niepubliczne). W rezultacie pozyskano 654 szkoły do badań.

## **Realizatorzy badań**

Badania zrealizowała Fundacja "Masz Szansę". Fundacja "Masz Szansę" działa od 1992 roku na terenie całej Polski i skoncentrowana jest na zadaniach profilaktycznych, terapeutyczno-rehabilitacyjnych i konsultacyjno-doradczych. Od 1999 Fundacja samodzielnie lub we współpracy z pracownikami instytutów badawczych przeprowadziła liczne badania etiologii i epidemiologii zagrożeń rozwoju dzieci i młodzieży ze środowisk miast i gmin całej Polski.

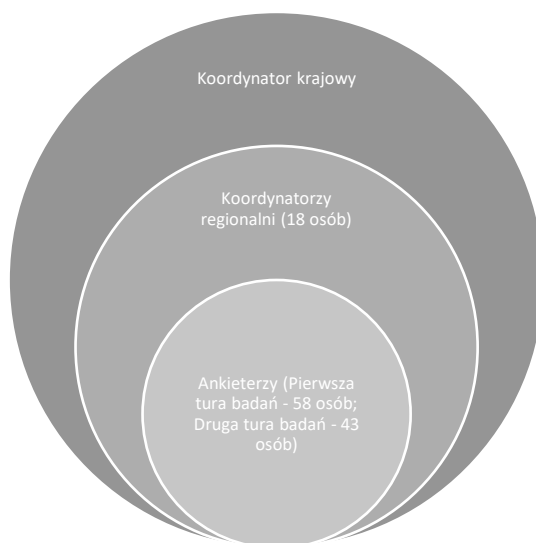
W prowadzenie badań zaangażowanych było 80 osób, w tym jeden koordynator krajowy (Wiesław Poleszak), 18 koordynatorów regionalnych (Aneta Żurek, Mariola Kozak, Kinga Zielińska, Aleksandra Wypych, Elżbieta Sobaszek, Bożena Rokicka, Gabriela Woźniak, Małgorzata Burba, Barbara Jocz, Ilona Lewandowska, Joanna Grochowska, Aleksandra Ruducha, Mariola Sochacka, Wioleta Świtała, Marzenna Czarnocka, Anna



Sławska, Dagmara Wolny, Sławomir Pietrzak) i 61 ankierów. W pierwszej turze badania prowadziło 58 ankierów. Z kolei, w drugiej turze do badań włączyło się 43 osoby. Ankierzy brali udział, zarówno w badaniach podłużnych, jak i w ewaluacji procesu. Graficzny zakres zadań i liczbową reprezentację realizatorów badań przedstawia rycina 1.

Zasadniczym zadaniem koordynatora krajowego było zarządzanie całym procesem badań we wszystkich regionach. Najważniejszym wyzwaniem był dobór koordynatorów regionalnych i współpraca z nimi w realizacji badań. Do szczegółowych zadań koordynatora krajowego należało:

- dobór koordynatorów do badań terenowych w ośrodkach,
- zawarcie umów z wykonawcami badań w regionach,
- przygotowanie porozumień ze szkołami na podstawie których będą przeprowadzane badania,
- kontakty z dyrektorami ponad 750 szkół,
- zawarcie 654 porozumień ze szkołami, działania organizacyjne w tym zakresie,
- przygotowanie instrukcji i wytycznych, kryteriów oceny dla badaczy w terenie, w szkołach itp.
- przygotowanie założeń i wytycznych oraz opracowanie ramowych materiałów szkolenia koordynatorów i badaczy,
- szkolenia koordynatorów i badaczy,
- nadzór nad procesem realizacji badań w szkołach zgodnie z założeniami projektu,
- przestrzeganie terminów badań i dostosowanie działań do kalendarza pracy szkoły,
- opracowanie wzorów umów z badaczami,
- weryfikacja merytoryczna opracowań przekazanych przez koordynatorów,



Rysunek 1. Realizatorzy badań. Źródło: opracowanie własne.

Nieco inny zakres obowiązków mieli koordynatorzy regionalni. Ich najważniejszym zadaniem było zorganizowanie procesu badań na poziomie województw, z których pochodzili. Ich praca polegała, z jednej strony na nawiązaniu projektowej współpracy ze szkołami, a z drugiej na naborze i przygotowaniu do badań ankietów. Do szczegółowych zadań koordynatora w badaniach w terenie należało:

- przygotowanie listy szkół do badań zgodnie z załączoną instrukcją,
- pozyskanie z każdej ze szkół dokumentu szkolnego programu profilaktyki wraz z aktualnym harmonogramem działań profilaktycznych oraz statutu szkoły w wersji elektronicznej,
- ocena szkolnego programu profilaktyki i prowadzonych w jego ramach działań za pomocą arkusza on-line dostępnego przez stronę profilaktycy.pl,
- zawarcie ze wskazanymi szkołami (szkoły zostaną wskazane po analizie danych z oceny) pisemnej umowy porozumienia na przeprowadzenie diagnozy,
- wyznaczenie ankietów do przeprowadzenia badań, monitorowanie ich pracy w zakresie prowadzenia badań i gromadzenia danych badawczych,
- koordynacja i nadzór nad dwoma turami badań (marzec-kwiecień 2017, marzec-kwiecień 2018) i co tygodniowe raportowanie o stanie badań, w tym monitorowanie przebiegu badań i ustalanie ich harmonogramu,
- rekrutacja uczestników i organizacja wywiadów fokusowych w ramach diagnozy uwarunkowań ekonomiczno-organizacyjnych i prawno-administracyjnych działań profilaktycznych,
- rekrutacja uczestników i promocja kolejnych wydarzeń związanych z projektem: spotkania eksperckie i konferencje.

Największą grupą specjalistów zaangażowanych w prowadzenie badań w projekcie byli sami ankietery. Było to łącznie 61 jeden osób, wspieranych dodatkowo przez koordynatorów, którzy także włączyli się w proces badań. W grupie tej znaleźli się zarówno pedagodzy, jak i psychologowie oraz socjologowie. Wszyscy mieli doświadczenie w pracy z uczniami i związani byli ze środowiskiem szkolnym, co pozwoliło sprawnie i poprawnie merytorycznie zrealizować badania. Większość ankietów pracowała zarówno w pierwszej, jak i drugiej turze badań podłużnych, jak i w ewaluacji procesu.

Wszyscy ankietery zostali przeszkoleni w zakresie założeń projektu i specyfiki badań. Dodatkowo otrzymali szczegółowe instrukcje w formie pisemnej i możliwość stałego kontaktu i wsparcia ze strony koordynatorów regionalnych.

Do szczegółowych obowiązków ankietów w projekcie należała realizacja następujących zadań:

- zapoznanie się z narzędziami badawczymi,
- nawiązanie kontaktu ze szkołami wyznaczonymi do badań,
- przygotowanie harmonogramu badań,
- organizacja stanowisk do badań komputerowych,
- przeprowadzenie badań podłużnych w dwóch turach (marzec-kwiecień 2017, marzec-kwiecień 2018),
- przeprowadzenie badań ewaluacyjnych (ewaluacja procesu), w tym identyfikacja klas, gdzie prowadzone były działania profilaktyczne,
- co tygodniowe raportowanie o stanie badań.

## Grupa badana

W każdej turze badań ankietyzacji poddano uczniów, rodziców i pracowników szkół. W roku 2018 prowadzono równoległe badania dotyczące ewaluacji procesy szkolnych działań profilaktycznych. Poza badaniami ankietowymi przeprowadzono łącznie 20 grupowych wywiadów zogniskowanych, których celem była diagnoza czynników warunkujących jakość szkolnej profilaktyki.

Poniższe tabele przedstawiają dane opisujące osoby badane, które brały udział w każdym z wymienionych wyżej obszarów diagnozy. Tabele od 1 do 12 dotyczą badanych objętych diagnozą w zakresie potrzeb profilaktycznych, tabela 13 prezentuje ilość osób wypełniających narzędzia ewaluacji procesu, a tabela 14 zawiera dane z wywiadów grupowych.

W pierwszym etapie diagnozy przebadano 13 271 uczniów a rok później 6901. Dominującą podgrupą była młodzież z klas 4-6 szkół podstawowych (patrz tabela 2).

Tabela 2

*Płeć badanych uczniów*

Płeć		Typ szkoły											
		Szkoła podstawowa klasy 1-3		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Gimnazjum		Licea ogólnokształcące		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe		Ogółem	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2017	M	1000	50,7	2218	48,4	1742	49,4	694	38,0	904	66,1	6558	49,4
	K	974	49,3	2360	51,6	1781	50,6	1131	62,0	464	33,9	6710	50,6
2018	M	261	51,4	1454	49,0	963	49,4	336	38,3	364	60,8	3378	48,9
	K	247	48,6	1513	51,0	986	50,6	542	61,7	235	39,2	3523	51,1

Średnia wieku badanych uczniów odpowiadała ściśle klasom, do których uczęszczali badani. Dane dotyczące wieku odzwierciedlają też podłużny schemat zrealizowanej diagnozy (patrz tabela 3).

Tabela 3

*Wiek badanych uczniów*

Wiek	Typ szkoły									
	Szkoła podstawowa klasy 1-3		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Gimnazjum		Licea ogólnokształcące		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
2017	8,99	0,90	11,62	0,90	14,11	0,95	16,87	0,73	17,31	0,99
2018	9,12	0,66	12,65	1,17	14,59	1,01	17,92	0,50	18,13	0,58

Zdecydowana większość uczniów (81%, patrz tabela 4) zamieszkiwała w trakcie realizacji badań w z rodzicami. Mniejszość stanowili uczniowie mieszkający tylko z jednym z rodziców lub z rodzicem biologicznym i ojczymem lub macochą.

Tabela 4

*Miejsce zamieszkania badanych uczniów*

Miejsce zamieszkania	Typ szkoły											
	Szkoła podstawowa klasy 1-3		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Gimnazjum		Licea ogólnokształcące		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
z rodzicami	1669	84,5	3786	82,7	2949	83,7	1430	78,4	1028	75,1	10862	81,9
tylko z matką	168	8,5	391	8,5	324	9,2	187	10,2	147	10,7	1217	9,2
tylko z ojcem	12	0,6	50	1,1	39	1,1	19	1,0	28	2,0	148	1,1
2017 z jednym z rodziców biologicznych i matką lub ojczymem	74	3,7	182	4,0	127	3,6	76	4,2	59	4,3	518	3,9
inne	51	2,6	169	3,6	84	2,3	113	6,2	106	7,7	523	3,9
z rodzicami	424	83,5	2432	82,0	1593	81,7	684	77,9	464	77,5	5597	81,1
tylko z matką	52	10,2	290	9,8	204	10,5	74	8,4	54	9,0	674	9,8
tylko z ojcem	4	0,8	24	0,8	11	0,6	8	0,9	18	3,0	65	0,9
2018 z jednym z rodziców biologicznych i matką lub ojczymem	15	3,0	131	4,4	90	4,6	45	5,1	19	3,2	300	4,3
inne	13	2,6	90	3	51	2,6	67	7,7	44	7,3	265	3,8

Dane dotyczące miejsca zamieszkania znajdują odzwierciedlenie w danych na temat uczniów o sytuacji rodzinnej. Dominującą grupą byli uczniowie z rodzin pełnych – 81,2%. Dane te prezentuje tabela 5.

Tabela 5

*Sytuacja rodzinna badanych uczniów*

Sytuacja rodzinna	Typ szkoły											
	Szkoła podstawowa klasy 1-3		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Gimnazjum		Licea ogólnokształcące		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
rodzina pełna	1630	82,6	3687	80,5	2902	82,4	1489	81,6	1071	78,3	10779	81,2
2017 jedno z rodziców nie żyje	20	1,0	111	2,4	131	3,7	76	4,2	75	5,5	413	3,1
rodzice w separacji lub po rozwodzie	177	9,0	533	11,6	426	12,1	237	13,0	199	14,5	1572	11,8
inna	147	7,5	247	5,4	64	1,8	23	1,3	23	1,7	504	3,8
rodzina pełna	407	80,1	2389	80,5	1597	81,9	731	83,3	477	79,6	5601	81,2
2018 jedno z rodziców nie żyje	10	2,0	187	6,3	52	2,7	31	3,5	26	4,3	306	4,4
rodzice w separacji lub po rozwodzie	48	9,4	260	8,8	264	13,5	108	12,3	88	14,7	768	11,1
inna	43	8,4	131	4,4	36	1,8	8	0,9	8	1,3	226	3,3

Okolo połowa uczniów to osoby z jednym rodzeństwem. Jedna trzecia badanych (35,1% w roku 2017 oraz 33,5% w roku 2018, patrz tabela 6) posiada dwoje lub więcej rodzeństwa.

Tabela 6

*Posiadanie rodzeństwa przez badanych uczniów*

Rodzeństwo	Typ szkoły												
	Szkoła podstawowa klasy 1-3		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Gimnazjum		Licea ogólnokształcące		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe		Ogółem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2017	brak	373	18,9	743	16,2	455	12,9	317	17,4	190	13,9	2078	15,7
	jedna osoba	1078	54,6	2295	50,1	1713	48,6	862	47,2	568	41,5	6516	49,2
	dwoje lub więcej	488	24,7	1540	33,6	1355	38,5	646	35,4	610	44,6	4639	35,1
2018	brak	97	19,1	467	15,7	278	14,3	139	15,8	74	12,4	1055	15,3
	jedna osoba	269	53,0	1531	51,6	1019	52,3	441	50,2	268	44,7	3528	51,2
	dwoje lub więcej	132	26,0	969	32,7	652	33,5	298	33,9	257	42,9	2308	33,5

Większość uczniów zadeklarowała wyższe oraz średnie wykształcenie posiadane przez matki. Znaczący odsetek (30,7% w roku 2017 oraz 27,9% w roku 2018, patrz tabela 7) nie potrafił określić poziomu wykształcenia rodzica.

Tabela 7

*Wykształcenie matek badanych uczniów*

Wykształcenie matki	Typ szkoły												
	Szkoła podstawowa klasy 1-3		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Gimnazjum		Licea ogólnokształcące		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe		Ogółem		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2017	wyższe	528	26,7	1231	26,9	1200	34,1	791	43,3	256	18,7	4006	30,2
	średnie	378	19,1	634	13,8	702	19,9	508	27,8	463	33,8	2685	20,2
	zawodowe	186	9,4	597	13,0	512	14,5	323	17,7	390	28,5	2008	15,1
	podstawowe	46	2,3	233	5,1	127	3,6	29	1,6	55	4,0	490	3,7
	nie wiem	836	42,4	1883	41,1	982	27,9	174	9,5	204	14,9	4079	30,7
2018	wyższe	145	28,5	920	31,0	730	37,5	405	46,1	119	19,9	2319	33,6
	średnie	105	20,7	428	14,4	425	21,8	250	28,5	192	32,1	1400	20,3
	zawodowe	45	8,9	375	12,6	260	13,3	136	15,5	176	29,4	992	14,4
	podstawowe	15	3,0	145	4,9	60	3,1	18	2,1	29	4,8	267	3,9
	nie wiem	198	39,0	1099	37,0	474	24,3	69	7,9	83	13,9	1923	27,9

Także w przypadku wykształcenia ojców, ponad 30% uczniów nie posiadało informacji o poziomie edukacji. Dominujące deklaracje objęły wykształcenie wyższe i zawodowe (patrz tabela 8).

Tabela 8

*Wykształcenie ojców badanych uczniów*

Wykształcenie ojca	Typ szkoły										Ogółem		
	Szkoła podstawowa klasy 1-3		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Gimnazjum		Licea ogólnokształcące		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2017	wyższe	333	16,9	1023	22,3	889	25,2	541	29,6	171	12,5	2957	22,3
	średnie	303	15,3	569	12,4	642	18,2	477	26,1	399	29,2	2390	18,0
	zawodowe	303	15,3	826	18,0	774	22,0	514	28,2	496	36,3	2913	22,0
	podstawowe	40	2,0	163	3,6	107	3,0	44	2,4	51	3,7	405	3,1
	nie wiem	995	50,4	1997	43,6	1111	31,5	249	13,6	251	18,3	4603	34,7
2018	wyższe	92	18,1	770	26,0	529	27,1	286	32,6	83	13,9	1760	25,5
	średnie	86	16,9	415	14,0	405	20,8	239	27,2	161	26,9	1306	18,9
	zawodowe	56	11,0	495	16,7	389	20,0	244	27,8	247	41,2	1431	20,7
	podstawowe	14	2,8	99	3,3	50	2,6	18	2,1	21	3,5	202	2,9
	nie wiem	260	51,2	1188	40,0	576	29,6	91	10,4	87	14,5	2202	31,9

W grupie rodziców objętych badaniami większość stanowiły kobiety – 86,6% w roku 2017 i 82,6% w drugim etapie (patrz tabela 9).

Tabela 9

*Płeć badanych rodziców*

		Rok badania				Ogółem	
		2017		2018			
		N	%	N	%	N	%
Płeć	M	144	13,4	73	17,4	217	14,5
	K	932	86,6	347	82,6	1279	85,5

Najliczniej reprezentowani byli rodzice uczniów ze szkół podstawowych. W roku 2017 grupa ta objęła 65,1% wszystkich badanych rodziców. W roku 2018 w diagnozie brali udział przede wszystkim rodzice młodzieży gimnazjalnej oraz z techników i szkół zawodowych (tabela 10).

Tabela 10

*Typ szkoły, do której uczęszczają dzieci badanych rodziców*

Typ szkoły	Rok badania					
	2017		2018		Ogółem	
	N	%	N	%		
SP I-VI	700	65,1	45	10,7	745	49,8
SP VII i gimnazja	173	16,1	182	43,3	355	23,7
Technika i ZSZ	70	6,5	178	42,4	248	16,6
Licea	133	12,4	15	3,6	148	9,9

Ankiety dla pracowników szkół były wypełniane głównie przez kobiety (86% badanych). Panowie stanowili 14% ogółu pracowników (tabela 11).

Tabela 11

*Płeć badanych pracowników szkoły*

		Rok badania				Ogółem	
		2017		2018		N	%
		N	%	N	%		
Płeć	M	157	12,7	105	16,4	262	14,0
	K	1079	87,3	535	83,6	1614	86,0

Podobnie jak w przypadku rodziców najliczniej reprezentowaną grupą byli pracownicy szkół podstawowych oraz klas gimnazjalnych (71,1% osób, patrz tabela 12).

Tabela 12

*Typ szkoły, w której zatrudnieni byli badani pracownicy*

		Rok badania				Ogółem	
		2017		2018		N	%
		N	%	N	%		
Typ szkoły	SP i gimnazja II i III	892	72,2	399	68,8	1291	71,1
	Szk. branż I i II st, (technika i ZSZ)	47	3,8	53	9,1	100	5,5
	Licea	112	9,1	44	7,6	156	8,6
	Zespoły szkół	185	15,0	84	14,5	269	14,8

Diagnozą objęto przede wszystkim nauczycieli (80,4% pracowników, tabela 13). Reprezentacja pozostałych pracowników nie przekroczyła 10% a przedziale tym najliczniejszą podgrupą byli pedagodzy lub psychologzy szkolni (8,1% ogółu badanych).

Tabela 13

*Stanowisko badanych pracowników szkół*

		Rok badania				Ogółem	
		2017		2018		N	%
		N	%	N	%		
Stanowisko	nauczyciel	1017	82,3	491	76,7	1508	80,4
	bibliotekarz, wychowawca w świetlicy	67	5,4	30	4,7	97	5,2
	pedagog/psycholog	89	7,2	63	9,8	152	8,1
	pracownik administracji	14	1,1	9	1,4	23	1,2
	dyrektor, kierownik	49	4,0	47	7,3	96	5,1

Równoległe do badania zapotrzebowania na działania profilaktyczne prowadzono ewaluację procesu zajęć profilaktycznych realizowanych w szkole. Grupa uczniów oceniających zajęcia liczyła łącznie 4419 osób (patrz tabela 14). Najmniej liczną podgrupą była młodzież z liceów ogólnokształcących. W pozostałych typach szkół liczba badanych mieściła się w przedziale od 1200 do 1600 uczniów.

Tabela 14

*Uczniowie biorący udział w badaniach ewaluacji procesu*

Płeć		Typ szkoły								Ogółem	
		Szkoła podstawowa klasy 4-6		Szkoła podstawowa klasy 7 oraz Gimnazjum		Technika i Zasadnicze szkoły zawodowe		Licea ogólnokształcące			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2018	M	625	49,3	783	49,6	674	53,4	99	31,9	2181	49,4
	K	643	50,7	796	50,4	588	46,6	211	68,1	2238	50,6

Do grupy objętej badaniami w ramach projektu należeli także uczestnicy wywiadów fokusowych. Wywiady, podobnie jak diagnozę zapotrzebowania, prowadzono w dwóch etapach – w roku szkolnym 2016/2017 oraz 2017/2018. Celem wywiadów była diagnoza uwarunkowań jakości działań profilaktycznych. Tabela 15 przedstawia uczestników wywiadów fokusowych, których przeprowadzono łącznie 20. Część uczestników była badana w podgrupach wyróżnionych ze względu na wewnętrzne zróżnicowanie: uczniowie i rodzice różnych etapów edukacyjnych i typów szkół. Wywiady prowadzono dwukrotnie w odstępie roku celem diagnozy zmian.

Tabela 15

*Uczestnicy zogniskowanych wywiadów grupowych zrealizowanych w roku 2017 i 2018*

Uczestnicy	N	Miejsce prowadzenia wywiadów
Psycholodzy i pedagodzy szkolni	16	Lublin, Szczytno
Rodzice uczniów z różnych typów szkół	16	Lublin, Puławy
Pełnomocnicy ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień	16	Wrocław, Olsztyn
Realizatorzy działań profilaktycznych	16	Wrocław, Olsztyn
Pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych	16	Lublin, Szczytno
Dyrektorzy szkół	16	Lublin, Puławy
Wizytatorzy kuratoriów oświaty	16	Lublin, Kraków
Nauczyciele	16	Kraków, Puławy
Uczniowie różnych typów szkół	32	Lublin, Gdańsk

Każdy z wywiadów prowadzono w grupie ośmiu uczestników. Miejsca prowadzenia wywiadów wybrano zachowując zróżnicowanie wynikające z metodologii doboru osób do badań przyjętej w całym projekcie. Najbardziej wewnętrznie zróżnicowaną grupą byli uczniowie. O opinię zapytano uczniów szkół podstawowych, także z klas siódmych, szkół licealnych, techników i zasadniczych szkół zawodowych.

Próba była dobierana w oparciu o kryteria losowania wielostopniowego warstwowo-klastrowego, z warstwami etapu kształcenia i lokalizacji terytorialnej szkoły (miasto – wieś) w oparciu o dane GUS. Jednostkami losowania były szkoły i klasy. Reprezentatywność próby nie jest jednak pełna, ze względu na konieczność zawierania umów ze szkołami na badania podłużne, co prowadziło do arbitralnych decyzji dyrekcji szkół, którym zaproponowano taką współpracę. Jednocześnie zmiany systemu oświaty zachodzące w trakcie badań eliminowały część szkół i klas z badań w sposób zależny od wielkości szkoły, prowadząc do częstszego wypadania małych szkół z drugich badań. Ogólna liczba osób badanych, struktura próby i reprezentatywność terytorialna są jednak podobne, jak w innych badaniach społecznych prowadzonych w ostatnich latach w Polsce, np.:



- a) 13960 uczniów z 10 województw zbadanych łącznie w latach 2010-2014, w tym 11055 z klas II gimnazjów (Grzelak i in., 2015);
- b) 6296 uczniów trzecich klas gimnazjów (3526) i drugich klas szkół ponadgimnazjalnych (2770) z 9 województw i czterech miast w próbie ważonej (Sierosławski, 2015)
- c) 761 uczniów klas III gimnazjów z terenu trzech dzielnic Warszawy zbadanych w 2016 roku (tzw. badania mokotowskie, wcześniejsze próby badane w cyklu czteroletnim liczyły odpowiednio: 1471, 1229 i 1004 uczniów) (Ostaszewski i in., 2017).

Należy przy tym podkreślić, że porównywane badania miały charakter przekrojowy, nie podłużny. Na tym tle dane zgromadzone w trakcie przygotowywania niniejszego opracowania są wyjątkowe w skali dotychczasowych krajowych badań dotyczących problematyki profilaktycznej. Szczególnie warte podkreślenia jest szerokie uwzględnienie w tych badaniach grup dorosłych reprezentantów społeczności szkolnych oraz liczbę i szeroki zakres zastosowanych narzędzi pomiarowych.

### **Bibliografia**

- Grzelak, S., Sala, M., Czarnik, S., Paź, B., Balcerzak, A., & Gwóźdź, J. (2015). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży : przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych*. Warszawa : Ośrodek Rozwoju Edukacji. Pobrano z <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/18424>
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A., Biechnowska, D., ... Mirchuk, I. (2017). *Monitorowanie zachowań ryzykownych, zachowań natogonnych i problemów zdrowia psychicznego 15-letniej młodzieży Badania mokotowskie 2004–2016 Badania ukraińskie, obwód lwowski 2016*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Sierosławski, J. (2015). *Używania narkotyków i alkoholu przez młodzież szkolną. Raport z badania ESPAD 2015 r.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

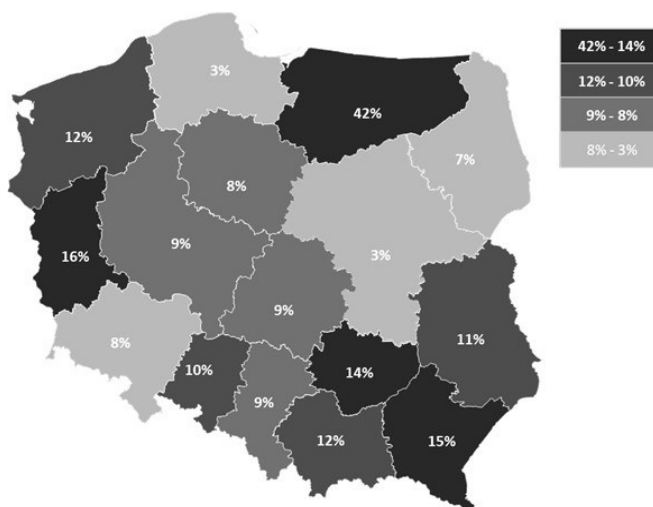
## 2.3 Wyniki badań

Antoni J. Jeżowski

### 2.3.1 Uwarunkowania demograficzno-ekonomiczne i prawno-administracyjne skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki

Badania przeprowadzono w ponad 350 szkołach na terenie ponad 250 miejscowości. Zastosowano podział gmin ze względu na typ funkcjonalny. Podział ten uwzględnia z jednej strony układ przestrzenny – wpływ dużych ośrodków miejskich na życie mieszkańców okolicznych miast i gmin, a drugiej zasoby naturalne i infrastrukturalne gmin, mające wpływ na życie ich mieszkańców, ale też ich brak, funkcjonowanie w dość tradycyjnym i nierozwijającym środowisku, odcinającym od czynników tak rozwojowych, jak również deprawujących. Przyporządkowując gminy, na terenie których prowadzono badania, ostatecznie opisano 26 miast na prawach powiatu, 36 gmin w ramach aglomeracji, 32 miasta poza obszarami aglomeracji, 5 gmin przemysłowych, 69 gmin po-PGR'owskich, 25 gmin mieszanych rolniczych i 81 gmin typowo wiejskich<sup>2</sup>. Jednocześnie kilkunastu miejscowości, z uwagi na dublowanie się nazw, nie udało się przypisać do konkretnej gminy.

Ujęte w badaniu gminy stanowią 10,77% wszystkich gmin w Polsce. Jednocześnie mediana wyników w ujęciu województw wynosi 9,43, co oznacza, że połowa województw reprezentowana była w badaniu przez więcej niż 9,43% gmin województwa, a połowa przez mniej.



Kartogram 1. Rozkład terytorialny wg województw reprezentowania gmin, na terenie których przeprowadzono badania

Zródło: opracowanie własne

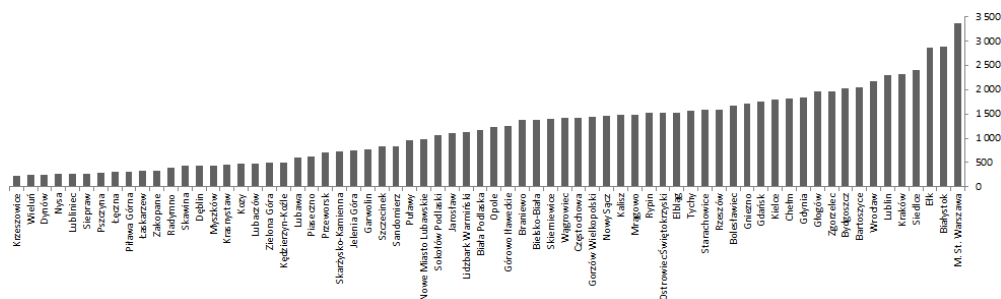
<sup>2</sup> Klasyfikacja gmin za: Herczyński J. (2012). Wskaźniki oświatowe. Biblioteczka Oświaty Samorządowej. Wyd. ICM, Warszawa, ss. 56-59

## Liczebność mieszkańców w gminach

Gminy objęte badaniem charakteryzowały się zróżnicowaną gęstością zaludnienia. Jedna czwarta gmin miała gęstość zaludnienia w granicach od 22 do 50 mieszkańców na 1 km<sup>2</sup>, połowę gmin zamieszkiwała ludność z gęstością od 50 do 229 mieszkańców na 1 km<sup>2</sup>, zaś ¼ gmin miała tę gęstość w przedziale od 229 do 3 372 osób na 1 km<sup>2</sup>.

Z analizy wskaźników tego miernika można wnioskować o większej lub mniejszej bliskości przestrzennej osób w siedliskach, co może skutkować z jednej strony wystrzaniem lokalnych konfliktów i uleganiem, w sprzyjających okolicznościach, wzorcom nie zawsze akceptowanym społecznie, z drugiej zaś występuje mniejsza anonimowość, co sprzyjać może piętnowaniu zachowań i postaw społecznych.

W skali przyjętej na rysunku 1 różnica gęstości zaludnienia gmin z 2, 3 i 4 kwartyła byłaby prawie niezauważalna. Kwartył pierwszy ilustruje dość wyraźną rozpiętość owej gęstości, co może mieć znaczenie w analizach statystycznych, socjologicznych i zapewne też w pedagogicznych.



Rysunek 1. Gęstość zaludnienia w gminach z 1 kwartyła gmin objętych badaniem.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

## Czynniki materialne i intelektualne: potencjał intelektualny radnych

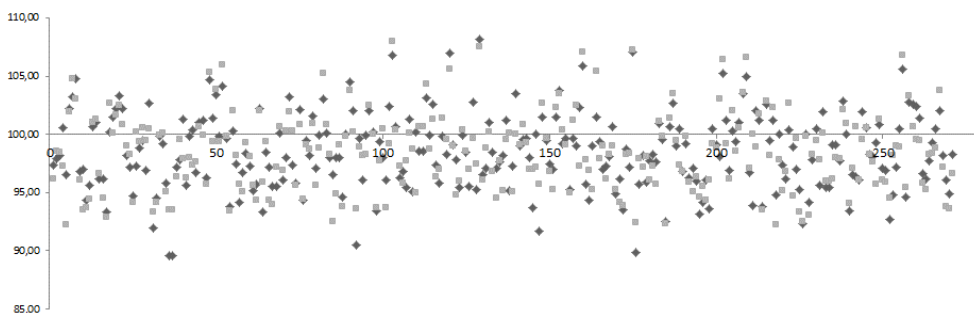
Na tle wyborów dokonanych w całym kraju mieszkańcy gmin, na terenie których zrealizowano badanie, do swoich organów stanowiących wybrali zdecydowanie wyższy niż krajowy odsetek radnych po studiach. W gminach tych na 4 725 radnych aż 2 350 legitymowało się dyplomem studiów (49,74%). To wskaźnik zdecydowanie wyższy (o 12%) od średniej krajowej. Można więc założyć, że świadomość uwarunkowań, ale i konsekwencji społecznych podejmowanych w tych radach była większa. Spośród 274 gmin tylko w dwóch żaden radny nie legitymował się dyplomem studiów, jest to zarazem najniższy wskaźnik zarejestrowany w gminach objętych badaniem. Jednocześnie najwyższy wskaźnik wynosił 96,4%, a mediana 42,9% (kraj = 33,3%). W jednej czwartej gmin wskaźnik ten nie przekraczał 26,7% (kraj = 20,0%), a w trzech czwartych 60,0% (kraj = 47,6).

## Stosunek młodzieży do nauki szkolnej w gminach objętych badaniem

Analizie poddano wyniki z egzaminu gimnazjalnego, ograniczone tylko do wyników z języka polskiego i matematyki. Wśród argumentów za takim ujęciem przemawia m.in. jego powszechność w skali kraju i ustalenie wyniku na poziomie 100, przy czym wszelkie odchylenia sygnalizują potencjał uczniów. Drugim argumentem to ten, że egzamin przeprowadza się w gminach (maturalny w powiatach). Trzecim wreszcie, że publikowany wynik nie ma charakteru incydentalnego, ale konsumuje uśrednione wyniki uczniów z trzech ostatnich lat, co poprawia znacznie jego obiektywizm.

Równoległa analiza wyników egzaminów gimnazjalnych pokazuje, że w gminach objętych badaniem najwyższe wyniki uzyskali uczniowie z różnej wielkości i różnej lokalizacji gmin. Istotnym jest to, że są to wyniki od 105 do 108 pkt., a czołówkę w obu przedmiotach stanowią uczniowie z Krakowa, Lublina, Opola, Piaseczna, Rzeszowa, Sieprawia, Warszawy i Wrocławia. Jednocześnie grupa gmin z wynikami najsłabszymi to gminy raczej niewielkie. Mediana wyników gmin (nie uczniów!) wyniosła z obu przedmiotów 98,3 pkt, była więc niższa od przeciętnej krajowej o 1,7 pkt. Z wielką ostrożnością można przyjąć założenie, że przeciętny uczeń z gmin objętych badaniem był nieco „słabszy” od przeciętnego ucznia gimnazjum w kraju. Tego typu supozycja wymagałaby bardziej wnikliwych analiz.

Rysunek 2 dość plastycznie i sugestywnie ilustruje rozkład omawianych wyników dla 273 gmin (jedna z badanych gmin nie prowadzi swojego gimnazjum). Wyraźnie więc widać, że większość znaczników znajduje się poniżej linii wyznaczającej średnią dla kraju, czyli 100 pkt.



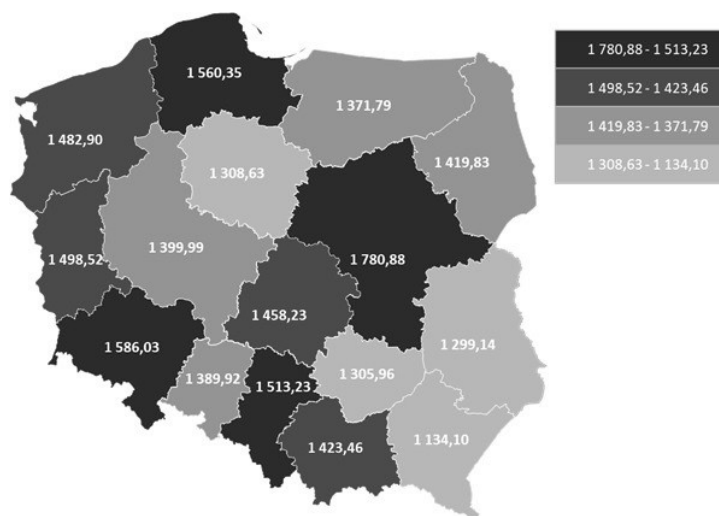
Rysunek 2. Rozkład wyników z egzaminu gimnazjalnego z języka polskiego i matematyki za lata 2015-2017 uczniów w gminach objętych badaniem

Kolor szary – język polski, kolor czarny – matematyka

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z witryny [www.ewd.edu.pl](http://www.ewd.edu.pl)

## Status materialny rodzin w gminach objętych badaniem

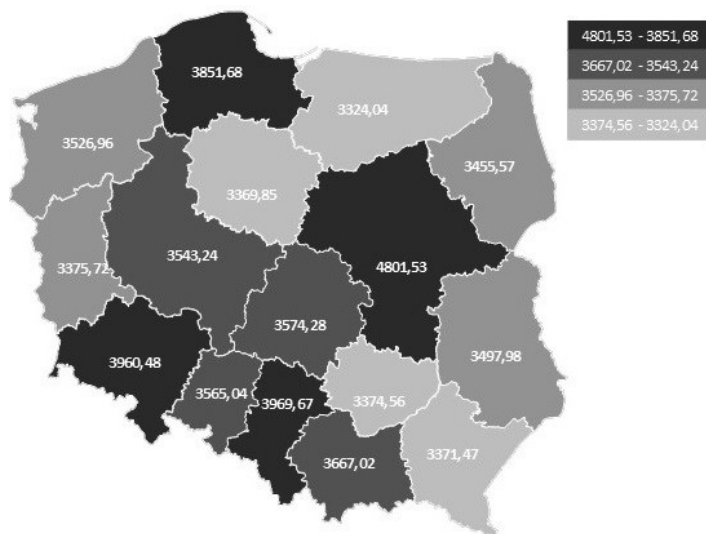
Dochód rozporządzalny to suma bieżących dochodów gospodarstw domowych z poszczególnych źródeł, pomniejszona o wartość podatków oraz o składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne. W jego skład wchodzi dochody pieniężne i niepieniężne. Dochód ten jest przeznaczony na wydatki oraz przyrost oszczędności



*Kartogram 2.* Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w roku 2016 wg województw

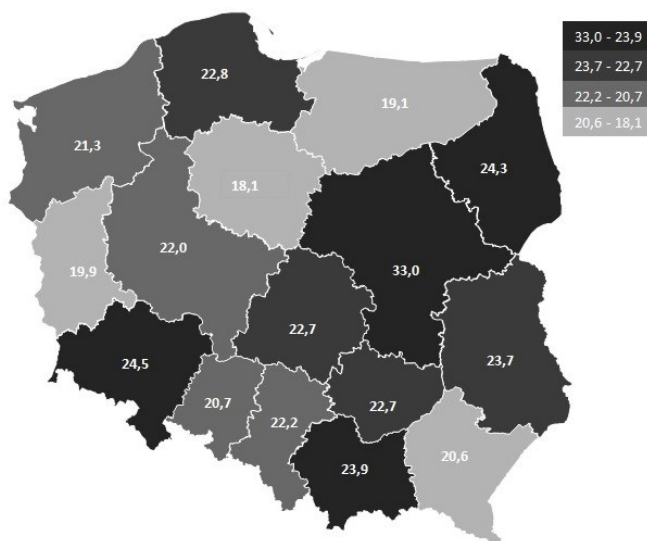
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Przeciętny taki dochód w Polsce w przykładowym roku 2016 wynosił 1 474,56 zł, przy czym rozpiętość zawierała się między 1 134,10 zł (podkarpackie) a 1 780,88 zł (mazowieckie) – w tym drugim przypadku był o 64% wyższy. Oczywiście należałoby uwzględnić także koszty utrzymania, ale wykracza to znacznie poza ramy niniejszego opracowania. Mediana dla województw wyniosła 1421,65 zł, to znaczy że w gminach 8 województw przychód ten był od niej wyższy, a w ośmiu niższy.



*Kartogram 3.* Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto 2016 w układzie województw

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS



*Kartogram 4.* Odsetek osób w wieku 15-64 lata z wyższym wykształceniem w roku 2014 wg województw

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Kolejną kategorią opisującą potencjał ekonomiczny rodzin jest przeciętne wynagrodzenie z pracy najemnej, które w roku 2016 wyniosło w Polsce 3 907,85 zł. W poszczególnych województwach wartości zawierały się między 3 324,04 zł (warmińsko-mazurskie) a 4 801,53 zł (mazowieckie), co stanowiło rozpiętość o współczynniku 69%. Potencjał mieszkańców opisuje odsetek osób w wieku 15-64 lata z wyższym wykształceniem, który dla całej Polski w roku 2014 wyniósł 23,8%. W przypadku województw dolnośląskiego i mazowieckiego wysoka wartość tego miernika współgra z najwyższymi wartościami dochodowymi ich mieszkańców. Zauważalna jest dość silna ( $R^2 = 0,74$ ) zależność (korelacja) między wykształceniem wyższym a miesięcznym wynagrodzeniem mieszkańców. Nie jest to co prawda czynnikiem sprawczym (wzrost wykształcenia nie musi oznaczać wzrostu wynagrodzenia), ale sygnalizuje bardzo ciekawe zjawisko społeczne i zapewne odczuwalną poprawę jakości życia mieszkańców.

## Uwarunkowania ekonomiczne: wartość umów z Unią Europejską

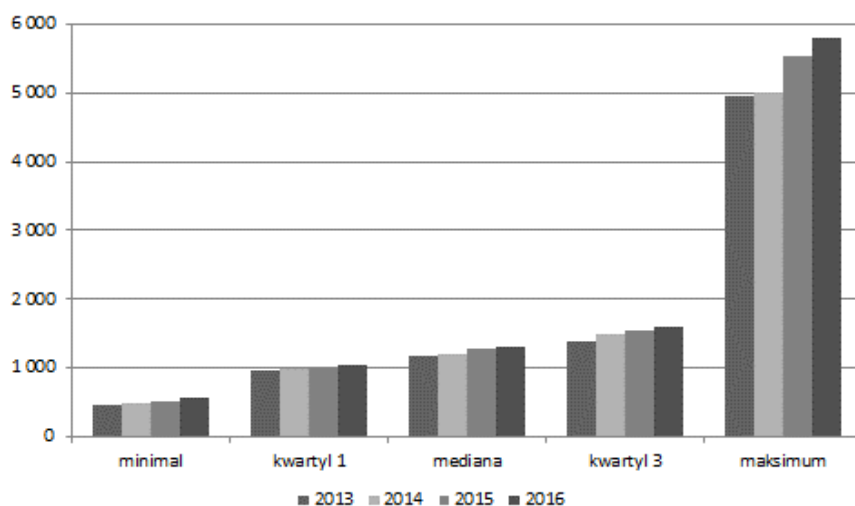
Zaangażowanie lokalnych władz w pozyskiwanie środków unijnych jest uzależnione od licznych, złożonych często czynników. Bez wątplenia możliwe jest tu przytoczenie wielu okoliczności, dla których lokalne władze decydują o podjęciu tej inicjatywy. Obecny okres finansowania w ramach programów operacyjnych, Europejskiego Funduszu Społecznego i innych, obejmujący lata 2014-2020, jest dobrym pretekstem do analiz i porównań, choć dla niniejszej analizy przyjęto rok 2015.

Dysponująca ogromnym potencjałem, także w wymienionych wyżej zakresach Warszawa pozyskała w analizowanym okresie ponad 40 tys. razy więcej środków niż ostatnia w uszeregowaniu gmina. Mediana dla zaprezentowanych wartości dla wszystkich gmin wyniosła ponad 81 mln. zł. Jedna czwarta gmin pozyskała kwoty między 855 tys.

a 28 mln. zł, zaś najbogatsza czwarta część śródkki między 260 mln a 35 mld zł, co oznacza, że zlokalizowane w części środkowej zestawienia połowa gmin pozyskała środki od 28 do 260 milionów złotych. Rozrzut liczony kwotami jest duży. Zasadniczą kwestią jest to, co za te środki zafundowano mieszkańcom i jak zrealizowane projekty wpłynęły na jakość ich życia, w końcu: czy przyczyniły się zbudowania takich postaw, które wspierałyby środowiska zagrożone niedostosowaniem społecznym lub wręcz posiadające już takie cechy.

## Potencjał dochodów własnych gmin per capita

Dochody własne gmin *per capita* (najważniejsze to podatki i opłaty lokalne) w latach 2013-2016 świadczą o zapobiegliwości gminnych włodarzy, ale są też miarą zasobności mieszkańców gminy. Wpływ na wysokość dochodów kasy gminnej to wypadkowa polityki w zakresie ustalania stawek podatkowych, co w założeniu uwzględnia „możliwości” mieszkańców, przyciąganiem do gminy nowych, najlepiej zasobnych mieszkańców, ale też ich przedsiębiorczości i inicjatywy. Z zestawienia wynika, że czołówkę gmin pod tym względem stanowi właściwie tylko dwanaście gmin, a wśród gmin z najniższymi dochodami własnymi *per capita* jest ich trzynaście.



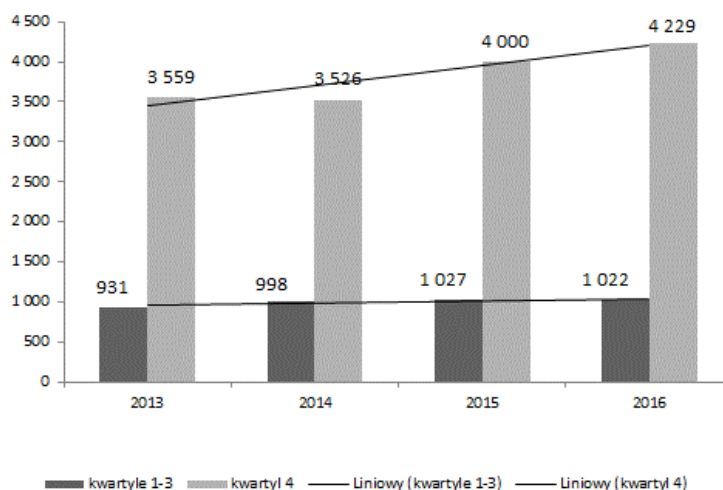
Rysunek 3. Rozkład zakresów kwartyli dochodów własnych gmin per capita w latach 2013-2016

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów i GUS

Gminy sklasyfikowane w czwartym kwartylu „zarobiły” w ramach dochodów własnych liczonych na jednego mieszkańca w poszczególnych latach cztery razy więcej niż trzy razy tyle gmin skupionych w kwartyłach 1, 2 i 3. Rozrzut między znaczącą wielkością gmin z potencjałem podatkowym przeciętnym stawia wiele gmin w niekorzystnej sytuacji. Na to nakładają się uwarunkowania społeczne – zasoby kapitału ludzkiego i społecznego, dziedziczność wielu niekorzystnych zjawisk społecznych, co powoduje – na zasadzie rezonansu – ostateczne wywoływanie niekorzystnych zjawisk, także w środowisku dzieci i młodzieży. System wspierania finansowego gmin słabych ekonomicznie oparty jest właśnie na uwzględnianiu wskaźnika dochodów własnych.

Podstawą wyliczenia dla gminy z najniższymi dochodami własnymi *per capita* w roku 2016 i wartość wypłaconej im z budżetu państwa kwoty części wyrównawczej subwencji ogólnej były dochody w roku 2014. W roku 2016 najwyższa wypłacona część wyrównawcza subwencji wyniosła 21 119 297 zł, najniższa 11 750 zł, przy średniej 2 618 120 zł. Ostatecznie jednak gminy z najniższymi dochodami własnymi liczonymi na jednego mieszkańca nie były beneficjentami najwyższych kwot subwencji. Wszak trzeba pamiętać, że o kwocie subwencji wyrównawczej decyduje także liczba mieszkańców gminy. Między innymi to zdecydowało o fakcie, iż także wymieniane wśród gmin zasobnych gminy otrzymały w tym roku w ramach części znaczące kwoty.

Rysunek 4 ilustruje jeszcze jedną istotną właściwość gmin bardziej zamożnych – ich wskaźnik dochodów własnych liczony na jednego mieszkańca (w pewnym stopniu ilustruje to linia trendu), przynajmniej w analizowanym okresie, rośnie bardziej „stromo”, dynamika ich rozwoju jest szybsza, nożyce dochodów *per capita* względem wskaźników tego samego miernika liczonego dla gmin mniej zasobnych ciągle rozwierają się. Tę osobliwość w pewnym stopniu niwelują obowiązujące rozwiązania prawne, ale fakt zróżnicowania potencjału i możliwość finansowania wielu bardzo potrzebnych, choć czasem bardzo lokalnych programów i projektów, jest w sporym stopniu determinowana sytuacją ekonomiczną.



Rysunek 4. Łączna suma dochodów własnych per capita wszystkich gmin ujętych w kwartylach 1, 2 i 3 oraz suma dochodów per capita gmin ujętych w kwartylu 4.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów i GUS

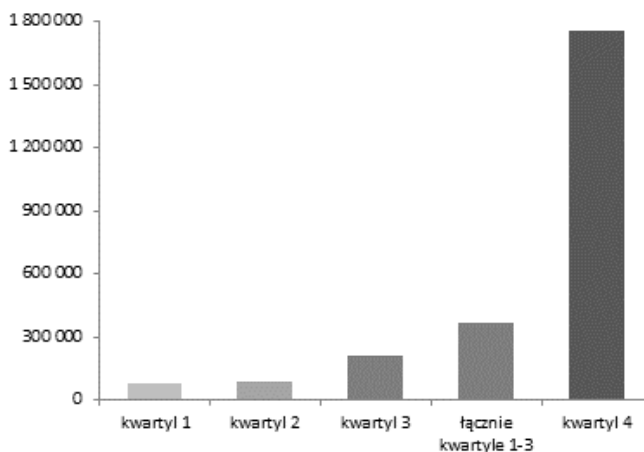
## Dochody ogółem (w tym paragraf 048)

Dochody gmin najzasobniejszych liczone są w miliardach złotych, podczas gdy najbiedniejszych co najwyżej w dziesiątkach milionów. W roku 2016 najzasobniejsza gmina dysponowała budżetem prawie 180 razy większym od najbiedniejszej. Jedna czwarta gmin miała budżety między 13 a 90 mln zł, kolejne 25% między 90 a 175 mln, następne między 175 a 380 mln, a ostatnia w granicach 380 mln a 2,1 mld zł.

Łączna sumaryczna wartość budżetów gmin objętych badaniem przypisanych do w kwartyle 1-3 była bez mała pięciokrotnie mniejsza, niż tych z ostatniego kwartyla. Ten fragment analizy wskazuje na znaczące dysproporcje między większością gmin mniej zasobnych, a znakomitą mniejszością gmin zamożnych. Często kiepska kondycja finansowa



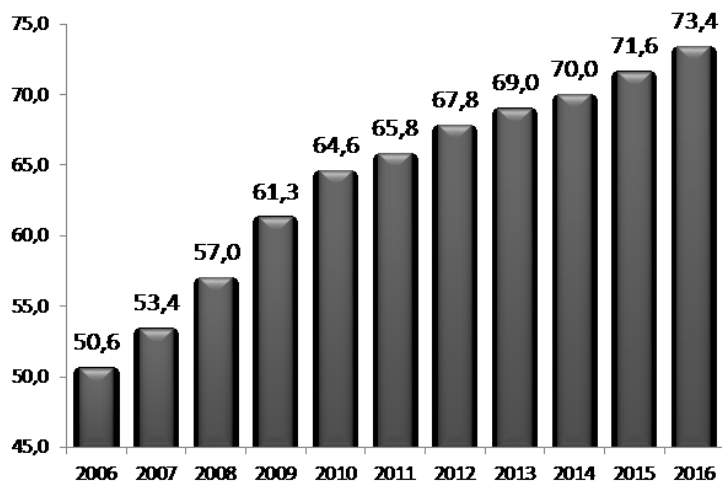
konserwuje się i tym społecznościom lokalnym trudno będzie wyjść z relatywnej biedy, podczas gdy wzrost, rozwój wywołują reakcję łańcuchową i wprowadzenie raz gminy na krzywą wzrostu przynosi kolejne wzrosty. Może to rodzić dość niepokojące wnioski dla osób zajmujących się różnymi problemami biorącymi swoje źródła w przeciętnej lub słabej kondycji finansowej gmin i jej mieszkańców, gdyż rozsądnym wnioskiem byłoby podjąć starania o zasilenie takich środowisk wyraźnymi zewnętrznymi dotacjami.



Rysunek 5. Dochody gmin w roku 2016 i ich rozkład wg kwartyle

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów

Niejako równoległe z różnymi kategoriami dochodów współbrzmia dochody gmin z tytułu uzyskania środków z koncesji na sprzedaż alkoholu, gdyż są do nich dość proporcjonalne. Środki te przeznaczane są na profilaktykę uzależnień tak od alkoholu, jak od narkotyków. Jednocześnie trzeba mieć świadomość, że część tych środków trafia do różnych agend gminnych i do organizacji *non profit* działających w obszarze szeroko rozumianego leczenia i profilaktyki uzależnień.



Rysunek 6. Dochody gmin objętych programem z tytułu opłat za udzielenie koncesji na sprzedaż alkoholu (§ 048)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów

W roku 2016 w ramach § 048 wszystkie gminy w Polsce pozyskały do budżetów kwotę 765,3 mln zł, podczas gdy objęte badaniami w ramach projektu uzyskały z tego tytułu 73,4 mln zł., czyli 9,6% ogólnej kwoty.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi<sup>3</sup> w art. 41 nakłada na samorządy lokalne szereg zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu. Na ich sfinansowanie zapewniono dodatkowe środki z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych. Dochody te mogą być przeznaczone wyłącznie na realizację zadań wynikających z gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (rozdział 85154 klasyfikacji budżetowej) oraz gminnych programów przeciwdziałania narkomanii (85153), a także na realizację zadań podejmowanych przez placówki wsparcia dziennego.

## **Wydatki ogółem na zadania edukacyjne i profilaktyczne (w tym na zapobieganie niedostosowaniu społecznemu)**

W roku 2016 w gminach objętych badaniem w ramach działów 801 i 854 dochody wyniosły 18,3 mld zł, w tym edukacyjna opieka wychowawcza kosztowała 1,5 mld zł. Wysokości nakładów determinowane są liczbą uczniów, ale też organizacją sieci szkolnej, ilością zadań oraz czynnikami środowiskowymi.

Analiza działu 854 funkcjonuje rozdział 85418 (Przeciwdziałanie i ograniczanie skutków patologii społecznej) na przestrzeni 11 lat pokazała, że tylko w 58 gminach w Polsce w ramach tego rozdziału wydano kwotę zaledwie 17,9 mln zł, z tego w roku 2016 w zaledwie 13 gminach zadysponowano kwotą 657,8 tys. zł. Może dziwić tak znikome zainteresowanie problemami finansowanymi w ramach tego rozdziału.

Gminy w Polsce przeznaczyły na zwalczanie narkomanii 40,8 mln tys. zł, w tym gminy objęte badaniem 10,8 mln zł, zaś na przeciwdziałanie alkoholizmowi w Polsce 647,8 mln zł, a w gminach objętych badaniem 227,7 mln. zł. Nie odnotowano wśród gmin sytuacji, by nie wydano na przeciwdziałanie alkoholizmowi choćby niewielkiej sumy, jednocześnie na zwalczanie narkomanii w roku 2016 niełożyło w Polsce 351 gmin, z tego 28 wśród objętych badaniem.

I jeszcze jedna konstatacja: dochody gmin z tytułu udzielenia koncesji na sprzedaż alkoholu w roku 2016 wyniosły 765 mln zł, a ich wydatki 689 mln zł.? Nie jest to traktat poświęcony realizacji gminnych budżetów i postępowania zgodnie z literą prawa, ale...

## **Finansowanie przeciwdziałania i ograniczania skutków patologii**

Środki publiczne przeznaczane wprost na finansowanie przeciwdziałania i ograniczania skutków patologii w Polsce rejestrowane są w rozdziale 85418. W latach 2006-2016 w ramach tego rozdziału polskie samorządy wszystkich poziomów wydatkowały 17,9 mln zł. Jak na 11 lat budżetowych kwota to znikoma zważywszy, że tylko w 2016 roku wydały łącznie 219,3 mld zł. W wydatkach partycypowało jedynie 58 jednostek samorządowych, co stanowi ca 2% wszystkich.

Z zestawienia danych wynika, że w grupie miast najwięcej wydatkowały Mielec i Dzierżonów, ale też Brodnica, Nowa Ruda, Kraśnik czy Mrągowo. Na podkreślenie

---

<sup>3</sup> DzU z 2016 r., poz. 487 ze zm.

zasługuje sam fakt dostrzeżenia problemu i czasem choć symbolicznego finansowania. Wśród gmin miejsko-wiejskich największy wysiłek finansowania zadania poniosły: Goleńców, Szamocin i Krzyż Wielkopolski oraz Czechowice-Dziedzice.

Problemy związane z patologicznymi zachowaniami dostrzegane były tylko w 14 gminach wiejskich, gdyż tylko one przeznaczyły w swoich budżetach jakiegokolwiek środki na ten cel. Najwięcej inwestowały w rozwiązywanie różnych problemów gminy Nagłowice i Wapno – obie wydatkowały ponad 74% wszystkich nakładów spośród gmin wiejskich.

Wśród miast na prawach powiatu znaczące nakłady poniósł w analizowanym okresie Grudziądz. Pozostałe miały w wydatkach tego rozdziału udział raczej symboliczny. W grupie powiatów ziemskich istotną kwotą oraz najbardziej systematycznym finansowaniem wyróżniał się powiat świebodziński.

Podsumowując wyniki analiz demograficzno-ekonomicznych można spróbować odmalować przeciętną polską gminę, na terenie której prowadzono badania objęte projektem (wg danych roku 2016). To gmina leżąca na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, z gęstością zaludnienia 94 osoby na 1 km<sup>2</sup>. 22,5% jej mieszkańców w wieku 15-64 lata legitymowało się wykształceniem wyższym, a w radzie gminy było 43% radnych po studiach. Mieszkania miała dość spore, bo powierzchnia użytkowa wynosiła nieco ponad 80 m<sup>2</sup>. W ciągu roku ubyło jej 14 mieszkańców. Jej gimnazjaliści zdawali egzaminy końcowe poniżej przeciętnej krajowej (98,3). Dochód rozporządzalny *per capita* wynosił 1 422 zł, a przeciętne wynagrodzenie to 3 535 zł miesięcznie. Gmina pozyskała 81,1 mln zł środków z budżetu UE.

W obszarze finansów publicznych dochody własne liczone na mieszkańca wyniosły 1 310 zł, zaś wydatki liczone *per capita* 3 053 zł. Gmina otrzymała część wyrównawczą subwencji ogólnej w kwocie 2,6 tys. zł. Całkowite dochody budżetu gminy wyniosły 175,3 mln zł, z tego z tytułu koncesji na sprzedaż alkoholu 175 tys. zł. Gmina przeznaczyła 15 mln zł na oświatę i wychowanie oraz 0,5 mln zł na edukacyjną opiekę wychowawczą, 168 tys. na przeciwdziałanie alkoholizmowi i 6 tys. zł na zwalczanie skutków istnienia narkotyków.

## Uwarunkowania prawno-administracyjne

Po roku 1990 w Dzienniku Ustaw ukazało się nieco ponad 150 ustaw i rozporządzeń zawierających w swej treści termin „niedostosowani społecznie” w różnych ujęciach gramatycznych. Największa ich część wywodzi się z oświaty, ale także z pomocy społecznej czy przepisów penitencjarnych, administracyjnych i statystycznych, a nawet prawa budżetowego. Tylko 11 z nich wydanych było w ostatnim dziesięcioleciu ub. wieku, zaś znakomita większość to ostatnie 18 lat. Wciąż obowiązujących aktów prawnych jest 38, czyli jedna czwarta wszystkich.

Ustawa z 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw<sup>4</sup> wprowadziła nowy rozdział 3a pt. Ocenianie, klasyfikowanie i promowanie uczniów w szkołach publicznych. Znalazły się w nim przede wszystkim uregulowania związane z ocenianiem, dlatego *W szkole [...] jest dodatkowo zatrudniony nauczyciel w celu współorganizowania kształcenia uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie*

---

<sup>4</sup> DzU z 2015 r. poz. 357

*i zagrożonych niedostosowaniem społecznym*<sup>5</sup>. Uczniom z tych grup szczególnego zainteresowania poświęcono jeszcze wiele przepisów, choć wszystkie z nich związane są z ocenianiem. W ustawach nie znajdziemy innych, tak rozbudowanych przepisów, np. o sposobach postępowania z takimi uczniami albo o szczególnych działaniach profilaktycznych.

Mateusz Pilich (Pilich, 2015) pisał w komentarzu do ustawy o systemie oświaty, że pojęcia "niepełnosprawności" oraz **niedostosowania społecznego** są w różnym stopniu definiowane prawnie – **niedostosowanie społeczne** pozostaje określeniem zaczerpniętym do komentowanej ustawy z języka psychologii i nauk społecznych (socjologii, pedagogiki, psychologii rozwojowej). Osoby niepełnosprawne, **niedostosowane społecznie** oraz zagrożone **niedostosowaniem społecznym** – zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej – mają takie samo, konstytucyjne prawo do nauki jak uczniowie "pełnosprawni". W procesie rekrutacji do szkół powinny być więc traktowane równo z innymi. W ocenie autora wiele kwestii uregulowanych jest w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, **niedostosowanych społecznie** i zagrożonych **niedostosowaniem społecznym**<sup>6</sup>.

Warto jeszcze odnotować regulowanie kwestii związanych z finansowaniem takich działań. Mimo braku niezbędnych regulacji ustawowych Minister Edukacji kwestie finansowe uregulował w rozporządzenie z 22 grudnia 2003 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2004<sup>7</sup>. Po raz pierwszy w rozporządzeniu znalazła się waga uwzględniająca uczniów z takimi problemami.

Załącznik do najnowszego rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 15 grudnia 2017 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2018 – Algorytm podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego na rok 2018<sup>8</sup> stanowi, iż waga  $P_4 = 1,4$ .

Wprowadzenie obowiązku z całościowego kierowania na określone w rozporządzeniu zadania wymusiło dostosowanie do nowych rozwiązań tzw. klasyfikacji budżetowej. W obowiązującym 1 stycznia 2018 roku załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Finansów z 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych<sup>9</sup> znajdujemy nowe rozwiązania, umożliwiające sprawozdawanie, iż środki z subwencji przeznaczone zostały na nakreślone zadania. Nowe rozdziały to 80149, 80150, 80151 i 80152.

## Regulacje wewnętrzne

Badania u respondentów uzupełnione zostały pytaniami o wewnętrzne uregulowania prawne, na które szkoła ma zdecydowany wpływ (zapisy w statucie i stosownym programie), o rozwiązania organizacyjne, przede wszystkim wykorzystanie dostępnych kadr

---

<sup>5</sup> *Ibidem*, art. 44h ust. 4

<sup>6</sup> DzU z 2015 r. poz. 1113

<sup>7</sup> *Ibidem*, DzU z 2003 r. nr. 225 poz. 2231

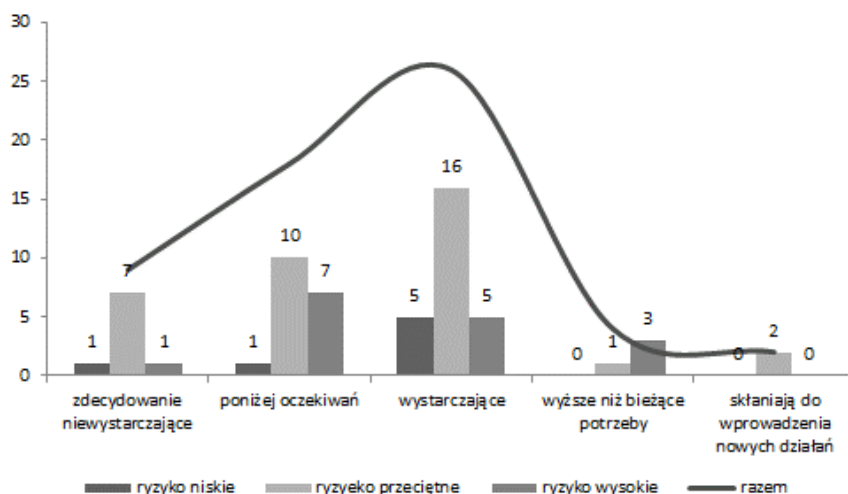
<sup>8</sup> *Ibidem*, DzU z 2017 r. poz. 2395

<sup>9</sup> *Ibidem*, DzU z 2014 r. poz. 1053 ze zm.

pedagogicznych oraz o kwestie finansowania zadań ze źródeł pozaszkolnych, a skierowanych bezpośrednio do dyrektorów badanych szkół. W grupie 326 badanych dyrektorzy stanowili 15,3% (50 osób).

## Finansowanie potrzeb

Zdecydowana większość respondentów stwierdziła, że środki kierowane na działania w obszarze niedostosowania społecznego są wystarczające (52%). Jednocześnie jako niewystarczające (36%), poniżej oczekiwań (20%) i wystarczające (32%) ocenili dyrektorzy w obszarze ryzyka przeciętnego.



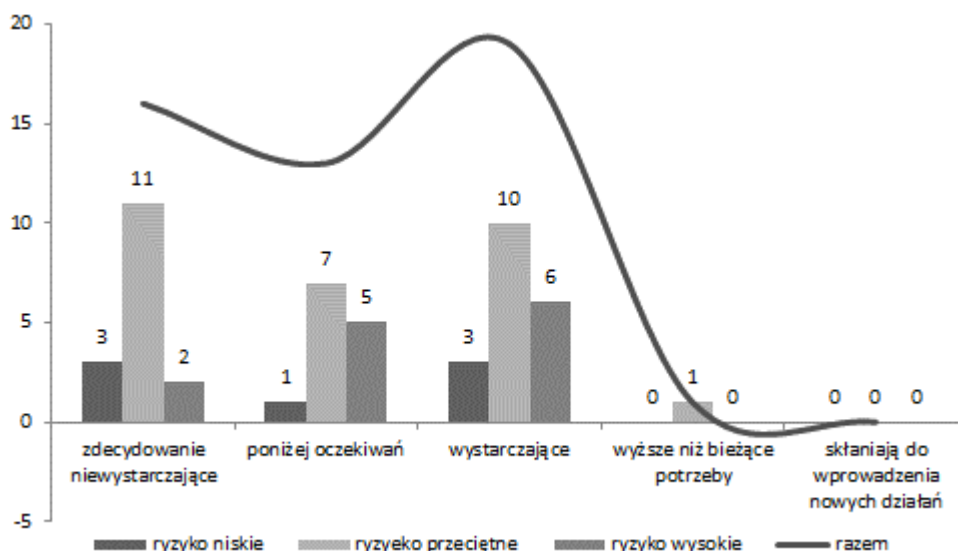
Rysunek 7. Relacja nakładów na profilaktykę w szkole do potrzeb (ocena kadry kierowniczej) [osób]

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania

W ryzyku niskim oceny były także niskie, choć w wysokim odnotowano nawet opinie, iż były wyższe niż bieżące potrzeby szkół. To dość osobliwe spostrzeżenia. Jednocześnie warto odnotować, że wykres dla „razem” jest zbliżony do rozkładu naturalnego, z wyraźnym uwypukleniem opinii negatywnych.

## Otrzymywane środki a zakres działań

Zdecydowana większość respondentów (29) odpowiedziała, że ilość środków jest zdecydowanie niewystarczająca lub poniżej oczekiwań (58,2%). Takie odpowiedzi preferowały osoby wskazujące na ryzyko przeciętne. Przeciwnie opinie wyraziło 20 respondentów, wśród których znów dominowały osoby oceniające, iż ryzyko występowania zjawiska niedostosowania społecznego jest przeciętne (40,4%). Respondenci ocenili więc, że środków jest zbyt mało, a nawet zdecydowanie za mało. Nikt nie wyraził opinii, iż nadmiar środków może skłaniać do wdrażania nowych działań w badanym obszarze.

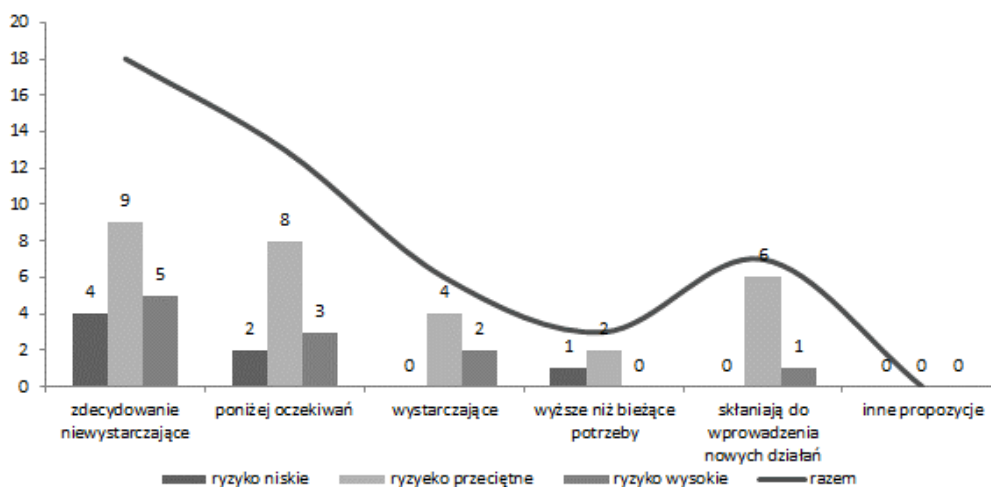


Rysunek 8. Relacja nakładów na profilaktykę w szkole do zakresu wykonywanych zadań (ocena kadry kierowniczej) [osób]

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania

### Sugerowane sposoby finansowania działań profilaktycznych

38,3% badanych opowiedziało się za realizowanym obecnie mieszanym modelem zdecentralizowanym. Ale jednocześnie 27,7% skłonnych jest optować za modelem tylko centralnym, zaś 12,8% za modelem wyłącznie samorządowym. 14,9% wyraziło przekonanie, że działania profilaktyczne winny realizowane przez inne niż szkoła organizacje, a jedynie 6,4% (trzy osoby) opowiedziało się za dystrybuowaniem środków publicznych w formie otwartych konkursów.



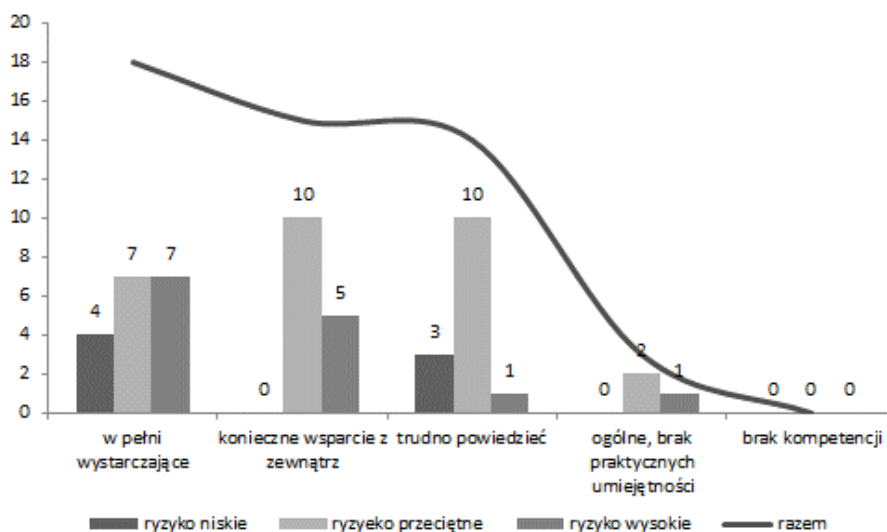
Rysunek 9. Pożądaný model finansowania profilaktyki w szkole w opinii kadry kierowniczej [osób]

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania

Respondenci nie podzielili się pomysłami na inne metody dystrybucji środków publicznych. Zastanawiającym jest, kto po doświadczeniach pół wieku zarządzania centralnego w Polsce, które doprowadziło do najpoważniejszego w dziejach kryzysu społecznego i ekonomicznego wierzy, iż centralna dystrybucja środków publicznych może usprawnić nie tylko samą dystrybucję, ale też poprawić efektywność wykorzystania.

## Kompetencje kadry kierowniczej w zakresie korzystania z aktów prawnych

Wysoko w trzech obszarach ryzyka oceniło swoje kompetencje 18 osób (36%), ale jednocześnie aż 15 (30%) uczciwie przyznało, że potrzebne im jest wsparcie z zewnątrz. Co ciekawe 28% (14 osób) nie miało w tej kwestii zdania. Zaledwie 3 osoby przyznały się, że nie posiadają żadnych praktycznych umiejętności w tym obszarze. Pozornie nie jest to porażająca liczba, ale pamiętając, że dyrektorów szkół i placówek jest prawie 28 tys. (2014 rok), to 6% stanowi prawie 1 700 osób, a to już wielkość przemawiająca do wyobraźni. Jednocześnie nikt z badanych nie przyznał się do absolutnego braku kompetencji w tym obszarze.



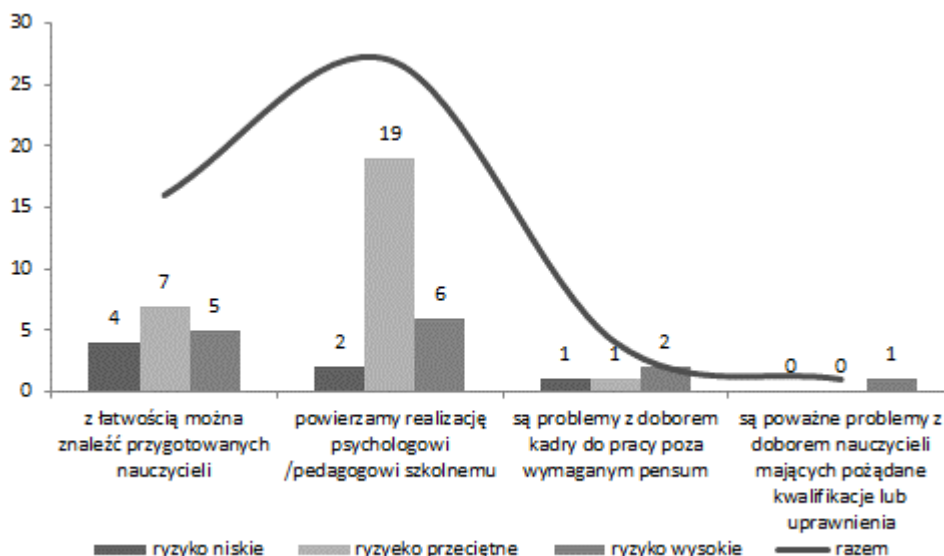
Rysunek 10. Kompetencje kadry kierowniczej w zakresie aktów prawnych dotyczących działań profilaktycznych (samoocena) [osób]

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania

## Powierzenie realizacji działań profilaktycznych pracownikom szkoły

Z zestawienia wyników można wywnioskować, że najczęściej zadania z zakresu profilaktyki niedostosowaniu społecznemu powierzane są psychologowi lub pedagogowi szkolnemu (56,3% wskazań). Inną kwestią jest, czy odbywa się to z pożytkiem czy ze szkodą dla rozwiązywanego tak problemu. Rola tych dwóch osób w szkole jest raczej diagnostyczna i nie można umniejszać ich odpowiedzialności w tym obszarze, natomiast wydaje się, że ciągle niedostrzegane jest w tym systemie miejsce nauczycieli, w szczególności wychowawców klas i szkolnych świetlic. Ten obszar wskazuje 1/3 respondentów, a jest to wielkość chyba zaniziona. Tym bardziej, że 10% badanych powiada, że są problemy z doбором kadry do pracy poza wymaganym pensum, ale i zdarzają się poważne

problemy z doбором nauczycieli mających pożądane kwalifikacje lub uprawnienia. Pojawia się więc problem nie tylko kształcenia nauczycieli, ale też ich doksztalcenia na potrzeby konkretnej szkoły czy określonego środowiska.



Rysunek 11. Kompetencje wewnątrzszkolnych realizatorów działań profilaktycznych (ocena kadry kierowniczej) [osób]

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania

## Zapisy w statucie szkoły o wspieraniu uczniów i ich rodziców w zakresie profilaktyki

Badanie zostało przeprowadzone przed obligatoryjnym obowiązkiem napisania i uchwalenia nowych statutów szkół podstawowych, branżowych i przedszkoli jesienią 2017 roku. Warto zatem nadmienić, że w przypadku szkoły dla dzieci i młodzieży cele i zadania szkoły określone w statucie uwzględniają program wychowawczo-profilaktyczny szkoły<sup>10</sup>. Program ten ma obejmować treści i działania o charakterze wychowawczym skierowane do uczniów oraz treści i działania o charakterze profilaktycznym dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów, przygotowane w oparciu o przeprowadzoną diagnozę potrzeb i problemów występujących w danej społeczności szkolnej, skierowane do uczniów, nauczycieli i rodziców. Przepisu tego nie stosuje się do przedszkoli<sup>11</sup>.

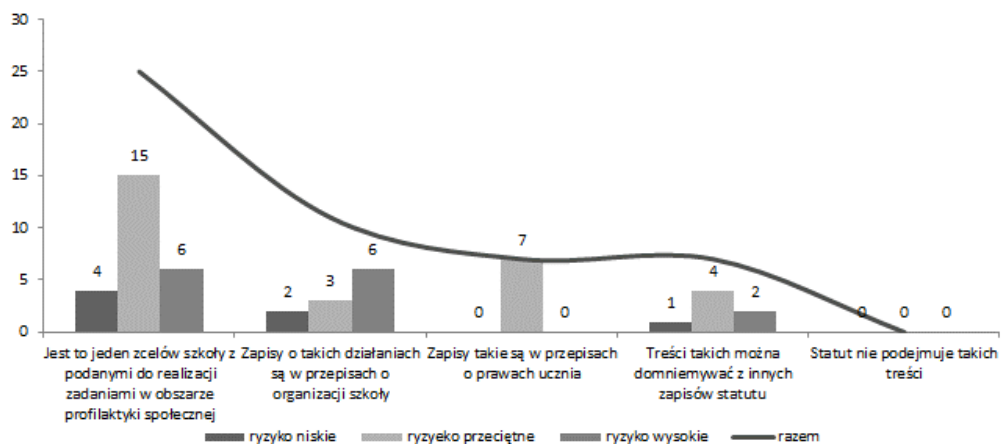
Połowa respondentów (50%) zadeklarowała, że jest to jeden z celów szkoły z podanymi do realizacji zadaniami w obszarze profilaktyki społecznej. 22% uznało, że zapisy o takich działaniach są w przepisach o organizacji szkoły, zaś po 14% stwierdziło, że takie zapisy są w przepisach o prawach ucznia lub można ich domniemywać z innych zapisów statutu. Żaden z dyrektorów, który na skutek zadanego pytania, nie odniósł się negatywnie do jego treści.

<sup>10</sup> art. 98 ust. 4 ustawy – Prawo oświatowe

<sup>11</sup> *ibidem*, art. 26



Generalnie stwierdzić należy, że badani dyrektorzy wykazali się, przynajmniej w większości, znajomością problematyki i udzielili racjonalnych odpowiedzi, mimo uchybień wykazanych wyżej.



Rysunek 12. Wsparcie dla profilaktyki w statucie szkoły (ocena kadry kierowniczej) [osób]  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z badania

## Bibliografia

- Bejger H., Kartaszyńska R. (2014). *Niedostosowanie społeczne: teorie i doświadczenia*. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Chełm
- Borowski R. (2006). *Niedostosowanie społeczne: wybrane problemy*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica, Płock
- Domagała-Kręcioch A. (2008). *Niedostosowanie społeczne uczniów a niepowodzenia szkolne*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków
- Harasimiak G. (2004). *Pojęcie niedostosowania społecznego a polski model postępowania z nieletnimi*, Studia Prawnicze 2004, nr 2
- Herczyński J. (2012). *Wskaźniki oświatowe*. Biblioteczka Oświaty Samorządowej. Wyd. ICM, Warszawa
- Jeżowski A. J., Madalińska-Michalak J. (2015). *Dyrektor szkoły – koncepcje i wyzwania. Między teorią a praktyką*. ORE, Warszawa
- Konopnicki J. (1971). *Niedostosowanie społeczne*, PWN, Warszawa
- Kowalczevska-Grabowska K. (2009). *Niedostosowanie społeczne w percepcji i doświadczeniach uczniów i nauczycieli różnych typów szkół: analiza porównawcza*. Prace Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu w Dąbrowie Górniczej. Wyższa Szkoła Biznesu, Dąbrowa Górnicza
- Madalińska-Michalak J. (2012). *Skuteczne przywództwo w szkołach na obszarach zaniedbanych społecznie. Studium porównawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
- Makowski A. (1994). *Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja*. PWN, Warszawa
- Marciniak L. [red.] (2017). *Procedury oświatowe z wzorami dokumentów*. Tom 1: *Prawo oświatowe i system oświaty*. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa
- Pilich M. [red.] (2018). *Komentarz do ustawy – Prawo oświatowe, [w:] Prawo oświatowe oraz przepisy wprowadzające. Komentarz*. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa
- Pluta T. [red.] (1979). *Alkoholizm a niedostosowanie społeczne dzieci i młodzieży* (materiały z sesji popularnonaukowej). Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Kielce

- Pospiszyl K. (1978). *Niedostosowanie społeczne – przejawy, przyczyny i sposoby terapii: (materiały dla studentów resocjalizacji)*. Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa
- Raszewska-Skalecka R. (2017). *Polityka administracyjna a samorządowa polityka oświatowa – na gruncie nauk prawnoadministracyjnych*. „Przegląd Prawa i Administracji” nr 109
- Siemionow J. (2011). *Niedostosowanie społeczne nieletnich. Działania, zmiana, efektywność*. Difin, Warszawa
- Strykowska-Nowakowska J. (2005). *Niedostosowanie społeczne dzieci w wieku szkolnym: problemy, diagnoza, profilaktyka*. Gnieźnieńska Wyższa Szkoła Humanistyczno-Menedżerska Milenium, Gniezno
- Szymański A. M. (2010). *Niedostosowanie społeczne dzieci i młodzieży: wybrane problemy*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa

Krzysztof Wojcieszek

## 2.3.2 Społeczno-kulturowe uwarunkowania skutecznego wspierania zdrowia i profilaktyki szkolnej

Rodzice i nauczyciele tworzą podstawy wszelkich działań profilaktycznych. Z tych względów podjęto badanie zarówno rodziców, jak i nauczycieli. Podobnie jak w przypadku uczniów, tak i badania dorosłych były wykonane dwukrotnie w odstępie roku. Dokładna analiza wyników uzyskanych identycznymi narzędziami w kolejnym roku pokazała małą zmienność zbadanych postaw i zachowań między pierwszym a drugim badaniem. Wyniki są niemal identyczne w obu próbach. Jest to zrozumiałe, gdyż postawy dorosłych, jak i powtarzalność zachowań jest już zazwyczaj dość silnie utrwalona i odporna na zmiany w tak krótkim okresie czasu. Fakt, że wyniki w obu grupach są tak podobne do siebie pozwala na zilustrowanie zagadnienia w oparciu o próbę o większej liczbie, czyli ujętą w I badaniu, przy założeniu, że prezentowane dane są wzmocnione przez wspomnianą podwójność pomiaru.

### Rodzice

**Podział grupy rodziców** opisywanej w rozdziale pozwolił wyodrębnić trzy podgrupy: niskiego, przeciętnego i wysokiego ryzyka w oparciu o zasady wskazane w opisie metody. Przypomnijmy, że kryterium wyodrębnienia grup była: deklarowana przez rodziców częstość obserwowania zachowań ryzykownych w najbliższym otoczeniu społecznym, deklarowana częstość zachowań ryzykownych w domu, postawy wobec zachowań ryzykownych dzieci i częstość występowania u rodziców zachowań impulsywnych. Do grupy wysokiego ryzyka zakwalifikowano 27% osób najczęściej obserwowujących zachowania ryzykowne, przejawiających impulsywność i mających najbardziej przyzwalające postawy wobec zachowań ryzykownych swoich dzieci. Grupa niskiego ryzyka, to 27% osób deklarujących powyższe właściwości na najniższym poziomie. Osoby z wynikami przeciętnymi zostały zakwalifikowane do grupy środkowej.

Tabela 1

*Ogólne poczucie zadowolenia rodziców*

Niskie ryzyko		Przeciętne ryz.		Wysokie ryz.		Razem	
średnia	odch.st.	średnia	odch.st.	średnia	odch.st.	średnia	odch.st.
3,10	0,52	2,93	0,51	2,78	0,54	2,94	0,53

Źródło: badania własne.

**Grupa rodziców** scharakteryzowana ilościowo w opisie próby, to przed wszystkim matki (86,5 %). W próbie dominowały osoby pozostające w pierwszym związku (79,9 %). Znaczny był odsetek osób mających dzieci, a jednocześnie samotnych (4,6%), rozwiedzionych (7,5%), pozostających w związkach rekonstruowanych (5,8%). Tylko

1,6% było wdowami lub wdowcami. Wspomniane sytuacje są uważane za podwyższające indywidualne ryzyko, co znalazło potwierdzenie w grupie wysokiego ryzyka. Zaobserwowano też, że im niższe było wykształcenie rodzica, tym częściej znajdował się w grupie ryzyka. Podobną zależność znajdujemy jeśli chodzi o aktywność zawodową: grupa „ryzyko niskie” zadeklarowała „brak zatrudnienia” - 15,4 %, zaś grupa „ryzyko wysokie” na poziomie 18,6 %. Istotność statystyczna wyniosła 0,05.

**Zadowolenie z życia** jest w porównywanych grupach zbliżone, wyniki ogólne przedstawia tabela 1 a szczegółowe tabela 2. Średnio 60,5 % badanych jest „raczej zadowolonych z życia”, a 27,6 % bardzo zadowolonych. Wskaźniki „bardzo zadowolony” spadają systematycznie w kierunku grupy wysokiego ryzyka.

Wydaje się, że ta grupa przeżywa kłopoty życiowe. Aby to zobrazować wybraliśmy w tabeli 2 tylko odpowiedzi na pytanie „bardzo zadowolony”. Wskaźniki ściśle i wprost negatywne pominięto, ponieważ występują rzadko, głównie w grupie rodziców z wysokim ryzykiem.

Tabela 2

*Wskaźniki zadowolenia z życia*

	Niskie ryzyko		Przeciętne ryz.		Wysokie ryz.		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
relacje z rodziną	135	46,1	212	41,1	84	30,0	431	39,6
relacje ze znajomymi	125	42,7	182	35,3	81	28,9	388	35,6
kontakty z nauczycielami	94	32,1	147	28,5	64	22,9	305	28,0
spędzanie wolnego czasu	95	32,4	115	22,3	52	18,6	262	24,1
pozycja w pracy	85	29,0	107	20,7	42	15,0	234	21,5
możliwości rozwoju	74	25,3	81	15,7	29	10,4	184	16,9
wyobrażenia o przyszłości	65	22,2	55	10,7	24	8,6	144	13,2

Źródło: badania własne.

**Stopień samokontroli** zbadano za pomocą takich wskaźników jak: poziom starannego planowania; działanie impulsywne, bez namysłu; trudność skupienia uwagi; opóźnienie; koncentracja; rozważa; mówienie bez namysłu; działanie pod wpływem chwili. Różnice między grupami były istotne statystycznie ( $p < 0,00 - p < 0,05$ ). W tabeli 3 są zagregowane wyniki (skala BIS).

Tabela 3

*Samokontrola – impulsywność rodziców (1-4: niskie – wysokie wyniki)*

	Niskie ryzyko		Przeciętne ryz.		Wysokie ryz.		Razem	
	Śred- nia	Odchyle- nie stan- dardowe	Śred- nia	Odchyle- nie stan- dardowe	Śred- nia	Odchyle- nie stan- dardowe	Śred- nia	Odchyle- nie stan- dardowe
A	3,37	0,49	3,25	0,54	3,03	0,56	3,23	0,55
B	1,56	0,45	1,70	0,44	1,80	0,48	1,69	0,46

Źródło: badania własne. A-Samokontrola, B- Impulsywność, w skali 1-4.

To wynik równie ważny, jak niepokojący, gdy dotykamy podstawowych ograniczeń prawidłowych działań wychowawczych.

**Kontakt z dziećmi** obejmuje wszystkie aspekty opisujące relacje między dziećmi a rodzicami. Układają się one w czytelny obraz, przedstawiony w tabeli 4.

Tabela 4

*Spędzanie czasu z dziećmi*

	Niskie ryzyko		Przeciętne ryz.		Wysokie ryz.		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
nigdy	3	1,0	5	1,0	8	2,9	16	1,5
kilka razy w roku	41	14,0	82	15,9	49	17,5	172	15,8
kilka razy w miesiącu	110	37,5	208	40,3	113	40,4	431	39,6
kilka razy w tygodniu	139	47,4	221	42,8	110	39,3	470	43,2

Źródło: badania własne.

Wynik wskazuje na niepokojący dystans między członkami rodziny. W grupie wysokiego ryzyka rzadkie kontakty („wcale” i „kilka razy w roku”) deklaruje aż 20,4% badanych. Uderzające są też odsetki deklarujących, że spędzają czas z dziećmi „kilka razy w miesiącu”, co wydaje się nadal wskaźnikiem słabych kontaktów: średnio 39,6%. Jest to prawie co drugi rodzic, niezależnie od grupy ryzyka. Znaczenie tego czynnika potwierdziło się w projekcie islandzkim przywołanym w części I (Kristjanson, 2016); również winnych projektach (Fergus, Zimmerman, 2005; Ostaszewski, Zimmerman, 2006).

Podobny charakter mają wyniki uzyskane w pytaniu o rozmowy o szkole. Średnio aż 93,8% rodziców rozmawia na ten temat z dziećmi kilka razy w tygodniu, w porównaniu z 84,9 % „rozmawiających o innych sprawach”. Albo tematy szkolne są dla rodziców najważniejsze (?), albo natrafiają na trudności w otwartej i ciekawej komunikacji z własnymi dziećmi, co jest polem do ewentualnych wspierających rodziców interwencji profilaktycznych. Wyraźnie widać to w tabeli 5, w wynikach odpowiedzi na pytanie o wspólne uprawianie hobby. Najczęściej zdarza się to „kilka razy w miesiącu” – średnio 45,1% badanych. Są jednak rodzice, którzy takiej aktywności nigdy nie przejawiają.

Tabela 5

*Częstość wspólnie uprawianego z dziećmi hobby*

	Niskie ryzyko		Przeciętne ryz.		Wysokie ryz.		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
nigdy	11	3,8	30	5,8	22	7,9	63	5,8
kilka razy w tygodniu	88	30,0	132	25,6	63	22,5	283	26,0

Zródło: badania własne.

Powyższy wynik obrazuje trudności, na jakie natrafia część rodziców w kwestii uprawiania z dziećmi wspólnego hobby. Im wyższe ryzyko, tym takie cenne zachowanie jest rzadsze.

Dość wysokie (w naszej ocenie) wskaźniki przyniosło pytanie o częstość sytuacji wspólnego podejmowania decyzji. Deklaruje takie sytuacje jako częste 77,2% rodziców. Przynależność do grupy ryzyka mało różnicuje ten wynik, zaskakująco dużo rodziców z grupy wysokiego ryzyka deklaruje takie sytuacje jako stosunkowo częste (73,2%). Prawie połowa badanych wskazuje na to, że dziecko często, kilka razy w tygodniu, pomaga w ważnych pracach domowych (średnio 46,3%). Jednak test chi-kwadrat Pearsona tylko w pytaniu o uczestnictwo dziecka w decyzjach miał stosowną istotność statystyczną (Chi kwadrat = 24.221, df = 6,  $p < 0,001$ ). W pozostałych pytaniach można mówić co najwyżej o tendencjach.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że dotychczas najbardziej efektywne działania profilaktyczne o udowodnionej skuteczności opierały się właśnie na wzmacnianiu tego czynnika (Program Wzmacniania Rodziny, eksperymenty prof. Zimmermanna). Wyniki sugerują taką potrzebę również w Polsce, zwłaszcza, że dysponujemy znakomitym programem „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” (Sakowska, 2010). Niestety, jego realny zasięg jest pomimo starań wciąż zbyt mały.

**Monitorowanie zachowań dzieci – kontrola rodzicielska**, to czynnik mocno eksponowany w udanym eksperymencie islandzkim (Kristjanson, 2016). W naszych badaniach średnio 73,7% rodziców twierdzi, że „zawsze” pyta swoje dziecko o rówieśników, zaś „przeważnie” pyta 18,7%. Oznacza to aż 92,4% dopytujących się rodziców. Trendy w obrębie poszczególnych grup nie są spójne, chociaż rodzice z grupy wysokiego ryzyka deklarują nieco większą częstotliwość dopytywania.

Mniej rodziców dopytuje się o wydatki dziecka, średnio 86,6%, a jest to element związany z dostępnością do niektórych zachowań ryzykownych i powinno być monitorowane. Podobnie często rodzice dopytują się o plany dziecka, cokolwiek można przez to rozumieć (średnio 85,7%). O cel wyjścia z domu „zawsze” dopytuje aż średnio 87,8% (jeśli dodamy wskazania „zazwyczaj” to jest to aż 97,3 % - niemal wszyscy. Pytanie dziecka o miejsce pobytu deklaruje 94,9% ( $p < 0,001$ ). Podane wskaźniki wydają się optymistyczne.

Pytano też o oczekiwania edukacyjne (aspiracje dzieci). Większość badanych (78,1%) wskazała na studia wyższe jako optymalny horyzont oczekiwań edukacyjnych ich dzieci. W grupie wysokiego ryzyka aspiracje są nieco niższe (74,6%). Zważywszy na to, że sukces szkolny jest generalnie czynnikiem chroniącym, można się zastanawiać, czy część rodziców z grupy wysokiego ryzyka nie nazbyt szybko rezygnuje z aspiracji.

**Wzorce zachowań ryzykownych** zgłaszane przez rodziców jako środowiskowe i rodzinne obserwacje zachowań dysfunkcyjnych, które docierają do dzieci,

było jedną z podstaw wyróżnienia grup rodziców niskiego, przeciętnego i wysokiego ryzyka. W tabeli 6 porównano w 3 grupach odpowiedzi na pytanie o **brak** występowania danego zachowania w środowisku domowym (odpowiedź „nigdy nie występuje”).

Tabela 6

*Rodzinnie wzorce zachowań ryzykownych. Kategoria „nigdy nie występuje”*

	Niskie ryzyk.		Przeciętne ryzyk.		Wysokie ryzyk.		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
palenie tytoniu	244	83,3	296	57,4	66	23,6	606	55,6
alkohol	134	45,7	70	13,6	12	4,3	216	19,8
pijaństwo	252	86,0	264	51,2	46	16,4	562	51,6
agresja werbalna	262	89,4	309	59,9	62	22,1	633	58,1
agresja fizyczna	286	97,6	475	92,1	183	65,4	944	86,7

Źródło: badania własne, wybór. Istotność statystyczna testu chi – kwadrat we wszystkich kategoriach  $p < 0,05$ . Test chi – kwadrat Pearsona kolejno: 270, 980; 304,799; 354, 334; 353.203;176,367. Wszystkie df = 12.

Wynik ilustruje pilną potrzebę uniwersalnych zmian środowiska społecznego w Polsce, jak również ilustruje pilną potrzebę zwiększenia możliwości pracy w ramach profilaktyki selektywnej – dla grupy podwyższonego ryzyka. **Najprościej ujmując: życie w rodzinie z problemem alkoholowym, w oparach tytoniowych i w atmosferze przemocy jest największym wyzwaniem dla rozwoju młodych ludzi.** To smutny fragment naszej polskiej rzeczywistości społecznej. Przypomnijmy zasadę omawianą w części teoretycznej: **skuteczność profilaktyki jest ściśle zależna od zachowań dorosłego otoczenia uczniów.** Jeśli w nim panują normy tolerujące lub nawet zalecające dane zachowanie – długoterminowych pozytywnych wyników działań profilaktycznych nie należy się spodziewać.

Aprobata rodziców dla zachowań ryzykownych rówieśników własnych dzieci, to kolejny czynnik leżący u podstaw wyodrębnienia grup skrajnych rodziców. W grupie niskiego ryzyka 87,4% osób negatywnie ocena palenia tytoniu, w przeciętnego ryzyka 69,8%, zaś w grupie wysokiego ryzyka 52,9% (średnia 70,2%). Bardzo podobny jest trend w sprawie alkoholu. Negatywną ocenę picia przez rówieśników dzieci prezentuje 91,8% w grupie niskiego ryzyka, 77,9% w grupie przeciętnej i 61,8% w grupie wysokiego ryzyka (średnia 77,5%). Nawet w sprawie upijania się przez rówieśników dziecka: negatywne oceny tego zachowania - niskie ryzyko – 98%, przeciętne – 89,7%, zaś wysokie ryzyko – 75% (średnia 89,2%). Co ciekawe, nie ma powyższego efektu w sprawie używania tzw. dopalaczy (nowych narkotyków). Tutaj rodzice są niemal zgodni, dezaprobatę wyraża 99,7% w grupie niskiego ryzyka, 96,1% w przeciętnej i 87,9% w grupie wysokiego ryzyka (średnia 94,9%). Duży wpływ na tę sprawę mają zapewne doniesienia medialne, które sugerują, że tzw. dopalacze są groźniejsze niż np. alkohol czy tytoń (co nie wydaje się być prawdą). Jednocześnie widzimy znaczenie tzw. socjalizacji alkoholowej w społeczeństwie. Nie uważa się za groźne czegoś, co swojskie. Tymczasem to używanie alkoholu odpowiada aż za 1/4 zgonów młodych ludzi w UE (Anderson, Baumberg, 2006). Narkotyki są w tyle.

Również wobec używania marihuany przez rówieśników dzieci osoby z grupy podwyższonego ryzyka zachowują specyficzny leseferyzm: negatywnie ocenia to 83,6% przy średniej 93,4%. Bardzo znamieny jest wskaźnik negatywnej oceny ewentualnego współżycia seksualnego w środowisku rówieśniczym dzieci. Odsetki układają się tu następująco: 91,5%, 76,6%, 55% w grupie wysokiego ryzyka (średnio 75%). A przecież specjaliści wiedzą, jak bardzo zachowania ryzykowne są powiązane (Grzelak, 2015). W grupie wysokiego ryzyka negatywna ocena agresji słownej jest niska (34,6% przy średniej 60,9%), nieco mniejsza w grupie wysokiego ryzyka jest dezaprobatą dla agresji fizycznej – 62,9 % (średnia 79,9%). Wszystkie wyniki są istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ). W grupie wysokiego ryzyka traktuje się zachowania ryzykowne jako swoiście „normalne”, co zwiększa ryzyko podejmowania takich zachowań przez dzieci.

Największe korelacje między opisywanymi wynikami odnotowano między rodzinnymi wzorcami zachowań ryzykownych a ekspozycją na środowiskowe wzorce takich zachowań (0,427), postawami sprzyjającymi takim zachowaniom (0,258) i impulsywnością (0,142). Ujemna korelacja wystąpiła w przypadku ogólnego poczucia zadowolenia z życia (-0,216) i poczucia możliwości rozwoju (0,214), wszystkie istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,001$ . Maluje się pesymistyczny obraz pewnego odsetka rodziców znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, obejmującej złe wzorce w zakresie używania alkoholu czy przemocy. Ponieważ większość badanych rodziców to kobiety, to można sobie wyobrazić jak wygląda codzienne życie tych rodzin i zrozumieć, dlaczego mamy do czynienia z takimi zjawiskami, jak np. międzypokoleniowa transmisja uzależnienia.

## **Nauczyciele (pracownicy szkoły)**

**Zbadana grupa** jest znaczna liczebnie ( $N = 1213$  osób), zdecydowana większość respondentów to nauczyciele (82,4%), głównie szkół podstawowych (57,5%), w tym 87% kobiety (znana feminizacja zawodu). Stosunkowo dużą grupę stanowią psychologowie i pedagogi szkolni – 7,3 % oraz bibliotekarze – 5,3 %. Kadra kierownicza to 4,2 %. Badanych podzielono również na 3 grupy wedle spostrzeganego przez nich poziomu czynników ryzyka w środowisku szkoły (niski, przeciętny, wysoki). Kryterium wyodrębnienia grup była sygnalizowana przez nauczycieli częstość występowania w szkole zachowań ryzykownych uczniów związanych ze stosowaniem nielegalnych i legalnych substancji psychoaktywnych, agresji i przemocy, negacji obowiązków szkolnych, zabsorbowania mediami elektronicznymi, niewłaściwego odżywiania się. Do grupy wysokiego ryzyka zakwalifikowano 27% osób ze środowisk opisanych przez nie jako najsilniej nasycone zachowaniami ryzykownymi uczniów. Grupa niskiego ryzyka, to 27% osób zgłaszających zachowania ryzykowne uczniów najrzadziej. Osoby deklarujące przeciętne nasilenie problemów w szkole zostały zakwalifikowane do grupy środkowej.

98,5% badanych posiada wykształcenie wyższe. Podobnie, jak w przypadku rodziców wyniki w I i w II badaniu w odstępnie roku nie różniły się znacząco, zatem dla ilustrowania zagadnień przyjęliśmy większą liczebnie próbę z badania I.

**Aktywność uczniów**, jej skala i zróżnicowanie sprzyja osiągnięciu celów profilaktycznych. Obserwacje badanych pracowników szkoły przedstawia tabela 7. Nauczyciele ze szkół o różnym nasileniu ryzykownych zachowań uczniów opisują je jako środowiska odmienne z punktu widzenia zaangażowania uczniów. Zakres aktywności bywa uznawany za czynnik chroniący, deficyty za czynnik ryzyka.



Tabela 7

*Aktywność uczniów: wskazania - „mniejszość uczniów/ większość uczniów”*

		Niskie ryzyko		Przeciętne ryzyko		Wysokie ryzyko		Razem	
zajęcia pozalekcyjne	mniejszość	90	27,5	151	27,0	123	37,7	364	30,0
	większość	91	27,8	154	27,5	69	21,2	314	25,9
udział w zawodach, konkursach	mniejszość	109	33,3	228	40,7	162	49,7	499	41,1
	większość	58	17,7	85	15,2	32	9,8	175	14,4
pomaganie innym	mniejszość	72	22,0	180	32,1	138	42,3	390	32,2
	większość	43	13,1	52	9,3	25	7,7	120	9,9

**Zadowolenie z życia**, porównując je w tabeli 8 z analogicznym wynikiem rodziców – lokuje się w grupie nauczycieli na bardzo podobnym, wyższym od przeciętnego poziomie.

Tabela 8

*Ogólne zadowolenie z jakości życia pracowników szkoły i rodziców (skala 1-4)*

	Niskie ryzyko		Przeciętne ryzyko		Wysokie ryzyko		Razem	
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe
Pracownicy szkoły	3,01	0,48	2,93	0,47	2,89	0,46	2,94	0,47
Rodzice	3,10	0,52	2,93	0,51	2,78	0,54	2,94	0,53

Źródło: badania własne. Różnice istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ .

85,2% badanych jest „raczej zadowolona lub bardzo zadowolona” z poziomu bezpieczeństwa, 57,2% ze swego stanu materialnego, 67,4% ze stanu zdrowia, 84% z relacji z rodziną, 87,4% z relacji ze znajomymi, a **aż 90,5% z relacji z uczniami, natomiast już tylko 75,3% z relacji z rodzicami uczniów**, z relacji ze współpracownikami 78,8% (co potwierdza bólączki klimatu szkolnego), przy czym relacje z przełożonymi są ciut lepsze 79,8%. Na szczególną uwagę zasługuje kontrast między akceptacją uczniów, a jej względny brakiem wobec rodziców uczniów (trudności w budowaniu tzw. koalicji wychowawczej) oraz względnie niska ocena relacji ze współpracownikami. A przecież, jak wspomniano, klimat szkoły ma duże znaczenie profilaktyczne.

Badani spędzają z satysfakcją czas wolny (76,7%), 81,9% uznaje pozycję w pracy za zadowalającą. 81% dobrze ocenia możliwości rozwoju, ale tylko 59,1% dobrze myśli o swojej przyszłości.

**Impulsywność nauczycieli** jest przedstawiona w tabeli 9. Nauczyciele prezentują najniższą zdolność samokontroli i największą impulsywność w szkołach podwyższonego ryzyka.

Tabela 9

*Poziom samokontroli i impulsywności pracowników szkoły (nauczycieli)*

	Niskie ryzyko		Przeciętne ryzyko		Wysokie ryzyko		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Samo-kontrola	3,36	0,51	3,30	0,54	3,21	0,52	3,29	0,53
Impulsywność	1,59	0,47	1,58	0,44	1,69	0,43	1,62	0,45

Źródło: badania własne. Istotność: 0.05.

Podobieństwo obu grup czyli nauczycieli i rodziców jest zauważalne i naturalne z punktu widzenia struktury próby badawczej.

**Wzorce środowiskowe zachowań ryzykownych obserwowane przez pracowników szkoły** były podstawą wyodrębnienia środowisk niskiego, przeciętnego i wysokiego ryzyka. Nauczyciele z grupy „wysokie ryzyko” żyją i pracują w środowisku, w którym ryzykowne zachowania uczniów są częstsze i częściej obserwowalne. Jeśli dodamy do siebie wskaźniki palenia w środowisku „kilka razy w tygodniu” i „codziennie” uzyskujemy układ: 13,1% w grupie niskiego ryzyka, 20,4% w grupie przeciętnej i aż 31,9% w grupie podwyższonego ryzyka. Warto przypomnieć, że w Polsce pali systematycznie ok. 23 % kobiet i 33 % mężczyzn, zatem wskaźnik dla grupy ryzyka jest bardzo duży. Znacznie rzadziej badani zgłaszają dostrzeżenie problemu osób pijących alkohol i upijających się (np. w grupie wysokiego ryzyka aż 66% odpowiedzi „nigdy” dla obserwacji pijących alkohol). Taki wynik zdecydowanie różni się od podawanych wskaźników dla ogólnej populacji, gdyż odsetek dorosłych abstynentów alkoholowych w Polsce wynosi 13,5% (Global status report on alcohol and health, WHO, 2018, s. 281).

Wskaźniki obserwacji dotyczące używania narkotyków są niskie i odpowiada to aktualnym poziomom ich używania w polskim społeczeństwie, które chociaż pali i pije, to narkotyki (w tym tzw. dopalacze) bierze względnie rzadko. Obserwacje używania tzw. dopalaczy są rzadkie, nawet w grupie wysokiego ryzyka 94,5 % nigdy tego nie obserwuje i jest to zgodne z badaniami populacyjnymi. Sięgnijmy jeszcze do wyników obrazujących kwestię przejawów przemocy. Tutaj wyniki układają się zgodnie ze skalą ryzyka (wyższe odsetki obserwacji przy większym nasileniu ryzyka). Jeśli chodzi o agresję werbalną, to 7,9% respondentów z grupy niskiego ryzyka deklaruje, że obserwuje takie przejawy „kilka razy w tygodniu” i „codziennie”(suma), 8,6% w grupie przeciętnej, a aż 21,4% w grupie ryzyka podwyższonego. W przypadku agresji fizycznej jest to odpowiednio: 0,6% w grupie ryzyka niskiego, 0,9% w grupie przeciętnej i 3,4% w grupie ryzyka podwyższonego. To dość wysokie wskaźniki, zwłaszcza w grupie podwyższonego ryzyka. Można to podsumować wskazując na dość duże analogie wyników grupy rodziców i grupy nauczycieli.

Interesujące są na tym tle opisy samego środowiska szkolnego jako takiego. Generalnie podawane przez badanych wskaźniki są niższe, aniżeli w środowisku życia. Czy to „poprawność” czy też faktycznie szkoła charakteryzuje się lepszą pod tym względem

atmosferą? Jeżeli szkoła jest środowiskiem zdrowszym od otoczenia społecznego, byłaby to przesłanka do optymizmu.

Jeśli idzie o jeszcze ważniejszą kwestię obserwacji środowiska szkolnego z perspektywy stanowiska pracy, to ujmijmy wyniki w syntetycznej tabeli 10 obrazującej pewną zaskakującą niewiedzę nauczycieli. Wybierzmy kategorię odpowiedzi „nie wiem”.

Tabela 10

*Odsetek odpowiedzi „nie wiem” dotyczących częstości poszczególnych zachowań uczniów*

złe odżywianie	wagary	Komputer - telefon	tytoń	picie alkoholu
26,3	19,1	7,1	24,7	34,8
upijanie się	leki	dopalacze	marihwana	narkotyki
35,6	43,3	42,0	40,7	44,3

Źródło: badania własne.

Zanim skomentujemy krótko te wyniki, musimy przypomnieć, że większość z nich odnosi się do zachowań uczniów szkoły podstawowej. Na tym etapie edukacji niemal wszystkie zachowania ryzykowne pojawiają się stosunkowo rzadko, a jeśli się pojawiają, to jako symptomatyczne zachowania sygnalizujące przynależność danego dziecka do grupy bardzo wysokiego ryzyka. Podobnie z postrzeganiem takiego zachowania jak agresja werbalna. Zwróćmy jeszcze uwagę na kategorię bezpośredniej przemocy fizycznej określonej jako „bicie”. Wskazania uśrednione przedstawia tabela 11.

Tabela 11

*Pojedyncze obserwacje przemocy fizycznej wśród uczniów („bicia”)*

nie wiem	nikt	pojedyncze osoby	mniejszość	około połowy	większość uczniów	niemal wszyscy
9,9 %	51,2 %	35,7 %	2,4 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %

Źródło: badania własne.

Jak rozumieć takie odpowiedzi? Czy optymistycznie, gdyż przeważają odpowiedzi „nikt”?

**Stosunek pracowników szkoły do działań profilaktycznych** jest przedstawiony w tabeli 12. To zapewne kluczowe zagadnienie z punktu widzenia „szans” profilaktyki szkolnej. Badano je na różnych wymiarach.

Poniżej zgromadzono razem odpowiedzi typu „dany rodzaj profilaktyki ma duże znaczenie lub odgrywa bardzo ważną rolę”. Zestawimy wyłącznie odpowiedzi „razem” ze wszystkich trzech grup ryzyka, dla większej przejrzystości. Kategorii jest osiem.

Tabela 12

*Priorytety profilaktyczne - rangowanie obszarów profilaktyki*

	Prom.zdrow. fizycznego	Prom.zdrow. psych.	Prom.zdrowia duchowego	Profilaktyka uzależnień
Dla szkoły	92,4	88,1	74,3	90,3
Osobiste	91,1	94,1	80,9	85,9
	Uzależnienia behawioralne	Agresja/ przemoc	Ryzykowne w sieci	Wagary
Dla szkoły	85,4	95,6	91,8	86,8
Osobiste	86,9	93,8	89,8	83,8

W priorytetach widoczne jest deklaratywne wsparcie dla działań profilaktycznych, co dobrze świadczy o badanych, chociaż dalej znajdujemy informacje o realnych zaangażowaniach, które są już mniej optymistyczne.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na pewien ważny, zdaniem autora, szczegół. Sprawa promocji zdrowia w określonych wymiarach (fizycznym, psychicznym i duchowym) jest ukształtowana wedle koncepcji niemal materialistycznej – najpierw ciało (zdrowie fizyczne), potem psychika, a na końcu duch. Świadczyłoby to o zaniedbywaniu pełnej wiedzy o człowieku i roli czynników duchowych (w tym religijnych) w ochronie. Wydaje się, że takie podejście jest spotykane wśród nauczycieli i być może świadczy o pewnej ignorancji pedagogicznej w tym zakresie.

**Osobiste zaangażowanie nauczycieli** w tworzenie, ważnego przecież Szkolnego Programu Wychowawczo – Profilaktycznego było udziałem **mniejszości** badanych. W grupie najaktywniejszej (wysokie ryzyko) najczęściej wskazań zebrały takie punkty jak „Wstępna identyfikacja problemów szkolnych” (28,34% wskazań) i „Konceptualizacja” (21,10%), znacznie mniej już „Diagnoza sytuacji szkolnej” (14,37%) czy „Zamierzenia realizacyjne” (18,66%) (w tym wypadku znacznie większe odsetki wskazywali nauczyciele z pozostałych grup! Odpowiednio: 28,05% i 28,38%. Najslabiej wyglądało zaangażowanie w ewaluację, tak przecież ważne dla oceny skuteczności działania (w grupie ryzyka 9,69% wskazań). Ogólne zaangażowanie w Program nie przekraczało w żadnej z grup 25%, a w środowiskach ryzyka wyniosło tylko 18,52 %.

Generalnie można ocenić stopień zaangażowania respondentów w Program szkolny jako niski. Mamy zatem odpowiedź na postawione wcześniej pytanie. Jeśli coś bardzo cenię lub tego potrzebuję, to moje zaangażowanie w odpowiednie działanie musi być wysokie. Tutaj tak nie było, zatem deklarowany aplauz dla działań profilaktycznych w szkole wypada ocenić jako „ideologiczny” lub fasadowy, bo nie mający pokrycia w działaniach, wśród których zresztą przeważały różne aspekty „konceptyjne”.

Jeszcze silniej ten deficyt ukazują odpowiedzi na pytanie o ewentualną skuteczność poszczególnych działań profilaktycznych, przedstawione w tabeli 13.

Tabela 13

*Ocena skuteczności poszczególnych form działań profilaktycznych*

Moni-to-ring	Ochrona	Teatry	Pogadanki	Warsztaty	Filmy
93,5	79,6	88,5	90,6	<b>97,8</b>	94,6
Druki	Festyny	Sport	Zajęcia pozalek.	Specjaliści	Programy rekomend.
70,5	90,8	<b>98,8</b>	94,8	<b>98,7</b>	94

Średnie odsetki ze wszystkich grup ryzyka.

Wylania się obraz stawiania na działania zewnętrzne oraz takie, które obiegowo są uznawane za skuteczne, bez odniesienia do wiedzy naukowej na ten temat. I tak na pierwszym miejscu znalazł się „sport” (98,8% wskazań), a przecież w rozdziale teoretycznym wskazaliśmy na względną wartość profilaktyczną zajęć sportowych (niekiedy wyraźnie pogłębiają problemy, o czym nauczyciele chyba nie wiedzą). Wysoko cenieni są specjaliści zewnętrzni (którzy zwykle wkraczają z pogadankami, wcześniej niż wycenionymi!) Moim zdaniem wskazuje to na pragnienie, aby to ktoś inny, „kompetentny” „załatwił” tak potrzebną profilaktykę w miejsce samych nauczycieli. Niemal na tym samym poziomie ceniony jest „monitoring wizyjny”, jak „programy rekomendowane”. Można

zaryzykować twierdzenie, że na podstawie takich ocen skuteczności poszczególnych działań nie da się zbudować odpowiednio skutecznego Szkolnego Programu Wychowawczo-Profilaktycznego.

**Postulaty nauczycieli co do optymalnej tematyki zajęć profilaktycznych w szkole** przedstawia tabela 14. „Rozwój osobisty” jako wiodąca tematyka zajęć nie uzyskała aplauzu respondentów. Aż 38,5% / 41,6% / 34,4% wskazało na zdawkowe „pojedyncze godziny” jako optimum realizacji (w poszczególnych grupach ryzyka). To zaś oznacza gruncie rzeczy – „nie realizować (tyle, że nie jest to powiedziane wprost, ale ogólnie). Tymczasem wiemy z badań ewaluacyjnych, że dobrze pojęty rozwój osobisty jest jednym z warunków skuteczności oddziaływań. Jeden z najskuteczniejszych programów w skali światowej (prof. Botvin) jest oparty na tym sposobie myślenia. Spróbujmy zatem zastosować rozumowanie redukcyjne i sprawdzić czego nie chcą w szkole respondenci, gdy wskazują na dwie kategorie „pojedyncze godziny” i „mniejszość zajęć”. Użyskujemy następująca „tabelkę niechęci”: im wyższe odsetki, tym większa dezaprobatą dla danej tematyki zajęć.

Tabela 14

*Niepożądana tematyka zajęć profilaktycznych w szkole w ocenie nauczycieli \**

rozwój osobisty	kompetencje społeczne	kompetencje zadaniowe	relacje rodzinne	bezpieczny internet
55,8	53,4	48,3	55,3	53,5
cyber-przemoc	agresja przemoc	uzal. behawioralne	używanie substancji psych.	inne
55,0	48,7	62,6	59,6	39,5

\* Odsetki jako miara dezaprobaty dla danej tematyki

Jest widoczna ogólna dezaprobatą dla działań profilaktycznych (przewaga sumy wskazań dla „pojedyncze godziny” i „mniejszość zajęć”). Tak jest w 7 na 10 kategorii! Największy aplauz i przychylność uzyskała kategoria „inne zajęcia”, a największą niechęć wzbudza tematyka dotycząca uzależnień behawioralnych (62,6%) i używania substancji psychoaktywnych (czyli np. picia alkoholu i palenia tytoniu, brania narkotyków, dopalaczy i leków) – 59,6%.. Tymczasem wiemy, że to używanie substancji psychoaktywnych jest odpowiedzialne za największe straty zdrowotne w krajach rozwiniętych a nawet w skali globalnej (*Raport o stanie zdrowia na świecie 2002*, WHO, 2003). Przyznajemy, że te wyniki były na swój sposób szokujące. Odsłaniały bowiem ambiwalencję pracowników szkoły wobec działań profilaktycznych. Ujawniają ją szczegóły odpowiedzi, a nie ogólnikowe deklaracje.

Z powyższej tabelki wyciera ignorancją profilaktyczną respondentów. Zwłaszcza martwią wysokie współczynniki niechęci dla takich kategorii jak: relacje rodzinne i rodzicielskie oraz rozwój osobisty. Moim zdaniem widoczny jest tutaj brak wiedzy i powierzchowne podejście do zadań wychowawczych. Królują mity i stereotypy.

A co z realnymi działaniami w szkole? Analiza wyników pokazuje, że wśród możliwych do wyboru miar intensywności zajęć profilaktycznych zwycięża kategoria „pojedyncze godziny”, zamiast porządnym ekstenywnych zajęć.

Zatem szkoły prawie nie realizują zajęć profilaktycznych w sposób zalecany przez ich standardy? Tak się wydaje. Możemy zestawić odpowiedzi „większość zajęć” uśrednione dla wszystkich 3 grup („razem”) i pokazane na tle poprzedniej „tabelki niechęci

profilaktycznej” przedstawiona w tabeli 15. Wybraliśmy tylko jeden wskaźnik, gdyż respondenci twierdzili, że **większość zajęć** w ich szkołach była prowadzona na określony temat z podanych do wyboru.

Tak potrzebna **tematyka** używania substancji to tylko 14 % dominacji, podobne wskaźniki dotyczyły aspektów rozwojowych, w tym relacji rodzinnych i kompetencji rodzicielskich (tylko 16,8 %). Dominowały, zdaniem respondentów, zajęcia na temat przeciwdziałania agresji i przemocy oraz... kompetencji zadaniowych uczniów. Zabawne (i smutne zarazem) jest wskazanie na najpopularniejszą kategorię z poprzedniego pytania czyli „inne tematy”. Tylko 8% „większości zajęć” ich dotyczyło, co wskazuje na specyficzny charakter tego wyboru w poprzednim pytaniu – gdy chcę robić coś innego, wykazuję chęć zmiany tematyki (stąd popularność kategorii „inne” w poprzednim pytaniu). Jednak ta „chęć” nie przekłada się na realne działania, zatem była tylko sygnałem niechęci do działań profilaktycznych jako takich.

Tabela 15

*Realizacja większości zajęć na dany temat*

rozwój osobisty	kompetencje społeczne	kompetencje zadaniowe	relacje rodzinne	bezpieczny internet
17,1%	18 %	20,9 %	16,8%	19,9 %
cyber-przemoc	agresja przemoc	uzal. behawioralne	używanie substancji psych.	inne
18,1%	24,1%	11,6 %	14 %	8 %

Źródło: badania własne.

**Kto**, zdaniem nauczycieli, **powinien realizować w szkole działania profilaktyczne**? Pytanie zawierało 5 możliwości: nauczyciele, pedagodzy / psychologowie szkolni, specjaliści z poradni p/p, przedstawiciele instytucji samorządowych lub centralnych i zewnętrzni specjaliści ds. profilaktyki. Ponieważ najczęściej wskazywaną możliwością wyboru dla każdej z grup była odpowiedź „większość zajęć”, więc może ona posłużyć do porównań w tabeli 16.

Tabela 16

*Pożądanymi wykonawcami zajęć profilaktycznych*

	Nauczyciele	Pedagodzy szkolni	Poradnia PP	Lokalne instytucje	Zewnętrzni specjaliści
„większość zajęć”/razem	23,2	<b>40,6</b>	27	19,2	21,2

Źródło: badania własne.

To zestawienie ujawnia, że nauczyciele (czyli większość respondentów) raczej nie widzą siebie samych w rolach profilaktyków, lecz najchętniej scedowaliby takie działania na różnego rodzaju „specjalistów”. Najczęściej wskazywani są szkolni specjaliści czyli pedagog lub psycholog szkolny. Świadczy to też o identyfikowaniu profilaktyki jako działań bardziej interwencyjnych, niż zapobiegawczych. Nieco lepiej w tym pytaniu wypadali nauczyciele pracujący z grupami podwyższonego ryzyka. Konkluzja praktyczna: **uruchomienie własnej aktywności profilaktycznej nauczycieli nadal jest wyzwaniem, uśpionym potencjałem szkoły.**

**Kto zatem realnie prowadzi zajęcia?** Wedle deklaracji badanych przedstawionych w tabeli 17 są to jednak... sami nauczyciele. Zajęcia są zaś krótkie (1-4 godziny). Teza o pewnej powierzchowności działań profilaktycznych, które nie są postrzegane jako bardzo potrzebne znajduje tutaj swoją dobitną ilustrację. Możemy jeszcze porównać 5 grup między sobą, biorąc pod uwagę, która z grup realizuje zajęcia w optymalnym zakresie (11-30 godzin). Oprzyjmy się na wskazaniach uśrednionych czyli kolumnie „Razem”.

Tabela 17

*Wykonawcy dłuższych form działań profilaktycznych*

Nauczyciele	Pedagodzy szkolni	Poradnia PP	Specjaliści lokalnych instytucji	Specjaliści zewnętrzni
14 %	13,5 %	4,2 %	4,0 %	4,5 %

Zródło: badania własne.

Okazuje się, że jeśli chodzi o zajęcia bardziej kwalifikowane, dłuższe, to szkoła radzi sobie jednak własnymi siłami nauczycieli i pedagogów szkolnych, chociaż odnotowane wskaźniki nie są bardzo duże. Co siódmy nauczyciel lub pedagog podejmuje się prowadzenia jakiejś dłuższej formy jakichkolwiek zajęć. Dominują formy krótkie. Być może istnieje potrzeba opracowywania prostych scenariuszy, uchwytnych dla samych nauczycieli, aby ich zachęcić do aktywności.

A może nauczyciele natrafiają na jakieś **obiektywne trudności**? Aby lepiej uwiarygodnić tendencje ograniczmy się do sumy odsetek wyborów „*jest z tym raczej dobrze*” (gdyż on dominuje wśród odpowiedzi) i ograniczmy się najpierw do uśrednionych odpowiedzi (z kolumny „*razem*”). Ponieważ kafeteria w tym pytaniu była bardzo obszerna, to ustawimy wyniki w postaci rankingu od maksymalnych odsetek wskazań do najmniejszych: wiedza uczniów – 67,3 %; moja wiedza profilaktyczna – 63,7 %; wiedza innych pracowników – 62,9 %; umiejętności innych pracowników – 62,9 %; moje umiejętności profilaktyczne – 62,1 %; otwartość uczniów na profilaktykę – 60,9 %; indywidualne cechy uczniów – 60,9 %; wiara w skuteczność profilaktyki u innych pracowników – 59,7 %; czas innych pracowników – 59,3 %; mój czas na realizację działań profilaktycznych – 58 %; nadzór nad uczniami w szkole – 57,5 %; moja wiara w skuteczność profilaktyki – 57,9 %; motywacja uczniów – 57,1 %; przepisy wspierające profilaktykę – 57,0 %; klimat szkoły – 54,8 %; wsparcie ze strony władz oświatowych – 51,5 %; relacje z uczniami – 46,9 %; wielkość funduszy na profilaktykę – 40,6 %; zachęty rówieśników do działań ryzykownych – 34,2 %.

Przed wszystkim rzuca się w oczy wyższa ocena wiedzy, kompetencji i czasu na profilaktykę u innych pracowników szkoły, niż u siebie samych. Szokujące są wysokie mniemania na temat wiedzy i umiejętności profilaktycznych samych respondentów. Trudno im będzie nauczyć się czegoś nowego, skoro wszystko już wiedzą i umieją.

Ostatnim zespołem danych są odpowiedzi na pytanie o **zależność jakości szkolnej profilaktyki od różnych czynników**. Niestety, jeśli przyjrzymy się poszczególnym odpowiedziom, to zauważymy, że zdecydowana większość wskazań jest banalna, gdyż są to wskazania „*raczej tak*” i „*zdecydowanie tak*”, sięgające w sumie 80-90 % wskazań i więcej w prawie każdej kategorii. Z tego względu słabo różnicują cały zestaw. Można jednak zauważyć kilka pozycji z mniejszą ilością wskazań: współpraca z rodzicami w profilaktyce oraz wsparcie ze strony kuratorium. Respondenci wypowiedzieli się pozytywnie o stosowaniu tzw. programów rekomendowanych, podczas gdy wiemy (również z niniej-

szych badań), że tego typu programy są nadal stosowane rzadko chociażby z tego prostego powodu, że są dość wymagające realizacyjnie. Zatem stwierdzenie aż 91,4% respondentów, że „programy rekomendowane są stosowane” jest całkowicie niewiarygodne. Tym bardziej nakazuje to ostrożność w interpretacji tej grupy wyników. Wydaje się, że respondenci kierowali się w nim pewnego rodzaju poczuciem sprawozdawczego obowiązku.

## **Bibliografia**

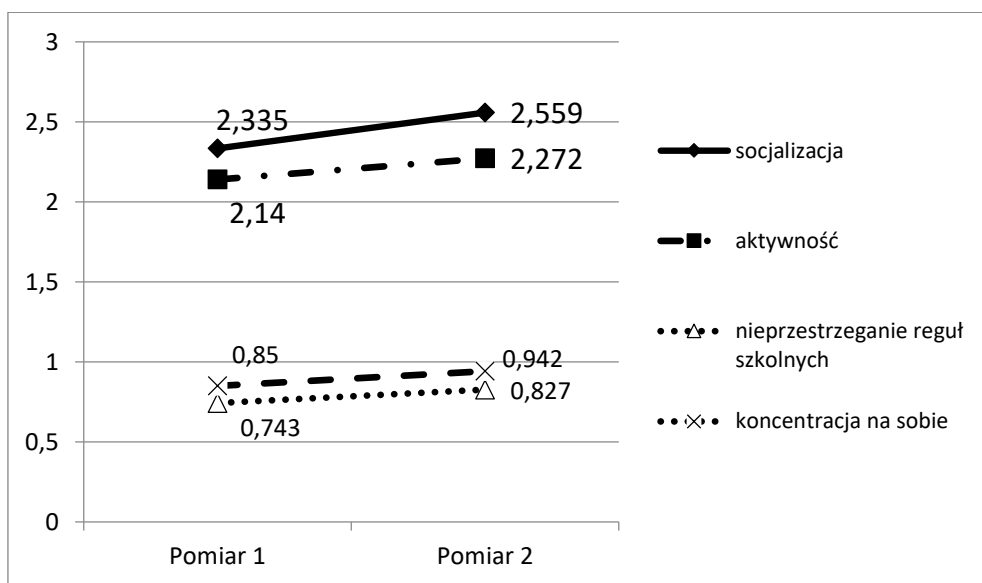
- Anderson P., Baumberg B. (2006). *Alcohol In Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Fergus S., Zimmerman M.A.(2005). Adolescent resilience : A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, v. 26, ss. 399-419.
- Global status report on alcohol and health 2018*, Geneva: WHO.
- Grzelak S. (red.) (2015), *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*, Warszawa: ORE.
- Hawkins D.J., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems In adolescence and Early adulthood. Implications for substance use prevention., *Psychological Bulletin*. 112(1), s. 64-105.
- Karasowska A., Matys D. (2002). *Szkoła dla rodziców*. [w:] M. Mendel (red.) Animacja współpracy środowiskowej, 2002 ,Toruń: Wyd. Marszałek.
- Kristjansson A.L., Sigfusdottir I.D., Thorlindson T., Mann M.J., Sigfusson J., Allegrante J.P.(2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014, *Addiction*, v. 111 (4), s. 645-652.
- Okulicz-Kozaryn K., Raduj J. (2014). Borucka A., Picie alkoholu przez piętnastoletnią młodzież a praktyki wychowawcze rodziców, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12 (1): 99–108.
- Ostaszewski K., Zimmerman M.(2006). The effects of cumulative risk and protective factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency, *American Journal of Community Psychology*, v. 38, s. 237-249.
- Ostaszewski K. (2014), *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa : Wyd. IPiN.
- Patrick M.E. , Schulenberg J.E. (2010). Alcohol use and heavy episodic drinking prevalence and predictors among national samples of American eight –and tenth – grade students, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, v. 71 (1), s. 41-45, PMID: 20105412.
- Patrick M.E., Schulenberg J.E.(2013). Prevalence and Predictors of Adolescent Alcohol Use and Binge Drinking In the United States, *Alcohol Research Current Reviews*, v.35, nr 2, s. 193-200, NIH.
- Sakowska J. (2010), *Szkoła dla rodziców i wychowawców*, Warszawa: ORE.
- Surzykiewicz J. (2000). *Agresja i przemoc w szkole*. Warszawa: Wyd. CMPPP.
- WHO: *Raport o stanie zdrowia na świecie 2002,(2003)*, Warszawa: PARPA.
- Wojcieszek K. (2013). Czy jesteśmy im coś winni? Rzecz o profilaktyce szkolnej, *Czasopismo internetowe ORE Trendy*, 2013, nr 4, s. 66 -72.



### 2.3.3 Profilaktyka dla uczniów w wieku 7-9 lat

Ocena nasilenia zachowań pożądaných i niepożądaných uczniów dokonana została przez nauczycieli. W ogólnej ocenie indeksy pożądaných zachowań (socjalizacja i aktywność) przeważają nad indeksami zachowań niepożądaných (nieprzestrzeganie reguł i koncentracja na sobie). Prawidłowość ta powtórzyła się zarówno w pierwszym jak i w drugim pomiarze.

Analiza zmiany badanych indeksów w pierwszym i drugim pomiarze wskazuje, że nasilenie pożądaných i niepożądaných zachowań zwiększyło się w każdym z badanych indeksów (por. Rysunek 1). Większa zmiana nastąpiła w nasileniu indeksów pożądaných zachowań (socjalizacji i aktywności) niż indeksów zachowań niepożądaných (nieprzestrzeganie reguł szkolnych i koncentracja na sobie).



Rysunek 1. Zmiany w nasileniu zachowań pożądaných i niepożądaných.

### Zmiany nasilenia zachowań pożądaných i niepożądaných w zależności od właściwości prowadzonych działań profilaktycznych

W celu określenia dynamiki zmian zachowań pożądaných i niepożądaných uczniów w ciągu jednego roku w podziale na zmienne kontrolowane przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z powtórzonym pomiarem. W przeprowadzonej analizie zmienną zależną było nasilenie zachowań pożądaných (socjalizacja, aktywność) i niepożądaných (nieprzestrzeganie reguł i koncentracja na sobie). Czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas (pierwszy i drugi pomiar). Czynniki międzyobiektywne były zmienne kontrolowane: rodzaj zajęć, realizator zajęć, liczba działań profilaktycznych

i łączny czas realizacji zajęć. Wyniki analizy dotyczące interakcji między czynnikami znajdują się w Tabeli 1.

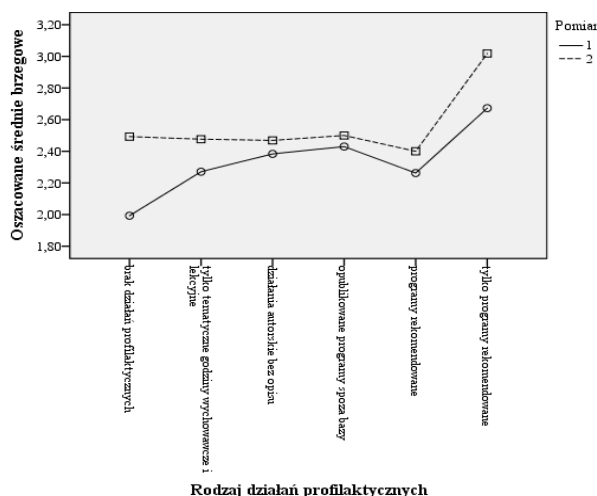
Tabela 1

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na zmiany zachowań pożądaných i niepożądanych uczniów*

Czynnik	Zmienna	Interakcja: czynnik x czas		
		F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	Socjalizacja	<b>3,534</b>	<b>0,004</b>	<b>0,045</b>
	Aktywność	<b>2,787</b>	<b>0,017</b>	<b>0,036</b>
	Nieprzestrzeganie regul	<b>3,703</b>	<b>0,003</b>	<b>0,047</b>
	Koncentracja uwagi na sobie	<b>5,183</b>	<b>0,001</b>	<b>0,064</b>
Realizator zajęć	Socjalizacja	<b>6,774</b>	<b>0,001</b>	<b>0,049</b>
	Aktywność	1,660	0,175	0,012
	Nieprzestrzeganie regul	0,463	0,708	0,004
	Koncentracja uwagi na sobie	<b>4,134</b>	<b>0,007</b>	<b>0,030</b>
Liczba działań	Socjalizacja	<b>10,719</b>	<b>0,001</b>	<b>0,075</b>
	Aktywność	<b>6,108</b>	<b>0,001</b>	<b>0,044</b>
	Nieprzestrzeganie regul	2,331	0,074	0,017
	Koncentracja uwagi na sobie	<b>3,366</b>	<b>0,019</b>	<b>0,025</b>
Czas trwania zajęć	Socjalizacja	<b>4,300</b>	<b>0,002</b>	<b>0,042</b>
	Aktywność	1,870	0,115	0,019
	Nieprzestrzeganie regul	2,182	0,070	0,022
	Koncentracja uwagi na sobie	<b>2,828</b>	<b>0,025</b>	<b>0,028</b>

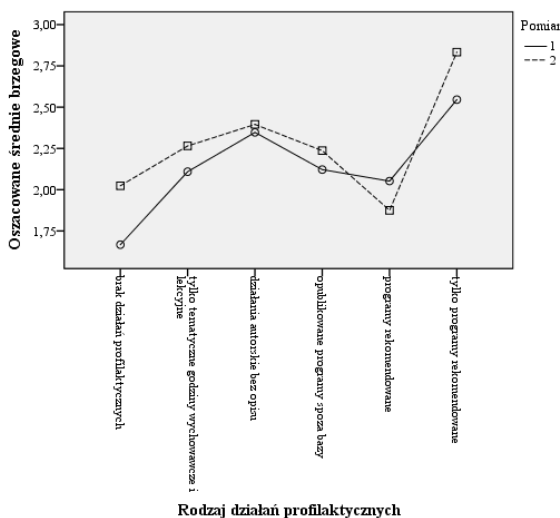
### Rodzaj zajęć profilaktycznych jako moderator zmian w zachowaniach pożądaných i niepożądanych uczniów

Na podstawie obserwacji efektów głównych można wnioskować, że zmiana nasilenia socjalizacji, aktywności i nieprzestrzegania regul w ciągu roku (2 pomiary) różniły się ze względu na rodzaj działań profilaktycznych, w których uczestniczyli uczniowie (por. Rysunek 2 i 3).



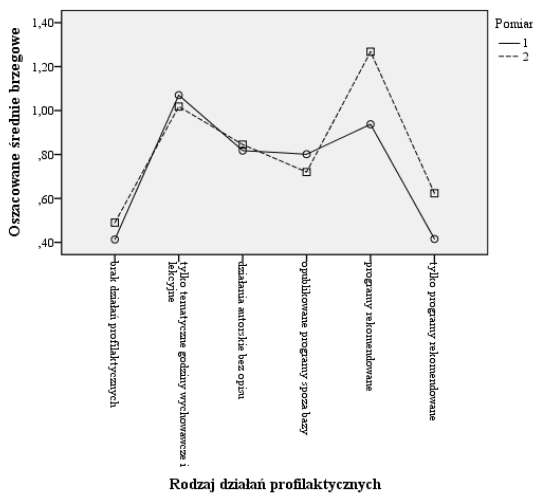
Rysunek 2. Wpływ rodzaju działań edukacyjnych na natężenie pozytywnych zachowań uczniów (socjalizacja).

Efekt interakcji między pożądanymi zachowaniami (socjalizacją i aktywnością) a rodzajem działań profilaktycznych pokazuje, że bez względu na rodzaj prowadzonych działań (lub ich brak) wzrasta natężenie pozytywnych zachowań. Może to oznaczać pewną uniwersalność procesów rozwojowych (związanych z wiekiem) niezależnych od innych czynników – rodzaju lub braku zajęć. Niemniej efekt interakcji wyjaśnia 4,5% zmienności socjalizacji i 3,6% zmienności aktywności uczniów.



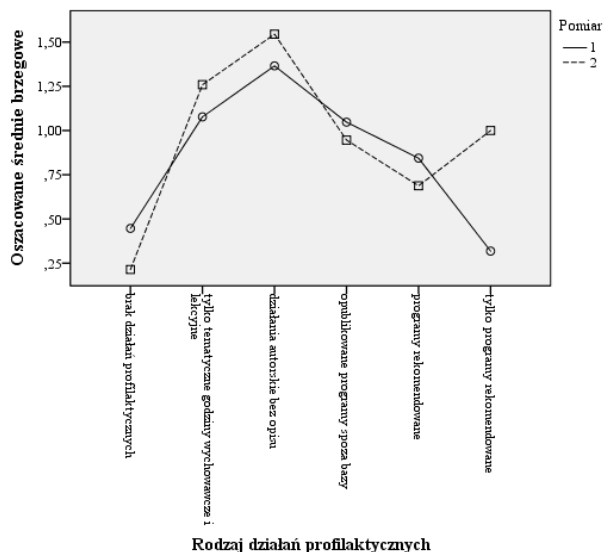
Rysunek 3. Wpływ rodzaju działań edukacyjnych na natężenie pozytywnych zachowań uczniów (aktywność).

Nasilenia niepożądanego zachowania uczniów polegającego na nieprzestrzeganiu reguł w ciągu roku pobytu w szkole zmieniła się ze względu na rodzaj działań profilaktycznych, w których uczestniczyli (por. Rysunek 4).



Rysunek 4. Wpływ rodzaju działań edukacyjnych na natężenie niepożądanych zachowań uczniów (nieprzestrzeganie reguł).

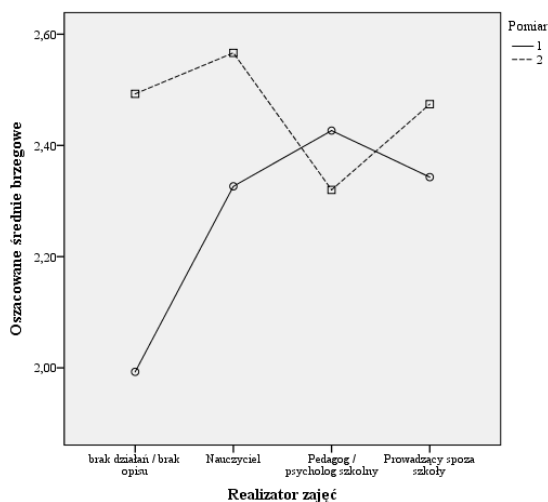
Najmniejsze zmiany dotyczyły większości rodzajów działań (brak działań profilaktycznych, tylko tematyczne godziny wychowawcze i lekcje, działania autorskie, opublikowane programy profilaktyczne spoza bazy programów rekomendowanych). Natomiast w przypadku programów rekomendowanych i tylko programów rekomendowanych, w których uczestniczyli uczniowie pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem nasilenie nieprzestrzegania reguł wzrosło. *Rysunek 4.* Wpływ rodzaju działań edukacyjnych na natężenie niepożądanych zachowań uczniów (nieprzestrzeganie reguł szkolnych).



*Rysunek 5.* Wpływ rodzaju działań edukacyjnych na natężenie niepożądanych zachowań uczniów (koncentracja na sobie).

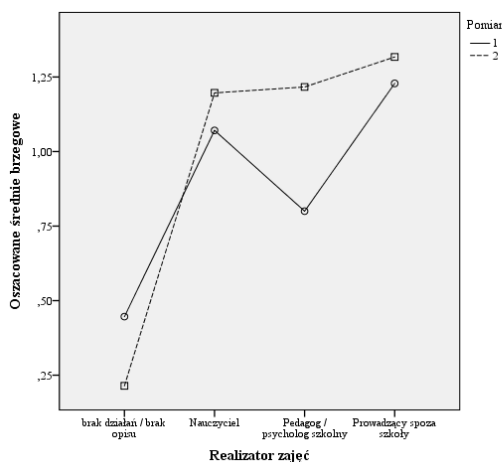
### Realizator zajęć profilaktycznych jako moderator zmian w zachowaniach pożądanym i niepożądanym uczniów

W dalszych analizach skoncentrowano się na wyjaśnieniu i opisanie efektu interakcji zmiany nasilenia pożądanym i niepożądanym zachowań w ciągu roku objętego badaniami i realizatorów zajęć profilaktycznych. Nasilenie socjalizacyjnych zachowań uczniów zwiększyło się, kiedy prowadzącymi zajęcia byli nauczyciele uczący w szkole jak i prowadzący spoza szkoły, natomiast nasilenie tych zachowań zmniejszyło się, kiedy prowadzącymi zajęcia byli psycholodzy lub pedagodzy szkolni (por. *Rysunek 6*). Efekt interakcji wyjaśnia 5% zmienności zachowań socjalizacyjnych.



Rysunek 6. Wpływ oddziaływania realizatora zajęć profilaktycznych na natężenie pożądanych zachowań uczniów (socjalizacja).

W przypadku zachowań niepożądanych uczniów istotne statystycznie różnice dotyczą zachowań, które powodują koncentrowanie na sobie uwagi innych. Zwiększenie nasilenia tego rodzaju zachowań jest niezależne od tego, kto prowadzi zajęcia profilaktyczne (por. Rysunek 7). Zauważyć należy, że najsilniej natężenie zachowań powodujących koncentrowanie na sobie uwagi innych ma miejsce, gdy zajęcia profilaktyczne prowadzi pedagog lub psycholog szkolny.

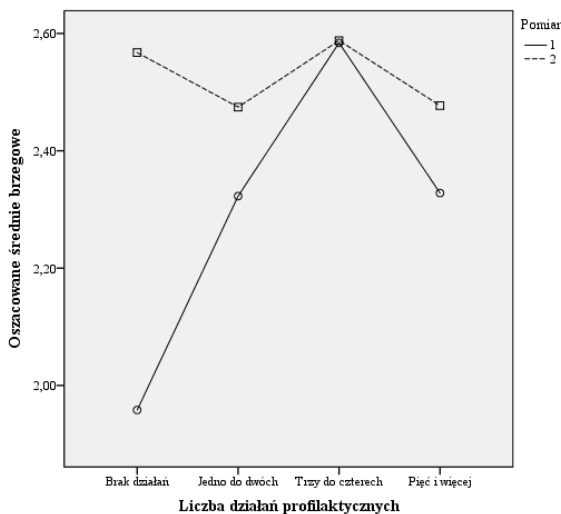


Rysunek 7. Wpływ oddziaływania realizatora zajęć profilaktycznych na natężenie niepożądanych zachowań uczniów (koncentracja na sobie).

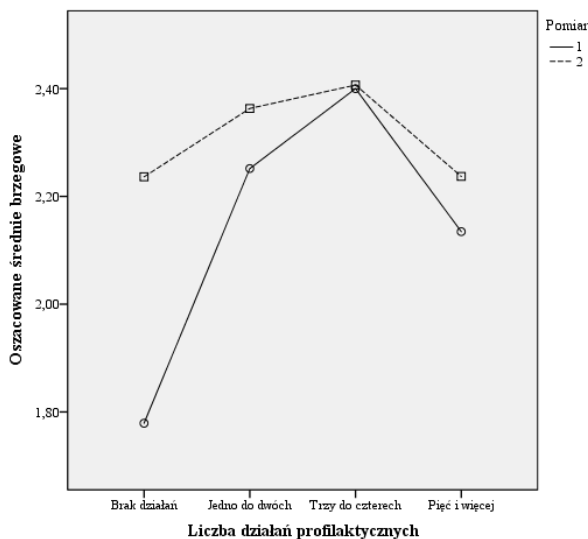
### Liczba działań profilaktycznych jako moderator zmian w zachowaniach pożądanych i niepożądanych uczniów

W analizach podjęto próbę wyjaśnienia efektu interakcji zmiany nasilenia pożądanych i niepożądanych zachowań w ciągu roku objętego badaniami i liczby zajęć profilaktycznych, w których uczestniczył uczeń. Nasilenie pozytywnych zachowań (socjaliza-

cyjnych i aktywności) zwiększyło się w ciągu roku w interakcji z liczbą zajęć profilaktycznych, w których uczestniczyli uczniowie (por. Rysunek 8 i 9). Wzrost ten dotyczy udziału uczniów w jednym i trzech działaniach realizowanych w ciągu roku. W przypadku udziału uczniów w dwóch działaniach w ciągu roku wysoki poziom zachowań pożądanych utrzymuje się na podobnym poziomie. Efekt interakcji wyjaśnia 7,5% zmienności zachowań socjalizacji i 4% zmienności aktywności uczniów.

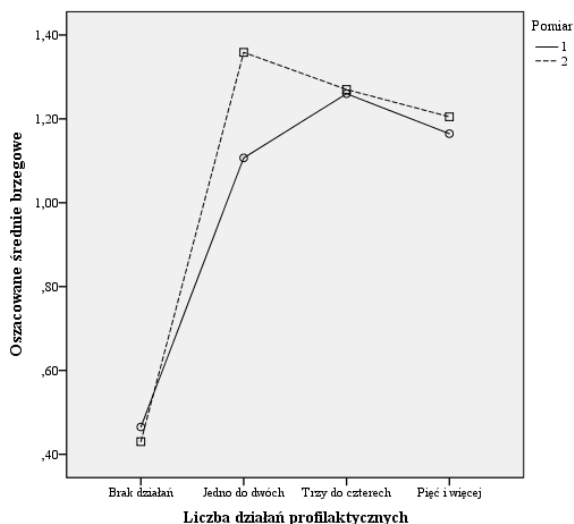


Rysunek 8. Wpływ oddziaływania liczby działań profilaktycznych na natężenie pożądanych zachowań uczniów (socjalizacja).



Rysunek 9. Wpływ oddziaływania liczby działań profilaktycznych na natężenie pożądanych zachowań uczniów (aktywność).

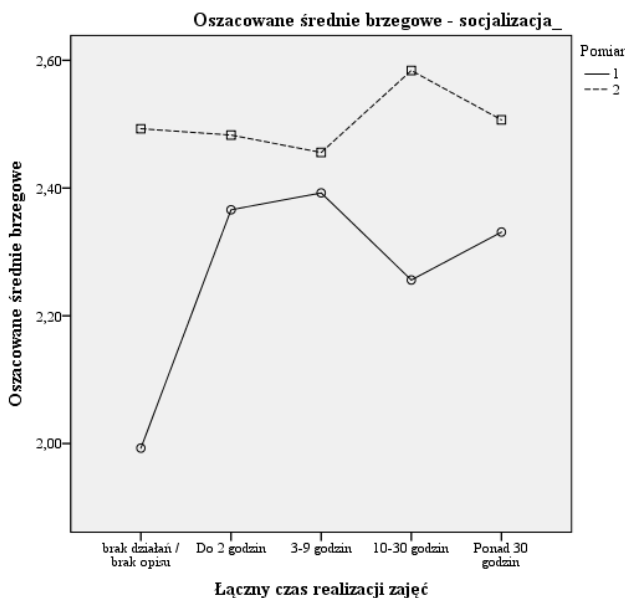
Liczba działań profilaktycznych, w których uczestniczą uczniowie różnicuje nasilenie negatywnego zachowania – koncentrowania uwagi na sobie (por. Rysunek 10).



Rysunek 10. Wpływ oddziaływania liczby działań profilaktycznych na natężenie niepożądanych zachowań uczniów (koncentracja na sobie).

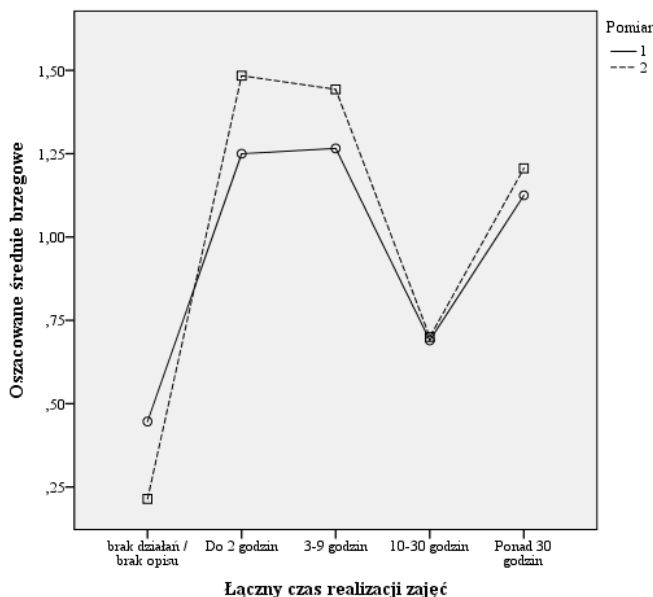
### Łączny czas realizacji zajęć profilaktycznych jako moderator zmian w zachowaniach pożądanых i niepożądanych uczniów

Analiza efektu interakcji zachowań socjalizacyjnych i łącznego czasu (liczby godzin) realizacji działań profilaktycznych wskazuje na wzrost w ciągu roku nasilenia zachowań socjalizacyjnych, który największy jest w przypadku uczestnictwa między 10 a 30 godzin i ponad 30 godzin (por. Rysunek 11). Efekt interakcji wyjaśnia 4% zmienności zachowań socjalizacyjnych.



Rysunek 11. Wpływ oddziaływania łącznego czasu realizacji zajęć profilaktycznych na natężenie pożądanых zachowań uczniów (socjalizacja).

Wpływ działań profilaktycznych na niepożądane zachowania uczniów polegające na koncentrowaniu uwagi na sobie jest zależny od czasu trwania programów (por. Rysunek 12). W przypadku krótkich interwencji (do dwóch godzin) i zajęcia trwających od 3 do 9 godzin zaobserwować można wzrost negatywnych zachowań.



Rysunek 12. Wpływ oddziaływania łącznego czasu realizacji zajęć profilaktycznych na natężenie niepożądanych zachowań uczniów (koncentracja na sobie).

## Korelaty zmian działań profilaktycznych

W dalszej kolejności przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z powtórzoną pomiarem dla zbadania dynamiki zmian klimatu szkoły, liczby uczniów uczestniczących w programach profilaktycznych i liczby działań alternatywnych, w których uczestniczyli uczniowie, w analizie pełniących rolę zmiennej wyjaśnianej. Czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas, a czynnikami międzyobiektywnymi były zmienne kontrolowane: rodzaj zajęć, realizator zajęć, liczba działań profilaktycznych i łączny czas realizacji zajęć.

Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w ciągu roku na klimat szkoły, liczbę uczniów uczestniczących w programach profilaktycznych i liczbę działań alternatywnych, w których uczestniczyli uczniowie są zaprezentowane w tabeli 2.



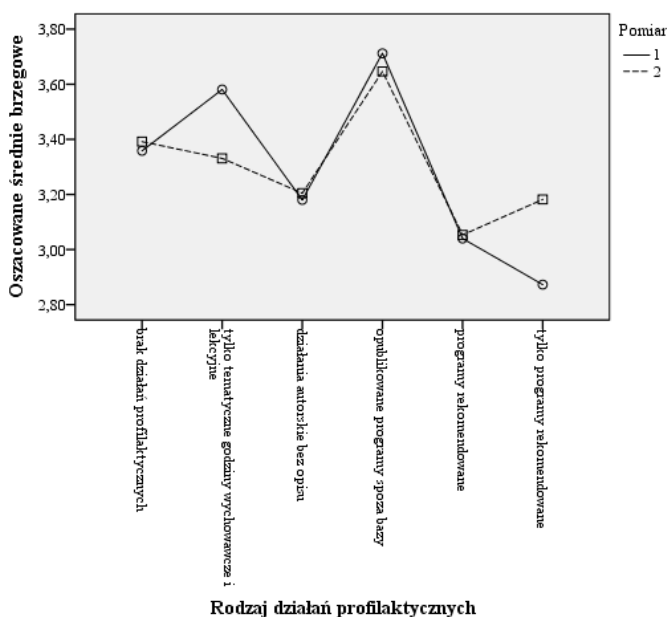
Tabela 2

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na klimat szkoły, liczbę uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych i alternatywnych*

Czynnik	Zmienna	Interakcja: czynnik x czas		
		F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	Klimat szkoły	<b>2,405</b>	<b>0,037</b>	<b>0,035</b>
	Liczba uczniów	<b>5,188</b>	<b>0,000</b>	<b>0,073</b>
	Liczba działań alternatywnych	0,352	0,881	0,005
Realizator działań	Klimat szkoły	2,559	0,055	0,022
	Liczba uczniów	<b>7,053</b>	<b>0,000</b>	<b>0,057</b>
	Liczba działań alternatywnych	<b>21,447</b>	<b>0,000</b>	<b>0,156</b>
Liczba działań	Klimat szkoły	<b>2,991</b>	<b>0,031</b>	<b>0,025</b>
	Liczba uczniów	<b>19,980</b>	<b>0,000</b>	<b>0,147</b>
	Liczba działań alternatywnych	0,608	0,610	0,005
Łączny czas	Klimat szkoły	<b>3,052</b>	<b>0,017</b>	<b>0,034</b>
	Liczba uczniów	<b>12,183</b>	<b>0,000</b>	<b>0,123</b>
	Liczba działań alternatywnych	1,604	0,173	0,018

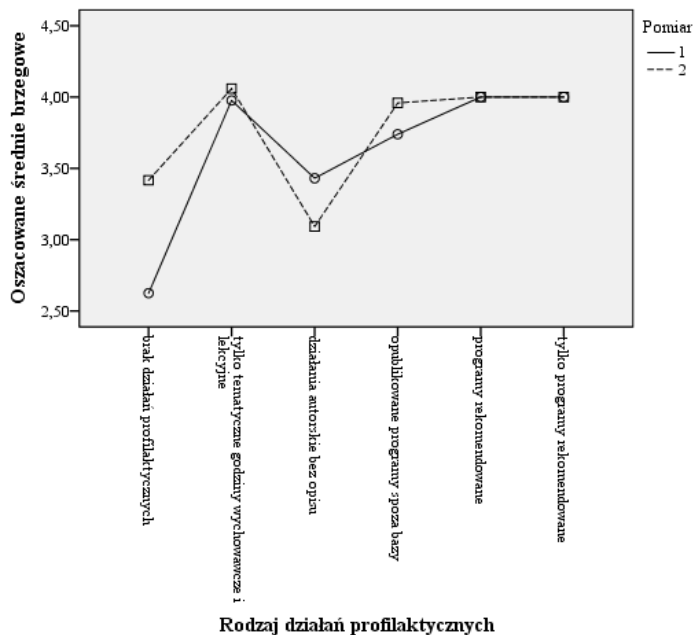
### Rodzaj działań profilaktycznych jako moderator zmian w klimacie szkoły i liczbę działań alternatywnych

Wpływ walidacji i upublicznienia programu na klimat szkoły i liczbę działań alternatywnych, w których uczestniczą uczniowie jest niejednorodny. Analiza istotnych różnic w zmianach postrzegania klimatu szkoły w ciągu roku od pierwszego badania wskazuje na spadek pozytywnego postrzegania klimatu szkoły wyłącznie w odniesieniu do tematycznych godzin wychowawczych i lekcji. Odwrotną tendencję wzrostu pozytywnego postrzegania klimatu szkoły odnotowano w przypadku uczestnictwa w rekomendowanych programach profilaktycznych (por. Rysunek 13).



Rysunek 13. Wpływ rodzaju szkolnych działań profilaktycznych na ogólny poziom klimatu szkoły.

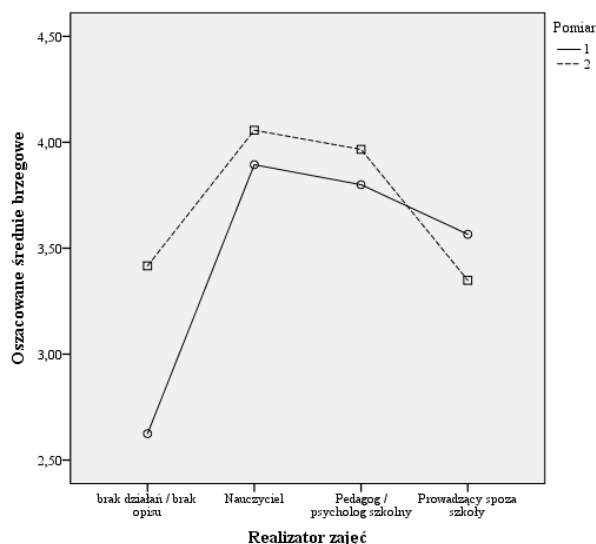
W ciągu roku od badania wzrosła liczba uczniów nieuczestniczących w zajęciach profilaktycznych i tych, którzy uczestniczyli w zajęciach opartych na opublikowanych programach spoza bazy programów rekomendowanych. Jednocześnie zmniejszeniu uległa liczba uczniów w zajęciach prowadzonych w oparciu o propozycje autorskie (por. Rysunek 14).



Rysunek 14. Wpływ rodzaju szkolnych działań profilaktycznych na liczbę uczniów uczestniczących w programach profilaktycznych.

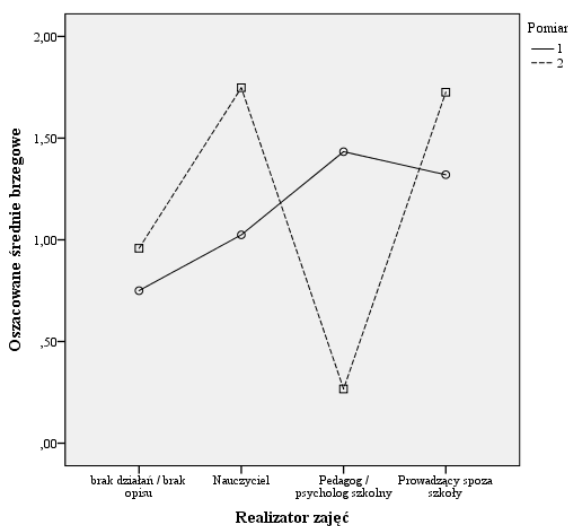
### Realizator działań profilaktycznych jako moderator zmian w liczbie uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych i alternatywnych

Realizator działań profilaktycznych pełni rolę moderatora w zmianie liczby uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych i uczestnictwie uczniów w działaniach alternatywnych. W ciągu roku od przeprowadzenia pierwszego badania zwiększyła się liczba uczniów nieuczestniczących w działaniach profilaktycznych i tych prowadzonych przez nauczyciela i pedagoga lub psychologa szkolnego. Zmniejszyła się natomiast liczba uczniów uczestniczących w zajęciach prowadzonych przez zewnętrznych realizatorów (por. Rysunek 15).



Rysunek 15. Wpływ realizatora działań profilaktycznych na liczbę uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych.

Udziałowi uczniów w zajęciach profilaktycznych towarzyszył wzrost ich aktywności w zajęciach alternatywnych. Wyjątkiem jest uczestnictwo w oddziaływaniach profilaktycznych, które prowadzone były przez psychologa lub pedagoga szkolnego, gdzie zmniejsza się udział uczniów w alternatywnych zajęciach (por. Rysunek 16).

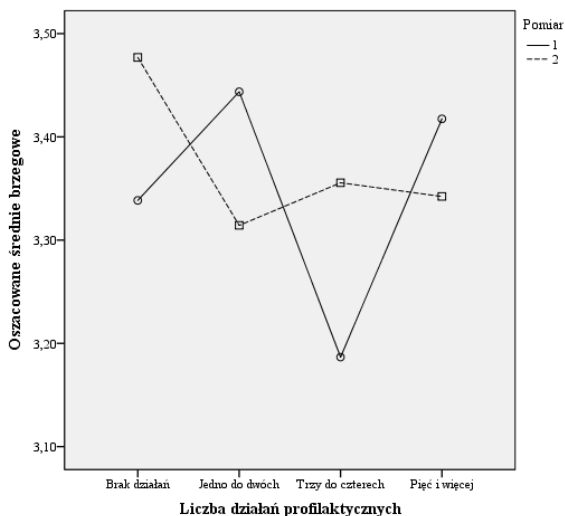


Rysunek 16. Wpływ realizatora działań profilaktycznych na liczbę uczniów uczestniczących w działaniach alternatywnych.

### Liczba działań profilaktycznych jako moderator zmian klimatu szkoły i udziału uczniów w działaniach alternatywnych

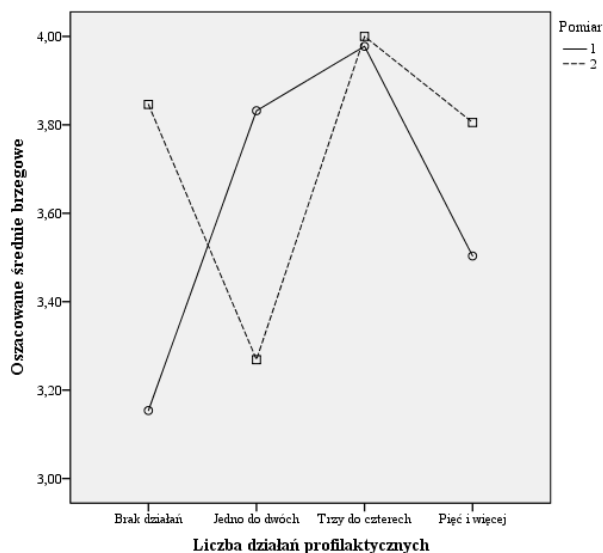
Liczba prowadzonych działań profilaktycznych moderuje zmiany w klimacie szkoły i liczbę uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych. Realizowaniu

w szkole jednego i trzech działań profilaktycznych różnego rodzaju towarzyszy obniżenie się poziomu postrzeganego klimatu szkoły, natomiast pozytywne postrzeżenie klimatu wzrosło w ciągu roku od pierwszego badania w przypadku realizowania dwóch różnych programów (por. Rysunek 17).



Rysunek 17. Wpływ liczby działań profilaktycznych na ogólny poziom klimatu szkoły.

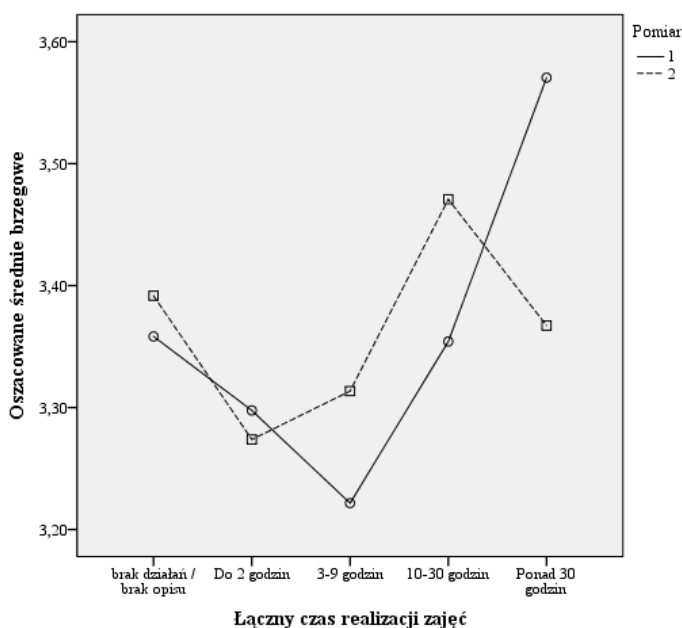
Niejednorodny jest wpływ liczby działań profilaktycznych na liczbę uczniów, którzy w nich uczestniczą (por. Rysunek 18). W ciągu roku spadła liczba uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych, kiedy w szkole realizowany był jeden i trzy programy, natomiast wzrosła, kiedy realizowane były dwa programy.



Rysunek 18. Wpływ liczby działań profilaktycznych na liczbę uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych.

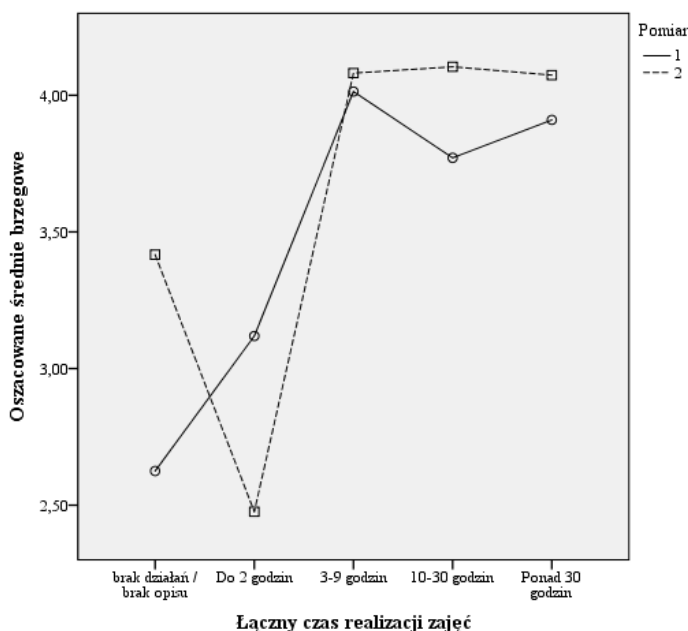
## Łączny czas realizacji działań profilaktycznych jako moderator zmian klimatu szkoły

Wpływ łącznego czasu realizowanych programów profilaktycznych jest niejednorodny zarówno na klimat szkoły i liczbę uczniów, którzy uczestniczą w działaniach profilaktycznych w szkole. Postrzeganie pozytywnego klimatu szkoły wzrosło od pierwszego badania, kiedy zajęcia trwały od 3 do 30 godzin, natomiast obniżyło się, kiedy łączny czas trwania zajęć profilaktycznych był krótki (do dwóch godzin) i długi (ponad 30 godzin). Przedstawione zależności obrazuje Rysunek 19.



Rysunek 19. Wpływ łącznego czasu działań profilaktycznych na ogólny poziom klimatu szkoły.

Łączny czas trwania zajęć profilaktycznych jest czynnikiem moderującym liczbę uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych. W ciągu roku od przeprowadzonego badania zmniejszyła się liczba uczniów uczestniczących w działaniach profilaktycznych, których łączny czas nie przekraczał 2 godzin, natomiast wzrosła, kiedy łączny czas zajęć był dłuższy (por. Rysunek 20).



Rysunek 20. Relacja łącznego czasu działań profilaktycznych i liczby działań profilaktycznych.

## Wnioski

Profilaktyka realizowana w szkołach podstawowych kierowana do uczniów klas I-III w większym stopniu przyczynia się do rozwoju pożądaných zachowań, niż zmniejszenia liczby zachowań niepożądanych.

Obserwowany wzrost natężenia pożądaných zachowań (socjalizacyjnych i aktywności) uczniów związany jest z kontrolowanymi w badaniu czynnikami: rodzajem zajęć, realizatorem, liczbą działań profilaktycznych i łącznym czasem realizacji zajęć. Na efekt zmienności zachowań pozytywnych (socjalizacji i aktywności) najsilniej oddziałuje liczba działań profilaktycznych realizowanych w szkole, wyjaśniająca 7,5% zmienności. Efekty pozostałych czynników są nieco mniejsze i mieszczą się między 3,6 a 5%.

Na zmienność zachowań polegających na nieprzestrzeganiu reguł szkolnych, istotny wpływ na tylko jeden czynnik - rodzaj zajęć profilaktycznych, który kontroluje prawie 5% zmienności. Wzrost natężenia nieprzestrzegania reguł związany jest przede wszystkim z realizacją programów rekomendowanych. Badanie jednak nie wyjaśnia roli, jaką w tym wzroście może odgrywać dobór uczniów do udziału w programach rekomendowanych.

Wzrost nasilenia w ciągu roku drugiego rodzaju niepożądanego zachowania – koncentrowania uwagi na sobie związany jest ze wszystkimi kontrolowanymi w badaniu czynnikami: rodzajem zajęć, realizatorem, liczbą działań profilaktycznych i łącznym czasem realizacji zajęć. Najsilniejszy wpływ na efekt tej zmienności ma rodzaj zajęć (6,4%), natomiast wpływ pozostałych czynników jest znacząco mniejszy między 2,5 a 3%.

Zmiana liczby uczniów klas I-III uczestniczących w zajęciach profilaktycznych zależna jest od wszystkich czynników kontrolowanych w badaniu: rodzaju zajęć, realizatora, liczby działań profilaktycznych i łącznego czasu realizacji zajęć. Na efekt zmienności liczby uczniów uczestniczących w zajęciach profilaktycznych najsilniej oddziałuje

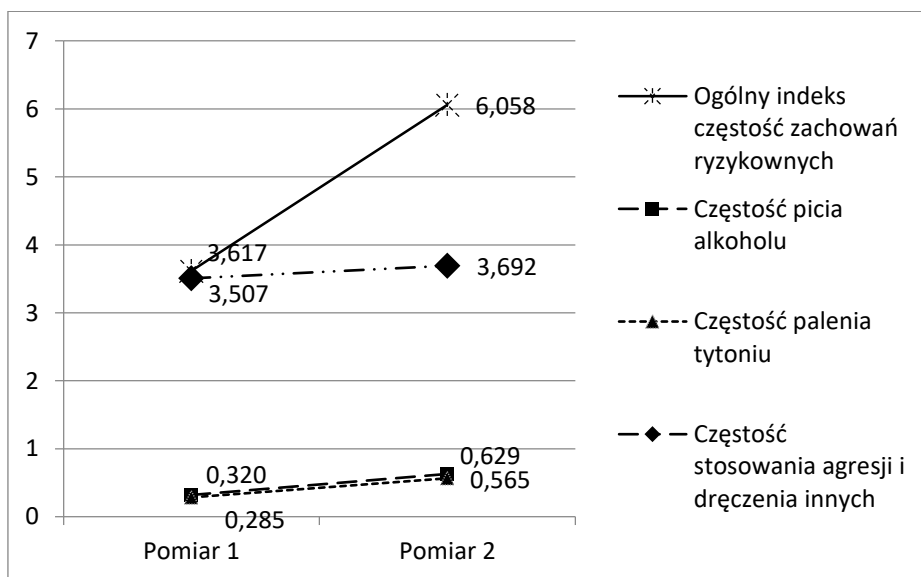
liczba działań prowadzonych w szkole (wyjaśnia 15% zmienności) i łączny czas prowadzonych zajęć (wyjaśnia 12% zmienności), a nieco słabiej rodzaj zajęć (wyjaśnia 7% zmienności) i realizator zajęć (wyjaśnia 5% zmienności).

Analizy wskazują także, że w ciągu roku od pierwszego badania zmniejszyła się liczba uczniów uczestniczących w zajęciach alternatywnych, którzy jednocześnie uczestniczą w działaniach profilaktycznych prowadzonych przez psychologa lub pedagoga szkolnego. Może to oznaczać, że udział w niektórych rodzajach zajęć profilaktycznych (terapiach) odbywa się kosztem aktywności uczniów w zajęciach alternatywnych.

## Jakub Kołodziejczyk

### 2.3.4 Profilaktyka dla uczniów w wieku 10-13 lat

Ocena nasilenia zachowań ryzykownych uczniów została określona za pomocą skal samoopisowych. Na uwagę zwraca różnica w nasileniu częstotliwości palenia papierosów i picia alkoholu, która jest niska w porównaniu z wysokim nasileniem zachowań agresywnych i dręczenia. Analiza zmiany badanych indeksów w pierwszym i drugim pomiarze wskazuje, że nasilenie zachowań ryzykownych zwiększyło się w każdym z badanych indeksów (por. Rysunek 1). Największy – dwukrotny wzrost indeksów zaobserwować można w przypadku częstotliwości palenia papierosów (z 0,285 do 0,629) i picia alkoholu (z 0,32 do 0,629). Indeks częstotliwości zachowań agresywnych i dręczenia również charakteryzuje się wzrostem, lecz jest on nieznaczny. Znaczący wzrost indeksów częstotliwości palenia papierosów i picia alkoholu znajduje swoje odzwierciedlenie w ogólnym indeksie zachowań ryzykownych.



Rysunek 1. Zmiany w nasileniu zachowań ryzykownych.

#### Zmiany nasilenia zachowań ryzykownych w podziale na zmienne kontrolowane

W celu określenia dynamiki zmian zachowań ryzykownych uczniów w wieku 10-13 lat w ciągu jednego roku uwzględniającej wpływ kontrolowanych w badaniu czynników przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z powtórzonym pomiarem. W przeprowadzonej analizie zmienną zależną było nasilenie zachowań ryzykownych. Czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas (pierwszy i drugi pomiar). Czynniki międzyobiektywne były zmienne kontrolowane: rodzaj zajęć, realizator zajęć, liczba działań profilaktycznych i łączny czas realizacji zajęć.

Na ogólny indeks zachowań ryzykownych składała się częstotliwość występowania trzech zachowań: picia alkoholu, palenia tytoniu oraz stosowania agresji i dręczenia



innych. Przeprowadzona analiza wskazuje, że zmiana nasilenia częstotliwości picia alkoholu zależy od rodzaju działań profilaktycznych i realizatora zajęć. Pozostałe dwie kontrolowane zmienne liczba działań i czas trwania zajęć nie mają istotnie statystycznego wpływu na zachowania ryzykowne. Podstawowe statystyki przeprowadzonych analiz znajdują się w Tabeli 1.

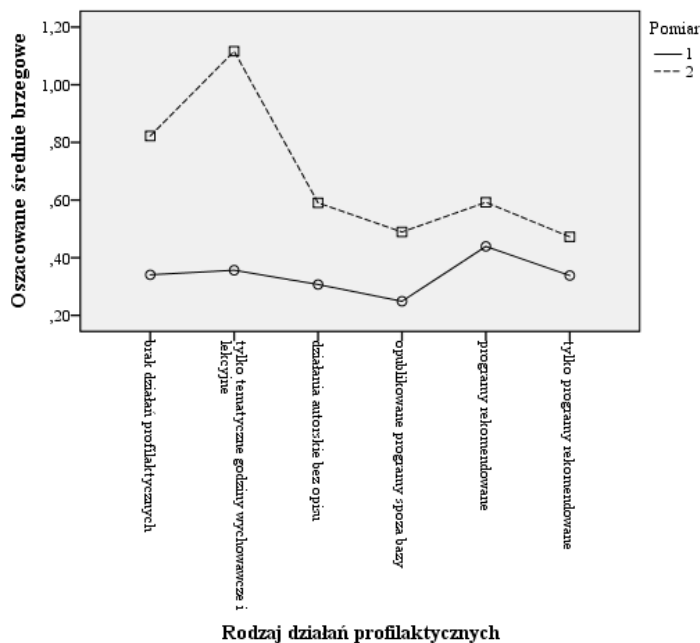
Tabela 1

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na zmiany zachowań ryzykownych*

Czynnik	Zmienna	Interakcja: czynnik x czas		
		F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	1,939	0,085	0,007
	Częstość picia alkoholu	<b>3,965</b>	<b>0,001</b>	<b>0,014</b>
	Częstość palenia tytoniu	0,565	0,727	0,002
	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	2,135	0,059	0,007
Realizator zajęć	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	0,782	0,504	0,002
	Częstość picia alkoholu	<b>3,026</b>	<b>0,029</b>	<b>0,006</b>
	Częstość palenia tytoniu	0,044	0,988	0,000
	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	0,582	0,627	0,001
Liczba działań	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	0,215	0,886	0,000
	Częstość picia alkoholu	1,144	0,330	0,002
	Częstość palenia tytoniu	1,178	0,317	0,002
	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	1,040	0,374	0,002
Czas trwania zajęć	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	1,807	0,125	0,005
	Częstość picia alkoholu	1,221	0,300	0,003
	Częstość palenia tytoniu	1,704	0,147	0,004
	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	1,063	0,373	0,003

### ***Rodzaj zajęć profilaktycznych jako moderator zmian w zachowaniach pożądanym i niepożądanym uczniów***

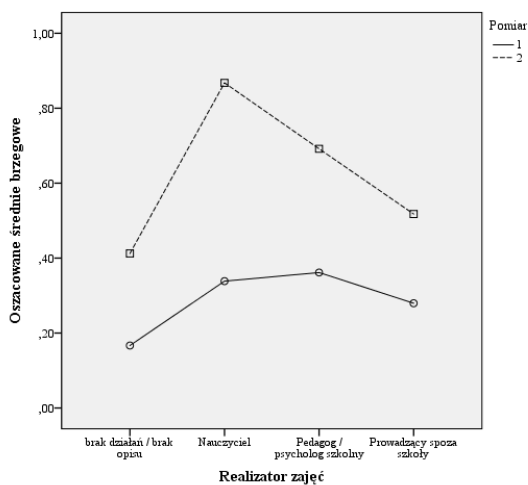
Na średnią częstotliwość picia alkoholu wpływ ma rodzaj prowadzonych zajęć. Realizacja krótkotrwałych działań profilaktycznych, obejmujących tylko tematyczne godziny wychowawcze i lekcyjne prowadzi do zwiększenia częstotliwości picia alkoholu. Wraz ze wzrostem stopnia standaryzacji i walidacji prowadzonych programów profilaktyki zmniejsza się wzrost średniej częstotliwości picia alkoholu przez 10-13 latków (por. Rysunek 2).



Rysunek 2. Wpływ rodzaju działań profilaktycznych na częstotliwość picia alkoholu.

### ***Realizator zajęć profilaktycznych jako moderator zmian w zachowaniach pożądanym i niepożądanym uczniów***

Wyższy poziom natężenia średniej częstotliwości picia alkoholu w rok po pierwszym badaniu jest niezależny od realizatora działań. Jednocześnie osoba będąca realizatorem działań wpływa na dynamikę tego wzrostu. Największy wzrost średniej częstotliwości picia alkoholu przez 10-13 latków wpływ mają nauczyciele jako realizatorzy działań profilaktycznych, a najmniejszy prowadzący spoza szkoły (por. Rysunek 3).



Rysunek 3. Wpływ realizatora działań profilaktycznych na częstotliwość picia alkoholu.

## Korelaty zmian kontrolowanych czynników osobowościowych i środowiskowych uwarunkowań zachowań ryzykownych pod wpływem działań profilaktycznych

W dalszej kolejności przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z powtórzoną pomiarem dla zbadania dynamiki zmian 32 zmiennych, w analizie pełniących rolę zmiennej wyjaśnianej (lista zmiennych przedstawiona jest w rozdziale 2.1 Cel i metoda badania). Czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas, a czynnikami międzyobiektywnymi były zmienne kontrolowane: rodzaj zajęć, realizator zajęć, liczba działań profilaktycznych i łączny czas realizacji zajęć. Istotne statystycznie rezultaty przeprowadzonych analiz znajdują się w tabeli 2.

Tabela 2

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na osobowościowe i środowiskowe uwarunkowania zachowań ryzykownych*

Czynnik	Zmienna	Interakcja: czynnik x czas		
		F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	Udział w zorganizowanych zajęciach pozaszkolnych	4,282	0,001	0,015
	Własna aktywność rozwojowa	2,377	0,037	0,008
	Aktywność w relacjach z rówieśnikami	2,240	0,048	0,008
	Wsparcie od wychowawcy	6,698	0,000	0,023
	Reakcje na stres: Typ emocjonalny	3,254	0,006	0,011
	Aktywność internetowa: Zaniedbywanie obowiązków	2,944	0,012	0,010
	Oceny szkolne	2,840	0,015	0,010
Realizator zajęć	Wsparcie od wychowawcy	2,742	0,042	0,005
	BIS-I – Impulsywność	4,646	0,003	0,009
	Typ reakcji na stres - sport, twórczość, kultura, duchowość	2,802	0,039	0,005
	Ocena z zachowania	2,954	0,032	0,006
Liczba działań	Wsparcie od wychowawcy	6,307	0,000	0,012
	Wsparcie od nauczycieli	3,534	0,014	0,007
	Postawa wobec szkoły	2,869	0,035	0,005
	Ocena z zachowania	3,801	0,010	0,007
Łączny czas	Aktywność w relacjach z rówieśnikami	3,315	0,010	0,009
	Wsparcie od wychowawcy	4,237	0,002	0,011
	Typ reakcji na stres - stosowanie substancji psychoaktywnych, agresja	2,892	0,021	0,007
	Typ reakcji na stres - sport, twórczość, kultura, duchowość	3,306	0,010	0,008
	Oceny szkolne	2,378	0,050	0,006

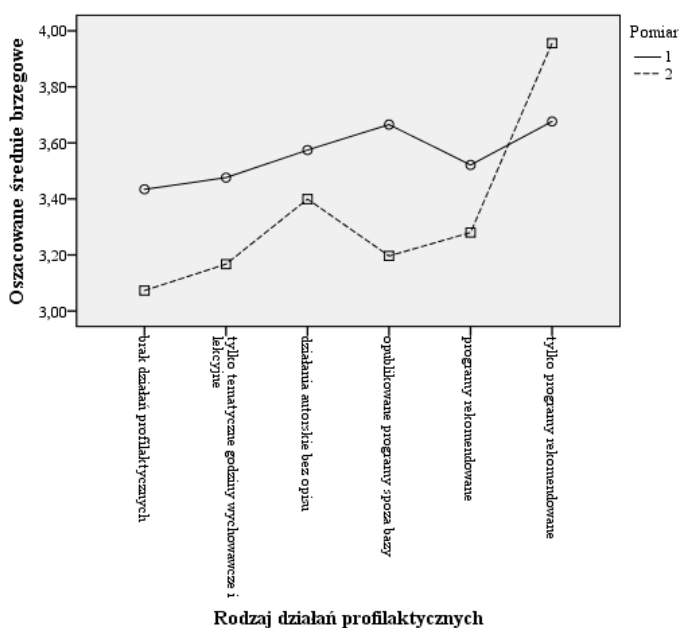
Niżej przedstawiona zostanie analiza istotnych statystycznie interakcji, wyjaśniających największy procent zmienności dla kontrolowanych czynników działań profilaktycznych.

### Rodzaj działań profilaktycznych jako moderator zmian osobowościowych i środowiskowych uwarunkowań zachowań ryzykownych

Efekty interakcji rodzaju działań profilaktycznych są istotne statystycznie z siedmioma osobowościowymi i środowiskowymi uwarunkowaniami zachowań ryzykownych uwzględnionych dwóch pomiarach badania. Rodzaj działań profilaktycznych wyjaśnia

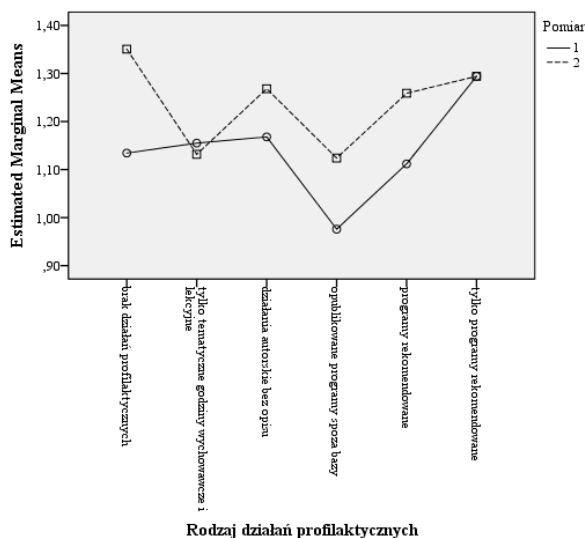
korelaty związane z aktywnością podejmowaną przez uczniów (udział w zorganizowanych zajęciach pozaszkolnych, własna aktywność rozwojowa, aktywność internetowa - zaniechanie obowiązków), relacjami z innymi (aktywność w relacjach z rówieśnikami, wsparcie od wychowawcy), ocenami szkolnymi, a także związane z cechami psychometrycznymi (reakcje na stres - typ emocjonalny).

Rodzaj działań profilaktycznych istotnie statystycznie wpływa na zmienność średniej postrzegania wsparcia uzyskiwanego od wychowawcy. W przypadku większości rodzajów działań profilaktycznych następuje zmniejszenie nasilenia średniej odczuwanego wsparcia od wychowawcy. Wyjątkiem jest uczestnictwo w działaniach profilaktycznych polegających na realizowaniu wyłącznie programów rekomendowanych (por. Rysunek 4). Omówiony efekt interakcji wyjaśnia 2,3% zmienności.



Rysunek 4. Wpływ rodzaju szkolnych działań profilaktycznych na wsparcie od wychowawcy.

Rodzaj realizowanych programów profilaktyki moderuje udział w zorganizowanych zajęciach pozaszkolnych (por. Rysunek 5). Średnie natężenie udziału w zorganizowanych zajęciach pozaszkolnych po upływie roku wzrosło, gdy realizowane były programy rekomendowane, natomiast średnie natężenie zmniejszyło się w przypadku wszystkich pozostałych rodzajów działań. Omówiony efekt interakcji wyjaśnia 1,5% zmienności.

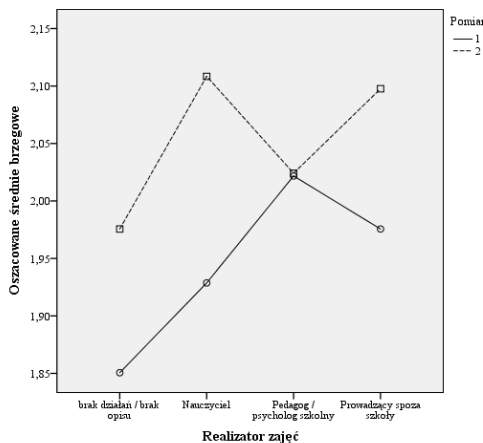


Rysunek 5. Wpływ rodzaju szkolnych działań profilaktycznych na oceny szkolne.

### Realizator działań profilaktycznych jako moderator zmian osobowościowych i środowiskowych uwarunkowań zachowań ryzykownych

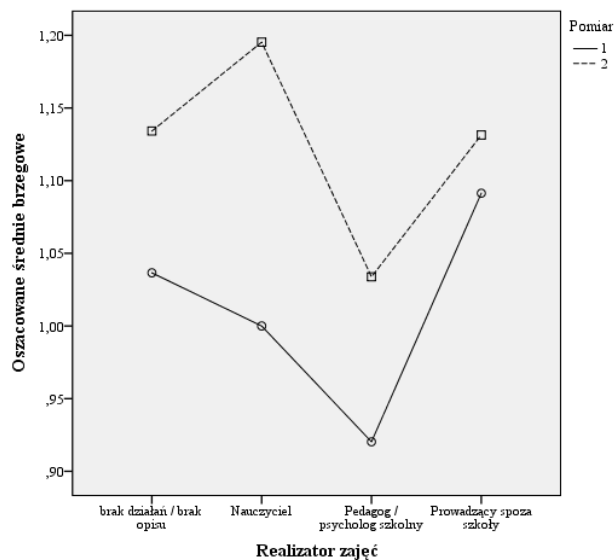
Osoba realizator działań profilaktycznych jest istotnym statystycznie moderatorem z czterema osobowościowymi i środowiskowymi uwarunkowaniami zachowań ryzykownych uwzględnionych dwóch pomiarach badania, w tym dwóch związanych z cechami psychometrycznymi (BIS impulsywność i typ reakcji na stres - aktywny), wsparciem od wychowawcy i oceną z zachowania. Wpływ realizatora działań profilaktycznych jest nieznaczący, wyjaśnia mniej niż 1% wariacji.

Wyniki analiz wskazują, że realizator działań profilaktycznych istotnie wpływa na poziom średniego natężenia impulsywności badanych uczniów. Poziom ten wzrasta, gdy realizatorami działań są nauczyciele i prowadzący spoza szkoły, natomiast pozostaje bez zmian w porównaniu do pierwszego badania, kiedy zajęcia prowadzi psycholog lub pedagog szkolny (por. Rysunek 6).



Rysunek 6. Wpływ realizatora działań profilaktycznych na impulsywność.

Osoby, które są realizatorami działań profilaktycznych wpływają pozytywnie na oceny z zachowania, jakie otrzymują uczniowie. Średni poziom ocen z zachowania wzrasta najsilniej, kiedy realizatorami zajęć profilaktycznych są nauczyciele (por. Rysunek 7).

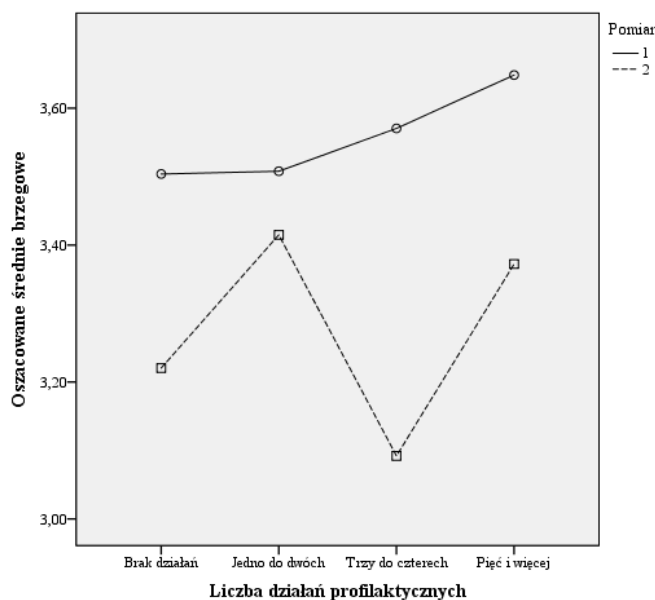


Rysunek 7. Wpływ realizatora działań profilaktycznych na oceny z zachowania.

### Liczba działań profilaktycznych jako moderator zmian osobowościowych i środowiskowych uwarunkowań zachowań ryzykownych

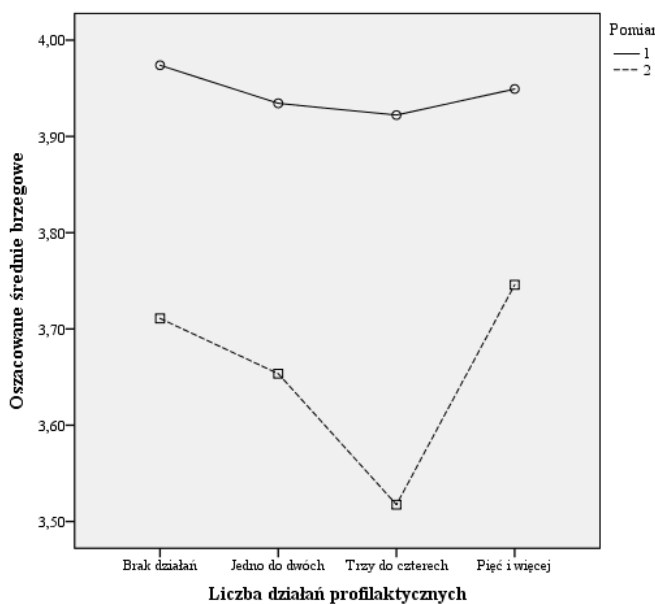
Liczba działań profilaktycznych istotnie statystycznie wpływa na cztery osobowościowe i środowiskowe uwarunkowania zachowań ryzykownych uwzględnione w badaniu. Dwa z nich związane są z relacjami uczniów z wychowawcą i nauczycielami, pozostałe dotyczą postaw uczniów wobec szkoły i oceny z zachowania. Liczba działań profilaktycznych wyjaśnia 1,2% zmienności relacji uczniów z wychowawcą, w trzech pozostałych korelat siła tego efektu jest nikła (poniżej 0,7%).

Zmiana średniego natężenia wsparcia od wychowawcy po upływie roku różniła się istotnie statystycznie ze względu na liczbę działań profilaktycznych, w których uczestniczyli uczniowie (por. Rysunek 8). Najmniejsza różnica w natężeniu średnich wiązała się z realizacją jednego lub dwóch działań, a największa była w przypadku realizacji trzech lub czterech działań profilaktycznych.



Rysunek 8. Wpływ liczby działań profilaktycznych na wsparcie od wychowawcy.

Na efekt interakcji czasu i wsparcia, jakie uzyskują uczniowie od nauczycieli, wpływa liczba działań profilaktycznych. Średnie natężenie wsparcia od nauczycieli jest niższe po upływie roku niezależnie od liczby działań profilaktycznych. Największa różnica w natężeniu średnich obserwowana jest w przypadku realizacji trzech lub czterech działań profilaktycznych (por. Rysunek 9).

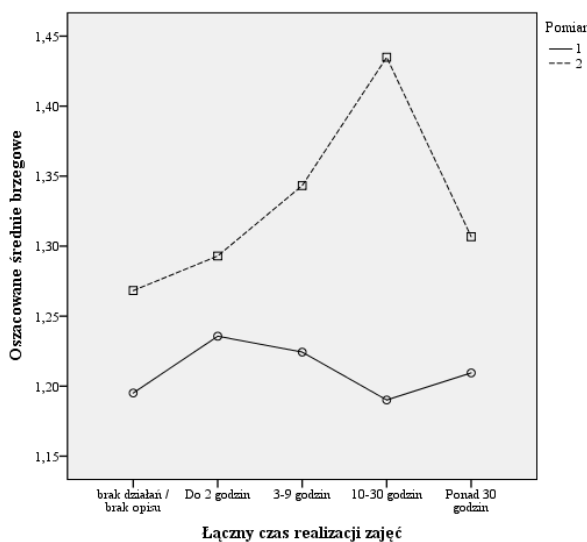


Rysunek 9. Wpływ liczby działań profilaktycznych na wsparcie od nauczyciela.

## Łączny czas realizacji działań profilaktycznych jako moderator zmian osobowościowych i środowiskowych uwarunkowań zachowań ryzykownych

Łączny czas realizacji działań profilaktycznych istotnie statystycznie wpływa na pięć osobowościowych i środowiskowych uwarunkowań zachowań ryzykownych uwzględnionych w badaniu, wyjaśniając od 1,2% do 0,6% ich zmienności. Dwa z nich związane są z typem reakcji na stres (stosowaniem substancji psychoaktywnych), dwa kolejne dotyczą relacji z rówieśnikami (aktywność w relacjach z rówieśnikami) i z wychowawcą (wsparcie od wychowawcy), ostatni związany jest z ocenami szkolnymi.

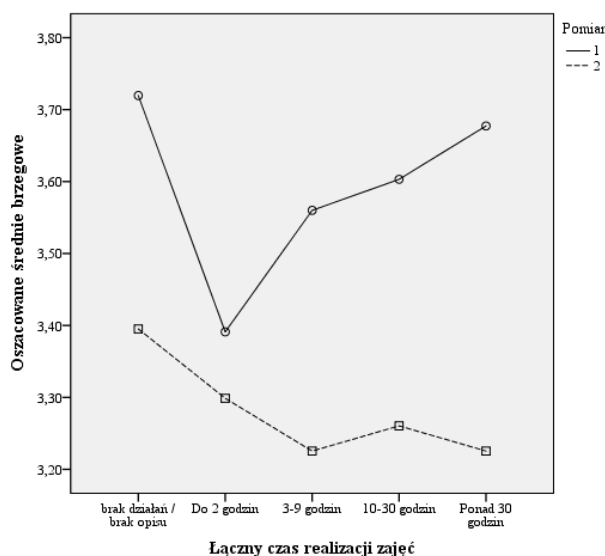
Łączny czas realizacji działań profilaktycznych w okresie roku dzielącego dwa pomiary pozytywnie oddziałuje na aktywność uczniów w relacjach z rówieśnikami (por. Rysunek 10). Średni poziom aktywności w relacjach z rówieśnikami najmniejszy był, kiedy działania profilaktyczne trwały najkrócej (do 2 godzin), następnie zwiększył się wraz z wydłużaniem się czasu trwania zajęć, osiągając największą różnicę w natężeniu średnich, kiedy łączny czas realizacji zajęć wynosił między 10 a 30 godzin. Omówiony efekt interakcji wyjaśnia 0,9% zmienności.



Rysunek 10. Wpływ łącznego czasu realizacji działań profilaktycznych na aktywność w relacjach z rówieśnikami.

Zmiany nasilenia wsparcia uzyskiwanego przez uczniów od wychowawcy różniły się ze względu na łączny czas realizacji zajęć profilaktycznych. Wyniki przedstawione na Rysunku 11 pokazują, że wraz z wydłużaniem się łącznego czasu zajęć średnie nasilenie wsparcia od wychowawcy było istotnie niższe. Efekt łącznego czasu wyjaśnia 1,1% wariacji wsparcia uzyskiwanego od wychowawcy.





Rysunek 11. Wpływ łącznego czasu realizacji działań profilaktycznych na wsparcie od wychowawcy.

## Wnioski

Zmiana natężenia zachowań ryzykownych, którego miarą była częstotliwość ich występowania zwiększa się w odniesieniu każdego z badanych rodzajów zachowań. Jednocześnie zauważyć należy, że między poszczególnymi rodzajami zachowań ryzykownych występuje wyraźna różnica. Palenie papierosów i picie alkoholu występuje wyraźnie rzadziej niż agresja i dręczenie innych. Oznacza to, że sięganie po używki przez uczniów w wieku 10-13 lat jest znacząco rzadsze niż zachowania agresywne.

Badania ujawniają niepokojące zjawisko dynamicznego wzrostu częstotliwości palenia papierosów i picia alkoholu przez uczniów w wieku 10-13 lat. Indeksy tych dwóch zachowań w ciągu roku wzrosły dwukrotnie.

Na zmienność zachowań ryzykownych wpływ mają dwa czynniki związane z realizowanymi programami profilaktycznymi, są to: rodzaj działań i realizator. Oba czynniki w istotny sposób wpływają na częstotliwość picia alkoholu. Natężenie częstotliwości picia alkoholu przez 10-13 latków zmniejsza się wraz ze wzrostem walidacji i standaryzacji działań profilaktycznych, których są uczestnikami. Drugim czynnikiem wpływającym na zmianę natężenia częstotliwości picia alkoholu jest realizator działań. Największy wzrost natężenia częstotliwości picia alkoholu występuje, gdy realizatorami działań profilaktycznych są nauczyciele, wzrost jest mniejszy, gdy działania prowadzi psycholog lub pedagog szkolny, a najniższy, gdy realizatorami działań były osoby spoza szkoły.

Kontrolowane w badaniu czynniki związane z prowadzeniem działań profilaktycznych (rodzaj działań, realizator, liczba działań, łączny czas) są istotnymi moderatorami osobowościowych i środowiskowych korelat zachowań ryzykownych uczniów w wieku 10-13 lat. Podzielić je można na cztery grupy, które mogą być rozpatrywane jako czynniki chroniące i czynniki ryzyka: (1) relacje z innymi stanowiące podstawę dla wsparcia społecznego, (2) osiągnięcia szkolne, (2) podejmowane aktywności, (4) cechy indywidualne.

Realizacja działań profilaktycznych wpływa na kształtowanie się społecznych relacji uczniów z rówieśnikami, nauczycielami i wychowawcami. Przeprowadzone analizy ukazują dwa odmienne wzorce ich występowania. Działania profilaktyczne (ich rodzaj

i łączny czas trwania) pozytywnie wpływają na wzmacnianie relacje między uczniami, natomiast rodzaj działań, realizator, liczba działań i łączny czas niekorzystnie oddziałują na wsparcie uzyskiwane przez uczniów od wychowawców, a liczba działań również niekorzystnie wpływa na wsparcie uzyskiwane od nauczycieli.

Druga grupa korelat zachowań ryzykownych – osiągnięcia szkolne, na którą w badaniu składały się oceny szkolne i oceny z zachowania. Na oceny szkolne wpływ ma rodzaj działań (działania autorskie i te o wyższym poziomie walidacji i standaryzacji) i łączny czas zajęć. Z kolei na oceny z zachowania wpływa realizator działań profilaktycznych (najsilniej jeśli jest nim nauczyciel) i liczba działań profilaktycznych.

Na podejmowaną przez uczniów aktywności pozaszkolną (zorganizowane zajęcia pozaszkolne i własną aktywność) wpływ ma rodzaj działań profilaktycznych, a w szczególności te działania o wyższym poziomie standaryzacji i walidacji.

Zmienność nasilenia cech temperamentu (impulsywność) i reakcja na stres moderowana jest przez trzy cechy działań profilaktycznych: rodzaj działań, realizator zajęć, i ich łączny czas).

### 2.3.5 Profilaktyka dla uczniów w wieku 14-16 lat

Analiza jakości działań profilaktycznych, w których brała udział młodzież ze starszych klas szkół podstawowych oraz gimnazjalna (grupy połączone ze względu na zmianę strukturalną w systemie edukacji) może być dokonana na kilka sposobów. Po pierwsze warto przyrzeć się samym rozkladom różnych wskaźników realizacji działań profilaktycznych i przeanalizować ich rozkłady w całej populacji badanych szkół bez analizowania ich związków z dynamiką zachowań ryzykownych. Po drugie, istotne jest sprawdzenie czy wybrane wskaźniki formalne implementacji aktywności profilaktycznych kontrolowane w badaniu były powiązane z dynamiką zachowań ryzykownych. Wreszcie warto przyrzeć się temu jaki był charakter tych powiązań, jeśli okazały się one istotne statystycznie. W takim właśnie porządku przedstawione zostaną dane w tym rozdziale.

#### **Profesjonalizacja profilaktyki w odniesieniu do uczniów w wieku 14-16 lat**

Literatura przedmiotu spójnie podkreśla konieczność profesjonalizacji działań profilaktycznych skierowanych do grupy adolescentów (Das i in., 2016; O'Loughlin, Althonff, Hudziak, 2017). Warto zatem spojrzeć na realizowane zajęcia w gimnazjum z perspektywy formalnego umocowania realizowanych programów (czy są rekomendowane lub publikowane) oraz ich zawartości treściowej. Analiza tego typu wskazuje, że placówki pracujące ze starszą młodzieżą bardzo rzadko sięgają po programy z listy rekomendowanych ([www.programyrekomendowane.pl](http://www.programyrekomendowane.pl)). Przypomnijmy tu zatem, że idzie o programy, które uzyskały pozytywną ocenę systemu rekomendacji wypracowanego w 2010 roku przez cztery współpracujące ze sobą instytucje, tj. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii. Programy te mogą uzyskać rekomendację na trzech poziomach, tj.

- **Program obiecujący (poziom I)** – oparty jest na uznanych koncepcjach teoretycznych odnoszących się do profilaktyki zachowań ryzykownych a także bazuje na logicznym modelu. oraz wykorzystuje strategie profilaktyczne oceniane jako skuteczne. Program taki musi posiadać poprawną ewaluację procesu (przebiegu wdrażania). Jednocześnie jednak brak jest tu pozytywnej weryfikacji (za pomocą poprawnych badań ewaluacyjnych) w zakresie wpływu programu na wskaźniki zachowania lub zdrowia psychicznego. Program ten jednak otrzymał wymagane minimum punktacji w ocenach eksperckich.
- **Program Dobra Praktyka (poziom II)** wykracza poza poziom I tym, że występowała przy jego wdrażaniu się ewaluacją procesu, oraz wykonawcy posługują się ewaluacją formatywną służącą podniesieniu jakości programu. Bywa, że w programach tego typu prowadzona jest ewaluacja wyników, nie jest ona jednak prowadzona na odpowiednio wysokim poziomie metodologicznym. W związku z tym program nie może być określony jako modelowy (poziom III).
- **Program modelowy (poziom III)** – program posiada najwyższe wyniki we wszystkich kategoriach wymienione wcześniej, ocenienie przez ekspertów-recententów. Program z tego poziomu musi mieć dokonaną ewaluację wyników w populacji krajowej (włączając w to badania odroczone).

Tego typu programy (bez względu na poziom rekomendacji) realizowane były jedynie w co dwudziestym przypadku (Tabela 1). Nieco częściej niż w o piątym przypadku sięgano po opublikowane programy, które nie znajdują się na liście programów rekomendowanych. Powodów rzadkiego wyboru programów o ustalonej jakości i efektywności może być wiele. Wśród nich kluczowy może być brak świadomości w zakresie wskaźników wysokiej jakości programów profilaktycznych i istnieniu listy. Może być też tak, że stosowanie wielu programów rekomendowanych wiąże się z wyższymi kosztami lub większą pracochłonnością, wynikającą choćby z konieczności ewaluacji procesu i wyników). Warto tutaj jednak zastrzec, że nie jest to reguła bezwzględna. W naszych badaniach, szkoły wskazywały bowiem na konkretne realizowane programy, i niektóre z nich realizowane są bezpośrednio z grantów, czy środków projektowych przez osoby z zewnątrz. Oznacza to w tej sytuacji brak obciążeń finansowych oraz nakładu pracy dla placówki, gdzie wdrażany jest program. Niewątpliwie jednak tak niewielka liczba szkół podejmujących się wdrażania programów rekomendowanych nie jest zjawiskiem korzystnym. Przyczyna takiego stanu rzeczy wymaga dalszych badań, za którymi pójdzie wprowadzenie zmian mających na celu zmianę tej sytuacji.

Jeszcze ciekawsze są dalsze analizy, związane z tym, kto jest wykonawcą programów zależnie od poziomu jego profesjonalizacji. Okazuje się, że aż w ponad 44% programów realizowanych bez żadnego opisu, wykonawcami są osoby spoza szkoły. W przypadku innych programów taka sytuacja jest rzadsza i dotyczy około 1/4 sytuacji. Należy zatem stwierdzić, że spory odsetek programów realizowanych dla tej grupy wiekowej odbywa się poza wszelką refleksją co do ich zawartości i metodyki.

Tabela 1

*Rodzaj realizowanych programów*

Z bazy rekomendowanych	Opublikowany spoza bazy	Autorski z opisem w szkole	Bez opisu
5,3 %	22,2 %	31 %	41,6 %

Źródło: badania własne.

Uwagę zwraca tu także, że ponad cztery programy na 10 to takie, które nie mają żadnego opisu. Trudno jest zatem podejrzewać, iż są to programy wysokiej jakości. Nawet jeśli by tak jednak było, nie można tego w obliczu braku nawet podstawowej dokumentacji sprawdzić.

**Dynamika zachowań ryzykownych (w pomiarze test-retest) w interakcji ze zmiennymi charakteryzującymi wdrażanie profilaktyki w szkole**

Sprawdzenie jak czynniki formalne realizowanych działań profilaktycznych przekładają się na zmiany w zakresie skumulowanych zachowań ryzykownych wymagało przeprowadzenia jednoczynnikowej analizy wariancji z powtórzonym pomiarem. Jako zmienna zależna traktowane było tu nasilenie zachowań ryzykownych zgrupowanych w poszczególnych zbiorczych skalach, tj:

- Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie substancji psychoaktywnych w tym tytoniu, stosowanie agresji)
- Częstość picia alkoholu
- Częstość palenia tytoniu
- Częstość stosowania agresji i dręczenia innych

Czynnikiem wewnątrzobiektywnym był czas (badanie test-retest). Czynnikami międzyobiektywnymi były zmienne charakteryzujące realizowane w szkole działania profilaktyczne: rodzaj zajęć, realizator zajęć, liczba działań profilaktycznych i łączny czas realizacji zajęć.

Na ogólny indeks zachowań ryzykownych składała się częstotliwość występowania trzech zachowań: picia alkoholu, palenia tytoniu oraz stosowania agresji i dręczenia innych. Zmiany wartości ogólnego wskaźnika zachowań ryzykownych okazały się być powiązane z liczbą realizowanych działań. Przeprowadzona analiza wskazuje ponadto, że zmiana nasilenia częstotliwości picia alkoholu oraz wskaźnika zaangażowania w agresję nie zależy od analizowanych tu charakterystyk działań profilaktycznych. Zmiana nasilenia palenia tytoniu zależy od rodzaju realizowanych działań profilaktycznych oraz liczby implementowanych działań (Tabela 1). **Uzyskane tu statystyczne związki należy interpretować ostrożnie ze względu na zastosowane w badaniach wskaźniki, które co prawda stanowią formalny opis realizowanych działań profilaktycznych, nie są jednak bezpośrednio w tych analizach powiązane z ich konkretną zawartością treściową, a jedynie sposobem realizacji działań profilaktycznych jako takich. Nie uwzględnia się tu zatem ani treści wyodrębnionej ze względu na zachowania ryzykowne, ani treści szczegółowych odnoszących się do konkretnego zachowania. Zatem w żadnym wypadku brak istotnych powiązań nie może być, bez dodatkowych pogłębionych analiz interpretowany jako brak skuteczności działań profilaktycznych wdrażanych w określony sposób. Wyniki te mogą być raczej interpretowane w inny sposób, istotność statystyczna powiązania może oznaczać szczególne znaczenie określonego czynnika wdrażania aktywności profilaktycznych w szkole w odniesieniu do dynamiki zmian poszczególnych zachowań.**

Dobłą ilustracją może tu być interpretacja wskaźnika zaangażowania agresję. Nie możemy traktować go bezkontekstowo. Szczególnie idzie tu o wskaźniki dręczenia rozumianego jako bullying posiadający cechy długotrwałości, nierównowagi sił oraz negatywnej intencji sprawców. Dotyczył on dwa razy w roku lub częściej 11,5% całej populacji uczniów w pierwszym badaniu. Jak wskazują liczne badania (por. Pyżalski, 2012) sprawstwo przemocy rówieśniczej jest względnie stałe w czasie i trudno poddaje się nawet specjalistycznym oddziaływaniom. Trudno zatem oczekiwać, że uniwersalne formalne oddziaływania (dotyczące np. innych problemów) zredukują wskaźniki tego właśnie zachowania (por. Monks i in., 2009; Pyżalski, 2012).

Tabela 2

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na zmiany zachowań ryzykownych*

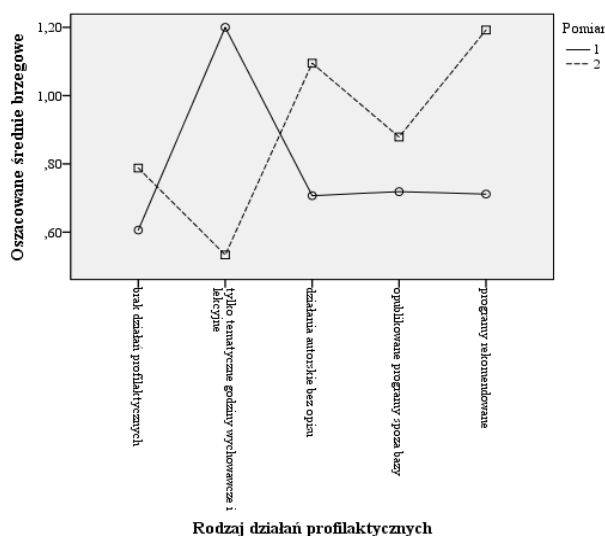
Czynnik	Zmienna	Interakcja: czynnik x czas		
		F	p	$\eta^2$
Rodzaj realizowanych programów	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	1,234	,295	,008
	Częstość picia alkoholu	,954	,432	,006
	Częstość palenia tytoniu	<b>2,375</b>	<b>,05</b>	<b>,015</b>
	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	1,602	,172	,010
Realizator zajęć	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	,142	,935	,001
	Częstość picia alkoholu	,477	,698	,002
	Częstość palenia tytoniu	1,498	,214	,007

	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	1,143	,331	,005
Liczba działań	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	<b>3,402</b>	<b>,017</b>	<b>,014</b>
	Częstość picia alkoholu	2,443	,063	,010
	Częstość palenia tytoniu	<b>5,559</b>	<b>,001</b>	<b>,023</b>
	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	,023	,995	,000
Czas trwania zajęć	Częstość zachowań ryzykownych (stosowanie subst. psychoaktywnych, agresja)	1,103	,354	,006
	Częstość picia alkoholu	1,438	,220	,008
	Częstość palenia tytoniu	1,713	,145	,010
	Częstość stosowania agresji i dręczenia innych	,247	,912	,001

Źródło: badania własne.

### **Formalne aspekty realizacji programów profilaktycznych a dynamika wybranych wskaźników zachowań ryzykownych**

Na średnią częstotliwość palenia tytoniu ma wpływ rodzaj prowadzonych zajęć. Uzyskane wyniki są trudne w interpretacji (por. Rysunek 1.). W przypadku realizacji tematycznych godzin wychowawczych mamy do czynienia ze spadkiem wskaźnika a w przypadku innych rodzajów zajęć wzrost w tym największy w przypadku programów rekomendowanych. Wzrost jest niższy w przypadku rekomendowanych programów spoza bazy. Interpretacja wyników powinna uwzględniać ograniczenia metodologiczne przedstawiane na początku artykułu – nie analizujemy to interakcji powiązanych wyłącznie z implementacją programów nastawionych na palenie tytoniu.

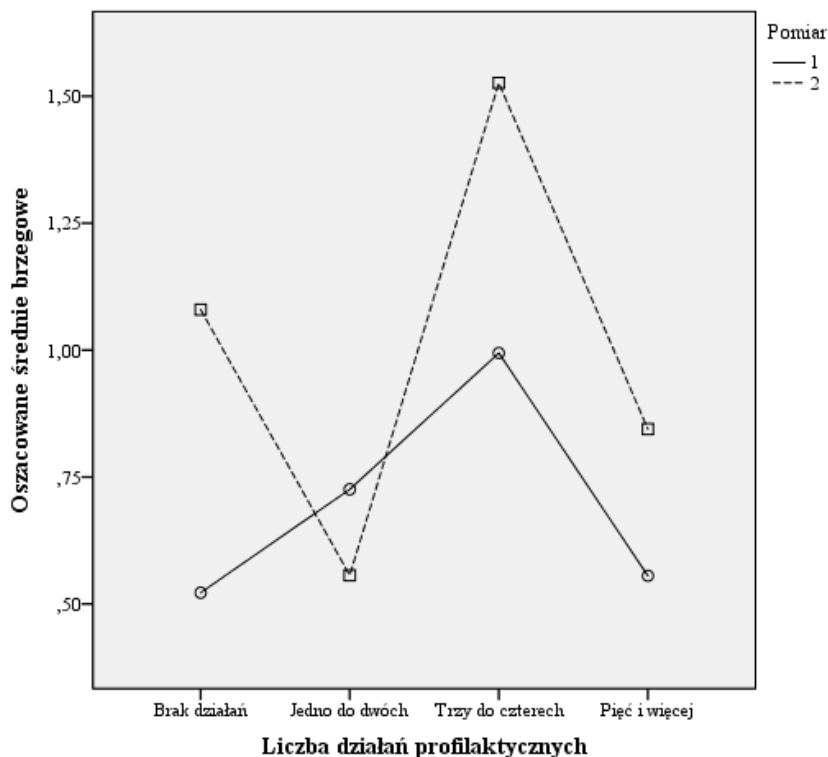


Rysunek 1. Interakcja rodzaju działań profilaktycznych i częstotliwości palenia tytoniu.

Z drugiej strony za programami realizowanymi podczas tematycznych lekcji wychowawczych kryje się często osoba realizatora w postaci wychowawcy klasy, która może być istotnym czynnikiem przekładającym się na redukcję wskaźnika palenia tytoniu. Są

to jednak jedynie hipotezy, których nie można na podstawie materiału ilościowego zweryfikować. W przyszłości warto przeprowadzić badania jakościowe nastawione na eksplorację omówionych tu kwestii w kontekście doświadczeń uczniów uczestniczących w antytytoniowych zajęciach profilaktycznych realizowanych w różny sposób (por. Mathie, Canozzi, 2005)

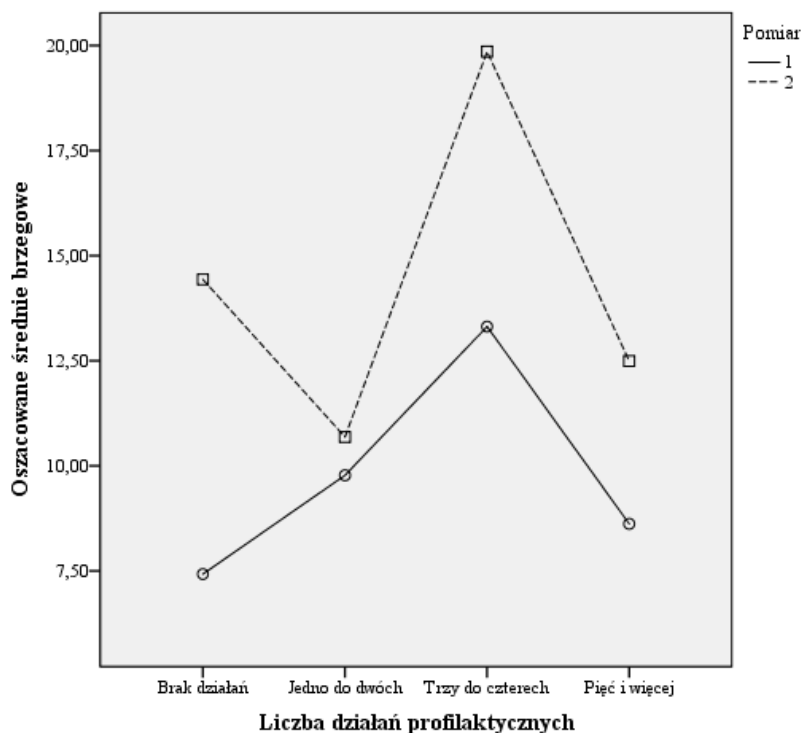
Podobnie niejednoznaczna jest interakcja dynamiki wskaźnika palenia tytoniu z liczbą realizowanych działań profilaktycznych.



Rysunek 2. Interakcja liczby działań profilaktycznych i częstotliwości palenia tytoniu.

Widać tu co prawda wzrost wskaźnika przy braku działań, co jest wynikiem zrozumiałym, ale wzrost jest także obecny w przypadku realizowania trzech do czterech działań (przy wysokiej średniej w pierwszym pomiarze) oraz w mniejszym zakresie przy realizowaniu licznych działań (5 i więcej). Jednocześnie spadek średniej wskaźnika palenia tytoniu pojawia się w przypadku realizowania pojedynczych działań (1-2). Pamiętając ciągle o ograniczonych podstawach metodologicznych takich porównań bardzo trudno zaproponować interpretacje dotyczące uzyskanych wyników. Są co prawda badania wskazujące na dużą skuteczność krótkiej interwencji medycznej dla rzucenia palenia (por. Harvey, Chadi, 2016), w tym przypadku jednak analiza treści programów nie wskazuje na to by działania tego typu były w badanych szkołach realizowane.

Wreszcie, liczba działań profilaktycznych jest powiązana z dynamiką zbiorczego wskaźnika zachowań ryzykownych (rys.3.)



Rysunek 3. Interakcja liczby działań profilaktycznych i zbiorczego wskaźnika zachowań ryzykownych.

Podobnie jak w przypadku wskaźnika palenia tytoniu wyniki nie są łatwe w interpretacji. Obserwujemy bowiem znaczny wzrost zbiorczego wskaźnika przy braku działań profilaktycznych, spory przy realizacji trzech do czterech działań i nieco niższy przy licznych działaniach (pięć i więcej). Najniższy wzrost dotyczy sytuacji gdy są prowadzone jedynie pojedyncze działania (1-2). Możliwa jest interpretacja wskazująca, że młodzi ludzie, w placówkach, gdzie zajęcia profilaktyczne są bardzo liczne wykazują wyższe bazowo nasilenie zachowań ryzykownych. Analiza danych wskazuje jednak, iż odnosi się to wyraźnie jedynie do grupy, gdzie realizowano 3-4 działań. Jednak powód takiego stanu rzeczy jest zdecydowanie trudny do wskazania.

### Wnioski

Głębszemu namysłowi powinniśmy poddać aspekt profesjonalizacji i formalnego umocowania działań profilaktycznych oferowanych młodzieży w wieku 14-16 lat. Okazuje się, że w grupie tej działania profilaktyczne o charakterze programów rekomendowanych należą do rzadkości (jedynie w co dwudziestym przypadku). Sporo jest natomiast działań nie posiadających żadnego opisu, a do tego często realizowanych przez wykonawców spoza szkoły. Oznacza to duże ryzyko braku profesjonalizacji (zarówno w zakresie treści i formy zajęć, jak i jakości ich wdrażania (np. ewaluacji procesu lub efektów)). Istotne jest zatem podjęcie działań (nie tylko formalnych), ale także edukacyjnych nastawionych na zmianę zdiagnozowanej tu sytuacji. Powinna ona dotyczyć wyższej jakości działań, ale także dostępu do bardziej szczegółowych informacji co i przez kogo jest realizowane.



Dynamika zmian we wskaźnikach zachowań ryzykownych okazała się być powiązana z rodzajem prowadzonych działań profilaktycznych i ich częstotliwością. Dotyczyła ona zbiorczego wskaźnika zachowań ryzykownych (częstotliwość) oraz palenia tytoniu (rodzaj programów (częstotliwość)).

Stwierdzone istotne interakcje są jednak trudne do interpretacji. O ile wszędzie następuje wzrost wskaźników zachowań ryzykownych w przypadku braku działań, to jest on też obecny w innych grupach wyodrębnianych ze względu na rodzaj i częstotliwość działań. Wyżej przedstawiono hipotezy związane z uzyskanymi wynikami. Brak jest jednak w obecnym zestawie uzyskanych danych, które mogą umożliwić ich weryfikację. Należy zatem ten fragment danych bardzo ostrożnie stosować, szczególnie w kontekście metodyki implementacji działań profilaktycznych w szkole. Uzyskane dane mogą jednak posłużyć do planowania kierunków dalszych badań w tym obszarze, szczególnie w modelu jakościowym, gdzie respondentami będą wykonawcy i odbiorcy działań profilaktycznych.

### **Bibliografia**

- Das J.K, Salam R.A., Lassi Z.S., Khan. M.N., Mahmood W., Patel. V., Bhutta, Z.A. (2016). Interventions for adolescent mental health: an overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(4S):S49–S60.
- Harvey, J., Nicholas Chadi, N. (2016). CPS Adolescent Health Committee. Preventing smoking in children and adolescents: Recommendations for practice and policy. *Paediatr Child Health*,(4), 209–21.
- Mathie, A., & Camozzi, A. (2005). *Qualitative research for tobacco control: A how-to introductory manual for researchers and development practitioners*. Ottawa, ON: RITC.
- Monks, C. P., Smith, P. K., Naylor, P., Barter, C., Ireland, J. L. & Coyne, I. (2009). Bullying in different contexts: commonalities, differences and the role of theory. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 146–156.
- O' Loughlin, K, Althonff, RR, Hudziak ,J.J. (2017).Healthpromotion and prevetion in child and adolescent mental health. In: Rey JM, (red.) *IACAPAP e-Textbookof Child and Adolescent Mental Health*, Geneva:International Association for Child and AdolescentPsychiatry and Allied Professions, 1–25.
- Pyżalski J. (2012).Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. *Oficyna Wydawnicza Impuls*, Kraków.
- Sherman, E, Primack, B.A. (2009). What Works to Prevent Adolescent Smoking? A Systematic Review of the National Cancer Institute's Research-Tested Intervention Programs. *Journal of School Health*, 79:385-393.

### 2.3.6 Profilaktyka dla uczniów w wieku 17-19 lat

#### Wprowadzenie

Profilaktyka zachowań ryzykownych w szkole napotyka na istotne ograniczenia. Priorytetem szkoły jest kształcenie przedmiotowe. To jest zupełnie zrozumiałe, biorąc pod uwagę oczekiwania społeczne wobec szkoły. Na dobrym nauczaniu, czyli przekazywaniu wiedzy akademickiej podzielonej na przedmioty szkolne koncentrują się przede wszystkim wysiłki dyrektorów szkół i nauczycieli. Z tego zadania szkoła jest rozliczna przez władze i społeczeństwo. Temu służą rankingi szkół oraz nieformalne oceny szkół prowadzone na użytek rodziców. Normalnie działająca szkoła zazwyczaj nie ma czasu na ambitniejsze (dłuższe) działania profilaktyczne. Na profilaktykę, w tym na profesjonalne programy profilaktyczne, nie ma wydzielonego i określonego czasu w harmonogramie działań szkoły. Brak czasu na profesjonalną profilaktykę to nie jedyny problem. Brakuje również systemowych zachęt (premi, nagród, awansów itp.) dla nauczycieli decydujących się na poszerzenie swoich zainteresowań zawodowych o działania profilaktyczne.

Z powodu systemowego braku czasu na profilaktykę, w szkołach następuje częściowe przejście niektórych obowiązków wychowawczo-profilaktycznych szkoły przez „specjalistów” spoza szkoły. Z perspektywy szkoły o wiele łatwiej jest wpuścić kogoś do klasy na dwie-trzy godziny lekcyjne, niż wyszkolić swoich nauczycieli i stworzyć im odpowiednie warunki do systematycznej pracy profilaktycznej. Osoba spoza szkoły (specjalista od profilaktyki, psycholog z poradni psychologiczno-pedagogicznej, oficer policji, lekarz, członek organizacji pozarządowej itd.) nie zmienia niczego w rutynowych działaniach szkoły. Wchodzi i wychodzi. Szkoła zrobiła, co do niej należało i wszyscy są szczęśliwi. Napędza to tzw. rynek usług profilaktycznych działający na potrzeby szkół. Te usługi są pojemne jak ocean. Mieszczą się w nich zarówno pogadanki o szkodliwości używania substancji psychoaktywnych, warsztaty o emocjach, widowiska teatralne o życiu narkomanów, świadectwa osób uzależnionych, konkursy plastyczne, wizyty uczniów w więzieniach, turnieje sportowe, festyny i pikniki w plenerze, eventy z udziałem znanych sportowców, kiermasze zdrowej żywności itd. Bez bardzo wyspecjalizowanych i drogich badań skuteczność działań profilaktycznych jest w zasadzie niemierzalna. Można więc na użytek kontroli lub rodziców opowiadać dowolne rzeczy na temat skuteczności tych czy innych form profilaktyki zakupionych przez szkołę. Nikt tego nie zweryfikuje.

W tej sytuacji bardzo potrzebne jest badanie postępów w profesjonalizacji działań profilaktycznych. Między innymi temu celowi był poświęcony nasz projekt badawczy. W Polsce decydenci zdają się nie doceniać mechanizmów wdrażania profesjonalnych programów profilaktycznych. Mimo głosów krytyki ze strony ekspertów - tworzą rozwiązania systemowe, które wspierają żywiołowe i niesprawdzone działania nieuregulowanego rynku usług profilaktycznych (Szymańska, 2005, Ostaszewski, Bobrowski, 2008, Ostaszewski, Sochocki, Wojcieszek, 2014). Większej profesjonalizacji profilaktyki służy stworzony w ostatnich latach *System Rekomendacji Programów Profilaktyki i Promocji Zdrowia Psychicznego koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii* (Radomska, 2014). *Jego powstanie i działalność jest ważnym krokiem w kierunku większej jakości i skuteczności działań profilaktycznych realizowanych w naszym kraju.* Podobne inicjatywy, których celem

było zwiększenie w szkołach udziału programów opartych na naukowych podstawach, zostały wcześniej podjęte w USA i w Czechach. Doświadczenia tych krajów dowodzą, że wysiłek państwa może w istotny sposób poprawić praktykę działań zapobiegawczych w szkołach (Ringwalt, Vincus, Hanley, Ennett, Bowling, Haws, 2011; Miovsky, 2013).

## Stan działań profilaktycznych w szkołach ponadpodstawowych

Informacje o działaniach profilaktycznych realizowanych w szkołach ponadpodstawowych (liceach, technikach i zasadniczych szkołach zawodowych) pochodziły z dwóch źródeł: od pracowników szkół oraz od uczniów – uczestników działań profilaktycznych. Te informacje zbierano w ramach tzw. ewaluacji procesu działań profilaktycznych realizowanych przez szkoły. Na podstawie informacji zebranych od pracowników szkół możemy określić, jakie typy działań profilaktycznych są realizowane przez szkoły ponadpodstawowe. Przy czym, typ programu profilaktycznego został zdefiniowany na podstawie jego statusu formalnego. I tak, pracownicy szkół odpowiadali na pytanie, czy programy realizowane w ich szkole należą do jednej z czterech kategorii: 1/ programów rekomendowanych przez System Rekomendacji programów profilaktycznych, 2/ programów posiadających formalny opis (opublikowanych), ale nie będących w Systemie Rekomendacji, 3/ programów autorskich, opisanych przez autorów na potrzeby szkoły oraz 4/ programów nie posiadających żadnego formalnego opisu (programy bez żadnej formalnej struktury, działania podejmowane z wolnej ręki).

Można przyjąć, że przyjęty podział – poza innymi różnicami - odzwierciedla poziom społecznej wiedzy o programie realizowanym przez szkołę. Od najlepiej znanych programów rekomendowanych, które są szczegółowo opisane na stronach Systemu Rekomendacji ([www. programyrekomendowane.pl](http://www.programyrekomendowane.pl)), do programów bez opisu, o których praktycznie nikt nic nie wie poza bez ich bezpośrednimi realizatorami. Można także uznać, że przyjęty podział odzwierciedla jeszcze jeden ważny aspekt statusu społecznego szkolnego programu profilaktycznego – poziom jego profesjonalizacji. Na jednym krańcu tego podziału są programy spełniające wysokie profesjonalne wymagania (programy rekomendowane i programy opublikowane spoza listy programów rekomendowanych), a z drugiej strony - amatorskie programy autorskie lub działania podejmowane ad hoc (bez opisu), patrz tabela 1.

Tabela 1

*Formalny status programu profilaktycznego a poziom wiedzy o programie*

Poziom wiedzy w społeczeństwie o programie profilaktycznym	Typy programów profilaktycznych realizowanych przez szkoły
Programy amatorskie	
Brak wiedzy	Programy bez opisu
	Programy autorskie
	Programy opublikowane, nie rekomendowane
Programy profesjonalne	
Szczegółowa wiedza	Programy rekomendowane

## Typy działań profilaktycznych

Wyniki badań wskazują, że w szkołach ponadpodstawowych dominują autorskie programy profilaktyczne (działania amatorskie), a najrzadziej stosowane są programy rekomendowane (profesjonalne). Ponad połowa uczniów techników, liceów i ZSZ (ok. 56%) uczestniczyła w jakimś programie autorskim, podczas gdy w programach rekomendowanych uczestniczyło tylko ok. 5% (7% uczniów szkół zawodowych techników / ZSZ i 0% uczniów liceów). Znacznie bardziej niż programy rekomendowane rozpowszechnione są programy bez opisu – w szkołach zawodowych uczestniczyło w nich ok. 24% uczniów, a w liceach ok. 36%. W programach, których opis został opublikowany, ale nie są na liście programów rekomendowanych uczestniczyło ok. 13% uczniów szkół zawodowych i ok. 9% licealistów, tabela 2.

Z tych bardzo skromnych danych liczbowych (na podstawie danych od niespełna 300 osób) dotyczących programów profesjonalnych wynika, że w kilku klasach szkół ponadpodstawowych realizowano dwa programy rekomendowane (program ARS oraz program Epsilon) oraz kilka znanych programów profilaktycznych spoza bazy programów rekomendowanych (np. Tak czy nie). Badania dostarczają również informacji o nazwach programów autorskich realizowanych przez szkoły. Te informacje są jednak bardzo mało przydatne, ponieważ nie wiadomo, co tak naprawdę kryje się pod tymi nazwami.

Tabela 2

### *Rozpowszechnienie typów programów profilaktycznych w szkołach ponadpodstawowych*

Program	Technika i ZSZ		Licea		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Rekomendowany	86	6,8	0	0	86	5,4
Publikowany spoza bazy	168	13,3	29	9,4	197	12,5
Autorski	708	56,1	169	54,5	877	55,8
Bez opisu	300	23,8	112	36,1	412	26,2
Razem	1262	100,0	310	100,0	1572	100,0

## Warunki realizacji działań profilaktycznych

Informacje uzyskane na podstawie naszego badania dotyczące warunków realizacji szkolnych programów profilaktycznych odnoszą się do kilku kwestii: kim był realizator, w jakich grupach realizowano program, w jakim miejscu oraz czasie. Warunki realizacji są istotnym czynnikiem wpływającym na jakość i skuteczność działań z zakresu profilaktyki. W tym kontekście, realizatorzy działań profilaktycznych w szkole to bardzo interesujący temat, wokół którego toczą się spory i dyskusje. Jedni specjaliści twierdzą, że najlepszymi realizatorami działań profilaktycznych w szkole są przeszkoleni nauczyciele / pedagodzy szkolni (Woynarowska, Ostaszewski, Kulmatycki, 2014), podczas gdy inni uważają, że bardziej skuteczni są specjaliści spoza szkoły (lekarze, oficerowie policji, terapeuci uzależnień, zawodowi profilaktycy, itd.). Zwolennicy zatrudniania do działań profilaktycznych personelu szkolnego wskazują na dobroczynne działanie synergii w kształceniu przedmiotowym/ akademickim i w profilaktyce, a także na ciągłość pracy wychowawczo-profilaktycznej, którą mogą tylko zapewnić pracownicy szkoły. Z kolei zwolennicy specjalistów spoza szkoły podkreślają ich lepsze merytoryczne przygotowanie do zadań z zakresu profilaktyki oraz brak ich uwikłania w szkolny system oceniania, który

zachęca młodzież do większej otwartości i szczerości w kontaktach ze specjalistą z zewnątrz. Ten spór trudno rozstrzygnąć, bo argumenty są po obu stronach. Dowody naukowe, płynące z badań ewaluacyjnych nad profilaktyką w szkole wskazują na nieskuteczność działań prowadzonych z udziałem oficerów policji, osób uzależnionych oraz osób spoza szkoły nie posiadających odpowiedniego merytorycznego przygotowania (UNODC, 2015).

**Realizatorzy.** Kim są realizatorzy działań profilaktycznych w szkołach ponadpodstawowych w Polsce? Zebrane dane wskazują, że najczęściej realizatorami działań profilaktycznych w szkołach ponadpodstawowych są osoby spoza szkoły (ok. 42% realizatorów). Niestety, brakuje szczegółowych informacji na temat profilu zawodowego/kompetencji tych realizatorów. W drugiej kolejności realizatorami są pedagodzy/psychologowie szkolni (ok. 26%). Na trzecim miejscu znajdują się wychowawcy klas (ok. 13%), a na czwartym nauczyciele przedmiotów (ok. 8%). W około 10% przypadków realizatorami działań były różne osoby, prawdopodobnie wychowawca i pedagog/psycholog szkolny lub osoba spoza szkoły. Z naszych badań wynika zatem, że realizatorami profilaktyki w szkole są mniej więcej w połowie pracownicy szkół (wychowawcy klas, pedagodzy szkolni i nauczyciele), a w drugiej połowie - osoby spoza szkoły.

**Inne warunki realizacji.** Informacje na temat innych warunków realizacji wskazują, że działania profilaktyczne organizowane dla uczniów szkół ponadpodstawowych toczą się zazwyczaj na terenie szkoły (82,5% zajęć), obejmują całe klasy szkolne (ok. 65%) i toczą w godzinach lekcji (ok. 94%). Dość duża część zajęć profilaktycznych (ok. 18%) realizowana jest w dużych grupach składających się z uczniów kilku klas lub uczniów całej szkoły.

## **Badania podłużne zachowań ryzykownych uczniów szkół ponadpodstawowych w kontekście typów działań profilaktycznych**

W dwukrotnych badaniach podłużnych wzięło udział ok. 1470 uczniów szkół ponadpodstawowych, z czego do analiz wariancji z powtarzanymi pomiarami (MANOVA) weszło 888 uczniów liceów, techników i zasadniczych szkół zawodowych, co stanowi ok. 60% wyjściowej próby. Pierwszy pomiar zachowań ryzykownych uczniów przeprowadzono pod koniec roku szkolnego 2016/2017, a drugi pomiar wykonano pod koniec roku szkolnego 2017/2018. W tych analizach brano pod uwagę dwa rodzaje zmiennych: 1/ zmienne charakteryzujące używanie substancji psychoaktywnych (alkoholu, nikotyny, narkotyków, leków) oraz zachowania przemocowe (zachowania agresywne i dręczenie innych) oraz 2/ zmienną dychotomiczną charakteryzującą stopień profesjonalizacji działań profilaktycznych w szkołach (działania profesjonalne/ kwalifikowane versus amatorskie). Przy czym do działań profesjonalnych/ kwalifikowanych zaliczono programy rekomendowane i programy opublikowane spoza bazy programów rekomendowanych, a do programów amatorskich zaliczono programy autorskie, programy bez żadnego opisu i brak działań profilaktycznych.

**Dynamika zmian w zachowaniach ryzykownych w okresie jednego roku.** Po pierwsze, zebrane dane pozwalają na ocenę zmian w nasileniu zachowań ryzykownych, jakie zaszły w ciągu jednego roku u uczniów szkół ponadpodstawowych. Nasilenie

zachowań przemocowych nie zmieniło się istotnie w ciągu roku. Zgodnie z oczekiwaniami nasilenie używania substancji psychoaktywnych istotnie zwiększyło się w obserwowanym okresie, tabela 3.

Tabela 3

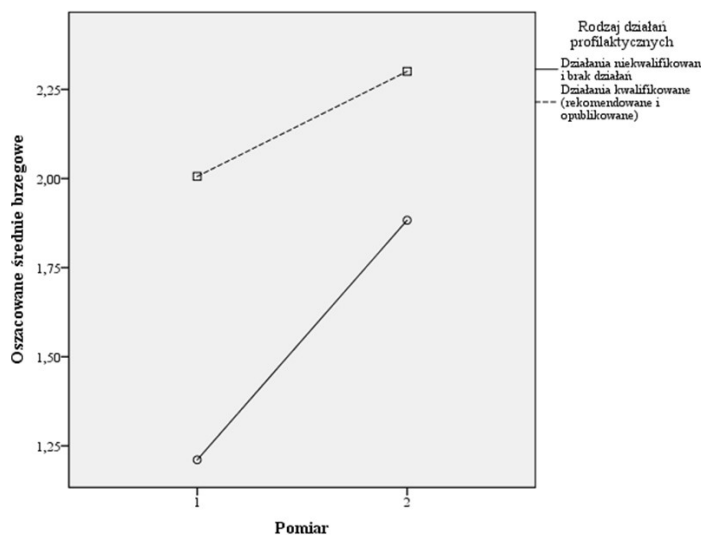
*Związki między typem profilaktyki a zachowaniami ryzykownymi uczniów szkół ponadpodstawowych. Średnie i wyniki analizy wariancji z powtarzаныmi pomiarami, N=888*

Wskaźniki zachowań ryzykownych	Czas pomiaru	Grupy badanych uczniów		Wartość F i eta oraz poziom istotności
		Działania amatorskie/ brak działań Średnie, N=551	Działania kwalifikowane/ rekomendowane Średnie, N=337	
Częstość picia alkoholu (zakres od 0 „nigdy” do 6 „codziennie”)	Test	3,062	3,890	<b>Efekt grupy</b> <b>F=18,009;</b> <b>p&lt;0,001</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,020</b>
	Re-test	4,287	4,970	
	<b>Efekt czasu</b> <b>F= 173,662, p&lt;0,001</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,164</b>		Efekt interakcji grupa x czas F= 0,686, p<0,408 Eta <sup>2</sup> = 0,001	
Ilość alkoholu wypijanego ostatnio (liczba porcji, zakres od 0, bez limitu górnego)	Test	1,211	2,006	<b>Efekt grupy</b> <b>F=25,545;</b> <b>p&lt;0,001</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,028</b>
	Re-test	1,883	2,301	
	<b>Efekt czasu</b> <b>F= 36,690, p&lt;0,001</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,040</b>		<b>Efekt interakcji</b> <b>grupa x czas</b> <b>F=5,589, p&lt;0,018</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,006</b>	
Częstość palenia tytoniu (zakres od 0 „nigdy” do 6 „codziennie”)	Test	1,655	2,264	<b>Efekt grupy</b> <b>F=14,361;</b> <b>p&lt;0,001</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,016</b>
	Re-test	2,007	2,682	
	<b>Efekt czasu</b> <b>F= 37,211, p&lt;0,001</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,040</b>		Efekt interakcji grupa x czas F= 0,276, p<0,600 Eta <sup>2</sup> = 0,000	
Częstość używania narkotyków i leków (zakres wartości od 0 „nigdy” do 6 „codziennie”)	Test	0,445	0,591	Efekt grupy F=1,782; p<0,182 Eta <sup>2</sup> = 0,002
	Re-test	0,701	0,819	
	<b>Efekt czasu</b> <b>F= 14,754, p&lt;0,001</b> <b>Eta<sup>2</sup>= 0,016</b>		Efekt interakcji grupa x czas F= 0,047, p<0,828 Eta <sup>2</sup> = 0,000	
Częstość stosowania agresji i dręczenia innych (zakres od 0 „nigdy” do 8 „często”)	Test	3,659	3,846	Efekt grupy F=1,986; p<0,159 Eta <sup>2</sup> = 0,002
	Re-test	3,528	3,887	
	Efekt czasu F= 0,139, p<0,709 Eta <sup>2</sup> = 0,000		Efekt interakcji grupa x czas F= 0,519, p<0,471 Eta <sup>2</sup> = 0,001	

Świadczy o tym istotny statystycznie **efekt czasu**. W przypadku wszystkich wskaźników używania substancji psychoaktywnych ten efekt zwiększył się istotnie. Największy wzrost odnotowano w przypadku częstości picia alkoholu, a najmniejszy w przypadku narkotyków i leków używanych w celu odurzenia się. Na podstawie naszych analiz można oszacować, że efekt czasu wyjaśnia za ok. 16% wariacji w przypadku zmian częstości picia alkoholu, ok. 4% wariacji w przypadku zmian ilości wypijanego alkoholu, częstości palenia tytoniu, i ok. 1,6% wariacji w przypadku zmian częstości używania narkotyków/ leków.

Po drugie, zebrane dane wskazują na interesującą zależność pomiędzy dwiema wyróżnionymi grupami szkół/ uczniów (uczniowie poddani amatorskim działaniom profilaktycznym versus uczniowie poddani kwalifikowanym działaniom profilaktycznym) a nasileniem zachowań ryzykownych młodzieży. Otóż, w grupie, w której szkoły decydowały się na działania amatorskie (głównie programy autorskie nauczycieli lub pedagogów szkolnych) lub w ogóle nie podejmowały działań profilaktycznych, nasilenie zachowań ryzykownych było znacznie niższe niż w grupie uczniów, których szkoły decydowały się na działania kwalifikowane. Świadczą o tym **efekty grupy** istotne w trzech przypadkach: częstości picia alkoholu, ilości wypijanego alkoholu i częstości palenia tytoniu. W pozostałych dwóch przypadkach (narkotyki/ leki oraz zachowania przemocowe) efekty grupy były nieistotne statystycznie, tabela 3.

Po trzecie, analiza danych ujawniła jeden istotny **efekt interakcji** pomiędzy czasem pomiaru a typem działań profilaktycznych. W grupie uczniów, których szkoły zdecydowały się na kwalifikowane działania profilaktyczne, wzrost ilości wypijanego alkoholu był w ciągu obserwowanego okresu istotnie mniejszy niż w grupie uczniów, w której zastosowano działania amatorskie lub w ogóle nie podejmowano działań profilaktycznych. Rysunek 1 przedstawia graficzny obraz tej interakcji. W przypadku pozostałych wskaźników zachowań ryzykownych nie odnotowano istotnych efektów interakcji, tabela 3.



Rysunek 1. Interakcja pomiędzy czasem pomiaru i typem działań profilaktycznych w odniesieniu do wskaźnika "ilość alkoholu wypijanego ostatnio".

## Ograniczenia badań w grupie wiekowej 17-19 lat

Relacjonowane tu badania miały dwa istotne cele. Pierwszym celem była ocena stanu działań profilaktycznych podejmowanych w szkołach ponadpodstawowych. Drugim celem była próba sprawdzenia w badaniach podłużnych, jak wyróżnione typy działań (profesjonalnie versus amatorskie) przekładają się na nasilenie wybranych zachowań ryzykownych młodzieży. Warto podkreślić, że drugi cel badań był niesłychanie ambitny i nikt wcześniej nie próbował go zrealizować w naszym kraju.

W odniesieniu do pierwszego celu ograniczenia polegają na tym, że badając stan działań profilaktycznych podejmowanych przez szkoły ponadpodstawowe nie udało się ocenić zarówno zawartości merytorycznej jak i jakości wykonania tych działań / programów. Informacje, jakimi dysponujemy, dotyczą głównie formalnej charakterystyki tych działań (typu, realizatorów, miejsca, wielkości grupy). Oczywiście, można przyjąć założenie, że merytoryczna zawartość i jakość realizacji programów kwalifikowanych/ profesjonalnych, w których realizatorzy są wyposażeni w podręczniki i przeszkoleni, jest wyższa niż jakość realizacji programów amatorskich, w których autor sam uznaje swoje kompetencje za wystarczające. Ale to założenie nie musi być zawsze prawdziwe. Brak bardziej precyzyjnej, jakościowej oceny działań profilaktycznych jest niewątpliwie ograniczeniem tych badań.

Realizacja drugiego celu badań, czyli próba oceny skuteczności działań profilaktycznych, napotkała na kilka istotnych ograniczeń, które praktycznie uniemożliwiły jego wiarygodne osiągnięcie. Po pierwsze, nasze badanie można uznać za eksperyment badawczy prowadzony w naturalnych warunkach (Boyd, 1995). Jak to bywa w takich sytuacjach badacze nie mieli możliwości skontrolowania (wzięcia pod uwagę) istotnych czynników, które wpływają na zmiany w zachowaniach ryzykownych uczniów. Na przykład, poprawnie zaprojektowany eksperyment badawczy zakłada porównywalność badanych grup. Tu tymczasem okazało się, że grupa uczniów biorących udział w działaniach kwalifikowanych/ profesjonalnych i grupa uczniów biorących udział w działaniach amatorskich jest zupełnie inna. Uczniowie poddani działaniom profesjonalnym mieli o wiele wyższy wyjściowy poziom nasilenia zachowań ryzykownych niż uczniowie poddani działaniom amatorskim. W tej sytuacji gdybyśmy chcieli zbadać skuteczność działań profesjonalnych/ kwalifikowanych właściwą grupą do porównań byłaby grupa uczniów o podobnym nasileniu zachowań ryzykownych, ale bez działań profilaktycznych lub z działaniami amatorskimi. Takiej grupy nie udało nam się zbadać.

Drugim istotnym ograniczeniem badań jest brak informacji o jakości realizacji działań. Nie wiemy, jak przebiegało samo działanie, czy zostało zrealizowane zgodnie z założeniami, jak byli przygotowani realizatorzy, na jakie trudności napotkano itd. Brak tych informacji powoduje, że mamy do czynienia z sytuacją określaną po angielsku jako ewaluację typu „input-output” bez większej refleksji i wiedzy, co zadziało się pomiędzy wdrożeniem programu/ działania a jego rezultatem. Taki model ewaluacji działań profilaktycznych jest przedmiotem słusznej krytyki specjalistów (Boyd, 1995; Hawkins i Netherhood, 1994).

Trzecie ograniczenie naszych badań, które należy wziąć pod uwagę w interpretacji wyników, jest związane z wykruszeniem się próby i niewielką liczbą uczniów, którzy



ostali się w analizach. W badaniach podłużnych wykruszenie się próby jest jedną z największych bolączek badaczy (Babbie, 2008). Dlatego zwykle podejmuje się specjalne starania, aby dotrzeć do jak największej liczby uczestników badania. Wymaga to jednak dodatkowych nakładów i sporego wysiłku organizacyjnego. W naszym przypadku w analizach końcowych ostalo się ok. 340 uczniów w grupie poddanej działaniom kwalifikowanym i ok. 550 uczniów poddanych działaniom amatorskim. Z jednej strony można uznać, że te liczby są wystarczające do przeprowadzenia ilościowych analiz statystycznych, ale z drugiej strony, jeśli przeliczymy to na liczbę klas, które są zwykle jednostką działania profilaktycznego, to okaże się, że oceniamy w skali kraju skuteczność działania profilaktycznego na podstawie tego, co działo się w 10 / 20 klasach. To za mało, żeby wyciągać ogólniejsze wnioski.

## Podsumowanie i wnioski

1. Wyniki badań potwierdzają wcześniejsze obserwacje i doniesienia (np. raport NIK, 2013; Malczewski, 2015), że w szkołach dominuje nieprofesjonalny nurt profilaktyki. Świadczy o tym dominacja profilaktycznych działań autorskich i działań bez jakiegokolwiek opisu. Szkoły również chętnie korzystają ze zewnętrznych realizatorów działań profilaktycznych. Ten stan rzeczy utrzymuje się mimo działań podejmowanych przez ekspertów oraz niektóre instytucje państwowe (np. PARPA, KBPN, ORE) zmierzających do profesjonalizacji szkolnej profilaktyki zachowań ryzykownych. Wskazuje to na strukturalne i mentalne przeszkody w profesjonalizacji profilaktyki w szkołach. Prawdopodobnie na przeszkodzie w realizacji tych zamierzeń stają inne priorytety władz szkolnych i nauczycieli, brak wiedzy na temat profesjonalnej profilaktyki, brak czasu i motywacji u osób podejmujących decyzje, brak wiary w skuteczność profilaktyki. Zmiana tej sytuacji wymaga determinacji ze strony władz szkolnych wszystkich szczebli oraz zdecydowanie większych nakładów na profilaktykę w szkołach.

2. Pewnym optymizmem napawają wyniki świadczące o tym, że szkoły ponadpodstawowe, w których było wysokie nasilenie zachowań ryzykownych (przede wszystkim wysokie były wskaźniki używania substancji psychoaktywnych) sięgały po profesjonalne/ kwalifikowane programy profilaktyczne. Ta tendencja, jeśli zostanie potwierdzona w innych badaniach, wskazuje na właściwy kierunek reakcji władz szkolnych: pt. mamy problem, więc sięgamy po sprawdzone narzędzia profilaktyczne. Wydaje się jednak, że w przypadku uczniów szkół ponadpodstawowych, ta reakcja jest spóźniona o dobrych kilka lat. Wysoki poziom używania substancji psychoaktywnych wśród 17-19 latków wymaga zwykle działań interwencyjnych lub działań z zakresu redukcji szkód. Informacji o takich działaniach niestety brakuje w naszym materiale badawczym.

3. Podjęta w ramach tego projektu próba oceny skuteczności dwóch formalnych typów działań profilaktycznych (działania profesjonalne/ kwalifikowane versus działania amatorskie) nie powiodła się w odniesieniu do grupy szkół ponadpodstawowych ze względów technicznych (wykruszenie się próby). Uzyskane wyniki, które w większości świadczą o braku różnic statystycznych (z jednym wyjątkiem) należy traktować z bardzo dużą ostrożnością ze względu na istotne ograniczenia tych badań.

## Bibliografia

- Babbie E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. Warszawa.
- Boyd G. (1995): Badania ewaluacyjne w USA. Problemy metodologiczne. *Alkoholizm i Narkomania* 2(19); 9-35.
- Hawkins J.D., Nederhood B. (1994): Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Pracownia Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa - Olsztyn.
- Najwyższa Izba Kontroli (2013). *Profilaktyka narkomanii w szkołach, Informacja o wynikach kontroli*. Warszawa: NIK; ([www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)).
- Malczewski A. (2015). Działania dużych miast w przeciwdziałaniu narkomanii w 2013 roku – część II. Serwis Informacyjny Narkomanii 69, 44-48
- Miovsky M. (2013). An evidence-based approach in school prevention means an everyday fight: a case study of Czech Republic's experiences with national quality standards and a national certification system, *Adicciones*, 25(3), 203-207.
- Ostaszewski K., Bobrowski K. (2008). Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy, [w:] Okulicz-Kozaryn, K., Ostaszewski, O. (red.) *Promocja Zdrowia Psychicznego – badania i działania w Polsce*. Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii: 53-76.
- Ostaszewski K., Sochocki M., Wojcieszek K. (2014). Quo vadis profilaktyko? - cz. I? *Remedium*, 1(251), 8-11 i Quo vadis profilaktyko? - cz. II. *Remedium*, 2(252), 4-6.
- Radomska A. (2014). Rekomendowane program profilaktyczne i promocji zdrowia psychicznego, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 1(65), 2-3.
- Ringwalt, C., Vincus A., Hanley S., Ennett S., Bowling M., Haws S. (2011). The prevalence of evidence-based drug use prevention curricula in U.S. Middle Schools in 2008, *Prevention Science*, 12(1), 63-69.
- Szymańska J. (2005). Co chodzi w szkołach, czyli oferta programów profilaktycznych, *Remedium*, 11-12(153-154), 8-9.
- United Nations Office on Drugs and Crime, (2013) *International Standards on Drug Use Prevention*,
- Woynarowska B., Ostaszewski K., Kulmatycki L. (2014) Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje. *Studia Biura Analiz Sejmowych*, 2(38), 171-189.

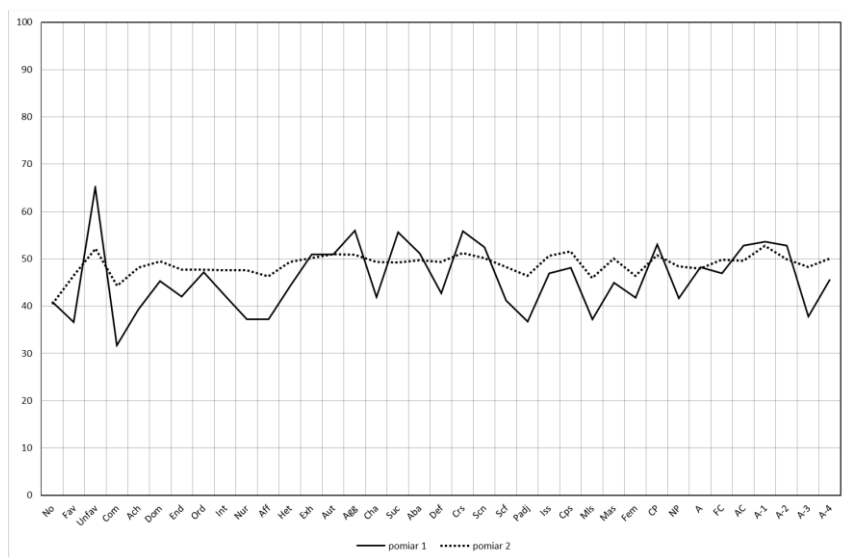
## 2.3.7 Profilaktyka a rozwój osobowości uczniów w wieku 17-19 lat

### Zmiany obrazu siebie

Badając funkcjonowanie osobowościowe uczniów szkół ponadgimnazjalnych, poszukiwano relacji między obrazem siebie, mierzonym testem ACL, a działaniami profilaktycznymi. Obraz siebie to *ustrukturalizowany zbiór elementów dotyczących własnej osoby, nabytych w drodze doświadczeń* (Siek, 1986). Obraz siebie zawiera dwa podstawowe elementy. Pierwszy z nich to świadomość własnego istnienia, a drugi element to świadomość własnego funkcjonowania. Stanowi on jednocześnie centrum procesów uczenia się zachodzących w osobowości i jest ważnym czynnikiem stabilizującym zachowanie (Poleszak 2003). Do elementów budujących obraz siebie zalicza się potrzeby psychiczne, postawy, uzdolnienia, typy reakcji emocjonalnych, zarówno tych uświadamianych jak i będących poza obszarem naszej świadomości (nieświadomy obraz siebie) (Poleszak, 2003).

Zmiany zachodzące między badaniami w obrazie siebie pokazują wyniki zamieszczone w tabelach załącznika. Wizualizacją zmian w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym jest rysunek 1, zmiany w grupie licealistów przedstawia rysunek 2. Zmiany zachodzące w czasie roku wśród uczniów różnych typów kształcenia objętych badaniami mają podobny kierunek i konstruktywny charakter rozwojowy.

Właściwości profilaktyki podane analizie wpływają na skalę zmian obrazu siebie w zróżnicowanym stopniu. Największej wymiarów obrazu podlega zmianom zależnym od liczby działań profilaktycznych. Najmniej wymiarów obrazu siebie zmienia się w związku z czasem trwania działań profilaktycznych. Wybrane, istotne interakcje między właściwościami profilaktyki poddanymi ocenie a obrazem siebie badanych uczniów przedstawia tabela 1.



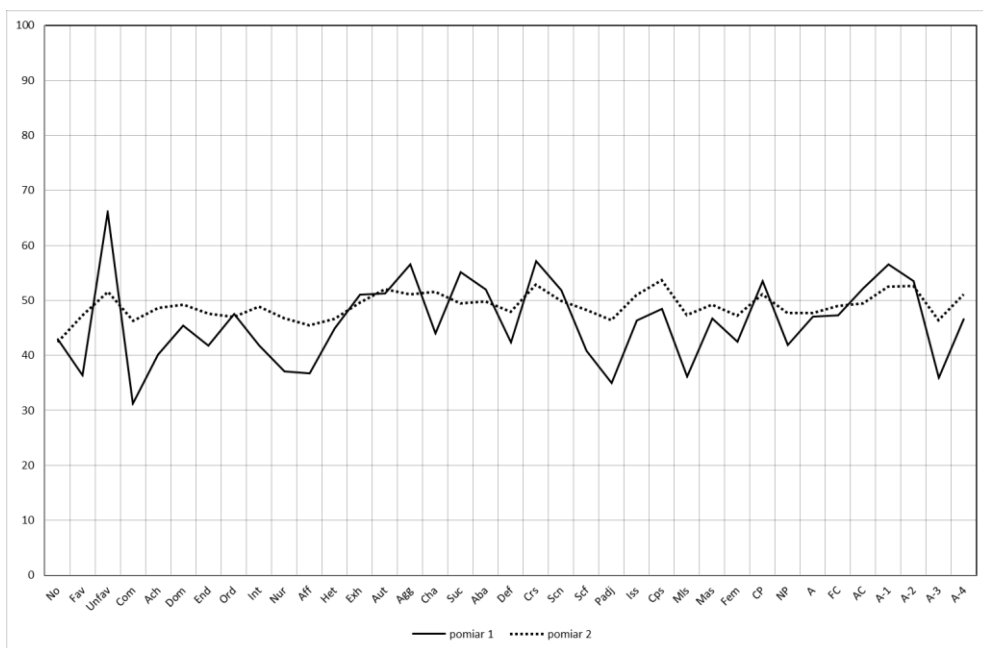
Rysunek 1. Zmiany obrazu siebie w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym.

Tabela 1

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na zmiany obrazu siebie \**

		Typ szkoły					
		Szkoły zawodowe			Licea ogólnokształcące		
		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	No.ckd	1,934	0,106	0,034	<b>3,972</b>	<b>0,004</b>	<b>0,042</b>
	Fav	1,922	0,108	0,033	<b>3,679</b>	<b>0,006</b>	<b>0,039</b>
	Aff	2,382	0,052	0,041	<b>3,431</b>	<b>0,009</b>	<b>0,037</b>
	Het	<b>2,685</b>	<b>0,032</b>	<b>0,046</b>	1,471	0,210	0,016
	S-Cfd	0,748	0,560	0,013	<b>2,634</b>	<b>0,034</b>	<b>0,028</b>
	Mas	1,158	0,330	0,020	<b>2,896</b>	<b>0,022</b>	<b>0,031</b>
	A-2	<b>2,821</b>	<b>0,026</b>	<b>0,048</b>	2,029	0,090	0,022
	A-3	<b>2,928</b>	<b>0,022</b>	<b>0,050</b>	<b>2,562</b>	<b>0,038</b>	<b>0,028</b>
	A-4	0,514	0,726	0,009	<b>3,062</b>	<b>0,017</b>	<b>0,033</b>
Kwalifikacje realizatorów	No.ckd	<b>4,411</b>	<b>0,005</b>	<b>0,054</b>	2,081	0,102	0,017
	Crs	<b>3,592</b>	<b>0,014</b>	<b>0,044</b>	0,565	0,639	0,005
	S-Cfd	<b>3,091</b>	<b>0,028</b>	<b>0,038</b>	0,037	0,990	0,000
	Mas	<b>3,402</b>	<b>0,018</b>	<b>0,042</b>	1,010	0,388	0,008
	Cp	<b>4,168</b>	<b>0,007</b>	<b>0,051</b>	0,440	0,724	0,004
	A-2	1,646	0,179	0,021	<b>3,398</b>	<b>0,018</b>	<b>0,027</b>
	A-4	<b>4,690</b>	<b>0,003</b>	<b>0,057</b>	0,772	0,510	0,006
Liczba działań	No.ckd	1,828	0,143	0,023	<b>5,759</b>	<b>0,001</b>	<b>0,045</b>
	Fav	<b>3,726</b>	<b>0,012</b>	<b>0,046</b>	<b>2,942</b>	<b>0,033</b>	<b>0,024</b>
	Unfav	0,462	0,709	0,006	<b>4,109</b>	<b>0,007</b>	<b>0,033</b>
	Ach	<b>3,964</b>	<b>0,009</b>	<b>0,049</b>	1,440	0,231	0,012
	Dom	<b>2,950</b>	<b>0,033</b>	<b>0,037</b>	2,142	0,095	0,017
	Ord	<b>3,728</b>	<b>0,012</b>	<b>0,046</b>	0,113	0,952	0,001
	Aff	<b>3,517</b>	<b>0,016</b>	<b>0,043</b>	<b>2,702</b>	<b>0,045</b>	<b>0,022</b>
	Het	<b>6,003</b>	<b>0,001</b>	<b>0,072</b>	1,563	0,198	0,013
	Aut	0,392	0,759	0,005	<b>3,327</b>	<b>0,020</b>	<b>0,027</b>
	Iss	<b>4,115</b>	<b>0,007</b>	<b>0,050</b>	0,816	0,486	0,007
	Mas	<b>3,873</b>	<b>0,010</b>	<b>0,048</b>	<b>5,473</b>	<b>0,001</b>	<b>0,043</b>
	Fem	<b>3,189</b>	<b>0,024</b>	<b>0,039</b>	2,070	0,104	0,017
	Cp	0,289	0,833	0,004	<b>5,626</b>	<b>0,001</b>	<b>0,044</b>
	Np.	<b>2,863</b>	<b>0,038</b>	<b>0,036</b>	0,421	0,738	0,003
	A	<b>5,283</b>	<b>0,002</b>	<b>0,064</b>	0,093	0,964	0,001
	Ac	<b>2,828</b>	<b>0,039</b>	<b>0,035</b>	1,539	0,204	0,013
	A-1	<b>3,599</b>	<b>0,014</b>	<b>0,044</b>	<b>3,747</b>	<b>0,011</b>	<b>0,030</b>
A-2	1,448	0,230	0,018	<b>4,268</b>	<b>0,006</b>	<b>0,034</b>	
A-3	<b>3,001</b>	<b>0,031</b>	<b>0,037</b>	1,294	0,276	0,011	
A-4	<b>2,944</b>	<b>0,034</b>	<b>0,037</b>	<b>4,035</b>	<b>0,008</b>	<b>0,032</b>	
Czas trwania zajęć	Het	<b>3,084</b>	<b>0,028</b>	<b>0,038</b>	0,560	0,692	0,006
	Aut	0,353	0,787	0,005	<b>2,482</b>	<b>0,044</b>	<b>0,027</b>
	Cps	0,307	0,820	0,004	<b>3,894</b>	<b>0,004</b>	<b>0,041</b>
	A-2	0,183	0,908	0,002	<b>3,224</b>	<b>0,013</b>	<b>0,034</b>

\* Przedstawiono tylko interakcje istotne statystycznie



Rysunek 2. Zmiany obrazu siebie w grupie uczniów liceów ogólnokształcących.

### Rodzaj działań profilaktycznych a obraz siebie

W grupie uczniów szkół zawodowych pojawiły się istotne zmiany w stosunku do pierwszego badania w zakresie potrzeby kontaktów heteroseksualnych. Zwiększenie potrzeby kontaktów heteroseksualnych wystąpiło u uczniów nie mających działań profilaktycznych oraz w grupie uczniów, gdzie prowadzono tylko programy rekomendowane. Należy przyjąć, że ten konstruktywny kierunek zmian rozwojowych nastąpił samoistnie lub został wywołany specjalistycznymi programami profilaktycznymi.

Z kolei, obniżenie samowystarczalności, pewności siebie, poczucia nieprzeciętności oraz koncentracji na sobie (A-2) w największym stopniu związany jest z prowadzeniem opublikowanych programów spoza bazy oraz programów rekomendowanych.

W drugim badaniu wzrosły u uczniów wyniki w skali - niska oryginalność, niska inteligencja (A-3), co przekłada się na zwiększenie potrzeby przynależności, szacunku do cudzych praw i pragnień oraz poprawę życia społecznego. Prawidłowość ta mocno zaznaczona jest tam, gdzie prowadzono autorskie zajęcia profilaktyczne i w grupie młodzieży, gdzie prowadzono jedynie programy rekomendowane.

W środowisku młodzieży licealnej ekspresyjność w wyrażaniu siebie oraz swoich oczekiwań, impulsywność w kontakcie, aktywność życiowa (No.Ckd) wzrosła u uczniów nie korzystających z działań profilaktycznych. Natomiast obniżyła się w grupie uczniów korzystających z programów rekomendowanych.

W zakresie liczby wybranych przymiotników pozytywnych (Fav), drugi pomiar przyniósł progres we wszystkich grupach oddziaływań profilaktycznych. Natomiast, najbardziej znaczny wzrost nasilenia tej skali odnotowano w grupie uczniów bez działań profilaktycznych i w grupie uczniów, gdzie realizowano autorskie działania profilaktyczne. U tych uczniów wzrosło nasilenie takich cech jak elastyczność, towarzyskość i pogoda ducha w obliczu przeciwności życiowych. Podobną zależność można dostrzec

w nasileniu potrzeby afiliacji (Aff). I tak, największy wzrost poczucia sprawności w nawiązywaniu relacji towarzyskich odnotowano w grupach uczniów, gdzie nie było żadnych działań towarzyskich, albo były te o nieustalonej jakości profesjonalnej.

W zakresie zaufania do siebie największy progres (zmiany pomiędzy pierwszym i drugim badaniem) nastąpił w grupie uczniów, gdzie były realizowane działania autorskie. W pozostałych grupach, także nastąpił wzrost zaufania do siebie, ale nie tak znaczący.

Zmiany w skali męskości (Mas) przekładają się na większą skłonność do narzucania swojej woli, asertywności w wyrażaniu siebie, przekraczaniu granic w drodze do postawienia na swoim. Przyrost takich cech zanotowano w grupie uczniów, gdzie nie prowadzono żadnych zajęć profilaktycznych i w mniejszym stopniu, w grupie, gdzie prowadzono programy autorskie.

Ostatnie dwie istotne statystycznie prawidłowości pojawiły się w skalach Welsha, a mianowicie w niskiej oryginalności, niskiej inteligencji (A-3) oraz niskiej oryginalności, wysokiej inteligencji (A-4). Pierwsza z nich mówi, że w toku autorskich działań profilaktycznych i pracy na godzinach wychowawczych podniósł się poziom takich cech jak prostota, cierpliwość, opiekuńczość i otwartość na relacje z innymi oraz zadowolenie z życia (A-3). Z kolei, że wzrostem analitycznego podejścia do siebie i świata, większą samodyscypliną i uporządkowaniem w działaniu współwystępuje z brakiem działań profilaktycznych i programami autorskimi.

### **Kwalifikacji realizatorów a obraz siebie**

Wśród uczniów szkół zawodowych odnotowano zależność pomiędzy kwalifikacjami realizatorów działań profilaktycznych a całkowitą liczbą wybranych przymiotników (No.Ckd). Uzyskany wynik świadczy, że zwiększenie ekspresyjności siebie, otwartości na poznawanie otaczającego świata i żywotności, ale też pewnej nieodpowiedzialności występuje tam, gdzie zajęcia profilaktyczne prowadzone są przez nauczyciela. Prawidłowość ta nie ma potwierdzenia w grupach, gdzie zajęcia profilaktyczne prowadzą inni realizatorzy.

W drugim badaniu, młodzież szkół zawodowych deklaruje mniejsze zainteresowanie korzystaniem z pomocy profesjonalnej (Crs), a przez to mniejszą otwartość na zmianę. Tendencja ta szczególnie dotyczy grupy uczniów, w której brak było działań profilaktycznych lub zajęcia profilaktyczne prowadził nauczyciel. Prawidłowość ta może wynikać ze wzrostu zaufania do siebie (S-Cfd). Największy przyrost wiary w zdolność osiągnięcia zamierzonych celów, ale też i autokreacji pojawia się w grupie uczniów szkół zawodowych, gdzie zajęcia profilaktyczne prowadził nauczyciel albo gdzie nie było takich zajęć.

Kolejnym, analizowanym wymiarem obrazu siebie w grupie uczniów szkół zawodowych jest męskość (Mas). We wszystkich badanych grupach nastąpił przyrost niezależności, męskości zdolności do przejmowania inicjatywy. Jednak, najbardziej znaczące zmiany pojawiły się w grupie młodzieży, gdzie zajęcia profilaktyczne prowadził nauczyciel.

Podobną prawidłowość odnotowano w skali krytyczny rodzic (CP). Również w tym wymiarze największe zmiany nastąpiły w grupie uczniów szkół zawodowych, gdzie zajęcia prowadził nauczyciel. W funkcjonowaniu młodzieży przekłada się to wzrost postawy krytycznej wobec siebie i innych, większego stawiania granic i narzucania społecznych norm funkcjonowania. W grupach, gdzie nie było działań profilaktycznych albo prowadzili inni realizatorzy odnotowano obniżenie się nasilenia tej skali, a więc i nasilenia wyżej opisanej postawy.

W okresie między pierwszym i drugim badaniem w grupie uczniów szkół zawodowych nastąpił także wzrost poczucia sprawności intelektualnej, w tym analitycznego myślenia, samodyscypliny i gotowości do ciężkiej pracy (A-4). Prawidłowość taką odnotowano we wszystkich badanych grupach, jednakże najbardziej znaczący wśród młodzieży, gdzie zajęcia profilaktyczne prowadził nauczyciel (wykres 16).

W środowisku uczniów szkół licealnych odnotowano jedną istotną zależność pomiędzy obrazem siebie uczniów a kwalifikacjami realizatorów. Otóż, dostrzeżono związek między skalą wysoka oryginalność, wysoka inteligencja (A-2) a prowadzącym działania profilaktyczne. Wzrost samowystarczalności, silnej woli, oryginalności myślenia i wrażliwości estetycznej nastąpił w grupie uczniów, gdzie nie było działań profilaktycznych, albo zajęcia te prowadził nauczyciel. Natomiast, w grupach uczniów, gdzie zajęcia profilaktyczne prowadził specjalista szkolny lub ktoś spoza szkoły nasilenie powyższych skal zmniejszyło się.

### **Liczba działań profilaktycznych a obraz siebie**

Drugi pomiar badań w środowisku młodzieży ze szkół zawodowych wskazuje, że badani uczniowie używają więcej przymiotników pozytywnych do opisu siebie (Fav). Najbardziej znaczący przyrost elastyczności i towarzyskości oraz pogody ducha nastąpił wśród uczniów, gdzie prowadzone były jedno lub dwa działania profilaktyczne. Jednakże znaczący przyrost tych cech wystąpił też w grupie uczniów, która nie miała żadnych zajęć profilaktycznych, a więc należy to łączyć ze zmianami rozwojowymi.

Podobną prawidłowość można zauważyć w odniesieniu do potrzeby osiągnięć uczniów szkół zawodowych (Ach). Przekłada się ona na wzrost pracowitości, zorientowania i koncentracji na osiąganiu wyznaczonych sobie celów. Dążenie to wynika z potrzeby sprostania wysokim wewnętrznym standardom pracy. Największy wzrost nasilenia powyższych cech odnotowano w grupie, gdzie nie było działań profilaktycznych, ale niewiele mniejsze wśród uczniów, którzy brali udział w jednym lub dwóch zajęciach. Najmniejszy progres nastąpił w grupie młodzieży, która uczestniczyła w trzech lub czterech działaniach profilaktycznych.

Podobny układ zależności pojawia się też w potrzebie dominacji (Dom). We wszystkich grupach uczniów szkół zawodowych nastąpił progres w tej potrzebie. Wszyscy badani mają poczucie większego poczucia silnej woli, którą wykorzystują do sterowania innymi, większej skuteczności w osiąganiu swoich celów oraz sprawniejszej współpracy z innymi. Największy przyrost obserwowany jest w grupie uczniów, gdzie nie było działań profilaktycznych, ale niewiele mniejszy wśród uczniów, którzy brali udział w jednym lub dwóch zajęciach. Najmniej zmian zanotowano w grupie młodzieży, która uczestniczyła w trzech lub czterech działaniach profilaktycznych.

U uczniów szkół zawodowych, którzy brali udział w jednym lub dwóch działaniach profilaktycznych znacząco wzrosła potrzeba porządku (Ord). Stali się bardziej obowiązkowi i sumienni w wykonywaniu pracy, potrafią lepiej koncentrować się na zadaniach. Nieznacznego progresu doświadczyła też młodzież uczestnicząca w zajęciach profilaktycznych pięć razy w roku i więcej. Natomiast, u uczniów, którzy brali udział w trzech do czterech działań nastąpił znaczący regres potrzeby porządku, co przekłada się na większe rozproszenie w pracy i zmienność w działaniu, powolność i niestałość w wykonywaniu swoich obowiązków.

U wszystkich badanych uczniów odnotowano przyrost potrzeby afiliacji (Aff), czyli poszukiwania i utrzymywania licznych przyjaźni. Podobnie jak w potrzebie porządku, największy progres nastąpił wśród uczniów uczestniczących w maksymalnie

dwóch działaniach profilaktycznych. Niewiele mniejszy wzrost tej sprawności nastąpił w grupie uczniów, którzy nie mieli żadnych zajęć profilaktycznych.

Podobne zmiany zaszły też w zakresie potrzeby kontaktów heteroseksualnych (Het). Tu także nastąpił wzrost potrzeby poszukiwania towarzystwa osób płci przeciwnej i czerpania emocjonalnej satysfakcji z tych relacji. Wyjątek stanowią uczniowie, którzy brali w pięciu i więcej działaniach profilaktycznych. U nich nic się nie zmieniło w zakresie opisywanej sprawności. Najwięcej swobody we wchodzeniu i podtrzymywanie interakcji heteroseksualnych nabyli uczniowie, którzy nie mieli żadnych działań profilaktycznych albo uczestniczyli w jednym lub dwóch.

W skali Ja idealne (Iss) obserwujemy wzrost skuteczności w przystosowaniu się u badanych uczniów szkół zawodowych. Jednakże w grupie młodzieży, która uczestniczyła w trzech lub czterech zajęciach jest on znikomy. Najbardziej znaczący przyrost sprawności interpersonalnej i zdolności osiągania celów (choć czasem także nadmiernej pewności siebie) uzyskali uczniowie, którzy uczestniczyli w jednym lub dwóch działaniach profilaktycznych. Znaczący progres w zakresie zgodności ja realnego z ideałem osiągnęli też uczniowie, którzy nie uczestniczyli w żadnych zajęciach profilaktycznych.

Zbliżoną prawidłowość można dostrzec w skali męskość (Mas). Tutaj także nastąpił progres pomiędzy kolejnymi pomiarami. Największe zmiany zaszły w środowisku młodzieży szkół zawodowych, która miała jedno lub dwa działania profilaktyczne oraz tych, którzy nie mieli żadnych interwencji profilaktycznych. Znaczący progres nastąpił także w grupie uczniów, którzy mieli pięć i więcej działań profilaktycznych. Niewielkie zmiany pojawiły się w grupie o trzech-czterech interwencjach profilaktycznych.

Nasilenie kobiecości (Fem), rozumiane jako pozytywne nastawienie do innych, ciepło, życzliwość i opiekuńczość nastąpiło jedynie w grupie uczniów, którzy mieli jedno lub dwa działania profilaktyczne (wzrost najbardziej znaczący) oraz w grupie o trzech-czterech interwencjach. W pozostałych grupach nastąpił regres, co przekłada się na większy dystans i chłód w relacjach z innymi, a nawet pewnego rodzaju zawziętość.

Pielęgnowanie relacji z innymi to także właściwość ludzi, którzy osiągają wysokie wyniki w skali opiekuńczy rodzic (NP). Ponadto, charakteryzuje takich ludzi uprzejmość i szacunek wobec innych, ceniecie sobie konwencjonalnych wartości i dbałość o stałość relacji.

Przyrost dojrzałości, koncentracji na pracy, rzetelności i ambicji (A) odnotowano w grupach uczniów, którzy mieli jedno lub dwa oraz pięć i więcej działań profilaktycznych. W pozostałych grupach zaobserwowano obniżenie tych cech, a w grupie uczniów, która brała udział w trzech lub czterech zajęciach profilaktycznych regres był znaczący.

Konsekwentnie, w tej ostatniej grupie uczniów (trzy do czterech działań) nic się nie zmieniło w zakresie skali dziecko uległe (AC), a w pozostałych grupach nastąpiło obniżenie nasilenia cech związanych byciem niesamodzielnym, zależnym od innych, przeżywania dziecięcych lęków i nie radzeniem sobie z wyzwaniem dorosłego życia. Inaczej to ujmując, badani uczniowie z trzech pozostałych grup rozwinęli swoją niezależność i dojrzałość. Przy czym największe nasilenie tych cech zanotowano w grupie uczniów, gdzie nie było żadnych działań profilaktycznych lub zrealizowano jedno do dwóch takich zajęć.

Przyrost nasilenia wymiaru określonego jako wysoka oryginalność, niska inteligencja (A-1) odnotowano w grupie uczniów szkół zawodowych, którzy nie brali udziału w zajęciach profilaktycznych (zmiana największa) oraz w grupie młodzieży, gdzie tego typu zajęcia prowadzono raz lub dwa razy w ciągu ostatniego roku szkolnego. U tych młodych ludzi odnotowano zwiększenie nasilenia takich cech jak skłonność do zacho-



wań instynktownych, opartych na zabawie i swobodzie życia. Z kolei, w pozostałych grupach uczniów, gdzie realizowano więcej działań profilaktycznych nastąpił zwiększenie rozważności w zachowaniu, kierowanie się etyką w zachowaniu i negatywnym spostrzeżeniem tych, co łamią zasady moralne.

W skali niska oryginalność, niska inteligencja (A-3) wszystkie grupy uczniów szkół zawodowych odnotowały progres. Największe zmiany zaszły w grupach, gdzie prowadzono działania profilaktyczne, przy czym tradycyjnie największe tam, gdzie było jedno lub dwa takie działania. W tym środowisku uczniowskich zaobserwowano większą prostotę działania, cierpliwość w radzeniu sobie z przeciwnościami losu i otwartość na bliskie relacje oraz zadowolenie ze swojego życia.

Ostatnia skala, gdzie w środowisku uczniów szkół zawodowych pojawiły się istotne zależności pomiędzy obrazem siebie a działaniami profilaktycznymi to niska oryginalność, wysoka inteligencja (A-4). W trzech grupach dostrzeżono wzrost nasilenia tego wymiaru osobowości. Jedynie w grupie uczniów, która miała trzy lub cztery zajęcia profilaktyczne nic się nie zmieniło w ich funkcjonowaniu. W pozostałych grupach uczniów nastąpił wzrost nasilenia takich cech jak wnikliwość, analityczność myślenia, samodyscyplina i gotowość do planowania i podejmowania się ciężkiej pracy, co może się to odbywać kosztem rezygnacji z drobnych zachcianek i swobodnego życia.

W środowisku uczniów szkół licealnych odnotowano zależności pomiędzy liczbą działań profilaktycznych a całkowitą liczbą wybranych przymiotników (No.Ckd). Największy wzrost napędu do życia, ekspresywności, zainteresowania otaczającym światem, ale też niestałości w zachowaniu nastąpił w grupie uczniów, gdzie nie było działań profilaktycznych. Z kolei, duży spadek tych sprawności zaobserwowano w grupie, gdzie zajęcia były realizowane pięć i więcej razy w przeciągu ostatniego roku. W pozostałych dwóch grupach licealistów nastąpił niewielki progres w nasileniu tego wymiaru obrazu realnego siebie.

W skali Fav liczba wybranych przymiotników pozytywnych we wszystkich badanych grupach uczniów ze szkół licealnych nastąpił progres (najbardziej znaczący w grupie uczniów, gdzie nie było działań profilaktycznych). U wszystkich badanych licealistów wzrósł poziom elastyczności, otwartości na innych, opiekuńczości i pogody ducha. Najmniejsze pozytywne zmiany nastąpiły w grupie młodzieży, która miała pięć i więcej działań profilaktycznych.

Analogiczne do powyższego opisu, zaszły zmiany w skali liczba wybranych przymiotników negatywnych (Unfav). W przypadku tego wymiaru zaobserwowano obniżenie nasilenia we wszystkich badanych środowiskach uczniów. Przy czym, najmniejszy spadek nasilenia skali Unfav odnotowano w grupie młodzieży licealnej, która nie miała żadnych zajęć profilaktycznych, a największy w środowisku licealistów, którzy mieli pięć i więcej działań profilaktycznych. Widoczna tu jest prawidłowość, że im więcej zajęć profilaktycznych, tym większy spadek zaznaczonych przymiotników negatywnych w opisie siebie. Co powinno się przełożyć na wzrost spolegliwości, taktowności i większej dojrzałości w kontaktach z innymi ludźmi.

Kolejna, pozytywna zmiana w obrazie siebie dotyczy potrzeby afiliacji (Aff). U wszystkich uczniów szkół licealnych (niezależnie, ile mieli działań profilaktycznych) odnotowano wzrost sprawności w kontaktach towarzyskich, poszukiwania i utrzymywania licznych przyjaźni oraz sprawności w przystosowaniu się do grupy. Największe zmiany zaszły w grupie, gdzie nie było zajęć profilaktycznych. Najmniejsze tam, gdzie przeprowadzono ich pięć i więcej.

W zakresie potrzeby niezależności (Aut), zmiany są niejednoznaczne. W grupie licealistów, która uczestniczyła w działaniach profilaktycznych raz lub dwa razy oraz trzy

i cztery razy, wzrosła niezależność od innych i społecznych norm i oczekiwań. Szczególnie w tej pierwszej grupie znaczące zmiany. Natomiast w grupach uczniów szkół licealnych, którzy nie mieli zajęć profilaktycznych lub mieli ich dużo (pięć i więcej), potrzeba niezależności zmalała. Młodzi ludzie z tych ostatnich grup stali się bardziej konwencjonalni, poszukujący bezpieczeństwa a nie konfrontacji. Znaczący spadek nasilenia potrzeby niezależności odnotowano w grupie, gdzie nie realizowano działań profilaktycznych.

Większość badanych grup licealistów rozwinęła w sobie koncentrację na działaniu, ambicje, asertywność, co przekłada się też na niecierpliwość i frustrację w przypadku niepowodzeń (Mas). Największy przyrost powyższych cech nastąpił w grupie, która nie miała zajęć profilaktycznych i w grupie, która miała trzy lub cztery interwencje profilaktyczne. Spadek w skali męskości zaobserwowano w grupie, gdzie najdłużej realizowano działania profilaktyczne (pięć i więcej). Młodzież z tej grupy jest bardziej skoncentrowana na ludziach.

W grupie licealistów nastąpiło zmniejszenie nasilenia cech związanych z krytycznym nastawieniem do siebie i innych ludzi (krytyczny rodzic – CP). Wyjątek stanowi młodzież uczestnicząca w zajęciach profilaktycznych trzy lub cztery razy – w tej grupie nastąpił nieznaczny przyrost tych cech. Największą zmianę zachowań zaobserwowano w grupie uczniów, która miała najwięcej zajęć profilaktycznych. Ci młodzi ludzie stali się bardziej świadomi zachodzących zależności między ludźmi, akceptujący innych, w tym także tolerujący ich słabości. To także osoby otwarte na rozwiązywanie konfliktów i jednoczące innych, nastawione na współpracę.

W skali A-1 (wysoka oryginalność, niska inteligencja) największe zmiany zaszły w grupie młodych ludzi, gdzie realizowano pięć i więcej działań profilaktycznych. Uczniowie ci nabyli większej rozważności i czujności, nauczyli się planowania swoich działań oraz stali się mniej skłonni do reagowania impulsywnego. Natomiast, młodzież, która nie miała żadnych zajęć profilaktycznych odnotowała zwiększenie nasilenia tego wymiaru, co sprawia, że reaguje w większym stopniu w oparciu o instynkt, lubi się bawić i łatwo się rozprasza.

W środowisku młodzieży, która miała najwięcej działań profilaktycznych nastąpiło obniżenie nasilenia w skali wysoka oryginalność, wysoka inteligencja (A-2). Ci uczniowie stali się bardziej przewidywalni, konkretni i praktyczni oraz bardziej tolerancyjni w reakcji na błędy innych ludzi. Pozostałe dwie grupy uczniów – bez działań profilaktycznych i z działaniami sporadycznymi (jedno lub dwa w ciągu ostatniego roku) odnotowali niewielki progres, co przekłada się na większy poziom samowystarczalności, wzrost silnej woli i oryginalności myślenia.

Także w skali niska oryginalność, wysoka inteligencja (A-4) nastąpił progres we wszystkich badanych grupach, niezależnie od liczby działań profilaktycznych. Jednakże największe nasilenie zmian odnotowano w grupie, gdzie nie realizowano żadnych działań profilaktycznych i w grupie, która miała trzy lub cztery zajęcia tego typu. To ci młodzi ludzie mogą się przede wszystkim pochwalić większą sprawnością w analitycznym i logicznym myśleniu, samodyscyplinie i zdolności do planowanego działania. Najmniejszy wzrost tego typu zachowań odnotowano w grupie o największej ilości zajęć profilaktycznych.

### **Czas trwania zajęć profilaktycznych a obraz siebie**

Jedyna istotna statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania zajęć profilaktycznych a zmianami obrazu siebie, która pojawiła się w grupie uczniów szkół zawodo-

wych dotyczy potrzeby kontaktów heteroseksualnych (Het). Największy wzrost tej potrzeby nastąpił w grupie młodzieży, która nie miała zajęć profilaktycznych w ostatnim roku. Kierunek zaobserwowanych zmian jest pozytywny. Jednak tak znaczący wzrost nasilenia tej skali może też mieć charakter kompensacyjny. Pomijając tą grupę uczniów, można dostrzec prawidłowość, że im dłuższe zajęcia profilaktyczne, tym większe zmiany w nasileniu tego wymiaru, co przekłada się na większe zainteresowanie przebywaniem w towarzystwie płci przeciwnej, zaangażowanie w życie towarzyskie i koncentrację na sferze erotycznej relacji heteroseksualnych. W środowisku szkół zawodowych nie było zajęć najdłużej trwających, bo ponad 30 godzin.

W środowisku uczniów szkół licealnych dostrzeżono zmiany potrzeby autonomii, która istotnie wzrosła w grupach badanych, gdzie zajęcia odbywały się 10 godzin i więcej. Przekłada się to na większą asertywność i niezależność w podejmowaniu decyzji, a nawet samowolę. W grupach uczniów, gdzie zajęcia były krótsze niż 10 godzin nasilenie potrzeby autonomii nieznacznie obniżyło się. Może to zapoczątkować zachowaniami bardziej bezpiecznymi i konwencjonalnymi.

Wraz z wydłużaniem się czasu oddziaływania profilaktycznego przybywa uczniom cech związanych z osobowością twórczą (Cps). Progres dostrzegalny jest już w grupie uczniów, która miała do 2 godzin zajęć i narasta, aby osiągnąć najwyższy poziom wśród młodzieży, która miała od 10 do 30 godzin zajęć. Świadczy to o przyroście śmiałości, wrażliwości estetycznej oraz szybkości reagowania.

Ostatni analizowany wymiar to wysoka oryginalność, wysoka inteligencja (A-2). Uzyskane wyniki są niejednoznaczne. Obniżenie nasilenia tej skali pojawiło się w grupie uczniów, gdzie zajęcia profilaktyczne realizowano do 2 godzin i od 3 do 9. Z kolei, wzrost odnotowano w grupach uczniów, którzy mieli od 10 do 30 godzin zajęć oraz 30 i więcej. Przekłada się to na większą samowystarczalność uczniów, wzrost silnej woli i oryginalności myślenia i spostrzegania, ale także wrażliwości estetycznej. Co ciekawe, przyrost powyższych cech odnotowano także w grupie, gdzie nie prowadzono żadnych działań profilaktycznych

## **Zmiany poczucia koherencji**

Pozytywna ocena własnych możliwości radzenia sobie z wyzwaniami rzeczywistości jest czynnikiem zwiększającym ogólny poziom przystosowania psychicznego i adaptacji społecznej (Bąk, Laguna, & Bondyra-Łuczka, 2015). Pozytywne ustosunkowanie do siebie i świata może wyrażać się jako zdolność odbierania życia jako sensownego i zrozumiałego, co buduje nadzieję na sukces.

Licealiści i uczniowie szkół o profilu zawodowym opisali swoje poczucie sensowności (koherencji) w kwestionariuszu SOC-29, a nadzieję na sukces w kwestionariuszu KNS. Znaczenie działań profilaktycznych w powstawaniu zmian poczucia koherencji w ciągu roku szkolnego przedstawia tabela 2.

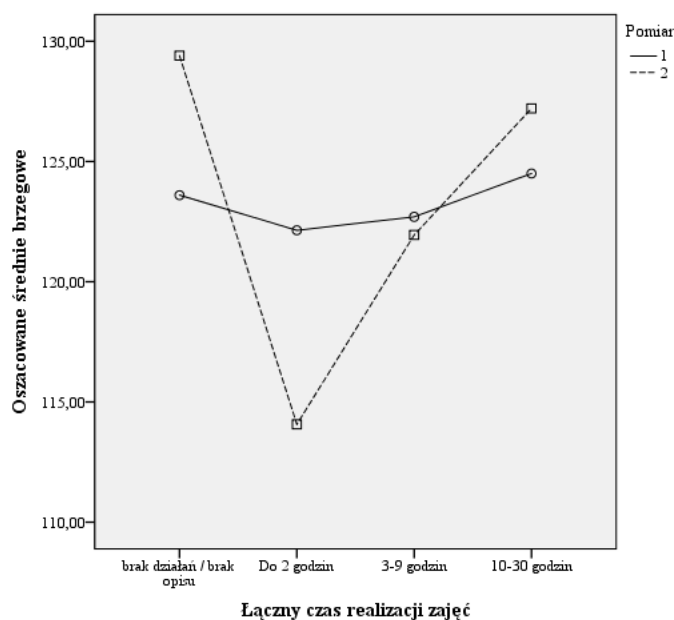
Składowe ogólnego poczucia koherencji, to: poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności (Lindström & Eriksson, 2006). Poczucie zrozumiałości mówi o spostrzeganiu bodźców napływających ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako zrozumiałych, uporządkowanych, spójnych i jasnych. Poczucie zaradności opisuje spostrzeganie dostępnych zasobów jako wystarczających, by sprostać wymogom. Poczucie sensowności dotyczy odbioru emocjonalnego problemów jako wyzwań, które warto podejmować (Antonovsky, 2005). Źródłem poczucia koherencji są doświadczenia zdobywane w relacjach społecznych, w tym zwłaszcza w relacjach rodzinnych (Apers i in., 2016).

Tabela 2

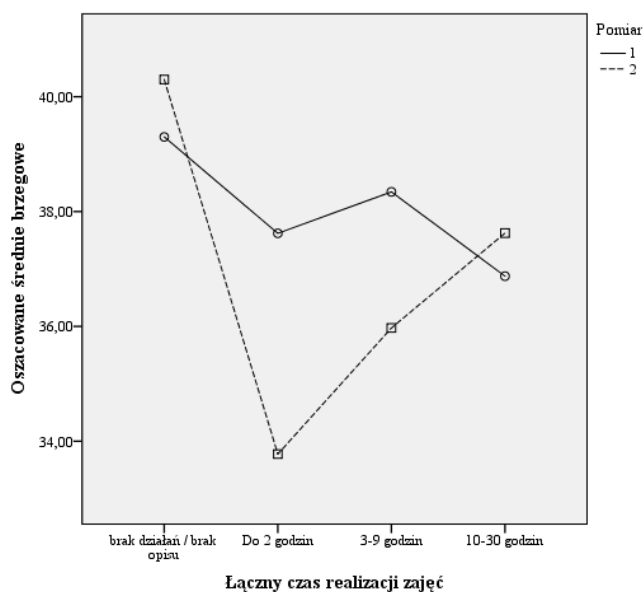
*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na zmiany poczucia koherencji*

		Typ szkoły					
		Szkoły zawodowe			Licea ogólnokształcące		
		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	Ogólne poczucie koherencji	1,819	0,128	0,045	0,328	0,859	0,005
	Poczucie zrozumiałości	1,457	0,218	0,036	0,46	0,765	0,006
	Poczucie zaradności	0,627	0,644	0,016	1,051	0,381	0,014
	Poczucie sensowności	2,037	0,092	0,050	1,249	0,290	0,017
Kwalifikacje realizatorów	Ogólne poczucie koherencji	2,299	0,079	0,041	0,969	0,408	0,010
	Poczucie zrozumiałości	0,929	0,428	0,017	0,578	0,630	0,006
	Poczucie zaradności	0,899	0,443	0,016	1,948	0,122	0,020
	Poczucie sensowności	2,233	0,086	0,040	1,499	0,215	0,015
Liczba działań	Ogólne poczucie koherencji	2,437	0,067	0,043	0,747	0,525	0,008
	Poczucie zrozumiałości	1,022	0,385	0,019	1,008	0,390	0,010
	Poczucie zaradności	0,811	0,490	0,015	1,078	0,359	0,011
	Poczucie sensowności	2,500	0,061	0,045	1,275	0,283	0,013
Czas trwania zajęć	Ogólne poczucie koherencji	<b>3,732</b>	<b>0,013</b>	<b>0,065</b>	0,668	0,615	0,009
	Poczucie zrozumiałości	2,545	0,058	0,045	0,529	0,715	0,007
	Poczucie zaradności	1,812	0,147	0,033	0,967	0,426	0,013
	Poczucie sensowności	<b>2,770</b>	<b>0,043</b>	<b>0,049</b>	1,236	0,296	0,017

Wpływ działań profilaktycznych na poczucie koherencji uczniów jest zależny od czasu trwania programów. Zmiany ogólnego poczucia koherencji w ciągu roku między badaniami w zależności od czasu trwania zajęć obrazuje rysunek 3. Różnice dotyczą przede wszystkim zmian poczucia sensowności, które przedstawia rysunek 4.



Rysunek 3. Wpływ czasu trwania szkolnych działań profilaktycznych na ogólne poczucie koherencji w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym.



Rysunek 4. Wpływ czasu trwania szkolnych działań profilaktycznych na ogólne poczucie sensowności w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym.

## Zmiany nadziei na sukces

Zmiany nadziei na sukces zachodzące pod wpływem profilaktyki są zaprezentowane w tabeli 3. Czynnikiem różnicującym zmiany nadziei na sukces w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym jest ugruntowanie prowadzonych działań profilaktycznych. Rodzaj działań wpływa zwłaszcza na przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań. Wyniki dotyczące istotnych różnic przedstawiają rysunki 5 i 6.

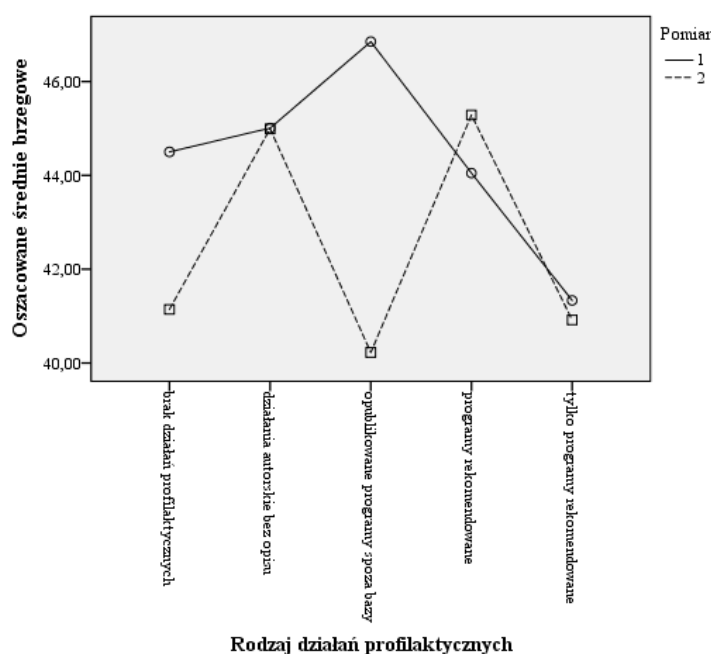
Tabela 3

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na zmiany nadziei na sukces*

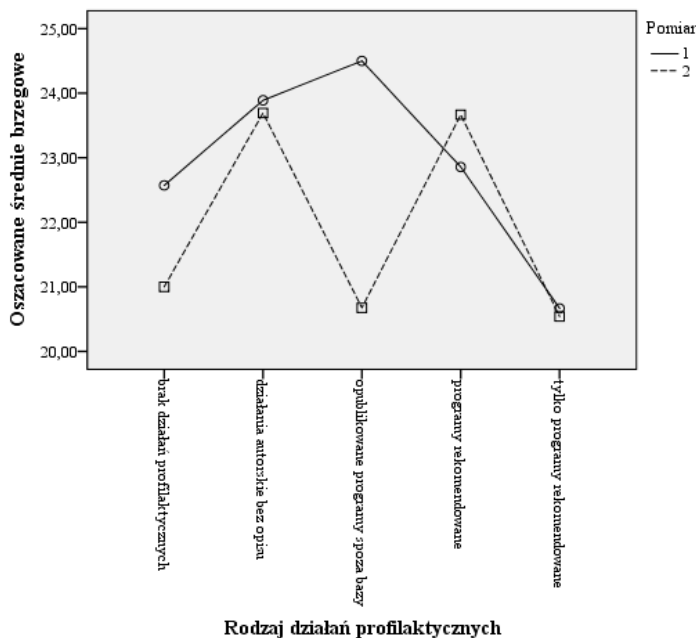
		Typ szkoły					
		Szkoły zawodowe			Licea ogólnokształcące		
		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	Ogólna nadzieja na sukces	<b>2,679</b>	<b>0,033</b>	<b>0,046</b>	0,346	0,847	0,004
	Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań	<b>2,856</b>	<b>0,025</b>	<b>0,049</b>	0,279	0,892	0,003
	Przekonanie o posiadaniu silnej woli	1,945	0,104	0,034	0,546	0,702	0,006
Kwalifikacje realizatorów	Ogólna nadzieja na sukces	1,171	0,321	0,015	0,091	0,965	0,001
	Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań	0,764	0,515	0,01	0,378	0,769	0,003
	Przekonanie o posiadaniu silnej woli	1,371	0,252	0,017	0,024	0,995	0,000
Liczba działań	Ogólna nadzieja na sukces	0,649	0,584	0,008	0,478	0,698	0,004
	Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań	1,207	0,308	0,015	0,397	0,755	0,003
	Przekonanie o posiadaniu silnej woli	0,359	0,783	0,005	0,618	0,604	0,005

Czas trwania zajęć	Ogólna nadzieja na sukces	0,726	0,537	0,009	1,917	0,107	0,021
	Przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań	0,547	0,651	0,007	1,314	0,264	0,015
	Przekonanie o posiadaniu silnej woli	0,854	0,466	0,011	2,251	0,063	0,025

Nadzieja na sukces może być rozumiana jako przeżywana w danym momencie emocja lub jako trwały sposób spostrzegania rzeczywistości. W tym drugim ujęciu nadzieja na sukces wpływa na wtórną modyfikację poznawczą pierwotnie doświadczanych emocji negatywnych. Poznawcze przekształcenie obrazu rzeczywistości nie eliminuje negatywnych uczuć, jednak wpływa na zmniejszenie niepokoju dotyczącego konkretnego niepowodzenia sytuacyjnego (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006). Nadzieja nie prowadzi więc do naiwnego optymizmu, jest raczej czynnikiem mobilizującym poszukiwanie rozwiązań i wolę sprostania dostrzeganym zagrożeniom lub ich następstwom.



Rysunek 5. Wpływ rodzaju szkolnych działań profilaktycznych na ogólny poziom nadziei na sukces w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym.



Rysunek 6. Wpływ rodzaju szkolnych działań profilaktycznych na przekonanie o umiejętności znajdowania rozwiązań w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym.

## Zmiany impulsywności, skłonności do ryzyka i empatii

Impulsywność jest jednym z czynników osobowościowych powiązanych z tendencją do podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych (Barratt, Stanford, Kent, & Felthous, 1997; Crone, Duijvenvoorde, & Peper, 2016; de Wit, 2009). Cecha ta rozumiana jest jako reagowanie w sposób niezaplanowany, podejmowanie nagłych decyzji w odpowiedzi na zewnętrzne bądź wewnętrzne bodźce bez zwracania uwagi na możliwe negatywne konsekwencje własnych działań (Steinberg, Sharp, Stanford, & Tharp, 2013). W teorii osobowości Eysencka impulsywność definiowana jest poprzez skłonność do zachowań ryzykownych, szybkiego podejmowania decyzji i nieplanowanych działań (Jakubczyk & Wojnar, 2009). Taka definicja została przyjęta w zrealizowanej diagnozie w grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Analiza wyników dotyczyła relacji między charakterystyką działań profilaktycznych, w których brali udział uczniowie a impulsywnością, skłonnością do ryzyka i empatią. Wyniki tych analiz zawiera tabela 1. Żaden z czynników: rodzaj działań profilaktycznych, kwalifikacje realizatorów, liczba działań podejmowanych w trakcie roku i czas ich trwania, nie wiążą się ze zmianami w obrębie opisywanych dyspozycji osobowościowych. Działania profilaktyczne będące przedmiotem badań nie dotyczyły wskazanych cech uczniów.

Tabela 4

*Wpływ działań profilaktycznych prowadzonych w szkole na zmiany impulsywności, skłonności do ryzyka i empatii*

		Typ szkoły					
		Szkoły zawodowe			Licea ogólnokształcące		
		F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
Rodzaj działań	Impulsywność	0,354	0,841	0,009	0,407	0,804	0,006
	Skłonność do ryzyka	1,650	0,165	0,042	0,787	0,534	0,011
	Empatia	0,205	0,935	0,005	1,347	0,253	0,019
Kwalifikacje realizatorów	Impulsywność	0,623	0,538	0,008	0,244	0,866	0,003
	Skłonność do ryzyka	1,777	0,172	0,022	0,600	0,616	0,006
	Empatia	0,072	0,931	0,001	0,633	0,594	0,007
Liczba działań	Impulsywność	0,318	0,813	0,006	0,150	0,929	0,002
	Skłonność do ryzyka	1,030	0,381	0,019	0,442	0,723	0,005
	Empatia	0,340	0,796	0,006	2,150	0,094	0,022
Czas trwania zajęć	Impulsywność	0,393	0,759	0,007	0,212	0,932	0,003
	Skłonność do ryzyka	0,591	0,622	0,011	1,691	0,152	0,023
	Empatia	0,103	0,958	0,002	0,469	0,758	0,007

Uczniowie z obu typów szkół charakteryzują się przeciętnym nasileniem opisywanych cech. Sporadycznie podejmują zachowania ryzykowne, bez dokładnej analizy ryzyka i jego możliwych konsekwencji. Charakteryzuje ich umiarkowana tendencja do poszukiwania wrażeń i ryzykowania przy jednoczesnej świadomości negatywnych konsekwencji zachowań. Na tym samym poziomie znajduje się umiejętność rozumienia cudzych przeżyć i przyjmowania perspektywy innych osób.

### Podsumowanie

Sformułowane poniżej podsumowanie należy raczej potraktować jako wyznaczenie kierunku kolejnych badań niż ostateczne i jednoznaczne stwierdzenie faktów. Zmiany w osobowości to wskaźniki, które z jednej strony są najmocniejszymi sygnałami zmian, a z drugiej najtrudniejszymi do uzyskania. W relacjach pomiędzy obrazem realnym badanej młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych dostrzec można następujące prawidłowości:

1. Pojawiające się zmiany w obrazie siebie w większości dotyczą relacji towarzyskich, sposobu spostrzegania i wyrażania siebie oraz podejścia do zasad regulujących życie.
2. Zależności pomiędzy rodzajem działań profilaktycznych a zmianami w obrazie siebie wystąpiły w obu badanych środowiskach szkolnych, przy czym w środowisku uczniów szkół zawodowych były one mniej liczne. W oparciu o uzyskany materiał badawczy można stwierdzić, że:
  - a. Rodzaj działań profilaktycznych miał większe znaczenie dla zmian w obrazie siebie u uczniów szkół licealnych.
  - b. W środowisku uczniów szkół zawodowych skutecznością wyróżniają się tylko programy rekomendowane i programy autorskie.
  - c. Znaczące zmiany zaszły także w grupie uczniów, która nie miała żadnych działań profilaktycznych, a więc należy je uznać jako zmiany rozwojowe.



- d. Wśród licealistów można mówić o dwóch prawidłowościach. Pierwsza - to podobnie jak w środowisku uczniów szkół zawodowych, wiele zmian ma charakter rozwojowy, gdyż pojawiają się w grupie bez żadnych działań profilaktycznych. Druga prawidłowość wskazuje na skuteczność nieopisanych programów autorskich w zmianie obrazu siebie badanej młodzieży.
3. Poszukując zależności pomiędzy rodzajem kwalifikacji prowadzącego zajęcia profilaktyczne a obrazem siebie uczniów można wyprowadzić trzy zasadnicze wnioski:
    - a. Spośród wszystkich realizatorów działań profilaktycznych największe znaczenie dla zmiany obrazu siebie uczniów szkół ponadgimnazjalnych miał nauczyciel-wychowawca,
    - b. Pozytywne zmiany pojawiły się także wśród uczniów tych klas, w których nie prowadzono żadnych zajęć profilaktycznych lub ich nie zgłoszono. Mogły być prowadzone przy okazji realizacji edukacji przedmiotowej, a nie wyróżniono ich jako odrębnych działań profilaktycznych. Zmiany te mogą mieć także charakter rozwojowy, związany z wiekiem i nabywaniem ogólnych sprawności.
    - c. Znacznie więcej zmian w obrazie siebie, a związanych z kwalifikacjami realizatora (głównie nauczyciela) pojawiło się w środowisku uczniów szkół zawodowych.
  4. Trudno zidentyfikować jednoznaczne prawidłowości, która zachodzą pomiędzy liczbą działań a obrazem siebie badanych uczniów. Przy dużej ostrożności w interpretacji można przyjąć kilka wniosków:
    - a. W tym obszarze pojawiło się najwięcej istotnych zależności.
    - b. Dla sprecyzowania bardziej jednoznacznych wniosków co do natury odnotowanych zależności potrzeba jeszcze głębszej analizy uzyskanych wyników.
    - c. Pojawiające się zmiany należy raczej interpretować jako zmiany rozwojowe. Na co wskazuje pojawienie się pozytywnych zmian w obrazie siebie w grupie uczniów, gdzie nie było żadnych działań profilaktycznych.
    - d. W środowisku uczniów szkół zawodowych nastąpiło więcej zmian w badanym okresie. Być może ta młodzież miała większe zapotrzebowanie na działania profilaktyczne i w większym stopniu wykorzystwała tego rodzaju zajęcia.
    - e. W uzyskanych przez młodzież wynikach dostrzec można wiele pozytywnych zmian w grupie, gdzie zajęcia prowadzone są systematycznie, a działań jest pięć i więcej.
  5. Analizując relacje pomiędzy czasem trwania zajęć profilaktycznych a obrazem siebie dostrzeżono stosunkowo niewielką ilość zależności. Na ich podstawie można sformułować następujące prawidłowości:
    - a. W środowisku uczniów szkół zawodowych największe zmiany w wybranych wymiarach obrazu siebie należy łączyć ze zmianami rozwojowymi niż z czasem trwania zajęć profilaktycznych.
    - b. Wśród młodzieży licealnej największy progres nastąpił w grupach, w których zajęcia trwały powyżej dziesięciu godzin.

Realizacja krótkotrwałych działań profilaktycznych, zwłaszcza interwencji trwających do 2 godzin lekcyjnych prowadzi do obniżenia poczucia koherencji w grupie

uczniów szkół o profilu zawodowym. Po krótkotrwałej interwencji pojawia się w tej grupie tendencja do emocjonalnego odbioru problemów i wyzwań, jako lokujących się poza zasięgiem możliwości sprostania im. Wzrost poczucia sensowności jest osiągany w grupie uczniów szkół o profilu zawodowym w trakcie udziału w działaniach profilaktycznych trwających co najmniej 10-30 godzin. W grupie uczniów liceów ogólnokształcących nie zachodzą takie prawidłowości.

Wpływ walidacji i upublicznienia programu profilaktycznego realizowanego w szkole na nadzieję na sukces jest niejednorodny. Trend zmian nadziei na sukces uczniów szkół o profilu zawodowym w środowiskach, w których nie realizowano żadnych działań wskazuje na spadek nadziei po upływie roku dzielącego badania. Podobny efekt występuje w grupie uczniów objętych ogólnodostępnymi programami spoza bazy programów rekomendowanych. Przyrost nadziei na sukces w tej grupie uczniów występuje tylko w przypadku prowadzenia programów rekomendowanych wraz z innymi działaniami profilaktycznymi. Wzrost ten jest jednak niewielki i można go w praktyce uznać za zatrzymanie trendu spadkowego.

Potencjalną przyczyną wpływu czasu interwencji profilaktycznej na poczucie sensowności oraz oddziaływania stopnia standaryzacji i walidacji prowadzonej profilaktyki na nadzieję na sukces może być realizacja działań profilaktycznych przez osoby, które zapoznały się z opisanymi programami i wdrażały je w klasie nie posiadając niezbędnych kompetencji do ich realizacji. Przyczyny mogą leżeć też po stronie właściwości niektórych ogólnodostępnych programów profilaktycznych w tym zwłaszcza ukierunkowanych na krótką interwencję.

Opierając się na przedstawionych wyżej wynikach można sformułować wniosek o braku relacji między uczestnictwem w zajęciach profilaktycznych a poziomem impulsywności, skłonności do ryzyka i empatią. W celu dokładniejszego potwierdzenia rezultatu należałoby uszczegółowić analizy wyróżniając m.in. poziomy działań profilaktycznych oraz analizując relacje oddzielnie dla grup uczniów o różnym wskaźniku zachowań ryzykownych.

## Bibliografia

- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia - jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Apers, S., Rassart, J., Luyckx, K., Oris, L., Goossens, E., Budts, W., & Moons, P. (2016). Bringing Antonovsky's salutogenic theory to life: A qualitative inquiry into the experiences of young people with congenital heart disease. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 11, 29346–29346. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29346>
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41(10), 1045–1061.
- Bąk, W., Łaguna, M., & Bondyra-Łuczka, E. (2015). Kwestionariuszowe metody pomiaru ukierunkowań regulacyjnych. Polskie adaptacje kwestionariuszy RFQ i RFS. *Psychologia Społeczna*, 32(1), 84–99. <https://doi.org/10.7366/1896180020153206>
- Crone, E. A., Duijvenvoorde, A. C. K., & Peper, J. S. (2016). Annual Research Review: Neural contributions to risk-taking in adolescence - developmental changes and individual differences. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 57(3), 353–368.

- de Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14(1), 22–31.
- Jakubczyk, A., & Wojnar, M. (2009). Impulsywność - Definicje, teorie, modele. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18(4), 349–356.
- Jarymowicz, M., & Bar-Tal, D. (2006). The dominance of fear over hope in the life of individuals and collectives. *European Journal of Social Psychology*, 36(3), 367–392.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238–244.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Poleszak, W. (2003). Osobowe wyznaczniki poczucia tożsamości narodowej młodzieży. W M. J. Dyrda & A. Świderski (Red.), *Rozwój osobowy i jego zagrożenia* (s. 115–128). Siedlce: Wydawnictwo Akademii Podlaskiej.
- Siek, S. (1986). *Rozwój potrzeb psychicznych mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa: Krajowa Agencja Wydawnicza.
- Steinberg, L., Sharp, C., Stanford, M. S., & Tharp, A. T. (2013). New tricks for an old measure: The development of the Barratt Impulsiveness Scale–Brief (BIS–Brief). *Psychological Assessment*, 25(1), 216–226.  
<https://doi.org/10.1037/a0030550>

## **3 Wnioski i rekomendacje**

### 3.1 Model ekonomiczno-organizacyjny i prawno-administracyjny skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki

Powiedzieć to trzeba stanowczo i wyraźnie: nie ulega najmniejszej wątpliwości, że każde przymierzanie się do prób rozwiązania kwestii związanych z budowaniem modelu ekonomiczno-organizacyjnego i prawno-administracyjnego skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki na każdym poziomie: państwa, jednostki samorządu terytorialnego, szkoły i jej otoczenia, wymaga zrazu nie tyle dobrej, co racjonalnej diagnozy obiektywnej rzeczywistości. Bez wątpienia w tym obszarze zainteresowań i działań należy pamiętać o:

- a) dobrych, nie tyle porządkujących rzeczywistość, co nakreślających bliższą i dalszą przyszłość aktach prawnych: od stosownych partii ustaw, poprzez rozporządzenia wykonawcze, uchwały organów jst, po jasne, oczywiste i łatwe do zastosowania w praktyce działania regulaminy wprowadzane w życie przez dyrektora (szkoły, ośrodki pomocy społecznej, centra pomocy rodzinie, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, jednostki służby zdrowia i inne);
- b) jasnym, przejrzystym planie finansowania, od budżetu państwa, przez budżety jst po plany finansowe poszczególnych, wspomnianych wyżej jednostek organizacyjnych, w których jasno byłyby wskazane źródła dochodów, ale też środki na wydatki, co z uwagi na prawną formułę tych aktów prawa finansowego nie tylko wskazywałyby obowiązek kreowania części dochodowej, ale w części wydatkowej wskazywałyby konkretne kierunki działania, obowiązkowe zadania i wysokości nakładów;
- c) powiązaniu planu finansowego z zapotrzebowaniem na profilaktykę i skalą zmian środowiska szkoły i otoczenia szkoły, a także stopniem zaangażowania w profilaktykę rodzin / opiekunów prawnych, jako efektów działań profilaktycznych prowadzonych w oparciu o informacje uzyskiwane z systemu diagnostyczno-ewaluacyjnego profilaktyki wypracowanego w ramach niniejszego projektu;
- d) doskonaleniu, a tam gdzie ich nie ma tworzeniu stosownych struktur ludzkich i organizacyjnych, nie tylko administrujących działaniami, ale przede wszystkim niosących wsparcie dla osób i podmiotów realizujących zadania;
- e) budowaniu świadomości konieczności kontynuowania lub podejmowania postulowanych działań nie tylko w szeroko rozumianej świadomości społecznej, ale też w środowisku parlamentarzystów, radnych stosownych poziomów samorządu terytorialnego, urzędników wszelkich instytucji administracji publicznej, aż po pracowników jednostek realizujących zadania;
- f) nauczaniu – przede wszystkim osób tworzących prawo i kreujących budżety, wraz z ich otoczeniem – uprzedniej, wnikliwej, opartej na wieloaspektowym oglądzie rzeczywistości analiz środowiskowych, przepływów w nich ludności i dostrzeganiu czynników będących nie tylko katalizatorami zjawisk patologicznych, ale przede wszystkim korygujących lub nawet niwelujących je.

W naszej ocenie to warunki *sine qua non* nie tylko sprawnego działania, ale przede wszystkim wspomagających życie osobom wywodzącym się ze środowisk niedostosowanych społecznie lub tym niedostosowaniem zagrożonych tak, by stworzona im szansa

wsparcia instytucji państwa i jednostek samorządu terytorialnego spotkała się nie tylko z akceptacją, ale i absorpcją z jednej strony, oraz odczuwalną poprawą komfortu życia całej społeczności środowiskowej z drugiej. Można stwierdzić, że dziś problem jest dostrzegany, od pewnego czasu nawet w mniejszym lub większym zakresie regulowany stosownym prawem, ale też działania wokół niego są wspomagane ograniczonymi – to prawda – niemniej realnymi środkami finansowymi.

## Poziom państwa

Instytucje państwa odpowiadają za kreowanie i uchwalanie niezbędnego prawa powszechnie obowiązującego, w tym ustaw i rozporządzeń. Po roku 1990 w Dzienniku Ustaw ukazało się nieco ponad 150 ustaw i rozporządzeń zawierających w swej treści termin „niedostosowani społecznie” w różnych konfiguracjach gramatycznych. Największa ich część wywodzi się z oświaty, ale eksplorowane obszary to zakres pomocy społecznej czy przepisów penitencjarnych, administracyjnych i statystycznych, a nawet prawa budżetowego. Tylko 11 z nich wydanych było w ostatnim dziesięcioleciu ub. wieku, zaś znakomita większość to ostatnie 18 lat. Wciąż obowiązujących aktów prawnych jest 38, czyli jedna czwarta wszystkich uchwalonych. Bez wątplenia słabością tych istotnych i bardzo potrzebnych ustaw jest rozproszenie przepisów utrudniających dotarcie do nich wszystkim partycypantom. Prawo jest na ogół znane wybiórczo, resortowo – tego, co dotyczy edukacji nie wiedzą pracownicy służb penitencjarnych, a zakres działania pomocy społecznej nie zawsze jest oczywisty dla twórców rozwiązań budżetowych. Trudno orzec, czy stworzenie ustawy konsolidującej przepisy wszystkich innych ustaw jest rozwiązaniem ze wszech miar pożądanym, gdyż w innych obszarach nie zawsze dawało to oczekiwane rezultaty. Ale poradnik w tym obszarze, napisany przystępnym językiem, dostępny dla wszystkich zainteresowanych *on line*, byłby zapewne pomocą istotną.

Warto w tym miejscu odnotować, że Sejm RP w ustawie budżetowej na rok 1995 po raz pierwszy w najnowszej historii Polski przewidział w art. 13 dla jednostek niepaństwowych na realizowane przez te jednostki zadania państwowe, w tym dla ogólnopolskich stowarzyszeń dzieci i młodzieży kwotę 100 mln. zł, w szczególności na realizację środowiskowych programów profilaktyczno-wychowawczych dla młodzieży zagrożonej uzależnieniem, niedostosowanej społecznie i z rodzin patologicznych. Kolejne lata to kolejne uregulowania, ale i kolejne kwoty z budżetu państwa na analizowane w tym raporcie działania.

Pobieżny tylko przegląd programów studiów podyplomowych adresowanych dla urzędników administracji publicznej albo problem przemilcza, albo traktuje go dość propeedeutycznie. Zapewne związane jest do z brakiem stosownych kadr akademickich, dodatkowo mających kompetencje do interdyscyplinarnego, całościowego oglądu zagadnień, choć warto zauważyć, że od adresatów tych studiów na ich administracyjnych stanowiskach właśnie takiego podejścia oczekuje się. Bez wątplenia problem jest, po jego uświadomieniu, do rozwiązania. Być może to nie uczelnie winny wychodzić z własną ofertą, ale administracja, w drodze zamówień publicznych, winna artykułować swoje oczekiwania.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1113, zm. 2017 poz. 1652) obejmuje swymi przepisami przedszkola specjalne i oddziały specjalnych w przedszkolach ogólnodostępnych, których nie organi-

zuje się dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, zaś oddziałów specjalnych w szkołach ogólnodostępnych – dla uczniów niedostosowanych lub zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Po nowelizacji z 28 sierpnia 2017 roku (Dz.U. z 2017 r. poz. 1652) rozporządzenie bardzo szczegółowo reguluje omawiane zagadnienia, ale tylko na terenie placówek edukacyjnych. Jest to jego ogromną zaletą, ale jednocześnie wadą – tego obszaru społecznej i administracyjnej aktywności nie da się rozwiązać wycinkowo. Akt prawny wydany w resorcie edukacji nie może regulować innych działań resortowych. Być może więc w tym przypadku potrzebna jest inna delegacja ustawowa, a już na pewno rozporządzenie z poziomu całej Rady Ministrów.

W ostatnich kilku latach trzeba zauważyć działania porządkujące finansowanie omawianych działań. Minister Edukacji Narodowej kwestie finansowe uregulował w rozporządzeniu z 22 grudnia 2003 r. w sprawie sposobu podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego w roku 2004 (Dz.U. z 2003 r. nr. 225 poz. 2231). Po raz pierwszy w rozporządzeniu znalazła się waga uwzględniająca uczniów pochodzących ze środowisk niedostosowanych społecznie lub zagrożonych takim niedostosowaniem. Załącznik do najnowszego rozporządzenia ministra z 15 grudnia 2017 r. na rok 2018 – Algorytm podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego na rok 2018 (Dz.U. z 2017 r. poz. 2395) stanowi, iż w pkt 4 znalazła się waga  $P4 = 1,40$ . Takie rozwiązanie dowodzi, że potrzeby edukacyjne tych środowisk są przez państwo dostrzegane i stosownie gratyfikowane. Element ten obejmuje jednak wiele różnych niedostosowań: niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim, niedostosowanie społecznie, zagrożenie niedostosowaniem społecznym, zaburzenia zachowania, zagrożenie uzależnieniem, uczniów z chorobami przewlekłymi, co od strony finansowej nieco zaciemnia obraz i nie daje pełnej informacji o wysokości, celowości i zasadności ponoszonych nakładów. Nie jest naszą intencją sugerowanie zamiany formuły subwencji na rozliczalną dotację, ale ten pierwszy krok wymaga udoskonaleń i szukania nowoczesnych rozwiązań.

## W jednostce samorządu terytorialnego

Jednostkami samorządu lokalnego są gminy i powiaty, w szczególności miasta na prawach powiatu. To na nich koncentruje się cały wysiłek publiczny, mający na celu może nie tyle rozwiązanie, co ciągle rozwiązywanie podnoszonych problemów. Aby tak się działo potrzeba spełnić warunki zdiagnozowania zagadnienia, wskazania niezbędnych środków, zbudowania potrzebnych struktur administracyjnych oraz wdrożenia adekwatnego prawa lokalnego.

Aby spełnić warunek pierwszy można wziąć pod uwagę liczebność mieszkańców w jst, co może ułatwić zdiagnozowanie skali problemu. Kolejne to czynniki materialne i intelektualne środowiska, czasem w ujęciu wyspowym, by określić poziom rozkładu zagrożeń ograniczony do poszczególnych sołectw, dzielnic lub osiedli. Wszak polityka winna trafiać w sedno problemu, a nie rozmywać go w ujęciu statystycznym. Innym, potrzebnym obszarem analizy jest powierzchnia użytkowa mieszkań, przy czym wnioskowanie winno uwzględniać uwarunkowania lokalne – zdarza się, że rodziny niedostosowane społecznie zajmują w miastach duże, ale zaniedbane i nieopłacane mieszkania, co wskazuje na inne potrzeby i sposoby ich rozwiązania. Bez wątplenia ciekawym elementem diagnozy może być saldo migracji wewnętrznej i zewnętrznej – przesiedlanie się ludności np. z miasta do podmiejskiej wsi z biegiem czasu zmieni jej strukturę wewnętrzną i może pomóc w rozwiązywaniu problemów społecznych, ale też migracja do miast

w poszukiwaniu pracy może być czynnikiem wzmacniającym także przemieszczanie problemów (w jst lub w ujęciu transgranicznym). Stosunek młodzieży do nauki szkolnej (frekwencja na zajęciach, realizowanie obowiązku szkolnego, wyniki edukacyjne uwarunkowane środowiskowo itp.) to bez wątpienia wskazówka dla administracji samorządowej sygnalizująca zbliżanie się lub trwanie problemu. Status materialny rodzin w jst nie jest miernikiem informującym, że im więcej rodzina posiada, tym jest efektywniejsza wychowawczo, ale jego wskaźniki, zwłaszcza w ujęciu dynamicznym kilku lat, mogą pomóc w zbudowaniu rzetelnej diagnozy.

Innymi, wskazanymi obszarami diagnozy mogą być np. wydatki na jednego mieszkańca, ale nie w ujęciu całej jst, lecz wyliczone dla poszczególnych środowisk – zderzenie tych informacji (koniecznie w ujęciu dynamicznym) ze stopniem nasilenia zjawisk niepożądanych może ukierunkować wnioskowanie. Oczywistym w tym miejscu jest przypomnienie o potrzebie zbudowania informacji o wydatkach liczonych na jednego ucznia na zadania edukacyjne i profilaktyczne (w tym na zapobieganie niedostosowaniu społecznemu) dla każdej szkoły oddzielnie i zderzenie ich np. o skali nasilenia nieakceptowanych społecznie zjawisk. Wnioski płynące choćby z tych przykładowych analiz mogą nie tylko służyć poprawie dystrybucji środków publicznych, ale też na dyscyplinowaniu np. dyrektorów szkół, szkoleniu pracowników czy wspomaganie pracowników administracji celem wzmacniania ich kompetencji, np. poprzez analizę znanych orzeczeń sądów w omawianym obszarze. Takie usystematyzowane, kompleksowe i profilaktyczne potraktowanie zagadnień miast gaszenia pożarów w miejscach ich wybuchania, pozwoli nie tylko oszczędzić środki, ale też podnieść znacząco efektywność poczynionych nakładów.

Aktywność samorządów lokalnych w zakresie prawotwórczym to, jak dotąd, przede wszystkim ustalanie tygodniowego, obowiązkowego wymiaru godzin zajęć psychologów, pedagogów, logopedów, doradców zawodowych, nauczycieli posiadających kwalifikacje z zakresu pedagogiki specjalnej zatrudnieni dodatkowo w celu współorganizowania kształcenia uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym, w placówkach oświatowych, ale też tworzenie i likwidacja zespołów do spraw opracowania programów zapobiegania niedostosowaniu społecznemu i przestępczości wśród dzieci i młodzieży, ustalanie zasad częściowego lub całkowitego zwalniania rodziców z opłat za pobyt dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu resocjalizacyjnego dla chłopców niedostosowanych społecznie, porozumienia jst w sprawie powierzania zadań z zakresu pomocy społecznej, należącego do kompetencji powiatu, dotyczącego prowadzenia placówki opiekuńczo-wychowawczej typu resocjalizacyjnego dla chłopców niedostosowanych społecznie czy uchwalanie regulaminów przyznawania nagród dla dyrektorów i nauczycieli szkół oraz przedszkoli – żeby wymienić tylko wybrane obszary. Fakt opublikowania w dziennikach urzędowych województw bez mała 5,4 tys. uchwał z tego obszaru (stan na 14.10.2018 r.), sprawdzonych pod względem prawnym przez wojewodę dowodzi, że aktywność jst w tym zakresie jest duża, wzajemna wymiana o tym informacji mogłaby usprawnić wspólne inicjatywy i działania.

## **W szkole i placówce oświatowej**

Ustawa z 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe stanowi, że system oświaty zapewnia w szczególności wychowanie rozumiane jako wspieranie dziecka w rozwoju ku pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej, wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki problemów dzieci



i młodzieży (art. 1 ust. 1 pkt 3), a gdy mowa o zadaniach oświatowych jednostek samorządu terytorialnego – należy przez to rozumieć zadania w zakresie kształcenia, wychowania i opieki, w tym profilaktyki społecznej (art. 4 ust. 1 pkt 28), zaś statut szkoły zawiera w szczególności organizację i formy współdziałania szkoły z rodzicami w zakresie nauczania, wychowania, opieki i profilaktyki (art. 98 ust. 2 pkt 2). Istotnym postanowieniem tej ustawy jest i to, że zapewnienie kształcenia, wychowania i opieki, w tym kształcenia specjalnego i profilaktyki społecznej, jest zadaniem oświatowym gmin – w przedszkolach oraz w innych formach wychowania przedszkolnego, a także w szkołach przez nie prowadzonych, powiatów – w prowadzonych przez nie szkołach i placówkach, oraz samorządów województw – w szkołach, placówkach i placówkach doskonalenia nauczycieli oraz kolegiach pracowników służb społecznych (art. 11 ust. 2). Ostatni przytoczony fragment co prawda powiada, że owe zagadnienia są zadaniami oświatowymi jst, ale przecież ich realizacja odbywa się w szkołach i placówkach edukacyjnych przez zatrudnionych w nich nauczycielami.

Ustawodawca (wcześniej już w ustawie o systemie oświaty) wzmocnił synkrytyzm owych działań w środowisku lokalnym, wskazując na ścisły związek jst ze szkołami i placówkami edukacyjnymi. Oczywistym jest, że działania w ramach owego zadania po obu stronach wyraźnie różnią się akcentami – po stronie jst jest zapewnienie warunków finansowych, prawnych, organizacyjnych i administracyjnych, po stronie szkół i placówek edukacyjnych przede wszystkim podejmowanie konkretnych działań na zidentyfikowanych polach wobec określonych środowisk i osób. Ten pozorny brak symetrii jest świadomy i stwierdzić można, że oczywisty, co zresztą wynika z uregulowań prawnych. I tak, jak obliguje ustawa o finansach publicznych, zadania winny być realizowane w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy (art. 68 ust. 1). Zasady legalizmu i terminowości w działalności publicznej są dość oczywiste, o wiele trudniej wykazać się oszczędnością (np. unikaniem wydatków zbędnych, pozorowanych), zaś analiza efektywności może nastęrczać nie tylko metodologicznych problemów, zwłaszcza w tak delikatnej materii, jak profilaktyka społeczna. Warto jednak o tym w tym miejscu przypomnieć, gdyż środki publiczne wydawane są nie tylko dlatego, że są, ale że służą osiągnięciu społecznie użytecznych celów. Tak też powinny być postrzegane w szkole (placówce edukacyjnej). Jedna lekcja z zespołem klasowym w sali sądowej na rozprawie dobranej tematycznie może przynieść o wiele lepsze efekty, niż nawet najlepiej przygotowana dyskusja, pogadanka lub czytanka. Bo efektywność ma różne wymiary, a badać ją można choćby dobrze przygotowana ewaluacją.

W szkole zatem nie tylko należy uchwalić stosowny plan pracy (program) identyfikując wcześniej problemy do rozwiązania, sposoby realizacji całego zadania (np. podzielonego na szczegółowe działania), osoby odpowiedzialne, terminy realizacji i przewidziane nań środki. Pamiętać też należy, że każdy plan (program) podlega rozliczeniu pod względem zgodności z nim samym (prawo), ale też efektywności, oszczędności i terminowości. Wnioski z niego płynące winny służyć do opracowania kolejnych planów na kolejne okresy. To pozornie bardzo oczywiste, ale nader często realizowane dość schematycznie.

Za przykład niech posłuży ustawowy obowiązek realizowania w szkole (placówce) publicznej kontroli zarządczej. Szósty standard kontroli zarządczej stanowi, że to określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji. Z kolei cele i zadania należy określać jasno i w co najmniej rocznej perspektywie. Ich wykonanie należy monitorować za pomocą wyznaczonych mierników. Następnie w jednostce nadrzędnej lub nadzorującej należy zapewnić odpowiedni system monitorowania realizacji celów i zadań przez jednostki podległe lub nadzorowane. Jednocześnie zaleca się przeprowadzanie

oceny realizacji celów i zadań uwzględniając kryterium oszczędności, efektywności i skuteczności (dochodzi więc kryterium skuteczności, co dodatkowo komplikuje sprawę). Minister przypomina, że należy zadbać, aby określając cele i zadania wskazać także jednostki, komórki organizacyjne lub osoby odpowiedzialne bezpośrednio za ich wykonanie oraz zasoby przeznaczone do ich realizacji [Załącznik do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z 16 grudnia 2009 r. (poz. 84)]. Dodajmy, że ściśle z tym standardem związane są kolejne: identyfikacja ryzyka (standard 7), jego analiza (standard 8) i reakcja na zidentyfikowane ryzyko (standard 9). Można odnieść wrażenie, że obowiązujące prawo podpowiada sposoby realizacji wielu zadań, a ponieważ z punktu widzenia finansów publicznych i tak muszą być realizowane, dlategoż by więc tak w zakresie planowania, jak i oceny wykonania nie wykorzystać zaistniałych możliwości. Tym bardziej, że w każdym zespole (rada pedagogiczna) powinna być osoba odpowiedzialna za monitorowanie każdego ryzyka. Trudno więc oponować, iż wiele zachowań w środowiskach niedostosowanych społecznie lub zagrożonych nimi stanowi nie tylko lokalne ryzyko, którego identyfikacja nie powinna nastęrczać problemów.

Tak zoperacjonalizowane zadanie nie tylko ułatwi pracę nad nim od strony metodycznej, ale pozwoli spojrzeć na nie od strony legalnej, efektywności, oszczędności, skuteczności czy terminowości. To też szkoła racjonalnego planowania i zadaniowego rozliczania z jego wykonania, co może być wykorzystane w innych zadaniach realizowanych w szkole, także statutowych.

Zadania realizowane w szkole, działania z nich wynikające wpisane są w dwa tytułowe modele: ekonomiczno-organizacyjny i prawno-administracyjny skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki będące skutkiem działania prawa powszechnego także w szkole. Jeżeli przyjęto konstytucyjny układ, że państwo wspiera finansowo realizację zadań także z obszaru profilaktyki społecznej i zdrowia, to pozostawiono gminom dochody z uzyskania licencji na sprzedaż i wyszynk napojów alkoholowych oraz przekazuje się wszystkim gminom stosowne do możliwości państwa środki w ramach części oświatowej subwencji ogólnej. Od strony organizacyjnej część swoich zadań państwo (konstytucją i ustawami) scedowało na samorzady lokalne i regionalne, co wsparte prawem materialnym wzmocnione zostało stosownymi uprawnieniami, także organizacyjnymi i regulacyjnymi. Samo państwo, w efekcie albo skutkiem konstytucyjnej zasady pomocniczości (subsydiarności) umieszcza stosowne zapisy w kreowanych przez siebie ustawach i rozporządzeniach, a samorzady winny stwarzać adekwatne systemy administracyjne, by realizację zadań w szkołach i placówkach zapewnić. Zaś samym szkołom (placówkom) pozostaje już/aż tylko realizacja owych zadań. W końcu po to je utworzono i po to ze środków publicznych są finansowane.

I już ostatnia, ale dość istotna uwaga. Dobre planowanie zadań, nie tylko z zakresu profilaktyki społecznej i zdrowotnej w szkole może przyczynić się do wyliczenia realnych kosztów realizacji tych zadań. Jeśli więc utyskujemy czasem, że środków nie wystarcza, to warto pokusić się o wykazanie na co i jak to determinują koszty przeszłych lat, gdy już podobne zadania były w szkole realizowane.

## **Wnioski uogólniające**

Na podstawie powyższych analiz, odpowiedzi i rekomendacji oraz odniesień do wyników zrealizowanych w ramach projektu badań można zarekomendować do dalszych prac:

1. Działania w obszarze niedostosowania społecznego i zagrożenia niedostosowaniem społecznym, szczególnie w części diagnostycznej, wymagają nie tylko umiejętności

wychwycenia owych zagrożeń, ale i umiejscowienia ich w konkretnym środowisku. Ponieważ istnieje przypuszczenie, iż nie wszystkie osoby zajmujące się tym obszarem (w gminach i powiatach) mają kompetencje do sporządzania takich analiz bez wątplenia potrzebne są w tym zakresie szkolenia środowiskowe (powiat, kilka powiatów lub województwo), z ćwiczeniami praktycznymi i wskazywaniem miejsc (w sieci), gdzie dostępne są potrzebne dane, ale i materiały szkoleniowe.

2. Korekt wymaga system finansowania zadań z obszaru profilaktyki. Obecne rozwiązania, mimo poprawności ustrojowej i przy poszanowaniu samorządności lokalnej, nie zawsze służą transparentności, w szczególności wydatków koniecznych w danym środowisku. Upřednio sporządzone analizy wykazały, że lokalne władze nie zawsze są świadome wagi zagadnienia i przekładania się skutków zaniedbań na jakość życia w gminie (powiecie) oraz na potencjał podatkowy mieszkańców. Zagadnienie to wymaga dostarczenia władzom oświatowym i samorządowym dostępu do informacji gromadzonych w systemie diagnozy potrzeb i ewaluacji działań profilaktycznych wypracowanym w ramach niniejszego projektu oraz uwypuklenia w materiałach dla gminnych urzędników.
3. Niezbędne są szkolenia (dla urzędników gminnych, powiatowych, nauczycieli) nie tylko w zakresie technik i metod pracy z dziećmi i młodzieżą ze środowisk wymagających zaawansowanej interwencji, ale też w obszarze wykorzystania rozwiązań prawnych (ustawy, rozporządzenia) w codziennej pracy, w czym mogliby uczestniczyć czynnie pracownicy poradni psychologiczno-pedagogicznych, kuratoriów oświaty, ośrodków pomocy społecznej i centrów pomocy rodzinie, służb penitencjarnych, policji i sądów.
4. W dłuższej perspektywie należy rozważyć włączenie w te działania środków zagranicznych na poziomie poszczególnych województw, szczególnie w programach regionalnych i krajowych.

**Krzysztof A. Wojcieszek, Robert Porzak**

## **3.2 Budowanie społeczno-kulturowego wsparcia dla promocji zdrowia i profilaktyki szkolnej**

Zachowania ryzykowne stały się ogromnym współczesnym wyzwaniem. Lokują się na czele listy pierwotnych czynników ryzyka przedwczesnej utraty zdrowia i życia. Przyczyniają się do wielu cierpień i strat. Z tego względu konieczne jest poważne wzmocnienie działań profilaktycznych. Jednak wbrew stereotypom działania te nie są proste, nie polegają na proponowaniu jedynie zajęć sportowych czy konkursów plastycznych. Przede wszystkim jednak ich skuteczność w stosunku do dzieci i młodzieży zależy od stanu zachowań ryzykownych osób dorosłych i od zawartości kultury (np. norm społecznych, obyczaju). Z tego względu należy dążyć do powiązania działań skierowanych ku młodzieży z działaniami skierowanymi do ich dorosłego otoczenia, zwłaszcza rodziców i nauczycieli. Niekiedy oznacza to konieczność dążenia do kompleksowej zmiany społecznej, np. w sprawie nadużywania alkoholu czy palenia tytoniu, a także używania narkotyków w dorosłym otoczeniu młodych ludzi. Szkoła może i powinna być środowiskiem takiej ogólnej przemiany, angażując się w szersze projekty takie jak gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, Narodowy Program Zdrowia czy Narodowy Program Trzeźwości.

### **Rola szkoły w środowisku lokalnym**

Szkoła powinna promować wśród rodziców i w lokalnej społeczności ograniczenie dostępności zachowań ryzykownych takich jak dostarczanie dzieciom i młodzieży substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków). Często jest to związane z oczywistym łamaniem prawa, a spotyka się ze zbyt słabym odzewem społecznym. Szkoła może być elementem presji społecznej w tej sprawie.

Szkoła może i powinna wzmocniać siłę i zasięg zbadanych czynników chroniących takich jak: więź z rodzicami, praktyki religijne, zaangażowanie w konstruktywne aktywności społeczne czy pozytywne grupy rówieśnicze. Ponieważ środowisko szkolne może być zarówno czynnikiem ochronnym, jak i czynnikiem ryzyka (jeśli jest zorganizowana w sposób destrukcyjny), to należy dążyć do zwiększania kompetencji nauczycieli w zakresie umiejętności przekazywania wiedzy (metodyka), które ułatwią uczniom sukces edukacyjny i będą czyniły naukę atrakcyjną, wzmocniając więź uczniów ze szkołą. Nauczyciele mogą też wzmocniać pozytywny klimat życia szkoły (szkoła jako wspólnota), aby zredukować przemoc rówieśniczą.

Wykazane w badaniach deficyty nauczycielskiej wiedzy ściśle profilaktycznej powinny być usuwane, a nauczyciele powinni otrzymać proste narzędzia działania profilaktycznego (w zakresie profilaktyki uniwersalnej). Każda szkoła powinna też zwiększyć możliwość pracy na rzecz dzieci i młodzieży z grupy podwyższonego ryzyka (profilaktyka selektywna i wskazująca). Ważna jest szkolna strategia pracy skierowanej na redukcję negatywnej tożsamości uczniów z zaburzeniami zachowania, ale powinno się to opierać na wszechstronnej strategii całego środowiska szkolnego. Niedopuszczalne jest zaniedbywanie wychowania i profilaktyki z powodu koncentracji wyłącznie na osiągnięciach dydaktycznych. Wymaga to szerszej zmiany w podejściu do edukacji. Szczególnym celem

powinna być edukacja profilaktyczna osób zarządzających szkołami – dyrektorów i rad pedagogicznych.

Zdynamizowania wymaga uruchomienie środowiska nauczycielskiego jako podmiotu profilaktyki. Należy to uczynić dając odpowiednie wsparcie nauczycielom, nie oczekując jednak, że bez takiego wsparcia wypełniać będą deficyty w tym zakresie w oparciu o zapisy prawne czy nawoływania władz. Takie puste oczekiwania czynią działania profilaktyczne fikcją i zniechęcają. Wiele działań nadal „istnieje” wyłącznie na papierze, z powodów sprawozdawczych.

Działania profilaktyczne powinny być oparte na wiedzy (np. model profilaktyki integralnej), wykluczać efekty jatrogeniczne (uszkadzające), zwłaszcza z powodu pomyłek w zakresie poziomów profilaktyki (np. stosowanie działań selektywnych dla grupy podwyższonego ryzyka w grupie uniwersalnej). Poszczególne przedmioty nauczania mogą być szerzej wykorzystane profilaktycznie (lokowanie treści profilaktycznych w programach nauczania i podręcznikach). Warto dowartościować przedmioty szczególnie ważne dla celów profilaktyki takie jak: przygotowanie do życia w rodzinie, katecheza szkolna, promocja zdrowia, etyka, których pozycja bywa obniżana w kontekście przedmiotów „twardych”, przydatnych zawodowo. Nie sprzyja celom profilaktycznym atmosfera rywalizacji i bezkrytyczna pogoń za wysokimi wynikami. Osią działań profilaktycznych powinno być oparcie ich na koncepcji wszechstronnego rozwoju osobistego, powiązanie z celami ogólnego wychowania (sprawności, cnoty w ujęciu klasycznym) i dojrzałego człowieczeństwa. Autor jest zdania, że wymaga to edukacji skierowanej szczególnie na rozwijanie zdolności uczniów do budowania relacji osobowych (więź z Bogiem i z ludźmi, uniwersalne wartości). W centrum wychowania powinny stać takie wartości jak: miłość, odpowiedzialność, szacunek dla zdrowia i życia ludzkiego.

Należy dostosowywać działania profilaktyczne do wieku odbiorców, ich poziomu rozwoju i zdiagnozowanych potrzeb środowiskowych. Promować należy współpracę szkoły z innymi środowiskami (wspólnotą lokalną, parafiami, organizacjami pozarządowymi, służbą zdrowia, administracją).

Szkoła może odegrać znaczącą rolę w pozytywnych przemianach redukujących zachowania ryzykowne, nawet w skali ogólnospolecznej, ale pod warunkiem, że sama zostanie wzmocniona w tej roli. W obecnym stanie organizacyjnym i przy aktualnym poziomie wsparcia jest to problematyczne.

## **Istota i sens budowania wspólnoty działania wokół szkoły**

W następstwie prób stosowania substancji psychoaktywnych czy agresji, młodzi ludzie doświadczają mniejszych lub większych kłopotów szkolnych i rodzinnych, kolizji z prawem, czy zaburzeń relacji z rówieśnikami. Skutki dotyczą zwykle nie tylko osoby podejmujące zachowanie, ale całą społeczność szkoły, w tym zwłaszcza rówieśników i rodziców, wystawiając na niechcianą obserwację zachowań ryzykownych, obciążając ich poczuciem winy, czy w przypadku rodziców nawet współodpowiedzialnością. Ze względu na szerokie konsekwencje zachowań ryzykownych naturalnym jest, że działania profilaktyczne powinny być adresowane do całej społeczności szkoły, nie tylko jednostek, które je podejmują.

Spoleczność szkoły może mieć bardzo korzystny wpływ na skuteczność działań profilaktycznych, jeżeli wszyscy jej uczestnicy współdziałają ze sobą w uzgodnionym i zaakceptowanym kierunku. Szkoła może być naturalnym źródłem zdrowia młodych ludzi przede wszystkim wtedy, kiedy dba o ich dobrostan psychiczny, niezbędny do osiągnięcia poczucia akceptacji i sukcesu edukacyjnego. Badania w tym zakresie pokazują, że wspie-

ranie sukcesu edukacyjnego zmierza w Polskich szkołach w korzystnym kierunku. Przykładowo, status socjoekonomiczny w coraz mniejszym stopniu różnicuje wyniki uczniów w testach PISA (OECD, 2018). Trend jest pozytywny, choć skala tej zmiany nie jest istotna statystycznie, a same wyniki testów PISA były w badaniach z roku 2015 nieco niższe, niż w roku 2012 (Białecki, Jakubowski, & Wiśniewski, 2017). Misja edukacyjna szkoły pozostaje jednak w częściowej rozbieżności z celami prozdrowotnymi, uwzględnionymi w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. W toku kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli stwierdzono, że z roku na rok przyrasta liczba uczniów wymagających objęcia pomocą psychologiczno-psychiatryczną, brak natomiast standardów takiej pomocy. Brak też analiz badawczych dotyczących wpływu niektórych elementów procesu dydaktycznego na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży szkolnej (NIK, 2017).

Zalecenie szerokiego adresowania profilaktyki, będące podstawą profilaktyki uniwersalnej, nie jest powszechnie przyjmowane w odniesieniu do jej planowania i realizacji. Myślenie o zapewnieniu udziału rodziców czy nawet nauczycieli w planowaniu i prowadzeniu działań profilaktycznych należy nadal do rzadkości, co pokazały także badania przedstawione w drugiej części niniejszego opracowania. Rolę hamującą angażowanie społeczności lokalnej w działania profilaktyczne może grać tendencja do prowadzenia profilaktyki w oparciu o raz wytworzony schemat powtarzających się corocznie zajęć, bez weryfikacji ich adekwatności do potrzeb społeczności szkolnej. Skuteczność profilaktyki spada też przy akcyjności i reaktywności działań, odpowiadających na najbardziej spektakularne i najwyraźniej nagłośnie medialnie objawy problemów, bez wcześniejszej refleksji o ich przyczynach.

## **Spółeczność szkoły jako źródło skuteczności profilaktyki**

Standardy skutecznej profilaktyki picia alkoholu wskazują, że do zapewnienia trwałych rezultatów wskazane jest, aby program profilaktyczny spełniał wiele kryteriów jakości, ale także zapewniał:

1. Prowadzenie działań profilaktycznych z udziałem całej społeczności, zwłaszcza rodziców.
2. Realizację programu w trakcie wielu spotkań, przez wiele lat.

Stwierdzono przy tym, że najbardziej obiecujące są programy szkolne bądź oparte na szkole (Stigler, Neusel, & Perry, 1999).

Wspólną cechą udanych strategii społecznościowych jest poleganie na lokalnych koalicjach instytucjonalnych i nieformalnych w celu wyboru i wdrożenia takich interwencji profilaktycznych, które są najlepiej dostosowane do środowiskowych potrzeb związanych z problemami używania alkoholu. Przegląd badań na temat skuteczności programów opartych na porozumieniach społeczności potwierdza ich wysoką skuteczność. Przykładowo, w Projekcie Społecznej Troski (*Communities That Care*) reprezentanci społeczności lokalnych, po przeprowadzeniu oceny potrzeb, wdrażali programy profilaktyczne o sprawdzonej wartości ukierunkowane na rozpoznane w ich środowiskach potrzeby rodzin, szkół i młodzieży w wieku od 10 do 14 lat. W trakcie corocznej ewaluacji projektu wykazano po czterech latach istotne opóźnienie inicjacji i zmniejszenie ilości i częstości stosowania tytoniu i alkoholu, a także marihuany (Hawkins i in., 2009).

Programy oparte na zaangażowaniu społeczności lokalnej są skuteczne w zmniejszaniu wskaźnika samobójstw wśród młodzieży. Rezultaty osiąga się dzięki przygotowaniu dorosłych niespecjalistów do reagowania na przejawy ryzyka samobójczego. Bliskość społeczna i dostępność porad nieprofesjonalnych zwiększa otwartość

młodzieży na korzystanie ze wsparcia profesjonalnego i podwyższa jej świadomość dostępu do różnych źródeł pomocy (Bean & Baber, 2011).

Podjęcie oparte na wdrożeniu pracy z całą społecznością szkoły i otoczeniem szkoły pełni szczególną rolę w profilaktyce przemocy rówieśniczej. Programy przeciwdziałania przemocy, która dzieje się w środowisku klasy czy szkoły mogą być skuteczne niemal wyłącznie wtedy, kiedy zostaną skierowane do całej społeczności. Diagnoza problemów obejmująca całą społeczność pozwala na wczesne rozpoznanie symptomów przemocy, kiedy ich skutki nie są jeszcze poważne (Brewer, Brewer, & Kulik, 2018). Wczesna interwencja dopasowana do potrzeb zapewnia działania profilaktyczne włączające w zajęcia prowadzone w równoległych grupach sprawców, ofiary i biernych obserwatorów przemocy.

Zaangażowanie społeczności szkolnej w profilaktykę jest zwykle rozłożone bardzo nierównomiernie. Wiele instytucji oferuje zróżnicowaną, często specjalistyczną pomoc osobom borykającym się z problemami uciążliwymi dla reszty środowiska szkoły, jak np. palenie tytoniu, picie alkoholu, stosowanie nielegalnych środków psychoaktywnych, przemoc lub naruszanie prawa. Są to zjawiska budzące żywy oddźwięk ze względu na swoją wyrazistość, niezależnie od rzeczywistej skali. Reakcja jest proporcjonalna do aktualnego nagłośnienia w mediach, co obecnie widać na przykładzie dopalaczy. Duży odzew w społeczności szkoły budzi też widoczna niepełnosprawność fizyczna czy ubóstwo. Jednak i w tak oczywistych sprawach wsparcie kończy się najczęściej na potrzebach osoby bezpośrednio doświadczającej problemów lub stwarzającej problemy otoczeniu, czyli na dokuczliwych objawach, będących wierzchołkiem góry lodowej. Rodziny doświadczające przewlekłej trudności wynikającej z występowania powyższych problemów, a nierzadko też wzmacniające negatywne wzorce u dzieci przejawiających problemy, bywają pozostawione same sobie w borykaniu się z obciążeniami. Nierzadko cierpią też z powodu wykluczenia i ostracyzmu społecznego dotyczącego osoby z „innością”, „groźne” lub „chore”, jak i ich bliskich. Bywają raczej obiektem, niż podmiotem działań zmierzających do zdrowia.

W świetle wyników badań potrzebne wydaje się rzeczywiste wzmocnienie podmiotowej roli rodziny w szkole. Te rodziny z trudnościami, które nie przyjmują biernej lub oportunistyczno-opornej pozycji, mogą być liderami, a nie tylko podopiecznymi pomocy społecznej. Dzielenie się doświadczeniami ukazującymi obszary skuteczności, ale zwłaszcza obszary nieefektywności działań profilaktycznych jest bezcenne dla usprawnienia profilaktyki. Rodziny mogą być adwokatami spraw swoich dzieci, mentorami dla innych rodzin, trenerami, doradcami, ekspertami pokazującymi, jak można skuteczniej borykać się z życiem przepelnionym wyzwaniem, aktywnie współpracując ze specjalistami szkolnymi i pozaszkolnymi. Rola, jaką rodziny zdecydują się przyjąć i ich ustosunkowanie wobec systemu społecznego i systemu pomocy często zależy od dostarczonej im wiedzy i rozwiązań organizacyjnych. Jeżeli organizacyjne rozwiązania profilaktyczne zachęcają do partycypacji, rozpoczęcia aktywnych działań, kontakt z innymi rodzinami aktywnie mierzącymi się z doświadczanymi problemami, mogą zwiększyć zaangażowanie w profilaktykę (Weist i in., 2012). Obecnie promocja wspólnoty działania na rzecz zdrowia w środowisku szkolnym jest w większym stopniu zależna od indywidualnych postaw i umiejętności osób pełniących role liderские i zarządcze, niż od uregulowań systemowych.

Podjęcia systemowe umożliwiające zaangażowanie rodzin w profilaktykę bazują na partycypacyjnych postawach i umiejętnościach pracowników szkoły i wspierających ich specjalistów, wspierające je sformalizowanymi porozumieniami. Wzmacnianie partnerskiej roli rodzin może bazować na strategiach typu Liderstwa przez Jednoczenie się

(*Leading by Convening*), przybliżona dokładniej w dalszej części niniejszego opracowania (Cashman i in., 2014). Strategia może być stosowana na każdym poziomie profilaktyki. Punktem wyjścia jest dostrzeżenie i docenienie przez pracowników szkoły i specjalistów perspektywy rodziny w patrzeniu na istotę problemu. Następnie rozwija się wewnętrzne możliwości prawno-organizacyjne, wzmacnia zachęty i aprobatę społeczną dla rodzin, aby dzięki właściwemu klimatowi wielostronnego zaangażowania zechciały włączyć się w profilaktykę. Szanse na zmianę pokłada się we wspólnym działaniu partnerów szkolnej koalicji profilaktycznej: rodziców, nauczycieli i specjalistów, uważnie wsłuchujących się w głos uczniów (Dusseldorp i in., 2014).

Prawidłowo wdrożona strategia Liderstwa przez Jednoczenie się zapewnia znaczące zaangażowanie wszystkich partnerów i stron spraw, których dotyczą problemy w sposób bardziej kompleksowy i holistyczny niż inne podejścia. Jest to rezultat zawartej w modelu długoterminowej orientacji na zrównoważony rozwój podstawowej formy aktywności w tej przykładowej strategii – Wspólnot Działania. Wspólnoty Działania są zespołami roboczymi bazującymi na zaangażowaniu wielu stron, będących interesariuszami wspierania osiągnięć uczestniczących w projektach uczniów, ich rodzin, pracowników szkoły i specjalistów. Uczestnicy Wspólnot Działania powstających w efekcie wdrożenia strategii Liderstwa przez Jednoczenie się otrzymują i tworzą w trakcie rozwoju Wspólnoty zasoby, narzędzia, informacje i umiejętności pomagające im w rozumieniu i wdrażaniu partnerstw środowiskowych (Cashman, Linehan, & Rosser, 2007). Uczestnicy budują połączenia między osobami potrzebującymi wsparcia i udzielającymi wsparcia, przy czym te role bywają zamienne, w zależności od istoty spraw, którymi zajmuje się Wspólnota Działania. Nauczyciele i specjaliści mogą i nierzadko powinni uczyć się równie często, jak uczniowie i rodzice, co dobitnie pokazały wyniki badań przedstawionych wyżej.

Strategia Liderstwa przez Jednoczenie się pozwala na autentyczne zaangażowanie w procesy wymiany zasobów dzięki możliwości stania się partnerem niezależnie od statusu, w jakim się początkowo wchodzi we Wspólnotę Działania. Uczestnicy mogą podjąć współpracę w kierowaniu zarówno Wspólnotą działania, jak i swoim życiem, poprzez przekazywanie i rozszerzanie zdobywanych kompetencji. Ważnym pierwszym krokiem jest ustalenie sposobu rozumienia i nazywania problemów, zwykle zupełnie różne na początku współpracy. Jedną z najważniejszych zmian dokonujących się we Wspólnotach Działania jest wzrastająca u wszystkich uczestników zdolność do odkrywania podobieństwa wartości i interesów. Typowe formy prowadzenia działań profilaktycznych na rzecz młodzieży i rodzin przez specjalistów i instytucje szkolne skutkują zwykle zamaszkowaniem tej wspólnoty poprzez stosowanie zupełnie innego słownictwa opisującego istotę problemów i potrzeb oraz utrzymywanie sztywnych granic przynależności do odrębnych, pozornie nieprzenikalnych światów: świata bezradnych, kłopotliwych dla otoczenia osób z problemami i świata zaradnych, pomagających im specjalistów. Brak okazji do stworzenia relacji potrzebnych do aktywnego zaangażowania się we wzajemne kontakty z częstotliwością wystarczającą do zbudowania zaufania może jednak być skutecznie zmieniony.

Kluczową rolę w inicjacji zmiany postaw wobec profilaktyki w szkole grają nauczyciele i szkolni specjaliści, mający najczęstszy i najlepszy kontakt ze wszystkimi uczestnikami społeczności szkolnej zainteresowanymi zmianą i potrzebującymi rozwoju. Należy przy tym podkreślić wagę doceniania (i nagradzania) stałych wysiłków profilaktycznych wielu oddanych uczniom nauczycieli, którzy w obecnych warunkach podejmują się działalności profilaktycznej i rozwijają swoje kompetencje w tym zakresie. Wydaje się, że



mimo wspomnianych wcześniej trudności, to właśnie środowisko nauczycielskie jest jednym z bardziej aktywnych na tym polu, dobrze pojmując specyfikę swego szlachetnego zawodu.

## Bibliografia

- Bean, G., & Baber, K. M. (2011). Connect: An Effective Community-Based Youth Suicide Prevention Program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41, 87–97. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2010.00006.x>
- Bialecki, I., Jakubowski, M., & Wiśniewski, J. (2017). Education policy in Poland: The impact of PISA (and other international studies). *European Journal of Education*, 52(2), 167–174. <https://doi.org/10.1111/ejed.12216>
- Brewer, S. L., Brewer, H. J., & Kulik, K. S. (2018). Bullying Victimization in Schools: Why the Whole School, Whole Community, Whole Child Model Is Essential. *Journal of School Health*, 88(11), 794–802.
- Cashman, J., Linehan, P. C., Purcell, L., Rosser, M., Schultz, S., Skalski, S., & National Association of State Directors of Special Education (NASDSE), I. P. (2014). *Leading by Convening: A Blueprint for Authentic Engagement*. Idea Partnership. Pobrano z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED584148&lang=pl&site=ehost-live>
- Cashman, J., Linehan, P., & Rosser, M. (2007). *Facilitating Community: Key Strategies for Building Communities of Practice to Accomplish State Goals*. *New Eyes: Meeting Challenges through Communities of Practice*. Alexandria: Idea Partnership. Pobrano z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED526904&lang=pl&site=ehost-live>
- Dusseldorp, E., Klein Velderman, M., Paulussen, T. W. G. M., Junger, M., van Nieuwenhuijzen, M., & Reijneveld, S. A. (2014). Targets for primary prevention: cultural, social and intrapersonal factors associated with co-occurring health-related behaviours. *Psychology & Health*, 29(5), 598–611. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.879137>
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A., & Catalano, R. F. (2009). Results of a Type 2 Translational Research Trial to Prevent Adolescent Drug Use and Delinquency: A Test of Communities That Care. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(9), 789–798. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.141>
- NIK. (2017). *Przeciwdziałanie zaburzeniom psychicznym u dzieci i młodzieży szkolnej* (No. P/16/026). Warszawa.
- OECD. (2018). *Equity in Education*. <https://doi.org/10.1787/9789264073234-en>
- Stigler, M., Neusel, E., & Perry, C. (1999). School-Based Programs to Prevent and Reduce Alcohol Use among Youth. *The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(2), 157–162.
- Weist, M. D., Mellin, E. A., Chambers, K. L., Lever, N. A., Haber, D., & Blaber, C. (2012). Challenges to Collaboration in School Mental Health and Strategies for Overcoming Them. *Journal of School Health*, 82(2), 97–105.

### 3.3 Narzędzia skutecznej promocji zdrowia

Promocji zdrowia przypisuje się wiele obszarów działania (por. Karta Ottawska) obejmujących wpływanie na tworzenie polityki zdrowia publicznego i poszerzaniu działania sektora medycznego jak i obejmujących węższy zakres oddziaływań na poziomie wspólnot i społeczności lokalnych polegających na określaniu priorytetów i działań na rzecz zdrowia. Poza różnymi poziomami, na których realizowana może być promocja zdrowia, z różnych jej nurów wyodrębniła się w ostatnich dekadach promocja zdrowia psychicznego, która skoncentrowana jest na działaniach specyficznych dla zdrowia psychicznego (Czabała 2000, za: Woynarowska 2008):

- rozwijaniu indywidualnych dyspozycji człowieka, w tym umiejętności zaspokajania swoich potrzeb, realizacji zadań życiowych, rozwiązywania problemów życiowych,
- tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu psychicznemu.

Z szerokiego spektrum oddziaływań promocji zdrowia w centrum naszych zainteresowań jest szkoła jako ważne środowisko oddziałujące na rozwój dzieci i młodzieży, w którym kształtowane i utrwalana są indywidualne i kulturowe wzorce zachowań młodego pokolenia. Z tej perspektywy szkole przypisuje się szczególną rolę w promocji zdrowia psychicznego polegającą na (Korzeniowska i in. 2013):

- budowaniu kultury szkoły, w której zdrowie psychiczne jest cenione i promowane,
- kreowaniu wśród uczniów i personelu podstawowych umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego,
- wdrażanie w klasach szkolnych programów wspierających dobrostan emocjonalny, kreujących zachowania zdrowotne,
- korzystanie ze sprawdzonych rozwiązań.

W 2014 roku na potrzeby Biura Analiz Sejmowych przedstawione zostały rekomendacje dotyczące systemowych rozwiązań wspierających działania szkół na rzecz zdrowia (Woynarowska i in. 2014), które nie straciły na aktualności. Wśród nich znajdują się:

- uznanie roli jaką odgrywa szkoła w ochronie i promocji zdrowia,
- powiązanie edukacji zdrowotnej i profilaktyki oraz łączenie ich z innymi elementami systemu promocji zdrowia,
- korzystanie ze sprawdzonych rozwiązań,
- podjęcie systemowych, długofalowych działań wymagających współdziałania: resortów edukacji, zdrowia oraz nauki i szkolnictwa wyższego; ośrodków naukowych, administracji szkolnej, nauczycieli, rodziców, agencji rządowych i organizacji pozarządowych,
- zintegrowanie promocji zdrowia z podstawowymi zadaniami szkoły, wspieranych przez system kształcenia i doskonalenia nauczycieli,
- rekomendowanie szkołom programów edukacyjnych i profilaktycznych o wysokiej jakości i udowodnionej empirycznie skuteczności.

W dalszej części przedstawione zostaną rekomendacje płynące z wstępnego przeglądu wyników przeprowadzonych badań, odnoszące się do obszarów związanych z tworzeniem środowiska sprzyjającego utrzymaniu zdrowia oraz wpływowi jaki mogą wywierać działania podejmowane w szkole dla wspierania rozwoju osobistych umiejętności uczniów, realizacji zadań życiowych i rozwiązywania problemów życiowych.

## **Rekomendacje**

### ***Uczniowie w wieku 7-9 lat (I-III klasa szkoły podstawowej)***

- Pozytywny wpływ na zachowania uczniów mają programy profilaktyczne trwające wiele godzin. Na podstawie przeprowadzonych analiz sądzić można, że optymalny czas ich trwania zajęć to 10 do 30 godzin w roku szkolnym. Wielogodzinnym działaniom profilaktycznym towarzyszy wzrost pozytywnych zachowań (socjalizacyjnych) uczniów, jednocześnie nie przyczyniają się do wzrostu zachowań niepożądanych.
- Działania profilaktyczne przyczyniają się do poprawy klimatu szkoły odczuwanego przez uczniów. Pozytywny wpływ ma realizowanie rekomendowanych programów profilaktyki, trwających od 10 do 30 godzin w roku szkolnym i zawierających dwa różne działania.
- Ważną rolę pełni spędzanie czasu przez uczniów na alternatywnych działaniach. Dlatego organizacja indywidualnych działań profilaktycznych (np. terapia pedagogiczna) powinna być realizowana w taki sposób, aby uczniowie mogli uczestniczyć w zajęciach alternatywnych.
- Wszelkie rodzaje działań profilaktycznych przyczyniają się do rozwoju pozytywnych zachowań, natomiast realizacja programów rekomendowanych przyczynia się do zmniejszania częstotliwości zachowań niepożądanych.
- Nauczyciele jako realizatorzy zajęć profilaktycznych w większym stopniu przyczyniają się rozwijania pozytywnych zachowań niż prowadzący spoza szkoły.
- Obserwowane u uczniów nieprzestrzeganie norm i brak spełniania oczekiwań szkolnych wiążą się takimi elementami klimatu szkolnego jak: postawa wobec nauczycieli, poczucie bezpieczeństwa w szkole, postawa wobec nauki i szkoły. Działania wychowawcze i profilaktyczne, które obejmują wskazane obszary klimatu sprzyjają prawidłowemu rozpoznawaniu i przestrzeganiu norm oraz oczekiwań.
- Udział uczniów w zajęciach wychowawczo-profilaktycznych sprzyja większej otwartości na rówieśników i otoczenie. Im większa liczba działań profilaktycznych, tym mniejsza tendencja w zachowaniu ucznia do koncentrowania uwagi na sobie.
- Poziom socjalizacji ucznia, obserwowany m.in. przez takie zachowania jak pomaganie innym, dążenie do rozwiązywania konfliktów i podejmowanie współpracy, wiąże się z postawą wobec szkoły, nauki i nauczycieli oraz z częstotliwością udziału w zajęciach alternatywnych. Uwzględnienie w działaniach profilaktycznych wskazanych obszarów klimatu szkolnego oraz zagwarantowanie uczniom udziału w zajęciach alternatywnych wspólnie z rówieśnikami, rozwija ich umiejętności społeczne.

- Pozytywna postawa ucznia wobec szkoły i nauki oraz jego zaangażowanie w działania alternatywne sprzyjają również kształtowaniu aktywności i samodzielności. Działania profilaktyczne ukierunkowane na wskazane czynniki wiążą się z rozwijaniem u uczniów aktywności w klasie, podejmowaniem własnych inicjatyw, rozwojem zainteresowania przedmiotem nauki i posiadanymi uzdolnieniami.
- W grupie uczniów charakteryzującej się największym stopniem przystosowania do norm i sytuacji szkolnej, największe znaczenie wśród czynników składających się na klimat szkolny ma postawa uczniów wobec nauczycieli. Pozytywna postawa wobec nauczycieli sprzyja konstruktywnym zachowaniom uczniów a relacja uczeń-nauczyciel powinna być uwzględniana w programach profilaktycznych jako obszar pracy.
- Czynniki szczególnie wyróżniającymi uczniów o wysokim poziomie przystosowania do norm i oczekiwań szkolnych są: zainteresowanie lekcją i dążenie do jej pełnego zrozumienia, aktywność i zgłaszanie się, podejmowanie własnych inicjatyw, wiara we własne możliwości, tendencja do pomagania rówieśnikom, umiejętność współpracy z nimi, dążenie do zrozumienia popełnianych błędów. Wymienione cechy i umiejętności można uznać za obszary istotne w realizowaniu programów profilaktyki uniwersalne na rzecz uczniów w omawianym przedziale wiekowym.

#### ***Uczniowie w wieku 10-12 lat (klasy IV-VI szkoły podstawowej)***

- Unikać należy ograniczania profilaktyki do tematycznych godzin wychowawczych lub lekcji. Skuteczniejsze w zmniejszaniu częstotliwości zachowań ryzykownych uczniów są programy o udowodnionej jakości.
- Udział w rekomendowanych programach przyczynia się do podejmowania własnej aktywności rozwojowej i uczestnictwa w zajęciach pozaszkolnych, jak również do zwiększenia własnej inicjatywy w nawiązywaniu relacji rówieśniczych i osłabiania poczucia izolacji od grupy
- Zajęcia trwające 10 do 30 godzin w roku najsilniej wpływają na budowanie pozytywnych relacji między uczniami.
- Efekty pracy z uczniami nad impulsywnością, jako dyspozycją osobowościową silnie powiązaną z tendencją do zachowań ryzykownych, zależą od kwalifikacji osób prowadzących profilaktykę. Taki obszar pracy wymaga specjalistycznego przygotowania i doświadczenia.
- Niezależnie od typu programu i długości jego trwania, szkolne działania profilaktyczne nie wspierają uczniów, których reakcja na sytuacje stresowe jest niekonstruktywna lub wiąże się z tendencją do izolacji i nadmiernej koncentracji na przeżywanych emocjach. Uwzględnienie w treści działań profilaktycznych umiejętności radzenia sobie ze stresem będzie odpowiedzią na trudności uczniów w tym obszarze.

### *Uczniowie w wieku 13-15 lat (klasy VII i VIII szkoły podstawowej oraz klasy gimnazjalne)*

- Rodzaj szkolnych działań profilaktycznych wiąże się ze zmianami w obszarze kontaktów młodzieży z rodzicami. Uczniowie uczestniczący w zajęciach profilaktycznych realizowanych w postaci tematycznych godzin wychowawczych zadeklarowali poprawę jakości kontaktów z rodzicami. Tematyczne godziny wychowawcze to forma działań odpowiadająca na bieżące problemy i trudności uczniów.
- Tematyczne godziny wychowawcze sprzyjają podejmowaniu przez uczniów dodatkowej aktywności o charakterze rozwojowym. Młodzież uczestnicząca w godzinach wychowawczych poświęconych profilaktyce, częściej niż uczestniczący w innych formach działań, angażowała się w pozaszkolne zajęcia lub wybierała indywidualne formy dodatkowego rozwoju (m.in. czytanie książek i artykułów, uczestnictwo w wolontariacie, harcerstwie, zajęciach artystycznych i tematycznych, własna aktywność sportowa lub artystyczna, i in.).
- Prawdopodobnie ze względu na wysokie dopasowanie do bieżących potrzeb uczniów, tematyczne godziny wychowawcze najlepiej wspierają uczniów w rozwijaniu konstruktywnych form radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W przypadku tej formy zajęć zaobserwowano znaczący spadek częstości angażowania się w kompulsywne reakcje, takie jak sięganie po używki czy stosowanie agresji.
- W trakcie roku szkolnego zaobserwowano wzrost ogólnego odsetka uczniów z trudnościami edukacyjnymi (oceny szkolne, oceny z zachowania, wagarowanie, powtarzanie klasy). Do działań profilaktycznych w największym stopniu odpowiadających na ten rodzaj trudności należą programy o udowodnionej skuteczności.
- Kwalifikacje osoby prowadzącej zajęcia profilaktyczne pozostają w relacji do oceny wsparcia otrzymywanego od wychowawcy klasy. Uczniowie uczestniczący w zajęciach profilaktycznych prowadzonych przez nauczyciela gorzej oceniają wsparcie wychowawcy. W tym wymiarze skuteczniejsze są zajęcia prowadzone przez specjalistów zajmujących się profilaktyką lub psychologów i pedagogów szkolnych. Wynika to prawdopodobnie z różnic w zakresie oczekiwań wobec wychowawcy klasy i specjalistów udzielających uczniom wsparcia.
- Działania nauczycieli w ramach szkolnych zajęć profilaktycznych sprzyjają przekazywaniu rzetelnych informacji na temat oddziaływania środków odurzających. Uczniowie, których zajęcia były prowadzone przez nauczycieli zdobyli najwięcej informacji w tym obszarze.
- Udział w kilku różnych działaniach profilaktycznych w trakcie roku wiąże się z bardziej pozytywną postawą uczniów wobec szkoły. Systematyczność zajęć profilaktycznych jest czynnikiem wzmacniającym klimat szkoły. Wiąże się również z poziomem impulsywności młodzieży. Realizacja profilaktyki wspiera uczniów w wieku 13-15 lat w kontrolowaniu zachowania i podejmowaniu działań mniej impulsywnych.
- Realizowanie programów profilaktycznych trwających ok. 30 godzin sprzyja konstruktywnym zmianom w zakresie częstości kontaktów uczniów z rodzicami i jakości kontroli rodzicielskiej. Dłuższe programy, które kierowane są do różnych grup odbiorców, zwiększają rolę rodziców w obszarze profilaktyki.

### ***Uczniowie liceów ogólnokształcących w wieku 16-18 lat***

- Najbardziej skuteczną formą odpowiedzi na czynniki ryzyka i zachowania ryzykowne obserwowane w środowiskach uczniowskich są działania profilaktyczne o sprawdzonej skuteczności i trwające co najmniej 10 godzin. Wychowawcy klas i zajęcia realizowane w postaci tematycznych godzin wychowawczych pełnią ważną rolę w odpowiedzi na bieżące problemy uczniów.
- Uczniowie liceów, którzy nie biorą udziału w działaniach profilaktycznych aktywnie korzystają ze wsparcia wychowawcy klasy i wyżej oceniają znaczenie jego działań. Brak profilaktyki jest w ich przypadku równoważony pracą wychowawcy. Wskazuje to na istotną rolę wychowawców klas we wspieraniu uczniów i profilaktyce zachowań ryzykownych.
- Zajęcia profilaktyczne mające postać ustrukturalizowanych programów prowadzą do konstruktywnych zmian w zakresie zachowania uczniów, które to zmiany przekładają się na wyższe oceny z zachowania. Uczniowie, którzy nie biorą udziału w zajęciach profilaktycznych lub uczestniczą tylko w tematycznych godzinach wychowawczych, nie poprawiają swojego zachowania w wymiarze ogólnej jego oceny.
- Realizowanie działań profilaktycznych, zarówno w postaci godzin wychowawczych jak i bardziej złożonych programów, osłabia oddziaływanie istotnych czynników ryzyka w postaci ekspozycji na rówieśnicze i rodzinne wzorce zachowań ryzykownych. W grupie licealistów nie otrzymujących wsparcia, oddziaływanie wymienionych czynników ulega nasileniu. Najbardziej skuteczni w osłabianiu ryzyka wynikającego z negatywnych wzorców rówieśniczych są nauczyciele jako realizatorzy profilaktyki.
- Realizacja działań profilaktycznych, niezależnie od ich rodzaju, nie oddziałuje bezpośrednio na trudności edukacyjne uczniów (np. niskie oceny, zaległości w nauce). Zmiany w wymiarze edukacyjnym są pośrednim efektem zajęć profilaktycznych.
- Spośród różnych specjalistów prowadzących zajęcia profilaktyczne, praca pedagogów i psychologów szkolnych w największym stopniu wiąże się ze zmianami w jakości relacji rodziców z uczniami i zwiększeniem konstruktywnej kontroli rodzicielskiej. Szkolni specjaliści w największym stopniu wspierają rodziców licealistów w obszarze działań psychoprofilaktycznych.
- Pozaszkolni specjaliści realizujący profilaktykę są skuteczniejsi od pozostałych grup realizatorów – nauczycieli, pedagogów lub psychologów szkolnych – w zakresie pracy nad relacjami rówieśniczymi w klasach licealnych.
- Realizowanie kilku działań profilaktycznych w ciągu roku szkolnego jest efektywną formą pracy z uczniami liceów w takich obszarach jak: poprawa zachowania, utrzymanie pozytywnego stosunku wobec szkoły i wsparcia otrzymywanego ze strony nauczycieli.

### ***Uczniowie techników i zasadniczych szkół zawodowych w wieku 16-18 lat***

- Opublikowane i rekomendowane programy profilaktyczne najskuteczniej ograniczają zachowania ryzykowne przejawiane przez młodzież z techników i szkół zawodowych.

- Rodzaj działań profilaktycznych wiąże się ze zmianami w postawach uczniów wobec zachowań ryzykownych. Programy rekomendowane o sprawdzonej skuteczności zmniejszają akceptację zachowań ryzykownych – uczniowie częściej uznają je za niedopuszczalne i sprzeczne z normami. Im większa liczba działań profilaktycznych w trakcie roku, tym silniejsze zmiany postaw.
- Realizacja działań profilaktycznych w grupie uczniów techników i szkół zawodowych zwiększa wiedzę młodzieży na temat szkodliwości i niebezpieczeństw wynikających ze stosowania środków psychoaktywnych.

## Literatura

- Czabala, Cz. (2006). Wprowadzenie. W: Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja. Cz. Czabala (red.) Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Korzeniowska, E., Pyżalski, J., Plichta, P., Puchalski, K., Goszczyńska, E, Knol-Michalowska, K., Petrykowska, A, (2013). Podręcznik promocji zdrowia psychicznego w placówce edukacyjnej, MHP Hands Consortium, <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/school-settings-training/sst-pl/index.html>
- Woynarowska, B., (2008). Kształcenie kadr dla promocji zdrowia w Polsce i Unii Europejskiej, w: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, (Red.) Promocja zdrowia psychicznego: badania i działania w Polsce. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woynarowska, B., Ostaszewski, K., Kulmatycki, L. (2014). Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje. Studia BAS, Nr 2(38) 2014, s. 169–187

### 3.4 Programy profilaktyki przemocy rówieśniczej i cyberbullyingu

Przemoc rówieśnicza od blisko pół wieku (połowa lat siedemdziesiątych XX wieku) stanowi przedmiot dociekań naukowych przedstawicieli nauk społecznych. Problem krzywdzenia młodych ludzi przez rówieśników traktowany jest jako szczególnie poważny i wymagający skutecznych oddziaływań. Problem ten budzi także sporo emocji społecznych, zwłaszcza w przypadkach, pojawienia się poważnych, tragicznych przypadków przemocy rówieśniczej zakończonych np. nagłonnym samobójstwem ofiary. Niestety często nacisk kładziony jest jedynie na techniczne środki zapobiegania problemowi, np. monitoring lub rozwiązania o charakterze konsekwencji prawnych w poważniejszych sytuacjach. Naciski tego typu są często w opozycji do ustaleń badawczych i praktycznych dotyczących rozwiązań, które rzeczywiście mogą przynieść efekt w postaci redukcji przemocy rówieśniczej.

Samo zjawisko ulega także dynamicznym przemianom. Zmiany społeczno-kulturowe znajdują swoje odzwierciedlenie w jakościowych przejawach zjawiska, a tym samym zmuszają do namysłu nad potrzebą dostosowania lub poszerzenia rozwiązań w zakresie przeciwdziałania mu. Jednym z istotniejszych aspektów współczesności, który przełożył się na styl funkcjonowania młodego pokolenia jest upowszechnienie internetu, a co za tym idzie różnych form tzw. komunikacji zapośredniczonej, powszechnie wykorzystywanej przez młodych ludzi (Tokunaga, 2012). Ma to także związek ze zjawiskiem przemocy rówieśniczej, głównie ze względu na to, że instrumenty tzw. nowych mediów mogą stanowić i stanowią narzędzie jej realizacji (Olweus, 2013).

Typologie przemocy rówieśniczej z reguły bazują na podziale związanym z tym jakiego rodzaju wrogie działania podejmuje sprawca wobec ofiary. I tak w tradycyjna przemoc rówieśnicza obejmowała przemoc fizyczną (która może polegać zarówno na atakowaniu samej ofiary, jak i przedmiotów do niej należących oraz przemoc słowną. Po 2005 doszła jeszcze przemoc elektroniczna (cyberprzemoc), w której sprawcy wykorzystują internet i telefony komórkowe jako narzędzia wrogich działań. W późniejszym określenie zainteresowanie badaczy skierowano także na tzw. przemoc relacyjną związaną przede wszystkim z wycofaniem z relacji, wykluczeniem z grupy oraz manipulacją relacjami społecznymi w grupie (np. w zespole klasowym) w taki sposób, że sytuacja ofiary staje się bardzo niekorzystna. Wiąże się to przede wszystkim z brakiem relacji lub niskiej jakości relacjami z rówieśnikami, co w zestawieniu z potrzebami rozwojowymi związanymi z przynależnością do grupy rówieśniczej (szczególnie w przypadku adolescentów) jest dla ofiary zwykle bardzo trudne (Jaskulska, Poleszak, 2015; Oleszkowicz, Senejko, 2013). Należy zauważyć, iż badania zrealizowane w obecnym projekcie diagnozowały w sposób pogłębiony ten rodzaj przemocy rówieśniczej i wykazały jego znaczne nasilenie. Dodatkowo w badaniach wykazaliśmy, że doświadczanie przemocy relacyjnej powiązane jest z innymi zachowaniami ryzykownymi. Przykładowo prawie 13% uczniów w wieku 14-16 lat z grupy wysokiego ryzyka nie mogła liczyć na pomoc/pocieszenie ze strony ani jednej osoby w klasie. Oznacza to możliwość kumulacji problemów także w obszarze relacji rówieśniczych.

Jeśli idzie o konsekwencje, to wyniki badań są jednoznaczne – doświadczanie poważnej przemocy rówieśniczej (bullyingu) powoduje problemy w obszarze zdrowia



psychicznego młodych ludzi zarówno w krótkim okresie, jak i długotrwanie (Ttofi, Farrington, Lösel, Loeber, 2011; Zych, Ortega-Ruiz, Del-Rey, 2015).

## **Rekomendacje dotyczące programów profilaktyki tradycyjnej i elektronicznej przemocy rówieśniczej**

Szczegółowa analiza wyników badań oraz treści i sposobów implementacji rozwiązań (przy zastrzeżeniu dotyczących różnic kulturowych oraz specyfiki grup wiekowych) pozwala na sformułowanie kluczowych rekomendacji dla skutecznych działań profilaktycznych. Rekomendacje te dotyczyły będą zarówno generalnych założeń realizacji programów, jak i treści stosowanych rozwiązań.

### **Programy kompleksowe**

Przemoc rówieśnicza, mimo tego, że przejawia się w różny sposób, nie może być traktowana w programach w sposób fragmentaryczny. Niestety, badania wskazują, iż niektóre typy przemocy tego rodzaju, przede wszystkim relacyjna (wykluczenie z grupy) są rzadziej dostrzegane i często nieuwzględniane w realizowanych programach. Jest to duży błąd w metodyce realizacji, gdyż w większości przypadków przemoc relacyjna stanowi początkowy etap procesów przemocowych w grupie a inne jej przejawy dochodzą na dalszych etapach. Jednocześnie pewne rodzaje przemocy, w szczególności cyberprzemoc (cyberbullying) bywają traktowane jako poważniejsze a profilaktyka ich dotycząca realizowana jest w oddzielnych programach. Nie jest to dobra tendencja, gdyż jak wskazują badania cyberprzemoc i tradycyjna przemoc to zjawiska silnie powiązane. W przypadku sprawstwa prawie nigdy nie bywa tak, że młody człowiek angażuje się w cyberprzemoc a jednocześnie nie podejmuje sprawstwa przemocy tradycyjnej (Pyżalski, 2018).

Biorąc pod uwagę powyższe rekomendowanym podejściem jest konstruowanie i wdrażanie programów traktujących przemoc rówieśniczą kompleksowo i uwzględniających jako podstawę włączanie czynników, które w sposób uniwersalny będą zapobiegać takiej przemocy (np. działań nastawionych na budowanie relacji w zespole klasowym).

### **Programy obejmujące całościowe działania szkoły**

Metananalizy skuteczności oddziaływań profilaktycznych oraz analizy najbardziej rozpowszechnionych programów (np. norweskiego programu Zero) wskazują, iż powszechne w nich obejmujące całą szkołę (Mishna, 2009; Roland, Vaaland, 2011, Wong i in., 2011). Oznacza to z jednej strony posiadanie określonej polityki antyprzemocowej. Obejmować ona powinna zrozumiały nie tylko dla profesjonalistów, ale i uczniów i ich rodziców oraz opiekunów spójny zestaw rozwiązań, które placówka wdraża w obszarze przeciwdziałania przemocy rówieśniczej. Jest zatem ważne nie tylko posiadanie takiego systemu, ale i sposoby jego komunikowania wszystkim ważnym grupom. Przede wszystkim ważne jest jednak wdrożenie spójnego systemu wysokiej jakości oddziaływań. Należą do nich następujące logicznie powiązane elementy:

1. **regularne monitorowanie problemu.** Może ono obejmować stosowanie badań kwestionariuszowych różnych aktorów życia szkolnego (uczniów, nauczycieli, rodziców), jakościowe metody badawcze – wywiady indywidualne i fokusowe z uczniami, analizy przypadków przemocy rówieśniczej, które wydarzyły się w szkole (także pod kątem zastosowanych rozwiązań i ich skuteczności). Ważnym elementem jest tutaj jakość prowadzonych diagnoz i stosowanych narzędzi. Niestety jest tak, że narzędzia tego typu, szczególnie stosowane w badaniach ilościowych kwestionariusze nie opierają się o żadne założenia teoretyczne i są błędnie skonturowane (np. pomijają istotne typy przemocy, nie różnicują częstotliwości sprawstwa lub wiktyimizacji, itd.) Oznacza to, że uzyskane wyniki

nie są wystarczającej jakości, by na ich podstawie prowadzić w szkole sensowne działania profilaktyczne.

2. **Zespołowe radzenie z konkretnymi przypadkami bullyingu.** Kluczowe dla skutecznego działania jest to, by profesjonaliści pracujący w szkole działali wspólnie prowadząc działania profilaktyczne, szczególnie w przypadkach, gdzie interweniuje w sytuacjach już funkcjonującego bullyingu. Współpraca ta dotyczyć może uwspólnienia diagnozy, przepływu informacji, spójności oddziaływań, procesu podejmowania decyzji dotyczących stosowanych rozwiązań, itd. Działania pojedynczego nauczyciela nawet bardzo zaangażowanego zagrożone są znacznym ryzykiem błędu
3. **Współpraca całego personelu szkoły.** Ścisła współpraca personelu szkoły może być traktowana jako integralny element podejścia obejmującego całą szkołę. Częstym błędem jest tu niestety, że współpraca obejmuje jedynie personel pedagogiczny lub nie ma jej wcale (por. Pyżalski, Merecz, 2010).. Pozostali pracownicy (np. administracja, pracownicy obsługi) nie są przeszkoleni wtedy w zakresie zauważania i przeciwdziałania przemocy ani w przepływie informacji. Dobrą praktyką profilaktyczną jest zatem wykorzystanie potencjału całej społeczności szkolnych profesjonalistów. W pewnym zakresie wszyscy powinni być przeszkoleni oraz zapoznani ze szkolnym podejściem do przeciwdziałania przemocy w szkole, a także w odpowiednim zakresie włączeni do rozwiązywania konkretnych przypadków przemocy rówieśniczej.

#### **Przygotowanie nauczycieli**

Nauczyciele są głównymi wykonawcami wdrażającymi określone rozwiązania w szkole, nie tylko w zakresie działań edukacyjnych, ale i codziennej reakcji na przemoc. Bez ich sensownego przygotowania nawet najlepsze programy nie zostaną sensownie zrealizowane. Najbardziej znane na świecie całościowe programy (np. program Zero, czy KiVa) (np. Roland, Vaaland, 2011; Smith, Ananiadou, 2003) obejmują szereg szkoleń dla nauczycieli obejmujących następujące treści programowe:

1. Diagnoza bullyingu zarówno w obszarze jego przejawów, jak i przebiegu procesu w grupie (w tym zastosowanie i interpretacja wyników konkretnych narzędzi).
2. Metody profilaktyki i interwencji, często obejmujące ćwiczenie określonych umiejętności, np. rozmowa ze sprawcą, reakcje na mniejsze przejawy przemocy rówieśniczej, metody mediacyjne, itd.
3. Trening w zakresie wdrażania określonych rozwiązań edukacyjnych.
4. Stosowanie procedur prawnych związanych z przemocą rówieśniczą (np. określenie kiedy rozwiązania prowadzone jedynie w szkole są niewystarczające).

Warto tu wskazać, iż jednym z ważnych, ale wciąż pomijanych aspektów jest specyfika przemocy rówieśniczej, gdzie ofiarami są młodzi ludzie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, którzy co spójnie pokazują badania doświadczają takiej przemocy znacznie częściej (Plichta, 2016, 2017). Warto zatem szczególną uwagę poświęcić jakości programów profilaktycznych w szkołach do których uczęszcza sporo dzieci ze specjalnymi potrzebami lub dzieci doświadczające specyficznych problemów.

Rekomendowany jest tutaj szczegółowy i metodyczny charakter szkoleń. Lepsza jest dokładna znajomość metodyki wdrażania nawet niewielkich rozwiązań niż szerokie podstawy teoretyczne, których profesjonaliści w żaden sposób nie potrafią przełożyć na praktykę.

#### **Budowanie z uczniami reguł klasowych w zakresie traktowania innych**

Jedną ze skutecznych form oddziaływań zapobiegawczych jest budowanie wraz z uczniami zestawu reguł odnoszącego się do traktowania innych w społeczności szkolnej. Zasady takie powinny powstawać w wyniku pracy zespołowej i być produktem pracy uczniów a nie polegać na podawaniu tych zasad przez nauczyciela. Koncentrujemy się tu zatem na współtworzeniu zasad, jak i ich rozumieniu, rezygnując z podejścia moralizatorskiego (Kolodziejczyk, 2004; Stec, 2018). Ważne jest także egzekwowanie wspólnie ustalonych reguł postępowania. Podkreśla się tutaj, że konsekwencje formalne (w tym kary) powinny pojawiać się jako ostateczne rozwiązanie, gdy rozwiązania o innym charakterze okazały się nieskuteczne (Kolodziejczyk, 2004).

### **Stosowanie wysokiej jakości działań edukacyjnych dla uczniów**

Chociaż same działania edukacyjne związane z przeciwdziałaniem przemocy są niewystarczające dla skutecznego działania, to ich prowadzenie jest elementem programów profilaktycznych i powinno być one wysokiej jakości. Działania edukacyjne obejmują bardzo szeroki wachlarz rozwiązań oraz materiałów edukacyjnych. Mogą to być proste hasła wywieszane w szkole, plakaty, czy ulotki ale mogą to być także bardziej rozbudowane poradniki czy wręcz podręczniki dla uczniów. Materiały mogą mieć także formę tekstów lub filmów instruktażowych dotyczących np. tego jak reagować jako ofiara, sprawca lub świadek przemocy rówieśniczej. Mogą mieć też charakter produkcji artystycznych nastawionych na pobudzenie u uczniów emocji i refleksji związanych z problematyką krzywdzenia rówieśniczego (np. literatura dziecięca i młodzieżowa). Wśród najnowszych rozwiązań pojawia się wykorzystanie cyfrowych materiałów tj. antyprzemocowe materiały edukacyjne, nastawione np. na naukę kompetencji społecznych, w tym empatii w stosunku do ofiar (Yang, Salmivalli, 2015).

Przy projektowaniu oddziaływań edukacyjnych i materiałów edukacyjnych istotne jest dostosowanie ich do grupy docelowej, ale przede wszystkim ich treść. Badania pokazują przykładowo częste pomijanie w tego typu działaniach roli świadków w reagowaniu na przemoc rówieśniczą, podczas, gdy ich aktywne działanie jest jednym z najskuteczniejszych sposobów przeciwdziałania przemocy (Catanzaro, 2011; Karna i in., 2010; Salmivalli, Voeten, Poskiparta, 2011; Salmivalli i in., 1996).

### **Edukacja rodziców/opiekunów uczniów**

Włączenie rodziców/opiekunów uczniów w profilaktykę bullingu jest jednym z rekomendowanych oddziaływań w większości najszerszej wdrażanych programów. Spójność oddziaływań środowiska domowego i szkoły jest traktowania jako kluczowa. Minimalnym zalecanym poziomem jest informowanie ich o tym, jakie jest podejście szkoły do przemocy rówieśniczej i jakie rozwiązania i procedury w tym zakresie obowiązują. Możliwości dystrybucji informacji są szerokie, od ulotek, czy treści umieszczonych na stronie internetowej szkoły po rozbudowane szkolenia czy materiały poradnikowe. Wskazują one rodzicom jakie działania należy podjąć, gdy ich dziecko jest ofiarą lub sprawcą bullingu.

### **Praca ze sprawcami i ofiarami i świadkami**

Rekomenduje się prowadzenie oddziaływań nastawionych na **wszystkich** aktorów bullingu, tj. sprawców, ofiar i świadków. Praca z pierwszymi dwoma typami osób zaangażowanych powinna mieć charakter bezpośredni i indywidualny a praca ze świadkami może być indywidualna lub przyjmować formę pracy z grupą.

W przypadku ofiar idzie o uczenie radzenia sobie z sytuacjami doświadczania przemocy rówieśniczej – przykładowo asertywnej komunikacji, czy radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Działania są prowadzone w postaci treningów indywidualnych i grupowych a także, w niektórych najpoważniejszych przypadkach przyjmują one formę działań psychoterapeutycznych (Ross, 2002; Węgrzynowska, 2016). W przypadku ofiar

provokujących (*bully-victim*) działania polegają także na uczeniu młodych ludzi bardziej konstruktywnych zachowań wobec rówieśników (Węgrzynowska 2016).

Wreszcie świadkowie zależnie od postawy decydują często o dynamice (przyspieszeniu lub wyhamowaniu bullyingu) w klasie. Niestety, pomimo występowania wyraźnej potrzeby metaanalizy wskazują, iż działania angażujące świadków rzadko stanowią istotny element programów antybullyingowych (TTofi, Farrington, 2011).

Podsumowując, działania dotyczące przeciwdziałania przemocy rówieśniczej muszą być oparte na pogłębionej wiedzy i szeroko zakrojone. Najpopularniejszy edukacyjny model w tym zakresie jest ze względu na charakter problemu niewystarczający.

Warto zaznaczyć, że w naszym kraju stworzono programy uwzględniające większość założeń dobrej praktyki realizowania programów antyprzemocowych. Dobrym przykładem jest Program IMPACT – Interdyscyplinarny Model Przeciwdziałania Agresji i Cyberprzemocy Technologicznej<sup>12</sup>. Program ten przyjmuje następujące podejścia edukacyjno-profilaktyczne:

1. profilaktyka pozytywna rozumiana jako zwiększanie konstruktywnych i twórczych propozycji aktywności w Sieci – będąca alternatywą dla niepożądanych, agresywnych zachowań
2. Holistyczne podejście do przemocy rówieśniczej. Program uwzględnia nie tylko cyberprzemoc, ale także inne typy tradycyjnej przemocy rówieśniczej
3. trening kompetencji społecznych stanowiących naturalny bufor ryzykownych zachowań w Sieci
4. oddziaływania podnoszące świadomość, wiedzę i praktyczne umiejętności uczniów oraz nauczycieli w zakresie bezpieczeństwa informacji, zachowania prywatności oraz odpowiedzialności i rozliczalności działań w Sieci – w kontekście ogólnym (ochrony swojego komputera i urządzeń mobilnych), jak również ochrony siebie przed cyberprzemocą.

Metodyka projektu opiera się na:

1. pracy ze wszystkimi grupami zaangażowanymi w agresję elektroniczną – ofiarami, sprawcami oraz świadkami, a także nauczycielami uczniów uwikłanych w problem
2. tradycyjnej pracy warsztatowej
3. e-edukacji – dającej możliwość zwiększania wiedzy i realnych kompetencji na rzecz bezpieczeństwa w cyberprzestrzeni, czyli naturalnym dla tego tematu środowisku

## **Bibliografia**

- Catanzaro, M. F. (2011). Indirect aggression, bullying and female teen victimization: A literature review. *Pastoral Care in Education*, 29(2), 83-101.
- Jaskulska, S., Poleszak, W., (2015). *Peer exclusion*. W: J. Pyżalski (red.). *Educational and socio-cultural competences of contemporary teachers. Selected issues* (s. 130-148) Łódź: theQ studio, p. 130-148.
- Karna, A., Voeten, M., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2010). Vulnerable children in varying classroom contexts: Bystanders' behavior moderate the effects of risk factors on victimization. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(3), 261-282.
- Kołodziejczyk, J. (2004). *Agresja i przemoc w szkole. Konstruowanie programu przeciwdziałania agresji i prze mocy w szkole*, Kraków: Wydawnictwo Sophia.

---

<sup>12</sup> Program realizowany w ramach konkursu Innowacje Społeczne NCBiR IS-2/31/NCBR/2015

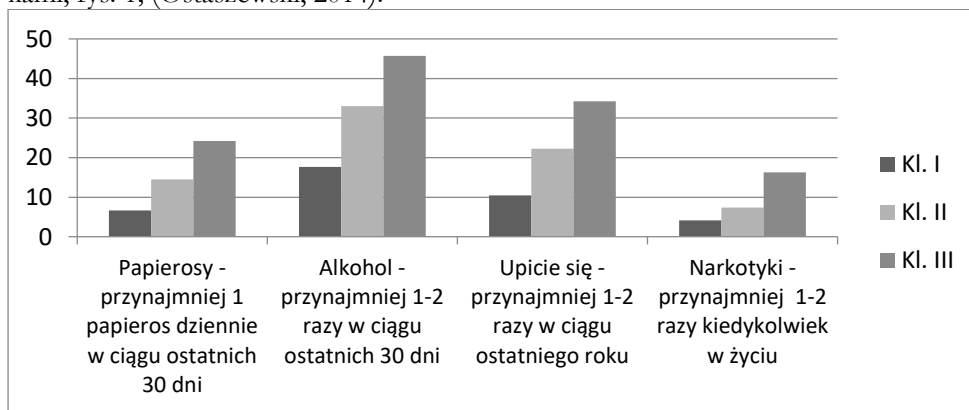
- Mishna, F. (2008). An overview of the evidence on bullying prevention and intervention programs. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 327–341.
- Oleszkowicz, A., Senejko, A. (2013). *Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Olweus, D. (2013). School Bullying: Development and Some Important Challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751-780.
- Plichta, P. (2016). Przemoc rówieśnicza i uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – uwarunkowania i propozycje rozwiązań profilaktycznych. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(1), 27-52.
- Plichta, P. (2017). Socjalizacja i wychowanie dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w erze cyfrowej, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Pyżalski J. (2012). Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży, Kraków: Oficyna Wydawnicza “Impuls”.
- Pyżalski, J., Merecz, D. (2010)(red.). *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiedzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*, Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”
- Roland, E., Vaaland, G., S. (2011). *Program Zero: całościowe podejście do bullying w szkole*. W: J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne (s. 63-80)*. Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna.
- Ross D. (2003). Childhood bullying and teasing: what school personnel, other professionals and parents can do, Alexandria (VA): American Counseling Association.
- Salmivalli Ch., Voeten, M., Poskiparta, E. (2011): Bystanders Matter: Associations Between Reinforcing, Defending, and the Frequency of Bullying Behavior in Classrooms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(5), 668-676.
- Smith, P. K., Ananiadou, K. (2003). The nature of school bullying and the effectiveness of school-based interventions. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, 189 –209.
- Stec, J. (2018). Normy społeczne i postawy w szkole – nasz pomysł na ich kształtowanie [online] System Ewaluacji Oświaty Dostępny w Internecie [dostęp 14.06.2016] [www.npseo.pl/data/various/files/stec.pdf](http://www.npseo.pl/data/various/files/stec.pdf)
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26, 277–287.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 7, 27–56.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Losel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3, 63–73.
- Waasdorp, T. E., Bradshaw, C. P. (2011). Examining children’s responses to chronic peer victimization: A latent class approach. *Journal of Educational Psychology*, 103, 336-352.
- Węgrzynowska, J. (2016). Dzieci doświadczające przemocy rówieśniczej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(1) 9-26.
- Wong, D.S.W., Cheng, C.H.K., Ngan, R.M.H., & Ma, S.K. (2011). Program effectiveness of a restorative whole-school approach for tackling school bullying in Hong Kong. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(6), 846– 862.

- Yang, A, Christina Salmivalli Ch. (2015). Effectiveness of the KiVa antibullying programme on bully-victims, bullies and victims. *Educational Research*, 57:1, 80-90
- Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015). Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 1-21.6.

### 3.5 Skuteczna profilaktyka stosowania substancji psychoaktywnych

#### 1. Wprowadzenie

Nie ulega wątpliwości, że dojrzewanie jest okresem eksperymentowania z różnymi typami substancji psychoaktywnych. Statystycznie najczęściej pomiędzy 10 a 20 rokiem życia dochodzi do pierwszych prób picia alkoholu, palenia papierosów, a także używania narkotyków. Na okres drugiej dekady życia przypada największa dynamika wzrostu kontaktów z tymi substancjami. Badania warszawskich gimnazjalistów wskazują na przykład, że odsetki gimnazjalistów, którzy przynajmniej 1-2 razy pili alkohol w ostatnich 30 dniach, zwiększyły się z ok. 18% w pierwszej klasie do ok. 33% w drugiej klasie i do ok. 46% w trzeciej klasie. Z każdym rokiem nauki w gimnazjum zwiększała się o kilka punktów procentowych grupa uczniów palących papierosy i eksperymentujących z narkotykami, rys. 1; (Ostaszewski, 2014).



Rysunek 1. Odsetki uczniów, którzy używali substancji psychoaktywnych w pierwszej, drugiej i trzeciej klasie gimnazjum, N=1841

#### 2. Integralne podejście do problematyki używania substancji psychoaktywnych

W ostatnich kilkunastu latach na świecie w działaniach profilaktycznych ukierunkowanych na dzieci i młodzież, obserwuje się podążanie w kierunku **integralnego** traktowania substancji psychoaktywnych: **alkoholu, tytoniu, narkotyków, nowych substancji psychoaktywnych i leków psychoaktywnych**. Dotyczy to przede wszystkim uniwersalnych działań profilaktycznych ukierunkowanych na całą populację dzieci i młodzieży. Jakie **argumenty** przemawiają za integralnym podejściem do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży? Zwolennicy tego podejścia argumentują, że zjawisko używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież ma wiele cech wspólnych, które uzasadniają ich integralne traktowanie w działaniach profilaktycznych. Są to:

- **przejawy tego samego problemu;** picie alkoholu, palenie papierosów lub używanie narkotyków przez młodzież są różnymi przejawami zachowań, które potencjalnie wiążą się z ryzykiem powstania szkód zdrowotnych. Określa się je jako zachowania problemowe lub ryzykowne (Dzielska, Kowalewska, 2014, Woynarowska, 2017). Innymi słowy są to różne oblicza tego samego problemu.
- **te same czynniki ryzyka;** u źródeł używania różnych substancji leżą te same grupy czynników ryzyka: czynniki rodzinne, rówieśnicze, indywidualne, związane ze szkołą i szerszym środowiskiem społecznym (Ostaszewski, 2008, 2014).
- **współwystępowanie;** badania empiryczne wskazują, że picie alkoholu, palenie papierosów oraz używanie narkotyków przez młodzież ma tendencję do współwystępowania (Jessor 1987, Stępień 1999, Mazur, Woynarowska 2004, Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk, Wójcik, 2011). Co więcej używanie substancji psychoaktywnych ma tendencje do współwystępowania z innymi zachowaniami problemowymi okresu dojrzewania, np. z przedwczesnymi kontaktami seksualnymi, wykroczeniami i zaniedbywaniem obowiązków szkolnych. Przez ostatnich 50 lat zgromadzono znaczny materiał empiryczny, który potwierdza, że zachowania problemowe chodzą "parami", a nawet "trójkami" lub "czwórkami", czyli łączą się w syndromy zachowań problemowych/ ryzykownych (Jessor, 1991, Jessor 1998, Ary i wsp. 1999, Biglan i wsp. 2004, Mazur i wsp. 2008, Ostaszewski, 2014)..
- **ścieżki używania substancji psychoaktywnych, czyli „torowanie drogi”;** spostrzeżono, że picie alkoholu i palenie papierosów w znacznym stopniu "toruje drogę" dla prób z narkotykami i lekami używanymi w celu odurzenia się. Używanie substancji psychoaktywnych zwykle zaczyna się we wczesnym okresie adolescencji od prób z alkoholem i tytoniem. Pewna grupa nastolatków przechodzi od używania tych substancji do eksperymentów z marihuaną. Niezwykle rzadko zdarza się, że ktoś sięga po marihuanę bez uprzednich doświadczeń z alkoholem lub/i papierosami. Jakaś część młodych ludzi przechodzi do innych narkotyków, np. amfetaminy. I znowu do wyjątków należą osoby, które używają innych narkotyków bez uprzednich doświadczeń z marihuaną. Te spostrzeżenia stały się podstawą do traktowania alkoholu, papierosów i marihuany jako substancji "torujących drogę" (*ang. gateway drugs*) dla kolejnych faz używania (Kandel i wsp. 1992). Alkohol i papierosy "torują drogę" marihuanie, a marihuana "toruje drogę" innym narkotykom. Ma to doniosłe implikacje dla profilaktyki. Ograniczanie wczesnych eksperymentów z alkoholem i papierosami zapobiega nie tylko konsekwencjom używania tych dwóch substancji, ale również ogranicza ryzyko przejścia do używania niebezpiecznych i społecznie nieakceptowanych substancji psychoaktywnych.
- **podobne funkcje zachowań problemowych w rozwoju psychospołecznym młodzieży;** zachowania problemowe/ ryzykowne mogą być dla młodzieży instrumentem osiągnięcia pożądanego celu. Na przykład, są wyrazem dążenia do niezależności od rodziców i w ten sposób dają młodym ludziom poczucie autonomii. Mogą być również symbolicznym wyrazem niechęci młodzieży wobec tradycyjnych norm i wartości ludzi dorosłych i w ten sposób sprzyjają tworzeniu się własnego poczucia tożsamości. Mogą być również swego rodzaju mechanizmem radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Ogólnie rzecz biorąc zachowania problemowe mogą być pod pewnymi względami rozpatrywane jako jeden z elementów psychospołecznego rozwoju młodzieży. Choć przysparzają dorosłym (rodzicom, wychowawcom) wiele problemów, to niekiedy pozwalają



młodym ludziom zaspokoić ich niezrealizowane potrzeby lub osiągnąć ważne dla nich cele. W związku z tym wielu autorów z kręgu społecznej psychologii rozwojowej przyjmuje, że „eksperymenty” z alkoholem, papierosami i niektórymi narkotykami, a także przedwczesne kontakty seksualne są swego rodzaju instrumentem realizacji niektórych **zadań rozwojowych** okresu dojrzewania, takich jak osiągnięcie nowych i bardziej dojrzałych kontaktów z rówieśnikami, osiągnięcie emocjonalnej niezależności od rodziców i innych dorosłych, doświadczanie i akceptowanie swojej fizyczności i seksualności (Jessor 1987).

Wszystkie te argumenty uzasadniają potrzebę **zintegrowanego podejścia** do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, a nawet szerzej – profilaktyki zachowań problemowych/ ryzykownych (Ostaszewski 2003, 2014). Rzecznikiem takiego podejścia jest, na przykład, Światowa Organizacja Zdrowia oraz wiele międzynarodowych organizacji działających w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych i promocji zdrowia psychicznego.

### 3. Kontekst teoretyczny niepożądanych zachowań dzieci i młodzieży

**Zachowania problemowe.** Duży wpływ na sposób definiowania problemów dzieci i młodzieży miała powstała w latach 70. XX w. **teoria zachowań problemowych** (TZP) (Jessor, Jessor, 1977). Zgodnie z nią, zachowania są „problemowe”, jeśli młodzi ludzie nie respektują wymagań, oczekiwań i ograniczeń przyjętych dla ich grupy wiekowej, np.: od dzieci i niepełnoletniej młodzieży oczekuje się, że będą respektowały władzę rodzicielską, nie będą pili alkoholu i palili papierosów, będą czekały z rozpoczęciem współżycia seksualnego do osiągnięcia dojrzałości psychospołecznej. Ucieczka dziecka lub nastolatka z domu, picie alkoholu lub rozpoczęcie współżycia seksualnego są więc traktowane przez rodziców i wychowawców jako „problem”. Typową reakcją rodziców/opiekunów na takie zachowania są dezaprobaty, sankcje lub działania dyscyplinujące.

Większość zachowań problemowych przestaje być traktowana jako „problemowe”, gdy młodzi ludzie osiągają pełnoletniość. Wyprowadzenie się osoby pełnoletniej z domu rodziców nie będzie już traktowane jak „ucieczka z domu”, podobnie jak „problemem” nie będzie picie alkoholu w sytuacjach towarzyskich, prowadzenie aktywnego życia seksualnego lub decyzja o zakończeniu edukacji szkolnej. Zachowania problemowe młodzieży są więc pojęciem ściśle związanym z dzieciństwem i dojrzewaniem, okresami, w których młodzi ludzie podlegają władzy rodzicielskiej lub szkolnej.

Richard i Shirley Jessor (1977) argumentują, że zachowania problemowe są częścią psychospołecznego rozwoju młodych ludzi. Choć budzą uzasadnioną troskę dorosłych, mają też pozytywną stronę – pomagają młodzieży w zaspokajaniu jej potrzeb, a zwłaszcza w dążeniu do bardziej dojrzałego statusu. Młodzi ludzie, podejmując te zachowania, sygnalizują swojemu otoczeniu i sobie, że rozpoczynają proces separacji, którego celem jest dorosłość. Zachowania te są często dla nich samych i dla ich rówieśników symbolicznym „komunikatem” osiągnięcia tego celu. W tym sensie ograniczone do okresu dojrzewania zachowania problemowe mogą być rozpatrywane jako element normalnego rozwoju młodzieży, a nie jako przejaw nieprzystosowania społecznego, dewiacji lub choroby. Konsekwencją takiego myślenia jest traktowanie tych zachowań jako zjawiska, które ma wspólne uwarunkowania i funkcje rozwojowe i dotyczy większości dorastającej młodzieży, a nie tylko najbardziej zagrożonej jej części.

Przeciwieństwem zachowań problemowych są zachowania zgodne z przyjętymi w społeczeństwie normami i wartościami, określane jako **zachowania konstruktywne lub konwencjonalne**. Młodzi ludzie, którzy systematycznie uczęszczają na zajęcia

w szkole, mają dobre wyniki w nauce, chodzą do kościoła, w ramach wolontariatu udzielają pomocy innym, zachowują się „konstruktywnie” lub „konwencjonalnie”. Są to oczekiwane społecznie sposoby zdobywania przez młode pokolenie nowych doświadczeń i uczenia się społecznie cenionych norm i wartości. Wyniki badań wskazują, że im młodzież podejmuje więcej zachowań problemowych, tym mniej przejawia zachowań konstruktywnych, i na odwrót. Nie wyklucza to jednak sytuacji, w których młoda osoba podejmuje zachowania konstruktywne i problemowe.

Do „klasycznych” zachowań problemowych młodzieży zaliczamy: picie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków, ryzykowne kontakty seksualne, ucieczki z domu, stosowanie przemocy wobec rówieśników, popełnianie przestępstw i wykroczeń. Wiąza się one z większym ryzykiem problemów zdrowotnych i społecznych oraz szkód rozwojowych (Dzielska i Kowalewska, 2014). Zachowania te często idą w parze z problemami w szkole, ograniczając możliwość uzyskania odpowiedniego wykształcenia i prawidłowego wypełniania ról społecznych w dorosłości (Jessor, 1991; Newcomb, Abbot, Catalano i in., 2002).

Zachowania problemowe młodzieży są w dużym stopniu przemijającą „chorobą” okresu dojrzewania, związaną ze specyficznymi potrzebami i zadaniami tego okresu życia. W drodze do dorosłości młodzi ludzie muszą nauczyć się samodzielności i ukształtować swoją tożsamość. Sięgając po „owoce zakazane” (np. substancje psychoaktywne), ryzykują zdrowie, ale też uczą się niezależności od rodziców i innych dorosłych. Często te zachowania nastolatków są sposobem na okazywanie odrębności pokoleniowej, co sprzyja tworzeniu się własnej tożsamości. Mogą być one również mechanizmem radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, takich jak niepowodzenia w nauce, konflikty w kontaktach z chłopakiem lub z dziewczyną. Większa skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych występuje u młodych ludzi, którzy cechują się niekonwencjonalnością i wysoką potrzebą doznań oraz są narażeni na negatywne wpływy rówieśników i konfliktowe relacje rodzinne (Ostaszewski, 2014).

**Zachowania ryzykowne.** Termin „zachowania problemowe” coraz częściej zastępowany jest terminem **zachowania ryzykowne**. Jest to związane z rosnącą świadomością szkód zdrowotnych i rozwojowych, które stają się udziałem dzieci i młodzieży we współczesnym świecie. Na przełomie lat 80. i 90. XX w. ujawniła się epidemia zakażeń HIV i groźba ich bardzo poważnych konsekwencji zdrowotnych. Dotykają one przede wszystkim młodzieży, która z braku doświadczenia podejmuje ryzykowne formy współżycia seksualnego (Woynarowska i Tabak, 2008). W ostatnich kilkunastu latach do listy zachowań budzących niepokój dorosłych dołączyły tzw. **nowe zachowania ryzykowne** dzieci i młodzieży, związane głównie z gwałtownym rozwojem technologii informacyjnych (Pyżalski, 2012). Należą do nich m.in.: nadużywanie internetu, cyberprzemoc, pornografia internetowa i inne formy cyberseksu, dostęp do gier hazardowych online, gry komputerowe propagujące przemoc.

Ryzyko szkód zdrowotnych i rozwojowych jest także związane z innymi zachowaniami antyzdrowotnymi, np. nieprawidłowym odżywianiem, brakiem dbałości o higienę osobistą, sprawność fizyczną i stan uzębienia. Niekorzystne rozwojowo jest zaniedbywanie obowiązków szkolnych. Dlatego w formule „zachowań ryzykownych” podkreśla się przede wszystkim zagrożenia dla zdrowia i pomyślnego rozwoju dzieci i młodzieży. Młodzi ludzie pijący alkohol lub przyjmujący narkotyki nie tylko łamią społeczne standardy obowiązujące dla ich grupy wiekowej, ale także narażają się na ryzyko szkód zdrowotnych

i rozwojowych. Ryzyko to może trwale zaburzyć ich zdrowie, karierę szkolną lub zawodową, a w konsekwencji pogorszyć jakość ich całego życia. Wyróżnia się cztery powiązane ze sobą rodzaje ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży:

1. **Klasyczne zachowania problemowe**, np. picie alkoholu, używanie narkotyków, przedwczesne kontakty seksualne, zachowania antyspołeczne.
2. **Zachowania antyzdrowotne**, które nie powodują sankcji społecznych, ale prowadzą do negatywnych skutków dla zdrowia, np. „niezdrowy” sposób żywienia, zachowania sedenteryjne, mała aktywność fizyczna.
3. **Nieodpowiednie wypełnianie roli ucznia** wyróżnione ze względu na znaczne ryzyko dla prawidłowego rozwoju, np. złe oceny, wagary, przerwanie edukacji.
4. **Tzw. nowe zachowania ryzykowne**, określane także jako „problemy lub uzależnienia behawioralne”, np. hazard, cyberprzemoc, sieciorholizm.

Wspólnym mianownikiem różnych zachowań ryzykownych są **negatywne konsekwencje zdrowotne i rozwojowe**. Zachowania te mogą (Jessor, 1998):

- stwarzać zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa, wiązać się z częstszym występowaniem problemów zdrowotnych (np. zatruc, urazów, infekcji, uzależnień) i wypadków,
- utrudniać młodym ludziom prawidłowe funkcjonowanie w rolach społecznych właściwych dla ich wieku, w tym: utrudniać wypełnianie roli ucznia, narażać na konflikty z prawem, prowadzić do okresowej izolacji lub wykluczenia społecznego, przyczyniać się do przedwczesnego rodzicielstwa i wielu problemów z tym związanych,
- zakłócać rozwój osobisty, kształtowanie się tożsamości i adekwatnego obrazu samego siebie, co sprzyja powstawaniu problemów psychicznych, takich jak zaburzenia nastroju, depresyjność, myśli i próby samobójcze,
- utrudniać nabywanie umiejętności potrzebnych w dorosłym życiu, zdobycie odpowiedniego wykształcenia i umiejętności zawodowych, co przekłada się na problemy z zatrudnieniem i utrudniony start w dorosłe życie.

W takim ujęciu akcentującym **ryzyko dla zdrowia, prawidłowego rozwoju i bezpieczeństwa**, niepożądane zachowania dzieci i młodzieży są rozumiane znacznie szerzej niż zachowania problemowe. Obejmują one także zachowania antyzdrowotne i problemy szkolne uznawane zwykle za problemy wychowawcze oraz nowe problemy, czyli tzw. uzależnienia behawioralne. Myślenie w kategoriach zachowań ryzykownych lepiej przystaje do zadań z zakresu profilaktyki i wychowania.

#### 4. Diagnoza potrzeb w zakresie profilaktyki

Dla określenia kierunków skutecznych działań profilaktycznych potrzeba refleksji nad tym, jakie czynniki ryzyka współtowarzyszą stosowaniu substancji psychoaktywnych, jakie czynniki chronią przed tymi zachowaniami i jakie działania profilaktyczne sprawdzają się, a jakie nie. Na tym skupiają się analizy wyników badań przeprowadzonych w ramach naszego projektu. Analizy prowadzone są z uwzględnieniem podstawowych rodzajów substancji psychoaktywnych, a więc narkotyków, napojów alkoholowych i wyrobów tytoniowych. Analizy i rekomendacje zostały podzielone na etapy edukacyjne i rozwojowe: klasy IV-VI szkoły podstawowej, czyli okres poprzedzający dojrzewanie, najstarsze klasy szkoły podstawowej / gimnazja, czyli wczesny okres dojrzewania oraz okres szkoły średniej, czyli późny okres dojrzewania. Inicjacja alkoholowej i tytoniowa przypada najczęściej na pierwszy i drugi okres rozwojowy, a inicjacja narkotykowa - na drugi/ trzeci etap.

## ***Uczniowie w wieku 10-12 lat (klasy IV-VI szkoły podstawowej)***

### **Prawidłowości**

Wiek 10-12 lat to etap kolejnego przejścia, tym razem ze zintegrowanej edukacji wczesnoszkolnej do samodzielnej pracy z kilkoma nauczycielami różnych przedmiotów nauczania. W tym okresie szczególne wymagania dotyczą przystosowaniu się do wymagań nauczycieli przedmiotowych, ludzi o różnych temperamentach, stylach pracy i wymaganiach. Nasze badania wskazują, że uczniowie mający trudności w przystosowaniu się częściej niż inni sięgają po alkohol lub tytoń. Piciu alkoholu sprzyjają negatywne postawy wobec szkoły i nauki, ekspozycja na rodzinne wzorce zachowań ryzykownych oraz doświadczanie przemocy. Z kolei, palenie tytoniu związane jest z obniżoną umiejętnością samokontroli, im niższa samokontrola tym większe ryzyko sięgania po tytoń. Ponadto, papierosy palą uczniowie, którzy mają trudności wychowawcze mierzone obniżoną oceną z zachowania.

Do czynników ryzyka związanych z oboma rodzajami substancji psychoaktywnych (alkohol i tytoń) należą: niekonstruktywny sposób radzenia sobie ze stresem oparty na wchodzeniu w zachowania ryzykowne, większa wiedza o działaniu alkoholu i tytoniu, ekspozycja na rówieśnicze wzorce zachowań ryzykownych, a przede wszystkim trudności edukacyjne i postawy akceptacji dla zachowań ryzykownych.

Z powyższej analizy wynika, że na tym etapie edukacyjnym używanie substancji psychoaktywnych jest konsekwencją wychowania, trudności w nauce, słabej samokontroli, braku umiejętności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem oraz negatywnego przykładu otoczenia (rodzice i rówieśnicy). O błędach wychowawczych świadczą postawy akceptacji dla zachowań ryzykownych. Uczniowie wchodzą w ten wiek z przekonaniem, że zachowania ryzykowne są atrakcyjne. Mają w swoim otoczeniu negatywne wzorce modelujące zachowania problemowe. Wreszcie, dzieci doświadczające trudności w nauce nie otrzymują wystarczającego wsparcia. Nie bez znaczenia dla zachowań ryzykownych jest środowisko rówieśnicze, w jakim przebywają młodzi ludzie i jaki rodzaj relacji budują.

Na podstawie naszych badań przeprowadzonych w tej grupie wiekowej dostrzeżono prawidłowość, że picie alkoholu wzrasta w grupie, gdzie nie prowadzi się działań profilaktycznych lub gdzie, prowadzi się je sporadycznie na godzinach wychowawczych. Skuteczność działań profilaktycznych na tym etapie rozwojowym jest większa, gdy ma charakter bardziej profesjonalny (programy opublikowane / rekomendowane).

### **Rekomendacje**

Powyższe prawidłowości pozwalają przyjąć następujące zalecenia dla profilaktyki:

- Przejście z etapu edukacji wczesnoszkolnej do klasy czwartej szkoły podstawowej to moment większego ryzyka rozwoju zachowań problemowych. Należy więc przygotować dedykowane programy działań wychowawczych i profilaktycznych wspierających uczniów w poradzeniu sobie z trudnościami wynikającymi ze zmiany warunków nauczania. Takie programy adaptacyjne powinny rozpocząć się w klasie trzeciej a kończyć w czwartej.

- Zważywszy na to, że wiele zachowań ryzykownych uczniów wynika z relacji rówieśniczych (negatywne wzorce, przemoc), należy podjąć działania usprawniające jakość relacji rówieśniczych. Cennym byłoby dolożyć większych starań do budowania i eksponowania pozytywnych grup uczniowskich i pozytywnego klimatu rówieśniczego. W zrealizowaniu tego celu mogą pomóc pozytywne środowiska wychowawcze, takie jak harcerstwo, kluby młodzieżowe, wolontariat, szkolne grupy sportowe, ale także programy rówieśnicze, szczególnie takie, gdzie uczniowie pomagają sobie pokonywać trudności w nauce.
- Koniecznym jest też wsparcie uczniów w rozwijaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem. Potrzeba większego zaangażowania w uczenie dzieci i młodzieży zarządzania swoimi emocjami oraz wyposażenie je w skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem.
- Mając na uwadze fakt, że wiele zachowań ryzykownych ma swoje korzenie w obserwacji zachowań ryzykownych rodziców (palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, nieodpowiedzialne zachowania pod wpływem alkoholu) należy podjąć działania informacyjne i edukacyjne wobec rodziców. Najbardziej skuteczną formą dotarcia do rodziców są warsztaty umiejętności wychowawczych i profilaktycznych, czyli popularne szkoły dla rodziców. Pomocnym rozwiązaniem, choć odroczonym w czasie, są kampanie społeczne adresowana do rodziców i wychowawców, która pokazują jakie zachowania rodziców chronią dziecko przed używaniem substancji psychoaktywnych i podejmowaniem innych zachowań ryzykownych.
- Dla poprawy umiejętności samokontroli jako ważnego czynnika chroniącego przed używaniem substancji psychoaktywnych, należy wykorzystać działania sportowe lub inne ważne dla młodych ludzi aktywności. Do zrealizowane takich działań jest konieczne zaangażowanie nauczyciela z autorytetem wśród uczniów. Może on wykorzystać zależność pomiędzy samokontrolą a sukcesem sportowym i przenieść tę prawidłowość na prawidłowości życia ludzkiego. Rolę samokontroli jako ważnej życiowej umiejętności można również pokazywać w ramach rutynowych zajęć szkolnych (język polski, historia) wykorzystując życiorysy bohaterów ważnych dla młodych ludzi, na przykład żołnierzy, powstańców, harcerzy walczących o niepodległość naszego kraju.

### ***Uczniowie w wieku 13-15 lat (klasy VII i VIII szkoły podstawowej oraz klasy gimnazjalne)***

#### **Prawidłowości**

W ostatnich dwóch klasach szkoły podstawowej lub gimnazjum przypada okres w życiu młodego człowieka, w którym ważną rolę odgrywają zadania rozwojowe związane z budowaniem przynależności i pozycji w grupie rówieśniczej. Nie zaskakują więc wyniki naszych badań, które pokazują, że w tym okresie spożycie narkotyków, alkoholu i palenie tytoniu związane jest z ekspozycją na rówieśnicze wzorce zachowań ryzykownych. Można to sprowadzić do popularnego powiedzenia „z kim się zadajesz, takim się stajesz”. W sięganiu po alkohol znaczenie ma również obserwowanie zachowań pijących rodziców. Czym większe narażenie na ekspozycję na rodzinne wzorce zachowań ryzykownych, tym częstsze sięganie po alkohol. Wyżej wymienione środowiskowe wzorce

zachowań kształtują postawy uczniów sprzyjające zachowaniom ryzykownym. Także one dodatnio znacząco korelują z używaniem różnych substancji psychoaktywnych. Od postaw akceptacji dla używania substancji psychoaktywnych już tylko krok do zachowań polegających na sięganiu po te substancje. Wyniki te zgodne są z modelem zachowań ryzykownych Jessorów.

Kolejna grupa czynników zwiększających ryzyko używania substancji psychoaktywnych dotyczy własności indywidualnych jednostki. Piciu alkoholu i paleniu tytoniu sprzyjają trudności edukacyjne w szkole. Im są one większe, tym większe ryzyko sięgnięcia po te substancje. Istotnym czynnikiem ryzyka jest niekonstruktywny styl radzenia sobie ze stresem. Młodzi ludzie, którzy radzą sobie ze stresem poprzez agresję, częściej używają substancji psychoaktywnych. Innym wewnętrznym czynnikiem ryzyka jest niska samokontrola.

Zważywszy na fakt, iż większość działań profilaktycznych polskich szkołach przyjmuje postać strategii informacyjnej, ciekawą i paradoksalną prawidłowość odnotowano w zakresie zależności wiedzy na temat alkoholu i narkotyków a ich używaniem. Otóż, okazuje się, że wiedza na temat alkoholu wcale nie chroni przed jego zażywaniem. Podobnie, jak wiedza o narkotykach nie chroni przed sięganiem po nie. Z tych i wielu innych badań na temat skuteczności profilaktyki wypływa wniosek, że dla skutecznych działań profilaktycznych nie wystarczą programy oparte na przekazywaniu wiedzy o działaniu i konsekwencjach substancji psychoaktywnych. Potrzebne są na inne bardziej skuteczne strategie profilaktyczne np. przykład modyfikowanie przekonań normatywnych, uczenie umiejętności psychospołecznych, tworzenie przyjaznego klimatu społecznego szkoły. Warto, dodać, że przekaz odpowiednio dobranych informacji jest niezbędnym elementem tych wszystkich strategii profilaktycznych.

Interesujące prawidłowości zaobserwowano w zakresie czasu, jaki mija od pierwszej okazji / propozycji zażycia nowej substancji psychoaktywnej, czyli tzw. „dopalacza” do pierwszego jego zażycia a czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi. Okazuje się, że czas ten znacząco wydłuża się, jeśli młody człowiek ma wsparcie rodziców (ma dobry kontakt się z rodzicami, odpowiednią kontrolę rodzicielską), wsparcie wychowawcy, podejmuje własną aktywność rozwojową i ma wysoki poziom samokontroli. Jednocześnie czas ten skraca się znacząco, jeśli młody człowiek zachowuje się impulsywnie, nie radzi sobie ze stresem, ma niską średnią ocen szkolnych z ostatniego półrocza, przebywa w problemowym towarzystwie rówieśniczym oraz doświadcza przemocy ze strony rówieśników.

## Rekomendacje

- Działania profilaktyczne dla tej grupy uczniów powinny być zróżnicowane, ze względu na rodzaj substancji psychoaktywnych, ponieważ używanie poszczególnych substancji współwystępuje z różnymi czynnikami ryzyka oraz ma inną charakterystykę czynników chroniących.
- Dla ograniczenia używania substancji psychoaktywnych bardzo pomocne może być wykorzystanie pozytywnego wpływu rówieśniczego. Zarówno poprzez realizowanie programów rówieśniczych, ale także poprzez kreowanie wśród młodych ludzi mody na życie bez substancji psychoaktywnych. Sprawdzić się tutaj mogą wszystkie rodzaje programów rówieśniczych, to jest rówieśniczego wsparcia, edukacji rówieśniczej i liderów rówieśniczych. Warto, tu dodać, że programy

- z wykorzystaniem liderów rówieśniczych wymagają dłuższej perspektywy czasowej (co najmniej dwóch lat), starannego przygotowania młodzieży do zadań z zakresu profilaktyki, stałego wsparcia dorosłych i odpowiedniego systemu motywowania/ nagradzania ich aktywności prospołecznej.
- W ramach działań informacyjnych i edukacyjnych skierowanych do rodziców należy pokazywać wiedzę dotyczącą znaczenia rodzicielskiego wzorca picia alkoholu/ palenia papierosów dla zachowań ryzykownych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Rodzice chętniej angażują się w działania profilaktyczne, gdy znają wyniki diagnoz. Stąd należy też należeć ich informować o wynikach badań.
  - Dla ograniczenia używania substancji psychoaktywnych w środowisku młodzieży we wczesnym okresie dojrzewania konieczne jest pogłębienie oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych, w taki sposób, aby zmieniać przekonania, umiejętności, postawy i zachowania, a nie tylko dostarczać wiedzy. Sama wiedza na temat alkoholu, narkotyków i tytoniu podawana bez tych innych działań profilaktycznych może stać się czynnikiem sprzyjającym używaniu tych substancji.
  - Z punktu widzenia celów profilaktycznych, a nie tylko edukacyjnych, bardzo potrzebne są świadome działania szkoły wspomagające uczniów w radzeniu sobie z trudnościami edukacyjnymi i wyposażające ich w umiejętności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem. Dotyczy to zwłaszcza młodzieży, która nadmierny stres rozładowuje poprzez zachowania agresywne. Niekonstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem są jednym z istotnych predyktorów późniejszych problemów alkoholowych. Nieradzenia sobie ze stresem i dystresem zajmuje istotną rolę w etiologii choroby alkoholowej.
  - Zaobserwowany związek pomiędzy występowaniem trudności edukacyjnych i wyższymi wskaźnikami zachowań ryzykownych sugeruje potrzebę działań wspierających uczniów z tej grupy wiekowej, którzy przeżywają duże trudności w nauce. Obok istniejących form pomocy oferowanych przez szkoły (zajęć wyrównawczych, nauczycieli wspomagających) warte rozważenia jest większe otwarcie się na pomoc rówieśniczą – oczywiście w postaci programów, w ramach których przygotowuje się uczniów-wolontariuszy do takiego rodzaju działań.
  - W działaniach profilaktycznych adresowanych do młodzieży z tej grupy wiekowej należy rozwijać umiejętności budowania samokontroli, gdyż to ona jest uniwersalnym czynnikiem chroniącym, który redukuje ryzyko palenia papierosów, ale także ogranicza inne zachowania ryzykowne młodzieży.

### ***Uczniowie liceów ogólnokształcących w wieku 16-18 lat***

#### **Prawidłowości**

Kolejny analizowany etap rozwojowy to późna adolescencja. Młodzież w tym wieku przygotowuje się do podjęcia dorosłych zadań i ról społecznych. Zanim to nastąpi doświadcza ona wielu napięć związanych z budowaniem swojego „ja”. W konsekwencji tego procesu zmianom ulega samoocena, relacje z rówieśnikami i rodzicami. Ze względu na odrębną ścieżkę edukacyjną, badani zostali tu podzieleni na dwie grupy – licealistów i uczniów szkół zawodowych (techników i ZSZ).

Używanie substancji psychoaktywnej w grupie młodzieży licealnej mocno koreluje z trudnościami w nauce. Czym większe trudności edukacyjne tym wyższe wskaźniki używania narkotyków, picia alkoholu i palenia papierosów. Podobnie jak w młodszych grupach badanej młodzieży szkolnej, dotyczy to zwłaszcza uczniów, którzy ze stresem radzą sobie poprzez agresję. Takie osoby radzą sobie z napięciem i przeciążeniem, wyładowując swoje trudne emocje na zewnątrz.

Korzystanie z substancji psychoaktywnych związane jest też z przebywaniem wśród rówieśników podejmujących zachowania ryzykowne. Ten etap życia to liczne spotkania towarzyskie. Jeśli pojawiają się na nich substancje psychoaktywne trudno nie ulec pokusie. Używanie substancji psychoaktywnych współwystępuje z postawami akceptującymi dla zachowań ryzykownych. To jeden z czynników indywidualnych, który wskazuje na nieskuteczność wielu dotychczasowych zabiegów wychowawczych i profilaktycznych. Pomimo wielu godzin takich oddziaływań uczniowie nie widzą nic złego w łamaniu zasad życia społecznego, np. w używaniu narkotyków lub stosowaniu przemocy.

Okazuje się też, że nie wynika to z braku wiedzy, gdyż uczniowie często sięgający po substancje psychoaktywne mają wiedzę na temat działania alkoholu i narkotyków. Doświadczamy tu pewnego paradoksu, polegającego na tym, że podejmowane w dobrej wierze informacyjne działania profilaktyczne mogą sprzyjać używaniu substancji psychoaktywnych. Jest to oczywiście pozorny paradoks, gdyż wiemy, że koncentracja na przekazywaniu wiedzy, często źle dobranej (np. skoncentrowanej na odległych skutkach używania substancji lub polegającej na wzbudzaniu strachu i przerażenia) nie chronią, lecz uruchamiają mechanizmy ochronne lub wręcz zachęcają do spróbowania. Warto tu nadmienić, że strategia informacyjna jest jedną z wielu strategii profilaktycznych, które można i trzeba stosować łącznie i w sposób zróżnicowany. Czym więcej zastosowanych strategii tym większa skuteczność profilaktyki zachowań problemowych.

Warto jeszcze wspomnieć o dwóch czynnikach specyficznych dla niektórych rodzajów używanych przez uczniów substancji psychoaktywnych. Dotyczy to rodzinnych wzorców zachowań ryzykownych i zaangażowania w praktyki religijne. I tak, picie alkoholu sprzyja ekspozycja na rodzinne wzorce zachowań ryzykownych. Zważywszy na fakt, że ten czynnik ryzyka pojawia się jedynie przy picie alkoholu (podobna prawidłowość występuje też w innych grupach wiekowych) należy go interpretować głębiej niż tylko jako modelowanie zachowań. W połączeniu z innymi czynnikami wydaje się, że jest to raczej uczenie się sposobu radzenia sobie z napięciem i stresem. Obserwując pijących rodziców młody człowiek uczy się, jak sobie radzić z nadmiernym stresem, a później, gdy stresująca sytuacja pojawia się to sięgamy po wypróbowany wzorec reagowania.

Częstość praktyk religijnych to jeden z nielicznych czynników chroniących w środowisku młodzieży licealnej. Zaangażowanie w praktyki religijne koreluje z mniejszą częstością / intensywnością picia alkoholu i palenia tytoniu. Ten czynnik nasycony jest zarówno przekonaniem wynikającym z nauki Kościoła, jak też z innych korzyści wynoszonych z modlitwy i udziału we wspólnocie religijnej. Istotną rolę chroniącą może mieć pozytywna grupa odniesienia.

## Rekomendacje

- Mając na uwadze, że w okresie dojrzewania grupa jest silnym predyktorem używania substancji psychoaktywnych, należy podjąć trud kreowania mody na



- zdrowe życie, bez substancji psychoaktywnych. Tu warto wykorzystać modę na bieganie, zdrową żywność, ekologiczny styl życia, sprawność fizyczną i
- Wspomniana powyżej potrzeba tworzenia mody na zachowania prozdrowotne, z jednej strony wpisuje się w już powstający nurt takich zachowań (na bazie troski o zdrowie, wygląd i sylwetkę), z drugiej wymaga wzmocnienia poprzez kampanie społeczną adresowaną do młodych ludzi i dostosowaną i ich form komunikacji.
  - Wskazane jest, aby podjąć interwencję profilaktyczną, ukierunkowaną na korektę przekonań normatywnych uczniów dotyczących zachowań ryzykownych. To jeden z najsilniejszych predyktorów zachowań problemowych. Bez zmiany tych postaw trudno liczyć na zmianę częstości używania substancji psychoaktywnych.
  - Należy podnieść jakość prowadzonych zajęć profilaktycznych, gdyż prowadzenie ich w sposób dotychczasowy może niekiedy sprzyjać zachowaniom problemowym. Potrzeba wyposażyć nauczycieli i szkolnych specjalistów (pedagogów szkolnych i psychologów) w profesjonalną wiedzę na temat skutecznych strategii i metod działań profilaktycznych.
  - Bez pozyskania rodziców do współpracy w profilaktyce picia alkoholu trudno liczyć na sukces. Ścieranie się wzorca rodzinnego i przekazu szkolnego może potęgować napięcia psychiczne, a to jest jednym z czynników zwiększających ryzyko sięgania po alkohol u młodych ludzi. Wydaje się koniecznym opracowanie strategii włączania rodziców tam, gdzie stosuje się interwencję profilaktyczną wobec uczniów pijących alkohol. Strategia ta może być elementem interwencji z udziałem rodziców lub przyjąć postać niezależnego programu profilaktycznego.
  - Ważnym kierunkiem działań profilaktycznych powinno być ograniczanie wpływu rówieśniczego wzorca zachowań ryzykownych. Najprostszym rozwiązaniem tego problemu jest wprowadzanie programów rówieśniczych, ukierunkowanych na budowanie pozytywnego wpływu rówieśniczego. W środowisku liceum wartościowe wydają się programy edukacji rówieśniczej – ukierunkowane na pomoc koleżeńską w nauce oraz wsparcia rówieśniczego. Innym kierunkiem działań powinno być tworzenie warunków (poprzez odpowiednie przygotowanie profesjonalne nauczycieli i wychowawców) do tworzenia konstruktywnych grup rówieśniczych np. w oparciu na przykład o zainteresowania teatralne, turystyczne, sportowe, ekologiczne, a także dla młodzieży wierzącej - grup o charakterze religijnym.
  - W profilaktyce używania substancji psychoaktywnych konieczne jest korygowanie pozytywnych postaw wobec zachowań ryzykownych. Do tego potrzeba podniesienia kompetencji wychowawców i specjalistów szkolnych w zakresie interwencji wychowawczej i profilaktycznej. Dotyczy to zwłaszcza nauczycieli, którzy mają większy kontakt z uczniami i budują silniejsze więzi, a badania wskazują, że uczniowie chętniej otwierają się na treści przekazywane przez nauczyciela.
  - Bardzo mało jest działań integrujących różne strategie działań profilaktycznych z działaniami rówieśniczymi oraz z wykorzystaniem możliwości nowych mediów. Połączenie tych trzech warstw działań profilaktycznych powinno wzmocnić ich skuteczność.

## **Prawidłowości**

Ostatnią analizowaną grupą są uczniowie techników i zasadniczych szkół zawodowych. Podział młodzieży na tym etapie wiekowym na dwie grupy wynika ze specyfiki problemów oraz różnego środowiska edukacyjnego. W środowisku młodzieży ze szkół zawodowych (podobnie jak i w innych grupach uczniów) występuję kilka czynników wspólnych dla wszystkich rodzajów substancji psychoaktywnych. Wyższe wskaźniki używania narkotyków, picia alkoholu i palenia tytoniu związane są z takimi czynnikami ryzyka jak: reagowanie na stres agresją, wyższy poziom wiedzy o alkoholu, ekspozycja na rówieśnicze wzorce zachowań ryzykownych, postawy sprzyjające zachowaniom ryzykownym oraz trudności edukacyjne. Powyżej wymienione zmienne można podzielić na trzy obszary radzenia sobie z przeżywanymi problemami. Pierwszy z nich to trudności z radzeniem sobie z obciążeniami związanymi z nauką szkolną, a więc z organizacją pracy, motywowaniem się do pracy, samooceną i przeżywanymi z tym emocjami. Przeżywane napięcia związane z realizacją powyższych zadań prowadzi do stresu, z którym badana młodzieży radzi sobie poprzez agresję. Drugi obszar to porażki wychowawcze i profilaktyczne, które owocują postawami sprzyjającymi zachowaniom ryzykownym oraz działania profilaktyczne, które dostarczają wiedzy o działaniu alkoholu i narkotyków, ale nie powstrzymują przed ich używaniem. Składać się na to mogą dwie przyczyny, pierwsza to nieumiejętne prowadzenie zajęć informacyjnych (np. sprowadzanie wiedzy o substancjach psychoaktywnych tylko do ich działania), druga to ograniczenie działań profilaktycznych głównie do strategii informacyjnej. Inaczej ujmując, prowadzenie działań profilaktycznych sprowadzonych jedynie do informacji nie może być skuteczne. Trzeci obszar to zachowania młodych ludzi wynikające z niekonstruktywnego radzeniem sobie z zadaniami rozwojowymi. W okresie środkowej i późnej adolescencji ważnym zadaniem rozwojowym jest odnalezienie się w grupie rówieśniczej. W ten sposób grupa staje się ważnym punktem odniesienia dla wszelkich zachowań młodych ludzi.

Niezależnie od zmiennych, które współwystępują ze wszystkimi rodzajami używanych substancji psychoaktywnych, pojawiają się także specyficzne dla każdego z tych rodzajów. I tak, używanie narkotyków ma związek z takimi czynnikami jak: negatywna postawa wobec nauki, przeżywanie stresu w sposób skoncentrowany na emocjach, a dodatkowo w izolacji i osamotnieniu, bycie ofiarą agresji i dręczenia ze strony innych oraz wiedza o narkotykach. Z kolei, picie alkoholu związane jest z takimi czynnikami jak: sposób spędzania czasu wolnego (picie alkoholu staje się formą rekreacji), impulsywność w zachowaniu oraz ekspozycja na rodzinne wzorce zachowań ryzykownych. Ten ostatni czynnik jest też istotny dla używania tytoniu. Inne zmienne korelujące z używaniem tej substancji psychoaktywnej to łamanie dyscypliny szkolnej (mierzone oceną z zachowania), niska samokontrola oraz brak pozaszkolnego wsparcia w radzeniu sobie w nauce (w przypadku trudności edukacyjnych zdani są tylko na siebie).

Z powyższej analizy pokusić się można o wyprowadzenie założenia, że po różne substancje psychoaktywne sięgają uczniowie o nieco innym profilu ryzyka. Narkotyków używa młodzież, która przeżywa silne napięcia wewnętrzne i zamyka się w sobie. Z kolei, picie alkoholu to domena młodych ludzi, którzy nauczyli się radzić sobie z frustracją pijąc alkohol w towarzystwie innych młodych ludzi. Palenie tytoniu to też wyuczony sposób radzenia sobie ze stresem, ale wśród osób, którym towarzyszą trudności w odnalezieniu się w świecie zasad społecznych.

## Rekomendacje

Dostrzeżone powyżej prawidłowości mogą być podstawą do sformułowania zaleceń czy też rekomendacji ukierunkowanych na usprawnienie oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych wobec uczniów szkół zawodowych:

- Wiele problemów przeżywanych przez uczniów szkół zawodowych ma źródło w trudnościach w poradzeniu sobie z obciążeniami w nauce. To spostrzeżenie potwierdza, że osadzenie profilaktyki w środowisku szkolnym jest dobrym rozwiązaniem. Potrzeba więcej działań wspierających uczniów w pokonywaniu trudności edukacyjnych, a więc zajęć uczących jak się uczyć i jak się motywować do nauki. Zwłaszcza, że to etap życia, gdzie młodzież zdolna jest już do autorefleksji. Należy poddać analizie co można usprawnić w przekazywaniu wiedzy i ocenianiu, aby młodzi ludzie sprawniej sobie radzili z zadaniami edukacyjnymi. Proponowana wcześniej edukacja rówieśnicza może w tym środowisku napotkać silny opór ze strony negatywnej presji rówieśniczej. Wydaje się jednak, że gdyby za tymi działaniami stali dobrze przygotowani edukatorzy z wewnątrz szkoły mogłoby to przynieść pożądany skutek. Na pewno uczniowie potrzebują też lekcji wyrównawczych i tutoringów, bo ci, którzy otrzymują taką pomoc, są mniej narażeni na zachowania ryzykowne.
- Kolejny problem to radzenie sobie ze stresem i silnymi emocjami. Z analizy zebranego materiału widać, że uczniowie szkół zawodowych mają z tym największy problem. Z przeciążeniami emocjonalnymi radzą sobie w sposób dysfunkcyjny, który ma charakter błędnego koła. Napięcia psychiczne rozładują w nieakceptowany sposób, co prowadzi do konfrontacji z wychowawcami i generuje kolejne emocje. Potrzebne są interwencje profilaktyczne, które nauczą młodych ludzi zarządzać emocjami. Samo uczenie, jak radzić sobie z konsekwencjami stresu może być interwencją mało skuteczną, bo zrealizowaną zbyt późno.
- Koniecznym wydaje się podniesienie skuteczności działań profilaktycznych. Zarówno w zakresie działań informacyjnych, jak i w różnorodności stosowanych oddziaływań. Przemawia za tym fakt, dość małej liczby czynników chroniących w tym środowisku młodzieży. Czynniki chroniące na poziomie zachowań wyróżnione przez Jessorów (zaangażowanie w praktyki religijne i ceniение sobie sukcesów w nauce szkolnej) nie potwierdziły się wśród uczniów szkół zawodowych.
- Wielu młodych ludzi ma trudności z konstruktywną ekspresją emocji, a jednocześnie przyjmuje niekonstruktywne formy spędzania czasu wolnego. Należałoby uczyć tę młodzież umiejętności konstruktywnego spędzania czasu wolnego, zwłaszcza w z aktywnym udziałem młodych ludzi, którzy niosą pozytywny wzorzec zachowań.
- Predyktorem palenia tytoniu jest łamanie dyscypliny szkolnej. Wobec powyższego należy objąć szczególną uwagę uczniów, którzy jeszcze nie palą a mają niskie oceny z zachowania. Wobec nich powinny być prowadzone działania wychowawcze i profilaktyka palenia tytoniu.

- Z badań wynika, że po narkotyki sięga między innymi młodzież, która doświadczyła przemocy ze strony innych. Domniemać należy, że nie otrzymała ona wystarczającego wsparcia. Stąd, osoby doświadczające przemocy traktować należy jako grupę wysokiego ryzyka. Należy zastanowić się nad opracowaniem programu interwencji dedykowanej tej grupie uczniów.

## Bibliografia

- Ary D., Duncan T., Biglan A., Meltzer C., Noell J., Smolkowski K. (1999) Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(2), 141-150.
- Biglan A., Brennan P., Foster S., Holder H. (2004). *Helping adolescents at risk. Prevention of multiple problem behaviors*. The Guilford Press, New York.
- Dzielska A., Kowalewska A. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu, *Studia BAS*, 2(38), 141-170.
- Jessor R. (1987). Problem-Behavior Theory, Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331-342.
- Jessor R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action, *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor R. (1998). New perspectives on adolescent risk behaviour. W: Jessor R. (red.) *New perspectives on adolescent risk behaviour*. Cambridge University Press, 1-10.
- Jessor R., Jessor S. (1977). *Problem behavior and psychological development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kandel D., Yamaguchi K., Chen K. (1992), Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the Gateway Theory, *Journal of Studies on Alcohol*, 53; 447-457.
- Mazur J., Woynarowska B. (2004). Współwystępowanie palenia tytoniu, picia alkoholu w zespole zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej. Tendencje zmian w latach 1990-2002, *Alkoholizm i Narkomania*, 17(1-2); 29-43.
- Newcomb M., Abbott R., Catalano R., Hawkins D., Battin-Pearson S., Hill K. (2002) Mediatonal and deviance theories of late high school failure: process roles of structural strains, academic competence, and general versus specific problem behaviors, *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 172-186.
- Ostaszewski K. (2003): *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Ostaszewski K. (2008). Problemy nastolatków związane z używaniem substancji psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 21, 4: 363-389.
- Ostaszewski Krzysztof. (2014). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M. (2011): *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I –III*, Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Pyżalski, Jacek. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Stępień E. (1999), Intensywność picia alkoholu a niektóre aspekty stylu życia młodzieży polskiej i włoskiej, *Alkoholizm i Narkomania*, 4/37; 535-545.

- Woynarowska, B., Tabak, I. (2008). Czynniki ryzyka wczesnej inicjacji seksualnej, *Medycyna Wieku Rozwojowego*.12 2(1), 541–547.
- Woynarowska, B. (2017). Styl życia i zachowania zdrowotne w: B. Woynarowska (red.) *Edukacja zdrowotna*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 57-68.

**Robert Porzak, Sally A. Baas, Joanne Cashman, Mariola Rosser, Joyce K. Sebian**

### **3.6 Animacja szkół i środowiska lokalnego do działań profilaktycznych**

Współczesne badania pokazują, że skuteczna realizacja szkolnych programów profilaktyki opiera się na współpracy między:

- pracownikami oświaty,
- specjalistami z zakresu zdrowia psychicznego,
- zainteresowanymi reprezentantami społeczności rodziców i uczniów (Weist, Ambrose, & Lewis, 2006)

Naturalną podstawą do wdrożenia działań profilaktycznych budujących zdrowie społeczności szkolnej w sposób oparty na współpracy między specjalistami i osobami doświadczającymi problemów jest model zarządzania relacjami z przedstawicielami społeczności – interesariuszami (*Stakeholder Theory of Management*) (Sturdy, Smith-Merry, & Freeman, 2012).

Sam fakt istnienia szkolnej czy lokalnej koalicji profilaktycznej w społeczności nie zapewnia jednak sukcesu. Skuteczne działania oparte na społeczności wymagają odpowiedniego przygotowania, w tym:

- jasno określonych, czytelnie ukierunkowanych i łatwych w zarządzaniu celów;
- odpowiednio zaplanowanego czasu realizacji;
- oparcia w danych z badań na temat tego, co trzeba zmienić w społeczności i jakie działania pozwalają uzyskać takie rezultaty
- wdrożenia polityki, praktyki i programów profilaktycznych o sprawdzonej skuteczności;
- uważnego monitorowania, zapewniającego jakość wdrożenia (za: Fagan i in., 2011).

Wstępnym warunkiem wdrożenia podejść opartych na społeczności jest jej gotowość do szerokiego włączenia się w działania profilaktyczne. Gotowość społeczności do współdziałania w realizacji celów profilaktycznych należy ocenić przed wdrażaniem programów społecznościowych. W procesie badania dojrzałości społeczności do współdziałania warto sprawdzić, które instytucje i osoby są spostrzegane jako naturalni liderzy koalicji profilaktycznej (Paltzer, Black, & Moberg, 2013).

Wdrażanie programów działań profilaktycznych i dobrych praktyk postępowania wspierającego dobrostan młodzieży i zmniejszającego częstość zachowań ryzykownych powinno uwzględniać:

1. Więzy osobiste i społeczne. Przykład przekonuje bardziej, niż apel. Ważnym źródłem motywacją do działania młodych ludzi jest potrzeba przynależności. To rówieśnicy są najważniejszym wzorem, jak i punktem odniesienia. Profilaktyka będzie skuteczna wtedy, kiedy będzie częścią codziennych relacji społecznych i powiązań interpersonalnych młodzieży.
2. Zainteresowanie sprawami zdrowia w środowisku. To, co powszechne, jest normą. Profilaktyka może być skuteczna wtedy, kiedy uczestnicy społeczności

skupionej wokół szkoły, w tym zwłaszcza rodzice będą wspierać działania profilaktyczne na szeroką skalę i w wielu wiarygodnych formach. Szerokie zaangażowanie specjalistów jest równie istotne dla skuteczności profilaktyki, jak stała obecność w niej rodziców i szerokiej reprezentacji przedstawicieli lokalnej społeczności.

3. Wysoką jakość profilaktyki. Dobrymi narzędziami można zrobić więcej. Sprawdzone programy promocji zdrowia i programy profilaktyczne o znanej wartości dają największe szanse na uzyskanie rezultatów. Warto jednak wybierać takie programy o sprawdzonej jakości, które mogą prowadzić lub co najmniej aktywnie wspierać wszyscy uczestnicy społeczności szkoły, nie tylko specjaliści.

Interwencja spełniająca powyższe postulaty stawiane skutecznej profilaktyce powinna być, jak wcześniej wspomniano, długofalowa i oparta na aktywizacji i zaangażowaniu w działania profilaktyczne jak najszerszej grupy uczestników społeczności lokalnej. We współczesnych, zindywidualizowanych i zatowarowanych społeczeństwach zaangażowanie w sprawy społeczności nie zawsze jest procesem w pełni naturalnym. Do skutecznego zaangażowania społeczności lokalnej w profilaktykę, której centrum jest szkoła, konieczne jest jednoczesne spełnienie kilku warunków, w tym zwłaszcza:

1. Społeczności lub jej znaczący przedstawiciele okazują gotowość do współpracy nie tylko w deklaracjach, ale też poprzez rzeczywiste, spontaniczne podejmowanie aktywnych ról profilaktycznych.
2. Zasady i przepisy ogólne i lokalne umożliwiają formalizację działania społeczności (np. stowarzyszanie się lub budowanie koalicji).
3. Obowiązujące w społeczności wartości sprzyjają zdrowiu (np. wysoka pozycja zdrowia, cenie tolerancji) a normy zdrowotne eliminują zachowania ryzykowne (np. niska aprobaty stosowania substancji, silne normy antynarkotykowe, antyalkoholowe, antytytoniowe, anty-ryzykowne).
4. Siła wpływu społecznego i tożsamości kulturowej społeczności jest wysoka (Johnson i in., 2007)

## **Przykładowe podejścia uwzględniające strategie angażowania społeczności lokalnej wokół celów prozdrowotnych / profilaktycznych**

Integracja społeczności lokalnej wokół celów prozdrowotnych przebiega w kilku etapach i może być realizowana zarówno w sposób bezpośredni, poprzez porozumienia, jak i w sposób pośredni, za pomocą wdrażania programów profilaktycznych adresowanych do całej społeczności. Wspólne przejście przez społeczność przedstawionych niżej działań tworzy wartość dodaną, synergię, zapewniającą profilaktyce i programom prozdrowotnym większą skuteczność i trwałość. Efekty te są uzyskiwane dzięki wielostronnemu i długofalowemu wsparciu bezpośrednich i pośrednich rezultatów profilaktyki przez wszystkich uczestników społeczności lokalnej.

### *Wspólnota Działania – Przewodzenie Przez Jednoczenie*

Przykładem procedury umożliwiającej skuteczne wdrożenie działań profilaktycznych opartych na społeczności szkoły jest model zaproponowany i sprawdzony w działaniu przez IDEA Partnership (Cashman i in., 2014). Najważniejsze kroki tej procedury, to zgodnie z opracowanym przez autorów podręcznikiem:

1. Integracja wokół problemów (pierwotna) – poznanie perspektyw.
2. Zapewnienie odpowiedniego udziału i reprezentatywności – aktywizacja.

3. Wykonanie prac razem – integracja w działaniu.
4. Przewodzenie społeczne i współpraca w profilaktyce – jednoczenie społeczności w zmianie.

Kolejne kroki są prowadzone i monitorowane przez przygotowanych animatorów społeczności do momentu podjęcia przez społeczność samodzielnej ich realizacji. W każdym z kroków działania społeczności są oparte na wspólnym poszukiwaniu odpowiedzi na kluczowe pytania (Cashman i in., 2014):

Krok 1. Integracja wokół problemów – animacja aktywności poprzez szeroko adresowane pytania aktywizujące i skłaniające do pogłębienia refleksji o sytuacji i potrzebach jej zmiany. Zachęcamy do poszukiwania wspólnych trosk, pytając: Co łączy ludzi? Gdzie wiele perspektyw oglądu problemów zaczyna się rozchodzić? Gdzie istnieje możliwość porozumienia? Jak możemy wykorzystać informację / aktywność, która już istnieje? Jak możemy współpracować w zajmowaniu się tym problemem?

Krok 2. Zapewnienie odpowiedniego udziału. Stawiamy pytania zachęcające i motywujące do działania uczestników społeczności i niezbędne osoby / instytucje spoza społeczności: Kto musi być zaangażowany, aby zapewnić prawdziwe zmiany? Co umożliwi decydom, praktykom, odbiorcom pomocy odegranie aktywnej roli? Jakie narzędzia i kanały komunikacji będą wspierać zaangażowanie?

Krok 3. Wykonanie prac razem – precyzowanie celów i zasad współpracy poprzez zoperacjonalizowanie i podjęcie działania angażującego wszystkich uczestników społeczności w sposób partnersko łączący w działaniu profilaktycznym siły rodziców, nauczycieli i ekspertów. Stawiamy następujące pytania: W jaki sposób dotychczasowe relacje i wspólne działania ulepszyły pracę i uczenie się? Jakie cele indywidualne zostaną osiągnięte poprzez wykonanie prac razem? Jakie wspólne cele zostaną osiągnięte poprzez wykonanie prac razem?

Krok 4. Przewodzenie społeczne profilaktyce szkolnej – stopniowe pełne przejmowanie odpowiedzialności za kierunek i formy realizacji działań profilaktycznych skupionych wokół szkoły przez społeczność, z udziałem rodzin, nauczycieli, ekspertów szkolnych i pozaszkolnych oraz przedstawicieli instytucji otoczenia szkoły. Zachęcamy partnerów do refleksji pytając: Które spośród osób pełniących dowolne role w społeczności zorientowanej na wspólne cele profilaktyczne (Wspólnocie Działania) mogą stać się liderami rozwoju społeczności? Jak możemy przekształcić skomplikowane wyzwania tak, że każdy z nas może przyczynić się aktywnie do ich rozwiązania? Jak poszczególne osoby mogą wspierać rozwój Wspólnoty i osiągnięcie jej celów, działając jako delegaci zmiany w ramach własnej sieci społecznej? (Cashman i in., 2014; Cashman, Linehan, & Rosser, 2007).

### *Wychowanie Oparte na Sercu*

Przykładem podejść ukierunkowanych na pojedyncze osoby, ale uwzględniających integrację społeczności wokół celów profilaktycznych może być program Wychowania Opartego na Sercu (*Nurtured Heart Approach*®). Najważniejsze elementy tego podejścia są skupione na jednostkach doświadczających trudności, przy czym program szeroko uwzględnia kontekst rodziny, klasy, nauczycieli i innych reprezentantów społeczności stykających się z dzieckiem doświadczającym problemów. Wiodącym celem programu jest wsparcie uczniów w zbudowaniu poczucia wewnętrznego bogactwa, które umożliwia prostanie wyzwaniom i zagrożeniom, z którym nie mogli się wcześniej zmierzyć.

Program skupia się na prostych strategiach, budujących wspierające uczniów środowisko dzięki zaangażowaniu rodziców, pracowników szkoły i uczestników społeczności szkolnej. Dorośli uczestnicy programu uczą się, jak odnosić się do dzieci w sposób, który pomaga im w pozytywnym wykorzystaniu ich właściwości, zmieniając przekaz



o „nie radzeniu sobie” z dzieckiem w przekaz o radości z konkretnie nazwanych sukcesów. Rodzice i nauczyciele poznają zasady rozmawiania z dziećmi z ADHD tak, aby przestrzegały swoją wrażliwość i pobudliwość jako drogę do sukcesu, a nie jako deficyt lub coś, czego należy się wstydić lub obawiać. Metody wykorzystywane w programie opierają się na trzech podstawowych zasadach:

1. „Na pewno NIE” – odchodzenie od spraw i sposobów działania, które idą źle, brak angażowania w nie negatywnej energii.
2. „Na pewno TAK” – budowanie konkretnych sukcesów i ich świętowanie w wyraźny sposób, energiczne nagradzanie wszystkiego, co idzie dobrze.
3. „Na pewno JASNE” – wyraźne określanie granic i oczekiwań oraz konsekwencji, które są stałe, proste, zrozumiałe dla wszystkich i nie absorbują uwagi i energii.

Podejście to opiera się na historiach, które pomagają dorosłym zapamiętać poszczególne zasady i stosowaniu metodologii relacji „tutaj i teraz”. Program pomaga dorosłym uczestnikom zastąpić dotychczasowe reagowanie na objawy trudności aktywnym tworzeniem bezpiecznego i przyjaznego środowiska uczenia się przez dziecko swoich mocnych stron. Zmiany zachowania i wyników szkolnych rozpoczyna się w tym programie nie poprzez zmienianie dziecka, tylko poprzez czynienie środowiska bezpiecznym i wspierającym, co jest katalizatorem poprawy w innych wymiarach.

Założenia Wychowania Opartego na Sercu są zgodne z celami psychologii pozytywnej. Szkolenie wprowadza rodziców i nauczycieli w zasady postępowania. Dalsze zajęcia zapewniają wsparcie we wprowadzaniu zasad i radzeniu sobie z trudnościami. Kolejne spotkania umożliwiają zbudowanie wspierającego środowiska poprzez wymianę doświadczeń i obserwacji postępów między rodzicami i nauczycielami, z udziałem specjalistów z instytucji współpracujących ze szkołą. Z grup szkoleniowych buduje się stopniowo społeczność wsparcia.

### *Impulsy profilaktyczne i architektura wyboru*

Strategie profilaktyczne oparte na modelu impulsów są obecne w głównym nurcie profilaktyki od dawna. Pojęcie impulsów (*nudges* – tłumaczone także jako „szturchnięcia”) zyskało ostatnio popularność za sprawą nagrody Nobla przyznanej w 2017 roku psychologowi i ekonomistcie, Richardowi Thalerowi, promującemu ich wykorzystanie w celach prospołecznych. Impulsy, to propozycje działań, które nie zamykają nikomu wyboru, ale promują korzystne rozwiązania, dostarczając narzędzi do ich wygodnej realizacji przy okazji codziennych aktywności. Impulsy mogą być wprowadzone jako pojedyncze akty, ale ich efektywność zdecydowanie wzrasta, gdy tworzą system przemyślanych i spójnych zachęt prozdrowotnych, określane mianem „architektury wyboru”. Architektura wyboru integruje dorobek psychologii poznawczo-behawioralnej, nauk o zdrowiu, socjologii i ekonomii w celu wsparcia korzystnych dla jednostek i społeczeństw zachowań (Thaler & Sunstein, 2017). Impulsy są konstruowane z wykorzystaniem wiedzy na temat pułapek myślenia, związanych np. z nieracjonalnie wysoką oceną prawdopodobieństwa sukcesu własnych działań, iluzją posiadania świadomej kontroli własnego zachowania i innych, opisanych przez Daniela Kahnemana, psychologa i ekonomistę, laureata nagrody Nobla z roku 2002 (Kahneman, 2012).

Przykłady impulsów szeroko stosowanych w profilaktyce, to od dawna znane działania zmierzające do redukcji dostępności substancji psychoaktywnych i wzorców zachowań dysfunkcyjnych oraz ułatwiania podejmowania zachowań prozdrowotnych. Na poziomie modyfikacji środowiska czy modyfikacji prawnych, obejmują one obowiązek oddalenia lokalizacji punktów sprzedaży tytoniu i alkoholu od szkół czy ograniczenie

sprzedaży legalnych substancji psychoaktywnych osobom niepełnoletnim. Stosuje się też zmniejszenie ekspozycji na wzorce picia alkoholu poprzez zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych w przestrzeni publicznej, regulacje prawne ograniczające czas emisji reklam tytoniu i alkoholu, wprowadza działania informacyjne obejmujące konieczność uzupełnienia reklam rzetelnymi i wyraźnie przekazanymi informacjami o szkodliwości palenia tytoniu i picia alkoholu, dodaje wysoką akcyzę na wyroby tytoniowe i alkoholowe, a także wprowadza obowiązek przeznaczenia stałej części lokalnych wpływów ze sprzedaży alkoholu na działania profilaktyczne.

Impulsy ostrzegające przed ryzykiem i utrudniające jego podjęcie poprzez redukcję dostępności są często uzupełniane impulsami promującymi zachowania prozdrowotne. Przykładowe promocje dotyczą zwiększenia dostępności boisk i innych terenów aktywności fizycznej, dbałości o zdrową dietę uczniów poprzez dostęp w szkole do produktów spożywczych o niskiej zawartości cukru czy tłuszczu a wysokiej ilości błonnika. Impulsy będące interwencjami psychospołecznymi i edukacyjnymi, to zwiększanie dostępności mediacji zastępującej agresję, wprowadzanie programów rówieśniczego nauczania wspomagającego osiąganie sukcesów edukacyjnych, czy uczenie technik uważności (*mindfulness*), zmniejszających poziom stresu i zwiększających samoregulację. Ważną rolę pełnią działania informacyjne, w postaci reklam i kampanii społecznych promujących zachowania prozdrowotne i uwrażliwiających na potrzeby innych ludzi. Można tutaj wymienić także szeroką promocję wsparcia osób z ograniczoną możliwością poruszania się i trudnościami zdrowotnymi, podwyższenie reaktywności na przejawy agresji, przemocy i zagrożeń internetowych, jak i wrażliwości na problemy psychiczne, np. depresję.

Architektura wyboru zmierza do połączenia powyższych impulsów i dodania nowych, tworzących spójny system, z natury adresowany do całej społeczności szkoły czy też społeczności lokalnej. Przykładem może być projekt przeciwdziałania biernemu paleniu tytoniu na lotnisku w Kopenhadze. Próby wyeliminowania palenia tytoniu z miejsc szczególnie nasilonego ruchu pieszych przed wejściami do hal lotniska były bezowocne. Zakazy i kary nie pomagały. Skuteczne okazało się utworzenie stref dla palaczy, oddalonych od najbardziej zatłoczonych przejść. Były to po prostu wydzielone części pasaży, oznaczone wyraźnymi żółtymi liniami namalowanymi na chodniku, z widocznym z daleka symbolem papierosa. Palacze kierowali się do wyznaczonych stref, choć palenie przy wejściach nie było karane. W rezultacie tego prostego impulsu liczba osób palących przy wejściach zmniejszyła się z 58% do 39% (Schmidt i in., 2016). Podobnie wykonano program redukcji otyłości we współpracy z sieciami hipermarketów w USA i UK. W ramach tego projektu wprowadzono: zmniejszenie porcji dostępnych w sklepach napojów słodzonych, zmianę lokalizacji na półce napojów niesłodzonych (łatwiej dostępne) i słodzonych (trudniej dostępne), zmianę kształtu pojemnika. Działania te porównano z podwyższeniem opłat za słodzone napoje i tradycyjnymi działaniami edukacyjnymi. Wykorzystane w tym programie impulsy były akceptowane przez osoby, które stykały się z nimi także wtedy, kiedy nie przekazywano im wcześniej informacji o zastosowaniu wobec nich takich oddziaływań (Petrescu, Hollands, Couturier, Ng, & Marteau, 2016).

Działania oparte na impulsach profilaktycznych powinny być wdrażane w jak najbliższym otoczeniu osób, do których je kierujemy, tak, aby były rejestrowane mimochodem. Oprócz pomieszczeń szkoły warto pamiętać o innych przestrzeniach, w których przebywają adresaci impulsów, jak i o czasie ich stosowania, który powinien poprzedzać potencjalne zachowania ryzykowne. W przypadku impulsów informacyjnych warto lokować je w miejscach sprzedaży bądź stosowania legalnych substancji psychoaktywnych, a także tam, gdzie młodzi ludzie spędzają czas. Ważnym byłoby dotarcie z impulsami w etapie rozluźnienia normatywności szkolnej, przypadającym na wakacyjne wyjazdy.

Skutecznym narzędziem dotarcia z impulsami jest też wykorzystanie mobilnych technologii komunikacyjnych, obecnych w życiu młodzieży wszędzie i zawsze (Fishbach & Hofmann, 2015; NeaŃu, 2015).

Dostęp do informacji uŹytecznych w tworzeniu impulsów jest w Polsce szeroki. Liczne zasoby są dystrybuowane w postaci materialów drukowanych, szkoleń, jak i poprzez strony internetowe instytucji prowadzących działalnoś profilaktyczną, jak Główny Inspektorat Sanitarny, Panstwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, liczne fundacje i organizacje pozarządowe, czy projekty zrealizowane w celu zwiększenia dostępu do takich zasobów, jak chociaŹby „Stawiam na Zdrowie”, prowadzony przez GIS we wspólpracy z PARPA i dwoma instytutami medycznymi, czy publikacje Instytutu Profilaktyki Zintegrowanej (Grzelak i in., 2015).

Krytycy twierdza, Źe architektura wyboru zwiększa prawdopodobieństwo manipulacji na skalę społeczną (Alemanno, 2012). Argumenty te, choć waŹkie etycznie, są dyskusyjne w odniesieniu do ochrony zdrowia. Negatywne następstwa stosowania substancji psychoaktywnych są do dobrze rozpoznane i kwestie ich szkodliwości nie podlegają szerszej dyskusji. Odmienne punkty widzenia pojawiają się zwykle w efekcie nacisku producentów owych substancji lub populistycznych polityków, promujących i forsujących np. legalizację rekreacyjnego zaŹywania marihuany. Podobnie jest w przypadku agresji i przemocy, a takŹe cyberprzemocy. Szkodliwe następstwa są tutaj oczywiste i widoczne nierzadko na pierwszy rzut oka, zostawiając nierzadko trwałe ślady w fizjologii układu nerwowego (Masten i in., 2009; Riva, Montali, Wirth, Curioni, & Williams, 2017). Chronienie młodych ludzi przed szkodami zdrowotnymi wydaje się z tej perspektywy by jedynym wasciwym, choć nie pozbawionym pewnego ryzyka wyborem. NaleŹy teŹ pamieta, Źe stosowanie systemu impulsów prozdrowotnych w porównaniu ze skalą działań producentów i sprzedawców substancji psychoaktywnych, niezdrowej Źywnoci i niezdrowych wzorców behawioralnych jest jedynie deniem do niewielkiego zrównania szans. Producenci i sprzedawcy stosuj wszak na olbrzymią skalę impulsy skłaniające do zakupu i stosowania ich wyrobów bądŹ usług. Impulsy ze strony biznesu tytoniowego i alkoholowego czy hazardowego są przekazywane konsumentom jawnie, jak i w sposób ukryty, z wykorzystaniem zaawansowanych technologii reklamy i marketingu szeptanego. Warto przy tym podkreli, Źe dobrze przygotowany i wdroŹony system impulsów profilaktycznych zawsze daje ludziom moŹliwo podjęcia innej decyzji, niŹ sugerowana.

## **Podsumowanie**

Skuteczno profilaktyki jest oparta na jej skali. Masowo, często i cykliczne powracanie do znanych juŹ watkw przekładają się na rezultaty. Programy specjalistyczne o potwierdzonej naukowo wartości peni waŹn rolę w systemie profilaktyki, ale nie są to jedyne wartościowe rozwiązania. Rola specjalistów ma szczególne znaczenie w profilaktyce selektywnej i wskazującej. Specjaliści mogą być wiodącymi partnerami profilaktyki skupionej na potrzebach uczniów, rodzin, nauczycieli i szkoły, ale nie mogą skutecznie zastpi aktywności wszystkich wymienionych uczestników społeczności szkolnej i jej otoczenia w codziennych sytuacjach.

Kluczem do zapewnienia skuteczności profilaktyki uniwersalnej i długofalowego utrzymania wzrostu dobrostanu jednostek i grup społecznych jest integracja społeczności lokalnych wokl spraw zdrowia i profilaktyki. WaŹne jest szerokie włączenie społeczności w przewodzenie profilaktyce i wdraŹanie sprawdzonych rozwizania we wspólpracy ze specjalistami. Budowanie koalicji praktyków wokl potrzeb szkoły moŹe przynieść

szerokie upowszechnienie efektów prozdrowotnych przy ograniczeniu kosztów ich uzyskania.

Narzędzia, umożliwiające zwiększenie skuteczności profilaktyki na wszystkich poziomach, ale przede wszystkim profilaktyki uniwersalnej poprzez jej upowszechnienie, to procedura włączania przedstawicieli wszystkich grup społeczności szkoły i otoczenia szkoły w planowanie działań profilaktycznych i świadome kształtowanie środowiska szkoły w sposób sprzyjający zdrowiu. Zalecenia dotyczące tworzenia impulsów i łączenia ich w systemy w ramach przemyślanej architektury wyboru społecznego mogą znacząco wspomóc profilaktykę uniwersalną. Warto przy tym wspomnieć, że do skutecznego rozwijania zdrowia i profilaktyki szkolnej w oparciu o integrację społeczności wokół potrzeb szkoły potrzebujemy specjalistów od animacji społeczności lokalnej i przygotowania jej do działania na podstawie integracji wokół problemów.

## Bibliografia

- Alemanno, A. (2012). Nudging Smokers The Behavioural Turn of Tobacco Risk Regulation. *European Journal of Risk Regulation*, 3(01), 32–42. <https://doi.org/10.1017/S1867299X00001781>
- Cashman, J., Linehan, P. C., Purcell, L., Rosser, M., Schultz, S., Skalski, S., & National Association of State Directors of Special Education (NASDSE), I. P. (2014). *Leading by Convening: A Blueprint for Authentic Engagement*. Idea Partnership. Pobrano z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED584148&lang=pl&site=ehost-live>
- Cashman, J., Linehan, P., & Rosser, M. (2007). *Facilitating Community: Key Strategies for Building Communities of Practice to Accomplish State Goals. New Eyes: Meeting Challenges through Communities of Practice*. Alexandria: Idea Partnership. Pobrano z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=ED526904&lang=pl&site=ehost-live>
- Fagan, A. A., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2011). ENGAGING COMMUNITIES TO PREVENT UNDERAGE DRINKING. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 167–174.
- Fishbach, A., & Hofmann, W. (2015). Nudging self-control: A smartphone intervention of temptation anticipation and goal resolution improves everyday goal progress. *Motivation Science*, 1(3), 137–150. <https://doi.org/10.1037/mot0000022>
- Grzelak, S., Sala, M., Czarnik, S., Paż, B., Balcerzak, A., & Gwóźdź, J. (2015). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży: przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych*. Warszawa : Ośrodek Rozwoju Edukacji. Pobrano z <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/18424>
- Johnson, K., COURSER, M., HOLDER, H., MILLER, B., OGILVIE, K., MOORE, R., ... SAYLOR, B. (2007). A COMMUNITY PREVENTION INTERVENTION TO REDUCE YOUTH FROM INHALING AND INGESTING HARMFUL LEGAL PRODUCTS. *Journal of drug education*, 37(3), 227–247. <https://doi.org/10.2190/DE.37.3.b>
- Kahneman, D. (2012). *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*. Poznań: Media Rodzina. Pobrano z <https://www.empik.com/pulapki-myslenia-o-mysleniu-szybkim-i-wolnym-kahneman-daniel,p1059060160,ksiazka-p>
- Masten, C. L., Eisenberger, N. I., Borofsky, L. A., Pfeifer, J. H., McNealy, K., Mazziotta, J. C., & Dapretto, M. (2009). Neural correlates of social exclusion during

- adolescence: understanding the distress of peer rejection. *Social cognitive and affective neuroscience*, 4(2), 143–157. <https://doi.org/10.1093/scan/nsp007>
- Neațu, A. M. (2015). Public Health and Behavioral Economics. „Nudging” Behaviors through Wearable Technology. *International Journal of Economic Practices & Theories*, 5(5), 518–526.
- Paltzer, J., Black, P., & Moberg, D. P. (2013). Evaluating Community Readiness to Implement Environmental and Policy-Based Alcohol Abuse Prevention Strategies in Wisconsin. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 57(3), 27–50.
- Petrescu, D. C., Hollands, G. J., Couturier, D.-L., Ng, Y.-L., & Marteau, T. M. (2016). Public Acceptability in the UK and USA of Nudging to Reduce Obesity: The Example of Reducing Sugar-Sweetened Beverages Consumption. *Plos One*, 11(6), e0155995–e0155995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155995>
- Riva, P., Montali, L., Wirth, J. H., Curioni, S., & Williams, K. D. (2017). Chronic social exclusion and evidence for the resignation stage. *Journal of Social & Personal Relationships*, 34(4), 541–564.
- Schmidt, K., Schuldt-Jensen, J., Carøe Aarestrup, S., Rathman, A., Lund Skov, K., & Guldborg Hansen, P. (2016). *Nudging Smoke in Airports: A Case Study In Nudging As A Method*. Copenhagen: iNudgeyou.
- Sturdy, S., Smith-Merry, J., & Freeman, R. (2012). Stakeholder Consultation as Social Mobilization: Framing Scottish Mental Health Policy. *Social Policy & Administration*, 46(7), 823–844.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. (2017). *Impuls. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*. Poznań: Zysk i S-ka. Pobrano z <https://bonito.pl/k-1261730-impuls-jak-podejmowac-wlasciwe-decyzje-dotyczace-zdrowia-dobrobytu-i-szczescia>
- Weist, M. D., Ambrose, M. G., & Lewis, C. P. (2006). Expanded School Mental Health: A Collaborative Community-School Example. *Children & Schools*, 28(1), 45.

## **System profilaktyki w Polsce – podsumowanie**

Celem profilaktyki jest ochrona zdrowia przed czynnikami ryzyka poprzez wspomaganie osób doświadczających zagrożeń w radzeniu sobie z trudnościami, ograniczanie i likwidowanie czynników ryzyka i inicjowanie oraz wspomaganie czynników chroniących (Gaś, 2011). Działania profilaktyczne mają sens przede wszystkim wtedy, kiedy są prowadzone przed wystąpieniem problemów (Winkler, Caulkins, Behrens, & Tragler, 2004). Wyzwania stojące przed profilaktyką są znaczne. Nikotyna, alkohol, jak i opioidy, zawarte w nielegalnych substancjach psychoaktywnych i niektórych lekach działają bezpośrednio na mózgowy system nagrody i długofalowo modyfikują fizjologię układu nerwowego (Chu i in., 2015; Durazzo i in., 2014; Guterstam i in., 2013; Heinz, Beck, Grüsser, Grace, & Wrase, 2009; Younger i in., 2011). W profilaktyce nie mogą występować tak silne bodźce, co zmniejsza jej skuteczność w odniesieniu do osób, u których eksperymentowanie z substancjami psychoaktywnymi wykracza poza pojedyncze epizody. Wiodącym zadaniem profilaktyki powinno być w tej sytuacji uchronienie przed powstaniem niszczącego zdrowie schematu zachowania, zwłaszcza w etapie eksperymentowania podejmowanego w fazie dojrzewania, przy osłabionej kontroli poznawczej i tendencji do reagowania impulsywnego i emocjonalnego (Botdorf, Rosenbaum, Patrianakos, Steinberg, & Chein, 2017).

Przedstawione w drugiej części opracowania wyniki badań wskazują, że działania profilaktyczne w Polsce są prowadzone przede wszystkim jako krótkoterminowe interwencje oparte na pracy nauczycieli, wdrażających profilaktykę w trakcie zajęć wychowawczych. Działania takie ograniczają przyrost zachowań ryzykownych w okresie dojrzewania, jednak nie prowadzą do rezultatów wykraczających poza przeciętny trend w krajach europejskich, zapewniając skuteczność przede wszystkim w odniesieniu do redukcji spożycia przez młodzież alkoholu (Sierosławski, 2015). Uzyskane wyniki mogą być odbierane przez mniej obytych badawczo czytelników jako argument podtrzymujący wrażenie, że profilaktyka nie spełnia oczekiwań społecznych, co nie jest słuszną interpretacją, jak wskazują uważniejsi badacze, rozumiejący długofalowość i wielość uwarunkowań procesów profilaktycznych (Okulicz-Kozaryn, 2004).

Porównanie dominującej formy krótkoterminowej realizacji profilaktyki przez nauczycieli na podstawie ich autorskich programów do działań długofalowych, opartych na programach profilaktycznych o udowodnionej naukowo wartości, prowadzonych przez przeszkolonych realizatorów ukazuje atuty, jak i słabości systemu profilaktyki w Polsce. Analiza większości wymiarów objętych diagnozą wskazuje na zbliżony wpływ profilaktyki nieprofesjonalnej i profesjonalnej na ograniczanie przyrostu zachowań ryzykownych występującego w wieku dojrzewania. Uzyskane rezultaty wynikają prawdopodobnie z innych mechanizmów działania tych dwóch modeli realizacji profilaktyki. Prowadzenie krótkoterminowych działań profilaktycznych przez nauczycieli zapewnia bezpośrednio i częstości relacji z realizatorami, podtrzymując efekty osiągnięte w trakcie zajęć, co równoważy wpływ profilaktyki wewnątrzszkolnej z efektami zajęć zleczanych profesjonalnym realizatorom, zwykle działającym skuteczniej, ale sporadycznie, w porównaniu do codziennego kontaktu z nauczycielami. Na podstawie wyników badań można przypuszczać, że czynnikiem rozstrzygającym o skuteczności społecznej działań profilaktycznych jest ich liczba, długość realizacji działań poświęconych na poszczególne

tematy w skali roku szkolnego, jak i stopień uwzględnienia w profilaktyce wyników rzetelnych badań, w tym dopasowanie do potrzeb lokalnych. Skuteczność wiąże się zarówno ze stosowaniem programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności o czasie realizacji od 10 godzin wzwyż, jak i wykonywaniem rzetelnych badań lokalnych. Warto przy tym podkreślić, że szczególnie dobrze odbierane przez większość uczniów, jak i przez nauczycieli są krótkie działania profilaktyczne, o czasie do 2 godzin. Ich rezultaty są najwyraźniejsze w grupie uczniów do ok. 14 roku życia, co sugeruje celowość połączenia krótkich programów profilaktycznych w kilkunastogodzinne cykle tematyczne, rozłożone równomiernie w trakcie roku szkolnego. Powyższe sugestie są potwierdzane przez rezultaty obserwowane we wdrożeniach systemów profilaktyki zapewniających długofalowe działania na skalę całej społeczności, wykraczających zasięgiem poza szkołę i angażujących rodziców. Długofalowe badania ewaluacyjne ukazują spektakularną skuteczność tak zorganizowanej profilaktyki, co widać choćby na przykładzie modelu islandzkiego, przyjmując oczywiście korektę na niewielką liczebność tej społeczności (Kristjansson, James, Allegrante, Sigfusdottir, & Helgason, 2010).

### **Wyniki badań**

Wyniki badań uczniów w wieku 7-9 lat przedstawionych w drugiej części książki są optymistyczne i świadczą o wzroście w tej grupie pożądaných zachowań w trakcie udziału w zajęciach profilaktycznych. Największy wpływ na przyrost zachowań pozytywnych (socjalizacji i aktywności) wywiera liczba działań profilaktycznych realizowanych w szkole mieszcząca się w granicach 3-4 programów rocznie. Ograniczenie nieprzestrzegania reguł szkolnych i nadmierne koncentrowanie uwagi na sobie występuje najwyraźniej wtedy, gdy są realizowane działania opublikowane, jak i opracowane lokalnie, nie wymagające jeszcze interwencji na bazie programów rekomendowanych.

W grupie uczniów w wieku 10-13 lat rozpoczyna się palenie tytoniu i picie alkoholu, co powoduje skokowy wzrost wskaźnika częstości zachowań ryzykownych. Ograniczają ten wzrost przede wszystkim działania wykraczające poza tematyczne godziny wychowawcze, a więc działania rekomendowane i opublikowane. Dużą rolę ograniczającą wzrost pica alkoholu gra prowadzenie zajęć profilaktycznych przez osoby profesjonalnie przygotowane, w tym psychologów/pedagogów szkolnych i realizatorów spoza szkoły. Działania prowadzone przez psychologów/pedagogów szkolnych mają korzystny wpływ na ograniczenie impulsywności, a zajęcia prowadzone przez nauczycieli najwyraźniej polepszają zachowanie uczniów.

Uczniowie w wieku 14-16 lat znacznie zwiększają w ciągu roku liczbę zachowań ryzykownych. Wzrost częstości stosowania substancji psychoaktywnych w tej grupie dotyczy wszystkich substancji psychoaktywnych legalnych i nielegalnych, w tym przede wszystkim częstości i ilości wypijanego alkoholu. Stosowanie agresji i przemocy ma trend wzrostowy, choć nasienie nie zwiększa się istotnie. Dynamika zmian we wskaźnikach zachowań ryzykownych jest powiązana z profesjonalizacją prowadzonych działań profilaktycznych i ich liczbą w czasie roku szkolnego. W odniesieniu do tej grupy występuje w zakresie palenia tytoniu wspomniane wcześniej w opracowaniu wzmocnienie prozdrowotnych zachowań uczniów przez udział w profilaktyce prowadzonej przez nauczycieli w ramach godzin wychowawczych. Obniżeniu ryzyka palenia tytoniu sprzyja też częstotliwość działań profilaktycznych prowadzonych jeden – dwa razy w czasie roku.

W wieku 17-19 występuje w czasie roku między pomiarami kilkudziesięcioprocentowy wzrost wskaźników stosowania wszystkich substancji psychoaktywnych. Zmiany wskaźników dotyczących agresji i przemocy pozostają na zbliżonym poziomie, z łagodną tendencją spadkową. Przyrost ilości wypijanego jednorazowo alkoholu jest

istotnie mniejszy wśród uczniów objętych profilaktyką kwalifikowaną (programy rekomendowane i opublikowane). Występuje też istotne zróżnicowanie efektów programów dłuższych i krótszych w zakresie wskaźnika spożywania alkoholu. Im dłużej trwał program profilaktyczny, tym niższy był wskaźnik picia alkoholu.

Odnotowany w badaniach wszystkich grup wzrost częstości stosowania substancji psychoaktywnych od ok. 10 roku życia jest wyraźny i zwiększa się z wiekiem osób badanych. Jest to zjawisko charakterystyczne dla procesu dojrzewania. Zachowania ryzykowne nie są jednak prawidłowością rozwojową, tylko jej zagrożeniem. Warto tutaj przypomnieć, że wyniki przedstawione w drugiej części książki pokazują zmiany zachodzące w czasie roku, nie są natomiast analizą wieloletnich trendów społecznych. Cykliczne badania ESPAD wykazują korzystne zmiany długofalowe, jak np. istotny spadek skali picia alkoholu i palenia tytoniu przez polskich 15-16-latków w ostatnich 20 latach. Polska młodzież na tle 35 krajów europejskich krajów objętych monitorowaniem pozostaje jednak nadal powyżej średniej w zakresie częstości palenia tytoniu czy stosowania dopalaczy (Sierosławski, 2015), co z pewnością wymaga kontynuowania działań profilaktycznych. Patrząc na rezultaty działań profilaktycznych można przypuszczać, że system profilaktyki w Polsce mógłby zostać udoskonalony i skuteczniej służyć ochronie zdrowia.

### **Kierunki działania**

Szczegółowe propozycje zmierzające do zwiększenia skuteczności systemu profilaktyki w Polsce przedstawione w trzeciej części książki ukazują kilka wiodących trendów. Jednym z kierunków ulepszania systemu profilaktyki może być częściowa modyfikacja akcentów dotyczących uwarunkowań ekonomiczno-organizacyjnych profilaktyki. Korzystne rezultaty mogą z pewnością przynieść udoskonalenia działań adresowanych do poszczególnych grup wiekowych, jak i form pracy związanych z poszczególnymi zachowaniami problemowymi.

#### *Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne i administracyjno-prawne*

Ramy legislacyjne i organizacyjne systemu profilaktyki podlegają systematycznemu porządkowaniu. Regulacje zawarte w algorytmie podziału części oświatowej subwencji ogólnej dla jednostek samorządu terytorialnego wskazują na intencję większego wsparcia potrzeb profilaktycznych. Pomocne w tym zakresie mogłoby być wyróżnienie grup celów zawartych w algorytmie, być może nawet bez wskazania dla nich konkretnych wag, ale z wymaganiami jednoznacznego dookreślenia w tym zakresie na poziomie lokalnym, w sposób zależny od skali występowania danego typu niedostosowania. Samorządy powinny opierać decyzje na szerszych danych o skali potrzeb profilaktycznych na swoim terenie, ze wskazaniem trendów zmian zachodzących w monitorowanych sferach. Wsparciem w określaniu potrzeb na wszystkich szczeblach mogłoby być wdrożenie systemu diagnostyczno-raportującego, opartego na rozwiązaniach znanych z analityki biznesowej, którego zarys jest przedstawiony odrębnie. Oparte na danych decyzje jednostek samorządu terytorialnego (jst) dotyczące profilaktyki powinny być przedmiotem wymiany informacji na szerszą skalę, być może wspartej ich kompleksową oceną i odniesieniem do rekomendacji wydawanych cyklicznie przez PARPA, czy zaleceń GIS i KBPN, co pomogłoby wyodrębnić i promować na szerszą skalę dobre praktyki. Szkoły, dzięki danym z badań i finansowaniu adekwatnemu do zdiagnozowanych potrzeb mogłoby zwiększyć koncentrację na realizacji zadań profilaktycznych, jak i możliwości prowadzenia ewaluacji i analizy efektywności wdrażanych programów profilaktycznych, w tym także porporcji nakładów do efektów. Skupienie szkół na wykonywaniu zadań profilak-



tycznych i odciążenie od części zadań administracyjnych, przy jednoczesnym zapewnieniu finansowania proporcjonalnego do potrzeb, wieloaspektowej ewaluacji realizacji zadań i szerokiej współpracy z otoczeniem szkoły opartej na podejściach społecznościowych, mogłoby zwiększyć efektywność realizacji profilaktyki.

#### *Kontekst społeczno-kulturowy*

Społeczno-kulturowe wsparcie dla profilaktyki może zostać rozbudowane poprzez zwiększenie pozycji szkoły i nauczycieli w środowisku lokalnym. Może w tym pomóc szersze przygotowanie nauczycieli wychowawców do prowadzenia działań profilaktycznych. Szkolenia w zakresie strategii i narzędzi prowadzenia skutecznej profilaktyki powinny zostać skierowane do osób podejmujących decyzje o finansowaniu działań profilaktycznych na szczeblu administracji samorządowej, jak i kadry kierowniczej szkół wszystkich szczebli (Porzak, 1999). Wskazane jest też uzupełnienie obowiązkowej ścieżki edukacji zawodowej nauczycieli na studiach o bloki zajęć przygotowujących do prowadzenia podstawowych działań profilaktycznych. Podobnie wskazane jest jednoznaczne wpisanie do wymogów awansu zawodowego konieczności udokumentowania szkoleń potwierdzających posiadanie przez nauczyciela co najmniej podstawowych kompetencji profilaktycznych (Porzak, 2014). Pożądane jest również sformalizowanie promowania nauczycieli będących wzorcami funkcjonowania osobistego, wyrażającego się wykraczaniem poza standardy aktywności zawodowej (Baryła-Matejczuk, 2016). Ważną rolę w budowaniu społeczno-kulturowego wsparcia dla profilaktyki mogą odegrać programy oparte na modelu społecznościowym, w tym rozważne wykorzystanie impulsów prozdrowotnych. Działania społecznościowe i impulsy mogą znacznie zwiększyć zaangażowanie rodziców w programy profilaktyczne.

#### *Etapy edukacji*

Profilaktyka prowadzona na wszystkich etapach edukacji jest warta wzmocnienia poprzez jej silniejsze powiązanie z trendami prozdrowotnymi, coraz popularniejszymi w naszym społeczeństwie, choć obecnie występującymi tylko wycinkowo na przykład w wymiarze rekreacyjnego uprawiania ćwiczeń fizycznych i zdrowego odżywiania się (CBOS, 2016). W odniesieniu do uczniów w wieku 7-9 lat zalecane byłoby stosowanie długotrwałych programów profilaktycznych prowadzonych przez nauczycieli, z ukierunkowaniem na budowanie pozytywnych relacji nauczyciel-uczeń, a także zachęcanie uczniów do aktywności prospołecznych. Wydaje się pożądane przygotowanie nauczycieli tej grupy wiekowej do skuteczniejszego prowadzenia zajęć korygujących zachowania niepożądane poprzez wzmocnienie pozytywnych zachowań i tendencji normatywnych u dzieci, ze zwróceniem szczególnej uwagi na działania prowadzone w intensywnej współpracy z rodzicami.

Najlepsze rezultaty profilaktyczne w grupie uczniów w wieku 10-13 lat uzyskuje się w trakcie realizacji długotrwałych programów o udowodnionej skuteczności, co powinno być promowane i maksymalnie rozszerzane. W tej grupie rozpoczyna się inicjacja tytoniowa i alkoholowa. Ta obserwacja wskazuje na potrzebę wdrożenia na szeroką skalę działań opóźniających pierwszy kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Ważne czynniki wpływające na opóźnienie stosowania substancji psychoaktywnych, to eliminacja wzorców domowych i rówieśniczych oraz zapewnienie wsparcia w środowisku rówieśniczym dla aktywności alternatywnych i mody na ich realizowanie w sposób wykluczający stosowanie substancji psychoaktywnych. Ważne byłoby też wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, wynikającym z rozpoczynającego się w tym wieku skoku powstaniowego i z reorganizacji funkcji poznawczych.

Uczniowie w wieku 14-16 lat uzyskują najwięcej korzyści profilaktycznych podczas tematycznych godzin wychowawczych dopasowanych do ich bieżących potrzeb, w tym zwłaszcza zorientowanych na niepalenie tytoniu. Wskazane byłoby przygotowanie nauczycieli do prowadzenia prostych, krótkoterminowych interwencji o sprawdzonej skuteczności, dotyczących pozostałych zagadnień profilaktycznych, w tym zwłaszcza ograniczania stosowania alkoholu i unikania nielegalnych substancji psychoaktywnych. Ważne byłoby szerokie wprowadzenie dla tej grupy uczniów działań rekomendowanych dotyczących powyższych zakresów. Działania profilaktyczne adresowane do osób kończących szkołę podstawową mogłyby też być skupione na konstruktywnym radzeniu sobie ze stresem adaptacyjnym, bez rozładowywania niepokoju za pomocą środków psychoaktywnych, w tym zwłaszcza nielegalnych, jak i substancji o nie w pełni uregulowanym statusie, czyli tzw. dopalaczy.

Grupa uczniów w wieku 17-19 lat wynosi największe korzyści z udziału w opublikowanych i rekomendowanych działaniach profilaktycznych, wpływających na obniżenie picia alkoholu. Szczególnie korzystny wpływ na tę grupę mają programy długotrwałe. Oprócz rozszerzenia ich skali, ważne byłoby uzupełnienie zasobów profilaktycznych dla nauczycieli pracujących w szkołach ponadpodstawowych o pulę zróżnicowanych programów działań profilaktycznych dotyczących poszczególnych substancji, bazujących na posiadanych przez nauczycieli umiejętnościach psychopedagogicznych lub wymagających niewielkiego ich uzupełnienia. Programy takie mogłyby być realizowane w spójnych cyklach tematycznych obejmujących większość roku szkolnego. Ważną rolę w tej grupie wiekowej mogą też grać programy pozytywnej presji rówieśniczej i wykorzystywanie impulsów profilaktycznych, połączonych w systemy architektury wyboru i wdrażanych za pomocą mobilnych technologii komunikacyjnych.

#### *Profilaktyka agresji i przemocy tradycyjnej i elektronicznej*

Działania profilaktyczne zmierzające do budowania relacji bez stosowania agresji i przemocy powinny być oparte przede wszystkim na wspieraniu zdrowia i ukierunkowaniu działań na całą społeczność szkoły. Klimat szkoły i wsparcie ze strony nauczycieli i rodziców pełni szczególnie ważną rolę we wczesnym etapie nauczania. Działania wspomagające prawidłowe relacje społeczne, oparte na podejściach budujących poczucie wewnętrznego bogactwa, powinny być prowadzone ze szczególną intensywnością w etapie nauczania wczesnoszkolnego. W kolejnych etapach edukacji należy wprowadzać działania profilaktyczne oparte na uważnym, systematycznym monitorowaniu nasilenia zjawiska przemocy i cyberprzemocy oraz podejściu kompleksowym, włączającym wszystkich uczestników społeczności szkolnej i otoczenia szkoły w standardy funkcjonowania bez przemocy, w oparciu o opracowaną wewnątrzszkolnie politykę postępowania w tym zakresie w szkole. Użyteczne formy zapobiegania przemocy opierają się na spójności oddziaływań całego środowiska, stąd edukacja rodziców i pracowników szkoły oraz osób z otoczenia społecznego szkoły ma szczególne znaczenie. Działania adresowane do sprawców i ofiar zaistniałej już przemocy powinny być wdrażane jak najwcześniej po zauważeniu jej przejawów. Działania adresowane do ofiar i sprawców należy opierać na wysoce profesjonalnych podejściach bezpośrednich i indywidualnych, w celu zapobieżenia zjawiskom wtórnej wiktyimizacji.

### *Profilaktyka stosowania substancji psychoaktywnych*

Działania profilaktyczne dotyczące stosowania substancji psychoaktywnych powinny być częścią szerokiego systemu działań profilaktycznych. Profilaktyka stosowania substancji psychoaktywnych powinna być wdrażana w sposób zintegrowany z działaniami prozdrowotnymi i ukierunkowana na przyczyny sięgania po środki psychoaktywne, nie tylko na specyfikę konkretnych substancji legalnych, czy też nielegalnych. Ważne zróżnicowanie dotyczy etapów wdrażania działań profilaktycznych dla poszczególnych grup wiekowych. Działania profilaktyczne dla uczniów kończących edukację wczesnoszkolną i ich rodziców oraz nauczycieli powinny dotyczyć wspierania uczniów w radzeniu sobie z wyzwaniami i obciążeniami edukacyjnymi i negatywną presją grupy, w tym np. poprzez budowanie poczucia własnej wartości i zaangażowanie w pozytywne środowiska wychowawcze, jak aktywność społeczna, hobbystyczna czy duchowa. Działania dotyczące poszczególnych środków psychoaktywnych powinny być wdrażane na szeroką skalę od rozpoczęcia nauczania przedmiotowego, początkowo w odniesieniu do tytoniu i alkoholu, łatwo dostępnych uczniom, a nierzadko także obecnych jako wzorzec konsumpcji w domu. Od tego etapu wzrasta też rola stosowania programów o wysokiej jakości i sprawdzonym działaniu, choć krótkotrwałych, ułożonych w wieloetapowy cykl. Koniec szkoły podstawowej i przejście do kolejnego etapu edukacji, to początek stosowania substancji psychoaktywnych na szeroką skalę, dlatego należy wyprzedzić ich stosowanie w celach pozornie adaptacyjnych programami wzmacniającymi satysfakcję z pozytywnego funkcjonowania w grupie rówieśniczej bez stosowania środków psychoaktywnych, w tym z zaangażowania społecznego i religijnego. Działania profilaktyczne dotyczące stosowania substancji psychoaktywnych powinny być w tym wieku zróżnicowane co do rodzaju substancji, ze szczególnym wskazaniem poważnych następstw zdrowotnych i prawnych stosowania substancji nielegalnych. Ważne jest stosowanie profesjonalnej profilaktyki o sprawdzonej skuteczności i wiarygodności zdrowotnego standardu środowiskowego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wzorce stosowania tytoniu i alkoholu przez dorosłych uczestników społeczności szkoły. Pomocne może być zastosowanie impulsów profilaktycznych z wykorzystaniem elektronicznych mediów komunikacyjnych.

### *Standardy i regulacje*

Wysoka jakość działań profilaktycznych oparta na potwierdzonych naukowo dowodach skuteczności, to podstawa profilaktyki selektywnej i wskazującej. Wyniki badań przedstawione w drugiej części opracowania pozwalają przypuszczać, że atutem profilaktyki uniwersalnej jest przede wszystkim jej bliskość społeczna i oparcie w szeroko wspieranym przez społeczność lokalną ukierunkowaniu na zdrowy rozwój, co potwierdza wcześniej prowadzone w tym zakresie badania (Conrod & Bukstein, 2013; Sharma, 2006). W tym najszerszym zakresie profilaktyki jakość można utożsamiać częściowo z wiarygodnością realizatorów i zgodnością przekazów profilaktycznych z trendem społecznym.

Wpływ standardów profilaktyki, jak i wdrażających je instytucji na formy i skalę realizowania działań profilaktycznych powinien pozostawać w równowadze z decyzjami społeczności lokalnej. Regulator, nawet najbardziej sprawiedliwy i świątliwy, będzie obiektywny tylko początkowo. Z upływem czasu pojawiają się równi i równiejsi (Zingales, 2017). Wszelkie regulacje łatwo się wynaturzają, co może prowadzić do budowania nieefektywnych struktur i marnotrawstwa środków. Jest to tzw. teoria przechwycenia (ang. *regulatory capture*) (Dal Bó, 2006). Jednocześnie należy pamiętać, że zupełny brak regulacji też jest

rodzajem regulacji, co w przypadku profilaktyki może łatwo doprowadzić do dominacji biznesu tytoniowego, alkoholowego, a w części krajów także związanego z rynkiem marihuany rekreacyjnej.

Jednym ze sposobów radzenia sobie z powyższymi problemami jest przesunięcie ośrodków decyzyjnych bliżej bezpośrednich uczestników procesu profilaktycznego, przy jednoczesnym zapewnieniu im maksymalnie szerokiego repertuaru możliwych do wyboru i sprawdzonych narzędzi realizacji celów profilaktycznych, a także wdrożeniu systemów monitoringu realizacji i zobiiektywizowanej oceny efektów działań profilaktycznych wprowadzonych przez ramowe regulacje najwyższego szczebla. Takie podejście odwołuje się do społecznościowego modelu realizacji profilaktyki. Ciągła wymiana decydentów reprezentujących rodziców i uczniów, a także nauczycieli zwiększa prawdopodobieństwo dopasowania systemu profilaktyki do potrzeb społeczności danej szkoły czy miejscowości.

Podejścia opierające profilaktykę na społeczności szkoły akcentują potrzebę szerokiego zaangażowania przedstawicieli wszystkich grup interesu we wszystkich etapach działań profilaktycznych, od momentu podejmowania poszukiwania wspólnego zdefiniowania problemu, poprzez doprecyzowanie potrzeb, określenie celów, wybór i realizację działań, aż do ich ewaluacji. Taki proces wymaga wysiłku, nie jest podejmowany spontanicznie. Do efektywnego wdrożenia systemu animacji społeczności lokalnych byłoby potrzebne przeszkolenie lokalnych animatorów takich działań, umocowanych w środowisku szkoły.

Źródłem zachęt do realizacji działań profilaktycznych o szerokim zasięgu i wysokiej jakości może być wykorzystany w badaniach zestaw narzędzi diagnostycznych, możliwy do wykorzystania przez szkoły w celu ułatwienia diagnozy potrzeb profilaktycznych środowiska i ewaluacji ich realizacji. System taki, po uzupełnieniu o moduł raportujący, może wzmacniać rezultaty działań profilaktycznych poprzez dostarczanie społeczności szkoły i instytucji skupionych wokół szkoły cyklicznie aktualizowanych informacji o zmianach zachodzących w środowisku, jak i o skuteczności profilaktyki. Z drugiej strony, powiązanie systemu diagnozy potrzeb i oceny efektywności działań profilaktycznych z mechanizmem finansowania profilaktyki szkolnej, rozumianym jako jeden z najważniejszych impulsów do prowadzenia skutecznych działań profilaktycznych, może zapewnić ich jakość bez rezygnacji z lokalnej bezpośredniości. Dodatkowo, zastosowanie systemu diagnostyczno-raportującego mogłoby zdecydowanie zmniejszyć skalę wydatków na samą diagnozę profilaktyki.

Przedstawione w niniejszym opracowaniu wyniki badań i sugestie dotyczące realizacji działań profilaktycznych nie stanowią zamkniętego zbioru. Obszerne badania będą przedmiotem dalszego opisu i pogłębiania interpretacji wyników. Płynące z nich rekomendacje będą systematycznie upubliczniane przez zespół autorów. Zachęcamy Czytelników do śledzenia tych działań na stronie [profilaktycy.pl](http://profilaktycy.pl), jak i do wspierania zdrowia i skutecznej profilaktyki dzieleniem się własnymi doświadczeniami.

## Bibliografia

- Baryła-Matejczuk, M. (2016). *Ponadstandardowi nauczyciele*. Lublin: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji.
- Botdorf, M., Rosenbaum, G. M., Patrianakos, J., Steinberg, L., & Chein, J. M. (2017). Adolescent risk-taking is predicted by individual differences in cognitive control over emotional, but not non-emotional, response conflict. *Cognition & Emotion*, 31(5), 972–979.
- CBOS. (2016). *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Komunikat z badań* (No. 138/2016). Warszawa.
- Chu, L. F., Lin, J. C., Clemenson, A., Encisco, E., Sun, J., Hoang, D., ... Younger, J. W. (2015). Acute opioid withdrawal is associated with increased neural activity in reward-processing centers in healthy men: A functional magnetic resonance imaging study. *Drug And Alcohol Dependence*, 153, 314–322. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.04.019>
- Conrod, P. J., & Bukstein, O. G. (2013). Personality-targeted interventions delivered by teachers may be effective at reducing alcohol use. *Evidence Based Mental Health*, 16(4), 100–100.
- Dal Bó, E. (2006). Regulatory Capture: a Review. *Oxford Review of Economic Policy*, 22(2), 203–224.
- Durazzo, T. C., Mon, A., Pennington, D., Abé, C., Gazdzinski, S., & Meyerhoff, D. J. (2014). Interactive effects of chronic cigarette smoking and age on brain volumes in controls and alcohol-dependent individuals in early abstinence. *Addiction Biology*, 19(1), 132–143. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2012.00492.x>
- Guterstam, J., Jayaram-Lindström, N., Cervenka, S., Frost, J. J., Farde, L., Halldin, C., & Franck, J. (2013). Effects of amphetamine on the human brain opioid system—a positron emission tomography study. *The International Journal Of Neuropsychopharmacology*, 16(4), 763–769. <https://doi.org/10.1017/S1461145712000818>
- Heinz, A., Beck, A., Grüsser, S. M., Grace, A. A., & Wrase, J. (2009). Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addiction Biology*, 14(1), 108–118. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00136.x>
- Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive Medicine*, 51(2), 168–171. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.05.001>
- Okulicz-Kozaryn, K. (2004). Przegląd badań dotyczących skutecznych strategii profilaktycznych. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 27(4), 21–42.
- Porzak, R. (1999). Struktury samorządowe a promocja zdrowia i profilaktyka. *Dialogue and Universalism, Ochrona środowiska człowieka a jakość życia*, 172–180.
- Porzak, R. (2014). *Education – the art of establishing conditions to facilitate development. Theory and application*. Łuck: Vezha Print.
- Sharma, M. (2006). Making Effective Alcohol Education Interventions for High Schools. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 50(2), 1–4.
- Sierosławski, J. (2015). *Używania narkotyków i alkoholu przez młodzież szkolną. Raport z badania ESPAD 2015 r.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Winkler, D., Caulkins, J. P., Behrens, D. A., & Tragler, G. (2004). Estimating the relative efficiency of various forms of prevention at different stages of a drug epidemic. *Socio-Economic Planning Sciences*, 38(1), 43.

- Younger, J. W., Chu, L. F., D'Arcy, N. T., Trott, K. E., Jastrzab, L. E., & Mackey, S. C. (2011). Prescription opioid analgesics rapidly change the human brain. *Pain*, *152*(8), 1803–1810. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.03.028>
- Zingales, L. (2017). Towards a Political Theory of the Firm. *Journal of Economic Perspectives*, *31*(3), 113–130.

Zespół autorów postawił sobie za zadanie przybliżenie Czytelnikom współczesnych punktów widzenia na profilaktykę, weryfikację wyników badań dotyczących potrzeb profilaktycznych i ewaluację stosowanych form działań profilaktycznych oraz wypracowanie rekomendacji zmierzających do udoskonalenia systemu profilaktyki.

Wzrost częstości stosowania substancji psychoaktywnych od ok. 10 roku życia jest wyraźny i zwiększa się z wiekiem badanych uczniów. Koniec szkoły podstawowej i przejście do kolejnego etapu edukacji, to początek eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi na szeroką skalę, dlatego należy wyprzedzić ich stosowanie w celach pozornie adaptacyjnych.



Badania realizowane jako zadanie publiczne na zlecenie Ministerstwa Edukacji Narodowej  
Umowa nr MEN/2016/DWKI/1175



MINISTERSTWO  
EDUKACJI  
NARODOWEJ

ISBN 978-83-941026-1-6



9 788394 102616