

Europejski Program Profilaktyki

Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych



Europejskie Centrum Monitorowania
Narkotyków i Narkomanii

Informacja prawna

Niniejsza publikacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (IPiN) oraz Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) jest chroniona prawem autorskim. IPiN oraz EMCDDA nie ponoszą odpowiedzialności prawnej ani żadnej innej za jakiegokolwiek konsekwencje wynikające z wykorzystania danych zawartych w niniejszym dokumencie. Treść niniejszej publikacji niekoniecznie odzwierciedla oficjalne opinie partnerów EMCDDA, państw członkowskich UE czy innych instytucji i organów Unii Europejskiej.

Publikacja została przygotowana w ramach europejskiego projektu zatytułowanego UPC-Adapt, współfinansowanego przez Komisję Europejską (numer projektu JUST-2015-AG-DRUG).

Praca finansowana była ponadto ze środków finansowych na naukę w latach 2017-2018 przyznanych na realizację projektu międzynarodowego współfinansowanego.

Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2022
Kopiowanie wybranych fragmentów dozwolone pod warunkiem podania źródła

Print ISBN 978-83-61705-38-3

Zalecany sposób cytowania: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022). *Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych.* Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.

Tytuł oryginału: *European Prevention Curriculum (EUPC): a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*

Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej, 2019

© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lizbona, Portugalia

Tel.: +351211210200

info@emcdda.europa.eu

www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda

facebook.com/emcdda

Tłumaczenie na język polski i adaptacja merytoryczna podręcznika:

Krzysztof Ostaszewski

Agnieszka Pisarska

Jakub Greń

Krzysztof Bobrowski

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Tłumaczenie i adaptacja merytoryczna rysunków Krzysztof Ostaszewski, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie z udziałem Katarzyny Okulicz-Kozaryn i Piotra Sędka, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych



Spis treści

5	Podziękowania	41	Rozdział 3 Profilaktyka oparta na dowodach naukowych
6	Zastosowane skróty	42	Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych
7	Słowo wstępne Dyrektora EMCDDA	46	Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków
8	Prawa do korzystania z podręcznika	54	„Szyte na miarę” programy oparte na dowodach
9	Przedmowa	55	Równowaga między adaptacją a zgodnością realizacji
9	Dla kogo przeznaczony jest Europejski Program Profilaktyki (EUPC)?	57	Rozdział 4 Monitorowanie i ewaluacja
11	Wstęp	59	Ewaluacja i badania
11	Dlaczego profilaktyka jest ważna?	60	Cele i poziomy badań ewaluacyjnych
11	Program EUPC	62	Schemat i inne elementy ewaluacji
12	Treści podręcznika EUPC	62	Rodzaje schematów badawczych
14	Rola specjalisty ds. profilaktyki	66	Dobór próby oraz pomiar
15	Etyka w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych	67	Zbieranie danych, analiza i statystyki
17	CZĘŚĆ 1	67	Praca z zewnętrznym ewaluatorem – model współpracy
	PODSTAWY SKUTECZNEJ PROFILAKTYKI	68	Korzystanie z rejestrów sprawdzonych programów profilaktycznych
19	Rozdział 1 Epidemiologia problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych	69	Ewaluacja <i>ex-ante</i>
20	Używanie substancji psychoaktywnych w Europie	71	CZĘŚĆ 2
22	Farmakologia i fizjologia		PROFILAKTYKA W RÓŻNYCH ŚRODOWISKACH
23	Używanie substancji psychoaktywnych	73	Rozdział 5 Profilaktyka realizowana w rodzinie
24	Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	74	Definicje
26	Model etiologiczny	75	Rodzaje programów realizowanych w środowisku rodzinnym
29	Czynniki ryzyka i czynniki chroniące	77	Tematyka programów adresowanych do rodzin
30	Ścieżki używania substancji psychoaktywnych	79	Programy dla rodzin oparte na dowodach naukowych
31	Poziomy profilaktyki	80	Wyzwania
33	Rozdział 2 Fundamenty naukowego podejścia do profilaktyki	83	Rozdział 6 Profilaktyka w szkole i w miejscu pracy
34	Definicje i zasady	84	Profilaktyka szkolna
36	Teoretyczne podstawy profilaktyki	85	Gotowość szkół do podejmowania działań profilaktycznych
39	Struktura, treść i sposób realizacji	86	Cele profilaktyki szkolnej
39	Grupa docelowa	86	Dane o używaniu substancji psychoaktywnych przez uczniów
		89	Programy oparte na dowodach naukowych
		90	Profilaktyka w miejscu pracy
		91	Gotowość do podjęcia działań profilaktycznych
		91	Charakterystyka profilaktyki w miejscu pracy
		93	Bariery
		93	Testy na obecność narkotyków

94	Rozdział 7 Profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego	111	Rozdział 9 Profilaktyka w środowisku lokalnym
95	Wpływ środowiska społecznego	112	Definicje
96	Definicje	113	Programy o udowodnionej skuteczności
97	Socjalizacja i działania normatywne	116	Budowanie skutecznego zespołu realizatorów w społeczności lokalnej
97	Kształtowanie środowiska społecznego w szkole i w miejscu pracy	117	Zwiększenie możliwości i zasobów społeczności lokalnej
98	Regulaminy i procedury szkolne	118	Rozdział 10 Wspieranie profilaktyki
99	Polityka w miejscu pracy	122	Refleksje końcowe
100	Polityka dotycząca alkoholu i tytoniu	123	Piśmiennictwo
101	Strategie profilaktyczne w miejscach rozrywki i rekreacji	127	Aneks 1. Proces adaptacji Podręcznika
104	Rozdział 8 Profilaktyka w mediach	128	Aneks 2. Fazy rozwoju od 3. do 16. roku życia
105	Dlaczego warto korzystać z mediów w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych?	129	Aneks 3. Słowniczek terminów
106	Teorie wyjaśniające wpływ mediów	134	Aneks 4. Źródła informacji o profilaktyce
108	Dowody naukowe		
110	Jak korzystać z mediów w pracy profilaktycznej?		

Podziękowania

EMCDDA oraz projekt UPC-Adapt pragną podziękować Peerowi van der Kreeft oraz Anemie Coone, Femke Dewulf i Marjolein De Pau, liderom projektu z HoGent, University College Ghent w Belgii, oraz następującym partnerom projektu:

- Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Michaela Malinová (CUNI, Charles University, Czechy)
- Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino (ASL Savona, Local Health Agency n.2 Savonese, Włochy)
- Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic (ERF, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences, University of Zagreb, Chorwacja)
- Sanela Talić, Matej Košir (UTRIP, Institute for Research and Development, Słowenia)
- Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel (TAI, National Institute for Health Development, Estonia)
- Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska, Jakub Greń (IPIN, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Polska)
- Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, Maria Antònia Gomila, Joan Amer, Miren Fernández de Álava (UIB, University of the Balearic Islands, Hiszpania)
- Maximilian von Heyden, Henrik Jungaberle, (FINDER Institute for Prevention Research, Niemcy)
- Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek (PARPA, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Polska)
- Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati (ATS Milano, Milano Health Protection Agency, Włochy)

Publikacja została przygotowana we współpracy z następującymi ekspertami:

- Gregor Burkhart (EMCDDA),
- Zili Sloboda (Applied Prevention Science International),
- Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals)

Zastosowane skróty

APSI	<i>Applied Prevention Science International</i> (nie-tłumaczona nazwa własna)	HBSC	<i>World Health Organization's Collaborative Cross-National Survey on Health Behaviour in School-Aged Children</i> (Badanie Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej. Międzynarodowe Badanie pod Patronatem Światowej Organizacji Zdrowia)
CNS	<i>Central Nervous System</i> (Ośrodkowy Układ Nerwowy – OUN)	NCD	<i>Non-Communicable Diseases</i> (Choroby niezakaźne)
COM-B	<i>Capability, Opportunity, Motivation and Behaviour</i> (zdolności, możliwości, motywacja i zachowanie)	NREPP	<i>National Registry of Evidence Based Programs and Policies</i> (Amerykańska baza programów i strategii opartych na naukowych podstawach) ¹
CTC	<i>Communities That Care</i> (nie-tłumaczona nazwa własna programu profilaktycznego)	GBG	<i>Good Behavior Game</i> (Program Gra w Dobre Zachowania)
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny Zaburzeń Psychiczych, DSM-V, Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego)	ICD-11	<i>International Classification of Disease</i> (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)
DAP	<i>The Colombo Plan's Drug Advisory Programme</i> (nie-tłumaczona nazwa własna projektu)	ID	<i>Identification</i> (dowód tożsamości)
EB	<i>Evidence-Based</i> (oparty na dowodach naukowych)	MDMA	3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine (<i>ecstasy</i>)
EBI	<i>Evidence Based Intervention</i> (Program profilaktyczny oparty na dowodach naukowych)	NAMLE	<i>National Association for Media Literacy Education</i> (Narodowe Stowarzyszenie Edukacji Medialnej)
EBP	<i>Evidence Based Practice</i> (Praktyka oparta na dowodach)	PROSPER	<i>Promoting School-Community-University Partnership to Enhance Resilience</i> (nie-tłumaczona nazwa własna programu)
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> (Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób)	RBS	<i>Responsible Beverage Service</i> (Odpowiedzialna sprzedaż napojów alkoholowych)
EDPQS	<i>European Drug Prevention Quality Standards</i> (Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków)	RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i> (Randomizowane badanie z grupą kontrolną)
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction</i> (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii)	SUD	<i>Substance Use Disorders</i> (Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych)
EMDEs	<i>Electronic Music Dance Events</i> (Wydarzenia Elektronicznej Muzyki Tanecznej)	TOT	<i>Training of Trainers</i> (Kaskadowy system szkolenia trenerów)
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and other Drugs</i> (Europejski Program Badań nad Piciem Alkoholu i Używaniem Innych Substancji Psychoaktywnych przez Młodzież Szkolną)	STAD	<i>Stockholm Against Drugs</i> (nie-tłumaczona nazwa własna programu)
EUPC	<i>European Universal Prevention Curriculum</i> (Europejski Program Profilaktyki)	TPB	<i>Theory of Planned Behaviour</i> (Teoria Planowanego Działania)
EUSPR	<i>European Society for Prevention Science</i> (Europejskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką)	UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> (Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości)
		UPC	<i>Universal Prevention Curriculum</i> (Program Kształcenia Specjalistów ds. Profilaktyki)

¹ Przekształcona w 2018 roku w *Evidence-Based Practices Resource Center*; <https://www.samhsa.gov/ebp-resource-center>.

Cieszę się, że mogę zaprezentować Państwu podręcznik Europejskiego Programu Profilaktyki, który jest źródłowym materiałem szkoleniowym dla lokalnych i regionalnych decydentów odpowiedzialnych za politykę alkoholową i narkotykową, osób kształtujących opinię społeczną, a także dla innych ludzi zajmujących się problematyką substancji psychoaktywnych.

W ostatnich dziesięcioleciach, zarówno w Europie, jak i w innych regionach świata nastąpił znaczący postęp w rozwoju profesjonalnych, opartych na podstawach naukowych programów profilaktycznych. Mimo tych pozytywnych zmian, przed nami wciąż jest wiele wyzwań. W wielu krajach nadal wdrażane są, zarówno w szkołach, jak i w społecznościach lokalnych, działania profilaktyczne o niewielkiej lub niepotwierdzonej skuteczności. W skrajnych przypadkach działania profilaktyczne przygotowane bez dostatecznej znajomości rzeczy mogą nawet szkodzić. Dlatego właśnie dla Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) kluczowe znaczenie ma wspieranie wysokiej jakości edukacji tych osób, których zadaniem jest wybór, realizowanie i finansowanie odpowiednich programów w celu zapewnienia zdrowia i dobrostanu naszej młodzieży, a także całego społeczeństwa.

W tym podręczniku znajdziecie Państwo bardzo dobre merytorycznie wprowadzenie do strategii dotyczących profilaktyki i promocji zdrowia, które powstały na podstawie naukowej wiedzy. Zamiarem autorów jest również wzbudzenie Państwa zainteresowania naukowym podejściem, które pozwala empirycznie sprawdzać, jak profilaktyka może kształtować i podtrzymywać pożądane, zdrowsze zachowania oraz w jaki sposób strategie te można upowszechniać w dużej skali.

Podręcznik opiera się na wskazaniach zawartych w Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) opublikowanych przez EMCDDA w 2011 roku. Celem tych standardów jest poprawianie jakości, skuteczności i zasięgu działań profilaktycznych. Towarzyszy im opublikowany w 2017 roku Europejski Przewodnik EMCDDA, w którym omówiono zagadnienia polityki zdrowotnej i społecznej w kontekście problemu narkomanii.

Nasze Centrum (EMCDDA) jest dobrze przygotowane do promowania i upowszechniania tego podręcznika i towarzyszących mu szkoleń, ponieważ dysponujemy w Europie siecią 30 krajowych punktów kontaktowych (REITOX), co umożliwi nam skuteczną wymianę informacji i najlepszych praktyk, a także promowanie osiągnięć naukowych.

Chciałbym szczególnie podziękować naszym partnerom w Europie i USA, którzy wzięli udział w tym projekcie, w szczególności zespołowi UPC odpowiedzialnemu za międzynarodowy program kształcenia oraz grupie UPC-Adapt, która opracowała pierwszą wersję tego europejskiego podręcznika.

Jestem głęboko przekonany, że praca profesjonalistów ds. profilaktyki, którzy doceniają znaczenie nauki w profilaktyce, mają wsparcie instytucji publicznych, zostali odpowiednio przygotowani oraz posiadają wiedzę na temat strategii i działań profilaktycznych, przyniesie ogromne korzyści. Efekty ich pracy przyczynią się do pozytywnego rozwoju naszej młodzieży, a także będą sprzyjać zdrowszej i bezpieczniejszej Europie.

Alexis Goosdeel, Dyrektor EMCDDA

Prawa do korzystania z podręcznika

Podręcznik Europejskiego Programu Profilaktyki został opracowany przede wszystkim w celu dostarczenia wiedzy, która stanowi podstawę kursów szkoleniowych realizowanych pod nazwą *European Universal Prevention Curriculum* (EUPC). Celem podręcznika jest także przekazanie jego użytkownikom wiedzy na temat naukowych podstaw profilaktyki, a w szczególności wiedzy o programach profilaktycznych i regulacjach prawnych opartych na naukowych podstawach².

Podręcznik może być wykorzystywany do prowadzenia szkoleń wyłącznie przez instytucje lub osoby, które ukończyły wymagany kurs i posiadają licencję EMCDDA na prowadzenie szkoleń EUPC.

Kryteria umożliwiające uzyskanie licencji UPC można znaleźć pod adresem <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum>, wraz z danymi aktualnych realizatorów szkoleń. W przypadku pytań i wątpliwości prosimy o kontakt: EUPC@emcdda.europa.eu.

² Od autorów polskiego tłumaczenia: Ze względu na przyzwyczajenia językowe przetłumaczono angielski ogólny termin „prevention interventions” jako działania profilaktyczne, a nie jako „interwencje profilaktyczne”, które w języku polskim mają swoje odrębne wąskie znaczenie (zazwyczaj interwencje podejmuje się w grupach ryzyka). W ramach szerokiego terminu „działań profilaktycznych” skoncentrowano się na programach profilaktycznych o udowodnionej skuteczności. Zazwyczaj są to programy mające ściśle określone cele, odbiorców i realizatorów oraz strukturę, czyli scenariusze zajęć lub ściśle procedury postępowania. Tego rodzaju programy są poddawane naukowej ewaluacji i do nich przede wszystkim nawiązuje ten podręcznik. To rozumienie terminu „program profilaktyczny” różni się od szeroko rozpowszechnionych terminów takich jak: projekt profilaktyczny, warsztat profilaktyczny, teatr profilaktyczny, festyn, konkurs itp., które zwykle nie posiadają wyraźnej struktury, celu i nie są poddawane ewaluacji wyników. Oprócz terminu „program profilaktyczny”, w podręczniku mówi się o regulacjach prawnych lub przepisach mających udowodnione znaczenie dla profilaktyki. Chodzi tu zarówno o przepisy regulujące np. dostęp lub zakaz reklamowania substancji psychoaktywnych na poziomie krajowym jak i o przepisy wewnątrzszkolne lub wewnątrzzakładowe regulujące kwestie związane z używaniem substancji na terenie danej szkoły lub zakładu pracy.

Europejski Program Profilaktyki (EUPC) to program kształcenia opracowany z myślą o szkoleniach dla osób odpowiedzialnych za podejmowanie decyzji i kształtowanie polityki w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia. Podstawowym celem szkolenia EUPC jest ograniczenie problemów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, przez budowanie międzynarodowego potencjału oraz poszerzanie grona profesjonalistów ds. profilaktyki. Program ten został opracowany w ramach europejskiego projektu realizowanego pod nazwą UPC-Adapt, który był współfinansowany przez Komisję Europejską. W projekcie brało udział jedenaste instytucji z dziewięciu krajów Unii Europejskiej³. Oryginalny program *Universal Prevention Curriculum* (UPC), z którego czerpano wiedzę i inspirację, został opracowany przez amerykańską organizację *Applied Prevention Science International* (APSI) z funduszy Departamentu Stanu USA w ramach *Colombo Plan's Drug Advisory Programme* (DAP). Adaptację programu UPC do warunków europejskich oparto na wytycznych *European Prevention Standards Partnership* dotyczących dostosowania i upowszechniania standardów jakości w różnych środowiskach i kontekstach (zestaw narzędzi EDPQS 4⁴). Szczegóły zastosowanej metodologii i nazwy krajów zaangażowanych w projekt znajdują się w Aneksie 1.

Europejski Program Profilaktyki (EUPC) jest krótszą i bardziej przystępną wersją amerykańskiego programu UPC. Może być on zrealizowany podczas pięciodniowego szkolenia, podczas gdy realizacja oryginalnego kursu UPC wymagała dziewięciu tygodni. Europejski Program Profilaktyki może być realizowany na trzy różne sposoby: (1) jako kurs wprowadzający online; (2) jako odrębny moduł kształceniowy w kursie akademickim dla studentów wyższych uczelni i/lub doktorantów oraz (3) jako kurs szkoleniowy dla specjalistów w zakresie profilaktyki, środowisk opiniotwórczych, osób podejmujących decyzje i kształtujących politykę w obszarze profilaktyki. Kadra trenerów jest tworzona w modelu kaskadowym TOT (*Training of Trainers*), w którym przeszkoleni wcześniej trenerzy, przy zachowaniu odpowiednich standardów jakości, kontynuują upowszechnianie kursu. Trenerzy otrzymują materiały szkoleniowe EUPC, w tym przewodniki dla wykładowców i prezentacje PowerPoint. Niniejszy podręcznik ma służyć jako podstawowy materiał źródłowy, zarówno dla uczestników trzech wersji szkoleń, jak i dla trenerów.

Dla kogo przeznaczony jest Europejski Program Profilaktyki (EUPC)?

Grupa adresatów programu, którą określamy jako „specjaliści ds. profilaktyki”, obejmuje koordynatorów, urzędników lub specjalistów zajmujących się polityką społeczną. Są to decydenci, specjaliści ds. profilaktyki, jak i osoby odpowiedzialne za konkretne programy profilaktyczne. W niektórych krajach do grupy tej mogą należeć także osoby o dużym autorytecie i doświadczeniu zawodowym (np. nauczyciele akademicy, doradcy rządu), którzy mają wpływ na podejmowanie decyzji i kształcenie zawodowe w tym zakresie. Specjaliści ds. profilaktyki mogą działać na poziomie społeczności lokalnej, regionu lub kraju. Rolę tę mogą pełnić szefowie organizacji pozarządowych zajmujących się profilaktyką, koordynatorzy działań profilaktycznych w administracji samorządowej, urzędnicy, którzy opracowują strategię i programy profilaktyczne dla miast i gmin lub dla innych zainteresowanych stron i koalicji lokalnych. EUPC skupia się na tej grupie ze względu na kluczową rolę, jaką te osoby mogą odegrać w wywieraniu wpływu na rozwój systemu działań profilaktycznych. Mogą oni wspierać działania zapobiegawcze oraz podkreślać w swoich wypowiedziach znaczenie profilaktyki dla zdrowia publicznego, a także wywierać wpływ na jakość profilaktyki, w tym dobór konkretnych programów realizowanych w swoim regionie i/lub społeczności. Tacy specjaliści mogą już dysponować pewną wiedzą na temat profilaktyki, a program EUPC pozwoli im tę wiedzę zaktualizować i poszerzyć.

Upowszechnianie przez podmioty życia publicznego, które zajmują się profilaktyką (np. samorząd, system edukacji, pomoc społeczną, ochronę zdrowia, organizacje pozarządowe itd.), innowacyjnych podejść opartych na dowodach naukowych wymaga wprowadzenia zmian w sposobie finansowania i wyznaczania priorytetów, w tym zaprzestania finansowania i realizacji popularnych, ale nieskutecznych podejść i programów profilaktycznych. Coraz bardziej dostrzega się także, iż niezbędne jest szkolenie decydentów i osób opiniotwórczych, równoległe lub przed szkoleniem realizatorów, którzy pracują bezpośrednio z dziećmi/młodzieżą lub z innymi odbiorcami działań profilaktycznych. W przeciwnym razie próby wprowadzania innowacji bądź ulepszania funkcjonujących programów przez dobrze wyszkolony personel „z pierwszej linii frontu”, tzn. nauczycieli, edukatorów lub pracowników odpowiedzialnych za profilaktykę w społeczności lokalnej, mogą być blokowane, ponieważ profilaktyka

³ Belgia, Czechy, Włochy, Estonia, Hiszpania, Niemcy, Polska, Chorwacja, Słowenia.

⁴ <http://prevention-standards.eu/toolkit-4/>

oparta na dowodach naukowych jest często postrzegana jako coś niezgodnego z intuicyjnym sposobem pracy profilaktycznej oraz jako duże wyzwanie dla dotychczasowej praktyki.

Podejmowano już w poprzednich latach pewne inicjatywy mające na celu poprawę wiedzy decydentów na temat profilaktyki. Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności (UNODC) opracowało szkolenie dla wysokich urzędników państwowych i polityków oparte na wiedzy wynikającej z Międzynarodowych Standardów Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych. Celem tego szkolenia było przygotowanie politycznego gruntu dla wdrożenia podejść profilaktycznych opartych na dowodach naukowych. Amerykański program UPC także zapewnia kompleksowy program szkoleniowy dla lokalnych decydentów oraz koordynatorów działań profilaktycznych. Jednak w warunkach europejskich wydaje się mało prawdopodobne, aby osoby kształtujące politykę i decydenci ze szczebla regionalnego lub lokalnego, chętnie uczestniczyli w długim oraz intensywnym szkoleniu dotyczącym profilaktyki. Szkolenie EUPC zostało więc opracowane tak, aby przekazać wiedzę na temat profilaktyki potrzebą tej grupie osób, przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości czasowych uczestników. Podczas szkolenia przekazywany jest zwięzły, ale

zarazem wyczerpujący i praktyczny przegląd zagadnień, które dotyczą: etiologii i epidemiologii, ewaluacji, profilaktyki w szkole, w rodzinie, w społeczności lokalnej itd. Przygotowanie kursów kształceniowych dla środowisk akademickich przyczyni się do tego, że kolejne grupy specjalistów, liderów środowisk opiniotwórczych i polityków zajmujących się problematyką używania substancji psychoaktywnych będą wyposażone w konkretną wiedzę na temat postępów w nauce o profilaktyce oraz praktycznego ich wykorzystania.

Przyjęte podejście szkoleniowe oparte jest na założeniu, iż przekazanie obecnym i przyszłym specjalistom ds. profilaktyki, decydentom, liderom środowisk opiniotwórczych i politykom wystarczającej wiedzy oraz naukowych podstaw profilaktyki będzie sprzyjać: (a) wdrażaniu podejść opartych na naukowych dowodach oraz zaprzestaniu korzystania z podejść nieskutecznych; oraz (b) tworzeniu środowiska, w którym osoby pracujące bezpośrednio z dziećmi/młodzieżą i innymi odbiorcami działań profilaktycznych są zachęcane do pogłębiania wiedzy i doskonalenia swoich umiejętności.

Program EUPC jest rodzajem wprowadzenia w zagadnienia profilaktyki opartej na naukowych podstawach. Dla tych, którzy chcieliby pogłębić swoją wiedzę w tej dziedzinie, dostępne są bardziej rozbudowane kursy UPC.

Dlaczego profilaktyka jest ważna?

Lepsze zdrowie ma nie tylko bezpośredni wpływ na dobrostan i jakość życia ludzi, ale wiąże się też ze zwiększeniem ich produktywności oraz zmniejszeniem obciążeń dla krajowych systemów opieki zdrowotnej i społecznej, co przekłada się na wzrost dochodu narodowego.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), choroby niezakaźne i ryzykowny styl życia stanowią obecnie przyczynę 60% wszystkich zgonów na świecie⁵. Zgony te nie są więc skutkiem infekcji bakteryjnych lub wirusowych albo chorób wywołanych przez pasożyty. Spowodowane są natomiast stylem życia, w tym problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Coraz większa świadomość znaczenia, jakie dla powstawania problemów zdrowotnych mają decyzje dotyczące stylu życia, skłoniła wiele krajów do ustanowienia i wdrożenia rozwiązań legislacyjnych i programów ukierunkowanych na ograniczenie używania substancji psychoaktywnych (nikotyny, alkoholu, narkotyków), zdrowszą dietę i poprawę kondycji fizycznej ludności.

W tym kontekście strategie promocji zdrowia są ważnym sposobem angażowania i wspierania pojedynczych osób oraz całych społeczności w wyborze zachowań prozdrowotnych, a także we wprowadzaniu zmian, które przyczyniają się do poprawy dobrostanu i wzmocnienia zasobów odpornościowych człowieka.

Coraz częściej priorytetem jest wdrażanie opartych na naukowych dowodach programów profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, które trafiają do rodziców, szkół, miejsc pracy i mediów. Działania profilaktyczne stanowią cenne uzupełnienie dla promocji zdrowia, ale profilaktyka ma swoją wyraźną specyfikę i różni się od promocji zdrowia. Promocja zdrowia z definicji koncentruje się na wzmacnianiu „pozytywnego zdrowia” i zasobów odpornościowych. Jej celem jest więc zdrowie, a nie ochrona przed chorobami. Profilaktyka z kolei, koncentruje się na ochronie przed problemami zdrowotnymi i jest oparta na wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących, które sprzyjają lub ograniczają rozwój problemów zdrowotnych i chorób. Profilaktyka polega więc na świadomym ograniczaniu/eliminowaniu czynników ryzyka lub na kompensowaniu lub redukowaniu ich negatywnego wpływu poprzez działanie czynników chroniących.

Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych ma na celu powstrzymanie lub opóźnienie inicjacji używania tych substancji, a u tych, którzy już rozpoczęli stosowanie tych substancji, może pomóc uniknąć rozwoju zaburzeń związanych z ich używaniem oraz innych zdrowotnych i społecznych problemów z tym związanych. Jednak profilaktyka używania substancji psychoaktywnych stawia sobie również szersze cele. Są to: zdrowy i bezpieczny rozwój młodych ludzi, tak by mogli rozwijać swoje talenty i realizować potencjalne możliwości. Tym celom służy pomaganie młodym ludziom, aby w konstruktywny sposób angażowali się w życie rodziny, szkoły, rówieśników, miejsca pracy i całego społeczeństwa.

Program EUPC

Program EUPC ukierunkowany jest na praktyczne wdrażanie w całej Europie rekomendacji zapisanych w Międzynarodowych Standardach Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych, przygotowanych przez ekspertów Biura Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC), a także rekomendacji zawartych w Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS), opracowanych przez ekspertów Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) oraz Partnerstwa Na Rzecz Standardów Profilaktyki. Jest to ważne z perspektywy wdrażania w Europie minimalnych standardów jakości rekomendowanych przez Radę Europejską⁶. Program EUPC skoncentrowany jest na profilaktyce używania substancji psychoaktywnych oraz problemów z tym związanych, chociaż treści szkolenia mają również zastosowanie do innych zachowań ryzykownych (np. przemocy, zachowań antyspołecznych, hazardu, nadużywania gier komputerowych itp.) i mogą stanowić inspirację dla profilaktyki innych problemów zdrowotnych i społecznych. Wiedza o profilaktyce opartej na naukowych dowodach dostarcza cennych narzędzi, które mogą mieć wpływ na jakość działań profilaktycznych w szkołach, rodzinach, miejscach pracy, mediach i społecznościach lokalnych, a także w różnych krajach w Europie.

Program szkolenia ma na celu zapoznanie uczestników z:

- najważniejszymi elementami naukowego podejścia do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych;

⁵ Dane sprzed pandemii COVID-19.

⁶ http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en

- wiedzę niezbędną do podejmowania właściwych decyzji dotyczących wyboru i wdrażania programów profilaktycznych;
- narzędziami (metodami) pomocnymi do przekazywania osobom zainteresowanym (partnerom) elementów wiedzy na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na naukowych dowodach;
- narzędziami (metodami) pomocnymi dla koordynowania, wdrażania i ewaluacji programów opartych na dowodach naukowych;
- zasadami prowadzenia działań profilaktycznych w rodzinach, szkołach, miejscach pracy, społecznościach lokalnych oraz w mediach, a także poprzez działania legislacyjne.

Oczekuje się, że po szkoleniu jego uczestnicy będą:

- 1) wiedzieli, jak przebiega proces rozwoju problemu związanego z używaniem substancji psychoaktywnych i jaka jest rola profilaktyki w poszczególnych fazach rozwoju tego problemu;
- 2) znali podstawy profilaktyki z uwzględnieniem wiedzy na temat:
 - kto, kiedy, gdzie, jak oraz w jakich okolicznościach, sięga po substancje psychoaktywne (wiedza na temat zjawiska używania substancji psychoaktywnych);
 - czynników indywidualnych i środowiskowych, które wpływają na podatność i ryzyko rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących);
 - faz rozwoju jednostki i znaczenia tej wiedzy dla doboru działań profilaktycznych odpowiednich dla wieku odbiorców, dostosowania metodyki tych działań oraz strategii profilaktycznych (elementy wiedzy z psychologii rozwojowej);
 - teorii wyjaśniających mechanizmy zmiany zachowań ryzykownych oraz zastosowania tych teorii w działaniach profilaktycznych realizowanych w praktyce (wiedza o mechanizmach zmiany zachowania);
 - znaczenia badań naukowych dla zrozumienia mechanizmów, które stoją za skutecznymi programami profilaktycznymi (wiedza na temat metod naukowej ewaluacji profilaktyki);
- 3) potrafili opisać tło i założenia leżące u podstaw stworzenia Międzynarodowych Standardów Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych (UNODC) oraz Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS);
- 4) potrafili opisać znaczenie poprawnej realizacji programów profilaktycznych (czyli zgodnej z założeniami dotyczącymi organizacji, metodyki, treści, grupy docelowej, harmonogramu itd.) oraz rolę

monitorowania procesu realizacji programu profilaktycznego lub wdrażania regulacji prawnych odnoszących się do profilaktyki;

- 5) wiedzieli, jakie są kluczowe elementy skutecznych programów realizowanych w środowisku rodziny, szkoły, miejsca pracy, społeczności lokalnej i w mediach, a także jakie są kluczowe elementy skutecznych rozwiązań legislacyjnych w różnych środowiskach i kontekstach.

Treści podręcznika EUPC

Niniejszy podręcznik służy jako materiał źródłowy zarówno dla uczestników szkoleń, jak i trenerów. Znalazły się tu również informacje na temat dodatkowych źródeł wiedzy, do których można sięgnąć w zależności od potrzeb danej grupy szkoleniowej.

We wstępie zostały opisane cele i przeznaczenie szkolenia EUPC, scharakteryzowano także rolę specjalisty ds. profilaktyki w Europie oraz omówiono pokrótce kwestie etyczne związane z prowadzeniem działań profilaktycznych. W **rozdziale 1** omówiono związki między wiedzą z zakresu epidemiologii i koncepcjami dotyczącymi przyczyn używania substancji psychoaktywnych, a także przedstawiono znaczenie działań profilaktycznych dla powstrzymywania rozwoju problemów i zaburzeń związanych z używaniem tych substancji. **Rozdział 2** zawiera krótki opis teorii wykorzystywanych przez środowisko badaczy do projektowania i ewaluacji programów profilaktycznych. Znajomość tych koncepcji teoretycznych jest ważna, by zrozumieć, jakie elementy są niezbędne lub użyteczne w procesie opracowywania i/lub adaptacji programów profilaktycznych przeznaczonych dla różnych środowisk i społeczności. W **rozdziale 3** scharakteryzowano programy profilaktyczne i rozwiązania legislacyjne oparte na naukowych podstawach, odnosząc je do rekomendacji zawartych w Międzynarodowych Standardach Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych (UNODC) i w Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS). Ten rozdział zawiera argumenty podnoszone w dyskusji nad dwoma kierunkami rozwoju profilaktyki opartej na naukowych podstawach. Z jednej strony przedstawiono argumenty za stosowaniem podejścia, w którym zalecane jest wykorzystywanie standardowych programów i interwencji profilaktycznych (podejście UNODC), a z drugiej strony przedstawiono argumentację na rzecz podejścia, w którym wierzy się w siłę programów „szytych na miarę”, powstających na podstawie wiedzy specjalistów i analizy potrzeb „klientów” (podejście EMCDDA/EDPQS). Ta dyskusja wskazuje na różnicowanie stosowanych w Europie

podejść do profilaktyki⁷. **Rozdział 4** poświęcony jest monitorowaniu i ewaluacji. Przedstawiono w nim przegląd różnych schematów badań ewaluacyjnych, które można wykorzystać do monitorowania efektów lub do oceny skuteczności programów profilaktycznych oraz rozwiązań legislacyjnych. W następnych rozdziałach opisano istotne cechy programów profilaktycznych przeznaczonych dla rodzin (**rozdział 5**), szkół i miejsc pracy (**rozdział 6**), działań opartych na regulacjach prawnych (**rozdział 7**), działań polegających na pracy z mediami (**rozdział 8**) oraz programów opartych na zasobach społeczności lokalnych (**rozdział 9**). W każdym z tych rozdziałów omówiono specyficzne kwestie lub wyzwania dotyczące każdego z tych podejść (np. trudności w angażowaniu rodzin, odporność na komunikaty profilaktyczne przekazywane w mediach, bariery w realizacji działań prowadzonych w klubach i innych miejscach, gdzie toczy się życie nocne). Treść tych rozdziałów została skoncentrowana na realizowanych w Europie programach opartych na podstawach naukowych oraz omówieniu szczegółów dotyczących ich realizacji. W **rozdziale 10** przedstawiono potrzebę stałego wspierania profilaktyki opartej na naukowych podstawach i świadomego rzecznictwa w tej kwestii.

Zaakcentowania wymaga kilka ważnych tematów podjętych w programie szkolenia EUPC.

Pierwszym takim tematem jest **definicja substancji psychoaktywnej i jej używania**. Przez substancje psychoaktywne rozumie się takie substancje chemiczne, których użycie wpływa na uczucia, percepcję, procesy myślowe i/lub zachowania. Do substancji psychoaktywnych zaliczane są wyroby tytoniowe, alkohol, konopie indyjskie, a także substancje wziewne, heroina, kokaina oraz stosowane w celach niemedycznych leki psychoaktywne. Do substancji psychoaktywnych zalicza się substancje kontrolowane w ramach Konwencji Narodów Zjednoczonych oraz te, które nie są kontrolowane, np. nowe substancje psychoaktywne (NPS)⁸. Ta ostatnia grupa substancji może jednak podlegać kontroli na mocy przepisów krajowych państw członkowskich ONZ. W szkoleniu EUPC celowo unika się określenia „nadużywanie substancji psychoaktywnych”, ponieważ jest to termin niejednoznaczny i może być postrzegany jako oceniający. Zamiast tego, tam gdzie chcemy powiedzieć o używaniu substancji, które może wiązać się ze znacznymi szkodami, stosowany jest termin „zaburzenia/problemy zdrowotne związane z używaniem substancji psychoaktywnych”. Program szkolenia EUPC wprowadza także inne terminy opisujące

wzory używania substancji psychoaktywnych, które nie muszą wiązać się ze znaczącymi szkodami. Kwestie te zostały omówione bardziej szczegółowo w rozdziale 1.

Kolejnym tematem jest **nauka o profilaktyce**, która dostarcza wiedzy na temat czynników, które sprzyjają inicjacji i dalszemu używaniu substancji psychoaktywnych. Pozwala również zrozumieć, jak używanie tych substancji wpływa na jednostkę, funkcjonowanie rodzin, szkół, środowisk lokalnych oraz całych krajów, a także jak można zapobiegać problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych za pomocą skutecznych strategii, rozwiązań prawnych oraz programów profilaktycznych. Rozwój tej wiedzy był jednym z powodów, dla których Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC) dokonało przeglądu działań profilaktycznych w celu identyfikacji najbardziej skutecznych podejść w profilaktyce, które mogą mieć najsilniejszy wpływ na zdrowie społeczeństwa (Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych).

Skuteczne programy profilaktyczne i regulacje prawne, nazywane również programami/regulacjami opartymi na dowodach naukowych, są obecnie powszechnie dostępne. To szkolenie ma na celu pomóc specjalistom ds. profilaktyki w wyborze takich programów i rozwiązań legislacyjnych, które będą najlepiej odpowiadały potrzebom odbiorców w ich środowisku. Szkolenie ma również pomóc we wdrażaniu i monitorowaniu jakości realizacji odpowiednich programów i regulacji prawnych oraz w ocenie ich skuteczności.

W naukowym podejściu do profilaktyki podkreśla się, iż używanie substancji psychoaktywnych oraz inne problemy z zachowaniem są uwarunkowane przez procesy i prawidłowości rozwojowe. Oznacza to, że czynniki sprzyjające zachowaniom ryzykownym dla zdrowia zaczynają pojawiać się we wczesnych etapach rozwoju i, ogólnie mówiąc, ich działanie ma już miejsce w okresie preadolescencji i adolescencji. Wymaga to dostosowania działań profilaktycznych do potrzeb odbiorców w różnym wieku, poczynając od dzieci w okresie niemowlęcym i przedszkolnym, następnie nastolatków i młodych dorosłych, którzy są najbardziej podatni na zachowania ryzykowne, kończąc na osobach dorosłych.

Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania ryzykowne są zazwyczaj wynikiem interakcji między czynnikami rodzinnymi i środowiskowymi

⁷ Wskazuje również na poważne wyzwanie, przed jakim stoi środowisko specjalistów ds. profilaktyki w Europie (od red. polskiego wydania).

⁸ Produkcja, sprzedaż, reklamowanie nowych substancji psychoaktywnych, zwanych dopalaczami, jest obecnie w Polsce ustawowo zakazana. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

a cechami indywidualnymi, a mogą być także skutkiem nieprawidłowej socjalizacji. Na przykład młodzi ludzie z dużą potrzebą doznań, których rodzice nie wypełniali dobrze swoich funkcji rodzicielskich, mogą inaczej reagować na proalkoholowy marketing (np. sponsorowanie wydarzeń sportowych), niż młodzież niewykazująca skłonności do mocnych wrażeń, albo tacy młodzi ludzie, których rodzice nauczyli, jak zaspokajać potrzebę doznań przez konstruktywne aktywności. Programy profilaktyczne oparte na dowodach naukowych są tak projektowane, aby dzięki wdrażaniu w różnych środowiskach – np. w rodzinie, szkole, miejscu pracy, środowisku lokalnym – poprawiały relacje między dziećmi i ich rodzicami, dziećmi i szkołą, pracownikami i miejscem pracy, mieszkańcami i ich środowiskiem lokalnym, a w efekcie zwiększały poczucie bezpieczeństwa oraz wsparcia. Dlatego właśnie opracowujemy programy profilaktyczne, które zawierają szczegółową instrukcję i scenariusze do realizacji, żeby pomagały specjalistom ds. profilaktyki we wszystkich tych środowiskach.

Dobrze przygotowani specjaliści ds. profilaktyki muszą posiadać wiedzę z kilku dyscyplin nauki, w tym epidemiologii, socjologii i psychologii. Ten podręcznik i towarzyszące mu szkolenie wskazują, jak zastosować tę wiedzę, aby:

- oszacować charakter i skalę używania substancji w danym środowisku (na danym obszarze), włączając w to umiejętność zbierania i analizowania danych;
- zidentyfikować najbardziej zagrożone grupy i dokonać oceny ich potrzeb/problemu;
- zebrać odpowiedni zespół ludzi, który zajmie się tym problemem;
- przekonać partnerów instytucjonalnych i decydentów o wartości programów i regulacji opartych na dowodach naukowych;
- wspierać dobór odpowiednich do potrzeb grup docelowych programów profilaktycznych i ich ewaluację;
- wybrać program profilaktyczny, który w danych okolicznościach może okazać się skuteczny;
- wdrażać, monitorować i ewaluować programy oparte na naukowych podstawach, często we współpracy z profesjonalnymi badaczami;
- dbać o to, by programy były realizowane zgodnie z założeniami oraz zaistniały na trwale, ale mieć także na uwadze ograniczenia i możliwości wdrażania programu w danej społeczności oraz jego akceptację wśród odbiorców.

Rola specjalisty ds. profilaktyki

Do niedawna dysponowaliśmy skąpyimi źródłami informacji na temat kompetencji i zadań decydentów, liderów środowisk opiniotwórczych i polityków zajmujących się profilaktyką używania substancji psychoaktywnych, które są niezbędne do wybierania i wdrażania programów oraz regulacji prawnych adekwatnych do potrzeb danego społeczeństwa. Programy szkoleń w zakresie profilaktyki w Europie bardzo różnią się zawartością merytoryczną, co powoduje, że termin „specjalista ds. profilaktyki” jest słabo zdefiniowany i opisany w nie-spójny sposób (Gabrhelik i wsp., 2015). Wyposażeni w ten podręcznik oraz w Program EUPC, chcemy ujednolicić standardy kształcenia w dziedzinie profilaktyki, tak aby doskonalili kompetencje kadry specjalistów ds. profilaktyki w całej Europie. To tylko jeden z kroków, aby w przyszłości dookreślić rolę i status specjalisty ds. profilaktyki.

Termin „specjalista ds. profilaktyki” odnosi się nie tylko do specjalistów z tej dziedziny, ale również do decydentów, liderów środowisk opiniotwórczych, polityków i samorządowców, którzy są odpowiedzialni za planowanie, wdrażanie i monitorowanie programów profilaktycznych i/lub regulacji prawnych na określonym obszarze kraju. Praca tych osób nie ogranicza się tylko do nadzorowania bezpośrednich realizatorów działań profilaktycznych. Służą oni również jako „twarze” i „adwokaci” profilaktyki w społeczeństwie.

W ostatnim czasie kilka międzynarodowych zespołów opublikowało materiały, w których scharakteryzowano umiejętności potrzebne do realizacji dobrych jakościowo programów profilaktycznych – w tym Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych (UNODC)⁹, Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków – Podręcznik dla Specjalistów w Zakresie Profilaktyki (EDPQS)¹⁰ oraz standardy dla specjalistów ds. uzależnień Międzynarodowego Konsorcjum Certyfikacji (IC&RC)¹¹. Wiele z informacji uwzględnionych w tym podręczniku pochodzi z tych źródeł.

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) to podręcznik, który zawiera standardy przygotowania zawodowego specjalistów ds. profilaktyki. Wymieniono w nim cztery obszary umiejętności związanych z prowadzeniem programów: (1) umiejętności ogólne (uniwersalne), (2) umiejętności podstawowe dla realizacji programów, (3) umiejętności szczegółowe oraz (4) metakompetencje.

- Umiejętności ogólne (uniwersalne) są niezbędne w prowadzeniu wszelkich programów z dziedziny

⁹ <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

¹⁰ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

¹¹ www.internationalcredentialing.org

profilaktyki, to np. umiejętność porozumiewania się, umiejętności społeczne i osobiste, umiejętności zarządzania i kierowania projektami.

- Umiejętności podstawowe do realizacji programów profilaktycznych to np. znajomość skutecznych strategii i kluczowych elementów programów profilaktyki, znajomość interaktywnych metod nauczania, rozumienie prawidłowości rozwojowych.
- Kompetencje szczegółowe obejmują wiedzę i umiejętności dotyczące konkretnego programu, np. wiedzę i umiejętności dotyczące skutecznego wychowania w rodzinie lub programu uczenia podejmowania decyzji.
- Metakompetencje obejmują wszystkie wyżej wymienione umiejętności oraz te, które sprzyjają skutecznemu dostosowywaniu działań profilaktycznych do specyficznych potrzeb odbiorców – np. wrażliwość na potrzeby kulturowe, a także umiejętności organizowania społeczności lokalnej, planowania i pozyskiwania zasobów oraz monitorowania i prowadzenia ewaluacji.

Etyka w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych

Zagadnienia etyczne dotyczące leczenia uzależnień, redukcji szkód i prowadzenia badań naukowych dyskutowane są stosunkowo często, rzadziej natomiast analizuje się te kwestie w odniesieniu do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Działania profilaktyczne nie wymagają zabiegów lub działań klinicznych, niemniej jednak są one formą ingerencji w ludzkie życie. Wszystkie programy z obszaru profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oparte są na przekonaniach dotyczących tego, co jest „dobre” lub „złe” dla uczestników programu (wyrażonych np. w celach programu). Działania profilaktyczne dotyczące substancji psychoaktywnych mogą również zostać zainicjowane jako rezultat braku społecznej akceptacji dla określonego zachowania. Taka postawa nie musi być jednak podzielana przez grupę docelową programu. Ponadto, profilaktyka skierowana jest zazwyczaj do ludzi młodych, a w przypadku profilaktyki selektywnej i wskazującej odbiorcy mogą należeć do grup najbardziej podatnych na pojawienie się różnych problemów, a zarazem wykluczonych ze społeczeństwa. Ponieważ we wszystkich krajach obowiązują przepisy regulujące używanie i dostęp do niektórych substancji psychoaktywnych, ważną kwestią etyczną jest upewnienie się, że program „nie szkodzi”, np. dlatego że zwiększa prawdopodobieństwa sięgnięcia po daną substancję.

Kwestie etyczne dotyczą zatem różnych aspektów działań profilaktycznych, począwszy od ich

merytorycznego uzasadnienia. Specjaliści nie powinni zakładać, że działania mające na celu zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych są z definicji etyczne oraz korzystne dla uczestników. Zasady etyki dotyczące profilaktyki używania substancji psychoaktywnych proponowane w tym podręczniku zostały zaczerpnięte z Europejskich Standardów Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) i uwzględniają:

- przestrzeganie wymogów prawa;
- poszanowanie praw i autonomii uczestników (np. określonych w międzynarodowych regulacjach dotyczących praw człowieka i praw dziecka);
- zapewnienie uczestnikom rzeczywistych korzyści (tj. upewnienie się, że program jest odpowiedni i przydatny dla uczestników);
- upewnienie się, że program nie spowoduje szkód ani innych istotnych problemów dla uczestników (np. skutków jatrogennych, chorób, urazów, wykluczenia, stygmatyzacji);
- przekazanie uczestnikom jasnych, prawdziwych i wyczerpujących informacji;
- uzyskanie zgody uczestników przed rozpoczęciem programu;
- przestrzeganie dobrowolności uczestnictwa w programie;
- ochronę danych osobowych uczestników;
- zapewnienie poufności udziału w działaniach profilaktycznych, tam gdzie jest to potrzebne;
- dostosowanie programu do potrzeb i preferencji uczestników;
- włączanie uczestników jako partnerów w opracowywaniu, wdrażaniu i ewaluacji programu;
- ochronę zdrowia i bezpieczeństwa uczestników oraz realizatorów działań profilaktycznych.

W przypadku niektórych programów przestrzeganie wszystkich zasad etyki odnoszących się do działań z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych może być trudne lub wręcz niewykonalne. Uzyskanie świadomej zgody i zapewnienie dobrowolności uczestnictwa może być wyzwaniem w programach profilaktyki uniwersalnej lub np. w programach profilaktyki wskazującej prowadzonych w zakładach karnych, gdzie uczestnicy mogą być prawnie zobowiązani do wzięcia w nich udziału. Jeśli chodzi o zasadę „po pierwsze nie szkodzić”, warto pamiętać, że działania profilaktyczne adresowane do grup ryzyka mogą stygmatyzować uczestników (EMCDDA, 2009, s. 48).

Niektóre zasady etyki mogą stać ze sobą w sprzeczności. Jedną z zasad jest traktowanie uczestników programu jako partnerów. Tymczasem mogą oni chcieć się angażować w szkodliwe dla nich zachowania (np. używanie narkotyków) lub – jako partnerzy w tworzeniu programu – proponować działania lub podejścia, o których wiadomo, że są nieskuteczne lub potencjalnie szkodliwe (np. spotkanie z osobą uzależnioną, która

aktualnie nie bierze narkotyków/nie pije alkoholu, lub z rówieśnikiem, który bierze narkotyki). Trudna może być także ocena zgodności programu z zasadami etyki przed jego wdrożeniem, np. trudno niekiedy trafnie przewidzieć korzyści i ewentualne negatywne skutki uboczne programu. Wreszcie, wszystkie zasady etyki podlegają w pewnym zakresie interpretacji (np. określenie, co jest korzyścią? i dla kogo?). W niektórych krajach zmianom ulegają też przepisy dotyczące narkotyków (np. przepisy odnoszące się do posiadania przetworów konopi). Może to sugerować, że zachowania związane z używaniem niektórych substancji psychoaktywnych są bardziej akceptowalne w społeczeństwie niż inne.

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na wszystkie problemy etyczne i konflikty interesów, które można napotkać w pracy profilaktycznej. Jednak refleksja nad tymi problemami zwiększa świadomość i umożliwia

otwarty dialog, w jaki sposób kwestie dotyczące etyki mogą wpływać na kształt działań profilaktycznych. Dbłość o zasady etyki musi być wyraźnie widoczna na każdym etapie opracowywania i wdrażania programu profilaktycznego. Realizatorzy muszą rozważyć, jakie rozwiązania są możliwe w ramach danego programu (np. jeśli pisemna zgoda nie jest możliwa, można poprzestać na zgodzie ustnej), oraz zwracać szczególną uwagę na problemy pojawiające się podczas realizacji programu (np. ujawnienie przemocy w rodzinie, którą należy zgłosić odpowiednim władzom). Realizatorzy powinni również wziąć pod uwagę, że zainteresowane strony/partnerzy (np. członkowie zespołu realizatorów, uczestnicy programu, społeczeństwo, władze lokalne) mogą mieć różne punkty widzenia na to, co jest, a co nie jest etyczne. Odbiorcy programu powinni być jednak zawsze w centrum uwagi (EMCDDA, 2011).

Część 1

**PODSTAWY
SKUTECZNEJ
PROFILAKTYKI**

Rozdział 1

Epidemiologia problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych



EUPC

Skuteczne programy profilaktyczne oparte są na dobrym zrozumieniu natury i skali zjawiska używania substancji psychoaktywnych w danej społeczności/populacji. Wiedzy tej dostarcza epidemiologia problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje epidemiologię jako: „(...) naukę o rozpowszechnieniu i czynnikach warunkujących występowanie problemów zdrowotnych (w tym chorób), zapadalność (nowe przypadki problemów zdrowotnych), skalę tych problemów w określonych populacjach (chorobowość) oraz zastosowanie tej wiedzy do kontrolowania chorób i innych problemów zdrowotnych (profilaktyka)”. Zrozumienie natury i skali zjawiska używania substancji psychoaktywnych jest kluczowym elementem w profilaktyce tych zachowań z wykorzystaniem programów i regulacji prawnych opartych na podstawach naukowych. Pomocne jest również w pracy specjalistów ds. profilaktyki.

W przypadku działań profilaktycznych badania epidemiologiczne:

- pomagają zrozumieć, jak wygląda rozpowszechnienie w populacji danych problemów zdrowotnych oraz jakie czynniki determinują problemy będące przedmiotem zainteresowania;
- identyfikują nowe przypadki określonego problemu zdrowotnego (zapadalność) oraz rozpowszechnienie tego problemu w populacji (chorobowość);
- wykorzystują zróżnicowane metody zbierania informacji, w tym: systemy rejestrowania problemów zdrowotnych/zachorowań oraz badania populacyjne;
- wykorzystują badania analityczne w celu poznania uwarunkowań problemów zdrowotnych/chorób.

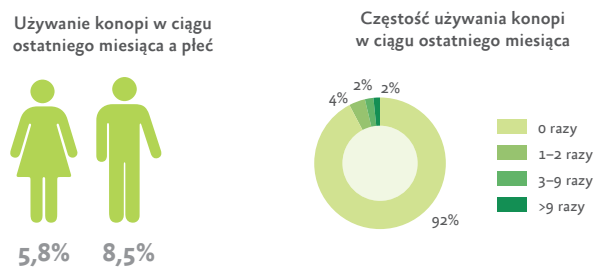
W tym rozdziale zaprezentowane zostaną rodzaje danych, które można uzyskać w epidemiologicznych badaniach opisowych oraz w badaniach analitycznych. Pomagają one zrozumieć niektóre z przyczyn używania substancji psychoaktywnych i problemów z tym

związanymi oraz pomagają w ustaleniu, jakie grupy w populacji są nimi najbardziej dotknięte. Pozwalają także zidentyfikować potencjalnych adresatów działań profilaktycznych. W celu wyjaśnienia niektórych przyczyn i czynników sprzyjających używaniu substancji psychoaktywnych przedstawiony zostanie model etiologiczny. Ilustruje on, w jaki sposób wpływy środowiska społecznego wchodzi w interakcję z cechami jednostek, nasilając bądź zmniejszając ryzyko rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i innymi zachowaniami ryzykownymi. Zapoznając się z tym modelem, prześledzimy jednocześnie proces socjalizacji, umożliwiający dzieciom przyswojenie akceptowanych społecznie postaw, norm, przekonań i zachowań, co w rezultacie pomaga dobrze radzić sobie w życiu. Chociaż treści programu EUPC są skoncentrowane na problemach dzieci i młodzieży, to należy jednak pamiętać, że profilaktyka jest istotna w perspektywie całego życia, a osoby dorosłe również są narażone na niekorzystne wpływy środowiska.

Używanie substancji psychoaktywnych w Europie

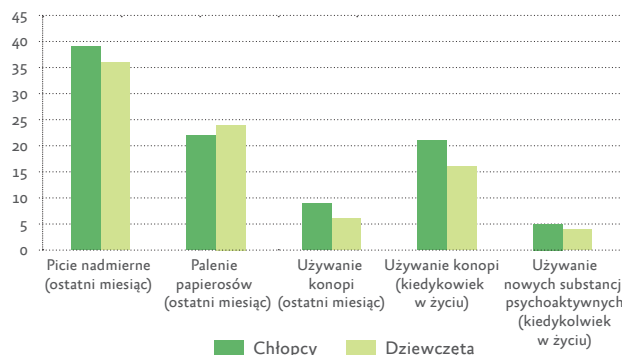
Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych może być skoncentrowana na jednej wybranej substancji lub dotyczyć różnych substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, takich jak napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe (w tym e-papierosy), jak i nielegalnych, takich jak marihuana, amfetamina, kokaina, albo substancji produkowanych legalnie, ale używanych w celach niemedycewnych wyłącznie z powodu ich własności psychoaktywnych (np. farmaceutyki lub nowe substancje psychoaktywne). Przedmiotem troski są negatywne następstwa zdrowotne i społeczne oraz wpływ tych substancji na społeczeństwo jako całość.

Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród 15–16-letnich uczniów w Europie



Na podstawie danych z 35 krajów europejskich, które uczestniczyły w badaniach ESPAD 2019

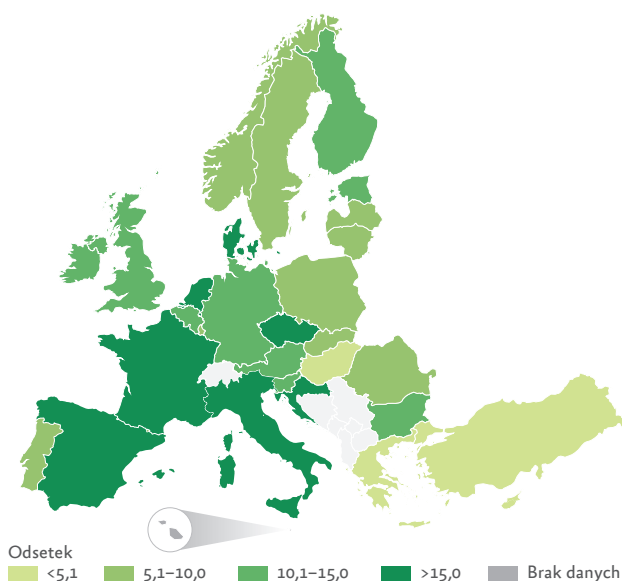
Używanie substancji psychoaktywnych (%)



Rysunek 1. Rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych wśród uczniów w Europie (ESPAD Group, 2020)

W Europejskim Programie Badań ankietowych dotyczącym używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD*) stwierdzono, że 79% uczniów piło alkohol przynajmniej raz w życiu. Niektóre wyniki tych badań zamieszczono na rysunku 1. Nieco mniej niż połowa badanych uczniów (47%) potwierdziła, że piła alkohol co najmniej raz w ciągu ostatniego miesiąca. Mniej niż połowa (41%) uczestników badań przyznała się do palenia papierosów przynajmniej raz w życiu, 20% uczniów odpowiedziało, że paliło papierosy w ciągu ostatnich 30 dni. Po e-papierosy sięgało 40% uczniów, a 14% używało ich w ciągu ostatnich 30 dni (ESPAD Group, 2020). Innym interesującym faktem jest to, że jeden na dziesięciu Europejczyków (a więc nie tylko uczniowie) próbował lub używał e-papierosów albo podobnych urządzeń do inhalacji (Komisja Europejska, 2015).

Wachlarz substancji psychoaktywnych używanych obecnie w Europie jest znacznie szerszy niż w przeszłości. Wśród ich konsumentów dość powszechna jest politoksykomania, czyli jednoczesne używanie różnych substancji, a indywidualne wzory ich stosowania są zróżnicowane, poczynając od okazjonalnego eksperymentowania, poprzez używanie bardziej regularne, intensywne (dużo i często), do zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. Sięganie po substancje psychoaktywne jest na ogół częstsze wśród mężczyzn, ponadto więcej mężczyzn niż kobiet używa tych substancji regularnie lub intensywnie. Rozpowszechnienie używania przetworów konopi jest około pięć razy większe niż rozpowszechnienie używania innych substancji nielegalnych. Chociaż używanie heroiny i innych opioidów jest stosunkowo rzadkie, to nadal stosowanie tych substancji łączy się z bardzo ryzykownymi formami aplikacji, w tym z przyjmowaniem dożylnym.

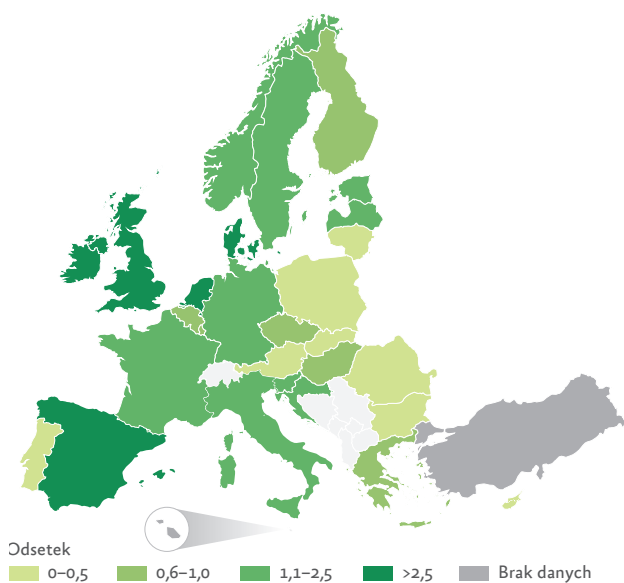


Rysunek 2. Rozpowszechnienie używania przetworów konopi wśród młodych dorosłych (15–34 lata) w roku 2017 (EMCDDA, 2018a)

Pomocne może być również przyjrzenie się wzorom używania substancji psychoaktywnych w różnych krajach. Wyniki badań wskazują, że w Unii Europejskiej ponad 92 miliony (lub ponad jedna czwarta) osób w wieku od 15 do 64 lat próbowała w swoim życiu nielegalnych substancji psychoaktywnych. Doświadczenia związane z używaniem tych substancji są częściej potwierdzane przez mężczyzn (56 milionów) niż kobiety (36,3 miliona). Najczęściej stosowaną substancją nielegalną są przetwory konopi (53,5 miliona mężczyzn i 34,3 miliona kobiet). Szacunki dotyczące używania kiedykolwiek w życiu innych substancji nielegalnych wskazują na ich znacznie mniejsze rozpowszechnienie, w tym: kokainy (11,8 miliona mężczyzn i 5,2 miliona kobiet), MDMA (9 milionów mężczyzn i 4,5 miliona kobiet) i amfetaminy (8 milionów mężczyzn i 4 miliony kobiet). Wskaźniki dotyczące używania przetworów konopi kiedykolwiek w życiu różnią się znacząco między poszczególnymi krajami, od około 41% we Francji do mniej niż 5% na Malcie (rys. 2). Używanie substancji

psychoaktywnych w ostatnim roku przed badaniem traktowane jest jako wskaźnik bieżącej konsumpcji tych substancji; takie używanie w dużej mierze dotyczy młodych dorosłych. Szacuje się, że 18,9 miliona młodych ludzi, w wieku 15–34 lat, używało substancji psychoaktywnych w ostatnim roku, przy czym po substancje te sięga dwa razy więcej młodych mężczyzn niż kobiet.

We wszystkich grupach wiekowych najbardziej rozpowszechnioną substancją nielegalną są przetwory konopi – marihuana i haszysz. Substancje te są na ogół palone, przy czym w Europie miesza się je często z tytoniem. Używanie przetworów konopi może przyjmować postać używania okazjonalnego, regularnego lub uzależnienia. Szacuje się, że 87,6 miliona (26,3%) dorosłych Europejczyków w wieku 15–64 lat ma za sobą eksperymenty z przetworami konopi. Spośród nich około 17,2 miliona (14,1%) młodych Europejczyków w wieku 15–34 lat oraz 9,8 miliona (17,4%) w wieku 15–24 lat sięgało po konopie w ostatnim roku. Używanie przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku wśród osób w wieku od 15 do 34 lat w poszczególnych krajach wahało się od 3,5% na Węgrzech do 21,5% we Francji.



Rysunek 3. Rozpowszechnienie oraz wybrane trendy używania kokainy wśród młodych dorosłych (15–34 lata) w roku 2017 (EMCDDA, 2018a)

Najbardziej rozpowszechnioną w Europie nielegalną substancją pobudzającą jest kokaina, a jej używanie jest bardziej rozpowszechnione w krajach południowej i zachodniej Europy (rys. 3). Osoby regularnie sięgające po kokainę stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. Znajdują się w niej konsumenci lepiej społecznie zintegrowani, którzy zazwyczaj wdychają nosem sproszkowaną kokainę (chlorowodurek kokainy) oraz użytkownicy zmarginalizowani, przyjmujący kokainę iniekcyjnie lub palący crack, czasami w połączeniu z opioidami. Szacuje się, że 17 milionów (5,1%) dorosłych Europejczyków

w wieku 15–64 lat eksperymentowało kiedyś w swoim życiu z kokainą. Spośród tych osób około 2,3 miliona (1,9%) młodych ludzi w wieku od 15 do 34 lat sięgało po tę substancję w ostatnim roku (EMCDDA, 2018a).

Wszystkie substancje psychoaktywne mogą być szkodliwe ze względu na ich krótko- i długoterminowe działania toksyczne. Jednak brak kontroli nad jakością procesu produkcji i sprzedaży nielegalnych substancji psychoaktywnych powoduje, że ich używanie jest obarczone dodatkowym ryzykiem. W ostatnich latach nastąpił wzrost dostępności do nowych, silnie działających i często zanieczyszczonych substancji psychoaktywnych, nazywanych w Polsce „dopalaczami”, oraz do innych nielegalnych substancji, co zwiększa ryzyko negatywnych następstw. Nielegalne substancje psychoaktywne mogą być zanieczyszczone mikroorganizmami czy innymi materiałami biologicznymi i zakaźnymi, co jest efektem niskiej jakości procesów wytwarzania, przechowywania oraz dostarczania ich użytkownikom. Substancje te mogą być celowo fałszowane, aby zmieniać efekty ich działania lub ukryć ich słabsze oddziaływanie (np. dodanie do kokainy środków miejscowo znieczulających, które wywołują uczucie drętwienia kończyn będące skutkiem zażywania kokainy). Związki chemiczne, które nie mają właściwości psychoaktywnych (ale są potencjalnie toksyczne), mogą być również używane do zwiększania masy substancji psychoaktywnej (narkotyku/dopalacza) i tym samym zapewniać większy zysk dilerom. Trudno jest jednak przewidzieć, na jakie ryzyko naraża się osoba sięgająca po substancje psychoaktywne, ponieważ efekty ich działania są zależne od indywidualnych predyspozycji organizmu, stanu zdrowia użytkownika, czynników oraz okoliczności związanych z sięganiem po te substancje, takich jak miejsce używania, sposób przyjmowania substancji oraz lekceważenie zasad higieny i bezpieczeństwa (np. dzielenie się sprzętem do iniekcji i samo ryzyko związane z iniekcjami).

Coroczne sprawozdania na temat trendów w używaniu substancji psychoaktywnych w Europie publikuje EMCDDA. Opracowywane są także raporty krajowe, w których można znaleźć najnowsze dane dotyczące używania substancji w krajach Unii Europejskiej, Turcji i Norwegii. Wszystkie te publikacje są dostępne na stronie www.emcdda.europa.eu/publications.

Farmakologia i fizjologia

Dla specjalisty ds. profilaktyki podstawy wiedzy na temat działania substancji psychoaktywnych i ich szkodliwych następstw (włączając w to problemy zdrowotne i społeczne związane z używaniem tych substancji oraz zaburzenia związane z używaniem tych substancji) są pomocne w uzasadnieniu potrzeby

wczesnego przeciwdziałania tym problemom poprzez realizowanie programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych. Wiedza ta pozwoli także zrozumieć politykom i decydom, że wielokierunkowe działania profilaktyczne prowadzone w rodzinach, szkołach oraz miejscach pracy mają zasadnicze znaczenie dla rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Ponadto, znajomość tych kwestii sprzyja lepszemu rozumieniu zasad konstruowania programów profilaktycznych dla poszczególnych grup wiekowych. Powinny być one opracowywane z uwzględnieniem wiedzy o prawidłowościach rozwojowych grupy wiekowej, do której są adresowane.

Ogólnie rzecz biorąc, gdy mowa jest w tym podręczniku o substancjach psychoaktywnych, chodzi o substancje chemiczne, które po podaniu i wchłonięciu wpływają na procesy biochemiczne i funkcjonowanie organizmu. Wyklucza się przy tym takie substancje, jak pożywienie, woda lub tlen. Nasze szkolenie koncentruje się na wiedzy o substancjach psychoaktywnych, które wpływają na samopoczucie, spostrzeganie, procesy myślowe i/lub zachowanie. Substancje psychoaktywne wywołują takie efekty, ponieważ zmieniają funkcjonowanie układu nerwowego. Badacze zajmujący się tym, w jaki sposób substancje psychoaktywne wpływają na zachowanie i procesy psychiczne, nazywają się psychofarmakologami. Dziedziną nauki, która bada wpływ substancji psychoaktywnych na żywe organizmy, jest farmakologia.

Różne substancje ulegają metabolizmowi i są wydalane z organizmu w różnym czasie. Czas potrzebny na wyeliminowanie z organizmu połowy pierwotnej dawki substancji nazywa się okresem półtrwania. Pozwala on określić, jak długo utrzymują się efekty działania substancji oraz ile czasu potrzeba na całkowite wyeliminowanie jej z organizmu. Jeśli ktoś zaprzestanie używania danej substancji psychoaktywnej, to ważne jest ustalenie okresu jej półtrwania, ponieważ na tej podstawie można oszacować, ile czasu zajmie całkowite usunięcie tej substancji z organizmu.

Nie tylko okres półtrwania jest czynnikiem określającym czas metabolizowania danej substancji w organizmie człowieka. Wiek i płeć użytkownika, sięganie po inne środki psychoaktywne, okres regularnego przyjmowania tej substancji, a także jej dawka, modyfikują sposób, w jaki organizm wchłania, metabolizuje i wydalą tę substancję. Jeśli dana substancja psychoaktywna jest używana często i w dużych ilościach, to wtedy może być metabolizowana i eliminowana szybciej. Małe dzieci i osoby starsze metabolizują i wydalają substancje psychoaktywne wolniej niż ludzie młodzi i w średnim wieku. Ogólnie rzecz biorąc, ze względu na różnice w masie ciała, objętości tkanki tłuszczowej i funkcjonowaniu wątroby, kobiety są bardziej

wrażliwe na działanie substancji psychoaktywnych niż mężczyźni.

Używanie substancji psychoaktywnych

Podjęto już próby klasyfikacji substancji psychoaktywnych, biorąc pod uwagę ich farmakologię i efekty psychofarmakologiczne. Nie ma jednak nadal jednej powszechnie akceptowanej klasyfikacji, ale substancje psychoaktywne można ogólnie pogrupować w następujący sposób:

- Stymulanty – np. amfetaminy, kokaina, modafinil, nikotyna, kofeina – zwiększają aktywność ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Przyspieszają akcję serca i oddychania oraz dają poczucie podniecenia lub euforii, a niektóre z tych substancji sprzyjają większej śmiałości w kontaktach towarzyskich.
- Empatogeny (czasami zwane również entaktogenami) – np. MDMA, mefedron, 6-APB – mają działanie pobudzające, ale sprzyjają także doświadczaniu emocjonalnej więzi i empatii z innymi. Zależnie od rodzaju substancji i jej dawki, mogą również mieć działanie psychodeliczne.
- Psychodeliki – np. LSD, DMT, psylocyбина, meskalina – powodują wyraźne zmiany w myśleniu, wrażeniach zmysłowych oraz w świadomości.
- Dysocjanty – np. ketamina, podtlenek azotu, DXM, PCP – powodują zmiany w percepcji oraz wywołują poczucie oderwania (dysocjacji) od siebie, innych ludzi i otoczenia.
- Kanabinoidy – np. przetwory konopi (marihuana, haszysz i inne), syntetyczne kanabinoidy (np. „Spice”) – wywołują stan relaksacji i poprawę nastroju, z łagodnymi zmianami we wrażeniach zmysłowych.
- Depresanty – np. alkohol, benzodiazepiny, gammahydroksymaślan (GHB) – są używane w celu uspokojenia lub złagodzenia napięcia/dyskomfortu psychicznego. Wywołują senność, rozluźnienie, zmniejszenie lęku. Środki hamujące OUN, takie jak alkohol, mogą prowadzić do poprawy nastroju i większej śmiałości w kontaktach towarzyskich.
- Opioidy – np. heroina, morfina, tramadol – powodują rozluźnienie, a czasem poprawę nastroju. Stosowane są pod nadzorem lekarza jako silne leki przeciwbólowe, a czasem wykorzystuje się je również w celach niemedycznych.

Nowych substancji psychoaktywnych stale przybywa, dlatego powyższa lista nigdy nie będzie kompletna, zaś specjaliści ds. profilaktyki mogą mieć trudności z aktualizowaniem wiedzy na ich temat. Istnieje jednak szereg źródeł dostępnych on-line, takich jak Drugs Wheel (<http://www.thedrugswheel.com/>), które

dostarczają informacji na temat wielu substancji i ich kategoryzacji.

Należy pamiętać, że legalność danej substancji psychoaktywnej nie oznacza, iż jest ona bardziej bezpieczna niż substancje nielegalne. To, że dana substancja jest legalna, zwykle wynika z tradycji, kultury lub czynników politycznych albo religijnych, a nie z tego, że jest mniej lub bardziej szkodliwa dla zdrowia. Dobrymi przykładami są tu alkohol i tytoń. Przewiduje się, że na świecie do 2030 roku palenie tytoniu przyczyni się do ponad 8 milionów zgonów rocznie. Według WHO w 2018 roku około 3 milionów zgonów, czyli 5,3% wszystkich przypadków śmierci na świecie, można było powiązać ze spożywaniem alkoholu¹.

To, w jaki sposób dana substancja jest używana, nazywane jest sposobem lub drogą przyjmowania. Substancje mogą zostać wprowadzone do organizmu na różne sposoby, w tym: przez połknięcie; wciąganie (wdychanie przez nos); palenie; wdychanie oparów; iniekcje (wstrzyknięcie) domięśniowe, podskórne, dożylnie; przyjęcie przezskórne (np. przyjmowanie substancji w plastrach) i podjęzykowo (rozpuszczanie substancji pod językiem i wchłanianie jej przez śluzówkę jamy ustnej). Droga podawania ma istotne znaczenie, ponieważ wpływa na to, jak szybko dana substancja dostanie się do mózgu – im szybciej substancja trafi do mózgu, tym silniejsze i bardziej satysfakcjonujące dla użytkownika jest jej działanie. Przyjmowanie dożylnie przynosi szybsze efekty niż inhalacja lub palenie, które z kolei dają efekty szybciej niż w przypadku przyjmowania doustnego.

Szybkość przechodzenia od fazy pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi do problemowego używania (a w tym zaburzeń związanych z używaniem tych substancji) to złożona kwestia. Zależy ona od takich czynników, jak wiek inicjacji, rodzaj substancji i doświadczenia związane z jej używaniem, udział w działaniach profilaktycznych oraz ekspozycja na czynniki ryzyka i czynniki chroniące. Te ostatnie zostaną omówione w dalszej części tego rozdziału. Badacze zajmujący się profilaktyką opracowali kilka różnych modeli przechodzenia poprzez kolejne fazy używania substancji psychoaktywnych. Chociaż żadnego z nich nie można zastosować do wszystkich użytkowników, są one pomocne w zrozumieniu, w jaki sposób sporadyczne i eksperymentalne sięganie po substancje psychoaktywne przechodzi do fazy częstego i problemowego używania. Dla przykładu przytaczamy tu model opracowany przez Piazza i Deroche-Gamoneta (2013). Model ten skoncentrowany jest na rekreacyjnych i towarzyskich

motywach sięgania po substancje psychoaktywne, ale można go zastosować do innych wzorów zachowań związanych z używaniem tych substancji. Dla niektórych osób powodem inicjacji mogą być nie tyle cele towarzyskie/rekreacyjne, co potrzeba łagodzenia nieleczonych dolegliwości psychicznych lub somatycznych albo samodzielne użycie leków psychoaktywnych poza zaleceniami lekarza. Piazza i Deroche-Gamonet opisują trzy fazy procesu przechodzenia do problemowego używania i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Fazy te następują po sobie, ale są niezależne – wejście w jedną fazę jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym do przejścia w kolejną fazę, ponieważ zależy to od indywidualnej charakterystyki użytkownika (jego podatności):

- 1) **faza sporadycznego używania w celach rekreacyjnych.** W tej fazie sięganie po substancje psychoaktywne jest umiarkowane i raczej rzadkie oraz jest jednym z wielu sposobów rekreacji;
- 2) **faza intensyfikacji i utrwalania używania.** W tej fazie używanie substancji używanie substancji nasila się, staje się coraz częstsze oraz zamienia się w podstawową aktywność towarzyską/rekreacyjną. Chociaż zaczynają pojawiać się oznaki pogorszonego funkcjonowania, użytkownik kontroluje swoje zachowanie i może wypełniać większość swoich ról społecznych i obowiązków;
- 3) **faza utraty kontroli i rozwoju zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.** W tej fazie aktywność jednostki koncentruje się na działaniach związanych ze zdobywaniem i używaniem substancji psychoaktywnych.

Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych

Większość osób sięgających po substancje psychoaktywne nie odczuwa poważnych szkód związanych z ich używaniem. Jednak niektórzy użytkownicy doświadczają problemów, które niekorzystnie wpływają na ich zdrowie, funkcjonowanie społeczne oraz jakość życia. Te niekorzystne następstwa nazywane są *zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych*. Określenie to zastępuje wychodzące z użycia terminy, takie jak „nadużywanie substancji” lub „uzależnienie”, które trudno było precyzyjnie zdefiniować. Terminy te są wycofywane również ze względu na zmieniające się postawy społeczne wobec problematyki używania substancji psychoaktywnych².

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

² Uznajemy i szanujemy, że niektórzy ludzie z przekonaniem nazywają siebie mianem „osoby uzależnionej”, ale odradzamy używanie tego terminu przez specjalistów ds. profilaktyki.

Tabela 1. Porównanie kryteriów rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych według ICD-11 oraz DSM-V

	ICD-11	DSM-V
Używanie substancji w większych ilościach lub przez dłuższy czas niż zamierzano	✓	✓
Uporczywe pragnienie używania substancji lub nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania używania		✓
Głód lub silne pragnienie/potrzeba przyjmowania substancji		✓
Poświęcanie wiele czasu na używanie substancji oraz niwelowanie skutków jej używania	✓	✓
Pojawienie się tolerancji na działanie substancji	✓	✓
Występowanie zespołu abstynencyjnego		✓
Zaniedbywanie lub porzucanie pracy, kontaktów społecznych i innych aktywności z powodu używania substancji		✓
Używanie substancji pomimo ciągłych lub nawracających problemów w relacjach społecznych spowodowanych przez używanie tych substancji		✓
Używanie substancji psychoaktywnych pomimo doświadczania problemów somatycznych i psychicznych powodowanych lub pogłębionych przez działanie tych substancji		✓
Powtarzające się używanie substancji psychoaktywnych, które prowadzi do zaniedbywania obowiązków w pracy, w szkole lub w domu	✓	✓
Nawracające używanie substancji psychoaktywnych pomimo problemów prawnych	✓	
Nawracające używanie substancji psychoaktywnych w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa	✓	✓
Negatywne konsekwencje dla rodziny osoby używającej substancji psychoaktywnych	✓	

Sposoby rozpoznawania i kryteria diagnozowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych zmieniały się z czasem. Obecną wykładnią dla definiowania i diagnozowania tych zaburzeń są dwa systemy klasyfikacji: *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób* (ICD-11), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia oraz *Podręcznik Diagnostyczny i Statystyczny Zaburzeń Psychiczych* (DSM-V), Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Pomiędzy tymi systemami istnieją pewne różnice, lecz zawierają one wspólne kryteria dotyczące rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, takie jak: stosowanie substancji w coraz większych dawkach oraz dłużej niż zamierzono, przedkładanie używania substancji nad inne aktywności i pełnione role społeczne oraz kontynuowanie używania substancji mimo ewidentnego doświadczania negatywnych konsekwencji (np. szkód somatycznych i psychicznych). W tabeli 1 przedstawiono kryteria zawarte w obu tych systemach klasyfikacji.

Jak pokazano w tabeli 1, klasyfikacja DSM-V zawiera łącznie 11 kryteriów, spośród których dwa wystarczają do postawienia diagnozy łagodnych zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych; spełnienie większej liczby kryteriów oznacza, że zaburzenie jest diagnozowane jako umiarkowane lub ciężkie. Klasyfikacja ICD-11 również odnosi się do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,

ale mamy tu rozróżnienie pomiędzy *używaniem szkodliwym* (wzorzec używania substancji powodujący szkody w zdrowiu somatycznym lub psychicznym, w tym również u członków rodziny) oraz *uzależnieniem*, którego diagnoza wymaga wzięcia pod uwagę czterech podstawowych kryteriów: (1) poczucie głodu i trudności w kontrolowaniu używania, (2) uporczywe przyjmowanie substancji pomimo szkodliwych następstw, (3) tolerancja i (4) zespół odstawienia. Użytkownicy substancji muszą spełniać przynajmniej dwa kryteria diagnostyczne, żeby zostać zaklasyfikowani jako uzależnieni. W przypadku szkodliwego używania substancji musi zostać potwierdzone występowanie co najmniej jednego z objawów, ale jednocześnie taka osoba nie może spełniać kryteriów wskazujących na uzależnienie.

Chociaż te dwa systemy diagnostyczne są użytecznymi narzędziami w pracy klinicznej, ważne jest, aby pamiętać, że ludzie mogą doświadczać problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, mimo iż nie spełniają kryteriów diagnostycznych opisanych w klasyfikacjach chorób. Programy profilaktyczne są kluczowymi narzędziami ograniczania ryzyka przechodzenia od fazy eksperymentowania do fazy problemowego używania substancji psychoaktywnych. Chociaż większość młodych osób, do których adresowane są działania profilaktyczne, nie jest bezpośrednio zagrożona wystąpieniem zaburzeń związanych z używaniem tych substancji psychoaktywnych, to jednak sięganie

po te substancje naraża je na inne problemy, takie jak wypadki, urazy, konflikty z bliskimi, kłopoty z policją, porzucanie szkoły lub ryzykowne zachowania związane z działaniem substancji psychoaktywnych (np. podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych, wsiadanie do samochodu z nietrzeźwym kierowcą). Te problemy mogą być równie poważne jak zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji i mogą dotyczyć każdego, kto sięga po substancje psychoaktywne.

Problemy zdrowotne związane z używaniem substancji psychoaktywnych

Na podstawie badania *Global Burden of Disease Study* WHO szacuje, że zaburzenia (w tym zachowania ryzykowne i choroby) spowodowane piciem alkoholu przyczyniają się każdego roku do utraty około 10% lat zdrowego życia, zarówno wśród młodzieży, jak i u dorosłych (Degenhardt i wsp., 2013). Zaburzenia te obejmują zarówno problemy związane ze spożywaniem alkoholu (zob. punkt dotyczący zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych zamieszczony powyżej), jak i problemy zdrowotne, o których wiadomo, że są powiązane z problemami alkoholowymi, takie jak alkoholowy zespół płodowy (FAS).

W badaniach przeprowadzonych w ostatnich dekadach wykazano, że istnieją zaburzenia, choroby i urazy związane przyczynowo ze spożywaniem alkoholu, które mogą dotknąć samych konsumentów oraz inne osoby. Należą do nich: zaburzenia neuropsychiatryczne, choroby żołądkowo-jelitowe, nowotwory, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, alkoholowy zespół płodowy oraz przedwczesne porody, samobójstwa i przemoc związana z piciem alkoholu, urazy spowodowane wypadkami drogowymi, upadki, utonięcia i zatrucia. Regularne picie alkoholu jest ściśle powiązane z występowaniem siedmiu rodzajów nowotworów. Szacuje się, że w 2016 roku 6,2% nowych przypadków nowotworów w całym świecie było związane ze spożywaniem alkoholu (WHO, 2018).

Bardzo dobrze udokumentowany jest także związek między paleniem tytoniu a problemami zdrowotnymi. Tytoń przyczynia się do przedwczesnej śmierci około połowy swoich użytkowników, co oznacza zgony ponad 7 milionów ludzi rocznie. Szacuje się, że do 2030 roku, na całym świecie palenie tytoniu będzie powodowało corocznie 8 milionów zgonów³. Palenie tytoniu jest związane z: chorobami układu krążenia, chorobami płuc, małą gęstością kości, a także problemami z poczęciem, przedwczesnym porodem i niską wagą urodzeniową dziecka. Nie tylko osoby palące są bardziej podatne na problemy zdrowotne. Wyniki badań wskazują również, iż osoby narażone na wdychanie dymu tytoniowego (biernie palenie), szczególnie członkowie rodziny

i współpracownicy palaczy, doświadczają poważnych problemów zdrowotnych.

Używanie substancji psychoaktywnych jest udokumentowaną przyczyną globalnego obciążenia chorobami. Szacunki Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że w skali globalnej zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych są szóstą wiodącą przyczyną utraty lat życia w zdrowiu u osób poniżej 25. roku życia. Z używaniem tych substancji wiążą się przewlekłe i ostre problemy zdrowotne, których przebieg zależy od właściwości tych substancji, wzorów używania, indywidualnej podatności oraz kontekstu społecznego, w którym te substancje są zażywane. Przewlekłe problemy zdrowotne związane z używaniem substancji psychoaktywnych to opisane wyżej konsekwencje nadużywania alkoholu i palenia tytoniu, zaburzenia związane z używaniem narkotyków, a także choroby zakaźne powiązane z używaniem tych substancji. Wśród ostrych problemów najlepiej udokumentowane są szkody i zatrucia związane z przedawkowaniem substancji psychoaktywnych. Chociaż używanie opioidów jest stosunkowo rzadkie, to nadal substancje te odpowiadają za dużą część problemów zdrowotnych i śmiertelności związanej z używaniem substancji psychoaktywnych. Szczególnie ryzykowne jest przyjmowanie tych narkotyków drogą iniekcji. Dla porównania, chociaż problemy zdrowotne związane z używaniem przetworów konopi są wyraźnie mniejsze, to jednak ich znaczne rozpowszechnienie ma wpływ na stan zdrowia publicznego. Duże zróżnicowanie (i niepewność) dotyczące faktycznej zawartości i czystości substancji psychoaktywnych dostępnych obecnie dla użytkowników zwiększa ryzyko potencjalnych szkód oraz utrudnia odpowiednie reagowanie w przypadku zatrucia lub przedawkowania (EMCDDA, 2017b).

Używanie substancji psychoaktywnych jest również obciążeniem dla całego społeczeństwa. Oprócz kwestii zdrowia, bezpieczeństwa oraz dobrostanu młodych ludzi, negatywne konsekwencje używania substancji psychoaktywnych mogą prowadzić do obniżenia produktywności, są kosztownym obciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej oraz dla wymiaru sprawiedliwości. W wielu przypadkach koszty te są dla społeczeństwa większe niż koszty wdrożenia skutecznych programów profilaktyki oraz leczenia.

Model etiologiczny

Etiologia jest terminem medycznym, który opisuje przyczyny i uwarunkowania chorób lub zaburzeń oraz czynniki, które zwiększają podatność na te choroby lub zaburzenia. Wiedza z zakresu etiologii jest istotna dla

³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

profilaktyki, ponieważ pozwala zidentyfikować czynniki lub mechanizmy prowadzące do inicjacji używania substancji psychoaktywnych. Programy profilaktyczne mogą więc być zaprojektowane tak, aby redukowały lub ograniczały działanie tych czynników i mechanizmów.

Wiedza na temat czynników ryzyka i czynników chroniących, które odnoszą się do używania substancji psychoaktywnych, została dość powszechnie przyjęta i przez ostatnie dwie dekady stanowiła podstawę dla rozwoju profesjonalnych programów profilaktycznych. **Czynniki chroniące** lub czynniki, które zmniejszają indywidualną podatność, to właściwości jednostki lub środowiska, które równoważą lub ograniczają wpływ istniejących czynników ryzyka. **Czynniki ryzyka** są definiowane jako cechy środowiska i jednostek (w tym postawy, przekonania i inne właściwości indywidualne), które zwiększają ryzyko używania substancji psychoaktywnych. Czynniki ryzyka obejmują:

- *czynniki kontekstualne (środowiskowe)*, np.: prawo i normy sprzyjające używaniu substancji psychoaktywnych; włączając w to marketing i dostępność do substancji psychoaktywnych, ubóstwo oraz dezorganizację życia społecznego w środowisku lokalnym;
- *czynniki indywidualne i interpersonalne*, np.: predyspozycje genetyczne i inne czynniki biologiczne, historia używania substancji psychoaktywnych w rodzinie, postawy wobec używania tych substancji, nieprawidłowe/niespójne praktyki rodzicielskie, konflikty w rodzinie i słabe więzi rodzinne (Hawkins, Catalano i Miller, 1992).

Podczas gdy czynniki środowiskowe (takie jak prawo i normy, dostępność substancji, wpływy rówieśnicze) odgrywają istotną rolę w inicjacji używania substancji psychoaktywnych, to, jak wskazują badania, czynniki indywidualne i interpersonalne, w szczególności właściwości fizjologiczne, neurologiczne i predyspozycje genetyczne, mają znacząco większy wpływ na przechodzenie do dalszych faz, w tym do rozwoju regularnego i problemowego używania oraz zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (Glantz i Pickens, 1992).

W niektórych nowszych badaniach czynniki ryzyka i czynniki chroniące są traktowane jako swoiste markery mechanizmów rozwojowych, które mogą zwiększać lub zmniejszać indywidualną skłonność do używania substancji psychoaktywnych. Procesy rozwojowe są „polem” interakcji między indywidualną podatnością jednostki a cechami mikrosystemu (kontakty interpersonalne/relacje w rodzinie) oraz cechami makrosystemu (właściwości środowiska lokalnego, normy społeczne, czynniki kulturowe), która to interakcja może prowadzić do zwiększenia indywidualnego ryzyka lub wręcz przeciwnie – ograniczać ryzyko angażowania się w takie zachowania, jak używanie substancji psychoaktywnych.

Używanie substancji psychoaktywnych zwykle rozpoczyna się w okresie preadolescencji oraz adolescencji. Problem ten nie pojawia się jednak z dnia na dzień. To proces, który toczy się różnymi ścieżkami i nie ma jednej prostej przyczyny. Zależy w dużej mierze od decyzji uwarunkowanych czynnikami wewnętrznymi (biologicznymi) oraz zewnętrznymi (normami społecznymi i czynnikami środowiskowymi). Wiedza dotycząca prawidłowości rozwojowych jest podstawą do zrozumienia tych procesów. Każdy etap rozwojowy, od niemowlęctwa do dorosłości, wiąże się ze wzrostem możliwości intelektualnych, językowych, doskonaleniem funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i psychologicznego, a także zwiększaniem kompetencji społecznych oraz zdolności do kontroli impulsów (zob. Aneks 2). Każde poważne zakłócenie tych procesów może prowadzić do rozwoju zaburzeń, takich jak zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych.

Badania na temat uwarunkowań zachowań ryzykownych wskazują, że u podłoża inicjacji używania substancji psychoaktywnych leży interakcja między cechami jednostki (takimi jak wrodzone predyspozycje, osobowość, spostrzeganie otaczającego środowiska) a doświadczeniami zewnętrznymi. Model etiologii (rys. 4) ilustruje te dwukierunkowe interakcje, zarówno na poziomie mikro-, jak i makrospołecznym. W następnych rozdziałach będziemy odwoływać się do tego modelu przy omawianiu przyczyn używania substancji psychoaktywnych.



Rysunek 4. Model etiologii (UNODC, 2013)

Rozwój człowieka od samego początku naznaczony jest istotnymi wydarzeniami życiowymi. Do nich należy m.in. rozpoczęcie edukacji przedszkolnej i szkolnej, dojrzewanie, wybór zawodu, budowanie dojrzałego związku, macierzyństwo i ojcostwo. Na każdym etapie jednostka podlega wielu wpływom: rodziny, szkoły, wspólnoty religijnej, klubu sportowego, organizacji młodzieżowej, rówieśników, które tworzą środowisko

socjalizacyjne na poziomie mikrospołecznym, oraz kultury, prawa i tradycji, które są źródłem wpływów socjalizacyjnych na poziomie makrospołecznym. Jeśli młodym ludziom nie uda się osiągnąć jakichś ważnych celów rozwojowych, stają się bardziej podatni na opóźnienia w realizacji kolejnych celów i bardziej skłonni do podejmowania zachowań, które są niebezpieczne i nie sprzyjają zdrowiu. Na to, czy uda się osiągnąć cele rozwojowe, mają wpływ złożone interakcje między jednostką a jej środowiskiem na poziomie mikro- i makrospołecznym. Programy profilaktyczne powinny więc koncentrować się na niedostatkach środowisk socjalizacyjnych zarówno na poziomie mikro-, jak i makrospołecznym.

Socjalizacja dzieci jest jedną z najważniejszych funkcji rodziny, szkoły i środowiska społecznego; w tym kontekście nauczyciele, rodzice i dziadkowie mają do spełnienia bardzo ważną rolę. W tym procesie dziecko przyswaja postawy, zasady moralne oraz zachowania przyjęte w danej kulturze, aby w okresie dorosłości stać się osobą „odporną” na ryzyko.

Czynniki mikro- i makrospołeczne mogą zarówno sprzyjać ochronie przed zagrożeniami, jak i zwiększać ryzyko rozwoju problemów u osób cechujących się indywidualną podatnością. Zależności te mogą działać w obu kierunkach. Na przykład, dziecko od urodzenia przejawia cechy „trudnego temperamentu” i w związku z tym ma trudności z przystosowaniem się do otaczającego świata. Takie dziecko może być uważane za kłopotliwe i wymagać szczególnej troski. Jeśli rodzice źle radzą sobie z jego wychowaniem, istnieje ryzyko, że w przyszłości dziecko to będzie miało problemy z przystosowaniem się do nowych środowisk, takich jak szkoła, towarzystwo rówieśników czy miejsce pracy. Jeśli jednak rodzice opanują umiejętności niezbędne do odpowiedniego i wspierającego wychowania, wzmocni to u dziecka jego potencjał rozwojowy i zdolności adaptacyjne.

To samo dotyczy interakcji między czynnikami makrospołecznymi i własnościami jednostki. Wyobraźmy sobie drugie dziecko, które jest blisko związane z rodzicami, ale mieszka w ubogiej dzielnicy lub miejscowości. Bezrobocie oraz dostępność do alkoholu i tytoniu są tu wysokie. W ciągu dnia młodzi ludzie „włączają się” po okolicy i czasem używają substancji psychoaktywnych. Idąc do szkoły, dziecko musi spotykać ich na swojej drodze. Pomimo dobrych relacji z rodzicami, może ono któregoś dnia przyłączyć się do takiej grupy i spróbować substancji psychoaktywnych.

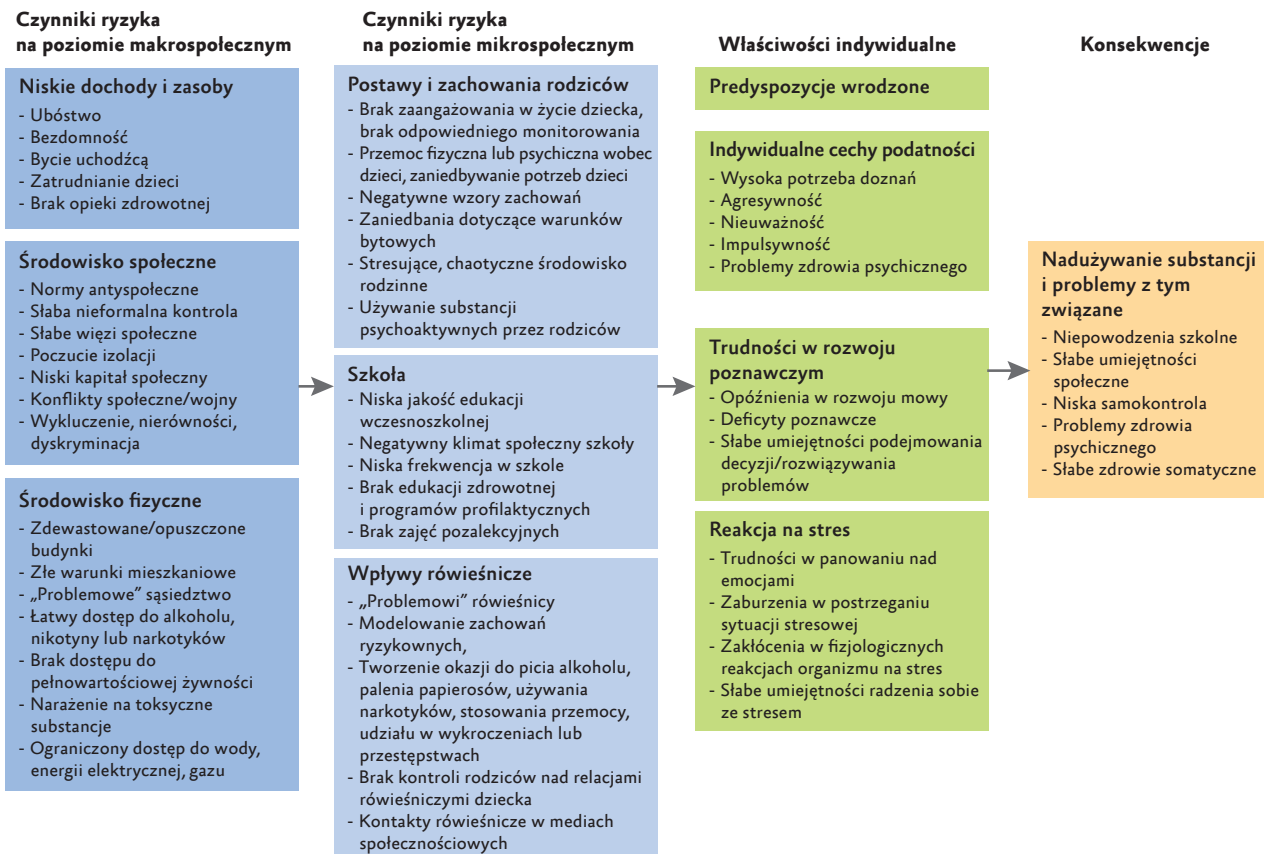
Wyniki badań sugerują ponadto, że wpływy makrospołeczne mogą prowadzić zarówno do zwiększenia, jak i ograniczenia używania narkotyków na poziomie indywidualnym. Badania przeprowadzone w Europie wskazują na przykład, że po kryzysie gospodarczym w 2008 roku wraz ze zwiększeniem się stopy bezrobocia

o 1% odnotowywano wśród młodzieży wzrost używania konopi indyjskich o 0,7% (Ayllón i Ferreira-Batista, 2017). Z drugiej strony w czasach kryzysu ludzie mogą mieć mniej pieniędzy, które w lepszej sytuacji finansowej mogliby wydać na substancje psychoaktywne. Kiedy jednak z powodu kryzysu gospodarczego wzrasta stopa bezrobocia, to ze względu na większe ryzyko utraty pracy lub trudności w jej znalezieniu ludzie mogą uciekać się do substancji psychoaktywnych, jako do sposobu radzenia z problemami związanymi z niepewnością ekonomiczną. Prowadzi to do zwiększenia konsumpcji substancji psychoaktywnych. Ponadto, czasami kryzys ekonomiczny sprawia, że jedno lub oboje rodzice muszą szukać pracy poza miejscem swojego zamieszkania np. w innym mieście lub za granicą i w związku z tym stają się mniej dostępni lub okresowo niedostępni dla swoich dzieci. Jeśli nie są one odpowiednio nadzorowane przez odpowiedzialne osoby dorosłe, to mogą przyłączyć się do kolegów/koleżanek, którzy używają substancji psychoaktywnych.

Żaden pojedynczy czynnik ryzyka nie wystarcza, aby przyczynić się do rozpoczęcia używania lub rozwoju ryzykownych wzorów używania substancji psychoaktywnych. Istnieje raczej pewna „krytyczna kombinacja” określonej liczby i typu czynników, która powoduje przekroczenie progu indywidualnej odporności jednostki, a w konsekwencji sięgnięcie po te substancje oraz późniejszy rozwój problemów. Przy czym te krytyczne kombinacje czynników ryzyka mogą być odmienne dla każdego człowieka.

Procesy socjalizacyjne są instrumentami wpływu w profilaktyce opartej na dowodach naukowych. Programy profilaktyczne oddziałują na swych odbiorców bezpośrednio lub poprzez ich otoczenie społeczne. Oznacza to, że niektóre programy mają bezpośredni wpływ na przekonania, postawy i zachowania jednostki, np. programy szkolne, w ramach których uczestnicy są uczeni umiejętności radzenia sobie z presją rówieśniczą. Inne pomagają rodzicom, nauczycielom lub innym wychowawcom w doskonaleniu ich umiejętności wychowawczych lub dydaktycznych; albo takie, które zmierzają do modyfikacji przepisów prawa, tak aby utrudnić młodzieży angażowanie się w zachowania ryzykowne, np. poprzez obowiązek legitymowania i sprawdzania wieku nabywców alkoholu. Te działania mają sprawić, że pozytywne wpływy środowiska społecznego będą przeważały nad wpływami negatywnymi oraz służyły jako główna siła w profilaktyce opartej na naukowych podstawach. W badaniach wykazano, że możliwe jest pomaganie młodym ludziom w podejmowaniu właściwych decyzji, które chronią ich zdrowie i dobrostan. Taki jest cel działań profilaktycznych.

Oznacza to również, że programy profilaktyczne zostały tak zaplanowane, aby pomóc specjalistom ds. profilaktyki aktywnie działać na rzecz prawidłowej



Rysunek 5. Czynniki ryzyka, na które można oddziaływać w ramach programów profilaktycznych (UNODC, 2013)

socjalizacji dzieci i młodzieży poprzez bezpośrednie zaangażowanie w procesy socjalizacyjne/wychowawcze albo poprzez szkolenie rodziców, nauczycieli i innych wychowawców, w celu poprawy ich umiejętności wychowawczych i profilaktycznych.

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

Ekologiczny (wieloczynnikowy) model rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych służy wyjaśnieniu, w jaki sposób interakcja czynników indywidualnych i środowiskowych kształtuje indywidualną podatność jednostki na rozwój tych problemów. Innymi słowy, ten model określa listę czynników ryzyka, których znajomość jest fundamentalna dla profilaktyki.

Wcześniej w tym rozdziale omówiona została podatność młodzieży na negatywne wpływy. Te negatywne wpływy to inaczej **czynniki ryzyka**, do których należą: cechy indywidualne (psychologiczne, biologiczne) oraz właściwości środowiska, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zachowań lub problemów zdrowotnych. Czynniki ryzyka mają tendencję do kumulowania się. Występowanie tych czynników zależy od wieku dzieci/młodzieży, cech środowisk makro- i mikrospołecznych (środowiska

rodzinnego, szkolnego, miejsca pracy oraz społeczności lokalnej), a także od własności indywidualnych.

Skuteczne programy profilaktyczne zmierzają do modyfikacji czynników ryzyka, zanim pojawią się zachowania ryzykowne. Poniżej przedstawiono przykłady czynników ryzyka obecnych w rozmaitych środowiskach, na które można oddziaływać w ramach programów profilaktycznych (rys. 5).

Czynniki chroniące są cechami/własnościami, które równoważą lub redukują wpływ czynników ryzyka. Innymi słowy, czynniki chroniące zmniejszają podatność młodzieży na ryzyko. Poniżej zaprezentowano przykłady czynników chroniących w poszczególnych kategoriach:

- cechy indywidualne: zrównoważony temperament, samokontrola, umiejętności społeczne;
- rodzina: więź z rodzicami/opiekunami;
- szkoła: umiejętności prospołeczne, prawidłowy rozwój (np. umiejętność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów), zaangażowanie w naukę szkolną;
- społeczność lokalna: wysoka jakość edukacji, pozytywne normy.

Programy profilaktyczne oparte na dowodach naukowych wdrożone w danym etapie rozwoju dzieci/młodzieży mogą mieć wpływ na późniejsze etapy rozwoju. W ten sposób prowadzi to do efektów długofalowych.

Ten „efekt kaskady” sprzyja dobremu funkcjonowaniu w wieku dorosłym. Innymi słowy, pozytywne efekty programów profilaktycznych mogą mieć wpływ na inne dziedziny życia oraz zapewnić dodatkową ochronę przed czynnikami ryzyka, które pojawią się w przyszłości. Na przykład, wyniki ewaluacji *The Good Behavior Game*⁴, jednego z programów uwzględnionych w Międzynarodowych Standardach UNODC, wskazują nie tylko na zmniejszenie ryzyka kontaktu z substancjami psychoaktywnymi, ale również na ograniczenie problemów zdrowia psychicznego w perspektywie życia.

Wykazano, że oparte na dowodach naukowych programy, które mają na celu zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież, nie tylko zmniejszają prawdopodobieństwo problemowego używania tych substancji w późniejszym okresie życia, ale również mają pozytywny wpływ na inne aspekty funkcjonowania psychospołecznego młodzieży. Na przykład, wyniki amerykańskich badań nad programem *Strengthening Families Program (SFP 10–14)*⁵ (wersja dla rodziców i dzieci w wieku 10–14 lat) wskazują, że przyczynia się on również do ograniczenia przestępczości i ryzykownych zachowań seksualnych oraz zmniejszenia objawów depresji i lęku, a także sprzyja poprawie wyników w nauce. Tego rodzaju „dodatkowe efekty” programu, jak lepsze osiągnięcia szkolne oraz ograniczanie innych zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego, służą poprawie zdrowia publicznego oraz są źródłem wymiernych korzyści ekonomicznych dla całego społeczeństwa.

Podsumowując, badania epidemiologiczne i etiologiczne pomagają specjalistom ds. profilaktyki podjąć następujące decyzje:

- **gdzie** należy kierować działania profilaktyczne, przy czym działania te mogą być szczególnie potrzebne w konkretnym miejscu/regionie;
- **jakie substancje** psychoaktywne będą przedmiotem programu – w niektórych populacjach marihuana może stanowić większy problem niż alkohol i wyroby tytoniowe;
- **do kogo** powinny być adresowane programy, które grupy wydają się najbardziej zagrożone lub podatne na ryzyko, np. dzieci osób używających substancji psychoaktywnych;
- **kiedy** należy prowadzić działania, jeśli wiek inicjacji używania substancji psychoaktywnych to około 14 lat – programy powinny rozpoczynać się wcześniej, np. wtedy, gdy dzieci mają 10–12 lat;
- **jakie czynniki ryzyka/chroniące** (mediatory zmian) powinny być przedmiotem programu – jakie są cele szczegółowe oraz przekaz programu, czy działania mają wpływać na postawy wobec używania

substancji psychoaktywnych, przekonania normatywne dotyczące rozpowszechnienia tych substancji oraz percepcję ryzyka związanego z ich używaniem (zob. rozdział 3).

Ścieżki używania substancji psychoaktywnych

Dla specjalistów zajmujących się profilaktyką ważne jest, aby wiedzieć, że pierwsze próby używania substancji psychoaktywnych to zachowania o raczej niskim ryzyku, ale kontynuowanie sięgania po te substancje może prowadzić do używania ich coraz częściej i w coraz większych ilościach, co zwiększa także ryzyko szkód. Czasami, jak już wspomniano, zdarza się, że samo używanie substancji psychoaktywnych zaczyna dominować nad innymi aspektami życia człowieka, a wtedy mogą pojawić się poważne problemy społeczne i zdrowotne. Znajomość czynników ryzyka i czynników chroniących wymienionych w modelu etiologicznym pozwala: (1) lepiej zrozumieć różne ścieżki prowadzące do rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (rys. 6), a także (2) pomaga opracować i ukierunkować odpowiednie programy profilaktyczne (a także programy redukcji szkód i oddziaływania lecznicze).

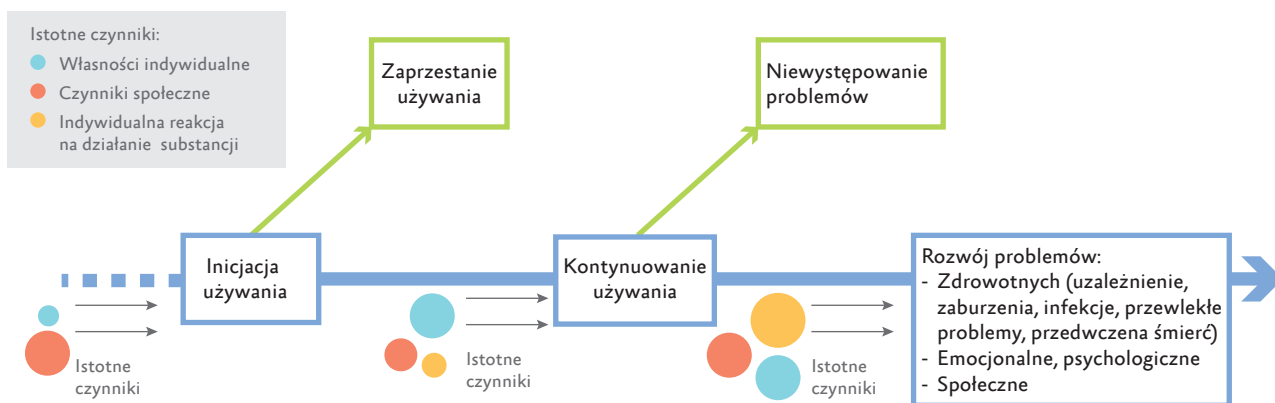
Jak pokazano na rysunku 6, czynniki środowiskowe z poziomu makro- i mikro- oraz, w mniejszym stopniu, własności indywidualne są ważnymi determinantami inicjacji używania substancji psychoaktywnych. Obejmują one zarówno czynniki poprzedzające bezpośrednio pierwsze próby, takie jak dostępność substancji psychoaktywnych lub spotkanie się z propozycją ich używania, jak i czynniki podatności, które wpływają negatywnie na zdrowy rozwój i zwiększają prawdopodobieństwo sięgania po te substancje.

Jak wykazano w badaniach epidemiologicznych, większość osób, które zainicjowały używanie substancji psychoaktywnych, poprzestaje na kilku niezbyt częstych próbach. Osoby te różnią się od tych, które kontynuują używanie, pod względem szeregu czynników, w tym m.in. psychofarmakologiczną odpowiedź organizmu na działanie substancji (np. subiektywne wrażenia wywołane przez substancję); percepcją efektów – czy działanie to jest odbierane jako przyjemne i ciekawe, lub na odwrót – nieprzyjemne i nieciekawe; funkcjonalnością – czy pełni jakąś specyficzną funkcję dla użytkownika (np. pomaga lepiej radzić sobie w sytuacjach towarzyskich lub w samoleczeniu dolegliwości somatycznych lub/i psychicznych).

Osoby, które nie poprzestają na sporadycznych próbach, niekoniecznie muszą doświadczyć z tego powodu

⁴ Polska wersja programu nazywa się „Gra w Dobre Zachowania” lub „Zagrajmy razem”

⁵ Polska wersja programu nazywa się „Program Wzmacniania Rodziny”.



Rysunek 6. Ścieżki używania substancji psychoaktywnych

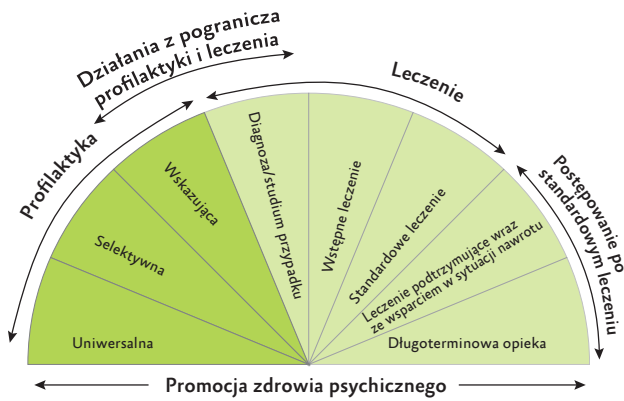
szkod zdrowotnych, a większość przestaje sięgać po substancje psychoaktywne nawet po dłuższym okresie ich używania. Niemniej jednak, niektórzy spośród kontynuujących używanie substancji psychoaktywnych mają problemy związane ze zdrowiem i samopoczuciem oraz problemy w relacjach społecznych (w tym problemy z systemem wymiaru sprawiedliwości). Zarówno działania z poziomu profilaktyki selektywnej i wskaźującej, jak i programy redukcji szkód i interwencje lecznicze są szczególnie przydatne jako te, które mogą powstrzymać rozwój bardziej szkodliwych wzorów używania substancji psychoaktywnych.

Indywidualne ścieżki rozwoju używania substancji psychoaktywnych oraz odmienne wzory używania w różnych okresach życia są czasami określane jako „naturalna historia” używania oraz związanych z tym zaburzeń. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące oraz potencjalne szkody różnią się w zależności od indywidualnej ścieżki. Czynniki ryzyka, które sprzyjają inicjacji będą różne od tych, które determinują kontynuowanie używania substancji psychoaktywnych, podobnie doświadczane szkody będą różne w różnych ścieżkach. Ważne jest ponadto, aby pamiętać, iż grupa osób, które obecnie nie sięgają po substancje psychoaktywne, nie jest jednolita. Mogą się w niej znajdować ci, którzy mają już za sobą próby używania, lub ci, którzy w przeszłości doświadczyli problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi. Istnieje zatem konieczność szeroko zakrojonych i wszechstronnych działań ukierunkowanych na potrzeby emocjonalne, zdrowotne oraz zawodowe osób, które używają substancji psychoaktywnych, bez względu na to, gdzie obecnie znajdują się one na swojej ścieżce używania substancji psychoaktywnych (rys. 6).

Poziomy profilaktyki

Ogólnie biorąc, spektrum programów i interwencji profilaktycznych dotyczy trzech grup docelowych.

- Programy lub rozwiązania legislacyjne z zakresu **profilaktyki uniwersalnej** kierowane są do populacji ogólnej, niezależnie od stopnia narażenia na ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych lub historii ich używania. Większość odbiorców tych działań to jednak osoby, które prawdopodobnie nie sięgają jeszcze po substancje psychoaktywne. W tej kategorii działań znajduje się większość szkolnych programów profilaktycznych oraz regulacje obowiązujące w szkołach oraz w środowiskach lokalnych, o czym będzie mowa w następujących rozdziałach.
- Programy/interwencje z zakresu **profilaktyki selektywnej** adresowane są do grup osób podatnych na używanie substancji psychoaktywnych (obarczonych większym ryzykiem). Odbiorcy profilaktyki z tego poziomu funkcjonują w trudnych warunkach życiowych i społecznych. Z tego względu działania koncentrują się na zwiększaniu ich prorozwojowych szans. Profilaktyka selektywna to również programy i interwencje podejmowane w szkołach oraz w rodzinach, a także rozwiązania legislacyjne, których celem jest utrzymanie dzieci w szkołach i kontynuowanie przez nie edukacji szkolnej do czasu osiągnięcia pełnoletności.
- Programy/interwencje z zakresu **profilaktyki wskaźującej** skierowane są do pojedynczych osób, aby pomóc im radzić sobie z czynnikami ryzyka oraz z ich indywidualną podatnością na rozwój problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Działania w ramach tych programów zmierzają do ograniczenia używania, a także do poprawy funkcjonowania i radzenia sobie z trudnościami.



Krótkie (lub wczesne) interwencje to działania z zakresu profilaktyki wskazującej, które nie są szeroko wdrażane w Europie, chociaż dotyczą znacznie rozpowszechnionych problemów alkoholowych. Celem krótkich interwencji jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych oraz problemów związanych z ich używaniem. Interwencje te są ograniczone w czasie i są umiejscowione, jak to pokazano na rysunku 7, na pograniczu profilaktyki i leczenia. Zazwyczaj skierowane są do młodych ludzi lub osób zagrożonych (EMCDDA, 2017b).

Rysunek 7. Spektrum działań podejmowanych w związku z problemami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych (adaptacja z Mrazek i Haggerty, 1994)

Rozdział 2

Fundamenty naukowego podejścia do profilaktyki



EUPC

Rozdział ten rozpoczyna się od omówienia dwóch koncepcji: „praktyki opartej na dowodach naukowych” oraz „dobrej praktyki”, gdyż dzielą je istotne różnice w podejściu do działań profilaktycznych. Niniejszy rozdział zawiera także przegląd najważniejszych teorii, z podkreśleniem tych, które są najczęściej wykorzystywane w działaniach profilaktycznych, a także prezentuje Model Zmiany Zachowania, który służy do porządkowania rodzajów działań profilaktycznych oraz działań z zakresu polityki społecznej. Na zakończenie w rozdziale tym omówiono zagadnienia związane z adaptacją programów profilaktycznych oraz podkreślono znaczenie poprawnej realizacji działań profilaktycznych (zgodnej z przyjętymi celami i założeniami).

Definicje i zasady

Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych zmierza to tego, aby powstrzymać ludzi przed rozpoczęciem używania tych substancji oraz pomóc tym, którzy zaczęli po nie sięgać, w uniknięciu związanych z tym problemów. Jednak profilaktyka używania substancji ma także szersze cele: zadbanie o zdrowie i bezpieczeństwo ludzi oraz udzielanie pomocy w wykorzystaniu ich talentów oraz potencjału rozwojowego. Opracowanie oraz wdrażanie opartych na dowodach programów i rozwiązań prawnych leży w centrum zainteresowania europejskiej polityki wobec używania substancji psychoaktywnych i przewiduje szereg instrumentów.

Co zatem oznacza „profilaktyka oparta na dowodach naukowych”? Oto definicja Instytutu Praktyki Opartej Na Dowodach Uniwersytetu w Waszyngtonie (*Evidence Based Practice Institute of the University of Washington*, 2012):

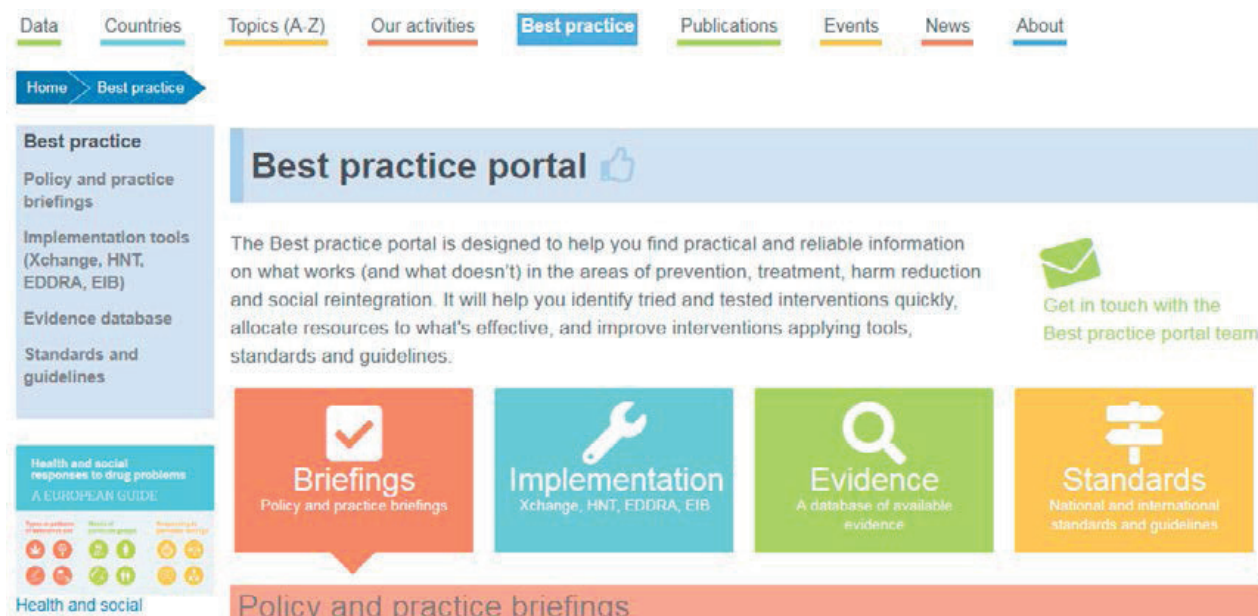
Praktyka oparta na dowodach (*Evidence Based Practice*, EBP) to „systematyczny proces podejmowania decyzji lub

świadczenia usług, o udokumentowanym w dostępnych badaniach naukowych stałym pozytywnym wpływie na odbiorców. Zamiast działań tradycyjnych, instynktownych reakcji lub pojedynczych badań jako podstawy podejmowania decyzji, praktyka oparta na dowodach opiera się na danych zebranych dzięki badaniom eksperymentalnym, w których kontrolowane są indywidualne cechy odbiorców oraz uwzględniana jest wiedza specjalistów”.

Istnieją dwa kluczowe aspekty tej definicji: *systematyczne podejmowanie decyzji z wykorzystaniem dowodów naukowych, które wskazują na pozytywne rezultaty oraz poleganie na danych zebranych dzięki rygorystycznym badaniom eksperymentalnym*. Praktyka oparta na dowodach stanowi zatem duże wyzwanie, ale ogólna orientacja w jej kluczowych aspektach jest konieczna, aby zrozumieć, dlaczego eksperci tak często – i całkiem słusznie – nie zgadzają się co do tego, jakie programy i działania profilaktyczne można nazwać „opartymi na dowodach”, w odróżnieniu od programów/działań „obietujących” lub „dobrych praktyk”.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomani (EMCDDA) definiuje „**dobłą praktykę**” jako: „najlepsze zastosowanie dostępnych dowodów naukowych do bieżących działań w dziedzinie substancji psychoaktywnych”. EMCDDA dodaje, że:

- dowody skuteczności powinny być trafnie dobrane do problemów i trudności osób, których dotyczy stosowanie substancji psychoaktywnych, w tym użytkowników tych substancji oraz ich rodzin, profesjonalistów i decydentów;
- metody ustalania, co jest dobrą praktyką, powinny być „przejrzyste, rzetelne i możliwe do powtórzenia”;
- wszystkie dostępne dowody skuteczności (wyniki ewaluacji/obserwacji) powinny być brane pod uwagę;
- zarówno dowody skuteczności, jak i możliwości wdrożenia programu powinny być uwzględnione w procesie decyzyjnym.



Rysunek 8. Portal dobrych praktyk EMCDDA

Badacze i praktycy zajmujący się profilaktyką zgromadzili wiele informacji, które służą do opracowywania i realizacji skutecznych działań profilaktycznych i rozwiązań legislacyjnych dotyczących różnych zachowań ryzykownych, w tym tych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Charakterystykę wielu z tych programów EMCDDA zamieściło na swojej stronie internetowej (rys. 8). Można tam znaleźć informacje na temat dobrych praktyk w różnych środowiskach, odnoszących się do różnych rodzajów substancji oraz metod profilaktyki. Są one dostępne na stronie: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.

Europejskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką (*The European Society for Prevention Research, EUSPR*; <http://www.euspr.org>) określa naukowe podejście do profilaktyki jako „multidyscyplinarną próbę połączenia wiedzy o etiologii, epidemiologii, projektowaniu, badaniu skuteczności i wdrażaniu działań w celu zapobiegania różnorodnym problemom zdrowotnym i społecznym”. Należą do nich m.in. problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zdrowiem seksualnym, przedwczesnym macierzyństwem, HIV/AIDS, przemocą, wypadkami, samobójstwami, chorobami i zaburzeniami psychicznymi, przestępczością, otyłością, nieprawidłową dietą/odżywianiem, brakiem aktywności fizycznej oraz chorobami przewlekłymi. Wspólną ich cechą jest to, że determinowane są przez styl życia i zachowania jednostek.

Behavioralne czynniki ryzyka są istotnymi przyczynami **niezakaźnych chorób** (*noncommunicable disease, NCD*). Naukowe podejście do profilaktyki obejmuje systematyczne badanie działań mających na celu zmniejszenie częstości występowania w danej populacji

zachowań niepożądanych i promowanie zachowań sprzyjających zdrowiu i dobrej adaptacji społecznej. Wymaga to specjalistycznej (teoretycznej i metodologicznej) oraz multidyscyplinarnej wiedzy, która pozwala na prowadzenie badań dotyczących rodziny, opieki zdrowotnej, systemu edukacji, miejsc pracy, społeczności lokalnych, opieki społecznej, planowania przestrzennego, urbanistyki i polityki fiskalnej.

Amerykańskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką (*Society for Prevention Research, SPR*) przygotowało szczegółowe zasady dotyczące opracowywania i realizacji działań profilaktycznych. Wiele z tych zasad stanowi podstawę Europejskiego Szkolenia Specjalistów ds. Profilaktyki, w którym podkreślono znaczenie takich czynników sprzyjających podejmowaniu skutecznych działań profilaktycznych, jak:

- **Perspektywa rozwojowa.** Oznacza to, że specjaliści ds. profilaktyki powinni zdawać sobie sprawę, że czynniki wpływające na zachowania są odmienne w różnych okresach życia jednostki. Rozwój oznacza również, że w kolejnych fazach dorastania młodzi ludzie powinni realizować określone zadania rozwojowe (zob. Aneks 2). Zakłócenia w ich przeprowadzeniu mogą prowadzić do zachowań ryzykownych lub wystąpienia zaburzeń. Wszystko to należy rozważyć, analizując działania profilaktyczne, które chcemy zrealizować w naszych szkołach lub społecznościach lokalnych.
- **Epidemiologia rozwojowa.** Kluczową rolę w profilaktyce odgrywa wiedza o rozpowszechnieniu rozmaitych problemów, które mogą pojawić się w zależności od etapu rozwoju osób z grupy docelowej. Wiedza ta wskazuje, jakie ryzyko wiąże się z przechodzeniem przez kolejne fazy rozwoju. Na

przykład, dziecko, które większość czasu spędzało w domu, może napotkać problemy adaptacyjne, gdy rozpoczyna edukację szkolną albo proces separacji od rodziców i wyprowadza się z domu rodzinnego. Należy również podkreślić, że istnieją różne czynniki związane z używaniem substancji w obrębie i między populacjami; oznacza to, że czynniki lub procesy prowadzące do inicjacji, a następnie kontynuacji używania substancji psychoaktywnych różnią się w zależności od osób, grup i populacji.

- **Podejście ekologiczne.** Wskazuje ono, że nasze przekonania, wartości, postawy i zachowania są wynikiem „transakcji” między środowiskiem, w którym dorastamy, a naszymi cechami indywidualnymi. Na te procesy składają się interakcje między poszczególnymi cechami jednostki, jej rodziny, szkoły, społeczności lokalnej oraz społeczeństwem z jego kulturą, tradycjami i prawem. Te interakcje nie tylko wpływają na przekonania, postawy i zachowania, ale są także współzależne, oddziałując na siebie nawzajem.
- **Wiedza na temat podstawowych mechanizmów ludzkiego działania.** Dobre poznanie **ludzkich motywacji i procesów prowadzących do zmiany** jest pomocne w tworzeniu skutecznych działań profilaktycznych, których celem jest zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych albo leczeniu związanych z tym problemów poprzez oddziaływanie na jednostki i ich środowisko. Wiele czynników wpływa na zachowanie i podejmowanie decyzji, w tym na te o niestosowaniu substancji psychoaktywnych lub nieangażowaniu się w inne zachowania wiążące się z dużym ryzykiem.
- **Interdyscyplinarny charakter badań nad profilaktyką.** Oznacza, że aby poradzić sobie ze złożonością poruszanych problemów, należy zaangażować wielodyscyplinarne zespoły dysponujące szerokim wachlarzem wiedzy specjalistycznej.
- **Profesjonalne standardy etyczne** opierają się na wartościach. Są one podstawowymi wyborami i wskazaniem, co do których dana osoba jest przekonana oraz postrzega je jako przewodnie zasady w życiu albo jako zasady, na podstawie których podejmuje się decyzje. Profilaktyka dotyczy decyzji i działań podejmowanych w najistotniejszych dla ludzi środowiskach – w rodzinie, szkole i miejscu pracy. Ale dotyczy również społeczeństwa, w którym prawo i przepisy regulują zarówno pożądane/prospołeczne, jak i antyspołeczne/nielegalne zachowania.
- **Ciągła wymiana** informacji między profesjonalistami zajmującymi się poszukiwaniami teoretycznymi i badaniami empirycznymi, która ma na celu wyjaśnienie mechanizmów odpowiedzialnych za podejmowanie określonych zachowań przez prowadzenie badań epidemiologicznych i/ewaluację skuteczności działań profilaktycznych.

- **Poprawa zdrowia publicznego** jest celem możliwym do osiągnięcia, dzięki współpracy naukowców oraz realizatorów działań profilaktycznych, z wykorzystaniem ich połączonych umiejętności i specjalistycznej wiedzy.
- **Sprawiedliwość społeczna** jest powiązana z Ruchem na Rzecz Praw Człowieka oraz Ruchem na Rzecz Prawa do Zdrowia. Sprawiedliwość społeczna jest moralnym imperatywem, który nakazuje dociekać i rozumieć, dlaczego niektóre grupy społeczne nieproporcjonalnie bardziej obciążone są chorobami, niepełnosprawnością i umieralnością. Pojęcie sprawiedliwości społecznej jest także konieczne do opracowania i wdrażania działań profilaktycznych oraz rozwiązań politycznych i legislacyjnych, odnoszących się do podstawowych przyczyn tych nierówności.

Teoretyczne podstawy profilaktyki

Kilka ważnych teorii przyczyniło się do rozwoju programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych oraz do podjęcia badań nad profilaktyką. Kiedy naukowcy i praktycy z dziedziny profilaktyki mówią o teorii, odnoszą się do zestawu związanych ze sobą pojęć służących do opisu, wyjaśnienia i przewidywania tego, w jaki sposób różne aspekty ludzkiego zachowania są ze sobą powiązane. W większości przypadków teorie te czerpią z dostępnych dowodów empirycznych i są udoskonalane w kolejnych badaniach.

Ważnym krokiem w projektowaniu programów profilaktycznych opartych na dowodach jest wybór ram teoretycznych dla danego programu. Ramy te: zapewniają zrozumienie środowiskowych i/lub behawioralnych uwarunkowań określonego problemu zdrowotnego; opisują potencjalne mechanizmy, za pomocą których można osiągnąć pożądane rezultaty działań profilaktycznych; pomagają w wyborze podejścia lub strategii działania profilaktycznego, które pozwoli uzyskać te rezultaty (Bartholomew i Mullen, 2011).

W profilaktyce funkcjonują teorie etiologiczne (które wyjaśniają przyczyny używania substancji), teorie rozwoju człowieka oraz teorie zachowań człowieka. Stosowane w działaniach profilaktycznych teorie wyjaśniające zachowania koncentrują się na procesach uczenia się nowych zachowań oraz na mechanizmach ich zmiany, szczególnie tych, które niosą ryzyko negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych, jak np. używanie substancji psychoaktywnych.

Naukowe podejście do profilaktyki czerpie z teorii opracowanych w ramach innych dziedzin, takich jak ekonomia behawioralna, neuropsychologia, neurobiologia czy nauka o zachowaniu. Tabela 2 zestawia wybrane teorie, które mają istotny wpływ na profilaktykę oraz są specyficzne dla naukowej wiedzy o profilaktyce.

Tabela 2. Przegląd niektórych teorii wykorzystywanych w profilaktyce

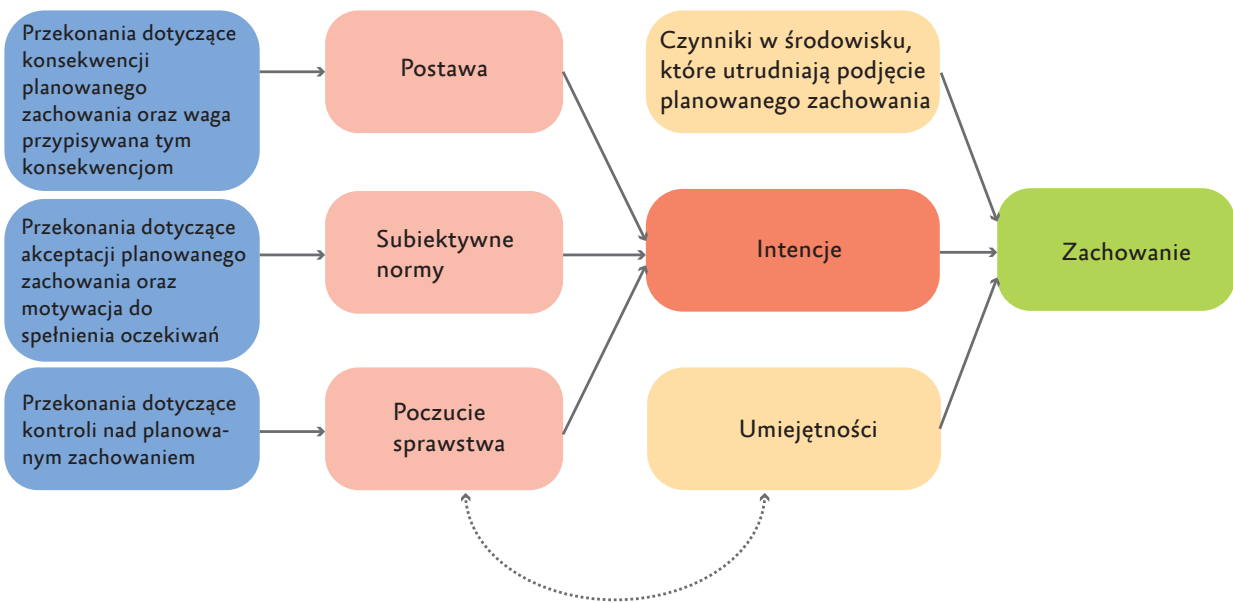
Teorie mające zastosowanie w profilaktyce	
Teoria społecznego uczenia się (Bandury (1977))	Ludzie uczą się zachowań poprzez obserwację, naśladowanie oraz zapamiętanie danego zachowania i wypróbowanie go we własnym działaniu. Zjawisko to zwane jest modelowaniem
Teoria Zachowań Problemowych (Jessor i Jessor, 1977)	Wiele zachowań problemowych ma taki sam bądź wspólny „rdzeń” lub podstawę, która jest wynikiem interakcji cech jednostki i jej środowiska
Ekologiczna Teoria Rozwoju (Bronfenbrenner, 1979)	Zewnętrzne systemy lub kontekst społeczny, w których jednostka funkcjonuje wpływają istotnie na jej zachowanie
Teoria Planowanego Zachowania (Ajzen, 1991)	Postawy i zachowania są powiązane ze sobą, trzy grupy przekonań/postaw kształtują zachowanie: <ul style="list-style-type: none"> • przekonania na temat skutków lub konsekwencji danego zachowania; • przekonania normatywne dotyczące stopnia rozpowszechnienia i społecznej akceptacji danego zachowania; • przekonania dotyczących tego, na ile łatwo bądź trudno będzie podjąć dane zachowanie
Teorie specyficzne dla profilaktyki	
Teoria Triadycznego Wpływu (Flay i Petraitis, 2003)	Trzy rodzaje wpływów przyczyniają się do pojawiania się zachowań ryzykownych: <ul style="list-style-type: none"> • czynniki kulturowe (np. spostrzegana tolerancja dla picia alkoholu przez młodzież w okresie dorastania); • czynniki społeczne lub interpersonalne (np. posiadanie rodziców, którzy używają substancji psychoaktywnych); • czynniki jednostkowe (np. słaba kontrola nad zachowaniami impulsywnymi)
Czynniki ryzyka i czynniki chroniące (Hawkins i wsp., 1992)	Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z używaniem substancji psychoaktywnych dzielą się na czynniki społeczne i kulturowe, które są źródłem prawnych i normatywnych oczekiwań dotyczących zachowania, a także na czynniki wewnętrzne i interpersonalne (rodzina, klasa szkolna i rówieśnicy)
Koncepcja Pozytywnego Rozwoju Młodzieży (Catalano i wsp., 1999)	Istotne jest wzmacnianie prorozwojowych zasobów i wspieranie pozytywnego rozwoju młodych ludzi
Teoria Resilience (Werner i wsp., 1989)	Niektórzy ludzie dobrze się rozwijają, poprawnie funkcjonują i osiągają sukcesy mimo niekorzystnej sytuacji, lub trudnych warunków życiowych i/lub traumatycznych zdarzeń
Teoria Wychowującego Środowiska (Biglan i Hinds, 2009)	Łączy wiele aspektów przytoczonych wyżej teorii, skupiając się na redukcji ryzyka oraz promowaniu procesów <i>resilience</i> i pozytywnych czynników

Znajomość tych teorii, nawet w bardzo pobieżnej formie, pomaga zrozumieć, że konstruowanie skutecznych działań profilaktycznych opiera się na sprawdzonych empirycznie modelach teoretycznych. Jedną z najczęściej wykorzystywanych w profilaktyce jest Teoria Planowanego Zachowania, TPZ (rys. 9). Przykład zamieszczony poniżej pokazuje, w jaki sposób ta teoria może wpływać na opracowanie programu profilaktycznego i jego zawartość merytoryczną. Czynniki uwzględnione w Teorii Planowanego Zachowania obejmują:

- **Postawy wobec zachowania:** przekonania na temat pozytywnych lub negatywnych konsekwencji związanych z planowanym zachowaniem oraz waga przypisywana tym konsekwencjom. Innymi słowy: „Co by się stało, gdybym palił papierosy? Jakie byłyby konsekwencje zdrowotne? Czy będą odczuwalne? Jak wpłynie to na moje życie i na moje najbliższe otoczenie?”.

- **Postrzeżenie konsekwencji** planowanego zachowania i jego akceptacji/nieakceptacji przez znaczące bliskie mi osoby, np.: „Jeśli zacznę palić, co powiedzą na to moi rodzice? Co powiedzą moi przyjaciele?”.
- **Przekonania o tym, jakie umiejętności** mogłyby utrudnić lub ułatwić planowane zachowanie oraz postrzeżenie zdolności kontrolowania tego zachowania, np.: „Czy posiadam umiejętności, żeby odmówić picia alkoholu na imprezie u mojego przyjaciela?”.

Interakcja tych składników kształtuje u jednostki intencję podjęcia planowanego zachowania, takiego jak np. sięgnięcie po substancje psychoaktywne, o ile oczywiście dana osoba ma umiejętności i zasoby umożliwiające podjęcie tego zachowania. Następnym krokiem w zastosowaniu teorii do konstruowania działań profilaktycznych jest opracowanie ich szczegółowych celów.



Rysunek 9. Teoria Planowanego Zachowania (TPZ)

Trudność w konstruowaniu programów opartych na podstawach teoretycznych polega na „przetłumaczeniu” języka teorii na język praktyki. Jak przełożyć zidentyfikowane cele szczegółowe na adekwatne działania profilaktyczne i regulacje prawne? Pomocnym narzędziem w tym procesie jest Model Zmiany Zachowania opracowany przez Susan Michie, Maartje van Stralen i Roberta Westa (2011), który oparto na modelu COM-B (*Capability, Opportunity, Motivation and Behaviour*; Zdolności, Możliwości, Motywacja i Zachowanie).

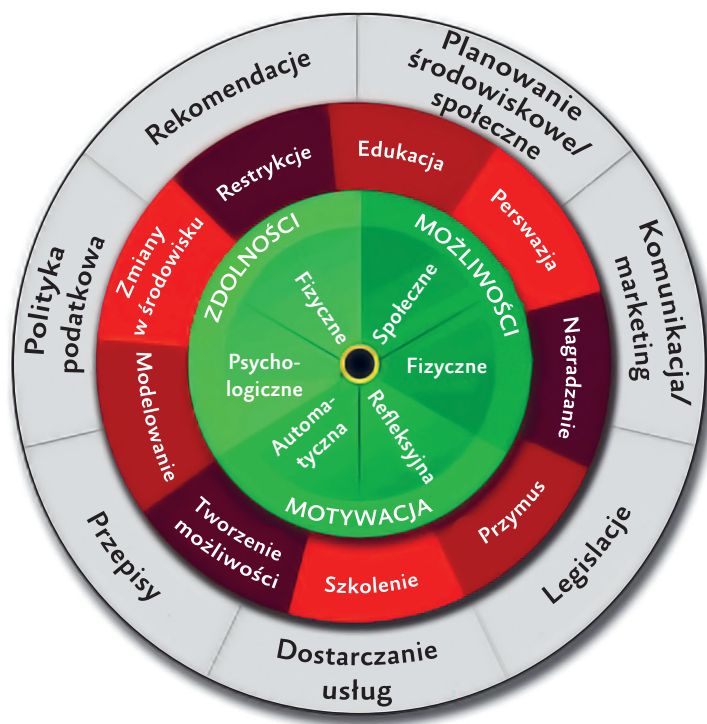
Model COM-B wskazuje na możliwe przyczyny zachowań, które widać w jego wewnętrznym kręgu (rys. 10). Należą do nich zdolności, możliwości i motywacje. Szeroka gama podejść, które można wykorzystać, żeby zmienić zachowanie, została zaprezentowana w dwóch zewnętrznych kręgach. Kręgi te przedstawiają zarówno typy działań profilaktycznych, jak i rodzaje rozwiązań systemowych/politycznych, które wykorzystuje się, aby wpłynąć na ludzkie zachowanie. Chociaż Model Zmiany Zachowania nie pozwala określić, jaką konkretną metodę pracy wybrać, to jednak może być przydatny, żeby ograniczyć zakres poszukiwań i wybrać metody użyteczne i zarazem możliwe do zastosowania w tym konkretnym przypadku. W kręgu zaznaczonym na czerwono podsumowano najskuteczniejsze metody, których celem jest modyfikacja tych trzech głównych determinantów ludzkiego zachowania (zdolności, możliwości i motywacje). Szarym kolorem zaznaczono krąg, w którym wymienia się mechanizmy polityczne i społeczne wspierające działania profilaktyczne.

Przykładowy Program X

Zastosujemy poniższy przykład do programu profilaktycznego realizowanego w szkole, żeby przekonać się, jak teoria może pomóc w opracowaniu kształtu i treści takiego programu. Oto hipotetyczny Program X: szkolny program profilaktyczny oparty na dowodach naukowych. Jakiej charakterystyki należałoby oczekiwać od takiego programu?

Pierwszym obiektem działań profilaktycznych opartych na Teorii Planowanego Zachowania są postawy wobec zachowań ryzykownych i ich konsekwencji, postrzeganie konsekwencji używania substancji psychoaktywnych przez docelową grupę młodzieży oraz przekonania normatywne (przekonania dotyczące tego, jak dalece powszechne jest używanie substancji psychoaktywnych przez rówieśników). Te postawy i przekonania leżą u podstaw podejmowania decyzji dotyczących używania tych substancji, w większości przypadków odwołując młodzież od takich zachowań. Celem programu będzie pomoc nastolatkom w rozwinięciu kompetencji potrzebnych do podtrzymania tej decyzji. Obejmują one umiejętność porozumiewania się oraz odpierania presji, a także inne umiejętności życiowe związane z osiąganiem pozytywnych i prospołecznych celów.

Program X pomaga uczestnikom osiągnąć założone cele poprzez zdobywanie nowych informacji oraz zastosowanie zdobytych kompetencji, w tym umiejętności podejmowania decyzji. Uczestnicy mogą następnie zastosować uzyskaną wiedzę w swoim życiu. Wszystko to można osiągnąć poprzez zajęcia w małych grupach oraz dyskusje grupowe.



Rysunek 10. Model Zmiany Zachowania (Michie, van Stralen, West, 2011)

Programy profilaktyczne powinny jednak iść dalej (niż tylko zwiększyć poczucie własnej skuteczności u uczestników), aby ich uczestnicy mogli skutecznie przeciwstawić się presji skłaniającej do używania substancji psychoaktywnych. W dobrych programach te ambitne cele edukacyjne osiąga się poprzez modelowanie pożądanych zachowań, trening umiejętności, wskazówki praktyczne połączone z udzielaniem informacji zwrotnych oraz stosowaniem wzmocnień pozytywnych (nagród).

Struktura, treść i sposób realizacji

Wyróżnić można trzy istotne aspekty programu profilaktycznego: strukturę, zawartość merytoryczną oraz sposób realizacji. Wszystkie one są określane przez teorię.

Struktura odzwierciedla, w jaki sposób zorganizowane i ułożone są działania profilaktyczne. Na przykład, liczba i czas trwania lekcji przeznaczonych na realizację danego programu (np. Czy Program „X” składa się z 10, 15 czy 20 zajęć? Ile czasu zajmują poszczególne zajęcia – 30 minut, 45 minut? Czy zajęcia będą skumulowane w jednym tygodniu czy realizowane przez kilka tygodni?).

Zawartość merytoryczna odnosi się do celów danego programu profilaktycznego i ma związek z tym, jakie informacje, umiejętności i strategie będą wykorzystywane do osiągnięcia pożądanych rezultatów. Na przykład, trening umiejętności asertywnego odmawiania w sytuacji presji rówieśniczej i wzmacnianie norm

przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych, a także wzmacnianie umiejętności porozumiewania się w rodzinie.

Realizacja wskazuje na to, w jaki sposób działania profilaktyczne mają zostać wdrożone, a także na ile atrakcyjna/angażująca dla grupy docelowej będzie ich realizacja. Na przykład, wykorzystanie interaktywnych strategii uczenia młodzieży i dorosłych, oferowanie programów wzmacniania umiejętności wychowawczych w czasie dogodnym dla rodzin; monitorowanie przebiegu programu w celu zadbania o to, aby kluczowe elementy programu zostały zrealizowane zgodnie z założeniami.

Grupa docelowa

Opierając się na modelu etiologicznym omówionym w pierwszym rozdziale, możliwa jest identyfikacja kilku grup docelowych, w których działania profilaktyczne mogą być skuteczne w modyfikowaniu niepożądanych przekonań i postaw. Niekorzystne przekonania/postawy mogą bowiem prowadzić do używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów. Te działania profilaktyczne odnoszą się nie tylko do jednostek, ale także do mikro- i makrośrodowisk. W kolejnych rozdziałach podręcznika zaprezentowane zostaną działania profilaktyczne adresowane do rodziców, nauczycieli, dzieci i młodzieży, a także realizowane w rodzinach, szkołach i w społeczności lokalnej.

Kiedy przygotowujemy działania profilaktyczne lub rozwiązania prawne, ważne są następujące czynniki:

- **Wiek** jest związany z kompetencjami rozwojowymi, z byciem w grupie ryzyka oraz ze stopniem narażenia na konsekwencje używania substancji psychoaktywnych. Wiek jest również kryterium wyboru konkretnych działań profilaktycznych i powinien być brany pod uwagę przy ich planowaniu. W badaniach skuteczności szkolnej profilaktyki wykazano np., że różne działania są bardziej skuteczne dla różnych grup wiekowych oraz młodych ludzi w różnych etapach rozwojowych. Stopień akceptacji dla danego zachowania w różnych grupach wiekowych może być inny w zależności od społeczeństwa i kultury. Przykładowo, niezależnie od przepisów prawa nakładających ograniczenia wiekowe na zakup towarów, takich jak alkohol, spożywanie alkoholu pod kontrolą dorosłych podczas ważnych uroczystości rodzinnych może być dopuszczalne dla starszych nastolatków, ale niedopuszczalne dla młodszych dzieci.
- **Płeć** może odgrywać rolę czynnika ryzyka, a także być ważna dla miejsca/siedliska, w którym realizowane są dane działania profilaktyczne. Co więcej,

społeczeństwa i kultury mogą mieć inne oczekiwania wobec dziewcząt/kobiet oraz chłopców/mężczyzn, co należy uwzględnić przy projektowaniu działań profilaktycznych. Ważne jest jednak, aby działania te nie wzmacniały niekorzystnych stereotypowych przekonań dotyczących płci, które sprzyjają akceptacji pewnych rodzajów zachowań ryzykownych u chłopców/mężczyzn, ale nie aprobują ich w przypadku dziewcząt/kobiet.

- **Miejsce zamieszkania** jest ważne nie tylko z powodu dostępności do substancji psychoaktywnych, ale także ze względu na to, jakie zasoby i jaki rodzaj wsparcia mogą być tam dostępne.
- **Zasięg** oddziaływań oznacza, do ilu osób lub grup mają dotrzeć dane programy lub rozwiązania legislacyjne.
- Wreszcie, **adresatami** programu profilaktycznego lub regulacji prawnych mogą być populacje o różnym poziomie podatności i narażenia na ryzyko. Aby zidentyfikować grupę docelową i jej specyficzne potrzeby, należy przeprowadzić ocenę potrzeb. Ten temat zostanie omówiony w rozdziale 3.

Rozdział 3

Profilaktyka oparta na dowodach naukowych



EUPC

Niniejszy rozdział zawiera analizę dwóch dokumentów, stanowiących podstawę tego programu szkoleniowego. Pierwszym dokumentem są Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych (UNODC, 2013)¹, które podsumowują aktualną naukową wiedzę na temat tego, co jest, a co nie jest skuteczne w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych. Międzynarodowe Standardy zostały opracowane przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (*United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC*) i Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) we współpracy z naukowcami, specjalistami oraz decydentami z całego świata. Ponadto w rozdziale tym znajdują się informacje na temat europejskich rejestrów programów profilaktycznych opartych na naukowych dowodach, które – zgodnie z zaleceniami UNODC – mogą być pomocne w znalezieniu i wyborze programu odpowiedniego dla lokalnych potrzeb.

Drugim dokumentem są Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) opracowane z inicjatywy EMCDDA. Niniejszy dokument opisuje europejskie podejście do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Inaczej niż Międzynarodowe Standardy UNODC, które koncentrują się na zawartości merytorycznej skutecznych strategii lub programów profilaktycznych, EDPQS koncentruje się na tym, jak planować, tworzyć, wybierać i wdrażać programy profilaktyczne, tak aby zapewnić ich wysoką jakość (EMCDDA, 2013a).

Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych

Międzynarodowe Standardy zostały opracowane w celu zebrania w jednym dokumencie wyników wielu badań

nad profilaktyką oraz identyfikacji kluczowych cech programów profilaktycznych, a także rozwiązań legislacyjnych, które okazały się skuteczne w ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych.

Ideą, która przyświecała powstawaniu Międzynarodowych Standardów, było dostarczenie decydentom argumentów do podejmowania decyzji wspierających przede wszystkim realizację tych programów profilaktycznych czy rozwiązań legislacyjnych, które okazały się skuteczne w rygorystycznych badaniach ewaluacyjnych. Ponadto, Międzynarodowe Standardy oferują *know-how* o profilaktyce z myślą o decydentach, liderach środowisk opiniotwórczych, badaczach oraz innych osobach zainteresowanych, którzy rozumieją znaczenie profilaktyki, aby pomóc im wspólnie zaplanować proces tworzenia skutecznych programów profilaktycznych w ich krajach.

Międzynarodowy Zespół powołany przez UNODC dokonał systematycznego przeglądu szerokiego materiału badawczego – artykułów i badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych, wybierając do dalszych analiz te, które były najbardziej istotne dla profilaktyki. Następnie te doniesienia z badań zostały pogrupowane ze względu na ocenę wiarygodności dowodów określających skuteczność programu profilaktycznego. Do oceny „dowodów skuteczności” została opracowana i wykorzystana następująca skala ich jakości/wiarygodności: „doskonała” (5 gwiazdek), „bardzo dobra” (4 gwiazdki), „dobra” (3 gwiazdki), „odpowiednia” (2 gwiazdki) lub „ograniczona” (1 gwiazdka).

Po zakończeniu tych analiz przejrane programy profilaktyczne oraz rozwiązania legislacyjne zostały podzielone na kategorie za pomocą trzech wymiarów, opisujących:

¹ Drugie uzupełnione wydanie ukazało się w marcu 2018 roku.

- okresy rozwojowe – okres niemowlęcy i przed-szkolny, okres wczesnoszkolny, okres dojrzewania oraz okres wczesnej dorosłości;
- miejsca/siedliska, w których realizowane są pro-gramy profilaktyczne lub których dotyczą regu-lacje prawne – rodzina, szkoła, miejsce pracy lub społeczność lokalna;
- grupy docelowe – profilaktyka uniwersalna, selek-tywna lub wskazująca.

Poniżej przedstawiono krótki opis tych ustaleń odrębnie dla każdego okresu rozwojowego. Wyko-rzystując wiedzę na temat rozwoju człowieka, autorzy Międzynarodowych Standardów uznają, że osoby na różnych etapach rozwoju – np. dzieci w wieku przed-szkolnym, dzieci w wieku wczesnoszkolnym, młodzież w okresie dojrzewania, młodzi dorośli oraz dorośli – mają różne potrzeby, a co za tym idzie, wymagają różnych metod oddziaływań. Ponadto dokument ten uznaje, że programy profilaktyczne oraz regulacje prawne mogą być wdrażane w różnych środowiskach, takich jak: rodzina, szkoła, miejsce pracy lub społeczność lokalna, oraz że mogą być skierowane bezpośrednio zarówno do dzieci/młodzieży/młodych dorosłych, jak i do osób, które mają wpływ na ich życie – rodziców, nauczycieli czy przełożonych. Autorzy Standardów biorą także pod uwagę poziom ryzyka w różnych populacjach i znaczenie dostosowania sposobu działań profilaktycznych do różnych grup docelowych (profilaktyka uniwersalna, selektywna i wskazująca).

Okres niemowlęcy i przedszkolny obejmuje dzieci do 6. roku życia.

Jak można zobaczyć w tabeli 3, trzy typy oddziaływań profilaktycznych okazały się w jakimś stopniu sku-teczne dla tej grupy wiekowej, chociaż jakość dowo-dów skuteczności jest zróżnicowana.

Programy profilaktyczne dla kobiet w ciąży, u któ-rych zdiagnozowano zaburzenia związane z używa-niem substancji psychoaktywnych, mają ograniczone dowody skuteczności. Pozytywne rezultaty dotyczyły działań realizowanych przez przeszkolonych pracowników ochrony zdrowia. Zawartość tych skutecznych oddziaływań obejmowała:

- farmakoterapię i/lub psychoterapię dostosowaną do potrzeb klientki/pacjentki;
- leczenie współwystępujących zaburzeń zdrowia fizycznego i/lub psychicznego;
- trening umiejętności rodzicielskich mający na celu wzmocnienie więzi matka–dziecko i ukształtowa-nie bezpiecznego przywiązania;
- usługi świadczone w ramach zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej nad kobietami w ciąży i „młodymi” matkami.

Dobrymi dowodami skuteczności odznaczają się wizyty domowe pracowników ochrony zdrowia u matek w okresie wczesnego macierzyństwa, które proble-mowo używają substancji psychoaktywnych lub mają zaburzenia związane z używaniem tych substancji. Warunkiem jest to, aby:

- wizyty były realizowane przez pracowników ochrony zdrowia, przeszkolonych do świadczenia tych usług według zalecanej struktury, która obejmuje: regu-larne wizyty u dziecka do 2. roku życia, początkowo co dwa tygodnie, a następnie co miesiąc;
- wizyty obejmowały trening podstawowych umie-jętności rodzicielskich;
- matkom udzielana była pomoc w dbaniu o ich zdro-wie fizyczne i psychiczne, warunki mieszkaniowe, wyżywienie i pracę zawodową, gdy jest taka potrzeba.

Wizyty domowe są rodzajem oddziaływań, które można włączyć do już istniejących programów dla „młodych” matek, a nawet do programów opieki zdro-wotnej dla noworodków lub niemowląt.

Edukacja psychospołeczna skierowana do dzieci w wieku od 2 do 5 lat, które wychowują się w rodzi-nach zagrożonych (profilaktyka selektywna), wykazuje bardzo dobre dowody skuteczności. Działania prowa-dzone w okresie przedszkolnym sprzyjają ograniczeniu używania marihuany w okresie dojrzewania, a także zapobiegają innym zachowaniom ryzykownym, wspie-rają osiągnięcia w nauce szkolnej, dobre przystosowa-nie społeczne i zdrowie psychiczne. Kluczowe aspekty tych działań to:

- obowiązkowe szkolenia dla nauczycieli lub innych pracowników przedszkoli do prowadzenia tego typu edukacji;

Tabela 3. Oparte na dowodach programy/działania profilaktyczne w okresie niemowlęcym i przedszkolnym

Działania profilaktyczne	Poziom ryzyka/ profilaktyki	Jakość /wiarygodność dowodów
Programy adresowane do kobiet w ciąży, u których występują zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych	Selektywna Grupy ryzyka	* Ograniczona
Wizyty domowe u kobiet w ciąży i matek z dziećmi w wieku niemowlęcym	Selektywna Grupy ryzyka	*** Dobra
Edukacja przedszkolna nastawiona na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych przeznaczona dla dzieci z rodzin zagrożonych	Selektywna Grupy ryzyka	**** Bardzo dobra

- uczenie dzieci przedszkolnych odpowiednich umiejętności poznawczych, społecznych i językowych, a także przygotowanie ich do roli ucznia oraz wyzwań edukacyjnych i społecznych w szkole;
- intensywny (codziennie zajęcia) i długoterminowy charakter zajęć edukacyjnych.
- zaangażowania rodziców w naukę i edukację dzieci;
- bycia modelem do naśladowania dla dzieci.

Programy rozwoju umiejętności rodziców, które osiągały pozytywne rezultaty, zawierały różnorodne interaktywne zajęcia sprzyjające zaangażowaniu zarówno rodziców, jak i dzieci. Podobnie jak w przypadku innych opartych na dowodach programów profilaktycznych, które dotychczas omówiono, wszyscy realizatorzy programów dla rodziców musieli ukończyć odpowiednie szkolenie.

Programy rozwijania umiejętności rodziców, których rezultaty były nieistotne bądź negatywne, skupiały się wyłącznie na dziecku, a ich podstawową formą realizacji były wykłady. Stwierdzono również, że programy, które zawierały jedynie przekazywanie rodzicom lub opiekunom informacji na temat substancji psychoaktywnych, lub takie, w których podważano autorytet rodziców, nie przyniosły żadnych pozytywnych rezultatów bądź miały negatywne skutki.

Programy rozwoju umiejętności psychospołecznych uczniów przeprowadza się na ogół w szkołach. Dowody na ich skuteczność są dobre. Programy umożliwiają dzieciom uczenie się umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach, które pojawiają się w codziennym życiu, wspierają rozwój ogólnych umiejętności społecznych oraz podejmują tematy związane z przekonaniami normatywnymi oraz postawami wobec substancji psychoaktywnych i ich używania.

Takie programy:

- realizowane są przez przeszkolonych nauczycieli, którzy stosują interaktywne metody edukacji;
- koncentrują się przede wszystkim na rozwijaniu umiejętności, w szczególności na umiejętnościach radzenia sobie z różnymi trudnościami oraz innych umiejętnościach psychospołecznych;
- przeprowadzane są na ogół w pierwszych latach szkolnych i aktywnie angażują uczniów;
- składają się z kilku cykli zajęć;
- wzmacniają kompetencje nauczycieli w zakresie kierowania klasą oraz wspierają socjalizację dzieci, aby z powodzeniem mogli pełnić rolę uczniów.

Okres wczesnoszkolny, obejmujący dzieci w wieku od 6. do 10. roku życia.

Działania profilaktyczne dla tej grupy wiekowej, wymienione w tabeli 4, mają zróżnicowaną jakość dowodów skuteczności, od „odpowiedniej” do „bardzo dobrej”. Trzy rodzaje programów są skierowane do ogólnej populacji dzieci w wieku wczesnoszkolnym, w tym jeden ma także zastosowanie w grupie podwyższonego ryzyka (profilaktyka selektywna). Polityka przeciwdziałania przedwczesnemu kończeniu nauki w szkole skupia się głównie na dzieciach zagrożonych niepowodzeniami szkolnymi (profilaktyka selektywna).

Programy przeznaczone dla rodziców ukierunkowane są na zapewnienie im wsparcia oraz poprawę ich umiejętności rodzicielskich. Działania te potwierdziły swoją skuteczność zarówno w ogólnej populacji dzieci (profilaktyka uniwersalna), jak i wśród dzieci zagrożonych (profilaktyka selektywna). Istnieją bardzo istotne przesłanki wynikające z wiedzy z psychologii rozwojowej, które wskazują, że w tym właśnie okresie rozwoju dzieci duże znaczenie mają umiejętności rodzicielskie. Zawartość merytoryczna, która wiązała się z pozytywnymi rezultatami programów rozwijania umiejętności rodzicielskich, skupiała się na wzmacnianiu więzi rodzinnych oraz doskonaleniu umiejętności rodziców/opiekunów w zakresie:

- wspierającego wychowywania dzieci; ustanawiania reguł poprawnego/niepoprawnego zachowania;
- monitorowania czasu wolnego i kontaktów towarzyskich;
- pozytywnej i odpowiedniej dla tego okresu rozwojowego dyscypliny;

Tabela 4. Oparte na dowodach programy/działania profilaktyczne w okresie wczesnoszkolnym

Działania profilaktyczne	Poziom ryzyka/profilaktyki	Jakość /wiarygodność dowodów
Programy rozwijania umiejętności wychowawczych rodziców	Uniwersalna i selektywna Populacja ogólna i grupy ryzyka	**** Bardzo dobra
Programy rozwijania umiejętności psychospołecznych uczniów	Uniwersalna Populacja generalna	*** Dobra
Programy poprawy klimatu społecznego w klasie szkolnej	Uniwersalna Populacja generalna	*** Dobra
Polityka przeciwdziałania przedwczesnemu kończeniu nauki w szkole	Selektywna Grupy ryzyka	** Odpowiednia

Ważne są również strategie wspierania pozytywnego klimatu/kultury szkoły, które poprawiają funkcjonowanie szkolne uczniów oraz wzmacniają ich więzi ze szkołą i nauczycielami. Te działania przyczyniają się do poprawy zarówno szkolnego, jak i społeczno-emocjonalnego funkcjonowania dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Profilaktyka szkolna zostanie szczegółowo omówiona w dalszej części tego podręcznika.

Okres adolescencji obejmuje czas od 11. do 18. roku życia. Jest to okres wielu wyzwań, jako że mózg dorastającego człowieka rozwija się w kontekście dynamicznych procesów hormonalnych/biologicznych. Należy jednak wziąć pod uwagę, że rozwój wielu funkcji mózgu kontynuowany jest po okresie adolescencji. Fakt ten podkreśla znaczenie oddziaływań profilaktycznych także po ukończeniu 18. roku życia.

Istnieje wiele badań oceniających skuteczność oddziaływań profilaktycznych przeznaczonych dla młodzieży w okresie adolescencji (tab. 5). Omówione wcześniej programy rozwijania umiejętności rodziców są adekwatne także w tym okresie życia młodzieży. Dotyczy to również programów rozwijania umiejętności psychospołecznych uczniów oraz strategii kształtowania kultury szkoły, która sprzyja zdrowiu i bezpieczeństwu. W przypadku dorastającej młodzieży z grup ryzyka odpowiednią skutecznością odznaczają się programy, które zapewniają indywidualne podejście do młodego człowieka, np. programy wspierania młodzieży z udziałem przeszkolonych wolontariuszy (indywidualny mentoring) i programy zwiększania osobistych kompetencji u młodych ludzi podatnych na zachowania ryzykowne.

Programy rozwijania umiejętności rodziców koncentrują się na umiejętnościach efektywnego radzenia sobie z zadaniami rodzicielskimi wobec dzieci w okresie dojrzewania i obejmują:

- wzmacnianie więzi rodzinnych i umiejętności wychowawczych rodziców, szczególnie w zakresie ustalania zasad, monitorowania czasu wolnego i kontaktów towarzyskich nastolatka oraz stałego angażowania się w edukację dziecka;
- interaktywne sesje grupowe. Ważne jest, aby w tych zajęciach wykorzystywane były materiały, sytuacje i problemy istotne dla dzieci w okresie dojrzewania. Istotna jest też dobra organizacja zajęć i dobra komunikacja przeszkolonych realizatorów z rodzicami w celu zapewnienia pełnego ich uczestnictwa. Programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności psychospołecznych uczniów są również bardzo odpowiednie dla tej grupy wiekowej. W ramach tych programów:
 - kształtowana jest umiejętność radzenia sobie ze społeczną presją dotyczącą używania substancji, w tym z namowami rówieśników, oraz wzmacniane są zdolności konstruktywnego radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi;
 - przekazywane są treści dotyczące substancji psychoaktywnych, które odnoszą się do spostrzegania ryzyka lub szkód związanych z używaniem tych substancji, z naciskiem na konsekwencje, które mogą przydarzyć się młodym ludziom w okresie dojrzewania;
 - korygowane są błędne przekonania na temat normatywnego charakteru używania substancji psychoaktywnych, jakie podziela wielu młodych ludzi. Nastolatkom mają tendencję do błędnego (zawyżonego) spostrzegania liczby rówieśników, którzy, ich zdaniem, palą, piją lub używają narkotyków;
 - przekazywane są dokładne informacje, które mają pomóc nastolatkom dokonać właściwego bilansu spostrzeganego zagrożenia związanego z sięganiem po substancje psychoaktywne i oczekiwanych korzyści ich używania;

Tabela 5. Oparte na dowodach programy/działania profilaktyczne w okresie adolescencji

Działania profilaktyczne	Poziom ryzyka/profilaktyki	Jakość /wiarygodność dowodów
Programy rozwijania umiejętności wychowawczych rodziców	Uniwersalna i selektywna Populacja ogólna i grupy ryzyka	**** Bardzo dobra
Programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności psychospołecznych uczniów	Uniwersalna i selektywna Populacja generalna i grupy ryzyka	*** Dobra
Kształtowanie kultury szkoły sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu	Uniwersalna Populacja generalna	** Odpowiednia
Zwiększanie osobistych kompetencji osób podatnych na zachowania ryzykowne	Wskazująca Osoby zagrożone	** Odpowiednia
Mentoring	Wskazująca Osoby zagrożone	** Odpowiednia

- stosowane są metody, które opierają się na aktywnym udziale młodzieży w działaniach profilaktycznych, co z kolei wymaga odpowiednio przeszkolonych nauczycieli lub innych realizatorów będących dla młodzieży raczej przewodnikami niż wykładowcami.

Szkolne regulaminy i zasady są innymi instrumentami działań profilaktycznych w szkole. W szczególności ważne są te regulacje, które odnoszą się do zakazu używania substancji psychoaktywnych oraz do przypadków naruszania tych zasad. Dobrze zaprojektowane regulacje mogą również stworzyć bardziej uporządkowane środowisko, w którym uczniowie czują się bezpiecznie i mogą się prawidłowo rozwijać. Skuteczność tego typu regulacji w zakresie ograniczania używania substancji psychoaktywnych wśród uczniów i pracowników szkół została potwierdzona w badaniach.

Dla nastolatków podatnych na używanie substancji psychoaktywnych, czyli takich, którzy charakteryzują się silną potrzebą doznań, impulsywnością, zaburzeniami lękowymi lub poczuciem bezradności, adekwatne jest indywidualne poradnictwo psychologiczne i/lub krótkie interwencje profilaktyczne. Młodzież z takimi trudnościami może mieć problemy w szkole, w relacjach z rodzicami lub z rówieśnikami. Ogólnie rzecz biorąc, młodzież mająca tego typu trudności powinna być:

- identyfikowana przez przeszkolonych profesjonalistów za pomocą sprawdzonych narzędzi przesiewowych;
- kierowana do programów krótkiej interwencji składających się z 2–5 sesji, gdzie pracuje się nad poprawą umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami i własnymi ograniczeniami.

Ewaluacja programów mentorskich, szczególnie dla młodzieży z grup wysokiego ryzyka zachowań problemowych, nie przyniosła jak dotąd mocnych dowodów skuteczności. Jednak przegląd literatury wskazuje na to, że wyszkoleni mentorzy wyposażeni w uporządkowany program działań mogą uzyskać pozytywne rezultaty. Ogólnie rzecz biorąc, mentoring polega na regularnym i długookresowym wspieraniu młodego człowieka z grupy ryzyka przez odpowiednio dobranego dorosłego mentora.

Okres wczesnej dorosłości, obejmujący młodych dorosłych powyżej 18. roku życia.

Polityka ograniczania dostępności do alkoholu i wyrobów tytoniowych ma doskonałe dowody skuteczności

(tab. 6). Ponieważ używanie tytoniu i picie alkoholu jest znacznie bardziej rozpowszechnione niż używanie narkotyków, a związane z tym obciążenia społeczne i zdrowotne są większe, opóźnianie inicjacji stosowania tych substancji wśród młodzieży może mieć znaczący wpływ na stan zdrowia publicznego.

- Oparta na dowodach polityka alkoholowa i nikotynowa polega na ograniczaniu dostępu do tych substancji dla dzieci i niepełnoletnich nastolatków oraz na zmniejszaniu dostępności do produktów przemysłu alkoholowego i tytoniowego.
- Skutecznymi instrumentami tej polityki jest podwyższenie wieku uprawniającego do zakupu alkoholu i tytoniu oraz podniesienie ceny tych produktów przez zwiększanie podatku akcyzowego.
- Skuteczny okazał się również całkowity zakaz reklamy wyrobów tytoniowych oraz ograniczenia w reklamowaniu produktów alkoholowych adresowanych do młodych ludzi.
- Ważną częścią skutecznej polityki alkoholowej i nikotynowej jest aktywne egzekwowanie powyższych regulacji prawnych oraz angażowanie sprzedawców alkoholu i wyrobów tytoniowych w działania profilaktyczne za pośrednictwem programów edukacyjnych i szkoleniowych.

W tabeli 7 wymienione są inne działania profilaktyczne, dla których uzyskano dowody skuteczności. Jakość tych dowodów zostanie przedyskutowana w dalszej części tego podręcznika.

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) zostały opracowane po to, aby ulepszyć proces tworzenia programów profilaktycznych oraz przygotowywania odpowiednich regulacji prawnych. Jednocześnie ich celem jest ograniczanie działań profilaktycznych, o których wiadomo, że są nieskuteczne lub źle zaadresowane. Europejskie Standardy mają wspierać udział profesjonalnych organizacji i kompetentnych specjalistów we wdrażaniu działań profilaktycznych dostosowanych do potrzeb odbiorców. Standardy te mają również na celu wspieranie pożądaných zmian w kulturze zawodowej

Tabela 6. Oparte na dowodach programy/działania profilaktyczne w okresie wczesnej dorosłości

Działania profilaktyczne	Poziom ryzyka/profilaktyki	Jakość /wiarygodność dowodów
Polityka ograniczania dostępu do alkoholu i wyrobów tytoniowych	Uniwersalna Populacja generalna	***** Doskonała

Tabela 7. Oparte na dowodach programy/działania profilaktyczne w różnych siedliskach/środowiskach

Działania profilaktyczne	Poziom ryzyka/profilaktyki	Jakość/wiarygodność dowodów
Wielosektorowe działania w społeczności lokalnej	Uniwersalna i selektywna Populacja generalna i grupy ryzyka	*** Dobra
Kampanie medialne	Uniwersalna Populacja generalna	* Ograniczona
Profilaktyka w miejscu pracy	Uniwersalna, selektywna i wskazująca Wszystkie grupy	*** Dobra
Minimalizowanie szkód w miejscach zabawy i rekreacji	Uniwersalna Populacja generalna	* Ograniczona
Krótkie interwencje	Wskazująca Osoby zagrożone	**** Bardzo dobra

specjalistów zajmujących się profilaktyką używania substancji psychoaktywnych, w kierunku podejścia opartego na naukowych dowodach.

Europejskie standardy opisują sekwencję działań złożoną z ośmiu kroków, których celem jest opracowanie, wdrożenie i ewaluacja programu profilaktycznego (od kroku nr 1 – ocena potrzeb do kroku nr 8 – upowszechnienie i ulepszenie; zob. rys. 11). Choć Standardy EDPQS sugerują z góry założoną sekwencję działań, to w praktyce niektóre etapy pracy nad programem profilaktycznym mogą być wykonane w innym porządku (wcześniej lub później), a niektóre kroki mogą w ogóle nie mieć zastosowania. Poniższy opis sekwencji działań zmierzających do stworzenia skutecznego programu opiera się na krótkim przewodniku do Europejskich Standardów (EMCDDA, 2013a).

Europejskie Standardy opisują ponadto zadania przekrojowe, które nie dotyczą tylko jednego kroku, ale całego procesu przygotowania i wdrożenia programu profilaktycznego. Są to opisane poniżej następujące cztery zadania: (1) zapewnienie trwałości i finansowania, (2) współpraca z partnerami, (3) rozwój kadry realizatorów i (4) ochrona praw uczestników działań profilaktycznych.

A: Trwałość działań i finansowanie

Programy profilaktyczne powinny być osadzone w szerszych ramach działań związanych z przeciwdziałaniem używaniu substancji psychoaktywnych. W miarę możliwości należy zapewnić im długoterminową realizację. W idealnych warunkach, jeśli jest to właściwe, programy profilaktyczne powinny być kontynuowane



Rysunek 11. Cykl działań związanych z przygotowaniem i ewaluacją programu profilaktycznego według EDPQS (źródło: Brotherhood, Sumnall i Europejskie Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce, 2013)

po ich początkowym wdrożeniu i/lub po zakończeniu zewnętrznego finansowania (np. w ramach grantu lub projektu). Jednak ich nieprzerwana realizacja zależy nie tylko od stałego finansowania, ale także od trwałego zaangażowania kadry realizatorów i innych osób odpowiedzialnych za organizację i/lub zadania publiczne z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Niektóre indywidualne programy profilaktyczne mogą być ograniczone czasowo, podczas gdy inne mogą stanowić część długofalowej strategii profilaktycznej, w której długi czas trwania jest istotnym czynnikiem.

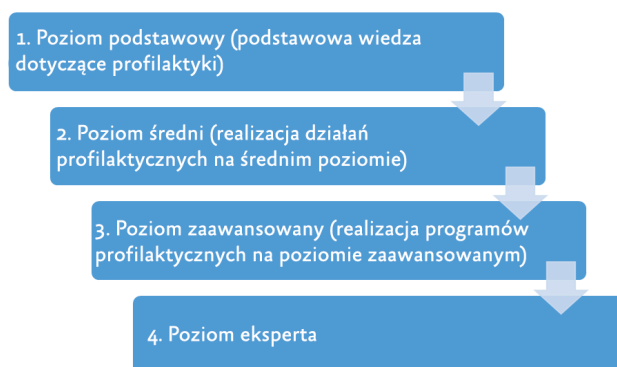
B: Współpraca z partnerami

Partnerami są osoby, grupy i organizacje, które są żywotnie zainteresowane rezultatami działań profilaktycznych i/lub których działania te bezpośrednio lub pośrednio dotyczą. Należą do nich: grupa docelowa programu, szkoła, społeczność lokalna, podmioty finansujące i inne organizacje działające na rzecz profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Partnerzy powinni się kontaktować i uczestniczyć w planowaniu programów profilaktycznych i/lub regulacji prawnych w celu koordynowania wysiłków, dzielenia się doświadczeniami, uzgodnienia wspólnego planu i budżetu.

C: Rozwój kadry realizatorów

To zadanie opiera się na trzech filarach: szkoleniu realizatorów; ciągłości ich rozwoju; oraz wspieraniu zawodowym i emocjonalnym. Potrzeby szkoleniowe kadry realizatorów należy ocenić przed wdrożeniem programu. Realizatorzy powinni zostać przeszkoleni w celu zapewnienia wysokich standardów realizacji programu profilaktycznego. Stały rozwój zawodowy jest sposobem nagradzania i utrzymywania grupy realizatorów oraz sposobem aktualizacji ich wiedzy i podnoszenia umiejętności. Podczas wdrażania programów profilaktycznych ważne jest, aby realizatorzy mogli zgłaszać swoje uwagi i refleksje dotyczące programu oraz aby mogli poprawiać swój warsztat pracy.

Dobre przygotowanie kadry ma znaczący wpływ na jakość działań profilaktycznych i jest ściśle powiązane z otrzymanym przygotowaniem szkoleniowym. Niestety, w wielu krajach europejskich kształcenie specjalistów/realizatorów profilaktyki nie jest usystematyzowane. Charvat, Jurystova i Miovsky (2012) zaproponowali następujące cztery poziomy kwalifikacji obowiązujące realizatorów profilaktyki zachowań ryzykownych w systemie szkolnym (rys. 12). Z jednej strony jest to próba standaryzacji i określenia stopni wymagań szkoleniowych w zakresie profilaktyki, a z drugiej próba określenia, jakiego rodzaju umiejętności można oczekiwać od specjalistów na poziomie podstawowym, średnim, zaawansowanym i eksperckim:



Rysunek 12. Poziomy szkolenia i edukacji (Charvat, Juystova & Miovsky, 2012)

Tak więc, przykładowo, nauczyciel realizujący niezbyt wymagający program profilaktyczny lub zajęcia edukacyjne mógłby mieć jedynie podstawowy poziomu przygotowania. Natomiast specjalista, który byłby odpowiedzialny za badania przesiewowe uczniów oraz prowadzenie interwencji profilaktycznej wśród nastolatków podatnych na rozwój zachowań ryzykownych czy innych problemów, miałby wykazać się zaawansowanym poziomem kompetencji profilaktycznych. Europejski Program Profilaktyki (EUPC), a także cały projekt UPC-Adapt to kolejna próba ulepszenia i standaryzacji kształcenia specjalistów w całej Europie.

D: Ochrona praw uczestników działań profilaktycznych

Działania z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych mają realny wpływ na życie ludzi, zwłaszcza osób młodych, ponieważ to one stanowią typową grupę docelową profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Młodzi ludzie objęci działaniami z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej to osoby, które na tle całego społeczeństwa są najbardziej podatne na rozwój problemów społecznych i zdrowotnych. Specjaliści zajmujący się profilaktyką nie powinni jednak zakładać, że te działania są z definicji etyczne i korzystne dla ich odbiorców. Chociaż nie zawsze możliwe jest spełnienie wszystkich zasad etyki, troska o przestrzeganie tych zasad musi być widoczna na każdym etapie przygotowania i wdrażania programu profilaktycznego. W związku z tym niezbędne w działaniach profilaktycznych jest stosowanie procedur ochrony praw uczestników, a także procedur oceny i zmniejszania potencjalnego ryzyka ich naruszenia.

A teraz przechodzimy do poszczególnych kroków w sekwencji działań zmierzających do opracowania, wdrożenia i ewaluacji programu profilaktycznego.

Krok 1: Ocena potrzeb

Zanim program profilaktyczny zostanie szczegółowo zaplanowany, ważne jest przeanalizowanie natury

i zakresu potrzeb profilaktycznych związanych z problemem używania substancji psychoaktywnych, a także możliwych przyczyn i czynników wpływających na te potrzeby. Ich ocena gwarantuje, że programy profilaktyczne będą pożądane, będą odpowiadały na rzeczywiste potrzeby oraz będą adresowane do właściwej grupy lub grup docelowych. Wyróżnia się cztery rodzaje potrzeb: (1) wynikające z zaleceń polityki społecznej, przepisów i regulacji; (2) danej społeczności lokalnej (potrzeby ogólne); (3) wynikające z niedostatków istniejącej oferty profilaktycznej; oraz (4) populacji docelowej (potrzeby specyficzne).

1.1 Znajomość priorytetów polityki społecznej i przepisów związanych z problematyką używania substancji psychoaktywnych. Polityka społeczna i przepisy prawne regulujące rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych powinny być podstawą działań profilaktycznych. Zespół specjalistów/realizatorów musi znać i pracować w zgodzie z bieżącą polityką społeczną i adekwatnymi przepisami, które obowiązują na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i/lub międzynarodowym. Tam, gdzie działania profilaktyczne są odpowiedzią na potrzeby, które nie są aktualnymi priorytetami lokalnej polityki społecznej, powinny wpisywać się w szerszy kontekst profilaktyki używania substancji psychoaktywnych określony w strategiach krajowych lub międzynarodowych. Inne zalecenia, takie jak obowiązujące standardy lub rekomendacje dotyczące profilaktyki, również powinny być wzięte pod uwagę jako podstawa działań profilaktycznych.

1.2 Badanie używania substancji psychoaktywnych oraz potrzeb społeczności. Drugim elementem jest ocena zjawiska używania substancji psychoaktywnych zarówno w populacji ogólnej, jak i w specyficznych podgrupach. Nie należy planować działań profilaktycznych na podstawie własnych przypuszczeń lub ideologii. Programy profilaktyczne i regulacje prawne muszą być oparte na empirycznej ocenie potrzeb osób lub społeczności, których mają dotyczyć. W ocenie zjawiska powinny być również wzięte pod uwagę inne, powiązane z używaniem substancji problemy, takie jak niezaspokajanie istotnych potrzeb i nierówności społeczne.

1.3 Charakterystyka potrzeb jako uzasadnianie programu. Aby uzasadnić potrzebę oddziaływań profilaktycznych, należy wyniki badania tych potrzeb udokumentować i osadzić w kontekście priorytetów danej społeczności. Uzasadnienie to powinno uwzględniać punkt widzenia danej społeczności, aby działania profilaktyczne były dla nich istotne. Koncentrowanie się na „potrzebach”, a nie na „problemach” może pomóc zaangażować partnerów, bez stygmatyzowania kogokolwiek.

Na tym etapie oceny potrzeb analizuje się również realizowane dotąd programy i regulacje prawne, aby zrozumieć, w jaki sposób planowane działania mogą uzupełnić obecną strukturę działań profilaktycznych.

1.4 Zrozumienie potrzeb populacji/grupy docelowej. Dalsza ocena potrzeb wymaga gromadzenia szczegółowych danych na temat populacji/grupy docelowej, takich jak informacje o czynnikach ryzyka i chroniących, wzorach zachowania osób z tej grupy oraz ich życiu codziennym. Dobre zrozumienie populacji/grupy docelowej i realiów, w których funkcjonuje, jest warunkiem wstępnym dla zgodnej z zasadami etyki, skutecznej i efektywnej kosztowo profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. W uzasadnionych przypadkach, oprócz populacji/grupy docelowej (np. młodzieży zagrożonej używaniem substancji), dodatkowo mogą wymagać oceny i zrozumienia potrzeby pośredniej grupy docelowej (np. rodziców czy nauczycieli).

Krok 2: Badanie zasobów

Programy profilaktyczne zależą nie tylko od potrzeb populacji docelowej, ale również od zasobów dostępnych dla wsparcia tych działań. Podczas gdy ocena potrzeb (zob. Krok 1: Ocena potrzeb) wskazuje, co chcemy osiągnąć poprzez realizację programu profilaktycznego lub poprzez regulacje prawne, badanie zasobów dostarcza ważnych informacji na temat tego, czy i jak można osiągnąć te cele.

2.1 Badanie populacji docelowej i zasobów danej społeczności. Wprowadzenie do praktyki programu profilaktycznego lub nowych przepisów może się udać, jeśli populacja docelowa, społeczność i partnerzy potrzebni do realizacji są gotowi do zaangażowania się w te działania (np. są zdolni i chętni do wzięcia udziału lub wspierania realizacji). Wszyscy oni mogą również dysponować zasobami, które można wykorzystać w ramach tych oddziaływań (np. chęć współpracy, umiejętności). Standardy odnoszące się do tej części tworzenia programu profilaktycznego wskazują na wymóg oszacowania z jednej strony potencjalnych źródeł oporu, a z drugiej źródeł wsparcia dla podejmowanych działań profilaktycznych, a także zasobów koniecznych do realizacji tych działań, którymi dysponują partnerzy.

2.2 Badanie potencjału. Analiza wewnętrznych zasobów i potencjałów jest ważnym elementem, ponieważ działania profilaktyczne będą możliwe tylko pod warunkiem ich zgodności z dostępnymi zasobami ludzkimi, finansowymi oraz innymi. Ten krok podejmowany jest przed realizacją programu profilaktycznego lub przyjmowaniem nowych przepisów, aby zorientować się, jakie działania są możliwe do przeprowadzenia. Celem

tej analizy jest uzyskanie informacji niezbędnych do zaplanowania oddziaływań. To nie musi być badanie „formalne” prowadzone przez zewnętrzną organizację, ale przykładowo, może polegać na nieformalnej dyskusji między członkami zespołu w celu zidentyfikowania mocnych i słabych stron organizacyjnych oraz dostępnych zasobów.

Krok 3: Sformułowanie programu

Sformułowanie programu lub nowego przepisu wymaga naszkicowania jego/jej treści i struktury oraz innych kluczowych elementów niezbędnych do dalszego szczegółowego, spójnego i realistycznego planowania. Kluczowe elementy planowanych działań profilaktycznych powinny być jasno określone na podstawie wyników badania potrzeb populacji/grupy docelowej i dostępnych zasobów.

3.1 Określenie populacji docelowej. Dobry wybór i zdefiniowanie populacji docelowej gwarantuje, że program profilaktyczny będzie skierowany do właściwych osób. Populacja docelowa może składać się z osób, grup, gospodarstw domowych, organizacji, społeczności, siedlisk i/lub innych jednostek, jeśli są one możliwe do zidentyfikowania i jasno określone. Grupa docelowa powinna być konkretna i odpowiednia dla zakresu planowanego programu lub nowych regulacji. Przykładowo, ważną kwestią jest to, czy pozyskanie do programu osób z populacji docelowej jest realne w ramach planowanego sposobu rekrutacji.

3.2 Wykorzystanie modelu teoretycznego. Zastosowanie adekwatnego modelu teoretycznego zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia celów programu profilaktycznego lub interwencji profilaktycznej. Model teoretyczny pomaga zidentyfikować odpowiednie mediatory (czynniki pośredniczące) zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, takie jak intencje i przekonania, które wpływają na te zachowania. Pomaga także określić możliwe do osiągnięcia cele pośrednie. Wszystkie programy profilaktyczne powinny opierać się na uznanych modelach teoretycznych, szczególnie kiedy konstruujemy nowe programy.

3.3 Określenie celów strategicznych, głównych i pośrednich. Bez jasno określonych celów, w tym: celu strategicznego, celu głównego i celów pośrednich istnieje poważne ryzyko, że działania profilaktyczne będą podejmowane dla samych działań, zamiast służyć populacji docelowej. Europejskie Standardy wykorzystują trójpoziomą strukturę powiązanych ze sobą celów. Cele strategiczne opisują kierunek działań, ogólną ideę, przeznaczenie lub intencję w planie długoterminowym.

Nie muszą, choć mogą, być osiągnięte w ramach konkretnych działań, ale określają ich strategiczny kierunek. Cele główne jednoznacznie określają rezultat końcowy działań, czyli zmiany zachowania lub zachowań, jakich oczekuje się u uczestników po zakończeniu programu. Cele pośrednie opisują bezpośrednie lub pośrednie zmiany w intencjach, przekonaniach lub postawach uczestników, niezbędne do osiągnięcia celu głównego.

3.4 Określenie środowiska realizacji. Przez środowisko realizacji programu profilaktycznego rozumie się środowisko społeczne i/lub fizyczne, w którym działania te są realizowane, takie jak: rodzina, szkoła, miejsce pracy, klub nocny lub cała społeczność. Ocena potrzeb może wykazać, że wskazane jest zaplanowanie działań adresowanych do jednego lub więcej środowisk. Jednak przy decyzji o wyborze środowiska lub środowisk należy wziąć pod uwagę również względy praktyczne (np. łatwość dostępu czy niezbędny poziom współpracy). Jasna charakterystyka danego środowiska realizacji programu profilaktycznego jest niezbędna, aby inni mogli zrozumieć, gdzie i w jaki sposób jest on realizowany.

3.5 Odwoływanie się do dowodów skuteczności. Kiedy planujemy programy profilaktyczne ważne jest, aby uwzględniać i wykorzystywać wiedzę na temat tego, co jest skuteczne w profilaktyce. W tym celu należy zapoznać się z istniejącymi dowodami naukowymi na temat działań profilaktycznych oraz wziąć pod uwagę te wyniki, które mają odniesienie do planowanych oddziaływań. Jak wspomniano wcześniej, dobrym źródłem wiedzy na temat skutecznych programów i strategii profilaktycznych są Międzynarodowe Standardy UNODC oraz Portal Dobrych Praktyk EMCDDA². Dowody naukowe muszą być zintegrowane z doświadczeniem zawodowym praktyków, tak aby można było zaprojektować działania profilaktyczne dopasowane do konkretnego kontekstu społecznego. W obszarach działalności, dla których dowody skuteczności nie są dostępne, można posłużyć się doświadczeniem praktyków i wiedzą partnerów. W takich przypadkach należy jednak starannie rozważyć ograniczenia tych źródeł wiedzy (np. brak podstaw do uogólniania takiej wiedzy) i ich mniejszą wartość w porównaniu z mocnymi dowodami z badań naukowych.

3.6 Ustalanie harmonogramu. Realistyczny harmonogram działań jest kluczowy dla planowania i wdrażania programów oraz nowych regulacji dotyczących profilaktyki. Przedstawia planowany wykaz zadań i terminy ich realizacji, tak aby zespół realizatorów mógł sprawnie prowadzić i koordynować działania.

² <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

Harmonogram może być aktualizowany podczas realizacji programu profilaktycznego, aby uwzględnić jego rzeczywisty rozwój.

Krok 4: Projektowanie działań profilaktycznych

Europejskie Standardy zarówno pomagają w opracowywaniu nowych, jak i są pomocne w wyborze i adaptacji istniejących już programów profilaktycznych. Zachęcają także do uwzględnienia wymogów ewaluacji w schemacie projektowania programu profilaktycznego.

4.1 Projektowanie pod kątem jakości i skuteczności.

Po naszkicowaniu kluczowych elementów programu profilaktycznego, określane są jego szczegółowe treści i metodyka. Istotnym warunkiem osiągnięcia wyznaczonych celów jest planowanie działań opartych na dowodach w taki sposób, aby były one angażujące, interesujące i znaczące dla ich uczestników. Tam, gdzie to jest możliwe, program profilaktyczny powinien być zaprojektowany jako logiczny ciąg działań, który odzwierciedla rozwój uczestników w trakcie udziału w programie. Zapoznanie się z dotychczasowo realizowanymi programami i wprowadzaniem regulacjami prawnymi w zakresie profilaktyki, może być pomocne w uniknięciu nieskutecznych lub szkodliwych działań. Dobrym źródłem wiedzy na temat skutecznych programów i strategii profilaktycznych są Międzynarodowe Standardy UNODC oraz Portal Dobrych Praktyki EMCDDA.

4.2 Przegląd istniejących programów. Przed opracowaniem nowego programu profilaktycznego należy sprawdzić, czy nie istnieją podobne programy realizowane przez praktyków i/lub opisane w formie podręcznika. Należy rozważyć np. czy istniejące programy pasują do sytuacji i kontekstu planowanych działań oraz (w przypadku programów odpłatnych) czy stać nas na zapłacenie opłaty licencyjnej.

4.3 Dostosowanie działań profilaktycznych do populacji docelowej. Bez względu na to, czy będzie to adaptacja już istniejącego czy opracowanie nowego programu, działania profilaktyczne muszą być dostosowane do populacji docelowej, czyli zgodne z wynikami oceny potrzeb. W tym względzie zasadniczą umiejętnością oczekiwaną od zespołu realizatorów planowanych działań jest wrażliwość kulturowa, tj. gotowość i zdolność do zrozumienia różnorodności kulturowej, reagowania na zdefiniowane kulturowo potrzeby oraz uwzględnienia tych kwestii we wszystkich aspektach pracy profilaktycznej.

4.4 Planowanie ewaluacji. Na tym etapie należy również zaplanować monitorowanie przebiegu działań oraz ewaluację procesu i wyników. Ewaluacja wyników

jest sposobem sprawdzenia, czy cele programu zostały osiągnięte, podczas gdy ewaluacja procesu jest zbieraniem informacji o realizacji programu, które umożliwiają zrozumienie tego, w jaki sposób osiągnięto założone cele lub dlaczego ich nie osiągnięto. Zespół prowadzący ewaluację powinien wybrać odpowiedni jej rodzaj oraz zdefiniować wskaźniki dla celu głównego i celów szczegółowych. Uwzględnienie ewaluacji na tym etapie projektowania działań profilaktycznych gwarantuje, że dane wymagane do ewaluacji i monitorowania będą dostępne, kiedy okaże się to potrzebne.

Krok 5: Zarządzanie i uruchamianie zasobów

Realizacja programu lub wdrożenie nowych przepisów polega nie tylko na wykonywaniu zadań, ale wymaga również dobrego zarządzania oraz szczegółowego planowania. Kwestie związane z zarządzaniem i organizacją działań muszą więc być brane pod uwagę razem z samym programem działań profilaktycznych. Aby rozpocząć realizację zaplanowanych działań, należy uruchomić dostępne zasoby, a w razie potrzeby, uzyskać dostęp do nowych.

5.1 Planowanie programu – przygotowanie planu działań. Pisemny plan działań dokumentuje wszystkie zadania i procedury wymagane do pomyślnej realizacji programu. Plan ukierunkowuje również jego przeprowadzenie, zapewniając wspólne ramy, w których działają wszyscy realizatorzy. W późniejszych etapach realizacji oceniony powinien zostać plan działań, to, czy program lub nowy przepis prawny zostały wdrożone zgodnie z założeniami, oraz czy nie są potrzebne jakieś korekty.

5.2 Planowanie budżetu. Wymagane koszty i środki finansowe (budżet) programu profilaktycznego muszą zostać określone, żeby program mógł być zrealizowany. Gdy koszty programu przekraczają dostępne środki, plan finansowy określa, jakie dodatkowe fundusze będą potrzebne, lub wskazuje, jakie elementy planu działań wymagają modyfikacji.

5.3 Tworzenie zespołu. Zespół składa się z osób pracujących na rzecz programu (np. koordynatorów, realizatorów, ewaluatorów). Członkowie zespołu (w tym wolontariusze) powinni być zatrudniani zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz potrzebami danego programu. Z kolei role i obowiązki powinny być tak rozdzielone, aby każde z zadań było wykonywane przez najbardziej odpowiednie osoby (tj. posiadające odpowiednie kwalifikacje i/lub doświadczenie). Przydział zadań należy rozpatrywać w kontekście rozwoju zawodowego poszczególnych członków zespołu, czyli jednego z zadań przekrojowych.

5.4 Rekrutacja i utrzymanie uczestników w programie. Rekrutacja odnosi się do osób z populacji docelowej, które spełniają kryteria, i oznacza: przekazywanie informacji na temat programu, zapraszanie do wzięcia w nim udziału, wciąganie na listę uczestników oraz upewnienie się, że rozpoczną udział w programie od pierwszej sesji. Uczestnicy powinni być rekrutowani z populacji docelowej w sposób etyczny i zgodny z przyjętymi kryteriami. „Utrzymanie uczestników” oznacza zadbanie o to, żeby wszyscy pozostawali w programie do czasu jego zakończenia i/lub do momentu osiągnięcia wyznaczonych celów. Jest to szczególnie istotne w przypadku działań, które angażują uczestników przez długi czas. Przeszkody utrudniające udział w programie należy zidentyfikować i usunąć, tak aby uczestnicy mogli ukończyć cały program profilaktyczny.

5.5 Przygotowanie materiałów. Należy przygotować materiały i wyposażenie niezbędne do realizacji profesjonalnego programu profilaktycznego (opisanego w podręczniku), w tym: ewentualne materiały do pracy (np. karty pracy), narzędzia do monitorowania i ewaluacji, pomoce techniczne, miejsce realizacji (pomieszczenia itp.). Przygotowanie materiałów pomaga zweryfikować założenia budżetowe i zmusza zespół realizatorów do podjęcia działań mających na celu zapewnienie niezbędnych materiałów.

5.6 Opisanie programu lub nowych regulacji. Pisemny opis planowanych działań profilaktycznych lub nowych regulacji dostarcza partnerom (np. grupie docelowej, sponsorom, realizatorom) informacji na temat tych działań przed ich rozpoczęciem i/lub w trakcie ich realizacji. W przypadku wykorzystywania tego opisu do rekrutacji uczestników nacisk należy położyć na opis potencjalnych korzyści i ryzyka wynikających z udziału w programie. Zarówno opis programu profilaktycznego, jak i opis nowych regulacji nie są tożsame ani z planem działań (który jest dokumentem wykorzystywanym na użytek wewnętrzny do kierowania realizacją działań) ani z raportem końcowym (który podsumowuje podjęte działania po ich zakończeniu).

Krok 6: Realizacja programu i monitorowanie

W tym kroku wdrażamy zaplanowane wcześniej działania. Na tym etapie istotną kwestią jest potrzeba zachowania równowagi między zgodnością realizacji z założeniami (czyli przestrzeganiem planu) a elastycznością (tzn. zdolnością do reagowania na nowe zdarzenia i sytuacje). Równowaga ta może być zachowana z jednej strony poprzez sprawdzanie jakości i postępów w realizacji, a z drugiej strony poprzez modyfikacje wprowadzane w celu usprawnienia lub uelastyczenia programu.

6.1 W przypadku pilotażu. W niektórych sytuacjach, np. jeśli przystępujemy do opracowania zupełnie nowego programu profilaktycznego lub nowy program ma zostać upowszechniony na szeroką skalę, to należy go najpierw przetestować w małej grupie uczestników. Pomaga to zidentyfikować praktyczne i logistyczne problemy oraz inne słabe punkty programu, których nie przewidziano podczas planowania, a które mogą być bardzo kosztowne w przypadku szerokiego wdrożenia. Pilotaż (lub inaczej badanie pilotażowe) jest testowaniem programu w niewielkiej skali (np. w małej grupie uczestników lub tylko w jednej lub w dwóch lokalizacjach) przed jego docelowym wdrożeniem. Podczas badania pilotażowego gromadzone są dane, które pozwalają ocenić jego przebieg oraz niektóre (ograniczone) efekty. Korzystając z wyników pilotażu, twórcy danego programu profilaktycznego mogą dokonać niedroгих korekt i wprowadzić je przed właściwą realizacją programu.

6.2 Wdrażanie programu profilaktycznego. Gdy istnieją wystarczające przesłanki wskazujące, że planowany program może być skuteczny, wykonalny i zgodny z zasadami etyki, wówczas można przystąpić do jego realizacji. To jednak nie oznacza, że przyjęty wcześniej plan działania musi zostać ściśle zrealizowany, jeśli w trakcie realizacji pojawią się ważne powody do wprowadzenia modyfikacji. Aby ułatwić ewaluację i raportowanie rezultatów programu, jego realizacja powinna być szczegółowo dokumentowana (w tym także nieoczekiwane zdarzenia, odstępstwa i niepowodzenia).

6.3 Monitorowanie realizacji. Podczas realizacji programu okresowo zbierane i analizowane są dane na temat jego przebiegu i rezultatów, np. sprawdzana jest adekwatność programu z punktu widzenia potrzeb uczestników, zgodność realizacji z założonym planem oraz skuteczność programu. Rzeczywista realizacja programu jest porównywana z tym, co zostało określone w planie działań. Monitorowanie, np. regularna ocena postępów w realizacji programu, pomaga również ocenić, czy potrzebna jest jakaś modyfikacja pierwotnego planu.

6.4 Dostosowanie realizacji. Realizacja działań profilaktycznych musi być elastyczna, aby możliwe było reagowanie na pojawiające się problemy, zmiany priorytetów itp. Tam, gdzie jest to konieczne i możliwe, realizacja powinna być dostosowana do wyników monitorowania. Przy czym te modyfikacje muszą być dobrze uzasadnione, a ich potencjalny negatywny wpływ na podjęte działania profilaktyczne wzięty pod uwagę. W związku z tym ewentualne korekty w realizacji programu muszą być udokumentowane i poddane

ewaluacji, aby można było wyjaśnić, jaki miały wpływ na uczestników i końcowe rezultaty.

Krok 7: Ewaluacja końcowa

Po zakończeniu realizacji programu profilaktycznego finalizuje się również ewaluację, w ramach której oceniany był przebieg programu oraz jego skuteczność. Dla przypomnienia, ewaluacja wyników koncentruje się na zmianie zachowań uczestników (np. ocenia, czy zmniejszyła się częstość używania substancji psychoaktywnych), podczas gdy ewaluacja procesu koncentruje się na tym, co zostało zrobione, jakie działania podjęto i jakie są „produkty” programu, np. czy działania zostały wdrożone zgodnie z planem czy też nie (w tym: liczba zrealizowanych sesji, liczba uczestników przyjętych do programu, liczba uczestników, którzy ukończyli program).

7.1 W przypadku ewaluacji wyników. W ramach ewaluacji wyników, dane umożliwiające ocenę skuteczności są systematycznie zbierane i analizowane w toku realizowanych działań. Wszystkie wyniki powinny być raportowane zgodnie z tym, jak zostało to zaplanowane (tzn. zgodnie z określonymi wskaźnikami ewaluacji). W zależności od skali realizowanego programu profilaktycznego oraz przyjętego schematu badawczego do oceny skuteczności niezbędne są odpowiednie analizy statystyczne. Jeśli to możliwe, wnioskowanie dotyczące przyczynowego związku między oddziaływaniami programu a uzyskanymi zmianami w zachowaniach uczestników wień czy ewaluację wyników.

7.2 W przypadku ewaluacji procesu. Ewaluacja procesu dokumentuje, co się wydarzyło podczas realizacji programu profilaktycznego. Ponadto analizuje jakość i przydatność tego programu, biorąc pod uwagę jego zasięg, akceptację działań przez uczestników, zgodność realizacji oraz wykorzystanie zasobów. Wnioski z ewaluacji procesu pomagają zinterpretować ewaluację wyników, a także ocenić, w jaki sposób można poprawić dany program w przyszłości, lub zrozumieć, dlaczego nie spełnił wszystkich oczekiwań.

Wnioski z ewaluacji procesu oraz ewaluacji wyników muszą być analizowane łącznie, aby dobrze zinterpretować wyniki podjętych działań profilaktycznych. Wiedza ta zostanie wykorzystana do realizacji ostatniego kroku w sekwencji działań.

Krok 8: Upowszechnianie i udoskonalanie

Ostatni krok dotyczy przyszłości danego programu profilaktycznego lub regulacji prawnej. Czy należy te działania kontynuować, a jeśli tak, to w jakiej formie?

Przekazywanie informacji na temat danego programu lub działania nie tylko może pomóc w promowaniu jego dalszych wdrożeń, ale także umożliwia innym uczenie się na doświadczeniach wynikających z realizacji tych konkretnych działań.

8.1 Ustalenie, czy program profilaktyczny lub regulacja prawna powinny być kontynuowane. W idealnym świecie, programy oraz regulacje legitymujące się wysoką jakością powinny być kontynuowane po początkowym wdrożeniu i/lub po zakończeniu zewnętrznego finansowania. Korzystając z empirycznych dowodów uzyskanych dzięki monitorowaniu i ewaluacji (w zależności od tego, które dane są dostępne), podejmuje się decyzję o tym, czy warto te działania kontynuować. Jeśli istnieją przesłanki, aby uznać, że realizacja danego programu profilaktycznego lub regulacji prawnej powinny być kontynuowane, należy określić oraz wdrożyć dalsze kroki.

8.2 Przekazywanie informacji o programie. Przekazywanie informacji o działaniach profilaktycznych może przynieść wiele korzyści, np. poprzez uzyskanie wsparcia od partnerów dla kontynuacji działań lub poprzez zebranie informacji zwrotnych dotyczących ich udoskonalenia. Wzbogaca to również zakres informacji na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, przyczyniając się w ten sposób do doskonalenia przyszłej polityki, praktyki oraz badań w tym zakresie. Aby umożliwić wdrożenie (replikację) działań profilaktycznych przez innych realizatorów, materiały do realizacji i inne istotne informacje (np. o kosztach realizacji) również powinny być łatwo dostępne (w zależności od wymogów licencji, prawa autorskiego itp.).

8.3 Raport końcowy. Raport ten jest przykładem „produktu”, który może służyć upowszechnianiu informacji o programie profilaktycznym. Może mieć formę opisu wdrożenia, który służy do wywiązania się z warunków umowy o finansowaniu projektu lub po prostu poinformowaniu innych o przeprowadzonych działaniach. Często będzie on podsumowaniem dokumentacji gromadzonej we wcześniejszych etapach programu lub projektu. Opisuje bowiem zakres i działania podjęte w ramach programu/projektu oraz, w miarę możliwości, wnioski z ewaluacji końcowej. Ponieważ raport końcowy nie zawsze jest wymagany, a inne sposoby propagowania programu mogą być bardziej odpowiednie (np. przez prezentacje na konferencjach), ten punkt jest więc adekwatny tylko wtedy, gdy raport końcowy istnieje.

„Szyte na miarę” programy oparte na dowodach

Jak wspomniano wcześniej, Europejskie Standardy (EDPQS) koncentrują się na tym, „w jaki sposób” przygotowywać i realizować programy profilaktyczne, podczas gdy Międzynarodowe Standardy UNODC skupiają się na tym, „co jest treścią” skutecznych programów lub rozwiązań legislacyjnych w zakresie profilaktyki. W Europie „oparte na dowodach” programy profilaktyczne są niekiedy traktowane z nieufnością, a specjaliści ds. profilaktyki mogą być czasem wobec nich sceptyczni, uważając, że programy te są zbyt nakazowe i nie uwzględniają ich doświadczenia zawodowego. Wielu z tych specjalistów woli pracować „oddolnie”, wychodząc od potrzeb populacji docelowej, a nie od programu „opartego na dowodach”. To ostatnie podejście spostrzegają jako „odgórne”.

Konstruowane lokalnie działania i programy profilaktyczne opierają się na dobrym zrozumieniu sytuacji lokalnej, znajomości potrzeb danej społeczności, dostępnych zasobów, istniejących partnerów oraz ich sposobu myślenia. Programy te są z reguły mniej wymagające niż te ujęte w podręczniki i procedury. Zazwyczaj opierają się raczej na przekazywaniu informacji, niż na ćwiczeniu umiejętności lub na regulowaniu zachowań ryzykownych (np. przez nagradzanie lub karanie). Wymagają także bardzo zmotywowanej i dobrze wyszkolonej kadry realizatorów, która wie, że profilaktyka to coś innego niż tylko prowadzenie edukacji skoncentrowanej na ryzyku używania substancji psychoaktywnych, informowanie o zagrożeniach, udzielanie porad, wzbudzanie lęku, organizowanie pogadek z udziałem oficerów policji lub osób uzależnionych, czy też organizowanie okolicznościowych dni lub

wydarzeń. W skrócie, tego typu „oddolne” działania profilaktyczne wymagają specjalistów, którzy oprócz strategii informacyjnych widzą potrzebę korzystania także z innych bardziej skutecznych strategii zmiany zachowań ryzykownych. Zredukowanie napięć powstających między potrzebą oddolnego działania a wynikami badań nad profilaktyką może być prawdziwym wyzwaniem, dlatego właśnie potrzebny jest program szkoleniowy EUPC.

Wiele argumentów przemawia za wykorzystywaniem w profilaktyce programów lub regulacji opartych na dowodach. Jednak istnieją również bariery utrudniające ich wdrażanie. Obie strony medalu (bariery i korzyści) są przedstawione w tabeli 8.

Obydwie jednak koncepcje – ta oparta na dowodach i ustrukturalizowanych programach oraz ta oparta na działaniach dostosowanych do potrzeb lokalnych – nie wykluczają się i mogą być łączone. Przykładem na poparcie tej tezy są doświadczenia z realizacji w niektórych krajach europejskich amerykańskiego systemu działań profilaktycznych *Communities That Care* (CTC)³. Podejście zastosowane w tym projekcie pozwala najpierw na badanie i analizę specyficznych potrzeb oraz problemów społeczności lokalnej, a następnie na wybór najbardziej odpowiednich działań profilaktycznych, które najlepiej odpowiadają na ich potrzeby i możliwości.

W tym podręczniku omawiane są zarówno działania „oddolne”, jak i znane programy profilaktyczne oparte na dowodach, ponieważ autorzy tego podręcznika są przekonani, że podejścia te nie muszą się wykluczać. Co więcej, łączenie tych podejść może być korzystne dla obydwu stron. Europejskie Standardy (EDPQS), które umożliwiają podejście „oddolne”, gwarantują wysoką jakość realizacji działań profilaktycznych.

Tabela 8. Bariery i korzyści związane z realizacją programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych

Bariery	Korzyści
Programy profilaktyczne oparte na naukowych dowodach często wydają się sprzeczne z potoczną wiedzą	Dają grupom docelowym to, co najlepsze: sprawdzone programy, procedury, metodykę i regulacje prawne
Podają w wątpliwość kulturowe i religijne przekonania dotyczące wychowania, struktury rodziny, ról płciowych itp.	Stwarzają możliwość realizowania działań profilaktycznych w bardziej skuteczny i efektywny kosztowo sposób
Wymagają nowych umiejętności i specjalistycznego szkolenia	Dostarczają racjonalnych podstaw do podejmowania decyzji dotyczących polityki społecznej
Ich realizacja jest wyzwaniem, bo z jednej strony wymaga ścisłego trzymania się zalecanego protokołu, a z drugiej strony adaptacji do specyficznych potrzeb grupy docelowej	Zapewniają wspólny język i porządkują terminologię w obszarze profilaktyki
Wymagają sporych zasobów, co napotyka na utrudnienia w związku z nierównym dostępem do środków i zasobów	Stwarzają możliwość do wypracowania wspólnego podejścia do badań nad profilaktyką
Wymagają monitorowania i ewaluacji	Tworzą nową podstawę edukacji i szkoleń, oferują większą spójność i ciągłość działań profilaktycznych, a także lepiej wyjaśniają luki w aktualnej wiedzy naukowej

³ <http://www.ctc-network.eu/>

Z kolei Międzynarodowe Standardy (UNODC), które wymieniają i charakteryzują działania oparte na dowodach, umożliwiają wybór dobrych programów i strategii profilaktycznych.

Równowaga między adaptacją a zgodnością realizacji

Kiedy tworzymy program profilaktyczny należy pamiętać, aby jego przekaz był dostosowany do potrzeb i charakterystyki uczestników (np. ich sposobu myślenia/działania). Takie dostosowanie zwiększa szanse na to, że uczestnicy będą odbierali program jako adekwatny, zaangażują się w jego realizację, a pożądane rezultaty zostaną osiągnięte. Dostosowanie programu profilaktycznego do potrzeb odbiorców obejmuje uwzględnienie ich przekonań kulturowych, wartości, przyzwyczajzeń językowych oraz kontekstu społecznego, ale nie oznacza zmian w podstawach teoretycznych programu.

Ponieważ większość opartych na dowodach programów i legislacji w zakresie profilaktyki została opracowana w krajach zachodnich, wykorzystanie ich w innych krajach wymaga adaptacji i dostosowania tych programów do specyfiki danego kraju, regionu lub społeczności lokalnej. Należy jednak pamiętać o utrzymaniu głównego celu/misji programu (lub regulacji) poprzez zachowanie jego (jej) kluczowych elementów. Jest to szczególnie ważne w przypadku

działań opartych na dowodach naukowych. Te zalecenia wskazują na potrzebę równowagi między realizacją programu zgodną z pomysłem i wskazaniem jej autorów a adaptacją, czyli modyfikacją zawartości programu w celu dostosowania go do potrzeb konkretnej grupy odbiorców.

Dlaczego ważne jest zwrócenie uwagi na równowagę między pierwotnym kształtem programu a jego adaptacją? Niektóre powody są oczywiste. Na przykład, gdy angielski program profilaktyczny jest realizowany w języku angielskim, a grupa docelowa nie jest w tym języku dostatecznie biegła, jego treść nie będzie zrozumiała. Do innych, mniej oczywistych, powodów należy sytuacja, w której program profilaktyczny poddany ewaluacji wśród przedstawicieli jednej grupy etnicznej, jest stosowany (bez zmian dostosowawczych) wśród przedstawicieli innej grupy etnicznej. Taka realizacja programu może doprowadzić do konfliktów w sferze przekonań, wartości oraz norm (Castro i wsp., 2004; Castro i wsp., 2010). Przykłady niektórych problemów, które należy uwzględnić przy adaptacji programów profilaktycznych, przedstawiono w tabeli 9.

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii wydało publikację poświęconą adaptacji zagranicznych programów (EMCDDA, 2013b). Autorzy analizują w niej, czy trzy amerykańskie programy profilaktyczne (*Good Behavior Game*, *Strengthening Families Programme* oraz *Communities That Care*) mogą być z powodzeniem wdrażane w krajach europejskich.

Tabela 9. Przykłady problemów związanych z adaptacją zagranicznych programów profilaktycznych

	Charakterystyka adaptowanego programu	Nowa grupa odbiorców	Konsekwencje
Język	Angielski	Inny	Niemожność zrozumienia treści programu
Grupa etniczna	Afroamerykanie	Inna	Możliwy konflikt przekonań, wartości i/lub norm
Miejsce realizacji	Miasto	Tereny wiejskie	Bariery logistyczne i środowiskowe ograniczające uczestnictwo w programie
Liczba i nasilenie czynników ryzyka	Niewiele czynników/umiarkowane nasilenie	Wiele czynników/bardzo nasilonych	Niewystarczający wpływ na liczne i najbardziej nasilone czynniki
Stabilność życia rodzinnego	Stabilne systemy rodzinne	Niestabilne systemy rodzinne	Ryzyko niepowodzenia w związku z ograniczoną zgodnością warunków
Konsultacje z partnerami	Konsultacje z partnerami schematu i/lub realizacji programu	Brak konsultacji	Spoločność „nie kupuje” programu, opór, niewielu uczestników
Przygotowanie społeczności	Umiarkowane	Niskie	Brak struktur potrzebnych do realizacji programu profilaktycznego

Źródło: Castro, Barrera i Martinez (2004)

Oto kilka wskazówek zaczerpniętych z materiałów uzupełniających do Europejskich Standardów oznaczonych jako nr 4 EDPQS (Brotherhood i wsp., 2015) oraz z artykułu Van der Kreeft, Jongbloet & Van Havere, 2014:

- *Zwiększ lokalny potencjał, zanim zmienisz program.* Zmiana programu profilaktycznego może być łatwiejsza, ale zmiana lokalnego potencjału, po to, aby wdrożyć program zgodnie z założeniami jest bezpieczniejszym wyborem.
- *Skonsultuj się z autorami programu,* aby poznać ich doświadczenia lub wskazania dotyczące adaptacji programu i dostosowania go do specyfiki określonego środowiska lub sytuacji lokalnej.
- *Zachowaj podstawowe elementy programu.* Prawdopodobieństwo skuteczności adaptowanego programu profilaktycznego jest większe, gdy zachowuje się kluczowe elementy oryginalnej wersji programu. Kluczowymi elementami programu są te jego cechy, które uruchamiają mechanizm pożądanych zmian w zachowaniach ryzykownych. Elementy te są więc odpowiedzialne za skuteczność danego programu profilaktycznego. Na przykład, kluczowym elementem programu *EU-Dap Unplugged* jest „uczenie sposobów reagowania na presję rówieśników” i nie można było go pominąć w procesie adaptacji tego programu.

- *Zachowuj zgodność z zasadami przygotowania programów opartych na dowodach.* Prawdopodobieństwo powodzenia jest większe, jeśli adaptacja danego programu profilaktycznego nie narusza zasad konstruowania profilaktyki opartej na dowodach naukowych.
- *Raczej dodawaj nowe, niż odejmuj istniejące elementy.* Bezpieczniej jest dodać coś do adaptowanego programu profilaktycznego, niż modyfikować lub likwidować oryginalne elementy jego zawartości.

Tabela 10. Zwykła adaptacja *versus* wierna adaptacja

Zwykła adaptacja	Wierna adaptacja
Aby dostosować program oparty na dowodach do potrzeb grupy docelowej, należy dostosować go kulturowo, czyli zaadaptować do specyfiki języka, zwyczajów, oczekiwań i norm grupy docelowej	Kluczowe elementy programu opartego na dowodach muszą być zachowane, aby zapewnić skuteczność programu, kiedy dostosujemy go do potrzeb grupy docelowej lub lokalnej społeczności

Twoim zadaniem, jako specjalisty ds. profilaktyki, jest ustalenie, w jaki sposób dostosować oparty na dowodach program profilaktyczny, aby nie utracić jego skuteczności (tab. 10). Przedyskutowanie tego zagadnienia z innymi uczestnikami szkolenia lub ze współpracownikami w miejscu pracy może być pomocne, aby zdecydować, jak najlepiej dokonywać adaptacji programów profilaktycznych do potrzeb Twojego kraju, regionu lub społeczności.

Rozdział 4

Monitorowanie i ewaluacja



EUPC

Ewaluacja jest rodzajem badania, które polega na systematycznym zbieraniu danych w celu sprawdzenia przebiegu programu, dokonania oceny krótko- i długoterminowych efektów programu profilaktycznego oraz czynników powiązanych z tymi efektami. Ewaluacja może być prowadzona w trakcie wszystkich etapów tworzenia programu, począwszy od planowania, poprzez wczesny etap realizacji, po pełne wdrożenie, a także po zakończeniu programu. W praktyce ewaluacji powinny być poddane wszystkie etapy tworzenia i realizacji programu profilaktycznego, ponieważ dzięki temu uzyskuje się wartościowe informacje przydatne do poprawy warsztatu pracy i podjęcia decyzji o kontynuacji lub zaprzestaniu upowszechniania danego programu.

W tym rozdziale znajdziesz informacje o podstawowych celach ewaluacji, do których należą: ocena wpływu programu na uczestników i osiągnięte rezultaty; sprawdzenie, która grupa/populacja korzysta z programu, a która nie odnosi korzyści; porównanie kosztów i korzyści; oraz porównanie skuteczności danych oddziaływań (profilaktycznych) z innymi oddziaływaniami. Ewaluacja jest istotnym krokiem w sekwencji działań zmierzających do stworzenia skutecznego programu, które opisano w Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS).

Celem tego rozdziału nie jest przygotowanie uczestników szkolenia do samodzielnego prowadzenia ewaluacji lub własnego projektu badawczego. W zamian za to ten rozdział wprowadza uczestników szkolenia w kluczowe zagadnienia dotyczące ewaluacji. To zaś będzie sprzyjać lepszemu rozumieniu artykułów i raportów z badań nad profilaktyką. W konsekwencji ten rozdział pomoże przybliżyć się do autoewaluacji swojej pracy profilaktycznej lub, w innym przypadku, pomoże przemyśleć, jakie kwestie należy uwzględnić w ewaluacji swojego programu profilaktycznego zleconej specjalistom z zewnątrz.

Istnieje kilka mocnych schematów badawczych, które są wykorzystywane w ewaluacjach. Dalej zostaną przedstawione ich definicje, a także zalety i wady najczęściej stosowanych schematów: w tym klasycznego schematu eksperymentalnego z losowym doбором grup (*Randomized Control Trial*, RCT); schematu quasi-eksperymentalnego, analizy szeregów czasowych oraz schematu pretest–posttest bez grupy kontrolnej (zob. poniżej przykłady schematów najczęściej stosowanych).

Rozdział ten zawiera również zwięzłe przedstawienie innych elementów istotnych w ewaluacji, takich jak np. dobór próby oraz narzędzi. Uczestnicy szkolenia poznają, w jaki sposób definiowana i wybierana jest populacja, oraz jakie metody opracowano w celu pomiaru postaw, przekonań, intencji i zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych osób z tej populacji. Ponadto w ewaluacji mogą być przydatne metody zarówno ilościowe, jak i jakościowe. Ilościowe metody to takie, które ujmują badane zjawiska w wymiernych („intersubiektywnych”) miarach, takich jak np. częstość używania substancji psychoaktywnych. Metody jakościowe zajmują się natomiast niewymiernymi („subiektywnymi”) aspektami tych zjawisk, odpowiadając na pytania typu „dlaczego coś się dzieje?” oraz „jakie to ma znaczenie?”. Na koniec spojrzymy na metody zbierania i analizy danych, w tym podstawowe analizy statystyczne, aby ukazać ich znaczenie w raportowaniu wyników badań ewaluacyjnych.

Chociaż od uczestników tego programu szkoleniowego nie oczekuje się prowadzenia ewaluacji, rozdział ten zawiera również krótki opis ewaluacji typu *ex-ante*, w ramach której rozważa się możliwe rezultaty jeszcze przed rozpoczęciem realizacji programu profilaktycznego. To pomoże uczestnikom szkolenia zrozumieć, jakie zasoby są potrzebne do

wdrożenia programu profilaktycznego oraz jakie rodzaje analiz i danych (informacji) są niezbędne, aby ocenić, czy program ten zakończył się sukcesem, czy też nie.

Zainteresowanym czytelnikom zaleca się skorzystanie z dodatkowych źródeł dotyczących ewaluacji. EMCDDA opublikowało *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK)*¹ oraz podręcznik *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators*². Ponadto UNODC opracowało wytyczne dotyczące ewaluacji programów profilaktyki dedykowanych młodzieży, która nadużywa substancji psychoaktywnych (*Monitoring and Evaluating Youth Substance Abuse Prevention Programmes*)³. Bardziej wymagającą lekturą w tym zakresie są Standardy dotyczące badania skuteczności oraz sposobów wdrażania profilaktyki opartej na dowodach opracowane przez Amerykańskie Towarzystwo Badań nad Profilaktyką (*Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science*)⁴. Wreszcie, koncepcja RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance; Zasięg, Skuteczność, Adaptacja, Wdrożenie i Zadbanie o kontynuację*)⁵ proponuje podejście do ewaluacji, które rozszerza kryteria oceny działań profilaktycznych (poza kryterium skuteczności), co może lepiej określać wpływ tych działań i możliwości ich zastosowania. Zalecane jest to jednak tylko dla tych uczestników szkolenia, którzy dobrze znają się na metodologii badań ewaluacyjnych i ściśle współpracują z badaczami.

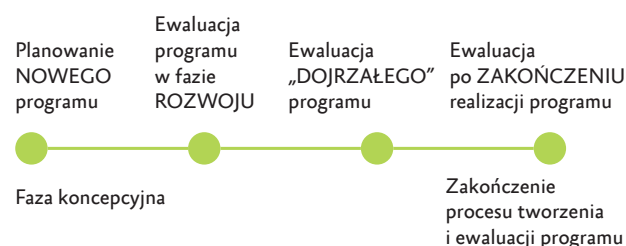
Ewaluacja i badania

Badania nad zachowaniami ludzkimi obejmują badania etiologiczne wykorzystujące wiedzę z genetyki i neurobiologii oraz badania nad postawami, przekonaniem i zachowaniami, które przyczyniają się do powstawania chorób/zaburzeń. Badania definiuje się jako „systematyczne dociekania mające na celu rozwój wiedzy lub przyczynianie się do jej uogólnienia”. Jak napisano powyżej, ewaluacja jest rodzajem badań, które określa się jako systematyczny sposób oceny bezpośrednich i odroczonej w czasie pożądanych efektów programu profilaktycznego oraz czynników powiązanych z tymi efektami.

Istnieją różne powody prowadzenia badań ewaluacyjnych.

- **Ocena skuteczności.** Czy udział w programie profilaktycznym spowodował pożądane zmiany u uczestników albo czy bez żadnego programu pożądane zmiany także by wystąpiły, byłyby widoczne (znaczące)?
- **Niepożądane efekty uboczne.** Czy uczestnicy programu profilaktycznego nie są narażeni na szkody związane z jego realizacją? Kwestia ta jest bardzo ważna z punktu widzenia etyki.
- **Zasięg.** Czy program w różny sposób angażował uczestników albo czy angażował tylko określone podgrupy uczestników? Czy pożądane rezultaty programu dotyczyły wszystkich jego uczestników, czy tylko określonych podgrup? Na przykład, czy rezultaty osiągnięte w grupie chłopców-uczestników programu były podobne do rezultatów w grupie dziewcząt?
- **Koszty.** W jakim stopniu korzyści wynikające z realizacji programu profilaktycznego przeważają nad kosztami związanymi z jego realizacją?
- **Porównanie.** Czy dany program profilaktyczny jest bardziej skuteczny od innych programów, porównując nie tylko oczekiwane rezultaty, ale również koszty ich realizacji?

Ewaluacja może dotyczyć etapu planowania i opracowywania programu, etapu realizacji programu profilaktycznego oraz oceny jego wpływu na uczestników (zob. rys. 13). Ewaluacja jest użyteczna nie tylko w przypadku nowych działań profilaktycznych, ale także programów, które zostały już wdrożone do praktyki, mają dłuższą historię realizacji i mogą być uznane za dojrzałe. Może być ona również wartościowa w odniesieniu do programu, którego realizacja już się zakończyła, aby sprawdzić jego efekty odroczone w czasie. W idealnym świecie każdy z etapów planowania i realizacji programu profilaktycznego powinien podlegać ewaluacji.



Rysunek 13. Fazy przygotowania i realizacji programu profilaktycznego a ewaluacja

¹ http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk_en

² http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en

³ <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/monitoring-and-evaluation.html>

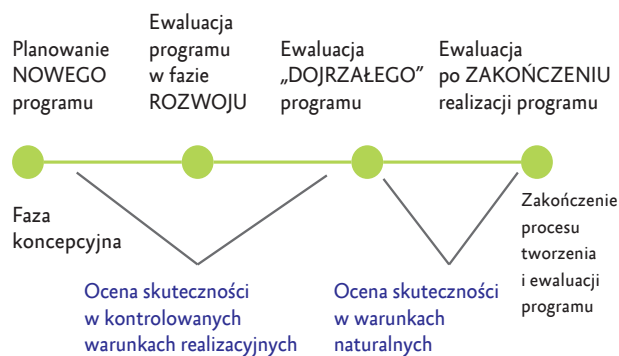
⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579256/>

⁵ <http://www.re-aim.org/>

Ewaluacja nowego programu profilaktycznego wymaga przede wszystkim sprawdzenia, czy poszczególne jego elementy – treść, struktura i sposób realizacji – przynoszą zamierzone efekty. Na przykład: W jakim stopniu lekcje na temat umiejętności podejmowania decyzji rzeczywiście poprawiają te umiejętności u uczestników? Na ile możliwe jest przeprowadzenie zajęć na temat podejmowania decyzji w czasie 45-minutowej lekcji szkolnej? W jakim stopniu techniki interaktywnego nauczania wykorzystywane w zajęciach są skuteczne, czy może istnieją inne, bardziej adekwatne, metody nauczania? Tego typu ewaluacje zwane po angielsku *efficacy evaluation* lub *efficacy studies* starają się udzielić odpowiedzi na pytanie, czy w kontrolowanych warunkach realizacyjnych (bez przeszkód natury organizacyjnej, finansowej itd.) program profilaktyczny osiąga założone cele. Tak rozumiana ewaluacja programu profilaktycznego pozwala na wprowadzenie korekt i ulepszeń, które służą do jak najlepszego przygotowania programu przed jego wdrożeniem na szeroką skalę (rys. 14).

Ewaluacja „dojrzałego”⁶ programu profilaktycznego, która jest realizowana w zwykłych szkołach lub typowej społeczności lokalnej, jest nazywana **oceną skuteczności w warunkach naturalnych** (*effectiveness evaluation*). Wyniki tego rodzaju badań ewaluacyjnych mogą być przydatne do monitorowania jakości realizacji programu profilaktycznego oraz dostarczać informacji na temat jego krótkoterminowych efektów (mierzonych zaraz po zakończeniu lub w ciągu dwóch-trzech miesięcy od zakończenia realizacji programu). Ewaluacja może pomóc w udokumentowaniu udanej realizacji programu profilaktycznego oraz w identyfikacji tych jego części, które wymagają poprawy. Przedmiotem takiej ewaluacji mogą być też efekty dłuższe w czasie. Wymaga to podłużnych badań uczestników programu realizowanych z odroczeniem od 6 miesięcy do kilku lat od zakończenia realizacji programu. W przypadku programów profilaktyki używania substancji psychoaktywnych okres obserwacji w badaniach podłużnych obejmuje zazwyczaj okres dojrzewania i wczesnej dorosłości.

Ewaluacja prowadzona po zakończeniu realizacji programu profilaktycznego pomaga ocenić jego wartość, a także sformułować wnioski dotyczące przyszłych realizacji. Na tym etapie ewaluacja pozwala też ocenić, jak program został przyjęty przez grupę docelową i na ile udaje się zapewnić jego trwałe wdrożenie do praktyki. Na tym etapie ewaluacji można również zbadać, czy nie pojawiły się przypadkiem niepożądane efekty uboczne.



Rysunek 14. Różne rodzaje ewaluacji

Dla specjalistów ds. profilaktyki podstawowe znaczenie mają badania skuteczności programu w warunkach naturalnych. Dostarczają one danych na temat efektów programu, a także odpowiadają na pytania: Dla kogo program był najbardziej skuteczny i w jakich warunkach realizacyjnych?

Cele i poziomy badań ewaluacyjnych

Ogólnym celem ewaluacji jest nie tylko zrozumienie tego, co zostało zrobione w ramach programu, ale także ustalenie, czy za pomocą programu osiągnięto to, co było zamierzone. Ewaluacja odpowiada na szereg pytań, takich jak:

- Czy realizacja programu lub wdrożenie nowych regulacji prawnych przyczyniło się do osiągnięcia zakładanych celów? Na przykład: czy postrzeganie przez dzieci ryzyka używania substancji zmieniło się we właściwym kierunku? Czy rodzice wykorzystują odpowiednie umiejętności monitorowania aktywności swoich dzieci poza domem? Czy młode matki prawidłowo reagują na potrzeby swoich nowo narodzonych dzieci?
- Czy realizacja programu lub wdrożenie regulacji prawnych przyczyniło się do osiągnięcia zamierzonych efektów w populacji docelowej? Czy reakcje odbiorców na program/regulację były zróżnicowane ze względu na płeć, grupę etniczną, poziom używania substancji lub status socjoekonomiczny?
- Jakie elementy programu lub regulacji prawnych były powiązane z osiągniętymi wynikami? Czy było to spowodowane zmianami w postawach i przekonaniach? Czy było to spowodowane kombinacją zmian w postawach i umiejętnościach?
- W jakim stopniu zgodność realizacji programu z założeniami była powiązana z pozytywnymi lub z negatywnymi rezultatami?

W związku z tym przed rozpoczęciem ewaluacji należy ustalić kilka rzeczy.

⁶ „Dojrzały” program profilaktyczny oznacza tu program, który na etapie jego tworzenia został poddany ewaluacji wyników w warunkach kontrolowanych.

- Jaki jest cel ewaluacji? Czy jest nim sprawdzenie, co przesądza o skuteczności programu? Czy może celem jest podjęcie decyzji, czy dalsza ewaluacja jest potrzebna? Czy celem ewaluacji jest zaspokojenie oczekiwań sponsora?
- Jakie są pytania ewaluacyjne?
- Co będzie poddane ewaluacji? Czego się z niej dowiemy?
- Kto i dlaczego byłby zainteresowany wynikami ewaluacji? Czy wyniki uwzględniają te kwestie, które chciałyby poznać władze samorządowe? Czy istnieje zapotrzebowanie, aby program był realizowany w pozostałej części regionu lub nawet w całym kraju?
- Jaki jest harmonogram działań i ewaluacji? Czy działania programu są realistyczne i czy dostępne są środki i inne zasoby, żeby je zrealizować? Jaką grupę wiekową obejmują działania? Na przykład, jeśli autor (autorzy) jest zainteresowany wynikami dotyczącymi zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, a średni wiek inicjacji w grupie docelowej wynosi 16 lat, to ewaluacja szkolnego programu prowadzonego wśród 12-latków będzie musiała „powrócić” do uczestników za 4 lub 5 lat, aby sprawdzić, czy uzyskano pożądaną rezultat (zapobieganie inicjacji). Należy się wtedy zastanowić, w jaki sposób dotrze się do uczestników programu po tak długim czasie. Jakie dodatkowe działania trzeba będzie podjąć, żeby dotrzeć z ewaluacją do uczestników programu, jeśli w ciągu tych kilku lat ktoś z uczestników zmieni szkołę lub ścieżkę edukacji?
- W jaki sposób wyniki ewaluacji zostaną udokumentowane? Kto będzie miał dostęp do tych wyników? Jakie informacje i na jakim poziomie szczegółowości zostaną przekazane uczestnikom programu i innym zainteresowanym stronom? Jakie środki ostrożności zostaną podjęte, aby wyniki ewaluacji nie zostały wykorzystane na szkodę żadnego z uczestników programu?
- Jakimi zasobami autor (autorzy) dysponuje, aby przeprowadzić ewaluację? Jaki ma poziom doświadczenia i kompetencji w tym zakresie? Ile będzie kosztowała ewaluacja? Ile czasu potrzeba, aby zrealizować badania?

Pełną ewaluację należy postrzegać jako złożony i zintegrowany proces, na który składają się dwa rodzaje ewaluacji: **ewaluacja procesu** (monitorowanie⁷) oraz **ewaluacja wyników**.

Celem **ewaluacji procesu** jest udokumentowanie procesu wdrażania programu profilaktycznego

lub nowych przepisów prawa. Koncentruje się na tym, co realizatorzy programu „dali” jego uczestnikom (jakie działania wdrożono, np. jakie warsztaty), oraz na tym, co uczestnicy „wynieśli” z realizacji programu (jaki były „produkty” programu, np. jakie nowe umiejętności zdobyli), oceniając jednocześnie stopień i zgodność tej konkretnej realizacji z założeniami programu oraz „zdolność” tej realizacji do wywołania pożądaných zmian. Jest to więc sposób dokumentowania (monitorowania) tego, co się wydarzyło, aby upewnić się, że program lub nowy przepis prawa jest realizowany zgodnie z założeniami; nie tylko zgodnie z podręcznikiem lub instrukcją, ale także zgodnie ze strategicznym celem. Ewaluacja procesu jest bardzo ważnym narzędziem dokumentowania działań profilaktycznych, z którego może korzystać każdy realizator.

Ewaluacja procesu (lub monitorowanie) odpowiada zwykle na kilka następujących pytań:

- Co zostało zrobione?
- Ile zadań wykonaliśmy?
- Kto uczestniczył w zajęciach?
- Kto wdrożył poszczególne elementy programu lub nowej polityki?
- W jakim stopniu program profilaktyczny lub nowy przepis prawa został wdrożony zgodnie z założeniami? Co o tym zdecydowało?

Jako specjalista zajmujący się profilaktyką powinien podkreślać znaczenie ewaluacji. W celu przygotowania ewaluacji dobrze jest podjąć współpracę z instytucją badawczą, ponieważ jej pracownicy mogą doradzić, jak zaplanować badania oraz pomóc w analizach statystycznych. Podstawowymi elementami projektu ewaluacji są: pytania ewaluacyjne; schemat ewaluacji; populacja docelowa; kryteria wyboru grup badanych; narzędzia, za pomocą których uzyskasz odpowiedzi na pytania ewaluacyjne oraz metody gromadzenia i analizy danych.

Celem **ewaluacji wyników** jest określenie, w jakim stopniu zmieniła się wiedza, postawy i zachowania lub praktyki (często uważane za krótko- i średniookresowe wyniki) tych osób lub podmiotów, które były odbiorcami danego programu lub grupą osób objętych nowymi przepisami, w porównaniu z tymi, których te działania nie obejmowały (grupa kontrolna lub porównawcza). Wyniki długoterminowe odnoszą się do pożądanego efektu końcowego programu lub regulacji prawnej, takiego jak ograniczenie lub zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych.

⁷ Od autorów polskiego tłumaczenia: W literaturze przedmiotu istnieją inne znaczenia terminu „monitorowanie”, które nie są tożsame z ewaluacją procesu. Monitorowanie może być również dobrze traktowane jako proces sprawdzania, czy kluczowe elementy dojrzałego programu profilaktycznego zostały poprawnie zrealizowane. Monitorowanie w tym rozumieniu nie jest więc dokumentowaniem tego, co się zdarzyło w czasie realizacji programu nowego programu, ale świadomym sprawdzaniem elementów, które decydują o skuteczności dojrzałego programu.

Pełna ewaluacja powinna obejmować zarówno elementy ewaluacji procesu, jak i ewaluacji wyników, aby dokumentować przebieg realizacji programu, a także mierzyć krótko-, średnio- jak i długoterminowe efekty. Należy pamiętać, że ewaluacja procesu (monitorowanie) jest bardzo istotna, nawet gdy ewaluacja wyników nie jest planowana, ponieważ dokumentuje realizację programu profilaktycznego. Każdy nowy program profilaktyczny powinien być monitorowany, aby ustalić, co stało się podczas jego prowadzenia, kto w nim uczestniczył, oraz w jakim stopniu został zrealizowany.

Schemat i inne elementy ewaluacji

Co rozumiemy przez schemat badawczy? Ogólnie rzecz biorąc, schemat badawczy jest przewodnikiem lub planem poszukiwania odpowiedzi na pytanie badawcze lub weryfikacją hipotezy. Pytania badawcze lub hipotezy w dużym stopniu określają projekt badania. Również typ badania, populacja docelowa, dobór próby itd. zależą od pytań badawczych lub hipotez.

1. **Pytania ewaluacyjne.** Prawdopodobnie najważniejszym krokiem w opracowaniu schematu ewaluacji jest klarowne sformułowanie pytań badawczych (ewaluacyjnych). Jako specjalista ds. profilaktyki możesz być zainteresowany dowiedzeniem się i udokumentowaniem tego, czy realizowany program profilaktyczny dociera do grupy docelowej i osiąga zamierzone rezultaty. Ponadto możesz chcieć ustalić, czy dany program może być realizowany z takimi samymi efektami w różnych grupach docelowych. Pytania dotyczące zasięgu i efektów programu będą kluczowe przy planowaniu ewaluacji.
2. **Typ ewaluacji.** Po tym, jak pytania ewaluacyjne zostaną sformułowane i uzgodnione, kolejnym elementem planu badań ewaluacyjnych jest wybór typu badania (ewaluacji) – czy będzie ono opisowe, eksperymentalne, quasi-eksperymentalne, przekrojowe, podłużne czy może będzie to studium przypadku.
3. **Badana populacja.** Kto zostanie włączony do badanej populacji? Jakie grupy wiekowe zostaną uwzględnione? Jaka będzie płeć uczestników badań? Czy będą to członkowie gospodarstw domowych, czy też zostaną uwzględnione osoby bezdomne lub będące pensjonariuszami schronisk lub pacjentami szpitali? Te założenia dotyczące uczestników ewaluacji są nazywane kryteriami włączenia. Należy również określić, kto nie zostanie włączony do badania (ewaluacji). Czasami badanie ogranicza się jedynie do osób potrafiących czytać lub takich, które mogą zrozumieć zadawane pytania. Niespełnianie tych wymagań (np. brak umiejętności czytania) nazywane są kryteriami wykluczenia.

4. **Kryteria wyboru i dobór próby.** Po ustaleniu badanej populacji należy określić, w jaki sposób konkretne osoby z tej populacji zostaną wybrane do badania (ewaluacji). Czy będą to wszystkie osoby spełniające kryteria włączenia, czy może konieczne będzie wyłonienie mniejszego podzbioru z większej grupy? Taki podzbiór nazywa się próbą badawczą. Ważne jest jednak, aby taka próba była reprezentatywna dla badanej populacji.
5. **Narzędzia pomiaru.** Ważne jest, aby przełożyć pytania badawcze (ewaluacyjne) na zmienne, czyli konstrukty, które można zmierzyć. Jako przykład możemy wziąć zmienną „stan cywilny”, który dla celów badawczych może zostać podzielony na dwie rozłączne wartości: „bycie w związku małżeńskim” lub „bycie w stanie wolnym”. Można również postąpić się bardziej precyzyjnym podziałem uwzględniającym kilka kategorii, które odnoszą się do stanu cywilnego (np. żonaty, mężatka, wdowiec, rozwiedziony, panna, kawaler, singiel, singielka itd.). Przy wyborze narzędzi do ewaluacji należy brać pod uwagę jego trafność, czyli to, czy rzeczywiście mierzy ono to, co chcemy mierzyć.
6. **Zbieranie danych.** Po wybraniu narzędzi badawczych należy zdecydować, w jaki sposób będą zbierane dane. Czasami – dane te są już zebrane w formie pisemnej, jak w przypadku dokumentów, które wypełnia każdy, kto stara się o uzyskanie prawa jazdy, lub gdy wypełniającym dokumenty jest ktoś inny, np. personel w oddziale ratunkowym lub funkcjonariusz policji. Istnieje wiele metod zbierania danych z populacji badanej. Możemy zapytać o nie bezpośrednio, używając ankiety lub innego sposobu badań sondażowych. Takie dane badani mogą przekazywać osobiście, przez telefon, pocztę lub internet, oraz coraz częściej za pomocą aplikacji na urządzeniach mobilnych. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na kwestie anonimowości i poufności, a także na prawdziwość (lub rzetelność) danych.
7. **Analiza danych.** Schemat badawczy zawiera również plan analizy danych, czyli określa w jaki sposób możemy zapisać/zgromadzić wszystkie dane razem, aby zacząć odpowiadać na pytania badawcze.

Rodzaje schematów badawczych

W literaturze naukowej wyróżnia się wiele rodzajów schematów badawczych, ale tylko kilka z nich jest zazwyczaj używanych do ewaluacji programów profilaktycznych. Żaden z nich, nawet „złoty standard”, czyli klasyczny schemat eksperymentalny z losowym doborem grup, nie jest doskonały. Wszystkie mają swoje zalety i wady. Niektóre schematy są bardziej odpowiednie w pewnych sytuacjach niż w innych.

Kwestie, które należy wziąć pod uwagę przy ocenie wyników ewaluacji

Podczas analizy wyników ewaluacji oraz formułowania wniosków warto wziąć pod uwagę kilka czynników dotyczących ewaluacji, ale innych niż schemat badawczy. Je również należy wziąć pod uwagę, kiedy planujesz ewaluację.

Trafność. We wszystkich ewaluacjach szczególną uwagę przywiązuje się do trafności wyników. Co ona oznacza? W przypadku ewaluacji przez trafność rozumie się to, że otrzymane wyniki są efektem programu profilaktycznego. Pod uwagę należy brać dwa rodzaje trafności:

- trafność wewnętrzną: czy wyniki są rzeczywiście efektem uczestniczenia w programie czy innych czynników lub wydarzeń?;
- trafność zewnętrzną: czy wyniki ewaluacji programu profilaktycznego mają zastosowanie w innych sytuacjach i w innych populacjach? Innymi słowy, jeśli program okazał się skuteczny w przypadku amerykańskich dzieci, czy będzie skuteczny również dla dzieci z Europy?

Widać wyraźnie, jak ważną kwestią jest trafność zewnętrzna ewaluacji. Bowiem to, iż potwierdzi się, że program profilaktyczny był skuteczny dla nastolatków, których rodzice należą do klasy średniej, nie oznacza wcale tego, że będzie on skuteczny także dla nastolatków żyjących w ubóstwie.

Trafność wewnętrzna. Istnieje kilka zagrożeń dla trafności wewnętrznej ewaluacji, na które należy zwrócić szczególną uwagę.

- Naturalne dojrzewanie: wpływ samoistnego zdobywania wiedzy/nabywania doświadczenia z upływem czasu.
- Historia wydarzeń: kolejne źródło wpływów związane z upływem czasu to historia naturalnych zdarzeń, w których ludzie uczestniczą (wydarzenia, doświadczenia itd.). Co się wydarzyło wcześniej lub w trakcie realizacji programu, a na co realizatorzy nie mieli wpływu?
- Dobór próby: jeśli badacz przeprowadzający ewaluację nie może zrealizować programu wśród wszystkich osób w danej grupie, musi wybrać mniejszą grupę lub próbę badawczą, reprezentatywną dla całej grupy. Oznacza to, że ta mniejsza grupa musi odzwierciedlać podstawowe cechy większej grupy, tak aby można było uogólnić otrzymane wyniki na całą grupę.
- Wykruszanie się: termin ten odnosi się do uczestników, którzy odmawiają udziału w badaniu lub nie zostali uchwyceni w końcowym pomiarze (w drugim,

trzecim pomiarze w badaniach podłużnych) dlatego, bo np. zmienili szkołę.

- Narzędzia pomiarowe: istnieją dowody na to, że samo udzielanie odpowiedzi na pytania ankietowe może być kształcące i mieć wpływ na wyniki ewaluacji.

Trafność zewnętrzna. Oznacza ona, że wyniki ewaluacji programu profilaktycznego można uogólnić (lub zastosować) także do innych sytuacji i populacji.

- Możliwość uogólnienia: czy wyniki mają zastosowanie do większej populacji niż ta, która została zbadana?
- Możliwość replikacji: czy wyniki mogą być również osiągnięte przez inne osoby zainteresowane realizacją tego programu?
- Środowisko i sposób realizacji programu profilaktycznego: może to być miejsce realizacji programu, a także pora dnia lub roku, lokalizacja, oświetlenie, warunki lokalowe czy oprawa programu.
- Efekty testowania: istnieje efekt uczenia się, który występuje w związku z faktem udziału w pre- i/lub posttestie.
- Kolejnym zagrożeniem jest tak zwana skłonność do „reagowania” na program badawczy. Dotyczy to sytuacji, kiedy świadomość uczestników, że biorą udział w programie profilaktycznym poddawanych ewaluacji, wpływa na sposób reagowania na ten program lub na sposób wypełniania ankiet lub innych narzędzi ewaluacyjnych (np. celowo próbują wykazać sukces lub porażkę tego programu). Pokrewne terminy to „efekt placebo” (kiedy program oddziaływać ma pozytywne wyniki tylko dlatego, że uczestnicy wierzą, że program, w którym uczestniczą, jest skuteczny), „efekt nowości” (kiedy ludzie lepiej reagują na program oddziaływać, bo jest inny i zawiera nowości, a nie dlatego, że jest bardziej skuteczny); efekty Hawthorne’a (kiedy ludzie zmieniają swoje dotychczasowe zachowania, ponieważ wiedzą, że uczestniczą w poddawanych ewaluacji programie badawczym i są obserwowani przez jego realizatorów).

Grupa kontrolna lub porównawcza. Oczekiwanym wynikiem każdej ewaluacji jest wykazanie silnego związku między uczestniczeniem w danym programie profilaktycznym a pożądanym rezultatem, w naszym przypadku mniejszym lub mniej szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych. W celu upewnienia się, że to właśnie program jest „przyczyną” oczekiwanego rezultatu, ważne jest, aby sprawdzić, czy inne czynniki (wymienione powyżej, takie jak naturalne dojrzewanie, historia naturalnych wydarzeń itp.) nie odegrały w nim istotnej roli. W jaki sposób możemy to zrobić? Aby tego dokonać, należy włączyć do schematu ewaluacji grupę osób podobnych do tych, które uczestniczyły

w programie, ale które nie były jego odbiorcami. Taka grupę nazywa się grupą kontrolną lub porównawczą⁸.

Grupa kontrolna lub porównawcza jest pod wieloma względami taka sama jak grupa poddana interwencji. Innymi słowy, grupa kontrolna/porównawcza reprezentuje to, co by się wydarzyło w grupie eksperymentalnej, gdyby nie uczestniczyła w programie. Na przykład poddajemy ewaluacji nowy szkolny program profilaktyczny i porównujemy go z klasami, które uczestniczą w rutynowych zajęciach szkolnych z elementami edukacji zdrowotnej. Duże podobieństwo grup (eksperymentalnej i kontrolnej/porównawczej) jest istotą mocnego schematu ewaluacji.

Przykłady często stosowanych schematów badań ewaluacyjnych

Istnieje kilka mocnych schematów badawczych, które są wykorzystywane do oceny skuteczności programów profilaktycznych. Każdy z nich ma swoje zalety i wady.

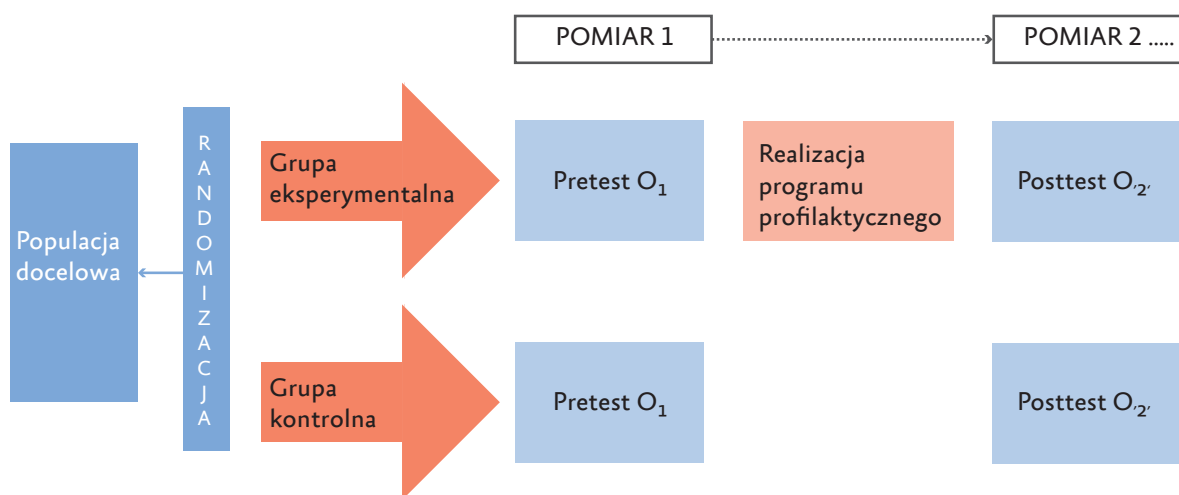
Klasyczny schemat eksperymentalny. Najmocniejszym schematem badawczym, często stosowanym w medycznych badaniach klinicznych oraz w zaawansowanych badaniach ewaluacyjnych programów profilaktycznych jest klasyczny schemat eksperymentalny, określane jako randomizowane badanie z grupą kontrolną lub RCT (*Randomized Controlled Trial*) (rys. 15). Kluczowymi elementami tego schematu są:

- odpowiednio dobrane wskaźniki oczekiwanych wyników;

- losowy przydział uczestników do grupy eksperymentalnej i kontrolnej;
- dobór grupy, która nie będzie poddana programowi (grupa kontrolna) tak, aby miała dokładnie tę samą charakterystykę, jak grupa uczestnicząca w programie (grupa eksperymentalna) – dotyczy schematu quasi-eksperymentalnego;
- równoległe (czyli, w tym samym czasie) zbieranie danych przed realizacją programu profilaktycznego (pretest) oraz po jej zakończeniu (posttest lub posttesty) w grupie eksperymentalnej oraz w grupie kontrolnej;
- jednoznaczny sposób weryfikacji udziału w programie;
- wystarczający i odpowiedni czas od zakończenia realizacji programu na zbieranie danych do ewaluacji wyników (przykładowo, kiedy uczestnicy programu profilaktycznego osiągną wiek 16 lat, aby zmierzyć wpływ programu na opóźnienie inicjacji używania substancji psychoaktywnych).

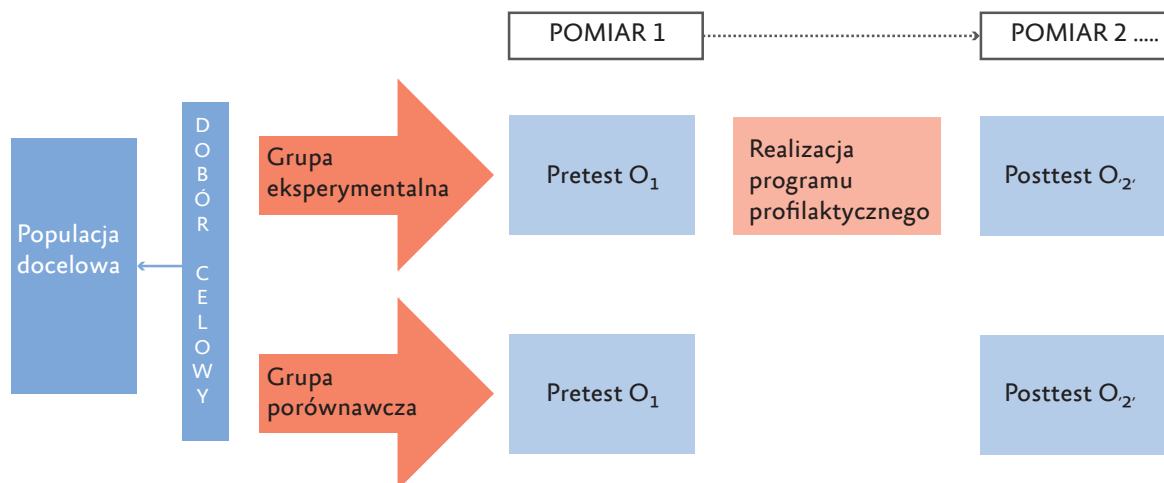
Mocne strony klasycznego schematu eksperymentalnego (RCT) obejmują:

- możliwość ustalenia związków przyczynowo-skutkowych między realizacją i wynikami programu profilaktycznego;
- możliwość precyzyjnego zaplanowania i zbadania programu przez zespół badawczy;
- kontrolowanie różnic między grupami poprzez losową alokację uczestników do grupy badawczej i kontrolnej.



Rysunek 15. Klasyczny schemat eksperymentalny, RTC

⁸ Od autorów polskiego tłumaczenia: „grupa kontrolna” oznacza w eksperymencie badawczym grupę, którą wybrano w drodze losowania. Jej podobieństwo do grupy eksperymentalnej zależy w dużym stopniu od poprawności losowania. „Grupa porównawcza” jest grupą wybieraną przez ewaluatorów w sposób celowy na podstawie dostępnej wiedzy o porównywalności tej grupy do grupy eksperymentalnej. Zwykle „grupa porównawcza” jest w mniejszym stopniu podobna do grupy eksperymentalnej niż „grupa kontrolna”.



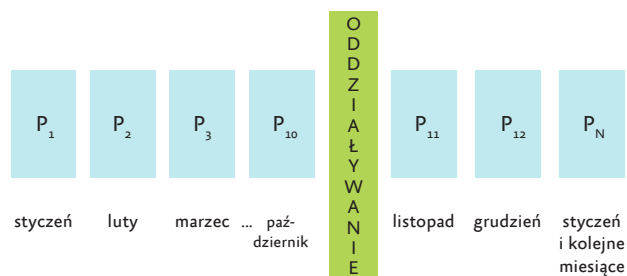
Rysunek 16. Schemat quasi-eksperymentalny

Słabe strony klasycznego schematu eksperymentalnego (RCT) obejmują:

- wymóg dużej losowej próby, którą trzeba obserwować przez długi czas, co powoduje, że uzyskanie wyników jest bardzo kosztowne i czasochłonne;
- wyniki eksperymentu mogą nie odzwierciedlać tego, co można osiągnąć przez realizację programu w „naturalnych”, rutynowych warunkach;
- pewne ukryte różnice między badanymi grupami, których nie udało się uniknąć nawet w losowym (z założenia najlepszym) „doborze” do grup;
- brak odpowiedzi na istotne pytania; wyniki eksperymentu nie zawsze odpowiadają na istotne pytania w rodzaju: „co działa?, dla kogo? i w jakich okolicznościach?”. Do uzyskania tego rodzaju informacji może być potrzebny inny rodzaj badań (np. badania z wykorzystaniem metod jakościowych).

Schemat quasi-eksperymentalny jest często stosowanym schematem w badaniach skuteczności programów profilaktycznych. Wykorzystuje się go, gdy nie można losowo dobrać grupy kontrolnej lub gdy jest to bardzo trudne. Można wówczas celowo, a nie losowo dobrać grupę porównawczą, kierując się jej podobieństwem do grupy eksperymentalnej. W związku z tym grupa porównawcza ma zbliżoną charakterystykę, ale nie jest taka sama jak grupa eksperymentalna. Tą różnicą w sposobie doboru grupy do porównania schemat quasi-eksperymentalny różni się od schematu eksperymentalnego. Pozostałe elementy schematu quasi-eksperymentalnego są takie same jak w klasycznym schemacie eksperymentalnym (rys. 16)⁹.

Schemat szeregów czasowych. W ewaluacji niekiedy trudno jest zapewnić grupę kontrolną lub porównawczą, alternatywą może być schemat szeregów czasowych (rys. 17). W ramach tego schematu wykonuje się do 100 pomiarów w populacji docelowej przed i po realizacji programu. Ten schemat jest z powodzeniem wykorzystywany do badania działań profilaktycznych opartych na zmianach legislacyjnych. Przykładowo, rząd może podjąć decyzję o wprowadzaniu nowego podatku akcyzowego od napojów alkoholowych. W tym przypadku nie ma możliwości wydzielenia grupy, która będzie odbiorcą interwencji, oraz grupy kontrolnej, która nie będzie jej odbiorcą, jak ma to miejsce w klasycznym schemacie eksperymentalnym (RCT), ponieważ zmiany w przepisach dotyczą wszystkich potencjalnych konsumentów napojów alkoholowych. W tym przypadku schemat szeregów czasowych pozwala na obserwowanie tendencji we wskaźnikach picia alkoholu i/lub problemów alkoholowych przed i po wprowadzeniu nowego podatku.



Rysunek 17. Schemat szeregów czasowych

⁹ Opis schematu quasi-eksperymentalnego został dodany przez autorów polskiego tłumaczenia. W oryginalnym podręczniku opisu tego schematu nie ma.

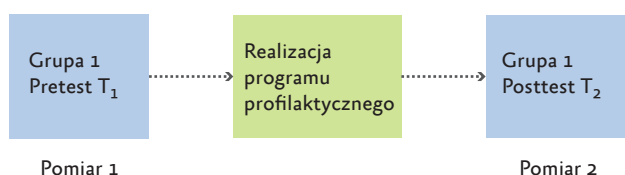
Niektóre z mocnych stron schematu szeregów czasowych to:

- łatwość do zastosowania, gdy dane są rutynowo gromadzone (np. dane statystyczne o przestępstwach lub hospitalizacjach);
- dobre analizy szeregów czasowych mogą wykluczyć wpływ aktualnych trendów picia alkoholu lub zmiany sezonowe, które istniały przed wprowadzeniem interwencji (np. zwiększone spożycie alkoholu w czasie wakacji) lub też zmiany w ogólnej populacji (jak np. długoterminowa tendencja obniżania spożycia alkoholu w populacji ogólnej).

Niektóre ze słabych stron schematu szeregów czasowych to:

- niemożność całkowitego wykluczenia, że inne (niekontrolowane) czynniki (np. epidemia)¹⁰, które wystąpiły w tym samym czasie co interwencja, nie były odpowiedzialne za zmiany w zachowaniu będącym przedmiotem badań (np. w picciu alkoholu);
- czas trwania badań – uzyskanie wystarczającej liczby danych do przeprowadzenia analiz może trwać bardzo długo;
- trudności w interpretacji – wyniki są czasami trudne do interpretacji, gdy zachowanie, będące przedmiotem zainteresowania, rzadko pojawia się przed wdrożeniem interwencji profilaktycznej.

Schemat pretest–posttest. Schemat pretest–posttest dla jednej grupy to najczęściej stosowany, a zarazem najslabszy metodologicznie schemat w badaniach ewaluacyjnych (zob. rys. 18). Przed realizacją programu profilaktycznego zbiera się dane od uczestników (pretest), następnie grupa ta uczestniczy w programie, po czym ponownie wykonuje się badanie (posttest). Gromadzenie danych po zakończeniu programu może być różnie umiejscowione w czasie. Może być wykonane od razu po jej zakończeniu albo w okresie do jednego roku od zakończenia programu.



Rysunek 18. Schemat pretest–posttest

Niektóre z mocnych i słabych stron schematu pretest–posttest to:

- szybkość i wygoda stosowania, a także niskie koszty oraz możliwość zastosowania do rutynowego monitorowania własnych działań profilaktycznych;

- prostota narzędzi – do zbierania danych od uczestników można wykorzystać proste ankiety, które pozwolą zebrać potrzebne informacje;
- możliwość wykorzystania do udokumentowania tego, co dzieje się z grupą uczestników po zakończeniu programu;
- brak możliwości wykorzystania do wykazania związków przyczynowo-skutkowych między interwencją profilaktyczną a zachowaniami/postawami/wiedzą uczestników;
- możliwość dokumentowania jedynie krótkoterminowych zmian;
- brak możliwości wykluczenia alternatywnych wyjaśnień dotyczących przyczyn zaobserwowanych zmian.

Dobór próby oraz pomiar

Dobór próby jest powszechną procedurą stosowaną w badaniach. Odpowiedni dobór próby pomaga ekstrapolować (uogólniać) informacje zebrane w mniejszej podgrupie na większą populację, z której tę podgrupę dobrano. Dobór próby jest pożyteczną procedurą badawczą pozwalającą na oszczędzanie czasu, pieniędzy i energii wykonawców.

Proces doboru próby obejmuje kilka etapów:

- Zdefiniowanie populacji. Jakie są cechy populacji? Jaka jest struktura płci? Ilu jest mężczyzn? Ile jest kobiet? Możemy chcieć wiedzieć, gdzie zamieszkują badani: w miastach, na przedmieściach, czy na obszarach wiejskich.
- Dostęp do populacji. W praktyce dotarcie do wszystkich osób może być niemożliwe, co podsuwa następne pytanie: do jakiej części tej populacji można dotrzeć? W przypadku projektów ogólnokrajowych, badania te mogą być ograniczone do osób mieszkających w gospodarstwach domowych lub osób mających dostęp do internetu.
- Kryteria włączenia/wyłączenia z badania. Należy zdefiniować, kto spełnia kryteria udziału w badaniu i znajdzie się w próbie badawczej, a także, kto nie spełnia kryteriów udziału i nie zostanie włączony do próby.

W przypadku narzędzi pomiarowych szczególną uwagę należy zwrócić na ich rzetelność i trafność. Jak stabilne w czasie są wyniki powtarzanych pomiarów wykonanych tym samym narzędziem? Stałość i spójność pomiarów w czasie wskazuje na wysoką rzetelność narzędzia. Trafność natomiast oznacza stopień pewności, że mierzymy to, co chcemy zmierzyć. Na szczęście, w dziedzinie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opracowano narzędzia do oceny skuteczności programów

¹⁰ Tak jak w przypadku pandemii COVID-19, której jesteśmy świadkami.

profilaktycznych, które były stosowane w wielu różnych kontekstach i dla wielu różnych populacji. EMCDDA opublikowało szczegółowe informacje na temat wielu z tych narzędzi w swoim Banku Narzędzi Ewaluacyjnych (*Evaluation Instruments Bank*)¹¹.

Jak wspomniano wcześniej, są dwa rodzaje danych, które można zbierać w ramach ewaluacji: dane ilościowe i dane jakościowe. Istnieje wiele definicji tych rodzajów danych. Niektóre z nich przytoczono poniżej.

Dane ilościowe:

- podają dane w liczbach: np. „ile osób w wieku od 12 do 17 lat używało marihuany/haszyszu w ciągu ostatnich trzydziestu dni?” lub dla tych, którzy używali marihuany w ciągu ostatnich trzydziestu dni „(...) średnio, ile razy w ciągu ostatnich trzydziestu dni te osoby używały marihuany/haszyszu?”;
- mierzą częstość (poziom) zachowań lub ich trendy w czasie;
- dotyczą „obiektywnych” miar, stosują wystandaryzowane skale odpowiedzi i są analizowane za pomocą wyspecjalizowanych metod statystycznych. Ponieważ wyniki są zapisane na „standardowych” skalach, to można je wykorzystywać i porównywać w różnych grupach i społecznościach.

Dane jakościowe:

- są subiektywne (niemierzalne), odpowiadają na pytania typu „dlaczego?” i „co to znaczy?”;
- zapewniają wgląd w zachowanie, trendy i postrzeganie osób badanych;
- mają charakter wyjaśniający i są pomocne w interpretacji danych ilościowych.

Zbieranie danych, analiza i statystyki

Po wykonaniu badań zebrane dane należy przekształcić w bazę danych, która będzie mieć format umożliwiający prowadzenie analiz statystycznych. Analiza danych pozwala badaczowi na scharakteryzowanie badanej populacji oraz odpowiedzenie na pytania ewaluacyjne. Zwykle ten proces prowadzony jest przy użyciu metod statystycznych (dotyczy to danych ilościowych).

Statystyki opisowe służą do uporządkowania, prezentacji lub podsumowania danych ilościowych. Mogą one dotyczyć np. średniego wieku lub rozkładu płci w badanej próbie. Dane te są często prezentowane za pomocą kombinacji tabel, wykresów (np. wykres słupkowy)

i opisu danych statystycznych (np. dyskusji wyników i ich interpretacji). Statystyki opisowe są używane również do podsumowywania pomiarów używania substancji psychoaktywnych w populacjach będących przedmiotem zainteresowania. Dobrym przykładem zastosowania statystyk opisowych jest raport z europejskich badań ankietowych dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną ESPAD¹² (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)¹³.

Wnioskowanie statystyczne. Statystyki wyjaśniające są znacznie bardziej złożone niż statystyki opisowe, m.in. wykorzystuje się w nich dane z mniejszej próby badawczej do wyciągania wniosków dotyczących większej populacji, z której tę próbę dobrano. Wnioskowanie statystyczne jest wartościową metodą, gdy zbadanie wszystkich osób z populacji jest trudne lub po prostu niemożliwe. Ten typ analiz statystycznych pozwala na określenie przedziałów ufności uzyskanych rezultatów oraz na sprawdzenie, czy różnice występujące w obrębie i między populacjami są dziełem przypadku czy też nie. Statystyki wyjaśniające są bardzo ważne w każdym badaniu ewaluacyjnym. Ze względu na specyfikę i złożoność tych analiz zalecana jest współpraca ze specjalistami z instytucji badawczych. Poniżej znajduje się kilka wskazówek dotyczących tej współpracy.

Praca z zewnętrznym ewaluatorem – model współpracy

W tradycyjnym podejściu zewnętrzny ewaluator jest niezależny od autorów/realizatorów programu profilaktycznego (np. reprezentuje niezależną instytucję badawczą) i podejmuje decyzje dotyczące wszystkich aspektów ewaluacji, niezależnie od realizatorów programu. Interakcje między realizatorami programu a osobą/zespołem przeprowadzającym ewaluację są ograniczone do niezbędnych kwestii, aby uniknąć wpływu na wynik ewaluacji.

W modelu opartym na współpracy¹⁴, w kontraście do modelu tradycyjnego, ewaluacja przygotowana jest przy aktywnym udziale zespołu realizatorów programu profilaktycznego, a ewaluator współpracuje z realizatorami przez cały czas trwania ewaluacji.

Podejście oparte na współpracy angażuje obie strony – realizatorów programu oraz badaczy prowadzących ewaluację – które stają się jednym zespołem. Innymi

¹¹ <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

¹² <http://www.espad.org>

¹³ <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=166545> na tej stronie dostępny jest raport z polskiej edycji badania ESPAD pt. *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r.* (Sierosławski, 2020).

¹⁴ W literaturze polskojęzycznej podejście do ewaluacji oparte na współpracy jest znane jako „ewaluacja demokratyczna” lub „ewaluacja jako dyskurs” L. Korporowicz (2001).

członkami zespołu, który pracuje w ramach modelu współpracy, mogą być partnerzy zainteresowani wynikami programu profilaktycznego. Ważne jest jednak, aby role, działania, obowiązki i sposoby komunikacji były dobrze zdefiniowane, inaczej nieuchronnie pojawią się niespełnione oczekiwania. W szczególności kluczowe znaczenie dla oceny postępów i rozwiązywania pojawiających się problemów mają także regularne spotkania z przedstawicielami zainteresowanych stron. W przeciwnym razie realizatorzy programu profilaktycznego oraz jej ewaluatorzy mogą się rozminąć w swoich działaniach. Tabela 11 przedstawia role obu stron w poszczególnych etapach ewaluacji.

Zewnętrzny ewaluator powinien świadczyć usługi wysokiej jakości, posiadać doświadczenie i umiejętności niezbędne do prowadzenia ewaluacji. Ponadto powinien rozumieć problemy organizacyjne, a także mieć doświadczenie w ewaluacji projektów, programów lub organizacji. Powinien również mieć dobre opinie od poprzednich klientów oraz dorobek w zakresie publikacji z badań ewaluacyjnych.

Poza tym zewnętrzny ewaluator powinien dbać o wysokie standardy badań oraz dotrzymywać terminów realizacji swoich zadań. Musi również dobrze komunikować się z realizatorami działań profilaktycznych i innymi partnerami oraz szanować wartości i standardy etyczne podmiotu realizującego program/interwencję. Nie bez znaczenia jest również rozsądna wysokość honorariów pobieranych za ewaluację.

Korzystanie z rejestrów sprawdzonych programów profilaktycznych

W większości przypadków nie musimy tworzyć nowego programu profilaktycznego. Zamiast tego możemy korzystać z istniejących już programów o udowodnionej skuteczności. Jak więc znaleźć skuteczne programy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych? Z pomocą przychodzą bazy (rejestry programów), w których zebrano oparte na dowodach programy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Bazy te identyfikują programy z mocnymi dowodami empirycznymi, a najlepsze rejestry posiadają wyszukiwarki, dzięki której możliwe jest przeglądanie bazy za pomocą kluczowych terminów związanych zarówno z programami, jak i konkretnymi zainteresowaniami osoby szukającej.

Bazy programów profilaktycznych mają jednak również swoje ograniczenia, a zatem należy zachować ostrożność podczas ich przeglądania. Kryteria włączenia programów do danej bazy mogą nie spełniać standardów jakości uwzględnionych w Międzynarodowych Standardach UNODC. Niektóre rejestry mogą polegać na „dowodach” powstałych na podstawie opinii lub recenzji, zleconych przez osobę lub podmiot odpowiedzialny za dany program profilaktyczny. W rezultacie „dowody” poddawane ocenie przez osoby odpowiedzialne za rejestr mogą nie zawierać rzeczywistych negatywnych wyników ewaluacji albo mogą nie uwzględniać innych dostępnych wyników ewaluacji. Bazy różnią się także

Tabela 11. Role realizatorów programu profilaktycznego oraz zewnętrznego ewaluatora (*Centers for Disease Control and Prevention, 2010*)

Etap ewaluacji	Autorzy/realizatorzy programu	Zewnętrzni ewaluatorzy
1. Zaangażowanie partnerów	Rola wiodąca Lepiej wiedzą, kto jest ważny dla programu i kto powinien być włączony	Rola wspomagająca Są zainteresowani włączeniem do programu kluczowych partnerów
2. Opisanie programu profilaktycznego	Rola równorzędna Dobrze znają całość i szczegóły programu profilaktycznego	Rola równorzędna Włączają autorów/realizatorów w proces opisywania programu. Ukierunkowują opis dla potrzeb badań
3. Formułowanie pytań ewaluacyjnych	Rola równorzędna Ustalają kluczowe pytania ewaluacyjne	Rola równorzędna Ustalają cele ewaluacji i pomagają w sformułowaniu pytań ewaluacyjnych i opracowaniu schematu ewaluacji
4. Zbieranie wiarygodnych danych	Rola wspomagająca Pomagają dotrzeć do danych już zgromadzonych lub zbierać nowe dane	Rola wiodąca Kierują procesem zbierania danych, ale we współpracy z realizatorami programu
5. Interpretowanie wyników i uzasadnianie wniosków	Rola równorzędna Pomagają w interpretacji wyników i opracowaniu rekomendacji	Rola równorzędna Kierują procesem analizy danych we współpracy z realizatorami programu
6. Wykorzystanie wyników i wniosków z ewaluacji	Rola wiodąca Dbają o wykorzystanie wyników do ulepszenia programu	Rola wspomagająca Prezentują wyniki badań i promują program

sposobem przedstawiania dowodów skuteczności. Mimo to rejestry programów pozostają głównym źródłem informacji o programach profilaktycznych poddanych ewaluacji, wraz z opisem ich treści i sposobów realizacji.

Istnieją bazy, z których można skorzystać, kiedy szukamy właściwego programu profilaktycznego dla naszej populacji docelowej i problemów tej grupy osób związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. W Europie należą do nich: baza Xchange¹, „Zielona lista” w Niemczech², baza hiszpańska³ oraz baza prowadzona przez Mentor UK⁴. W USA działają następujące bazy: *Blueprints for Healthy Child Development*⁵ oraz *Preventing Drug Use among Children and Adolescents*⁶. Istnieje również polska baza programów rekomendowanych prowadzona przez System ds. Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego⁷.

Xchange jest nową europejską bazą internetową, która zawiera programy profilaktyczne oparte na dowodach. Wszystkie zawarte tam programy dotyczą problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Baza Xchange bierze pod uwagę zarówno europejskie badania ewaluacyjne, które wykazują pożądane wyniki związane z używaniem substancji, jak i oceny bazy Blueprint, jeśli w grę wchodzi adaptacja programów pochodzących z USA. Baza zawiera także informacje na temat skuteczności programów profilaktycznych w Europie oraz informacje na temat ich adaptacji w językach narodowych. Wszystkie te informacje pomagają użytkownikom w podejmowaniu decyzji dotyczących programów profilaktycznych.

Ocena programów profilaktycznych w tej bazie uwzględnia następujące kryteria:

- program musi być aktywny (obecnie wykorzystywany w co najmniej jednym kraju UE);
- program musi być oceniony jako skuteczny na podstawie co najmniej jednego europejskiego badania ewaluacyjnego.

Innym sposobem na zapoznanie się z wynikami badań nad profilaktyką jest korzystanie z czasopism naukowych, takich jak np. *Prevention Science*⁸. Publikacje wyników badań są kluczowe dla współczesnej profilaktyki, ponieważ w czasopismach naukowych

można znaleźć najbardziej aktualne dane. Tymczasem aktualizacja informacji w rejestrach programów profilaktycznych może wymagać czasu, aby włączyć i zaprezentować najnowsze wyniki badań ewaluacyjnych.

Ewaluacja *ex-ante*

W przeciwieństwie do ewaluacji wyników, która wymaga pomiarów zarówno w trakcie, jak i po realizacji programu profilaktycznego, ewaluacja *ex-ante* jest narzędziem zarządzania działaniami profilaktycznymi, którą wykorzystuje się przed ich wdrożeniem i która ma na celu pomoc w planowaniu samych działań oraz ich ewaluacji. Wyniki ewaluacji *ex-ante* są często wykorzystywane do optymalizacji planu działań profilaktycznych z zakresu używania substancji psychoaktywnych oraz do określania trafności planowanych działań z punktu widzenia specyficznych potrzeb populacji docelowej w porównaniu z innymi możliwymi rozwiązaniami, które mogłyby być w tym celu użyte. Ewaluacja ta dostarcza również ważnych informacji służących za podstawę monitorowania i ewaluacji, a także pomaga w określaniu celów szczegółowych danego programu. Pomaga również w ustaleniu, jakiego wpływu można się po tym programie spodziewać, oraz jakiego rodzaju informacje pozwolą ocenić, czy program zakończył się sukcesem czy porażką. Zdarza się, że decydenci i grantodawcy wykorzystują wyniki ewaluacji *ex-ante* do oceny wartości wniosków otrzymanych od realizatorów programów i innych działań profilaktycznych.

Ewaluacja *ex-ante* może być prowadzona wewnętrznie lub, jak w przypadku innych rodzajów ewaluacji, może być wymagana jako dodatkowa ekspertyza od zewnętrznego ewaluatora. Komisja Europejska przygotowała przewodniki z ogólnymi zasadami i wskazówkami pomocnymi do zrozumienia i podjęcia tego rodzaju ewaluacji, chociaż przewodniki te nie dotyczą bezpośrednio ewaluacji *ex-ante* programów profilaktycznych w dziedzinie używania substancji psychoaktywnych⁹. Kluczowe informacje wymagane w ewaluacji *ex-ante* są podsumowane w poniższej ramce:

¹ <http://www.emcdda.europa.eu>

² <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

³ <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

⁴ <http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/>

⁵ <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/>

⁶ https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

⁷ <https://programyrekomentowane.pl>

⁸ <http://www.preventionresearch.org/prevention-science-journal/>

⁹ https://enrd.ec.europa.eu/evaluation/publications/guidelines-ex-ante-evaluation-2014-2020-rdps_en;https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi49pWe51fwAhWBlosKHf1IDloQFjABegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fec.europa.eu%2Fregional_policy%2Fsources%2Fdocoffic%2F2014%2Fworking%2Fex_ante_en.pdf&usq=AOvVaw1K0PqqQLdn_rWRL7hHTK0V

Kluczowe informacje wymagane w ewaluacji *ex-ante*

Ocena potrzeb i analiza problemu

- Co jest problemem, który ma być rozwiązany, oraz jakie są główne czynniki z nim związane, a także kim są osoby/grupy kluczowe dla rozwiązania problemu?
- Kim jest grupa docelowa oraz jakie są jej potrzeby związane z problemem używania substancji psychoaktywnych?

Dookreślenie celów

- Czy cel główny i cele szczegółowe programu profilaktycznego zostały sformułowane w kategoriach oczekiwanych rezultatów?
- Jakie są wskaźniki do oceny stopnia realizacji programu działań profilaktycznych, jego materialnych „produktów”, spodziewanych rezultatów oraz wpływu na otoczenie?

Alternatywne podejścia oraz ocena ryzyka

- Jakie alternatywne działania/podejścia profilaktyczne były rozważane (w tym brak działań) i dlaczego wybrano ten program?
- Jakie ryzyko (np. koszty utraconych możliwości w związku z podjętą decyzją czy potencjalne negatywne skutki uboczne działań) jest związane z realizacją programu oraz jakie środki zaradcze zostały podjęte?

Wartość dodana wybranego programu

- Czy proponowany program profilaktyczny jest dobrze wkomponowany (dopasowany) w inne działania powiązane z realizacją programu (np. czy szkolny program profilaktyczny jest dopasowany do podstawy programowej kształcenia ogólnego)?
- Czy realizacja programu tworzy razem z tymi działaniami efekt synergii?

Wykorzystanie doświadczeń

- Jakie dowody i informacje z poprzednich ewaluacji i wyników badań nad podobnymi działaniami profilaktycznymi są dostępne?
- Jak mogą być one wykorzystane do poprawy skuteczności planowanych działań?

Planowanie przyszłego monitorowania i ewaluacji

- Czy proponowane metody zbierania, przechowywania i analizy danych są solidne?
- Czy system prowadzenia monitorowania/ewaluacji jest w pełni funkcjonalny od początku do końca wdrażania programu profilaktycznego?
- Jakie rodzaje ewaluacji są potrzebne, kiedy należy je przeprowadzić oraz kto powinien to zrobić?

Dbalność o efektywność kosztową

- Jakie są konsekwencje finansowe różnych wersji/opcji proponowanych działań?
- Czy te same rezultaty można osiągnąć po niższych kosztach lub czy można osiągnąć lepsze wyniki przy tych samych kosztach, wdrażając inne działania profilaktyczne?

Część 2

**PROFILAKTYKA
W RÓŻNYCH
ŚRODOWISKACH**

Rozdział 5

Profilaktyka realizowana w rodzinie



EUPC

Rodzina jest jednym ze środowisk (z mikropoziomu), które są dogodnym miejscem do realizacji działań profilaktycznych. W tym rozdziale zostaną omówione treści i rodzaje programów adresowanych do rodzin. Ponadto zostaną zaprezentowane przykłady programów profilaktycznych dla rodzin o udowodnionej skuteczności, takie jak: EFEKT, *Functional Family Therapy* oraz Triple P – *Positive Parenting Program*. Na zakończenie zostaną omówione wyzwania związane z pracą profilaktyczną w środowisku rodzinnym oraz sposoby ich przezwyciężania.

Definicje

Termin „rodzina” można definiować na rozmaite sposoby. W różny sposób definiują i badają rodzinę antropologowie, socjologowie, psychologowie lub ekonomiści. Przedstawiciele różnych krajów lub odmiennych kultur mogą inaczej definiować rodzinę. Na przykład w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i wielu krajach europejskich ten termin odnosi się do rodziny dwupokoleniowej, która składa się z rodziców (zwykle małżonków) i ich biologicznych dzieci. W tych krajach rodzina to również matka lub ojciec, którzy samotnie wychowują swoje dzieci, a także rodzina zrekonstruowana, zwana też niekiedy „patchworkową” (matka, ojczym i dzieci lub ojciec, macocha i dzieci). W innych częściach świata termin „rodzina” ma szerszy zakres i oprócz rodziny dwupokoleniowej obejmuje dziadków, ciotki, wujków, kuzynów i innych krewnych. Wzrost liczby rozwodów i ponownych małżeństw, który ma miejsce w Europie w ostatnich dziesięcioleciach, przyczynił się do wzrostu liczby rodziców samotnie wychowujących dzieci lub rodzin zrekonstruowanych / patchworkowych.

Rodzina jako system

Jednym z naukowych sposobów rozumienia rodziny jest ujmowanie jej jako systemu, co oznacza, że rodzina jest czymś więcej niż tylko grupą ludzi, którzy mieszkają ze sobą pod jednym dachem. Rodziny są w wielu aspektach wyjątkowymi grupami i różnią się od grup rówieśniczych czy innych grup społecznych. Inaczej niż w przypadku większości grup społecznych rodziny składają się z osób, które połączone są więzami krwi. Ze względu na bliskość relacji i specyficzne zadania, rodziny tworzą właściwe dla siebie wzory interakcji, które definiują je jako rodzinę.

Istnieją typowe formy interakcji charakterystyczne dla większości rodzin, ale zarazem poszczególne rodziny na wiele sposobów różnią się od siebie nawzajem. Tak jak nie ma dwóch identycznych osób, tak nie ma dwóch rodzin, których członkowie tworzyliby taki sam wzór interakcji. Rodziny mają własną tożsamość, swój sposób zachowania się wobec siebie oraz wobec osób, które nie należą do rodziny. Członkowie rodziny często mówią sobie rzeczy, których nigdy nie powiedzieliby osobom spoza rodziny, lub robią coś, czego nie zrobiliby z osobami spoza rodziny.

Rodzina zapewnia swoim członkom wsparcie i daje im poczucie przynależności. Jest ono ważne dla prawidłowego rozwoju człowieka, pomaga w kształtowaniu odporności psychicznej (*resilience*) oraz ogranicza ryzyko rozwoju zachowań problemowych. Sposób, w jaki rodzina kształtuje postawy, przekonania i wartości, określa jej tożsamość i ma wpływ na to, jak jej członkowie będą odnosić się do innych i czego będą od nich oczekiwać.

Bardzo ważną funkcją rodziny jest socjalizacja dzieci. Rodzina jest środowiskiem, w którym dzieci uczą się norm życia społecznego, wartości, postaw i zachowań. Rodzina jest pierwotnym źródłem socjalizacji – co

oznacza, że w rodzinie dzieci uczą się takich ważnych rzeczy, jak umiejętność porozumiewania się, nawiązywania kontaktu, dzielenia się z innymi oraz radzenia sobie z frustracją. Rodzice wpajają te umiejętności przez różne formy nauczania, wychowywania i dyscyplinowania dzieci.

Rodzaje programów realizowanych w środowisku rodzinnym

Programy adresowane do rodzin, podobnie jak inne programy profilaktyczne, mogą należeć do poziomu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej lub wskazującej. Profilaktyka adresowana do rodzin charakteryzowana jest również na podstawie tego, kto z rodziny bierze udział w programie oraz kogo ma dotyczyć zaplanowane oddziaływanie.

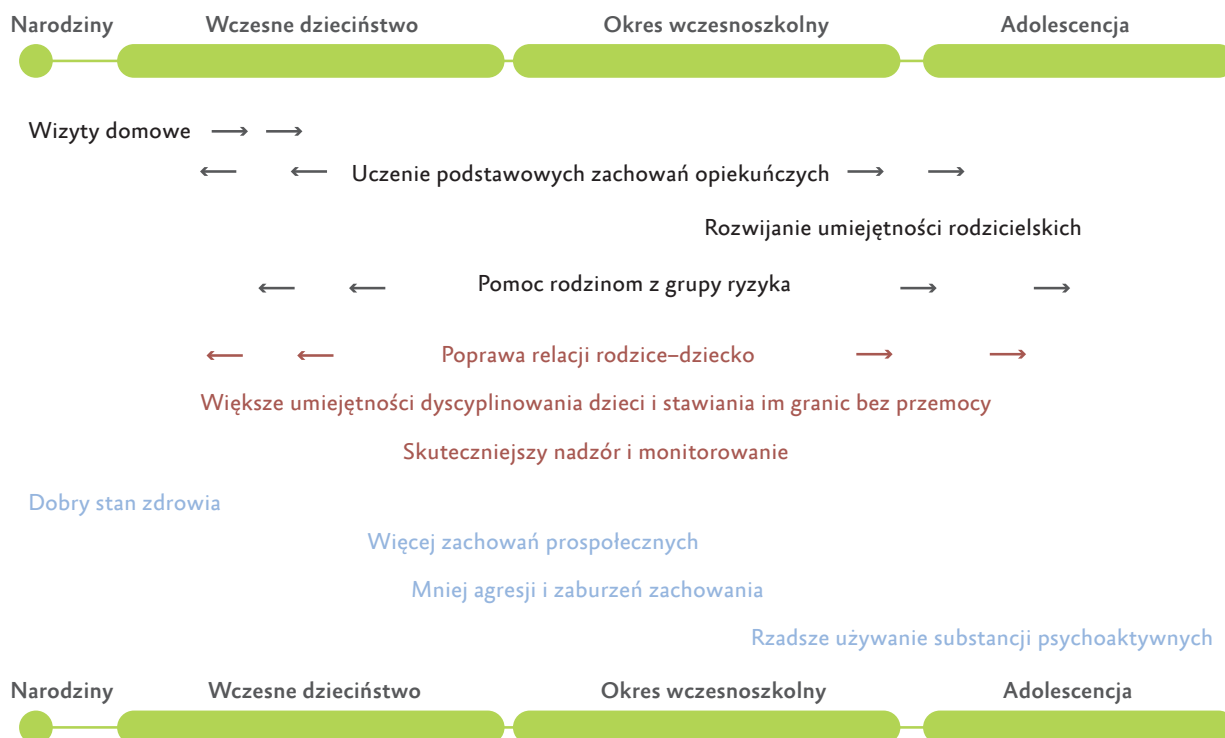
Programy skoncentrowane wyłącznie na poprawie umiejętności wychowawczych rodziców, takich jak umiejętność dyscyplinowania dzieci bez używania przemocy czy umiejętność skutecznego porozumiewania się z dziećmi, mogą angażować tylko rodziców. Dzieci mogą, ale nie muszą, uczestniczyć w takich programach.

Programy adresowane do rodzin mają na ogół szerszy zakres i obejmują zarówno zajęcia dla rodziców zmierzające do poprawy ich umiejętności wychowawczych, jak i treningi umiejętności psychospołecznych

dla dzieci, a także ćwiczenie umiejętności ważnych zarówno dla rodziców jak i dzieci. Zakres takich programów wykracza poza kształtowanie umiejętności wychowawczych rodziców i dotyczy tego, jak rodzice oraz dzieci wpływają na siebie nawzajem oraz jak funkcjonują jako rodzina.

Programy wzmacniania umiejętności przydatnych w rodzinie są czasem prowadzone w połączeniu z innymi programami – na przykład z programami szkolnymi realizowanymi w tej samej społeczności lokalnej w ramach szerszej, bardziej wszechstronnej strategii profilaktycznej. Szersze strategię wdrażane są przez społeczności lokalne, ponieważ wiele różnych czynników z poziomu makro i mikro wpływa na używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Istnieją dowody wskazujące, że łączenie strategii profilaktycznych może być skuteczne w ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży.

Niektóre programy zostały tak opracowane, aby być rodzajem intensywnej interwencji rodzinnej, której celem jest ograniczenie wczesnych zachowań problemowych, tak aby nie doszło do rozwoju używania substancji psychoaktywnych i innych poważnych problemów. Różnorodne sygnały mogą wskazywać na potrzebę podjęcia takiej interwencji. Należy do np. przemoc domowa, a czasem takim sygnałem są niepokojące zachowania dorastających dzieci poza środowiskiem rodzinnym: w szkole lub w społeczności



Rysunek 19. Programy profilaktyczne dla rodzin a okresy rozwojowe

lokalnej. Intensywne programy interwencyjne dla rodzin, w których dzieci zaczynają przejawiać problemy z zachowaniem, mogą być przydatne zarówno dla dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, jak i w okresie adolescencji.

Strategie wychowawcze i wzory interakcji rodzinnych zmieniają się wraz z wiekiem dzieci. Dlatego programy dla rodzin z dziećmi w różnym wieku powinny obejmować tematy dotyczące odpowiednich dla wieku dzieci strategii wychowawczych oraz zmieniających się z czasem interakcji w rodzinie.

Oczekiwane efekty programów profilaktycznych są również związane z fazą rozwoju, w której znajduje się dziecko. W początkowym okresie życia, wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym będą one dotyczyły stanu zdrowia, umiejętności i zachowań prospołecznych. W okresie dorastania, poza wyżej wymienionymi efektami, programy profilaktyczne mogą wpływać na ograniczenie zachowań problemowych, takich jak używanie substancji psychoaktywnych. Rysunek 19 pokazuje różne strategie (kolor czarny), cele (kolor czerwony) i efekty (kolor niebieski) możliwe do zastosowania lub osiągnięcia od momentu narodzin dziecka do okresu adolescencji.

Teorie leżące u podłoża programów adresowanych do rodzin pozwalają przypuszczać, że te programy, które będą wywierały pozytywny wpływ na procesy rodzinne, w tym na styl wychowania dzieci w rodzinie, będą sprzyjały również prozdrowotnym zachowaniom dorastających dzieci i zapobiegały zachowaniom problemowym. Rodzina jest jednym z najważniejszych czynników mikrospołecznych kształtujących indywidualne cechy dziecka, które mogą prowadzić do używania substancji psychoaktywnych. Rodzina jest bardzo istotnym środowiskiem rozwoju dziecka. Jej nieprawidłowe funkcjonowanie zwiększa ryzyko problemów u dzieci. Ale gdy rodzina dobrze funkcjonuje, prawdopodobieństwo wystąpienia u dzieci problemów zdecydowanie się zmniejsza. Programy adresowane do rodzin można rozpocząć już przed urodzeniem dziecka. Takim przykładem są programy wizyt domowych dla kobiet żyjących w ubóstwie, które są w ciąży po raz pierwszy. Tego rodzaju programy koncentrują się na poprawie: umiejętności rodzicielskich, dobrostanu matek, relacji matka–dziecko, a w dłuższej perspektywie – na pozytywnym rozwoju dziecka.

Najsilniejsze czynniki związane z rodziną, które wpływają na rozwój młodych ludzi, obejmują:

- **Dobre relacje rodzic–dziecko.** Jakość relacji rodzic–dziecko zaczyna się kształtować w okresie niemowlęcym, gdy między rodzicami i dzieckiem powstaje rodzaj więzi zwanej w psychologii „stylem

przywiązania”¹. Styl przywiązania pozostaje ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój dziecka w okresie dorastania. Chociaż niektóre cechy tej więzi zmieniają się wraz z upływem czasu, to ciepło i pozytywne wsparcie emocjonalne rodziców lub opiekunów stanowią silny czynnik chroniący dziecko przed podejmowaniem zachowań problemowych. Rodzice, którzy znajdują czas dla swojego dziecka oraz aktywnie i pozytywnie angażują się w jego życie, budują w ten sposób wzajemne pozytywne relacje. Programy oparte na rozwijaniu umiejętności rodziców mogą im pomagać w ich codziennych obowiązkach, sprzyjać zdrowszym relacjom rodzic–dziecko oraz bardziej pozytywnym zachowaniom dzieci, a w dłuższej perspektywie służyć ograniczeniu używania substancji psychoaktywnych w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości.

- **Strategie nauki zachowania.** Uczenie pożądanych zachowań i odpowiednie reagowanie na zachowania ryzykowne dzieci są ważnymi elementami pracy wychowawczej rodziców. Uczenie rodziców efektywnych strategii wychowawczych służy temu, by lepiej pomagali dzieciom internalizować (uewnętrznić) odpowiednie standardy zachowań. Istnieje wiele strategii wychowawczych, które są wykorzystywane do wspomagania tego procesu. Wśród nich warto wymienić dwie: (1) umiejętne formułowanie wymagań przez rodziców – zasady są komunikowane w jasny i stanowczy sposób, ale jednocześnie rodzice nie są zbyt surowi oraz (2) stosowanie efektywnych sposobów monitorowania zachowań dzieci poza domem, żeby wiedzieć, gdzie i z kim dziecko spędza czas. Te strategie mogą chronić przed negatywnymi wpływami społecznymi.
- **Przekazywanie wartości rodzinnych.** Rodziny, które kultywują wartości sprzyjające pozytywnemu funkcjonowaniu rodziny (np. miłość, odpowiedzialność, troskę) i starają się przekazać je swoim dzieciom, wspierają ich pozytywny rozwój i ograniczają u nich ryzyko rozwoju zachowań problemowych. Wartości przekazywane w rodzinie mogą chronić przez silnymi negatywnymi wpływami obecnymi w niektórych społecznościach.
- **Zaangażowanie w życie dziecka.** Aktywne zaangażowanie w życie dzieci, spędzanie z nimi czasu na wspólnych zabawach pomaga zbudować pozytywną więź rodzic–dziecko. Przez tego rodzaju działania rodzice przekazują dziecku, że troszczą się o jego dobrostan w wymiarze emocjonalnym, osobistym i społecznym, a nie tylko koncentrują się na nauce odpowiednich zasad czy zachowań, takich jak przestrzeganie zasad społecznych itp.

¹ Autorzy tłumaczenia wyjaśniają, że – w uproszczeniu – style przywiązania w dzieciństwie dzielą się na „bezpieczne” i „niebezpieczne”. Te ostatnie mają negatywny wpływ na rozwój dziecka.

- **Rodzice, którzy wspierają dziecko emocjonalnie, intelektualnie i finansowo, zapewniają mu zasoby niezbędne do zdrowego rozwoju.**

Jeśli uda się wzmocnić niektóre z tych istotnych czynników rodzinnych przez wdrożenie programów profilaktycznych, możliwe będzie ograniczenie zachowań ryzykownych młodzieży, takich jak używanie substancji psychoaktywnych.

Jednym z wyzwań związanych z programami ukierunkowanymi na rodzinę jest to, że realizowane są wtedy, gdy dzieci są jeszcze zbyt małe, by podejmować zachowania, którym te programy mają przeciwdziałać. Oznacza to, że ich bezpośrednim celem może być zmiana praktyk wychowawczych rodziców, a w dłuższej perspektywie jest nim zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych przez dorastające dzieci. Podstawą podejmowanych działań profilaktycznych jest uzasadnione przekonanie, że poprawa umiejętności wychowawczych rodziców oraz relacji w rodzinie wpłynie pozytywnie na rozwój dorastających dzieci. Efekty docelowe takich programów będą jednak widoczne po kilku lub kilkunastu latach.

Istotnym pytaniem jest: *Jakie są kluczowe elementy skutecznego programu profilaktycznego adresowanego do rodziny?* W jednym z badań zidentyfikowano kilka kluczowych elementów programów rozwoju umiejętności wychowawczych u rodziców dzieci w wieku od 0 do 7 lat. Stwierdzono, że dobre efekty przynoszą programy:

- Skoncentrowane są na pozytywnych interakcjach między rodzicami i dziećmi – rodzice są uczeni, jak spędzać czas ze swoimi dziećmi w sytuacjach nieformalnych, takich jak zabawa, oraz jak okazywać entuzjazm i pozytywną energię dziecku, a także jak wykorzystywać spontaniczną i twórczą aktywność dziecka.
- Ukierunkowane na przekazywaniu rodzicom wiedzy o emocjach i metodach ich komunikowania – np. jak korzystać z umiejętności aktywnego słuchania, tak by odzwierciedlać to, co mówi dziecko; jak nauczyć dziecko rozpoznawania, nazywania i odpowiedniego wyrażania emocji; jak unikać u siebie negatywnych sposobów komunikowania, np. sarkazmu.
- Nastawione na uczenie rodziców umiejętności dyscyplinowania dzieci poprzez jasne stawianie granic i czasowe wykluczanie dziecka z atrakcyjnych zajęć, jeśli przekracza te granice oraz konsekwentne reagowanie na niewłaściwe zachowania dziecka.
- Skonstruowane tak, aby rodzice mogli ćwiczyć te umiejętności z własnymi dziećmi, zarówno podczas zorganizowanych zajęć, jak i w domu. Przy czym, ćwiczenia te nie polegają na odgrywaniu ról, lecz na rzeczywistych interakcjach między rodzicami i dziećmi.

Tematyka programów adresowanych do rodzin

Programy profilaktyczne dla rodzin są czymś więcej, niż to, co opisano powyżej. Przyjrzyjmy się bardziej dokładnie, jak można dostosowywać treści programu do potrzeb rodziców, dzieci oraz rodziny jako całości.

Tematyka dla rodziców

W programach rozwijania umiejętności wychowawczych rodziców wykorzystywane są różne rodzaje działań. Przegląd badań dokonany przez Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności (UNODC) wskazuje, że najskuteczniejsze programy w zakresie umiejętności rodzicielskich obejmują w szczególności uczenie rodziców **wrażliwości** na potrzeby dzieci. Skuteczne programy przygotowują rodziców, aby właściwie reagowali na potrzeby i prośby ich dzieci. Ważne jest też uczenie rodziców okazywania **uczuć i empatii** – sobie nawzajem, swoim dzieciom oraz innym ludziom. W zachowaniach rodziców istotne jest także:

- okazywanie życzliwości i uważności – dzieci powinny być chwalone, gdy zachowują się dobrze – a nie tylko ganione, gdy łamią zasady;
- rozmawianie o swoich emocjach oraz o emocjach dzieci – pomoże to dzieciom w rozpoznawaniu i wyrażaniu uczuć;
- modelowanie odpowiednich zachowań – jeśli nie chcą, aby ich dorastające dzieci używały substancji psychoaktywnych, powinni modelować odpowiednie zachowania dotyczące tych substancji;
- przyswajanie umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz panowania nad gniewem, tak aby rodzice potrafili zmierzyć się z nieuchronnym stresem oraz zmianami w rodzinie i w środowisku społecznym;
- umiejętne włączanie się w zabawy dzieci, co oznacza pozwalanie dzieciom na kierowanie w pewnym zakresie zabawą oraz przejmowanie inicjatywy, gdy dzieci chętnie podążają za rodzicami;
- formułowanie oczekiwań dostosowanych do wieku i poziomu rozwoju swoich dzieci (zob. Aneks 2).
Dodatkowe tematy i zajęcia powinny przekazać rodzicom, jak zapewnić dzieciom odpowiednią strukturę środowiska wychowawczego. Struktura oznacza wiele rzeczy i może obejmować:
- rozwijanie u rodziców umiejętności utrzymywania dyscypliny w sposób dostosowany do wieku dzieci, a zwłaszcza pomoc rodzicom w uczeniu dzieci, jakie są konsekwencje ich niewłaściwych zachowań;
- doskonalenie umiejętności ustalania i jasnego komunikowania zasad domowych oraz pomaganie dzieciom w przyswajaniu zasad i wartości podzielanych przez społeczeństwo;

- uświadomienie rodziców, w jaki sposób mogą chronić dzieci przed przyjmowaniem niepożądanych wzorów zachowań obserwowanych w rodzinie i w otoczeniu społecznym, np. w najbliższym sąsiedztwie lub w mediach;
- w przypadku par małżeńskich osiągnięcie porozumienia w sprawie podstawowych zasad dotyczących opieki i wychowania dzieci oraz wcielania tego porozumienia w życie;
- wiedzę i umiejętności rodziców, jak skutecznie monitorować dzieci, gdy przebywają poza domem; gdzie przebywają, z kim spędzają czas i co robią.
- uczenie rodziców umiejętności rozwiązywania konfliktów, wychodzenia z twarzą z kłótni i wybaczenia – pomoże to tworzyć w rodzinie ciepłą i otwartą emocjonalnie atmosferę, a także zmniejszyć ekspozycję dzieci na konflikty między rodzicami;
- zwyczaje rodzinne, takie jak wspólne posiłki czy czytanie dzieciom przed snem, które tworzą naturalne okazje do rozmów na ważne tematy – i unikanie przy tym wygłaszania wykładów.

Zaangażowanie w życie szkolne dziecka. Dobre programy mogą również przygotowywać rodziców do angażowania się w życie szkolne dziecka. Szkoła obok rodziny jest jednym z najważniejszych środowisk socjalizacyjnych. Niektórzy rodzice niechętnie kontaktują się ze szkołą. Badania wskazują jednak, że gdy rodzice pomagają dzieciom tworzyć pozytywną więź ze szkołą, dzieci lepiej sobie w niej radzą. Aby to osiągnąć, rodzice powinni:

- monitorować postępy dziecka w szkole i pomagać mu w nauce;
- pozostawać w kontakcie ze szkołą i wiedzieć, co dzieje się w środowisku szkolnym ich dziecka.

Tematyka zajęć z dziećmi

Istnieje wiele ważnych umiejętności życiowych, których dzieci i młodzież należy nauczyć, a rodzice powinni być gotowi do pomocy w kształtowaniu tych umiejętności.

Umiejętności emocjonalne. Jednym z rodzajów umiejętności życiowych, które można rozwijać za pomocą programów profilaktycznych, są umiejętności emocjonalne. Te programy mogą być także pomocne w doskonaleniu ich u rodziców. Umiejętności emocjonalne składają się z:

- rozpoznawania własnych emocji oraz u innych osób;
- adekwatnego wyrażania swoich emocji;
- zarządzania trudnymi emocjami;
- odczuwania i okazywania empatii osobom, które potrzebują wsparcia;
- przyjmowania informacji zwrotnych bez ich odrzucania – to dobry sposób na poznanie siebie i swoich relacji z innymi osobami.

Plany na przyszłość. Kolejną przydatną umiejętnością życiową, którą warto rozwijać u młodych ludzi, jest

umiejętność tworzenia planów na przyszłość. Dorastające dzieci, które umieją myśleć pozytywnie o przyszłości, potrafią również ustalać dla siebie realistyczne cele. Są również w stanie zrozumieć, w jaki sposób niektóre zachowania – takie jak używanie substancji psychoaktywnych – mogą uniemożliwić im osiągnięcie tych celów.

Umiejętności rozwiązywania problemów. Dzieci i młodzież powinny opanować umiejętności skutecznego rozwiązywania problemów. Te umiejętności będą im pomocne, gdy znajdą się w trudnych lub ryzykownych sytuacjach z rówieśnikami i będą musiały znaleźć najlepsze rozwiązanie problemu.

Troska o siebie. Dzieci i nastolatki powinny również nauczyć się, jak dbać o siebie w zdrowy sposób – jak się odżywiać, jak dbać o zdrowie fizyczne oraz wiedzieć, jak używanie substancji wpływa na mózg, rozwój fizyczny, zdrowie psychiczne, zachowanie, emocje, rozwój poznawczy, relacje z przyjaciółmi i rodziną, wyniki w nauce, a także na ich przyszłe możliwości.

Budowanie pozytywnych relacji. Skuteczne programy powinny uczyć młodzież, jak budować pozytywne relacje z innymi – jak akceptować różne role społeczne i współpracować z innymi. Programy profilaktyczne mogą pomóc młodym ludziom zrozumieć, jakie jest ich miejsce w świecie oraz jak ważne są dobre relacje z innymi ludźmi, a także jak unikać szkodliwych (toksycznych) relacji z innymi ludźmi.

Szacunek dla innych. Programy profilaktyczne mogą również służyć wzmocnieniu takich wartości jak szacunek dla innych ludzi – poszanowanie indywidualnych różnic oraz szacunek dla seniorów, mniejszości etnicznych oraz osób sprawujących ważne funkcje publiczne.

Skuteczne porozumiewanie się z innymi. Młodzież może nauczyć się skutecznie komunikować przez aktywne słuchanie i jasne wyrażanie swoich potrzeb. Korzystanie z tych umiejętności może pomóc w rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych.

Przeciwstawianie się presji rówieśników. Wiele skutecznych programów koncentruje się na uczeniu umiejętności radzenia sobie z presją rówieśniczą, tak aby młodzi ludzie nie ulegali namowom niektórych rówieśników, którzy będą próbowali skłonić ich do używania substancji psychoaktywnych.

Tematyka zajęć z całą rodziną

W programach dotyczących całych rodzin ważne jest, aby uczestnicy mogli wspólnie doskonalить umiejętności, co pomoże im lepiej korzystać z udziału w programie i motywować się nawzajem poprzez pochwały i pozytywne informacje zwrotne.

Komunikacja. Dobremu porozumiewaniu się służy doskonalenie u wszystkich członków rodziny umiejętności uważnego słuchania, jasnego komunikowania zasad i obowiązków, a także spokojnego dyskusowania

na tematy trudne dla dzieci i rodziców, takie jak używanie substancji psychoaktywnych oraz seksualność.

Struktura życia rodzinnego. Ważną kwestią jest także organizacja wspólnego życia rodzinnego, ustalenie jasnych i spójnych zasad oraz sprawiedliwe egzekwowanie wymagań, rozwiązywanie nieuniknionych konfliktów przez otwartą dyskusję, formułowanie oczekiwań, dzielenie się swoimi emocjami.

Programy dla rodzin oparte na dowodach naukowych

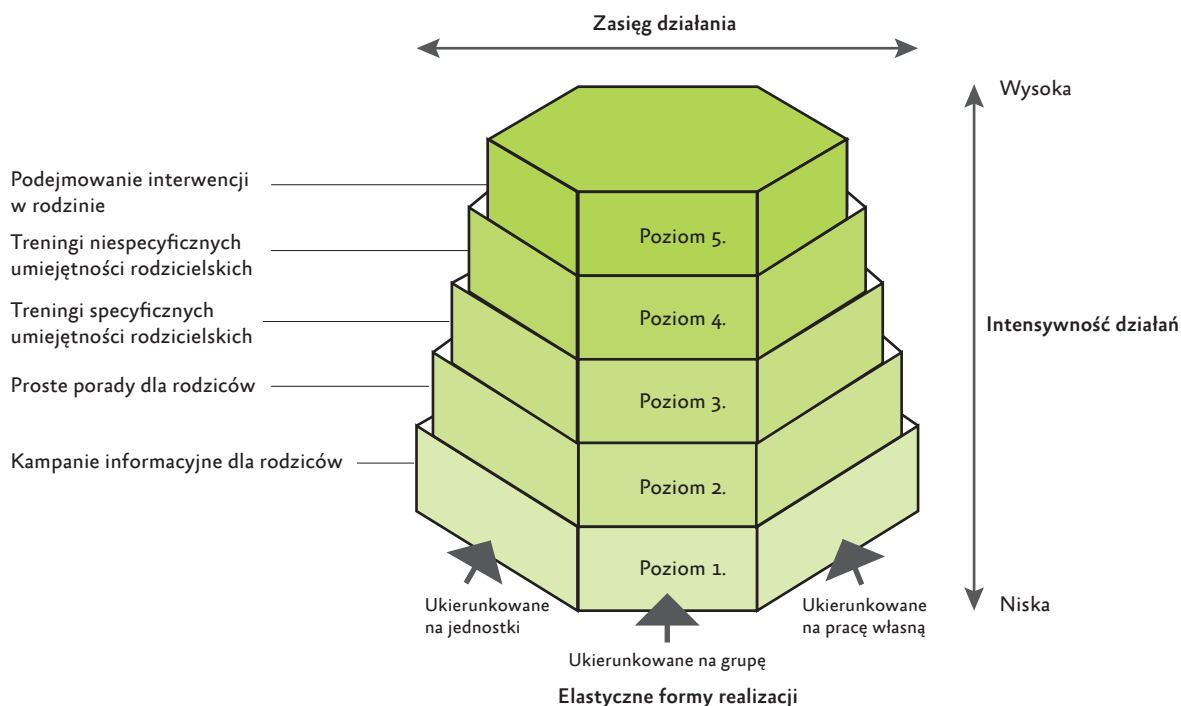
Omówione zostaną tu programy EFEKT, *The Functional Family Therapy* oraz *Triple P*. Badania przeprowadzone w różnych krajach europejskich wskazują, że te programy przynoszą obiecujące efekty. Ich wyboru dokonano na podstawie bazy Xchange prowadzonej przez EMCDDA. Krótkie opisy tych programów stanowią inspirację do poszukiwania programów odpowiednich dla konkretnych grup odbiorców i ich potrzeb.

Program EFEKT został zaklasyfikowany w bazie Xchange jako „skuteczny” (*beneficial*). Jest to program profilaktyki uniwersalnej adresowany do młodzieży w wieku od 13 do 16 lat, którego celem jest powstrzymanie nastolatków od picia alkoholu przez zmianę postaw ich rodziców. Rodzice są zachęceni do przyjęcia zasady „zero tolerancji” dla spożywania alkoholu przez dzieci. Odpowiednie informacje przekazywane są

rodzicom na szkolnych spotkaniach na początku każdego semestru oraz poprzez listy wysyłane regularnie do domu w ciągu nauki w szkole. Rodzice otrzymują także materiały, w których szczegółowo opisane są zorganizowane zajęcia pozalekcyjne oferowane w ich społeczności lokalnej, aby dzieci mogły spędzać swój czas wolny w konstruktywny sposób.

The Functional Family Therapy jest programem z zakresu profilaktyki wskazującej, adresowanym do młodzieży z grupy ryzyka w wieku od 11 do 18 lat. Został zaklasyfikowany w bazie Xchange jako „prawdopodobnie skuteczny” (*likely to be beneficial*). Program zmierza do ograniczenia zachowań antyspołecznych i przestępczości oraz zmniejszenia używania substancji psychoaktywnych, a także ma na celu podtrzymanie dobrych relacji między dorastającymi dziećmi a ich rodzicami. Działania programu prowadzone są na podstawie indywidualnego dla danej rodziny profilu czynników ryzyka i chroniących. Celem jest poprawa umiejętności wychowawczych rodziców, a także lepsze przystosowanie młodzieży do życia w społeczeństwie, co obejmuje pożądane zmiany w sferze poznawczej, emocjonalnej i w zachowaniach młodych ludzi.

*Triple P – Positive Parenting Program*² to zorientowana profilaktycznie strategia wsparcia rodziców i rodziny, która ma na celu zapobieganie poważnym problemom u dzieci (zaburzeniom zachowania, problemom emocjonalnym i rozwojowym) poprzez poprawę wiedzy, umiejętności oraz sprawczości rodziców (rys. 20).



Rysunek 20. Program Triple P

² Więcej informacji na stronie: <http://www.triplep.net/glo-en/home/>

Triple P nie jest notowany w bazie Xchange, ale inna znana baza programów – *Blueprints* – klasyfikuje go jako program „obiecujący”. Chociaż program ma wiele wersji, to jego podstawę tworzy pięć podstawowych zasad pozytywnego wychowania: (1) zapewnienie bezpiecznego i zarazem ciekawego (angażującego) środowiska; (2) tworzenie przyjaznego środowiska do nauki; (3) konsekwentne przestrzeganie wprowadzonych zasad i wymagań; (4) stawianie dzieciom realistycznych oczekiwań; oraz (5) dbanie przez rodziców o siebie i swoje potrzeby. Stosowanie tych zasad przez rodziców zmniejsza ryzyko problemów u dzieci i jednocześnie wspomaga ich pozytywny rozwój i dobre funkcjonowanie psychiczne.

Innym często wykorzystywanym programem jest Program Wzmacniania Rodziny 10–14³. Ewaluacja tego programu przeprowadzona w USA wykazała dobre efekty i w amerykańskiej bazie *Blueprints* program został zaklasyfikowany jako „obiecujący”. Jak dotąd, nie udało się udokumentować jego skuteczności w europejskich adaptacjach, dlatego europejska baza Xchange klasyfikuje go jako „raczej nieskuteczny” (*unlikely to be beneficial*)⁴.

Wyzwania

Organizacje, które podejmują działania profilaktyczne adresowane do rodzin mogą napotkać wiele wyzwań i przeszkód. Wyzwaniem może być, po prostu, pełna realizacja takiego programu. Ale znacznie więcej trudności wiąże się z wdrożeniem programu na tyle szeroko, aby przyniosło to znaczące efekty w populacji dzieci i młodzieży. Poniżej opisane są niektóre z wyzwań wraz z poradami, jak sobie z nimi radzić.

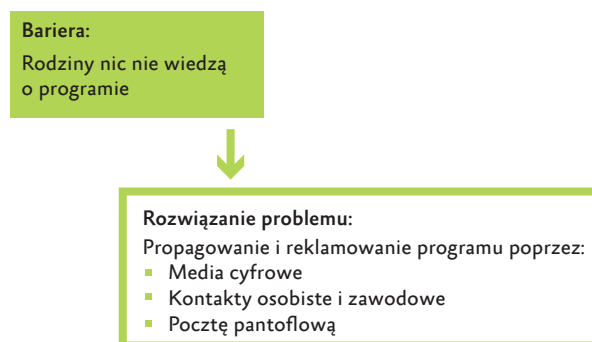
Największą trudnością w realizacji programów adresowanych do rodzin, zwłaszcza z zakresu profilaktyki uniwersalnej i selektywnej, jest rekrutacja rodzin oraz ich utrzymanie w programie. Badania wskazują, że realizacja programów dla rodzin charakteryzuje się zazwyczaj niską frekwencją. W przypadku programów profilaktyki uniwersalnej udaje się włączyć od 10 do 30% rodzin spełniających kryteria. W przypadku programów profilaktyki wskazującej, czyli działań adresowanych dla rodzin tych młodych ludzi, którzy mają już problemy, wskaźniki te mogą być wyższe – od 40 do 60% rodzin spełniających kryteria. Z drugiej strony wiadomo, że w przypadku rodzin dysfunkcyjnych wskaźniki udziału mogą być niższe. Niskie wskaźniki udziału mogą oznaczać, że programy

profilaktyczne dla rodzin nie obejmują wystarczającej liczby odbiorców, aby wpłynąć na stan zdrowia publicznego.

Na podstawie badań zidentyfikowano najczęściej występujące bariery, które utrudniają rodzinom udział w typowych programach do nich adresowanych. Należą do nich poniższe.

- Brak wiedzy rodziców o możliwości udziału w programie. Informacja o programie nie dotarła do rodzin, które mogą potrzebować takich oddziaływań.
- Wyobrażenia oraz odczucia rodziny dotyczące programu, które mogą mieć wpływ na chęć uczestnictwa w programie.
- Brak czasu wynikający z licznych zajęć i obowiązków rodzinnych. Przyjście raz w tygodniu na spotkanie, które trwa 2 lub 3 godziny, może być trudne dla niektórych rodzin.
- Realizacja programu w miejscu, do którego rodziny trudno jest dotrzeć. Rodziny mogą nie dysponować odpowiednimi środkami transportu albo dojazd zająłby im dużo czasu i mógłby być kosztowny.

Należy więc przyjmować rozwiązania metodyczne i logistyczne, które pomogą przezwyciężyć te ograniczenia (zob. rys. 21–23).



Rysunek 21. Bariery dla rodzin (1)

Ze względu na dostępne zasoby te rozwiązania będą odmienne w każdej społeczności. Istnieją jednak skuteczne sposoby przekazywania rodzinom informacji o programie profilaktycznym.

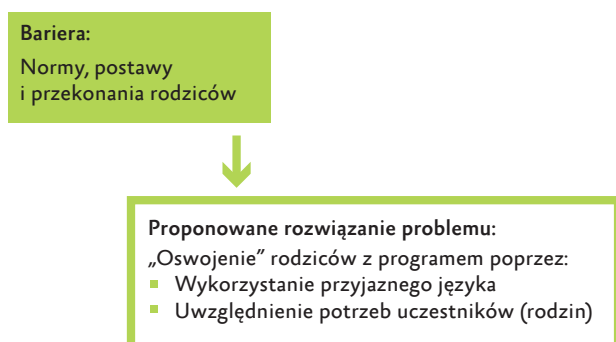
Jednym z takich sposobów jest zaangażowanie **mediów**. Kiedy tylko jest to możliwe, organizacje prowadzące działania profilaktyczne powinny przekazywać informacje o swoim programie w lokalnej prasie lub w lokalnych stacjach radiowych. W niektórych środowiskach skutecznym sposobem jest informowanie poprzez serwisy społecznościowe.

³ Program znajduje się w polskim Systemie Rekomendacji Programów Promocji Zdrowia Psychicznego i Profilaktyki. Więcej informacji na stronie <https://programyrekomentowane.pl/strony/artykuly/program-wzmacniania-rodziny,20>

⁴ Warto dodać (od autorów tłumaczenia), że badania prowadzone w Polsce potwierdziły skuteczność polskiej adaptacji tego programu w zakresie rozwijania kompetencji wychowawczych rodziców (Okulicz-Kozaryn, 2015).

Skutecznie wykorzystano ten sposób upowszechniania informacji wśród grupy docelowej programu Triple P. W jednym z badań stwierdzono, że wykorzystanie mediów społecznościowych spowodowało, iż o tym programie usłyszało prawie 80% rodziców ze społeczności lokalnej.

Kontakty osobiste i zawodowe. Informowanie o programie dla rodzin za pomocą sieci własnych kontaktów zawodowych jest również dobrą strategią. Pomocne jest także wykorzystanie w celach informacyjnych kontaktów z innymi organizacjami, które zajmują się młodzieżą i rodzinami. Rodziny czują się bardziej komfortowo, jeśli informacja o programie pochodzi z zaufanego źródła.



Rysunek 22. Bariery dla rodzin (2)

Czasami rodzice wyrażają pogląd, że program jest przeznaczony dla „złych” rodziców, bądź sądzą, że „nie potrzebują” programu lub mogą mieć wcześniejsze negatywne doświadczenia z instytucjami pomocowymi, co sprawia, że będą niechętni do wzięcia udziału w kolejnym programie. Ważne jest więc, aby upewnić się, czy realizatorzy używają pozytywnego języka oraz przystępnie wyjaśniają, jakie korzyści może przynieść rodzinie udział w programie. Sposób, w jaki program jest opisywany w broszurach i w mediach, może pomóc ukształtować opinie rodziców na temat tego, czy program będzie dla nich odpowiedni, czy też nie.

Rodzice mogą nie widzieć potrzeby udziału w programie oraz sądzić, że nie będzie to dla nich korzystne. Akceptację dla proponowanych działań może zwiększyć umiejętne przekazanie rodzinom informacji, w jaki sposób program zaspokoi ich specyficzne potrzeby. Można do tego celu wykorzystać dobrze przygotowane materiały reklamowe, w których podkreślone są najistotniejsze elementy programu. Czasem jednak bardziej pomocny będzie bezpośredni kontakt z rodzinami. Można to zrobić, odwiedzając rodziny w ich domach albo organizując grupowe spotkania, podczas których rodzice będą mogli dowiedzieć się więcej o programie.

Bariera:
Termin i godziny realizacji programu kolidują z innymi obowiązkami rodziców



Proponowane rozwiązanie:

- Bądź elastyczny w ustalaniu harmonogramu zajęć
- Znajdź dogodne terminy / godziny zajęć
- Zapewnij dogodne miejsce oraz pomoc w dojeździe
- Zadbaj o zachęty: poczęstunek, opiekę nad dziećmi, nagrody

Rysunek 23. Bariery dla rodzin (3)

Jedną z najczęściej wskazywanych przez rodziców barier są problemy logistyczne związane ze zmieszczeniem 2-godzinnej sesji programu profilaktycznego w harmonogramie zajęć rodzinnych. W utrzymaniu dobrej frekwencji pomocne będzie takie zaplanowanie terminów sesji, aby odpowiadały jak największej liczbie rodzin. Korzystanie z terminów powiązanych z godzinami rutynowych spotkań rodziców, takich jak wywiadówki szkolne, jak to miało miejsce w przypadku programu EFEKT, może pomóc w przewyżczeniu problemów logistycznych. Ważne jest jednak, aby szanować wspólny czas wolny rodzin – i to jest jeden z aspektów życia rodziny, który autorzy programów profilaktycznych starają się promować.

Wyższej frekwencji sprzyja także znalezienie dogodnego miejsca do zajęć oraz pomoc w zorganizowaniu dojazdu. Idealny byłby wybór takiego miejsca, który uczestnicy programu i tak często odwiedzają. Najlepiej, by miejsce to znajdowało się blisko domów rodzinnych, ale w dużych miastach lub na obszarach wiejskich może to nie być możliwe, a dodatkowym problemem może być utrudniony dojazd. W przypadku niektórych programów można rozważyć pokrycie kosztów dojazdu uczestników.

Pomocne w motywowaniu rodzin do udziału w programie mogą też być rozmaite miłe zachęty przeznaczone dla uczestników. Mogą one pomóc w pokonywaniu barier logistycznych. Na przykład, zapewnienie poczęstunku oraz opieki nad dziećmi może ułatwić rodzicom zorganizowanie życia rodziny tak, by móc wziąć udział w sesjach, które odbywają się wieczorem. Warto skonsultować się z lokalnymi liderami, aby dowiedzieć się, jakie zachęty mogą być dla rodzin najbardziej przydatne.

Rekrutacja rodzin do programu profilaktycznego nie sprowadza się do rutynowego poinformowania o programie oraz oczekiwania na przyjęcie chętnych. Pomocne w opracowaniu skutecznego planu rekrutacji i utrzymania rodzin w programie będzie sprawdzenie, z jakimi rodzinami mamy do czynienia, czego potrzebują, co je łączy oraz jak wyglądają ich związki ze szkołą, społecznością lokalną i instytucjami pomocowymi.

Na przykład, dla rodzin o niskim statusie społeczno-ekonomicznym przydatne mogą być zachęty finansowe. Pomocne w budowaniu zaufania oraz tworzeniu dobrej marki programu w społeczności – a tym samym w rekrutacji – może być także tworzenie silnych, opartych na szacunku relacji z rodzinami, które mogą być zainteresowane udziałem w programie, podtrzymywanie kontaktów z rodzinami, nawet jeśli nie pojawiają się

na pierwszych sesjach. Bardziej skuteczne jest przy tym korzystanie z kilku różnych strategii rekrutacji. Warto informować o programie kilka razy, na różne sposoby oraz różnymi drogami. Zalecane jest przekazywanie rodzinom wiadomości co najmniej na trzy różne sposoby, ponieważ dotarcie z informacją do niektórych rodzin może nie być łatwe.

Rozdział 6

Profilaktyka w szkole i w miejscu pracy



EUPC

Miejszem działań profilaktycznych jest również szkoła i zakład pracy. Oba te środowiska należą do poziomu mikrospołecznego. W rozdziale tym omówiono profilaktykę w tych dwóch środowiskach; rozpoczyna się on od charakterystyki szkolnych programów profilaktycznych, ale zawiera także informacje, jak wykorzystywać teorie w praktyce działań profilaktycznych. Podkreślone zostanie znaczenie pozyskiwania różnych danych na temat uczniów (np. na temat używania przez nich substancji psychoaktywnych, środowiskowych czynników ryzyka) w celu właściwego opracowywania programów profilaktyki szkolnej. Programy oparte na dowodach naukowych – *Unplugged*, *The Good Behavior Game* (GBG)¹ i KiVa – zostaną przedstawione w tym miejscu jako przykłady skutecznych szkolnych programów profilaktycznych.

W Europie nie ma, niestety, zbyt wielu programów profilaktycznych przeznaczonych do realizacji w zakładach pracy, a jeszcze mniej jest takich, które są oparte na dowodach naukowych. Mamy nadzieję, że ten rozdział stanowić będzie inspirację dla osób, które chcą zaangażować się w rozwój profilaktyki w miejscach pracy. Przybliżone zostaną tu cechy działań profilaktycznych w miejscu pracy oraz bariery, które można napotkać, prowadząc taką działalność.

Profilaktyka szkolna

W przypadku dzieci i młodzieży rodzina i szkoła to dwa główne środowiska, w których można prowadzić profilaktykę używania substancji psychoaktywnych. Wiele dzieci prawdopodobnie spędza więcej czasu w szkole niż z obojgiem rodziców. Zaletą szkół (tab. 12)

jest to, że treści profilaktyczne mogą być przekazywane wszystkim uczniom (profilaktyka uniwersalna), a nie tylko tym, którzy należą do grupy podwyższonego ryzyka (profilaktyka selektywna) lub są szczególnie podatni na ryzyko i sięgają już po substancje psychoaktywne (profilaktyka wskazująca). Wszyscy uczniowie mogą skorzystać z działań profilaktycznych, ponieważ każdy jest narażony na pewne ryzyko. Co więcej, przekaz profilaktyczny adresowany do wszystkich młodych ludzi nie stygmatyzuje, ponieważ prowadzenie takich działań nie wymaga identyfikowania oraz tworzenia osobnych grup dla tych, którzy już zaczęli sięgać po substancje psychoaktywne. Jak wiadomo, umieszczanie zagrożonych młodych ludzi w jednej grupie zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania przez nich zachowań ryzykownych (Poulin i Dishion, 2001).

Tabela 12. Rodzaje szkolnych programów profilaktycznych i ich skuteczność

Interwencja	Poziom profilaktyki	Jakość dowodów
Profilaktyka oparta na rozwoju umiejętności życiowych oraz umiejętności radzenia sobie z negatywnymi wpływami społecznymi	Uniwersalna i selektywna Populacja generalna i grupy ryzyka	*** Dobre
Przepisy wewnątrzszkolne i kultura szkoły	Uniwersalna Populacja generalna	** Dostateczne
Ograniczenie indywidualnej podatności na zachowania ryzykowne	Wskazująca Osoby zagrożone	** Dostateczne

¹ Programy *Unplugged* oraz *Good Behavior Game* mają polską adaptację. Więcej informacji na stronie <https://programyrekomendowane.pl>.

System szkolnictwa jest różnie zorganizowany, ale prawie w każdym kraju szkoły odgrywają istotną rolę w przygotowaniu młodych ludzi do udziału w życiu rodziny, zakładów pracy i całego społeczeństwa. Jednak szkoła i edukacja przynoszą znacznie większe korzyści niż tylko przygotowanie do życia w rodzinie i społeczeństwie. Raport Banku Światowego z 2007 roku (Hanushek i Wößmann, 2007), w którym przedstawiono analizy dotyczące edukacji oraz gospodarek narodowych wskazuje, że: „Istnieją mocne dowody na to, że to raczej umiejętności poznawcze obywateli – a nie ich wyniki w nauce szkolnej – są silnie powiązane z indywidualnymi zarobkami, z podziałem dochodów oraz ze wzrostem gospodarczym”. Dzięki umiejętnościom poznawczym uczniowie mogą:

- myśleć samodzielnie oraz rozwiązywać problemy, zarówno indywidualnie, jak i we współpracy z innymi;
- analizować, interpretować oraz rozwiązywać problemy z wykorzystaniem nowo zdobytych informacji lub nowych procedur;
- wyciągać wnioski i znajdować rozwiązania, analizując zależności między danym problemem a jego uwarunkowaniami.

Szkoła, tak jak rodzina, jest jednym z kluczowych mikrośrodków, które wpływają na rozwój dzieci, ich prospołeczne postawy i zachowania. Wiele interakcji, które zachodzą między właściwościami indywidualnymi człowieka i jego środowiskiem społecznym, wpływa na zachowanie. Te interakcje mają wpływ na kształt wartości, przekonań, postaw oraz zachowanie dzieci i młodzieży. Szkoła może wpływać na to, jak dzieci i młodzież postrzegają społeczną akceptację dla wielu zachowań pozytywnych i negatywnych. Szkolne programy profilaktyczne mogą zatem wpływać na podejmowanie określonych zachowań, w szczególności na ryzyko używania substancji psychoaktywnych.

Gdy mowa jest o profilaktyce prowadzonej w szkołach, zazwyczaj odnosi się to do działań prowadzonych wśród dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych i średnich. Profilaktyka jest również potrzebna studentom uniwersytetów i innych szkół wyższych. Studenci są w znacznym stopniu narażeni na ryzyko używania substancji psychoaktywnych, ponieważ wielu z nich wyprowadziło się na czas studiów z domu rodzinnego, np. do akademika, w którym mają większą niezależność i sami odpowiadają za swoje zachowania społeczne i zdrowotne. Niektóre substancje mogą być dla nich łatwo dostępne w środowisku studenckim, a zwyczaj sięgania po substancje psychoaktywne może być obecny zarówno w organizacjach, jak i na imprezach studenckich.

Szkoły i uniwersytety mają zatem do odegrania istotną rolę w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych. Chociaż szczególnie istotne w tym kontekście jest tworzenie i dbanie o pozytywny klimat społeczny szkoły lub uczelni, to szkoły odgrywają

także ważną rolę przynajmniej w trzech dodatkowych obszarach, takich jak:

- **Działania ukierunkowane na indywidualne zachowania uczniów** – zapobieganie lub przynajmniej opóźnianie inicjacji używania substancji psychoaktywnych przez próbę zaszczepienia młodzieży wartości, norm, przekonań i postaw przeciwnych używaniu tych substancji oraz przez kształtowanie umiejętności skutecznego radzenia sobie z rówieśnikami, którzy mogą nakłaniać lub zachęcać do używania substancji psychoaktywnych.
- **Tworzenie bezpiecznego środowiska szkolnego** – opracowanie realnych, jasnych i konsekwentnie egzekwowanych przepisów zakazujących używania substancji psychoaktywnych oraz ich sprzedaży, w tym alkoholu i tytoniu, na terenie szkół i w ich pobliżu oraz na wszystkich imprezach organizowanych przez szkoły.
- **Redukcja negatywnych konsekwencji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych** – uczniów używających substancji psychoaktywnych należy traktować z troską i szacunkiem, kierując w razie potrzeby do odpowiednich poradni i ośrodków (w tym do ośrodków leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji) oraz służąc im pomocą w ograniczaniu lub zaprzestaniu używania tych substancji.

Badania dotyczące skuteczności szkolnych programów profilaktycznych wykazały także ich pozytywny wpływ na dwa istotne cele edukacji – poprawę osiągnięć w nauce oraz ograniczenie liczby uczniów, którzy porzucają szkołę przed jej ukończeniem (Gasper, 2011). W związku z tym koordynatorzy działań profilaktycznych powinni mieć przekonywać szkolnych decydentów, że przeznaczenie czasu na profilaktykę używania substancji psychoaktywnych leży w interesie szkół, a także w najlepiej rozumianym interesie ich uczniów.

Gotowość szkół do podejmowania działań profilaktycznych

Na początku działań konieczna jest ocena, czy szkoła jest gotowa do adaptacji i wdrożenia programów profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (Greenberg, 2005). Oto kilka kluczowych pytań, które należy wziąć pod uwagę w tej ocenie. Zanim dokona się wyboru programu lub podejścia profilaktycznego, należy udzielić odpowiedzi na wszystkie poniższe pytania:

- Czy jest wsparcie dyrekcji szkoły dla znalezienia i zapewnienia miejsca dla działań profilaktycznych w codziennych zajęciach szkolnych?
- Czy szkoła dysponuje kadrą nauczycieli o kwalifikacjach wymaganych do realizacji programów profilaktycznych?

- Kto zapewni fundusze niezbędne do zakupu materiałów związanych z realizacją programu, do przeszkolenia nauczycieli, zapłaceniu za zastępstwa dla nauczycieli, którzy uczestniczą w szkoleniu oraz kto zapewni fundusze na pomoc techniczną w prowadzeniu zajęć?
- Czy dostępne są odpowiednie szkolenia i pomoc techniczna, aby wesprzeć kadre pedagogiczną szkoły w skutecznym wdrażaniu programów profilaktycznych oraz w odpowiednim reagowaniu na pojawiające się trudności?

Ważne jest, aby dyrekcja szkoły, a także władze szkolne samorządowe, zapewniły wsparcie i brały odpowiedzialność za właściwą adaptację i wdrożenie programu (Sloboda i wsp., 2014; Wandersman i wsp., 2008). Szkoła powinna mieć również swoją politykę dotyczącą środowiska szkolnego, aby jak najlepiej wspierać postępy w nauce i rozwój społeczny swoich uczniów. Na przykład, środowisko szkolne powinno być wolne od alkoholu, wyrobów tytoniowych i innych substancji psychoaktywnych.

Powinny ponadto powstać plany dotyczące odpowiedzialności poszczególnych osób z kadry pedagogicznej za wdrożenie szkolnych regulacji oraz programów profilaktycznych. Plany te powinny także uwzględniać, w jaki sposób działania profilaktyczne będą poddawane ewaluacji i jak będzie ona powiązana z awansem zawodowym nauczycieli zaangażowanych w profilaktykę. Plan ten powinien zawierać ocenę gotowości szkoły do wdrożenia programów profilaktycznych.

Cele profilaktyki szkolnej

Skuteczne strategie zapobiegania używaniu substancji psychoaktywnych zostały zaprojektowane do realizacji w poszczególnych etapach rozwoju dzieci oraz młodzieży (Ginsburg, 1982; Międzynarodowe Standardy UNODC, 2013). W Międzynarodowych Standardach UNODC podkreślono, że szkolne programy profilaktyczne adresowane do konkretnej grupy wiekowej nie są skuteczne we wszystkich grupach wiekowych młodzieży szkolnej, dlatego powinny być realizowane tylko w tych, w których potwierdzono ich skuteczność.

Na przykład, działania profilaktyczne przeznaczone dla dzieci w wieku wczesnoszkolnym (wiek 6–9 lat) powinny koncentrować się na przekazywaniu prostych, przystępnych przekazów – np. *gdy jesteś chory lekarze dają ci lekarstwa, żebyś wyzdrowiał; lek może być dla Ciebie szkodliwy, jeśli weźmiesz go bez zalecenia lekarza; dawanie lekarstw innym jest niebezpieczne, nawet jeśli o to proszą*. Nauczyciele powinni również stosować behawioralne strategie wychowawcze polegające na nagradzaniu uczniów za zachowania prospołeczne oraz karaniu (wyciąganiu konsekwencji) za zachowania impulsywne lub niewłaściwe.

Młodzież we wczesnej fazie adolescencji (12–15 lat), gdy ma właściwą opiekę, rozwija wartości i postawy przeciwne używaniu substancji psychoaktywnych. Te wartości i postawy stanowią bazę do podejmowania decyzji dotyczących używania lub nieużywania tych substancji. Uczniowie w tym wieku są zobowiązani do przestrzegania szkolnych przepisów zakazujących używania substancji psychoaktywnych w szkole oraz powinni znać konsekwencje łamania tego zakazu. Młodzież w tym wieku jest w stanie zrozumieć, w jaki sposób reklama usiłuje skłonić ich do picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych (np. leków). Może także dowiadywać się o negatywnym wpływie alkoholu, tytoniu i innych substancji na ich mózg, a w konsekwencji na ich emocje, wrażenia zmysłowe i zachowania. Adolescenci w tym wieku mogą również aktywnie uczyć się i ćwiczyć umiejętności psychospołeczne.

W drugiej fazie dojrzewania (16–19 lat) uczniowie powinni już umieć postępować zgodnie ze swoimi wartościami, zastosować umiejętności podejmowania decyzji oraz inne kompetencje życiowe – w szczególności potrafić zachować się asertywnie lub poradzić sobie z presją – w sytuacjach, gdy osoby z otoczenia używają substancji psychoaktywnych lub namawiają do ich używania. Powinni także dowiedzieć się, jakie sankcje prawne grożą w związku z posiadaniem i używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych. Wreszcie można uczyć młodzież w tym wieku różnych strategii redukcji szkód i ryzyka związanego z używaniem substancji psychoaktywnych (Marlatt i wsp., 2011). Mogą one polegać na podkreślaniu zagrożeń związanych z prowadzeniem samochodu przez osoby będące pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, w szczególności bardzo dużego ryzyka związanego z podróżowaniem jako pasażer z kierowcą, który pił alkohol lub używał innych substancji psychoaktywnych.

Programy profilaktyczne oparte na dowodach naukowych, aby były skuteczne, muszą być starannie dopasowane do etapu rozwojowego dzieci lub młodzieży. Naukowe podejście do profilaktyki opiera się zatem na wiedzy o rozwoju dzieci i młodzieży oraz o metodyce pracy z nimi w poszczególnych etapach rozwoju.

Dane o używaniu substancji psychoaktywnych przez uczniów

Dane na temat używania substancji psychoaktywnych przez uczniów są pomocne do zrozumienia zakresu oraz charakteru tego zjawiska, w tym rodzajów substancji psychoaktywnych, po które sięga młodzież. Wcześniej w tym podręczniku omówiono ocenę potrzeb, która obejmuje zbieranie lub analizowanie istniejących

danych w celu charakterystyki problemu używania substancji psychoaktywnych. Ocena potrzeb, która ma na celu opis używania substancji psychoaktywnych przez uczniów, obejmuje dane dotyczące rodzajów substancji, częstości i sposobów ich używania; źródeł pozyskiwania substancji; charakterystyki osób sięgających po te substancje, w tym płci, wieku, sytuacji rodzinnej, miejsca zamieszkania, wieku inicjacji, funkcjonowania szkolnego, wagarów, a także zdrowia fizycznego i psychicznego.

Badania ankietowe realizowane w szkołach są uważane za najlepszą metodę zbierania danych na temat używania substancji psychoaktywnych przez uczniów. Obok wymienionego wyżej podstawowego zestawu informacji badania te mogą obejmować również inne dane jakościowe i ilościowe. Chociaż prowadzenie badań ankietowych wśród uczniów jest stosunkowo niedrogi i dostarcza najlepszych informacji na temat aktualnych wzorów używania substancji psychoaktywnych oraz percepcji tego zjawiska, to jednak zaprojektowanie, przeprowadzenie badań oraz policzenie wyników może stanowić wyzwanie. Trudności może też sprawić analiza danych i interpretacja wyników.



ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs



Rysunek 24. Raport ESPAD 2019

Szkoły mogą więc korzystać z wyników badań przeprowadzonych przez ośrodki naukowe. W szczególności warte rekomendacji są badania ESPAD (*European School Project on Alcohol and Other Drugs*) oraz badania HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*)², realizowane pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (rys. 24). W niektórych krajach można również korzystać z wyników innych badań ogólnokrajowych. Mimo iż niektóre z tych badań (a tym samym ich wyniki) mogą pochodzić sprzed kilku lat, to wciąż

pozostają przydatnym punktem odniesienia do porównań z wynikami badań lokalnych. Mogą być również stosowane (z pewną ostrożnością), do porównań z badaniami przeprowadzonymi przez szkoły, szczególnie jeśli dostępne są wyniki badań ogólnokrajowych z podziałem na regiony lub miejsce zamieszkania (np. obszary miejskie vs. podmiejskie vs. wiejskie). Dane lokalne są jednak prawie zawsze bardziej użyteczne dla lokalnych polityków i decydentów niż dane z badań regionalnych lub krajowych. Łatwo jest zignorować niepokojące krajowe lub regionalne wyniki badań na temat używania substancji psychoaktywnych, stwierdzając, że nie dotyczą one „naszej” młodzieży.

Zastosowanie teorii

Teorie poznawcze (np. teoria planowanego działania) oraz teorie uczenia się mogą być wykorzystane w szkolnych programach profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Szkoła to nie tylko lekcje, ale także ludzie – uczniowie i nauczyciele, którzy przez większą część dnia kontaktują się ze sobą. Tak więc, podobnie jak w domach, gdzie rodzice realizują „domową” profilaktykę, w szkole nauczyciele prowadzą działania, których celem jest przeciwdziałanie używaniu substancji psychoaktywnych przez uczniów. Obejmują one: programy profilaktyczne realizowane w klasach, przepisy wewnątrzszkolne oraz dbałość o bezpieczne środowisko szkolne, zarówno „klimat”, jak i „kulturę” szkoły. Ustrukturalizowane programy szkolne okazały się najskuteczniejsze w osiągnięciu długofalowych efektów profilaktycznych i są omawiane w niniejszym rozdziale. Profilaktykę opartą na kształtowaniu norm życia społecznego, w tym przepisy szkolne przedstawiono w rozdziale 7.

Termin „ustrukturalizowany program profilaktyczny dotyczący używania substancji psychoaktywnych” odnosi się zwykle do zajęć realizowanych w klasie z wykorzystaniem scenariuszy opisanych w podręczniku, po to, aby osiągnąć konkretne cele edukacyjne. Szkolne przepisy dotyczące profilaktyki używania substancji psychoaktywnych zwykle składają się z zestawu spisanych zasad lub procedur dotyczących problemu używania tych substancji w szkole. Zasady definiują, czym jest wykroczenie (czyli łamanie zasad), a procedury określają konsekwencje, czyli postępowanie z uczniami, którzy łamią zasady. „Klimat szkoły” definiowany jest jako jakość relacji wewnątrzszkolnych. Jest on wypadkową subiektywnych doświadczeń uczniów, rodziców i kadry pedagogicznej oraz ich relacji interpersonalnych związanych z życiem szkolnym. Wreszcie „kultura szkoły” odzwierciedla normy, cele, wartości szkoły, a także strategie wychowawcze

² <http://www.hbsc.org/>

i edukacyjne nauczycieli oraz wewnątrzszkolne struktury organizacyjne.

Cztery dekady badań oraz ewaluacji szkolnych programów pozwoliły ustalić, które działania są skuteczne w profilaktyce, a które nie przynoszą oczekiwanych efektów (tab. 13).

Wiele programów profilaktycznych daje bezpośrednio pozytywne skutki (mierzone zaraz po zakończeniu realizacji działań), ale zdecydowanie mniej przynosi efekty trwałe, które potwierdza się w badaniu przeprowadzonym rok po ich zakończeniu lub później. Oczywiście, pożądane jest, aby efekty programu utrzymywały się przez lata, a nie tylko przez miesiące (lub tygodnie). Jeśli nic nie stoi na przeszkodzie, zawsze

lepiej wybierać działania, które przynoszą trwałe efekty. Programy, których skuteczność jest ograniczona do krótkotrwałych efektów, można uznać za skuteczne, jeśli opóźniają inicjację używania substancji psychoaktywnych w kluczowych okresach rozwoju młodych ludzi. Korzystny jest również udział uczniów w kilku różnych typach działań profilaktycznych, które zmieniają się wraz z potrzebami rozwojowymi dorastającej młodzieży szkolnej.

Niektórzy argumentują, iż nie można oczekiwać, że programy profilaktyczne przyniosą trwałe efekty, skoro uczniowie są stale wystawieni na pokusę sięgania po substancje psychoaktywne (np. poprzez przekazy popkultury, reklamy i inne praktyki marketingowe)

Tabela 13. Co działa, a co nie działa w profilaktyce szkolnej

Co działa?	Co nie działa?
Realizacja i struktura	
Metody interaktywne Wyraźnie zaplanowane i mające strukturę lekcje oraz praca w grupach Realizacja sprawdzonego programu zajęć	Metody dydaktyczne, takie jak wykład Nieuporządkowane, spontaniczne dyskusje, „wolna amerykanka” Bazowanie na opiniach i intuicji nauczyciela
Realizacja programu przez przeszkolonych nauczycieli/realizatorów	Realizacja programów przez liderów młodzieżowych – nieprzekonujące są dowody mówiące o wyższej skuteczności programów realizowanych przez liderów młodzieżowych niż tych przez dorosłych realizatorów
Realizacja programu przez 10–15 tygodni	Akcyjne, jednorazowe działania, niepowiązane z innymi działaniami
Treści	
Programy, które działają na kilka różnych czynników (np. uczenie uczniów umiejętności życiowych, ograniczenie dostępności do substancji psychoaktywnych, podnoszenie kwalifikacji profilaktycznych nauczycieli)	Plakaty, broszury i ulotki
Umiejętności podejmowania decyzji, porozumiewania się i rozwiązywania problemów	Edukacja skoncentrowana na rozwijaniu wiedzy uczniów na temat różnych rodzajów substancji psychoaktywnych. Może to spowodować, że młodzi ludzie staną się po prostu bardziej świadomymi ich użytkownikami
Relacje z rówieśnikami, umiejętności osobiste i społeczne	Świadectwa byłych problemowych lub uzależnionych użytkowników substancji psychoaktywnych – takie działania mogą gloryfikować te osoby i zwiększać atrakcyjność używania substancji
Poczucie sprawczości i asertywność	Koncentracja wyłącznie na wzmacnianiu samooceny
Umiejętność odpierania presji skłaniającej do używania substancji i wzmacnianie osobistych postanowień dotyczących nieużywania substancji psychoaktywnych	Losowe testowanie uczniów na obecność narkotyków w płynach ustrojowych
Wzmacnianie norm i postaw przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych	Straszenie i wykorzystywanie przerażających historii, które wyolbrzymiają i zniekształcają rzeczywiste zagrożenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych i często stoją w sprzeczności z własnymi doświadczeniami uczniów lub ich rówieśników
Wspieranie uczniów w nauce i osiągnięciu dobrych wyników w szkole. Kierowanie uczniów z problemami do specjalistów	Relegowanie ze szkoły uczniów, którzy problemowo używają substancji psychoaktywnych

oraz widzą dorosłych, którzy z przyjemnością sięgają po alkohol lub papierosy, bez widocznych negatywnych konsekwencji. Nieracjonalne jest więc oczekiwanie, że pojedynczy program profilaktyczny może być wystarczający, żeby zapobiec problemom. Realizatorzy profilaktyki powinni starać się zatem, aby zgodnie ze standardami EDPQS (zob. rozdział 3), działania profilaktyczne stanowiły część długofalowej strategii. Metody te będą bardziej skuteczne, gdy wdrożone zostaną rozwiązania z zakresu profilaktyki opartej na kształtowaniu norm życia społecznego i zdrowego środowiska (zob. rozdział 7).

Profilaktyka dostosowana do wieku oraz fazy rozwojowej uczniów musi być zintegrowana z całym okresem edukacji szkolnej, od przedszkola do zakończenia szkoły średniej, zarówno ta realizowana w szkole, jak i poza nią.

Programy oparte na dowodach naukowych

Według badań ewaluacyjnych przeprowadzonych w różnych krajach europejskich trzy programy przynoszą obiecujące rezultaty. Wyboru tych programów dokonano na podstawie ocen zamieszczonych w bazie Xchange prowadzonej przez EMCDDA. Wybrane tu przykłady mogą być inspiracją do poszukiwania programów odpowiednich do lokalnych potrzeb.

Unplugged to szkolny program, który zawiera treści dotyczące umiejętności krytycznego rozumowania, podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, kreatywnego myślenia, skutecznej komunikacji, umiejętności interpersonalnych, samoświadomości, empatii, radzenia sobie z emocjami i stresem, przekonań normatywnych oraz wiedzy o negatywnych konsekwencjach zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Program składa się z 12 jednogodzinnych zajęć prowadzonych raz w tygodniu przez nauczycieli, którzy zostali wcześniej przygotowani podczas 2,5-dniowego kursu szkoleniowego. W bazie Xchange program *Unplugged* został oceniony jako „korzystny” (*beneficial*), co oznacza, że prawdopodobnie będzie skuteczny w różnych środowiskach szkolnych.

The Good Behavior Game (GBG) to przeznaczony dla szkół podstawowych program nauki dobrego zachowania realizowany przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w ramach rutynowych zajęć edukacyjnych w klasach. W bazie Xchange GBG został oceniany jako „prawdopodobnie korzystny” (*likely to be beneficial*),

choć w kilku badaniach wykazano, iż program jest skuteczny³. GBG prowadzony jest w konwencji gry z nagrodami, która toczy się między mniejszymi zespołami w klasie szkolnej. Jej celem jest lepsza socjalizacja dzieci, przygotowanie ich do przestrzegania zasad obowiązujących w szkole oraz ograniczenie zachowań agresywnych i innych destrukcyjnych zachowań w klasie. Zachowania te są czynnikami ryzyka dla używania substancji psychoaktywnych, zachowań antyspołecznych, zaburzeń osobowości, przemocy i przestępczości w późniejszych etapach rozwoju (w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości). Podczas realizacji programu nauczyciel dzieli klasę na zespoły koedukacyjne, w których mniej więcej po równo umieszczone są dzieci z różnymi problemami, np. zachowujące się agresywnie, impulsywnie, dzieci nieśmiałe lub nieakceptowane. Podstawowe zasady zachowania uczniów w klasie zostają ustalone oraz zapisane w widocznym miejscu. Każda drużyna jest nagradzana, jeśli jej członkowie w trakcie gry nie przekroczą limitu czterech zachowań niezgodnych z zasadami.

W pierwszych tygodniach realizacji programu GBG gra jest rozgrywana trzy razy w tygodniu (po 10 minut) w tych momentach lekcji, gdy zajęcia w klasie mają bardziej swobodny przebieg (są mniej ustrukturalizowane), a uczniowie pracują samodzielnie. Długość i częstość prowadzenia gry jest zwiększana w regularnych odstępach czasu; w połowie roku szkolnego może być rozgrywana nawet codziennie. Początkowo nauczyciel ogłasza rozpoczęcie gry oraz rozdaje nagrody bezpośrednio po jej zakończeniu. Później odkłada rozdanie nagród do końca dnia lub tygodnia. Z biegiem czasu gra rozgrywa się o różnych porach pobytu dzieci w szkole, podczas różnych aktywności (lekcji) oraz w różnych miejscach (w pracowniach, na boisku szkolnym). Dzięki temu gra ewoluuje od wysoce przewidywalnej oraz będącej źródłem natychmiastowych wzmocnień pozytywnych do takiej, której rozpoczęcie trudno jest przewidzieć, a nagrody pojawiają się z odroczeniem. Tak więc dzieci uczą się, iż dobre zachowanie jest oczekiwane przez cały czas i we wszystkich miejscach.

KiVa to program przeciwdziałania przemocy rówieśniczej, który uzyskał pozytywne wyniki w Finlandii oraz został zaadaptowany w Estonii. Program adresowany jest do uczniów w wieku od 5 do 11 lat. Wykorzystywane w nim strategie należą do profilaktyki uniwersalnej i wskazującej. Celem jest wzmocnienie zachowań prospołecznych oraz poprawa emocjonalnego funkcjonowania uczniów. Program *KiVa* nie znajduje się jeszcze w bazie Xchange, ale w bazie Blueprints

³ (Od autorów tłumaczenia) GBG ma udokumentowane efekty adaptacji w kilku krajach na całym świecie: Niemcy, Sudan, Belgia, Holandia, UK, Hiszpania, Kanada, Chile i Bryt. Kolumbia
https://www.researchgate.net/publication/274981909_The_Good_Behavior_Game_A_classroom-behavior_intervention_effective_across_cultures

został oceniany jako „obiecujący”, co oznacza, że jego skuteczność została potwierdzona w wysokiej jakości badaniach ewaluacyjnych.

Profilaktyka w miejscu pracy

We współczesnych społeczeństwach miejscem pracy są gospodarstwa domowe, gospodarstwa rolne, szkoły, organizacje rządowe i pozarządowe, zakłady produkcyjne i fabryki, sklepy i magazyny, instytucje opieki zdrowotnej, wojsko, duże korporacje itp. Niektóre osoby, np. pracujące w branżach handlowych, transportowych, nie mają jednego fizycznego miejsca pracy. W krajach „uprzemysłowionych” miejsce pracy jest jedną z kluczowych instytucji społeczeństwa, ponieważ znaczny odsetek dorosłych ma swoje miejsce pracy. A praca i miejsca pracy rozwijają gospodarkę i podsycają wzrost ekonomiczny. Problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych są bardzo istotne w branżach, w których ryzyko wypadków lub innych niebezpiecznych zdarzeń jest duże, albo w których błędy pojedynczych osób mają poważne skutki społeczne. Obejmuje to m.in. sektor budownictwa, rolnictwa, transportu, energii, technologii informacyjno-komunikacyjnych oraz usług finansowych (EMCDDA, 2017b, s. 143).

Miejsca pracy mogą również zapewniać dodatkowe szkolenia i edukację pracowników – kontynuując wobec dorosłych już osób to, co we wcześniejszych okresach rozwojowych realizowano w rodzinach i szkołach. Ponadto miejsce pracy umożliwia zdobycie nowych doświadczeń, ukształtowanie nowych standardów zachowań – innych niż te, których uczy rodzina lub szkoła.

Ponieważ osoby dorosłe zazwyczaj spędzają w miejscu pracy znaczną część swojego życia, to stopień, w jakim praca zawodowa jest satysfakcjonująca i stanowi źródło pozytywnych wzmocnień, lub odwrotnie – jest stresująca i wyniszczająca, może mieć ogromny wpływ na zdrowie i samopoczucie pracownika, co z kolei zwiększa indywidualną podatność na rozwój problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Frone (2013) wprowadził rozróżnienie między używaniem substancji psychoaktywnych w miejscu pracy a używaniem tych substancji przez pracowników poza miejscem pracy oraz stratami z tym związanymi.

- Używanie substancji oraz związane z tym problemy (straty) w miejscu pracy lub w godzinach pracy. To oznacza używanie substancji psychoaktywnych w pracy lub tuż przed pracą połączone z problemami (np. niepełną sprawnością) w godzinach pracy lub podczas wykonywania obowiązków zawodowych.
- Używanie substancji przez pracowników oraz

problemy z tym związane odnoszą się do używania substancji i negatywnych konsekwencji, które występują poza miejscem pracy i nie w godzinach pracy.

Pewne cechy miejsca pracy mogą tworzyć klimat, który sprzyja używaniu substancji psychoaktywnych. Obejmują one:

- spostrzeżaną dostępność do tych substancji w pracy oraz łatwy dostęp do nich (np. alkohol dostępny w stołówce zakładowej; alkohol regularnie podawany podczas firmowych uroczystości; obecność w miejscu pracy osób, które ułatwiają dostęp do substancji nielegalnych);
- zwyczaje lub tradycje, zgodnie z którymi grupa pracowników używa substancji psychoaktywnych lub pracuje będąc pod ich wpływem;
- normy aprobujące używanie substancji psychoaktywnych w miejscu pracy oraz wykonywanie obowiązków zawodowych pod ich wpływem.

Ten ostatni czynnik obejmuje również kulturę miejsca pracy, gdy promowane jest sięganie po substancje psychoaktywne w celu zwiększenia wydajności, radzenia sobie z obciążeniami i napiętym harmonogramem lub wtedy, gdy substancje psychoaktywne są uważane za nieodzowny element budowania relacji z kolegami i (potencjalnymi) klientami.

Oprócz czynników ryzyka występujących w ogólnej populacji, specyficzne czynniki związane z zatrudnieniem, takie jak przeciążenie obowiązkami zawodowymi, brak właściwego nadzoru w pracy, niepewność zatrudnienia, mogą również zwiększyć prawdopodobieństwo, że pracownicy będą sięgali po substancje psychoaktywne. W tym ujęciu uznaje się, że substancje psychoaktywne są używane w celu zmniejszenia napięcia i stresu związanego z trudnymi sytuacjami w pracy. Uważa się, że częste narażenie na „stresory” w miejscu zatrudnienia (lub możliwość ich wystąpienia) prowadzi do częstszego i bardziej intensywnego sięgania po substancje psychoaktywne, zazwyczaj tuż przed, w trakcie lub bezpośrednio po pracy. Większość jednak problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wynika z używania tych substancji przez pracowników poza miejscem pracy. Choć do używania substancji psychoaktywnych nie dochodzi w miejscu pracy, to ich działanie negatywnie wpływa na wydajność i jakość pracy pracownika.

Negatywne skutki używania substancji psychoaktywnych przez pracowników poza miejscem pracy mogą obejmować absencję, spóźnienia, utratę pracy, choroby i wyższe koszty leczenia. Używanie substancji w miejscu pracy może prowadzić do niższego poziomu bezpieczeństwa, wysokiego stresu związanego z pracą i niższego morale pracowników, którzy stronią od przyjmowania substancji psychoaktywnych w pracy.

Niestety, nie dysponujemy szacunkami dla całej Unii Europejskiej na temat wpływu używania substancji psychoaktywnych na zatrudnionych ani szacunkami krajowymi, realizowanymi za pomocą badań o zbliżonej metodologii. Ponadto EMCDDA nie gromadzi danych dla krajów unijnych na temat działań profilaktycznych w miejscach pracy. Przydatne są jednak analizy z innych państw dotyczące tej problematyki. Na przykład: w Wielkiej Brytanii nadmierne spożycie alkoholu powoduje utratę 11–17 milionów dni roboczych, co kosztuje 1,8 miliarda funtów rocznie (Plant Work, 2006).

Używanie substancji psychoaktywnych przez pracowników stanowi szczególny problem w przypadku zawodów, których wykonywanie ma wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo innych ludzi (np. pilotów, maszynistów, lekarzy, inspektorów bhp), gdzie pogorszenie funkcjonowania spowodowane przez te substancje (lub z innych przyczyn) może mieć bardzo poważne konsekwencje. We Francji 15–20% wypadków w pracy na kolei było bezpośrednio związanych ze szkodliwym pićm alkoholi lub używaniem innych substancji psychoaktywnych przez pracowników (Ricordel i Wenzek, 2008).

Gotowość do podjęcia działań profilaktycznych

Jednym z celów oceny potrzeb jest zrozumienie, na ile dana firma jest gotowa, aby podjąć działania z zakresu ochrony zdrowia – w tym przypadku profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Istnieje szereg teorii opracowanych w celu interpretacji i lepszego rozumienia natury zmian organizacyjnych w miejscach pracy. Na przykład, w teorii etapów gotowości do zmiany podkreśla się, iż ważne jest, aby przed wdrożeniem nowych regulacji i programów profilaktycznych w danym miejscu pracy, zbadać na jakim etapie zmian znajduje się ta organizacja (firma).

Teoria etapów gotowości do zmiany (Kaluzny i Hernandez, 1988) opisuje cztery etapy procesu, przez który muszą przejść organizacje (firmy), zanim zmiana lub innowacja zostanie przyjęta i stanie się rutynowym działaniem.

1. Pierwszym etapem jest *uświadczenie*, że istnieje problem oraz że możliwe są rozwiązania tego problemu. Oczywistym celem działań na tym etapie jest więc uzmysłowienie pracownikom i kadrze kierowniczej, że problem istnieje i że należy się nim zająć.
2. Drugim etapem jest *adaptacja do nowych wyzwań*, w którym organizacja (firma) rozpoczyna planowanie i opracowywanie rozwiązań prawnych oraz programów działania w celu rozwiązania problemu uświadczonego w pierwszym etapie. Może to

obejmować identyfikację zasobów i opracowanie programów, które zostaną wdrożone.

3. Trzeci etap to *wdrożenie*, które obejmuje wszystkie praktyczne aspekty wprowadzania w życie nowych regulacji oraz programów działania.
4. Wreszcie, czwartym etapem jest *instytucjonalizacja*, w której nowe regulacje lub nowa praktyka stają się rutynową częścią działań w miejscu pracy.

Charakterystyka profilaktyki w miejscu pracy

W tym miejscu omówimy bardziej szczegółowo cztery poziomy działań w miejscu pracy, które należy zrealizować w odniesieniu do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (rys. 25).



Rysunek 25. Rodzaje działań profilaktycznych w miejscu pracy

Profilaktyka uniwersalna

- *Przepisy i regulacje w miejscu pracy.* Przepisy regulujące kwestie związane z używaniem substancji psychoaktywnych w miejscu pracy należą do poziomu profilaktyki uniwersalnej, ponieważ zazwyczaj dotyczą wszystkich pracowników.
- *Edukacja w zakresie problematyki używania substancji psychoaktywnych.* Działania polegają tu na przekazywaniu wszystkim pracownikom i kierownictwu odpowiednich informacji o substancjach psychoaktywnych oraz wpływie ich używania na zdrowie i samopoczucie pracowników.
- *Wzmacnianie wsparcia społecznego.* Podtrzymywanie więzi grupowych oraz wzajemnego wspierania się pracowników, może sprzyjać kształtowaniu w miejscu pracy norm społecznych przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych.

Profilaktyka selektywna

- *Poufne badania przesiewowe.* Zazwyczaj są prowadzone wśród pracowników z grupy podwyższonego ryzyka lub wśród pracowników, którzy mają symptomy wskazujące na ten rodzaj problemu.
- *Programy wspierania pracowników w kryzysie.* Mają na celu pomoc w identyfikowaniu i rozwiązywaniu przejściowych kłopotów z wydajnością pracy u tych pracowników, którzy mają problemy osobiste (np. są w kryzysie psychicznym, szkodliwie używają substancji psychoaktywnych).

Profilaktyka wskazująca

- *Poufne badania diagnostyczne problemu używania substancji psychoaktywnych.* Celem jest zidentyfikowanie pracowników, którzy wymagają skierowania do programów krótkiej interwencji lub dłuższego leczenia. Badania diagnostyczne prowadzone są przez przeszkolonych specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego i uzależnień.
- *Krótkie interwencje.* To działania nakierowane na osoby, które szkodliwie używają substancji psychoaktywnych. Celem jest ocena skali problemów związanych z używaniem tych substancji oraz motywowanie takich osób do zmiany szkodliwego wzoru zachowania.

Kiedy mówimy o profilaktyce w miejscu pracy, ważne jest, żeby włączać w to rozwiązania prawne oraz programy, które koncentrują się na pracownikach potrzebujących leczenia albo na pracownikach, którzy właśnie zakończyli leczenie i wracają do pracy. Chociaż technicznie rzecz biorąc, nie jest to już profilaktyka, takie programy składają się na kompleksowe podejście do problematyki używania substancji psychoaktywnych w miejscu pracy i obejmują: leczenie, wsparcie podczas powrotu do pracy oraz zapobieganie nawrotom. Celem tych działań nie jest karanie pracowników, lecz przeciwdziałanie eskalacji problemu używania substancji psychoaktywnych oraz, w razie konieczności, identyfikacja pracowników szkodliwie używających tych substancji i zapewnienie im dostępu do leczenia oraz możliwości powrotu do pracy. Aby zapobiec nawrotom problemu po ponownym przystąpieniu do pracy, osoby te będą potrzebowały stałego wsparcia.

Portal dobrych praktyk EMCDDA zawiera sekcję dotyczącą profilaktyki w miejscu pracy, w której zamieszczono przegląd zalecanych podejść⁴. W celu umożliwienia powrotu na rynek pracy osobom, które leczyły się z powodu uzależnienia, EMCDDA opublikowało przewodnik dotyczący reintegracji społecznej, obejmujący również zasady postępowania wobec

pracowników, którzy ukończyli terapię uzależnień⁵. W USA opublikowany został przewodnik *Drug-Free Workplace Toolkit*, który zawiera wskazówki dotyczące polityki w miejscu pracy, edukacji pracowników, szkoleń dla kadry kierowniczej, programów pomocy pracownikom doświadczającym poważniejszych problemów oraz testów na obecność narkotyków, które są przedmiotem dyskusji w Unii Europejskiej (zob. podrozdział „Testy na obecność narkotyków”)⁶.

Wszechstronne strategie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych w miejscu pracy zazwyczaj koncentrują się na trzech elementach: (1) przepisach obowiązujących w miejscu pracy, (2) relacjach społecznych i wsparciu koleżeńskim oraz (3) używaniu substancji przez poszczególnych pracowników (rys. 26). Oznacza to, że rozwiązania prawne oraz programy profilaktyczne w miejscu pracy są nastawione na zmianę czynników indywidualnych, społecznych i prawnych, które wpływają na prawdopodobieństwo używania substancji psychoaktywnych. Kompleksowe podejście do profilaktyki w miejscu pracy powinno odnosić się do wszystkich trzech elementów, jakie wskazano poniżej:



Rysunek 26. Kompleksowa profilaktyka w miejscu pracy

Przepisy wewnętrzne i środowisko pracy

- Opracowanie przepisów dotyczących używania substancji psychoaktywnych w miejscu pracy.
- Doskonalenie regulacji wewnętrznych odnoszących się do jakości życia zawodowego oraz problemu dostępności do alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w miejscu pracy.
- Wdrażanie procedur szkoleniowych dla kadry kierowniczej.
- Obejmowanie działaniami całego środowiska pracy.
- Podejmowanie działań zgodnych z kulturą organizacji (firmy).

Interakcje społeczne/wsparcie koleżeńskie

- Opracowywanie programów wsparcia koleżeńskiego
- Opracowanie klarownych przepisów dotyczących kontroli używania substancji psychoaktywnych oraz ustalanie zasad dotyczących picia alkoholu w miejscu pracy.

⁴ http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace_en

⁵ http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

⁶ <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

Używanie substancji psychoaktywnych przez poszczególnych pracowników

- Umożliwienie dostępu do programów pomocy dla pracowników w kryzysie.
- Zdefiniowanie problematyki używania substancji psychoaktywnych jako kwestii zdrowia i bezpieczeństwa.
- Włączenie kwestii używania substancji psychoaktywnych do problematyki ogólnego dobrostanu pracowników.
- Prowadzenie poufnych badań przesiewowych i identyfikacja pracowników szkodliwie używających substancji psychoaktywnych, kierowanie ich na leczenie, a następnie umożliwienie powrotu do pracy.
- Prowadzenie testów na obecność narkotyków wśród pracowników tylko w ramach kompleksowego, wieloskładnikowego programu profilaktyki w miejscu pracy.

Bariery

Mimo istotnych powodów, dla których w miejscach pracy należy wdrażać przepisy oraz programy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, wiele organizacji (firm) nadal opornie podchodzi do takich działań. Profilaktyka używania substancji psychoaktywnych nadal jest ignorowana, chociaż w miejscach pracy realizowane są programy profilaktyki innych problemów społecznych, zdrowotnych i związanych z bezpieczeństwem. Głównym powodem tej niechęci oraz najistotniejszą barierą we wdrażaniu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych jest ryzyko stygmatyzacji.

W miejscach pracy równie niechętnie uwzględniana jest konieczność oceny skali używania substancji wśród pracowników, jak i ocena potrzeby podejmowania działań profilaktycznych w celu rozwiązania tych problemów. Ponadto, w wielu kulturach picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych uważane jest za ułomność moralną lub traktowane jest jako zachowanie kryminalne, a nie jako problem zdrowia i bezpieczeństwa.

Inne bariery utrudniające wdrożenie profilaktyki w miejscu pracy to:

- nieformalne tolerowanie używania substancji psychoaktywnych przez zwierzchników i pracowników;

- koszty związane z wdrożeniem programów profilaktycznych;
- fakt, że używanie substancji psychoaktywnych jest często uważane za kwestię osobistą, niezwiązaną z życiem zawodowym. Wobec tego firmy niechętnie mówią swoim pracownikom, co mogą, a czego nie mogą robić w swoim życiu prywatnym.

Testy na obecność narkotyków

Testy na obecność narkotyków stosowane są już od dziesięcioleci, ale w wielu miejscach pracy nadal wzbudzają kontrowersje. W Europie dopuszcza się prowadzenie testów na obecność narkotyków w przypadku osób wykonujących zawody, w których sprawność ma kluczowe znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa innych ludzi (zob. wyżej). W przypadku innych osób zatrudnionych w branżach niemających tak dużego znaczenia dla zdrowia i bezpieczeństwa, takie badania nie są stosowane. Dla wielu organizacji (firm), a także krajów, podstawową kwestią jest równowaga między bezpieczeństwem pracowników a ich prawem do prywatności oraz ryzykiem dyskryminacji. Inną ważną kwestią jest to, że metabolity substancji psychoaktywnych mogą pozostawać w próbce biologicznej długo po ich użyciu (np. niektóre substancje mogą pozostawać w próbce włosów przez wiele miesięcy). Z tego względu testy na obecność narkotyków nie zawsze stanowią wystarczający dowód na aktualne ograniczenie zdolności do pracy. Przed podjęciem decyzji o wdrożeniu programu testów narkotykowych instytucje (firmy) powinny rozważyć przepisy prawa z tym związane, które są odmienne w różnych krajach.

Bez względu na przyjęte przez pracodawcę podejście do testowania należy podkreślić, że samo badanie na obecność narkotyków nie jest działaniem profilaktycznym. Chociaż badania wykazały pewien pozytywny wpływ testowania na ograniczenie używania narkotyków wśród pracowników, nie stanowi ono samo w sobie kwalifikowanej interwencji profilaktycznej, ponieważ nie uwzględnia dalszych procedur postępowania lub interwencji profilaktycznej wobec pracownika, u którego wynik testu jest pozytywny. W związku z tym testy na obecność narkotyków powinny być stosowane wyłącznie w ramach szerokiego, kompleksowego podejścia do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych w miejscu pracy.

Rozdział 7

Profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego



EUPC

W tym rozdziale przedstawiono definicję profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska społecznego, związane z nią podejścia oraz wskazówki dotyczące sposobów kształtowania środowiska w szkołach i miejscach pracy, tak by sprzyjało ono zachowaniom prozdrowotnym. W celu przybliżenia dobrych praktyk w zakresie polityki dotyczącej tytoniu i alkoholu zaprezentowana została charakterystyka wybranych rozwiązań legislacyjnych oraz dowody naukowe wskazujące na ich skuteczność.

Ważnym, choć często pomijanym środowiskiem realizacji działań profilaktycznych, są także miejsca, w których toczy się życie nocne. Dlatego w tym rozdziale przeanalizujemy również działania profilaktyczne realizowane w klubach nocnych i innych tego typu miejscach rekreacji.

Informacje na temat profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska społecznego można znaleźć także w publikacji EMCDDA zamieszczonej na stronie internetowej tej instytucji¹.

Wpływ środowiska społecznego

Jaki wpływ na indywidualne przekonania, postawy i zachowania ma środowisko społeczne? Kształtuje ono normy społeczne, wpływa na przekonania dotyczące ryzyka i konsekwencji używania substancji psychoaktywnych oraz sposobów radzenia sobie ze stresem. Zachowania, takie jak używanie substancji psychoaktywnych (oraz postawy wobec nich) obserwowane u rówieśników, a także u innych znaczących osób z otoczenia społecznego są postrzegane jako „normalne”. W ten sposób wpływają na proces tworzenia

się własnych, subiektywnych norm i, w konsekwencji, na własne zachowania. Akceptacja lub dezaprobaty dla używania substancji psychoaktywnych zależy ponadto od przepisów prawa oraz sposobów ich egzekwowania w danej społeczności lokalnej.

Celem profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska jest ograniczenie okazji (sytuacji lub możliwości) do podejmowania zachowań ryzykownych i antyzdrowotnych, a zarazem zwiększanie dostępu do sytuacji, okazji i możliwości sprzyjających zdrowiu. Te działania są szczególnie ważne w miejscach, które sprzyjają podejmowaniu zachowań ryzykownych lub uruchamiają mechanizmy je wyzwalające. Mówiąc w uproszczeniu, można to osiągnąć przez zmianę okoliczności (kontekstu), w których ludzie podejmują zachowania ryzykowne np. używanie substancji psychoaktywnych. Jedną z konkretnych możliwości działania jest ograniczenie dostępności do substancji psychoaktywnych w specyficznych miejscach, takich jak przestrzenie publiczne lub miejsca rozrywki. Istotne są także regulacje dotyczące liczby, umiejscowienia i funkcjonowania sklepów monopolowych lub działania policji ograniczające handel narkotykami.

Mechanizm leżący u podstaw profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska działa inaczej niż w innych rodzajach profilaktyki. W tym przypadku nie jest konieczne poleganie na umiejętnościach i wiedzy poszczególnych osób i grup. Celem jest to, by zdrowe wybory były opcją najłatwiejszą i najbardziej oczywistą. Na przykład, można podnieść podatki na wyroby tytoniowe, tak aby papierosy były bardzo drogie, albo uniemożliwić sprzedaż alkoholu czy papierosów osobom niepełnoletnim przez wprowadzenie przepisów dotyczących minimalnego wieku umożliwiającego

¹ http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en

zakup i obowiązku okazywania dowodu tożsamości. Można też obniżyć ceny napojów bezalkoholowych w klubach lub w innych miejscach rozrywki albo zakazać sprzedaży alkoholu w sklepach, które znajdują się w pobliżu szkół.

W tego typu działaniach profilaktycznych środowisko społeczne jest wykorzystywane jako narzędzie pośredniego wpływu na określone populacje (grupy). Działania te nie są oparte na bezpośrednim kontakcie z grupą docelową, tak jak to ma miejsce w przypadku szkolnych programów profilaktycznych lub programów adresowanych do rodzin. Zaletą regulacji i przepisów (o ile zostaną prawidłowo wdrożone) jest więc to, że mogą mieć szerszy zasięg niż programy edukacyjne. Jednak żeby osiągnąć istotne efekty w zakresie ograniczenia używania substancji psychoaktywnych w określonej populacji, potrzebne jest skoordynowane wykorzystanie obu strategii – edukacyjnych oraz normatywnych. Wskazują na to przykłady podane poniżej w podrozdziale „Definicje”. Specjaliści z różnych dziedzin, wśród których wielu sądzi, że zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych nie należy do ich kompetencji, muszą zostać przekonani, iż odgrywają ważną rolę w profilaktyce, zaś podejmowane przez nich decyzje mogą zmienić środowisko społeczne w pożądanym dla zdrowia kierunku.

Definicje

Profilaktyczne kształtowanie środowiska społecznego można podzielić na powiązane ze sobą trzy kategorie działań: działania normatywne oparte na regulacjach prawnych, projektowanie otoczenia fizycznego oraz ograniczanie dostępności ekonomicznej do substancji psychoaktywnych (EMCDDA 2018b).

Działania normatywne polegają na wprowadzaniu lub zmianie przepisów, które określają, jakie zachowania są zabronione. Mogą to być przepisy, które wprowadzają kontrolę dostępu do substancji psychoaktywnych. Należą do nich przepisy określające minimalny wiek uprawniający do zakupu alkoholu lub wyrobów tytoniowych, przepisy dotyczące leków, substancji nielegalnych, a także przepisy nastawione na regulację zachowań potencjalnych użytkowników substancji psychoaktywnych, takich jak zakaz prowadzenia pojazdów przez osoby będące pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych albo zakaz sprzedaży alkoholu osobom nietrzeźwym. Podejście normatywne obejmuje również przepisy dotyczące produkcji i sprzedaży detalicznej substancji potencjalnie szkodliwych lub ich reklamowania, tak aby konsumenci (zwłaszcza młodzi) nie byli poddawani ekspozycji na przekazy zachęcające do sięgania po te substancje. Dobrymi przykładami są przepisy dotyczące: zakazu

kierowania reklam piwa do niepełnoletniej młodzieży, zakreślenia godzin czasu antenowego, w których można te reklamy emitować, standaryzacji wyglądu opakowań wyrobów tytoniowych oraz zakazu sponsorowania wydarzeń sportowych przez przemysł alkoholowy lub tytoniowy. W niektórych krajach wprowadzane są takie przepisy, jak np. obowiązek zapewnienia bezpłatnej wody pitnej, jako warunek udzielenia pozwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych lub zorganizowanie imprezy masowej.

Ze względu na nielegalny status prawny nie ma regulacji dotyczących wytwarzania, dystrybucji lub sprzedaży większości nielegalnych substancji (narkotyków). Jedyną kontrolą są przepisy prawa, które zakazują dostępu do narkotyków oraz zdecydowane przesłanie, że normy społeczne są przeciwne ich używaniu. Ponieważ produkcja narkotyków nie jest kontrolowana, są one często mieszane z innymi niebezpiecznymi substancjami, które same w sobie stanowią zagrożenie dla zdrowia. Przepisy antynarkotykowe zezwalają natomiast na niszczenie upraw konopi indyjskich, maku opiumowego czy krzewów koki, z których pozyskuje się substancje nielegalne. Innym rozwiązaniem z zakresu polityki ograniczania nielegalnych upraw jest płacenie rekompensat producentom rolnym, którzy mieli takie „uprawy”, aby zniechęcić ich do kontynuowania tej działalności.

Działania profilaktyczne oparte na zmianie otoczenia fizycznego polegają na projektowaniu miejsc, w których podejmuje się decyzje dotyczące używania substancji psychoaktywnych. Działania w ramach tego podejścia mogą dotyczyć zarówno mikrośrodowisk, przez odpowiednie projektowanie barów i klubów nocnych (np. by zniechęcać do nadmiernego i szybkiego picia alkoholu), jak i makrośrodowisk przez organizację życia w miastach oraz planowanie przestrzenne (np. zapewnienie bezpłatnych przejazdów w nocy, odpowiednią politykę dotyczącą transportu publicznego, rewitalizację zaniedbanych dzielnic). Działania te mogą również dotyczyć powszechnie używanych przedmiotów. Na przykład, duże zainteresowanie wzbudza obecnie pomysł dotyczący sposobu projektowania szklanek/kieliszków do napojów alkoholowych, tak aby ludzie pili mniej alkoholu, niż sądzą, że piją (np. produkując szklanki/kieliszki wysokie i cienkie, ale o mniejszej objętości).

Podejścia zmierzające do ograniczania dostępności ekonomicznej koncentrują się zarówno na aktualnych, jak i potencjalnych konsumentach substancji psychoaktywnych. Polegają na nakładaniu podatków akcyzowych, odpowiedniej polityce cenowej, a także dotacjach do napojów bezalkoholowych, które przez niższe ceny zachęcają do wyborów prozdrowotnych. Na przykład, większość krajów europejskich nałożyła wysokie podatki akcyzowe na wyroby tytoniowe, a niektóre kraje wprowadziły minimalną cenę za

standardową porcję alkoholu, aby zmniejszyć dostępność ekonomiczną do tych produktów. Podobnie, można zachęcić konsumentów do dokonywania zdrowszych wyborów przez obniżanie cen napojów bezalkoholowych, w tym wody mineralnej, w miejscach rekreacji, w pubach i barach.

Do kluczowych pozycji literatury dotyczącej omawianej problematyki należy przewodnik *Health and social responses to drug problems: European guide* (EMCDDA 2017b) oraz publikacja *Applying behavioural insights to drug policy and practice: opportunities and challenges* (EMCDDA, 2017c), które zawierają przegląd wiedzy naukowej na temat prawidłowości zachowań człowieka. Wiedza ta jest fundamentem profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska społecznego².

Socjalizacja i działania normatywne

Osoby, które realizują działania profilaktyczne, działają tym samym na rzecz prawidłowej socjalizacji dzieci. Socjalizacja pierwotna w rodzinie polega na modelowaniu i wzmacnianiu odpowiednich zachowań przez rodziców i innych dorosłych członków rodziny. Proces ten jest kontynuowany przez szkołę oraz przez szersze środowisko społeczne, które za pomocą egzekwowania norm społecznych i przepisów prawa pomaga młodym ludziom uczyć się oczekiwanych społecznie zachowań. Tego rodzaju zabiegi łączą socjalizację z profilaktyką. Ich celem jest ułatwienie jednostkom, będącym w danej sytuacji życiowej, prawidłowej interpretacji wskazówek lub informacji dotyczących oczekiwań społecznych. Wszystko to ma pomóc młodym ludziom w procesie uczenia się i praktykowania nowych umiejętności lub zachowań, takich jak umiejętności społeczne czy odpieranie presji.

Jakie to ma przełożenie na profilaktykę opartą na kształtowaniu środowiska społecznego?

Istotą tej profilaktyki jest podejmowanie działań legislacyjnych w odpowiedzi na zagrożenia tkwiące w środowisku, tak aby tymi działaniami mogły być objęte wszystkie narażone osoby. Zdrowe środowisko to miejsce, które maksymalizuje zalety środowiska społecznego i minimalizuje jego negatywne wpływy. Jak opisano już wcześniej, działania profilaktyczne oparte na kształtowaniu środowiska społecznego zmieniają okoliczności, w których ludzie podejmują decyzje i polegają na:

- ograniczaniu fizycznego dostępu do alkoholu, wyrobów tytoniowych i innych substancji psychoaktywnych (np. przez ograniczenie liczby punktów sprzedaży, zwalczanie handlu narkotykami);

- wzmacnianiu norm i postaw społecznych przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych (np. wzmacnianiu dezaprobaty społecznej dla palenia papierosów, a szczególnie palenia w miejscach publicznych, zakładach pracy, restauracjach).

W wielu krajach prowadzona jest polityka kontrolowania dostępu do alkoholu i istnieją przepisy ustanowione w tym właśnie celu. W większości krajów na świecie ustalono, że minimalny wiek umożliwiający zakup alkoholu to 18–19 lat. Niektóre kraje nie mają żadnego limitu wieku, ale z drugiej strony są też państwa, w których picie alkoholu jest w ogóle zakazane, przede wszystkim z powodów religijnych.

Oczywiście, ludzie mogą zdobywać alkohol poza koncesjonowanymi miejscami sprzedaży, a niektórzy nawet sami produkować napoje alkoholowe. Z tego powodu ważne jest, aby wdrażane były również programy edukacyjne, które pomagają ludziom podejmować racjonalne decyzje dotyczące picia alkoholu.

Wywieranie wpływu na zachowanie ludzi w środowisku społecznym wymaga często promowania zmian legislacyjnych, organizowania kampanii społecznych i innych działań w terenie, które koncentrują się na wzmacnianiu norm przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych. Tego rodzaju kampanie i inicjatywy społeczne mają na celu zmianę świadomości i postaw społeczeństwa w odniesieniu do używania substancji psychoaktywnych, a także promowanie działań i przepisów, które zapobiegają sięganiu po te substancje oraz ograniczają konsekwencje ich używania. Często wysiłki te przyczyniają się do zmiany norm postępowania w grupach docelowych. Na przykład kampanie profilaktyczne propagujące rodzicielski monitoring tworzą „nową normę” dla wielu rodziców. Wysiłki na rzecz ograniczenia biernego palenia, które często podejmowano wraz z nowymi przepisami, również były wzmacniane przez nowe normy i wyraźny przekaz „tu nie możesz palić”.

Kształtowanie środowiska społecznego w szkole i w miejscu pracy

W tej części scharakteryzowane zostaną działania profilaktyczne, które polegają na kształtowaniu przepisów w mikro-środowiskach, głównie w szkołach i miejscach pracy. Pozwoli to pokazać, w jaki sposób takie działania pomagają tworzyć bezpieczne, zdrowe i produktywne miejsca do nauki i pracy. Na poziomie mikrospołecznym łatwiej jest zmierzyć wpływ przepisów, a zatem istnieje więcej badań będących podstawą działań profilaktycznych prowadzonych na tym poziomie. Mniej

² http://www.emcdda.europa.eu/document-library/applying-behavioural-insights-drug-policy-and-practice-opportunities-and-challenges_en

natomiast jest badań dotyczących skuteczności przepisów i regulacji adresowanych do całego społeczeństwa, czyli na poziomie makrosocjalnym.

Jak wspomniano wcześniej, środowiska (mikro- i makro-) wzajemnie na siebie oddziałują, wpływając na wartości, przekonania, postawy i zachowania, w tym na używanie substancji psychoaktywnych. W związku z tym działania oparte na kształtowaniu środowiska oferują możliwość tworzenia spójnej polityki na różnych poziomach życia społecznego, tak aby strategie przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych były obecne w rodzinie, w szkole, w miejscu pracy i w społeczeństwie, a tym samym wzmacniały społeczne normy przeciwne używaniu substancji przez młodych ludzi.

Regulaminy i procedury szkolne

Regulaminy oraz procedury wewnątrzszkolne dotyczące substancji psychoaktywnych stanowią integralną i istotną część kompleksowych działań profilaktycznych. Niestety, regulaminy szkolne są często opracowywane w sposób przypadkowy jako „zadanie do odhaczenia”, więc zapomina się o nich w gąszczach przepisów szkolnych. Procedury wewnątrzszkolne powinny obejmować działania, które bez nadmiernych trudności mogą być wdrażane w całej szkole i zarazem stanowić skoordynowaną reakcję na problem używania substancji psychoaktywnych w szerszym kontekście promocji zdrowia w społeczności szkolnej.

Wszelstronna polityka zdrowotna szkoły jest ważna z wielu powodów i powinna zawierać kwestie i priorytety, które nie tylko skupiają się na profilaktyce używania substancji psychoaktywnych, ale także służą tworzeniu zdrowego i wspierającego środowiska szkolnego. Należą do nich:

- Procedury i regulaminy szkolne zakazujące sięgania po substancje psychoaktywne, które pomagają ustanowić normę braku tolerancji dla używania tych substancji. Jeśli uczniowie wiedzą, że palenie tytoniu lub picie alkoholu na terenie szkoły lub podczas wycieczek i imprez szkolnych nie jest tolerowane, problemy te występują rzadziej, co w konsekwencji zmniejsza ryzyko modelowania tych zachowań przez uczniów. W ten sposób wzmocnione powinny zostać przekonania normatywne uczniów, że używanie substancji psychoaktywnych jest zachowaniem nieodpowiednim.
- Działania szkoły, które utrudniają uczniom dostęp do substancji psychoaktywnych.
- Szeroko rozumiane reguły życia szkolnego, które powinny być tak opracowane, aby uczniowie postrzegali szkołę jako miejsce, w którym dba się o ich samopoczucie, wspiera pozytywny rozwój emocjonalny

oraz pozytywne relacje z rówieśnikami, nauczycielami i innymi pracownikami szkoły. Reguły życia szkolnego mogą również obejmować działania, które ułatwiają uczniom włączanie się w życie szkoły, co sprzyja rozwijaniu poczucia wspólnoty i wzmocnieniu więzi między nauczycielami i uczniami.

- Kary i konsekwencje łamania zakazu używania substancji psychoaktywnych mają istotne znaczenie w szkolnej polityce wychowawczej i prozdrowotnej. Aby były skuteczne, muszą być konsekwentnie stosowane i nie powinny być dominującym sposobem reagowania na problem. Incydenty związane z używaniem substancji psychoaktywnych stwarzają okazję do udzielenia indywidualnego wsparcia uczniom sięgającym po te substancje lub do bardziej intensywnych działań profilaktycznych w klasach.

Przepisy dotyczące zakazu używania substancji psychoaktywnych w szkole często zawierają uzasadnienie, które odnosi się do potrzeby stworzenia i utrzymania bezpiecznego, zdrowego i wolnego od substancji psychoaktywnych środowiska po to, aby wspierać zdrowy rozwój wszystkich uczniów oraz umożliwić realizację ich potencjału intelektualnego. Różne dokumenty rządowe zobowiązują szkoły do wdrażania programów oraz rozwiązań systemowych, które są oparte na sprawdzonych zasadach i sprzyjają skuteczności oraz – w miarę możliwości – są poparte dowodami naukowymi. Jedną ze sprawdzonych zasad wewnątrzszkolnej polityki jest informowanie o przyjętych rozwiązaniach wszystkich członków społeczności szkolnej, których to dotyczy: uczniów, rodziców, nauczycieli i pozostałych pracowników szkoły. Kogo konkretnie obejmują przepisy wewnątrzszkolne – uczniów, nauczycieli, gości? Czy dotyczy to tylko zdarzeń na terenie szkoły i boiska szkolnego? Co z wycieczkami i innymi działaniami realizowanymi przez szkołę poza budynkiem szkolnym? Na te pytania trzeba znać odpowiedzi i przedstawić je wszystkim zainteresowanym.

Szkolne przepisy powinny określać, jakich substancji psychoaktywnych dotyczą – np. w jaki sposób szkoła reaguje na korzystanie przez uczniów z coraz bardziej popularnych e-papierosów? Przepisy powinny także odnosić się do używania i posiadania substancji psychoaktywnych na imprezach lub wycieczkach organizowanych przez szkołę. Ponadto przepisy szkolne powinny regulować kwestie związane z używaniem substancji psychoaktywnych nie tylko przez uczniów, ale także stosowaniem ich na terenie szkoły i podczas wydarzeń szkolnych przez nauczycieli i pozostałych pracowników szkoły.

Regulaminy i procedury szkolne powinny również jasno określać, w jakich sytuacjach wyciągane będą konsekwencje, np. za posiadanie lub sprzedaż substancji psychoaktywnych lub w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że uczeń przyszedł do szkoły pod wpływem

takich substancji. Procedury powinny również określać, jak w takich sytuacjach uczniowi zostanie udzielona pomoc, żeby zapobiec eskalacji problemu.

Procedury szkolne powinny też jasno precyzować, kto – rodzice lub/i policja – zostanie powiadomiony o zdarzeniu związanym z używaniem, posiadaniem lub sprzedażą substancji psychoaktywnych oraz na jakim etapie wyjaśniania tego zdarzenia dojdzie do powiadomienia policji. Procedury te powinny również wyraźnie określać konsekwencje naruszenia przez uczniów przyjętych zasad. Przepisy nie powinny mieć charakteru represyjnego i zmierzać do usuwania ze szkoły uczniów używających substancji psychoaktywnych. Przeciwnie, ich celem powinno być podejmowanie odpowiednich działań (profilaktycznych lub/i terapeutycznych) w celu umożliwienia takim uczniom dalszej nauki w szkole.

Uczniowie mogą potrzebować konsultacji specjalistycznej, pomocy psychologicznej lub leczenia w związku z używaniem substancji psychoaktywnych. Jeśli uczeń zachowuje się w sposób ryzykowny, może być potrzebne badanie diagnostyczne i podjęcie krótkiej interwencji profilaktycznej. Większość szkół nie ma wśród swojego personelu osób przygotowanych do prowadzenia tego typu działań. Najlepiej przygotowani do realizacji tych zadań są więc specjaliści spoza placówki (np. psychologowie, specjaliści terapii uzależnień), którzy mają odpowiednie kompetencje zawodowe oraz podzielają etos i wartości szkoły³. Mówiąc ogólnie, uczniowie sięgający po substancje psychoaktywne powinni mieć możliwość poradzenia sobie z tym problemem we wspierającym środowisku. Ponadto ich postępy w szkole – w tym terminowe wywiązywanie się z obowiązków, odrabianie prac domowych i wyniki w nauce – powinny być ściśle monitorowane.

Szkolne procedury profilaktyczne mogą mieć różnorodny kształt. Na przykład, mogą zawierać następujące treści, ale nie muszą być do nich ograniczone:

- Cele. Typowa szkolna procedura dotycząca postępowania wobec uczniów używających substancji psychoaktywnych zawiera cele i ich uzasadnienie. Zazwyczaj cel odnosi się do potrzeby stworzenia w szkole środowiska bezpiecznego, zdrowego i wolnego od substancji psychoaktywnych.
- Grupa docelowa. Szkolna procedura określa grupę docelową lub grupy, do których odnoszą się jej zapisy
- Wsparcie dla profilaktyki opartej na dowodach naukowych. Różne rządowe dokumenty (w Polsce, np. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025)

³ Od autorów tłumaczenia: w polskim systemie oświatowym pedagodzy szkolni są na ogół dobrze przygotowaną grupą zawodową do realizacji takich zadań. Należy jednak brać pod uwagę to, że ponad 40% szkół w Polsce nie zatrudnia na odrębnym etacie ani pedagoga szkolnego, ani psychologa szkolnego – Raport NIK Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019), 2020.

zobowiązują szkoły do wdrażania programów i procedur opartych na dowodach naukowych, co jest spójne z celem naszego programu szkoleniowego, który w dużym stopniu czerpie ze wskazań Międzynarodowych Standardów UNODC.

- Rodzaje substancji i okoliczności ich używania. Zapisy powinny określać rodzaje substancji, do których stosuje się szkolna procedura, oraz uwzględniać inne okoliczności, np. szkolne zawody sportowe, wycieczki szkolne. Powinny również określać, jak w takich sytuacjach będą postępowali pracownicy szkoły.
- Kary (konsekwencje). Przepisy i procedury szkolne powinny również określać, jakie rodzaje zdarzeń związanych z substancjami psychoaktywnymi będą karane i w jakich okolicznościach.
- Informacja. Szkolne procedury i przepisy muszą zostać przekazane wszystkim osobom ze społeczności szkolnej, których mogą dotyczyć.

Poinformowanie rodziców, że ich syn lub córka jest zamieszany/a w używanie lub inne zdarzenie związane z substancjami psychoaktywnymi, jest sprawą delikatną i może być źródłem konfliktu. Jednym ze sposobów, aby zmniejszyć potencjalne nieporozumienia i negatywną reakcję rodziców, jest odwołanie się do szkolnych procedur i przepisów, które dokładnie określają, jakie kroki w takich sytuacjach muszą być podjęte przez szkołę.

Takie postępowanie w przypadku naruszenia zasad ma kluczowe znaczenie w dbaniu o wspierającą kulturę szkoły, która zapewnia uczniom poczucie bezpieczeństwa i ochrony, a także okazuje wsparcie, gdy potrzebują pomocy.

Polityka w miejscu pracy

Istnieje wiele podobieństw między przepisami i procedurami w miejscu pracy a przepisami szkolnymi. Cele regulacji w miejscu pracy są takie same jak w szkole – tworzenie zdrowego, bezpiecznego i wolnego od substancji psychoaktywnych środowiska, z tym, że grupą docelową są dorośli pracownicy, a nie uczniowie lub personel szkolny.

Po pierwsze, jak wspomniano już wcześniej, programy ukierunkowane na kształtowanie środowiska społecznego są działaniami z poziomu profilaktyki uniwersalnej, adresowanej do jak najszerszej grupy odbiorców, obejmującej zarówno osoby używające, jak i nieużywające substancji psychoaktywnych. Zasady dotyczące

używania tych substancji w miejscu pracy odnoszą się więc do wszystkich pracowników. Polityka w miejscu pracy powinna być kompleksowa i uwzględniać edukację i zapobieganie, a także identyfikację, leczenie, rehabilitację oraz reintegrację pracowników, którzy mają zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. W proces opracowywania przepisów firmy dotyczących substancji psychoaktywnych powinni być włączeni wszyscy istotni partnerzy, w tym przedstawiciele pracodawcy, pracowników, związków zawodowych i inne zainteresowane komórki organizacyjne.

Działania ukierunkowane na kształtowanie środowiska społecznego w miejscu pracy powinny być skoncentrowane na specyficznych cechach danego miejsca pracy, które zwiększają prawdopodobieństwo sięgania przez pracowników po substancje psychoaktywne. Do takich cech należy dostęp do alkoholu lub do innych substancji psychoaktywnych, złe warunki pracy oraz kultura firmy, która sprzyja używaniu tych substancji.

Skuteczne regulacje oraz inne działania profilaktyczne w miejscu pracy powinny traktować problem używania substancji psychoaktywnych jako kwestię zdrowia pracowników oraz bezpieczeństwa w pracy. Może to zachęcić pracowników i ich rodziny do korzystania z interwencji profilaktycznych oraz programów terapeutycznych, promując jednocześnie bezpieczne i produktywne środowisko pracy. Takie podejście ogranicza również stygmatyzację osób, które poszukują pomocy specjalistycznej w sytuacji problemu alkoholowego lub narkotykowego.

Kompleksowe podejście do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych w miejscu pracy rozpoczyna się od spisania zasad/przepisów i procedur, które odnoszą się do problemu używania tych substancji. Takie dokumenty są wykładnią stanowiska firmy w tej kwestii. Przepisy te nie powinny opierać się na represjach lub karaniu, lecz na założeniu, iż szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych lub uzależnienie jest problemem zdrowotnym, wymagającym leczenia, aby pomóc pracownikom odzyskać zdrowie i przeciwdziałać dalszym negatywnym konsekwencjom. Polityka firmy powinna być adresowana do wszystkich pracowników niezależnie od zajmowanego stanowiska.

Tak jak w przypadku szkół, ważne jest, aby informacje o przepisach obowiązujących w firmie zostały przekazane wszystkim pracownikom i innym zainteresowanym osobom. Istotne jest również, aby przekazać klarowne informacje na temat konsekwencji naruszenia przyjętych zasad i przepisów. Ważnym elementem strategii informacyjnej jest podkreślenie, w jaki sposób nowe przepisy i zasady będą wspierały zdrowie oraz bezpieczeństwo wszystkich pracowników.

Polityka dotycząca alkoholu i tytoniu

Na podstawie przeglądu badań dotyczących skuteczności polityki ograniczania dostępu do tytoniu i alkoholu, które towarzyszyły przygotowaniu Międzynarodowych Standardów UNODC, ustalono, że niektóre regulacje skutecznie opóźniają inicjację oraz ograniczają używanie tych substancji, głównie wśród młodych ludzi. W przeglądzie skoncentrowano się na regulacjach ograniczających dostęp młodzieży do substancji psychoaktywnych oraz na innych działaniach, których celem było opóźnianie inicjacji oraz zapobieganie rozwojowi problemów związanych z ich używaniem. Dzięki tym wskazówkom możemy zidentyfikować elementy polityki ograniczania dostępu do alkoholu lub tytoniu, które można wykorzystać do tworzenia skutecznych regulacji.

Zgodnie z ustaleniami zawartymi w Międzynarodowych Standardach UNODC podniesienie cen alkoholu i wyrobów tytoniowych wpływa na zmniejszenie ich konsumpcji w populacji ogólnej. Zatem zwiększanie cen wyrobów tytoniowych i alkoholu przez podniesienie podatku akcyzowego jest ważnym działaniem z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, opartym na dowodach naukowych. Inne działania, które wpływają na ograniczenie używania tych substancji, to:

- podniesienie wieku uprawniającego do zakupu wyrobów tytoniowych i napojów alkoholowych oraz skuteczne egzekwowanie tego przepisu;
- zakaz reklamowania wyrobów tytoniowych oraz zakaz kierowania reklam alkoholu do młodzieży.

Tak jak w przypadku innych działań profilaktycznych większy efekty może dać łączenie programów kształtowania środowiska społecznego z innymi działaniami (szkoleniowymi lub edukacyjnymi). Kompleksowe działania profilaktyczne mające na celu powstrzymanie dzieci i niepełnoletniej młodzieży od zakupu papierosów i alkoholu obejmują:

- aktywne i stałe egzekwowanie prawa dotyczącego ograniczenia dostępu do alkoholu i wyrobów tytoniowych dla osób niepełnoletnich;
- edukację sprzedawców detalicznych alkoholu i papierosów z wykorzystaniem różnych strategii (szkolenia indywidualne, szkolenia online i materiały informacyjne);
- szkolne programy profilaktyczne oraz kampanie medialne, które wzmacniają przekaz normatywny zawarty w przepisach i regulacjach odnoszących się do młodych ludzi.

Przegląd badań dotyczących podejść opartych na kształtowaniu środowiska społecznego, dokonany w ramach Międzynarodowych Standardów UNODC wykazał, że podniesienie cen alkoholu ma kilka pozytywnych skutków. Wpływa bowiem zarówno na osoby

pijące alkohol umiarkowanie, jak i na osoby pijące szkodliwie, w tym także na młodych ludzi w wieku studenckim. Co więcej, okazało się, że wzrost ceny alkoholu o zaledwie 10% był związany ze spadkiem spożycia alkoholu w populacji ogólnej o 7,7%. Wzrost cen alkoholu wiązał się także z ograniczeniem przypadków przemocy.

Przegląd badań wykazał także, że kompleksowe działania profilaktyczne były skuteczne, gdy obejmowały kilka strategii, takich jak:

- ograniczanie dystrybucji produktów tytoniowych;
- regulowanie sprzedaży alkoholu i wyrobów tytoniowych;
- egzekwowanie prawa ograniczającego dostęp do substancji psychoaktywnych dla osób niepełnoletnich;
- edukowanie i szkolenie sprzedawców napojów alkoholowych i wyrobów tytoniowych w połączeniu z edukacją i uwrażliwianiem społeczności lokalnej.

Odpowiedź na pytanie, jakie potrzeby należy uwzględnić, aby zapewnić wsparcie społeczeństwa dla wprowadzenia regulacji ograniczających spożycie alkoholu i wynikających z tego szkód, dały badania postaw wobec polityki alkoholowej przeprowadzone w Norwegii i Finlandii.

W pierwszym kroku zespół badawczy przeanalizował wyniki badań w Norwegii i Finlandii przeprowadzonych w latach 2005–2009. Badacze stwierdzili, że w ciągu 4 lat w Norwegii i Finlandii wzrosło poparcie dla polityki ograniczającej dostęp do alkoholu. Następnie porównano zebrane dane z wynikami podobnych badań przeprowadzonych w tym samym okresie w Ameryce Północnej i w Australii. Jednakże w tych krajach sytuacja była odmienna – poparcie dla restrykcyjnych przepisów prawa się zmniejszyło. Poszukano więc czynników, które były związane ze wzrostem poparcia dla polityki ograniczania dostępu do alkoholu w Norwegii i Finlandii (Stovall i wsp., 2014). Stwierdzono, że wzrost poparcia dla tej polityki wynika zarówno ze zmiany przekonań dotyczących skuteczności takiej polityki, jak i przekonań dotyczących szkodliwości picia alkoholu. Innymi słowy, wzrost poparcia dla polityki ograniczania dostępu wiązał się ze wzrostem przekonania, że picie alkoholu jest szkodliwe. W związku z tym badacze zarekomendowali wzmocnienie przekonań dotyczących skuteczności polityki ograniczania dostępu oraz przekonań na temat szkodliwości picia alkoholu jako metodę zwiększenia poparcia społecznego dla restrykcyjnych rozwiązań polityki alkoholowej. Może to być kluczowy element niezbędny do budowania poparcia dla skutecznych rozwiązań prawnych.

Innym przykładem udanego wdrażania przepisów jest wdrożenie zakazu palenia papierosów w miejscach publicznych wprowadzone we Francji. W lutym 2007 roku uchwalono tam prawo o zakazie palenia w miejscach pracy, centrach handlowych, lotniskach,

stacjach kolejowych, szpitalach i szkołach. W styczniu 2008 roku zakaz ten rozszerzono i objęto nim inne miejsca rekreacji, takie jak: bary, restauracje, hotele, kasyna i kluby nocne. Tuż przed wprowadzeniem zakazu, w grudniu 2006 i w lutym 2007 roku, oraz dwa razy po wprowadzeniu zakazu, w 2008 i 2012 roku, przeprowadzono badania podłużne, którymi objęto 1500 osób palących i 500 niepalących. Wskaźniki palenia w takich miejscach, jak bary, restauracje i zakłady pracy, znacznie się obniżyły, szczególnie między pomiarem 1. z 2006 roku a pomiarem 3. z 2008 roku:

- restauracje – 64,7% (pomiar 1.) do 2,3% (pomiar 2.) oraz do 1,4% (pomiar 3.);
- bary – 95,9% (pomiar 1.) do 3,7% (pomiar 2.) oraz do 6,6% (pomiar 3.);
- miejsca pracy – 42,6% (pomiar 1.) do 19,3% (pomiar 2.) oraz do 12,8% (pomiar 3.)

Wyniki badań wskazują, że polityka antynikotynowa może prowadzić do znacznego i trwałego ograniczenia palenia tytoniu w miejscach publicznych, a zarazem wzrostu poparcia dla takich działań w społeczeństwie (Fong i wsp., 2013). Po pięciu latach od wprowadzenia zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych we Francji zakaz ten popierało 88% osób niepalących i 78% osób palących.

Strategie profilaktyczne w miejscach rozrywki i rekreacji

W badaniach sprawdzano także skuteczność działań profilaktycznych w miejscach rozrywki i rekreacji, takich jak: bary, kluby, restauracje, a także festiwale, koncerty oraz inne imprezy plenerowe. Mimo że miejsca te dają przestrzeń do spotkań towarzyskich i wspierają lokalną gospodarkę, to sprzyjają również angażowaniu się w zachowania wysoce ryzykowne, takie jak: nadmierne picie alkoholu, używanie narkotyków, prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu czy narkotyków oraz zachowania agresywne. Więcej informacji na temat profilaktyki i redukcji szkód w miejscach rekreacji i rozrywki można znaleźć w przewodniku EMCDDA (2017, s. 136).

Zalecane są cztery zasady, które sprzyjają skutecznej profilaktyce i redukcji szkód w miejscach rozrywki i rekreacji: (1) dobra znajomość lokalnych problemów związanych z życiem nocnym; (2) zaangażowanie w tworzenie bezpiecznych i sprzyjających zdrowiu miejsc, w których toczy się życie nocne; (3) partnerstwo między kluczowymi lokalnymi instytucjami oraz (4) podejmowanie działań opartych na dowodach naukowych. Jeśli nie znasz konkretnych, opartych na dowodach programów lub działań, które można realizować w miejscach życia nocnego, zawsze możesz skorzystać ze strony międzynarodowego projektu *Healthy Nightlife*

Toolbox (rys. 27)⁴. Strona ta zawiera trzy źródła przydatnych informacji: pierwsze dotyczy bazy programów i działań z zakresu profilaktyki i redukcji szkód, drugie zawiera spis literatury na temat tych programów i działań, a w trzecim zamieszczono ogólną literaturę dotyczącą profilaktyki w miejscach rekreacji i rozrywki.



Rysunek 27. Projekt Healthy Nightlife Toolbox, źródło: <http://www.hntinfo.eu/>

W większości działań profilaktycznych realizowanych w miejscach rozrywki i rekreacji wykorzystywanych jest kilka „narzędzi”, w tym szkolenia dla personelu⁵ dotyczące m.in. radzenia sobie z nietrzeźwymi klientami, przepisy i zasady dotyczące niepodawania alkoholu nieletnim lub osobom nietrzeźwym, a także przepisy dotyczące picia i kierowania pojazdem itp.

Miller i wsp. (2009) zaproponowali strategię kształtowania środowiska mającą na celu ograniczenie używania substancji psychoaktywnych na imprezach z elektroniczną muzyką taneczną (gdzie sięganie po takie substancje jest bardziej intensywne niż na innych imprezach). Imprezy z muzyką klubową przyciągają młodych dorosłych i często połączone są z piciem alkoholu oraz używaniem innych substancji psychoaktywnych. Strategia opiera się na działaniach zbliżonych do profilaktyki alkoholowej w barach i składa się z trzech elementów i:

- motywowanie kluczowych partnerów;
- kształtowanie fizycznego otoczenia zewnętrznego (środowiska zewnętrznego);
- kształtowanie klubu lub innych miejsc rozrywki (środowiska wewnętrznego).

Motywowanie kluczowych partnerów – motywowanie do udziału i podejmowania działań przez przedstawicieli różnych instytucji działających w społeczności lokalnej, takich jak właściciele i menedżerowie klubów, policja, specjaliści zdrowia publicznego i lokalni politycy, jest bardzo ważne, ale często stanowi wyzwanie. Istnieją jednak pewne motywacje podzielane przez te osoby, które mogą pomóc w ustaleniu wspólnego celu dla całej społeczności. Należą do nich:

- utrzymanie bezpiecznego oraz funkcjonującego zgodnie z prawem środowiska, które sprzyja klubom oraz ich klientom nieużywającym substancji psychoaktywnych;

- podtrzymywanie zasad uczciwego biznesu i przestrzeganie umowy licencyjnej na sprzedaż alkoholu;
- świadomość, że używanie substancji psychoaktywnych obniża zyski ze sprzedaży żywności i napojów bezalkoholowych.

Drugi element – kształtowanie fizycznego otoczenia klubu, w tym oświetlenia i przestrzeni parkingu, jest zgodny z zaleceniami dotyczącymi ochrony i bezpieczeństwa. Działania profilaktyczne obejmują tu zwykle następujące aspekty:

- monitorowanie przez personel (pracowników ochrony) przestrzeni wokół klubu (baru, dyskoteki), np. parkingów w celu egzekwowania obowiązujących przepisów;
- kontrolowanie klientów (tego, co wnoszą), gdy wchodzi do klubu;
- identyfikowanie osób znajdujących się pod wpływem narkotyków lub alkoholu;
- posiadanie spisane regulaminu, który ogranicza dostęp do klubu osobom niepożądanym.

Strategia kształtowania środowiska klubowego (miejscu rozrywki), czyli trzeci element – również odnosi się do zasad bezpieczeństwa. Ten aspekt ściśle nawiązuje do programów profilaktyki alkoholowej. Szkolenie w zakresie odpowiedzialnego sprzedawania (podawania) napojów alkoholowych ma na celu przekazanie sprzedawcom szeregu umiejętności, które pomogą zmniejszyć szkody związane z piciem alkoholu przez klientów. Należą do nich:

- sprawdzanie dokumentów tożsamości w celu egzekwowania przepisów prawa określających wiek uprawniający do zakupu alkoholu oraz innych przepisów dotyczących osób niepełnoletnich;
- promowanie sposobów serwowania napojów alkoholowych, które zmniejszają prawdopodobieństwo nadmiernego spożycia;
- identyfikowanie i reagowanie na wczesne oznaki nadmiernego spożycia alkoholu przez klientów (np. bardzo szybkie picie);
- identyfikowanie nietrzeźwych klientów i odmowa dalszego podawania im alkoholu;
- podejmowanie interwencji, aby zapobiec prowadzeniu pojazdów przez nietrzeźwych klientów.

Inne przydatne działania obejmują:

- Opracowanie zasad klubowych. Kluby powinny być reklamowane jako miejsca atrakcyjnej i bezpiecznej rozrywki, przy jednoczesnym zakazie używania i sprzedaży nielegalnych substancji psychoaktywnych. Podejście to powinno być wyrażone w sporządzonym na piśmie regulaminie, który wspiera działania personelu zmierzające do wykrywania takich przypadków i odpowiedniego interweniowania.
- Monitorowanie pomieszczeń klubowych. W projektowaniu przestrzeni klubowej należy unikać zarówno

⁴ <http://www.hntinfo.eu/>

⁵ Zob. np. Mendes i Mendes (2011).

wąskich korytarzy i zakamarków, jak i miejsc nadmiernej emisji ciepła.

- Działania personelu. Zarówno personel, jak i menedżerowie klubów powinni być w stanie egzekwować wewnętrzne przepisy klubu. Wymaga to szkoleń dla właścicieli i personelu ukierunkowanych na umiejętności rozpoznawania osób będących pod wpływem narkotyków oraz podejmowania odpowiednich działań interwencyjnych. Udział w takich szkoleniach powinni wziąć zarówno pracownicy ochrony, jak i personel pracujący wewnątrz klubu.

W ramach projektu *Club Health Healthy and Safer Nightlife of Youth* opracowano standardy dla lokali posiadających koncesję na sprzedaż alkoholu oraz rekomendacje dla menedżerów klubów. Standardy

te są także przewodnikiem dla instytucji odpowiedzialnych za wydawanie licencji i nadzorowanie klubów nocnych. Określają one zasady funkcjonowania miejsc, w których toczy się życie nocne, w celu wyeliminowania nieodpowiedzialnego marketingu i promocji napojów alkoholowych, tak aby zapewnić bezpieczeństwo zarówno konsumentom, jak i personelowi oraz zmniejszyć uciążliwość tych miejsc dla społeczności lokalnej.

Mimo istnienia naukowych podstaw, które dowodzą skuteczności profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska społecznego, nadal obecne są bariery utrudniające jej wdrażanie (rys. 28). Istnieją jednak również czynniki, które zwiększają atrakcyjność tej formy profilaktyki (tab. 14).



Rysunek 28. Życie nocne, festiwale i inne miejsca rozrywki.
Źródło: Portal Dobrych Praktyk EMCDDA

Tabela 14. Bariery i wsparcie dla wdrażania w miejscach życia nocnego strategii profilaktyki opartej na kształtowaniu środowiska społecznego

BARIERY	JAK WSPIERAĆ?
Przemysł i interesy gospodarcze stoją na przeszkodzie działaniom profilaktycznym opartym na kształtowaniu środowiska społecznego – np. interesy plantatorów tytoniu, przemysłu alkoholowego, firm farmaceutycznych	Wykorzystaj dane i wyniki badań do budowania argumentów przemawiających za profilaktyką
Osoby opiniotwórcze i decydenci często ignorują działania oparte na dowodach, np. WHO określiła ostatnio opodatkowanie wyrobów tytoniowych jako „słabo wykorzystane”	Korzystaj z działań opartych na dowodach naukowych i/lub adaptuj skuteczne modele działania, np. z zakresu profilaktyki alkoholowej lub tytoniowej, do działań związanych z używaniem innych substancji
Przeforsowanie nowych regulacji i przepisów wymaga znajomości politycznego <i>know-how</i> i umiejętności zaangażowania liderów opinii publicznej po swojej stronie – to bardzo trudne zadanie!	Buduj poparcie dla profilaktyki opartej na dowodach przez: <ul style="list-style-type: none"> • wzmacnianie przekonania o skuteczności proponowanych rozwiązań • dokumentowanie szkód i kosztów ponoszonych w związku z używaniem substancji przez inne osoby – np. biernych palaczy tytoniu
Przemysł często przedstawia problem używania substancji psychoaktywnych jako indywidualną sprawę każdego człowieka – jeśli ktoś chce pić alkohol, to ma do tego prawo	Definiuj sprawę jako problem zdrowia publicznego, który dotyczy całej populacji, co oznacza, że problemy wynikające z używania substancji psychoaktywnych dotyczą także osób, które tych substancji nie używają

Rozdział 8

Profilaktyka w mediach



EUPC

Kampania medialna jest często pierwszą rzeczą, o której ludzie myślą w obliczu nowego i trudnego kryzysu związanego z używaniem substancji psychoaktywnych. Dzieje się tak, ponieważ kampanie medialne są postrzegane jako działania, które można szybko wdrożyć i – w przeciwieństwie do działań profilaktycznych realizowanych w szkołach, rodzinie czy miejscu pracy – od razu mogą zyskać znaczną widoczność społeczną, więc wszyscy zainteresowani są w stanie zobaczyć, że „coś już zrobiono”. Jednak, jak się dowiemy z tego rozdziału, wdrożenie skutecznych kampanii medialnych jest prawdziwym wyzwaniem. Specjaliści ds. profilaktyki dobrze wiedzą, że potrzebny jest czas i spory wysiłek, żeby kampanię w mediach przygotować razem z odpowiednim zamysłem profilaktycznym.

W tym rozdziale omówimy te aspekty wiedzy naukowej, które można zastosować do planowania kampanii medialnych. Spójrzmy na: (1) cechy mediów, które mogą służyć profilaktyce używania substancji psychoaktywnych; (2) wiedzę wynikającą z realizacji skutecznych strategii medialnych, która wskazuje, co robić, a czego nie; (3) teorie wykorzystywane w badaniach nad komunikacją, które pomagają w opracowywaniu przekazów medialnych; oraz (4) zastosowanie tych zasad podczas tworzenia kampanii profilaktycznych. Na koniec przybliżone zostaną kompetencje medialne, co pozwoli (zarówno specjalistom ds. profilaktyki, jak i adresatom kampanii medialnych) dostrzec umiejętności potrzebne do korzystania z mediów: analizy, ewaluacji i tworzenia przekazów medialnych. Zostaną tu również przekazane wskazówki, jak osoby zajmujące się profilaktyką mogą współpracować z dziennikarzami, gdyż ta praktyczna wiedza może zwiększyć poparcie dla profilaktyki w społeczności lokalnej oraz ułatwić promowanie wśród lokalnych partnerów profilaktyki opartej na naukowych dowodach.

Dlaczego warto korzystać z mediów w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych?

Media pełnią różne role. Mogą pomóc w ustalaniu społecznych i politycznych priorytetów – np. przez informowanie, dlatego tak ważna jest profilaktyka oparta na dowodach naukowych i dlatego należy inwestować w profilaktykę, a także ostrzegać o zagrożeniach dla bezpieczeństwa i zdrowia publicznego. Media mogą również służyć do koordynowania działań na rzecz profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, które są podejmowane w różnych (mikro- i makro-) środowiskach społecznych. Takie wieloskładnikowe działania mogą mieć większy wpływ niż pojedyncze programy profilaktyczne.

Media mają kilka walorów, które czynią je atrakcyjnymi dla profilaktyki. Należą do nich:

- Niskie koszty i duży zasięg: dobra kampania medialna może dotrzeć do masowego odbiorcy przy minimalnych kosztach – koszt kampanii w przeliczeniu na osobę jest często niższy niż koszt udziału jednego uczestnika w szkolnych programach profilaktycznych lub tych realizowanych w społecznościach lokalnych.
- Możliwość sprofilowania i dostosowania przekazu do odbiorcy: kampania może być tak zaplanowana i emitowana o takiej porze, aby jej przekaz w jak największym stopniu trafił do grupy, do której jest adresowany (np. do nastoletniej młodzieży, studentów lub klientów nocnych klubów).
- Szybka reakcja: medialny komunikat profilaktyczny może być szybko przygotowany i w ten sposób odpowiadać na pojawiające się potrzeby – np. na zagrożenia związane z nowym narkotykiem.
- Atrakcyjność: komunikat medialny może być atrakcyjny (zabawny, intrygujący) i jednocześnie zawierać istotny przekaz profilaktyczny.

- Wpływ na środowiska opiniotwórcze: media mogą również wpływać na przebieg debaty publicznej lub politycznej oraz odgrywać ważną rolę w edukowaniu środowisk opiniotwórczych i angażowaniu ich w działania na rzecz rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.
- Wpływ na realizację działań profilaktycznych: media mogą również pomóc tworzyć pozytywny klimat wokół działań związanych z profilaktyką używania substancji psychoaktywnych i pośrednio kształtować postawy indywidualne i społeczne. Można to osiągnąć przez zachęcanie mieszkańców społeczności do wspierania wydatków na profilaktykę opartą na dowodach naukowych. Media mogą także przyczynić się do zmniejszenia negatywnych postaw społecznych wobec użytkowników substancji psychoaktywnych, tak aby byli oni postrzegani jako osoby zasługujące na pomoc i wsparcie w takim samym stopniu jak inne grupy ryzyka. Zmiana postaw społecznych może korzystnie wpłynąć na większą gotowość użytkowników tych substancji do podejmowania terapii lub udziału w krótkiej interwencji profilaktycznej, a także może sprzyjać włączaniu się specjalistów z różnych dziedzin w działania profilaktyczne.
- Koordynacja: kampanie medialne są najbardziej skuteczne w połączeniu z działaniami profilaktycznymi realizowanymi w rodzinie, w szkole, w miejscu pracy lub w społeczności lokalnej i gdy są wykorzystywane do koordynowania działań różnych grup (np. nauczycieli, pracodawców, liderów społeczności lokalnych). Media mogą być spoiwem, które łączy wielopoziomowe programy profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Właśnie wtedy medialne kampanie profilaktyczne mają największy wpływ.
- Opłacalność: wykorzystanie mediów do profilaktyki nie musi być drogie. Czasami proste plakaty lub ulotki wystawione w miejscach publicznych – gdy są one częścią ogólnej strategii – mogą zainicjować dyskusję na tematy związane z profilaktyką używania substancji psychoaktywnych i pomóc w działaniach profilaktycznych.

Teorie wyjaśniające wpływ mediów

Skuteczne kampanie a także inne działania profilaktyczne, np. w szkołach, są oparte na teoriach, które m.in. wyjaśniają, jak powiązane są ze sobą indywidualne postawy, intencje i zachowania, szczególnie w odniesieniu do używania substancji psychoaktywnych. Teorie te stanowią podstawę tworzenia komunikatów perswazyjnych, które mogą służyć wzmocnieniu decyzji o nieużywaniu substancji psychoaktywnych,

zniechęcać do dalszego używania, czy też motywować użytkowników tych substancji do korzystania z usług terapeutycznych.

Teoria Planowanego Działania (Fishbein, 2011) oraz teorie dotyczące komunikacji i perswazji dowodzą, że wszystkie postawy są wyuczone. Dlatego w celu zmiany postawy odbiorców, twórcy kampanii medialnych muszą dostarczyć informacji, które zastąpią wiedzę będącą podłożem dotychczasowej postawy. Teoria Komunikacji Perswazyjnej określa: (1) czynniki, które muszą być uwzględnione, aby komunikat był przekonujący, oraz (2) mechanizm działania tych czynników, który prowadzi do zmiany postaw.

Teoria Komunikacji Perswazyjnej Carla Hovlanda, podobnie jak Teoria Planowanego Działania, w znacznym stopniu przyczyniła się do zrozumienia zasad tworzenia przekazów medialnych. Jako jedna z teorii głoszących, że ludzie uczą się swoich postaw – a nie rodzą się z nimi – sugeruje, że do zmiany postawy, w miejsce dotychczasowych przekonań, potrzebne jest przyswojenie nowych, alternatywnych przekonań (Hovland i Weiss 1951; Hovland i wsp., 1953).

Ważnym aspektem wiedzy psychologicznej niemalże od początku rozwoju tej dyscypliny jest prosty mechanizm warunkowania. Zgodnie z zasadami warunkowania klasycznego, jeśli neutralny obiekt zostanie skojarzony z przyjemnym nastrojem, uczuciem lub nagrodą, pojawienie się tego obiektu stanie się nagrodą. Oznacza to, że uprzednio neutralny obiekt stanie się źródłem pozytywnych doznań nawet przy braku źródła pierwotnego wzmocnienia.

Skupmy się teraz na używaniu substancji psychoaktywnych w kontekście przekazów medialnych. W większości przypadków „publiczność” może być dobrze zaznajomiona z „produktem”. Zna działanie danej substancji i wydaje się, że mechanizm warunkowania w tym przypadku nie zadziała. Nie jest to jednak takie proste i wymaga głębszej analizy. W przypadku młodych ludzi używanie substancji wiąże się często z wysoce pożądanym w ich wieku efektem (popularnością) lub przynależnością do grupy (liderów lub najpopularniejszych osób w grupie). Jeśli liderzy grupy używają substancji i są oceniani pozytywnie, to prawdopodobnie używana przez nich substancja „wchłonie” część tego pozytywnego nastawienia. Utworzy się pozytywne skojarzenie między liderami a „produktem”, w tym przypadku substancją psychoaktywną, taką jak marihuana, amfetamina czy alkohol.

Zastosowanie teorii w praktyce jest jednak często dużym wyzwaniem. Zadaniem specjalistów zajmujących się profilaktyką pozostaje jednak wdrażanie w swoich społecznościach działań profilaktycznych opartych na wiedzy naukowej, dotyczy to także kampanii medialnych. Większość z nich odwołuje się do teorii komunikacji perswazyjnej, a ich autorzy podążają

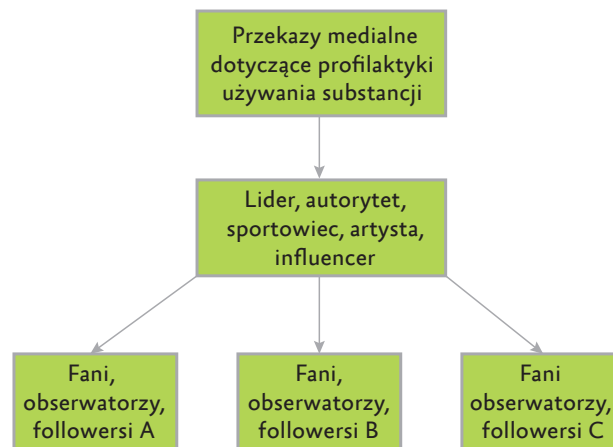
za rekomendacjami, które okazały się przydatne we wcześniejszych badaniach nad perswazją.

Klasyczna „formuła” perswazji (Lasswell, 1949) zawiera elementy, które należy wziąć pod uwagę podczas tworzenia oraz ewaluacji przekazu opartego na komunikacji perswazyjnej.

- „KTO?” – odnosi się do źródła – czyli tego, kto formułuje komunikat perswazyjny. Istnieją kluczowe cechy źródła, które zwiększają jego perswazyjność – jest to przede wszystkim wiarygodność, na którą składają się przynajmniej: wiedza specjalistyczna, doświadczenie i zaufanie. Przy czym duże znaczenie ma spostrzeganie autora komunikatu jako posiadającego istotne informacje i zdolnego formułować znaczące opinie.
- „CO?” – odnosi się do treści przekazu, w tym do wykorzystania konkretnych słów i obrazów używanych do formułowania komunikatu. Ważna jest jakość informacji. Czy opiera się na dowodach naukowych? Czy jest adekwatna dla naszego problemu – używania substancji psychoaktywnych – oraz czy jest dostosowana do odbiorcy. Istotny jest również język, w którym przekaz jest prezentowany – czy jest on zrozumiały dla odbiorcy?
- „DO KOGO?” – odnosi się do odbiorców. Twórcy przekazów medialnych powinni być świadomi różnic między odbiorcami oraz tego, jakie grupy są przedmiotem zainteresowania. Oczywiście, w niektórych przypadkach nadawcy chcą zwrócić się do wszystkich, którzy mogą zetknąć się z przekazem medialnym; w innych jednak przypadkach celem są określone podgrupy odbiorców, takie jak młodzi dorośli, kobiety w ciąży lub osoby starsze.
- „W JAKI SPOSÓB?” – dotyczy sposobu upowszechniania, kontekstu i subtelnych zmian w treści, które służą dostosowaniu przekazu do odbiorców oraz do konkretnego medium. Przez „medium” rozumie się sposób, w jaki przekaz trafia do odbiorców. Podczas gdy do niektórych grup można dotrzeć za pomocą platform internetowych, takich jak media społecznościowe (Facebook, YouTube), to do innych lepiej docierać za pomocą tradycyjnych mediów, takich jak radio, telewizja, gazety, plakaty, billboardy itp.
- „EFEKT?” – wiąże się ze sposobem mierzenia sukcesu lub niepowodzenia przekazów profilaktycznych dotyczących używania substancji psychoaktywnych. Bez wiarygodnego pomiaru uzyskanych efektów nie wiemy, jaka jest skuteczność komunikatów perswazyjnych.

Model Dwustopniowego Przepływu Informacji opisuje sposób, w jaki media wpływają na odbiorcę (rys. 29). Model określa także w jak sposób efekty tych działań powinny być ewaluowane. W przypadku używania przez dorastającą młodzież substancji psychoaktywnych model wskazuje, że rodzice mogą skutecznie

przekazywać dzieciom treści profilaktyczne obecne w mediach. Innymi słowy, media oddziałują na rodziców, którzy interpretują i przekazują informacje swoim nastoletnim dzieciom.



Rysunek 29. Model Dwustopniowego Przepływu Informacji

Często oczekiwania względem kampanii medialnych przekraczają możliwości tej metody oddziaływań. Dlatego ważne jest, aby zrozumieć, co można, a czego nie można zrobić w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych prowadzonej z wykorzystaniem mediów. Model Dwustopniowego Przepływu Informacji pomaga wyjaśnić te kwestie.

Teoria opracowana przez Paula Lazarsfelda i wsp. (1944) dowodzi, że jeśli chodzi o perswazję, media nie są szczególnie skuteczne. O wiele bardziej skuteczna jest komunikacja interpersonalna, twarzą w twarz. W jaki więc sposób media przekonują ludzi? Osiągają cel, przekonując osoby opiniotwórcze, czyli tych ludzi, których słuchają inni. Popularni publicyści/sportowcy/artysty i inni wpływowi ludzie przekazują przesłanie mediów tym, do których jest ono adresowane. Badania wskazują, że komunikowanie twarzą w twarz może być bardziej skuteczne niż komunikowanie przez tradycyjne media (telewizja, radio), co może dotyczyć zwłaszcza nastolatków.

Rodzice mogą być idealnymi „liderami” opinii dla swoich dzieci. Wskazane jest jednak, aby posiadali pewną wiedzę o substancjach psychoaktywnych oraz ich używaniu, a także czuli się dostatecznie pewni siebie, aby zaangażować się w rozmowę ze swoimi dziećmi na ten temat. W związku z tym media muszą motywować i informować rodziców, aby ci przekazywali odpowiednią wiedzę swoim dzieciom. Stwarza to idealny grunt dla procesu perswazji przy założeniu, że przekazy medialne są jasne i pouczające, a także motywują rodzica do podjęcia się tego trudnego zadania.

Istnieją mocne dowody, że rodzice mogą być znakomitymi realizatorami naszych wspólnych wysiłków na rzecz profilaktyki używania substancji psychoaktywnych.

Niektórzy mogą myśleć, że młodzież w okresie adolescencji dorasta niezależnie od rodziców i polega głównie na swoich rówieśnikach. Jednak wpływ rodziców jest znaczący również we wczesnej dorosłości (Elkins i wsp., 2014; Scull i wsp., 2014; Wang i wsp., 2013).

Dowody naukowe

Jakie są naukowe dowody wskazujące na skuteczność kampanii medialnych? Autorzy Międzynarodowych Standardów UNODC przeanalizowali kilka przeglądów literatury badawczej dotyczącej skuteczności kampanii medialnych. Najmocniejsze dowody potwierdzające skuteczność tej formy dotyczyły kampanii na temat palenia tytoniu; nie znaleziono jednak podobnych dowodów potwierdzających skuteczność kampanii dotyczących alkoholu lub innych substancjach psychoaktywnych.

Brak dowodów wynika głównie z dużych trudności w sprostaniu rygorystycznym wymaganiom ewaluacji kampanii medialnych. Należy jednak pamiętać, że badania nad komunikatami perswazyjnymi i ich wpływem na różne rodzaje zachowań są prowadzone od 50 lat. Istnieje dobrze empirycznie udokumentowana wiedza na temat najlepszych sposobów perswazji oraz konstruowania przekonujących komunikatów, które mogą skutecznie wpływać na postawy i zachowania odbiorców.

Niestety, w wielu kampaniach medialnych wiedza ta nie jest wykorzystywana. Zamiast tego ich autorzy zwykle opierają się na swoich pomysłach i intuicjach, które nie mają ani podstaw teoretycznych, ani empirycznych.

W Międzynarodowych Standardach UNODC zebrano informacje na temat cech kampanii medialnych, które przynoszą oczekiwane rezultaty. Należą do nich:

1. Dokładne określenie grupy docelowej. Badania nad komunikacją wykazały, że „jeden rozmiar nie pasuje do wszystkich”, innymi słowy, nie ma uniwersalnego języka przekazu medialnego, który trafiłby do każdego odbiorcy.
2. Oparcie kampanii medialnej na solidnych podstawach teoretycznych.
3. Zaprojektowanie komunikatu na podstawie rzetelnych badań pilotażowych i ewaluacji formatywnej. Oznacza to konieczność testowania komunikatów, materiałów i sposobu przekazu przed uruchomieniem kampanii.
4. Łączenie, jeśli to możliwe, kampanii medialnej z innymi działaniami z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, realizowanymi w rodzinach, szkołach i społecznościach lokalnych. Wielopoziomowe działania profilaktyczne mają większe szanse na skuteczność.

5. Dostateczny czas emisji, który zapewnia odpowiednią ekspozycję grupy docelowej na przekaz kampanii medialnej.
 6. Systematyczna ewaluacja kampanii medialnej.
 7. Włączanie rodziców jako bezpośrednich odbiorców kampanii profilaktycznych adresowanych bezpośrednio do dzieci.
 8. Ukierunkowanie kampanii medialnej na zmianę norm kulturowych dotyczących używania substancji psychoaktywnych i/lub edukowanie odbiorców na temat konsekwencji używania tych substancji i/lub strategii przeciwstawiania się ich używaniu.
- Dostępne są również badania wyjaśniające, dlaczego niektóre kampanie medialne zawodzą. Niektóre powody tych niepowodzeń to:

- Kampanie nie koncentrują się na możliwych do modyfikacji determinantach zachowania. Nie jest skuteczne namawianie ludzi, aby substancjom psychoaktywnym powiedzieli po prostu „Nie”. Podobnie nie przynoszą efektów próby straszenia i wzbudzania lęku. Chociaż używanie substancji jest zachowaniem ryzykownym, to tragiczne konsekwencje takie jak śmierć na skutek wypadku, niepełnosprawność lub śmiertelne przedawkowanie, należą do rzadkości. Tak więc, jeśli odbiorcy takiego przekazu znają ludzi, którzy sięgali po daną substancję psychoaktywną i nie doznawali poważniejszych konsekwencji, to kampania staje się niewiarygodna, a kolejne próby perswazji narażone są na ryzyko niepowodzenia.
- Przekazy są przesadne. Większość młodych ludzi nie wierzy w przerażające (przesadne) historie ludzi doświadczających bardzo poważnych problemów w powodu używania substancji, ponieważ takie przypadki zdarzają się rzadko. Takie przekazy zwykle odbierane są jako niewiarygodne i przynoszą więcej szkód niż pożytku. Komunikaty, które koncentrują się na negatywnych konsekwencjach, zwykle nie dają przy tym żadnych wskazówek, jak należy zachowywać się, aby tych konsekwencji uniknąć. Może to prowadzić osoby z grupy docelowej do ignorowania przydatnych wskazówek, które zaplanowano w dalszej części kampanii. Tak więc, próby wzbudzania lęku za pomocą przekazów medialnych muszą być traktowane z dużą ostrożnością.
- Wyniki badań nad komunikacją wskazują, że przekazy wywołujące u adresatów zbyt duży lęk powodują, że priorytetem staje się poradzenie sobie z uczuciem lęku, a nie z zachowaniami, przed którymi te przekazy ostrzegają. Może to prowadzić odbiorców kampanii do ignorowania przekazu i angażowania się w zachowania, przed którymi są ostrzegani, aby udowodnić sobie (i nadawcom komunikatu), że mają „kontrolę” nad zachowaniem i nie poniosą z tego powodu poważnych szkód. Wzbudzanie lęku u odbiorców oraz uświadamianie im ewentualnych

szkód może być przydatne, ale tylko w takim stopniu, który motywuje do zmiany zachowania lub poszukiwania wsparcia. Badania pokazują, że skuteczne kampanie medialne zawierają „komunikaty dotyczące poczucia skuteczności”, które dostarczają praktycznych informacji, pomagających zwiększyć poczucie własnej skuteczności (przekonanie, że można zrealizować zalecane działanie) oraz skuteczności działania (przekonanie, że zalecane działanie przyniesie pożądany rezultat).

Złe zaprojektowane kampanie medialne, o ile mają jakąkolwiek skuteczność, to ogranicza się ona do krótkotrwałego wpływu na odbiorców, którzy i tak są zdeklarowanymi przeciwnikami używania substancji psychoaktywnych. Jednak nawet te osoby wbrew intencjom autorów kampanii mogą odrzucać przesadne przekazy, więc w tym przypadku niepodjęcie tego typu działań może być lepszym rozwiązaniem (Barden i Tormala, 2014; Clarkson i wsp., 2008; Clarkson i wsp., 2013; Green i Witte, 2006). Z tego względu sama forma oraz projekt przekazu są tak ważne w medialnych kampaniach profilaktycznych. Kluczowe dla powodzenia kampanii jest również pilotażowe testowanie wszystkich przekazów w grupie docelowej, aby uzyskać mocne argumenty, że mogą przynieść pożądane efekty.

Rozwój mediów społecznościowych oraz telewizji i filmów na żądanie zmienił sposób, w jaki ludzie korzystają z mediów. Widzowie nie są już bierną stroną w odbiorze medialnego przekazu, a „odpowiedzialność i etyczne aspekty wyboru [oglądania i wyboru mediów] zostają przeniesione na indywidualnego obywatela i konsumenta, który może posiłkować się własną umiejętnością korzystania z mediów” (O’Neill, 2008, s. 13). Bergsma i Carney (2008) argumentują, że „edukacja w zakresie umiejętności krytycznego korzystania z mediów pojawiła się w ciągu ostatnich 20 lat jako obiecująca alternatywa dla cenzury (np. regulowania dostępu do „niezdrowych” programów) lub dla innych metod ograniczania dostępu do mediów” (s. 523). W debacie na temat wpływu mediów niemal wszyscy zgadzają się co do potrzeby krytycznego korzystania z mediów i edukacji medialnej. Znaczące różnice zdań można znaleźć jedynie w kwestiach dotyczących formy i treści takiej edukacji.

Bergsma i Carney (2008) definiują umiejętność korzystania z mediów jako „zdolność do wyszukiwania, analizowania, ewaluacji oraz tworzenia przekazów medialnych w różnych formach” (s. 523). W USA *National Association for Media Literacy Education* (NAMLE, 2010) przedstawia podstawowe zasady edukacji w zakresie krytycznego korzystania z mediów. Należą do nich:

- Edukacja medialna skłania do aktywnego badania i krytycznego myślenia o przekazach, które otrzymujemy i tworzymy.

- Edukacja medialna poszerza pojęcie podstawowych kompetencji komunikacyjnych (np. umiejętności czytania i pisanie) o wszystkie formy niezbędne do rozumienia i interpretowania przekazów medialnych.
- Edukacja medialna buduje i wzmacnia umiejętności odbiorców w każdym wieku. Podobnie jak umiejętności czytania i pisanie, umiejętności krytycznego korzystania z mediów wymagają zintegrowanych, interaktywnych i powtarzanych działań edukacyjnych.
- Edukacja w zakresie krytycznego korzystania z mediów rozwija świadomych, refleksyjnych i zaangażowanych odbiorców niezbędnych do funkcjonowania demokratycznego społeczeństwa.
- Edukacja medialna uznaje, że media są częścią kultury i działają jako czynniki socjalizacji.
- Edukacja medialna potwierdza, że odbiorcy wykorzystują indywidualne zdolności, przekonania i doświadczenia do rozwijania własnego rozumienia przekazów medialnych.

Opracowane zostały już dobre praktyki dotyczące treści, pojęć i umiejętności będących przedmiotem nauczania w edukacji medialnej. Amerykańskie stowarzyszenie *National Association for Media Literacy Education* przygotowało listę podejść i umiejętności przydatnych do rozwijania programów edukacji medialnej. Ta lista jest również pomocna w Europie i innych częściach świata.

- Wszystkie przekazy medialne są „konstruowane”. Zajęcia edukacji medialnej w zakresie krytycznego korzystania z mediów uczą, że przekazy medialne różnią się od rzeczywistości, porównując to, co jest w nich pokazywane z realnymi doświadczeniami życiowymi, lub analizując orientację ideową/polityczną/światopoglądową producenta przekazów medialnych.
- Przekazy medialne są tworzone przy użyciu kreatywnego języka rządzącego się własnymi prawami. Edukacja medialna uczy, jak rozpoznawać techniki reklamowania i produkcji reklam lub tworzenia przekazów medialnych.
- Ten sam przekaz medialny będzie różnie odbierany przez różne osoby. Edukacja medialna uczy odbiorców analizowania, w jaki sposób media wpływają na ludzi, co można zrobić, aby uniknąć negatywnych skutków przekazów medialnych, oraz jakie działania można podjąć w celu poprawy funkcjonowania mediów.
- Media mają swoje utrwalone wartości oraz punkt widzenia. Zajęcia z edukacji medialnej uczą, jak rozpoznawać stereotypy, mity, uprzedzenia, wartości, style życia i/lub punkty widzenia reprezentowane lub pomijane w przekazach medialnych.
- Większość przekazów medialnych jest tworzona w celu uzyskania zysku i/lub zdobycia władzy. Zajęcia

edukacji medialnej uczyć odbiorców identyfikować cele strategii reklamowych lub marketingowych, rozwijają sceptycyzm wobec przekazów reklamowych/ medialnych oraz pomagają tworzyć antyrekłame lub przeciwstawne przekazy.

Jak widzieliśmy w przypadku innych podejść profilaktycznych, edukacja medialna może być adresowana do wszystkich grup wiekowych oraz prowadzona w różnych miejscach. Na przykład, młodzi ludzie często wiedzą więcej o technologiach cyfrowych niż starsze pokolenia, ale niekoniecznie mogą dysponować rozwiniętą umiejętnością krytycznego korzystania z mediów, która pomaga analizować, ocenić i rozumieć opis substancji psychoaktywnej, na który natknęli się w internecie. Podobnie, starsze pokolenia mogą mieć istotny wkład w zapewnienie młodym ludziom bezpieczeństwa w sieci, ale czują się wykluczone z technologii i platform zorientowanych na młodzież. Pomoc w tworzeniu „cyfrowych połączeń” między pokoleniami może być jednym ze sposobów dzielenia się tą wiedzą i doświadczeniem.

Jak korzystać z mediów w pracy profilaktycznej?

Korzystanie z mediów do celów profilaktycznych wymaga znajomości kilku podstawowych zasad. Przykładem takich zasad są wytyczne do pracy z mediami dla partyworkerów pracujących w nocnych klubach i barach opublikowane przez *Club Health Network*. Opisują one kwestie, które należy wziąć pod uwagę, chcąc dotrzeć z przekazem medialnym do uczestników imprez klubowych. Jednocześnie wytyczne te przedstawiają ciekawe przykłady i odniesienia bibliograficzne do szerszego wykorzystania mediów w pracy profilaktycznej oraz mogą być źródłem inspiracji do pracy z mediami w ogóle.

Club Health Network ma następujące wskazówki dla specjalistów ds. profilaktyki:

- Ustal wśród swoich celów wyraźne priorytety, różniąc działania prowadzone na lokalną skalę od działań na szeroką skalę, np. debaty publicznej o dużym zasięgu.
- Przewiduj, a nawet celowo uwzględniaj w przekazie medialnym punkty widzenia innych. Perspektywa innych osób jest co najmniej tak samo ważna jako podstawa decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu przez decydentów określonych działań z zakresu polityki społecznej.
- Uznaj, że bezpieczeństwo i przepisy prawa są bardzo ważne w kształtowaniu zasad klubowego życia

nocnego, ale pamiętaj też, iż należy zawsze uwzględnić i promować perspektywę zdrowia publicznego.

- Stwórz dobry komunikat prasowy, który możesz łatwo streścić:
 - Napisz krótki komunikat prasowy (jedna strona), rzeczowy i zawierający jeden kluczowy przekaz. Jeśli to konieczne, przygotuj więcej komunikatów prasowych.
 - Dbaj o prosty język swojego komunikatu prasowego: bez nadmiernego używania przymiotników, żargonu lub specjalistycznych terminów. Trzymaj się prostego układu graficznego.
 - W nagłówku (*headline*) odpowiedz przynajmniej na trzy z pięciu klasycznych pytań: kto, co, kiedy, gdzie i dlaczego.
 - Jeśli to możliwe, używaj cytatów i statystyk.
 - Umieść podstawowe informacje na temat organizacji, która wydaje ten komunikat prasowy oraz dodaj dane kontaktowe.
 - Dołącz linki do dodatkowych narzędzi i informacji.
 - Miej pod ręką krótką notkę biograficzną o sobie i swoich doświadczeniach zawodowych.
 - Promuj wersję online swojego komunikatu prasowego oraz obserwuj, kto z niej korzysta. Tradycyjne media coraz częściej zbierają internetowe wiadomości i powielają je na szerszą skalę.
- Wyznacz rzecznika prasowego, który będzie wiarygodny w oczach młodych uczestników życia klubowego oraz będzie dostępny dla lokalnych i krajowych mediów.
- Zamieszczaj w internecie teksty w krótkiej i zrozumiałej formie.
- Śledź trendy życia klubowego, aby być na bieżąco z aktualnymi wiadomościami i nie być postrzeganym jako ktoś niedoinformowany.
- Unikaj dziennikarzy szukających sensacyjnych informacji, które opublikowane w mediach mogą mieć negatywny wpływ na uczestników życia nocnego.
- Przyjmuj, że dziennikarze są w większości uczciwi, ale jeśli to możliwe, poproś o autoryzację Twojego tekstu przed publikacją. W ten sposób będziesz mógł się upewnić, że nie zostałeś źle zacytowany lub Twoje słowa nie zostały wyrwane z kontekstu. Pamiętając o tych wskazówkach, możesz skutecznie wpłynąć na debatę publiczną lub opinie na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Współpracując z mediami, możesz uzyskać szeroki zasięg dla swoich profilaktycznych przekazów, bez konieczności tworzenia kosztownej kampanii medialnej na dużą skalę.

Rozdział 9

Profilaktyka w środowisku lokalnym



EUPC

Poprawa stanu zdrowia publicznego w danej społeczności wymaga działań profilaktycznych obejmujących znaczącą część populacji oraz jednocześnie adresowanych do trudno dostępnych grup ryzyka, które często należą do tych najbardziej podatnych na rozwój problemów. Takie podejście zapewnia zastosowanie w społeczności lokalnej wieloskładnikowych oddziaływań profilaktycznych. Ale niezależnie od tego, ile programów profilaktycznych zostało zrealizowanych, potrzebny jest system i infrastruktura do wdrażania profilaktyki, tak aby zapewnić wysoką jakość i ciągłość działań w dłuższej perspektywie oraz uzyskać dla niej wsparcie społeczności lokalnej. Umożliwi to optymalny wpływ oddziaływań na całą populację.

Poprawa zdrowia publicznego wymaga również, aby znaczący partnerzy ze społeczności lokalnej wspierali profilaktykę opartą na dowodach naukowych. To, że przyniesie ona korzyści grupie docelowej, jest jednym z głównych powodów wdrażania systemu działań w społeczności lokalnej. Pozwala to również na stworzenie wielopoziomowego, wszechstronnego i zintegrowanego systemu działań profilaktycznych, a także interwencji leczniczych, które będą dostępne dla różnych grup odbiorców, w tym grup ryzyka, a także zagrożonych pojedynczych osób.

W tym rozdziale opisano kwestie, które są kluczowe dla zrozumienia, jak budować system oddziaływań profilaktycznych i polityki społecznej oparty na dowodach naukowych z wykorzystaniem lokalnego kapitału ludzkiego i zasobów materialnych. Przykładami, które ilustrują, jak prowadzić działania w społeczności lokalnej, są następujące programy oparte na naukowych dowodach: *Stockholm against drugs* (STAD), *Project Northland*, *Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience* (PROSPER) oraz program *Communities That Care* (CTC).

Definicje

W tym podręczniku traktujemy „środowisko lokalne” jako miejsce, w którym można opracować i wdrożyć skuteczny system działań profilaktycznych. Większość specjalistów ds. profilaktyki pracuje na różnych szczeblach samorządu terytorialnego, co umożliwia stworzenie działań profilaktycznych na makropoziomie (np. regionalne działania z zakresu profilaktyki selektywnej ukierunkowane na pomoc imigrantom) oraz w wielu miejscach na mikropoziomie (np. organizacje młodzieżowe w szkole i lokalne kluby sportowe).

Small i Supple (1998) wprowadzili rozróżnienie między sąsiedztwem a wspólnotą lokalną. Sąsiedztwo jest przez nich traktowane jako miejsce, które ma wspólne społeczne i fizyczne granice. Te granice mogą dotyczyć statusu społeczno-ekonomicznego mieszkańców lub ich fizycznego sąsiedztwa. Wspólnota lokalna, z kolei, nie jest definiowana przez wspólne granice, lecz polega na poczuciu więzi, wspólnej tożsamości i wzajemnym zaufaniu.

Wieloskładnikowe działania profilaktyczne obejmują programy oparte na dowodach naukowych oraz regulacje, które wpływają na całą społeczność lokalną (rys. 30). Mogą one zawierać programy i regulacje wdrażane w szkołach, nocnych klubach oraz działania nastawione na potrzeby rodziców i rodzin. Mogą również obejmować kampanie medialne, które skutecznie przekazują treści profilaktyczne lub wspierają działania profilaktyczne podjęte w społeczności lokalnej. Istotne w tym wszystkim jest to, żeby skupić się na działaniach i regulacjach, które okazały się skuteczne. Kiedy koordynuje się i łączy działania profilaktyczne adresowane do różnych grup pracujących w różnych środowiskach społeczności lokalnej, to w rezultacie można stworzyć silne „narzędzie” profilaktyczne.

Jak to już wskazaliśmy wcześniej, omawiając podejście społeczno-ekologiczne do profilaktyki, gdy specjaliści planują działania profilaktyczne w społeczności lokalnej, powinni rozważyć dotarcie do odbiorców poprzez różnorodne „kanały” na poziome mikro- i makrospołecznym. Zwykle wdrażane jest jedno lub dwa działania profilaktyczne (programy lub regulacje), albo na mikro- albo makro-poziomie. Połączona siła wieloskładnikowych oddziaływań i regulacji, które adresowane są do rodziny/szkoły/miejsca pracy/społeczności lokalnej, może istotnie wpłynąć na wielu nastolatków i dorosłych, którzy używają substancji psychoaktywnych lub podejmują inne zachowania ryzykowne. Ogólnie rzecz ujmując, bardziej skuteczne są programy i strategie profilaktyczne uwzględniające indywidualne i społeczne (rówieśnicze, rodzinne, szkolne i związane z miejscem zamieszkania) czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące.



Rysunek 30. Wieloskładnikowe działania na rzecz wspólnoty lokalnej

Weźmy na przykład szkolny program profilaktyczny *Unplugged*, który został zaprojektowany tak, aby ograniczyć używanie substancji psychoaktywnych wśród młodzieży 11–14-letniej. Program może przynieść pozytywne efekty, jeśli zostanie zrealizowany zgodnie z założeniami oraz będzie zastosowany w grupie wiekowej uczniów, w której bardzo prawdopodobne jest inicjowanie używania substancji psychoaktywnych. Ten oparty na dowodach naukowych program jest realizowany w szkołach, więc uwzględnia dwa mikropoziomy wpływów społecznych – szkołę i rówieśników. Jeśli byłby skoordynowany z odpowiednim programem dla rodziców tej samej grupy nastolatków, takim jak np. program *EFFEKT*, wówczas pozytywne rezultaty mogłyby zostać wzmocnione, ponieważ dwa programy razem (*Unplugged* i *EFFEKT*) uwzględniłyby

szerszy wachlarz wpływów społecznych oraz czynników socjalizacyjnych (rówieśników i rodzinę), odpowiednio dostosowanych do fazy rozwoju nastolatków.

Efekty obu programów mogłyby zostać jeszcze bardziej wzmocnione poprzez wprowadzenie działań w całej społeczności lokalnej, opartych na kształtowaniu środowiska społecznego (zob. rozdział 7). Poprzez skoordynowane w czasie wdrożenie działań na poziomach mikro- i makrospołecznym zespół kierujący profilaktyką może wzmocniać efekty jednego działania, dodając kolejne. Na przykład, działania nastawione na redukcję negatywnych wpływów rówieśniczych może być wzmocnione poprzez odpowiednie regulacje, takie jak procedury szkolne lub lokalną politykę władz samorządowych, które umacniają normy przeciwnie używaniu substancji psychoaktywnych, lub podważają przekonania młodych ludzi skłaniające ich do używania substancji psychoaktywnych.

Programy o udowodnionej skuteczności

Programy wymienione poniżej uzyskały obiecujące wyniki w kilku badaniach ewaluacyjnych przeprowadzonych w USA oraz w różnych krajach Europy. Przytaczamy te programy jako inspirację dla poszukiwań odpowiednich programów dla lokalnych potrzeb, możliwości i uwarunkowań. Są to: *Project Northland*, *Stockholm against drugs* (STAD), program *Communities That Care* (CTC) oraz *Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience* (PROSPER).

Project Northland jest programem profilaktyki uniwersalnej dla młodzieży w wieku 11–18 lat opracowanym na Uniwersytecie Minnesota w USA. Niektóre części projektu zostały zaadaptowane i poddane ewaluacji także w innych krajach, np. w Polsce, Rosji i w Chorwacji. Program zakłada realizację wielu działań, w tym kształtowanie wśród uczniów postaw przeciwnych picie alkoholu oraz naukę umiejętności radzenia sobie z wpływami społecznymi zachęcającymi do sięgania po alkohol, a także kształtowanie środowisk socjalizacyjnych, takich jak środowisko rówieśników, rodziców, grupy szkolne, społeczność lokalna. Głównymi „składnikami” programu są zajęcia w klasach, udział liderów rówieśniczych, zajęcia pozalekcyjne prowadzone przez przeszkoloną młodzież, programy angażowania rodziców oraz akcje na rzecz aktywizowania społeczności lokalnej. W bazie *Xchange Projekt Northland* został oceniony jako „częściowo korzystny”, co oznacza, że chociaż istnieją dowody skuteczności pochodzące z USA, to jednak zalecana jest pewna ostrożność, ponieważ potrzebne są badania dotyczące skuteczności tego programu w krajach europejskich. STAD jest wieloskładnikowym programem przeznaczonym do realizacji w społeczności lokalnej, którego

adresatami są uczestnicy życia nocnego. Program został przygotowany, zrealizowany i poddany ewaluacji w Szwecji. Aktualnie trwają prace nad adaptacją tego programu do specyfiki życia nocnego w sześciu innych krajach Europy. Oryginalna wersja programu STAD składa się z trzech strategicznych kierunków działania naszkicowanych poniżej:

- **Mobilizacja społeczności do działania.** Powołanie grupy roboczej, której zadaniem jest podniesienie świadomości społecznej oraz zwiększenie wiedzy wśród członków społeczności lokalnej na temat szkód związanych z piciem alkoholu. W skład grupy roboczej wchodzi istotne osoby ze społeczności lokalnej, np. przedstawiciele policji, samorządu, komisji profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, właściciele sklepów monopolowych oraz barów i klubów, mających zezwolenie na sprzedaż alkoholu, przedstawiciele związków zawodowych i lokalnych władz zarządzających ochroną zdrowia. Grupa robocza jest ciałem doradczym dla lokalnych władz samorządowych i spotyka się regularnie, aby

dyskutować kwestie związane z problematyką alkoholową oraz szukać sposobów poprawy lokalnej polityki w tym zakresie.

- **Szkolenie sprzedawców alkoholu.** Realizacja szkoleń w zakresie odpowiedzialnej sprzedaży napojów alkoholowych.
- **Egzekwowanie prawa.** Współpraca pomiędzy policją a członkami lokalnej komisji profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w celu lepszego przestrzegania przepisów dotyczących sprzedaży alkoholu i odpowiedzialnego serwowania napojów alkoholowych. Częścią działań podejmowanych w ramach programu STAD jest dystrybucja pisemnej informacji wśród właścicieli sklepów monopolowych, barów i klubów o udokumentowanych przez policję zdarzeniach dotyczących naruszenia przepisów w zakresie sprzedaży lub podawania alkoholu. Innym sposobem na budowanie systemu działań profilaktycznych w społeczności lokalnej jest amerykański pakiet działań znany jako *Community That Care* (CTC). Ogólne informacje o projekcie CTC są podane

Tabela 15. Model logiczny projektu PROSPER

Nakłady	Działania i ich zasięg	Efekty na poziomie społeczności	Spodziewane efekty ekonomiczne
<ul style="list-style-type: none"> • Zespoły ludzkie <ul style="list-style-type: none"> • Pracownicy obsługi • Współpracownicy w szkołach • Instytucje/nieformalne grupy lokalne • Rodzice • Młodzi ludzie • Zespół programu PROSPER • Koszty/nakłady <ul style="list-style-type: none"> • Czas/wynagrodzenie lidera zespołu • Czas/wkład pracy wolontariuszy • Czas pracy zespołu PROSPER 	<ul style="list-style-type: none"> • Podstawowe działania <ul style="list-style-type: none"> • Utrzymanie dobrego funkcjonowania zespołu • Wdrożenie programów opartych na dowodach działań • Zapewnienie trwałości działań • Szkolenia PROSPER /inne działania wspierające • Do kogo docieramy <ul style="list-style-type: none"> • Cała populacja uczniów w wieku 12–15 lat • 15–35% rodzin tych uczniów • Personel szkół • Partnerzy/instytucje lokalne • Partnerzy/instytucje regionalne/agencje krajowe • Badacze/zespół krajowy 	<ul style="list-style-type: none"> • Krótko- i średnioterminowe <ul style="list-style-type: none"> • Dobre funkcjonowanie zespołu • 90% realizacji programu • Pozytywne informacje zwrotne • Wytworzone zasoby • Rozpoznawalność w społeczności lokalnej • Długoterminowe <ul style="list-style-type: none"> • Dobre efekty współpracy społecznej sieci lokalnej pomiędzy młodzieżą/rodzicami/społecznością lokalną • Mniejsze rozpowszechnienie zachowań ryzykownych wśród młodzieży: <ul style="list-style-type: none"> – organicznie używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, papierosów, marihuany, leków, amfetaminy oraz ogólnie narkotyków) – ograniczenie zaburzeń zachowania/innych zachowań ryzykownych (agresji, przestępczości, wagarów, ryzykownych zachowań seksualnych) – ograniczenie problemów internalizacyjnych (zaburzeń lękowych, depresji) 	<ul style="list-style-type: none"> • Długoterminowe efekty mające konsekwencje ekonomiczne <ul style="list-style-type: none"> • Poprawa na rynku pracy w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> – zatrudnienia – absencji chorobowych – zarobków i dochodów • Zmniejszenie używania narkotyków i przestępczości narkotykowej, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – zatrzymań – wezwań sądowych – wyroków pozbawienia wolności/orzeczeń obowiązku leczenia • Zmniejszenie kosztów leczenia i innych usług zdrowotnych związanych z: <ul style="list-style-type: none"> – poważnymi problemami zdrowotnymi (wypadki, choroby przenoszone drogą płciową, zaburzenia snu) – chorobami przewlekłymi (szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych /uzależnienie, zaburzenia lękowe, depresja, inne zaburzenia psychiczne)

poniżej, ale w kwestiach szczegółowych warto zajrzeć na stronę internetową projektu, ponieważ wdrożenie tego pakietu działań będzie miało swoją specyfikę w zależności od regionu, powiatu lub gminy.

Community That Care jest swego rodzaju procedurą, w której na podstawie lokalnych badań lub danych sporządza się profil czynników ryzyka i czynników chroniących w danej społeczności lokalnej, aby na tej podstawie określić priorytetowe potrzeby. Kiedy zostaną już określone priorytety i populacja docelowa, grupa robocza wybiera i wdraża oparty na naukowych dowodach program profilaktyczny, który odpowiada na potrzeby wybranej grupy docelowej. CTC nie został jeszcze zamieszczony w bazie *Xchange*, ale w amerykańskiej bazie *Blueprints* został oceniony jako „obietujący”, co oznacza, że istnieją udokumentowane dowody jego skuteczności.



Rysunek 31. Projekt *Community That Care* (CTC).

Realizacja projektu CTC składa się z pięciu kroków (rys. 31):

- *Przygotowania*, czyli ocena gotowości społeczności lokalnej do wdrożenia programu.
- *Sformowanie grupy roboczej*, czyli zaproszenie znaczących osób i instytucji ze społeczności lokalnej do stworzenia koalicji na rzecz profilaktyki opartej na naukowych podstawach.
- *Stworzenie profilu społeczności lokalnej*, czyli zidentyfikowanie na podstawie dostępnych źródeł (badań, danych statystycznych, dokumentacji) istotnych dla danej społeczności czynników ryzyka i czynników chroniących.
- *Stworzenie planu działania*, czyli przegląd programów profilaktycznych o udowodnionej skuteczności, które odpowiadają na potrzeby tej społeczności lokalnej (redukuja zidentyfikowane w tej

społeczności czynniki ryzyka lub/i wzmacniają „deficytowe” czynniki chroniące), a następnie wybranie najlepszych programów dla tej społeczności, czyli jej mieszkańców, szkół, rodzin i innych środowisk.

- *Staranne wdrożenie* wybranych programów i ich *ewaluacja* w celu udokumentowania oczekiwanych efektów.

W badaniach udowodniono, że kiedy społeczności lokalne w USA stosują w praktyce powyższe kroki, to przynosi to pozytywne zmiany wśród młodych odbiorców programu (w porównaniu z grupą kontrolną), takie jak znaczące zmniejszenie liczby przypadków inicjacji alkoholowej lub papierosowej, zmniejszenie rozpowszechnienia przestępczości i przemocy oraz zwiększenie wpływu czynników, które chronią młodzież. Badania nad skutecznością projektu CTC wykazały, że te pozytywne zmiany utrzymywały się przez 4 lata, a istotne różnice (między grupą eksperymentalną i kontrolną) w zakresie inicjacji zachowań sprzecznych z prawem utrzymywały się do czasu ukończenia przez młodzież 19. roku życia.

Powyższy model planowania i realizacji działań profilaktycznych w społeczności lokalnej oraz jego dobre wyniki wskazują, że koalicja na rzecz profilaktyki, złożona ze znaczących przedstawicieli społeczności lokalnej, może tworzyć i rozwijać naukowe podejście do profilaktyki. To z kolei prowadzi do zmian systemowych w realizacji zadań związanych z profilaktyką.

Zazwyczaj proces przygotowania i tworzenia przez koalicję lokalną (grupę roboczą) planu działania trwa od około roku do półtora. Potem następuje wdrożenie opartych na naukowych dowodach programów profilaktycznych i/lub innych działań (np. nowych regulacji). Wymierne rezultaty w zakresie redukcji czynników ryzyka oraz wzmocnienia czynników chroniących są możliwe do zaobserwowania w ciągu 2–4 lat.

Na zakończenie chcemy zaprezentować *PROSPER* – jeszcze jeden program przeznaczony dla społeczności lokalnej, który w amerykańskiej bazie *Blueprints* został oceniony jako „obietujący”. Zadaniem zespołu realizatorów tego programu jest wdrożenie w społeczności lokalnej trwałych działań złożonych ze skutecznych programów adresowanych do szkół i rodzin. Programy są wybierane ze staraniem dobranej listy prowadzonej przez zespół badawczy programu *PROSPER*. Zespół naukowy tego programu nie tylko tworzy tę listę, ale również śledzi literaturę naukową, aby upewnić się, że właśnie te programy są najlepszym wyborem dla populacji docelowych. Model (logicznych związków) stanowi przykład, w jaki sposób program *PROSPER* może być planowany i realizowany oraz jaki może mieć to wpływ na społeczność lokalną (tab. 15).

W ramach programu *PROSPER* opracowano osiem strategii pomocnych w osiągnięciu założonych celów:

- *Zapewnienie środków na realizację programu.* Strategia ta koncentruje się na zdobywaniu lub wygospodarowywaniu funduszy, uzyskiwaniu wsparcia kadrowego oraz rzeczowego dla realizacji programów w szkołach i w rodzinach (łącznie ze wsparciem wolontariuszy), a także na zwiększaniu z czasem oferty programowej.
- *Pozytywny wizerunek projektu.* Zadbanie o to, aby zespół realizatorów projektu *PROSPER* oraz prowadzone programy profilaktyczne były pozytywnie odbierane przez społeczność lokalną oraz aby szkoły i społeczność lokalna dostrzegały, że zespół programu *PROSPER* przyczynia się do poprawy sytuacji młodych ludzi i ich rodzin.
- *Monitorowanie jakości planowania i realizacji działań.* Ta strategia zawiera te wszystkie działania, które służą monitorowaniu jakości działań, włączając w to planowanie obserwację, dokumentowanie, zbieranie danych, przekazywanie informacji zwrotnych, itp.
- *Partnerstwo i współpraca ze szkołami i z innymi instytucjami.* Ta strategia zawiera wszystkie działania zespołu realizatorów, które służą tworzeniu wzajemnych relacji między zespołem *PROSPER*, szkołami i innymi instytucjami społeczności lokalnej współpracującymi w tym projekcie.
- *Dbłość o komunikację o programie.* Ta strategia skoncentrowana jest na angażowaniu mediów oraz innych kanałów informowania o programie po to, aby tworzyć pozytywny klimat społeczny wokół działań profilaktycznych podejmowanych w ramach projektu *PROSPER*, a także w zakresie jego finansowania oraz udziału szkół i rodzin.
- *Docenianie i nagradzanie.* Ta bardzo istotna strategia służy zapewnieniu trwałego zainteresowania i wsparcia dla aktywności podejmowanych przez zespół realizatorów projektu *PROSPER*. Nagrody i różne formy doceniania dotyczą zespołu realizatorów, uczestników oraz osób wspierających program w szkołach i w społeczności lokalnej.
- *Dbanie o zespół realizatorów.* W celu zapewnienia odpowiedniej skuteczności działania zespołu realizatorów oraz podtrzymania jego pozytywnego nastawienia, liderzy zespołów i koordynatorzy opracowują sposoby dbania o dobre funkcjonowanie zespołu. Wymaga to ze strony kierownika i koordynatorów działań profilaktycznych stałej dbałości o jakość relacji wewnątrzzespołowych.
- *Prowadzenie regularnych spotkań zespołu.* Dobre funkcjonowanie zespołu jest jednym z głównych warunków trwałości programu *PROSPER*. Dlatego program wymaga regularnych spotkań zespołu realizatorów. Przydatność tych spotkań jest omawiana w ramach planu stałego doskonalenia zespołu.

Budowanie skutecznego zespołu realizatorów w społeczności lokalnej

W tym podrozdziale podkreślono wartość, jaką dla wspierania działań profilaktycznych ma zespół złożony z dobrze dobranych przedstawicieli społeczności lokalnej. Istnienie takiego zespołu jest pomocne w osiągnięciu ambitnych celów dzięki współpracy i zaangażowaniu wielu osób, ich umiejętnościom oraz wsparciu ich profesjonalnego zaplecza. Pomaga również zapewnić trwałość i ciągłość działań profilaktycznych, ponieważ nie jest oparty na pracy pojedynczych osób, lecz na pracy zespołu.

Praca zespołowa nie jest niczym nowym. Jednak zbudowanie skutecznego, zaangażowanego oraz dobrze działającego zespołu nie jest zadaniem łatwym. Pracę i skuteczność takiego zespołu może utrudniać kilka czynników. Należą do nich: brak wyraźnego celu lub misji, niejasne oczekiwania, słabe przywództwo, nieregularne spotkania i brak informacji zwrotnych dotyczących wyników podjętych działań, brak reprezentantów istotnych grup/instytucji oraz konflikty wewnątrz zespołu.

Oprócz barier na poziomie wewnątrzzespołowym i organizacyjnym, inne czynniki utrudniające zbudowanie dobrego zespołu mogą stanowić istotne bariery dla realizacji programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych. Krajowe i międzynarodowe organizacje oraz instytucje państwowe mogą wspierać takie programy profilaktyczne, ale – mimo to – nie są one szeroko realizowane. Niektóre z powodów tego stanu rzeczy są efektem wyzwań, z którymi borykają się lokalni decydenci. Z tego względu ich polityka i decyzje finansowe mogą być doraźne (np. być efektem głośniejszych tragicznych wydarzeń, takich jak śmierć młodego człowieka z powodu przedawkowania) i obliczone na krótką metę.

Wyzwaniem dla pełnego dobrego chęci zespołu złożonego z przedstawicieli społeczności lokalnej może być brak infrastruktury i systematycznego wsparcia. Lokalne priorytety mogą się zmienić, zanim działania profilaktyczne zdołają się ugruntować w strukturach i świadomości zbiorowej społeczności lokalnej. Również zasoby potrzebne do działań mogą się nagle skończyć lub wydatnie zmniejszyć. Utrzymanie trwałości programu działań profilaktycznych w dłuższej perspektywie czasu wymaga strategii stałego pozyskiwania funduszy, która obejmuje marketing, promocję oraz tworzenie odnawialnego z roku na rok „portfela” zasobów finansowych i niefinansowych. Większość programów opartych na dowodach naukowych nie przygotowuje swoich realizatorów do tego typu zadań, dlatego mogą oni nie posiadać takich umiejętności.

Skuteczny zespół może ograniczać lub pokonywać takie bariery, jeśli odpowiednio odniesie się do

kluczowych elementów pracy zespołu, czyli ustali zadania i odpowiedzialność liderów oraz poszczególnych członków zespołu, nada zespołowi strukturę i zapewni ciągłość działania w dłuższej perspektywie.

Kiedy tworzymy zespół warto pomyśleć, jaki będzie jego skład. Powinny być w nim reprezentowane kluczowe instytucje i organizacje działające w społeczności lokalnej, zwłaszcza jeśli te instytucje lub organizacje mają dostęp do dzieci, młodzieży i rodzin, czyli potencjalnych uczestników działań profilaktycznych. Pomocne jest także znalezienie osób, które reprezentują grupy odbiorców, tak aby potrzeby społeczności były dobrze rozpoznane. Skuteczny zespół składa się z osób o uzupełniających się umiejętnościach, doświadczeniach i wiedzy. Powinien uwzględniać lokalne sieci współpracy międzysektorowej oraz reprezentować różne poglądy i perspektywy obecne w społeczności lokalnej. W końcu, warto pamiętać, że jest to zespół roboczy. Nie może więc być zbyt duży, tak aby wszyscy członkowie mogli w nim aktywnie pracować.

W dobrze działającym zespole wyraźnie określone są role i zadania poszczególnych członków, tak by jak najlepiej wykorzystała ich mocne strony i umiejętności.

Zwiększenie możliwości i zasobów społeczności lokalnej

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) wskazują na potrzebę zidentyfikowania zasobów i potencjału społeczności lokalnej. Kiedy to już nastąpi, skontaktowanie ze sobą ludzi i instytucji działających w społeczności lokalnej będzie wymagało czasu i cierpliwości. Rodzaje wzajemnych kontaktów będą zależały od celu planowanych działań. Trzeba ustalić, czy celem istnienia zespołu/koalicji lokalnej jest połączenie i integracja planów działania poszczególnych instytucji, czy rekrutacja uczestników do działań profilaktycznych opartych na naukowych dowodach, czy raczej uświadczenie lokalnej społeczności potrzeby ich prowadzenia. Czy celem wzajemnych kontaktów jest zbudowanie partnerstwa czy też zaangażowanie odpowiednich ludzi z pasją do zbierania funduszy na cele programu?

Cel wspólnego działania pomoże określić typ współpracy. Niezależnie od tego powinna być ona odbierana jako coś pozytywnego, co pozwala kształtować dobrą

reputację zespołu w społeczności lokalnej. Aby nawiązać współpracę oraz skontaktować ze sobą odpowiednie osoby i instytucje działające w społeczności, powinieneś kierować się następującymi zasadami:

- Ustal znaczące „centra” w społeczności lokalnej. Dobrze sprawdzają się miejsca, które w naturalny sposób gromadzą ludzi, jak np. dom kultury, ośrodek pomocy społecznej, biuro organizacji pozarządowej działającej na rzecz profilaktyki i znajdują się w łatwo dostępnych dla członków społeczności lokalizacjach.
- Bądź twórczy w angażowaniu ludzi do działań profilaktycznych. Oferuj różnorodne możliwości włączenia się. Oferty powinny być odpowiednie dla poszczególnych osób oraz uwzględniać ich zainteresowania i umiejętności.
- Wspieraj naturalnych liderów społeczności lokalnej. W każdej społeczności są liderzy, wokół których gromadzą się inni ludzie.
- Wyznaczaj konkretne lub krótkoterminowe zadania. Niektóre osoby mogą nie chcieć albo nie móc zaangażować się w długotrwałe przedsięwzięcia. Może okazać się, że ktoś jest bardzo zajęty, a propozycja działań kłóci się z jego planami i osobistymi zobowiązaniami. Ważne jest więc, aby zastanowić się, jakie działania mogą być dla takich osób odpowiednie, konkretne oraz możliwe do ukończenia w wyznaczonym czasie.

Kiedy zasoby społeczności są niewielkie, trzeba rozważyć, jak najefektywniej je wykorzystać. Po pierwsze, zespół lub koalicja lokalna powinny wziąć pod uwagę istniejące już działania. Każdy podmiot społeczny działający w społeczności lokalnej, np. szkoła, organizacja pozarządowa lub nieformalna grupa obywateli, ma swoje plany działania. Warto zatem rozważyć, jak mogą się one łączyć z planami zespołu lub koalicji lokalnej oraz jakie mogą być wspólne obszary działania i współpracy.

Po drugie, mogą pojawić się szczególne okoliczności, które odzwierciedlają lokalne problemy, takie jak rozwój lokalnej turystyki, przebudowa infrastruktury życia nocnego lub zapobieganie przestępczości w społeczności lokalnej. Te czasami naglące kwestie mogą być „motorem” motywującym ludzi do wspólnego działania oraz sprzyjać wykorzystaniu umiejętności i zasobów społeczności dla wspólnych korzyści.

Rozdział 10

Wspieranie profilaktyki



EUPC

Nie jest łatwo przekonać polityków, żeby profilaktyka stała się ich priorytetem lub zachęcić innych ludzi do wspierania naszych działań profilaktycznych. W większości przypadków skuteczne działania w tym zakresie wymagają dużego wysiłku oraz skoordynowanych działań na różnych poziomach. Te niełatwe zadania określa się jako „działania rzecznicze” dla profilaktyki (*advocacy*). *Triangle Research Group* (Silverstre i wsp., 2014), konsorcjum badawcze zajmujące się polityką alkoholową w Słowenii, definiuje *advocacy* jako „świadome działania prowadzone przez jednostkę lub grupę, których celem jest wywieranie wpływu na politykę społeczną i decyzje o alokacji środków w ramach systemów i instytucji publicznych/społecznych” (s. 14). Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (*The European Centre for Disease Prevention and Control* – ECDC, 2014) uważa rzecznictwo dla profilaktyki za „kluczową strategię dla promocji zdrowia i zdrowia publicznego” (s. 1).

Pewien rodzaj promocji, z wykorzystaniem informacji naukowych, powinien być elementem wszystkich działań lub programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych. Działania rzecznicze są często ukierunkowane na zmianę rozwiązań prawnych, przepisów i regulacji dotyczących promocji i ochrony zdrowia, ale potrzebne są również stałe działania na rzecz tych przepisów, które już zostały wdrożone, po to aby utrzymać dla nich społeczne poparcie. W tym celu, można przygotować materiał pomocniczy, który opisuje szkody spowodowane przez używanie substancji psychoaktywnych (zarówno dla pojedynczych osób, jak i dla całego społeczeństwa) oraz przedstawia sposób, w jaki programy profilaktyczne i odpowiednie regulacje prawne mogą wpływać na ograniczenie niektórych szkód (tab. 16). Tego rodzaju działania mogą prowadzić do zmiany społecznych przekonań, postaw i norm dotyczących używania

substancji psychoaktywnych oraz pomóc decydom w stosowaniu skutecznych strategii i programów profilaktycznych.

Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (2014) opisuje, w jaki sposób rzecznictwo może być prowadzone równoległe na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym. Inni argumentują, że dla celów rzeczniczych ważne jest stosowanie różnorodnych strategii (Vene Klasen i Miller, 2002). Strategie rzecznicze należy realizować we współpracy z przedstawicielami grup, do których adresowane są działania profilaktyczne, a także z decydentami oraz z innymi partnerami (Peloza, 2014). Działania te powinny być zróżnicowane i mogą polegać m.in. na perswazji, organizowaniu marszów protestacyjnych lub wykorzystaniu jako przykładu dobrze nagłośnionych spraw sądowych, a także na edukacji publicznej i wykorzystaniu mediów do wywierania wpływu na opinię publiczną (zob. także rozdział 8). Rzecznictwo może być traktowane jako odrębny rodzaj działalności na rzecz profilaktyki, ale może być również jednym z elementów kompleksowych działań profilaktycznych lub programu profilaktycznego (ECDC, 2014).

Tabela 16. Jak przedstawić materiał wspierający na rzecz profilaktyki

Jak przygotować materiał na rzecz profilaktyki
1. Określ problem
2. Określ znaczenie problemu dla osób, które używają substancji psychoaktywnych
3. Określ wagę problemu dla całej populacji lub dla tych osób, które nie używają substancji, a szczególnie dla ludzi młodych
4. Wskaż dostępne programy profilaktyczne i rozwiązania legislacyjne o potwierdzonej skuteczności

W kontekście skutecznego rzecznictwa Mercer i wsp. (2010) sugerują przydatność takich działań jak:

- klarowne przedstawianie związków między problemami zdrowotnymi, realizacją programów profilaktycznych i ich wynikami;
- systematyczne zbieranie i syntetyzowanie dowodów naukowych wskazujących na skuteczność profilaktyki;
- wykorzystanie w badaniach ewaluacyjnych prawidłowo dobranych grup badawczych oraz stosowanie poprawnej metodologii zbierania danych;
- angażowanie kluczowych partnerów w prowadzenie badań ewaluacyjnych i upowszechnianie dowodów wskazujących na skuteczność profilaktyki oraz wynikających z tego rekomendacji;
- upowszechnianie przekonujących oraz dostosowanych do potrzeb odbiorców informacji o dowodach naukowych oraz rekomendacjach dla praktyki;
- zaangażowanie wielu partnerów w proces uchwalania i przestrzegania rekomendowanych rozwiązań legislacyjnych;
- zapewnienie ciągłości działań profilaktycznych/rozwiązań legislacyjnych.

Jednakże wyniki badań nad polityką społeczną wskazują, że nie zawsze istnieje wyraźny związek między typami działań opisanymi przez Mercera i wsp. a zmianami w polityce lub w priorytetach działań profilaktycznych. Dlatego ważne jest, aby być realistą w ocenie tego, co można osiągnąć poprzez rzecznictwo oraz korzystać z wiedzy na temat procesu tworzenia polityki lub rozwiązań legislacyjnych. Na przykład Cairney (2016) opisuje, że proces ten może często wydawać się dla zewnętrznych obserwatorów irracjonalny i skomplikowany. Politycy często mają odmienne poglądy na to, jakie dowody są odpowiednie do podjęcia decyzji. Podczas gdy specjaliści ds. profilaktyki i zwolennicy profilaktyki opartej na dowodach mogą postrzegać dowody pochodzące z poprawnie przeprowadzonych badań lub ich przeglądów jako racjonalną podstawę do podejmowania decyzji, to decydenci będą je rozpatrywać wraz z innymi „dowodami”, takimi jak: informacje zwrotne z konsultacji społecznych, przekonania i wartości wyrażane przez osoby opiniotwórcze, porady zaufanych kolegów, programy i zobowiązania swoich ugrupowań politycznych, a także własne doświadczenia osobiste i zawodowe.

Niektórzy decydenci mogą mieć sporą wiedzę na temat profilaktyki i rozumieć potrzebę podejmowania decyzji na podstawie dowodów naukowych. Jednak rzadko zdarza się, by decydenci na wyższych szczeblach władzy mieli taki sam poziom wiedzy lub byli równie zainteresowani sprawami profilaktyki. Osoby odpowiedzialne za tworzenie polityki na wyższych szczeblach muszą brać pod uwagę rozmaite potrzeby i interesy, a to często oznacza znajdowanie kompromisu między

oczekiwaniem i wymaganiami konkurujących ze sobą podmiotów lub koncepcji, zwłaszcza w obszarach, które mogą być kontrowersyjne, jak np. polityka wobec substancji psychoaktywnych. Kompromis ten obejmuje również znajdowanie sobie zwolenników w strukturach decyzyjnych, gdzie może toczyć się rywalizacja o ograniczone zasoby lub znaczenie, a także o władzę w wytyczaniu strategicznych kierunków polityki na poziomie krajowym lub regionalnym.

Omawianie tych wyzwań nie służy zniechęceniu do działań rzeczniczych dla profilaktyki. Wręcz przeciwnie, zrozumienie realiów procesu podejmowania decyzji przez polityków może pomóc uzyskać lepsze rezultaty, a także skoncentrować się na kluczowych elementach i zmniejszyć frustrację, która wynika z przekonania, że decydenci „zwyczajnie nas nie słuchają”. Na przykład Cairney sugeruje, że zamiast prezentować gotowe rozwiązania problemów społecznych, takie jak wdrażanie programów profilaktycznych, rzecznicy powinni pracować nad zwróceniem uwagi polityków na te palące problemy (np. te związane z używaniem substancji psychoaktywnych) i przedstawić powody, dla których decydenci powinni potraktować je priorytetowo. Rzecznicy – gdy uda im się przyciągnąć uwagę decydentów – powinni również być w stanie przedstawić gotowe, oparte na dowodach naukowych rozwiązania (np. programy profilaktyczne), ale muszą być one konkretne oraz możliwe do wykonania zarówno z technicznego, jak i politycznego punktu widzenia. Kiedy uda się zasygnalizować problem i decydenci będą mieli motywację do działania, rzecznicy działań profilaktycznych muszą działać szybko, ponieważ „takie okazje” w środowisku politycznym zdarzają się rzadko i zwykle trwają krótko. Na przykład, jeśli władze lokalne są zmuszone do działania z powodu nagłośnionej tragedii związanej z używaniem substancji psychoaktywnych, rzecznicy profilaktyki muszą być przygotowani do szybkiego zaproponowania programów opartych na dowodach naukowych jako elementu długoterminowej strategii profilaktycznej, zanim zamknie się „okno możliwości” lub inne, nieoparte na dowodach podejścia zostaną uznane za priorytetowe. Krytycy polityki społecznej często skupiają się na słabych stronach nowych propozycji, zwłaszcza jeśli burzą one *status quo*. Z tego powodu rzecznicy profilaktyki muszą wcześniej dokonać krytycznej analizy swoich propozycji, aby przewidzieć, jakie potencjalne zastrzeżenia mogą zostać podniesione.

Skuteczne metody rzecznictwa łączą w sobie odpowiednie dowody naukowe z emocjonalnymi przekazami, które nadają tym działaniom „ludzki wymiar” oraz skutecznie wykorzystują pojawiające się możliwości, poprzez proponowanie rekomendowanych rozwiązań, które są spójne z przekonaniem decydentów oraz tym, co już wiadomo na temat ich priorytetów. Sukces jest

mało prawdopodobny, jeśli rzecznicy ograniczą się do „bombardowania” partnerów i decydentów dowodami naukowymi, żywiąc nadzieję, że te argumenty zmienią poglądy partnerów/decydentów i zapewnią ich poparcie dla profilaktyki opartej na dowodach. Trzeba wpłynąć na sposób, w jaki partnerzy/politycy rozumieją „problem” oraz dostarczyć im konkretnych dowodów, które są najbardziej przekonujące, biorąc pod uwagę ich sposób myślenia.

Ponadto, należy pamiętać, że chociaż specjaliści ds. profilaktyki lub eksperci mogą mieć doskonałą wiedzę specjalistyczną na temat sposobów ograniczania zdrowotnych lub społecznych skutków używania substancji psychoaktywnych, to nie oznacza, że posiadają oni umiejętności potrzebne do przekonania decydentów do swoich racji. Dlatego właśnie najskuteczniejsze grupy rzecznicze działają w ramach koalicji różnych partnerów i organizacji, które w naturalny sposób pomagają wykorzystać uzupełniające się umiejętności.

Ważną sprawą jest ewaluacja wysiłków na rzecz propagowania profilaktyki. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (2014) zaleca stosowanie

podejścia opartego na teorii zmiany, ponieważ pozwala ona wyjaśnić, w jaki sposób i dlaczego określone działania prowadzą do pożądanых rezultatów.

Ogólne zasady ewaluacji działań rzeczniczych dla profilaktyki są takie same jak w ewaluacji programów profilaktycznych i regulacji prawnych. Ewaluacje są oparte na systematycznie zbieranych danych oraz wykorzystują znane metody, takie jak wywiady czy ankiety. W przypadku działań rzeczniczych można zebrać dane na temat realizacji tych działań (ewaluacja procesu) lub poddawać ewaluacji rezultaty wybranej strategii (ewaluacja wyników), po to aby doskonalić umiejętności osób zaangażowanych w tę działalność. Trudności w ewaluacji wysiłków na rzecz propagowania profilaktyki wynikają z szybkiego tempa zmian w działaniach rzeczniczych oraz w ich efektach. Na to nakładają się trudne do przewidzenia zakłócenia związane z kontekstem, w jakim te działania są prowadzone. W związku z tym Coffman (2007) zaleca, aby regularnie i „na bieżąco” sporządzać raporty, po każdym znaczącym wydarzeniu lub działaniu na rzecz profilaktyki.

Podręcznik Europejskiego Programu Profilaktyki jest swego rodzaju wprowadzeniem w profilaktykę opartą na dowodach naukowych oraz pokazuje jej duże znaczenie. Na stronach tego podręcznika omówiono epidemiologię używania substancji psychoaktywnych w Europie, przedstawiono podstawy teoretyczne profilaktyki oraz mechanizmy zmiany ryzykownych zachowań. Ta wiedza została przekazana po to, aby lepiej rozumieć zakres pracy profilaktycznej oraz leżące u jej podstaw założenia.

Zostały tu przedstawione dwa główne źródła standardów w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych: Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) oraz Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych (UNODC). Są one pomocne w wybieraniu, opracowywaniu i wdrażaniu dostępnych programów profilaktycznych i/lub regulacji prawnych opartych na dowodach naukowych. Podręcznik dostarcza również wiedzy na temat, jak prowadzić ewaluację działań profilaktycznych.

Różne środowiska – rodzina, szkoła, miejsce pracy, społeczność lokalna, media i szerokie środowisko społeczne – zostały omówione ze względu na ich specyfikę w działaniach profilaktycznych. Te informacje powinny być pomocne w tworzeniu lub wybieraniu

skutecznych programów i/lub regulacji prawnych dla grupy lub populacji docelowej oraz po uwzględnieniu istniejących wyzwań i barier.

Autorzy mają nadzieję, że dzięki temu Programowi jego użytkownicy staną się lepiej przygotowanymi specjalistami, którzy umocnią działania profilaktyczne w swoim kraju lub regionie oraz przyczynią się do rozwoju europejskiej kadry specjalistów ds. profilaktyki.

Kadra dobrze przygotowanych specjalistów ma kluczowe znaczenie dla podjęcia wyzwań i zadań związanych z przełożeniem dostępnej wiedzy naukowej na rutynową praktykę profilaktyczną w Europie. Przewodnik EMCDDA dotyczący polityki zdrowotnej i społecznej (EMCDDA, 2017b) oraz strategia wspierająca zastosowania osiągnięć nauki w praktyce mają na celu zapewnienie decydom i praktykom narzędzi, zasobów i strategii na rzecz wdrażania w Europie profilaktyki opartej na dowodach naukowych. Skoncentrowanie uwagi decydentów na wdrażaniu programów opartych na dowodach pokaże im wykonalne przykłady działań, które z jednej strony są bardziej skuteczne niż niektóre popularne podejścia (np. imprezy plenerowe, konkursy, pogadanki), a z drugiej strony ich realizacja wiąże się z mniejszym ryzykiem szkodliwych skutków ubocznych.

- Ajzen, I. (1991), The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, pp. 179–211.
- Ayllón, S., Ferreira-Batista, N.N. (2018), 'Unemployment, drugs and attitudes among European youth', *Journal of Health Economics* 57, pp. 236–248.
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, General Learning Press, New York.
- Barden, J., Tormala, Z.L. (2014), 'Elaboration and attitude strength: the new metacognitive perspective', *Social and Personality Psychology Compass* 8(1), pp. 17–29.
- Bartholomew, L.K., Mullen, P.D. (2011), 'Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions', *Journal of Public Health Dentistry* 71(1), pp. 20–33.
- Bergsma, L.J., Carney, M. E. (2008), 'Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review', *Health Education Research* 23(3), pp. 522–542.
- Biglan, A., Hinds, E. (2009), 'Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities', *Annual Review of Clinical Psychology* 5, pp. 169–196.
- Bobrowski, K., Pisarska, A., Ostaszewski, K., Borucka, A. (2014). Skuteczność programu profilaktyki alkoholowej dla dzieci na progu dojrzewania. *Psychiatria Polska*, 48(3), 527–539.
- Bronfenbrenner, U. (1979), *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R., the European Prevention Standards Partnership (2015), *EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts (Adaptation and Dissemination Toolkit). Step 3: Undertaking the adaptation*, Centre for Public Health, Liverpool.
- Cairney, P. (2016), *The politics of evidence-based policy making*, Springer Berlin, New York.
- Castro, F. G., Barrera, Jr., M. and Martinez, Jr., C. R. (2004), 'The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit', *Prevention Science* 5, pp. 41–45.
- Castro, F.G., Kellison, J.G., Boyd, S., Kopak, A. (2010), 'A methodology for conducting integrative mixed-methods research and data analyses', *Journal of Mixed Methods Research* 4, pp. 342–360.
- Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan J.A.M., Lonczak, H.S., Hawkins, J.D. (1999), *Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs*, DHHS and NICHD, Washington, DC.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010), *Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide*, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health, Division of Environmental Hazards and Health Effects, Air Pollution and Respiratory Health Branch, Atlanta, GA.
- Charvat, M., Jurystova, L., Miovsky, M. (2012), 'Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system', *Adiktologie* 12(3), pp. 190–211.
- Clarkson, J.J., Tormala, Z.L., Rucker, D.D. (2008), 'A new look at the consequences of attitude certainty: the amplification hypothesis', *Journal of Personality and Social Psychology* 95(4), pp. 810–825.
- Clarkson, J.J., Tormala, Z.L., Rucker, D.D., Dugan, R.G. (2013), 'The malleable influence of social consensus on attitude certainty', *Journal of Experimental Social Psychology* 49(6), pp. 1019–1022.
- Coffman, J. (2007), 'What's different about evaluating advocacy and policy change?', *Evaluation Exchange* 13, pp. 2–4.
- Degenhardt, L., Whiteford, H.A., Ferrari, A.J., Baxter, A.J., Charlson, F.J., Hall, W.D., Freedman, G., Burstein, R. (2013), 'Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010', *Lancet* 382, pp. 1564–1574.
- Elkins, S.R., Fite, P.J., Moore, T.M., Lochman, J.E., Wells, K.C. (2014), 'Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school', *Psychology of Addictive Behaviors* 28(2), pp. 475–486.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2014), *A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases*, ECDC, Stockholm.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009), *Preventing later substance use disorders*

- in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2011), *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*, EMCDDA Manuals, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2013a), *European drug prevention quality standards: a quick guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2013b), *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2015), *New psychoactive substances in Europe: an update from the EU early warning system*, EMCDDA Rapid Communication, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2017a), *European Drug Report 2017: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2017b), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018a), *European Drug Report 2018: Trends and Developments*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018b), *Environmental substance use prevention interventions in Europe*, Technical Report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- ESPAD Group (2020), *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Commission (2015), *Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Evidence Based Practice Institute (2012), <https://www.ebp.institute/>
- Federal Office of Public Health (2006), *Lessons learned — vulnerable young people and prevention*, Federal Office of Public Health, Bern (available at https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/03.00-049_vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf).
- Fishbein, M. (2011), 'Predicting and changing behavior: a reasoned action approach' in: *Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach*, Psychology Press, pp. 3–21.
- Flay, B.R., Petraitis, J. (2003), 'Bridging the gap between substance use prevention theory and practice', in: Sloboda, Z., Bukoski, W.J. (eds.), *Handbook on drug abuse prevention: theory, science, and practice*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, pp. 239–306.
- Fong, G.T., Graig, L V., Guignard, R., Nagelhout, G E., Tait, M K., Driezen, P., Kennedy, R D. et al. (2013), 'Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: findings from the ITC France survey', *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire* 20, pp. 217–223.
- Frone, M.R. (2013), *Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace*, American Psychological Association, Washington, DC.
- Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A.M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaité, L. et al. (2015), *Quality plan for prevention science education and training in Europe*, Science for Prevention Academic Network (SPAN), Oxford.
- Gasper, J. (2011), 'Revisiting the relationship between adolescent drug use and high school dropout', *Journal of Drug Issues* 41(4), pp. 587–618.
- Ginsburg, I. (1982), 'Jean Piaget and Rudolf Steiner: stages of child development and implications for pedagogy', *Teachers College Record* 84(2), pp. 327–337.
- Glantz, M.D., Pickens, R.W. (1992), 'Vulnerability to drug abuse: introduction and overview', in: Glantz, M.D., Pickens, R.W. (eds.), *Vulnerability to drug abuse*, American Psychological Association, Washington, DC pp. 1–1.
- Green, E.C., Witte, K. (2006), 'Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence?', *Journal of Health Communication* 11, pp. 245–259.
- Greenberg, M.T., Domitrovich, C.E., Graczyk, P.A., Zins, J.E. (2005), *The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice*, Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Hanushek, E. A., Wößmann, L. (2007), 'The role of education quality in economic growth', World Bank Policy Research Working Paper 4122 (available at <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1>).

- Hawkins, J.D., 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 abuse prevention', *Psychological Bulletin* 112, pp. 64–105.
- Hawkins J.D., Nederhood B. (1994), Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Pracownia Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa – Olsztyn.
- Hovland, C.I., Weiss, W. (1951), 'The influence of source credibility on communication effectiveness', *Public Opinion Quarterly* 15, pp. 635–650.
- Hovland, C.I., Janis, I., Kelley, H.H. (1953), *Communication and persuasion*, Yale University Press, New Haven, CT.
- Jessor, R., Jessor, S.L. (1977), *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, Academic Press, New York.
- Kaluzny, A.P., Hernandez, S.R. (1988), 'Organizational change and innovation', in: Shortell, S., Kaluzny, A. (eds.), *Health care management: a text in organizational theory and behavior*, 2nd edition, John Wiley and Sons, New York, pp. 379–417.
- Korporowicz L. (2001) Rozumienie ewaluacji. Historia, która ma przyszłość. w: Grzelak J., Sochocki M. (red.) Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa, 101–116.
- Lasswell, H.D. (1949), 'The structure and function of communication in society', in: Bryson, L. (ed.), *The communication of ideas*, Harper, New York, pp. 37–51.
- Lazarsfeld, P.F., Berelson, B., Gaudet, H. (1944), *The people's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign*, Columbia University Press, New York.
- Marlatt, G.A., Larimer, M.E., Witkiewitz, K. (eds.), (2011), *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, Guilford Press, New York.
- Mendes, F.J.F., Mendes, M.R. (2011), *Healthy and safer nightlife of youth project: staff training for nightlife premises*, Club Health (available at https://www.club-health.eu/docs/EN/Club_Health_training_of_staff_manual_EN.pdf).
- Mercer, S.L., Sleet, D.A., Elder, R.W., Cole, K.H., Shults, R.A., Nichols, J.L. (2010), 'Translating evidence into policy: lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers', *Annals of Epidemiology* 20, pp. 412–420.
- Michie, S., Van Stralen, M.M., West, R. (2011), 'The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions' *Implementation Science*, doi:10.1186%2F1748–5908–6–42.
- Miller, B.A., Holder, H.D., Voas, R.B. (2009), 'Environmental strategies for prevention of drug use and risks in clubs', *Journal of Substance Use* 14(1), pp. 19–38.
- Mrazek, P.J., Haggerty, R.J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington, DC.
- NAMLE (National Association for Media Literacy Education) (2010), *The core principles of media literacy education*, <http://namle.net/publications/core-principles/>.
- Najwyższa Izba Kontroli (2020). Raport Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019), Warszawa, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html>.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2015). Skuteczność polskiej adaptacji Strengthening Families Program (SFP 10–14). *Polskie Forum Psychologiczne*, 20(1), 78–100.
- O'Neill, B. (2008), 'Media literacy and the public sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland', Paper presented at the Media@lse Fifth Anniversary Conference, 21–23 September, London (available at [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_Oneill\(LSEROverion\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_Oneill(LSEROverion).PDF)).
- Pelozo, J. (2014), *Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*, Infokart, Ljubljana.
- Piazza, P.V., Deroche-Gamonet, V. (2013), 'A multistep general theory of transition to addiction', *Psychopharmacology* 229(3), pp. 387–413.
- Plant Work (2006), 'Coming clean: drug and alcohol testing in the workplace', *World of Work: The Magazine of the ILO* 57, pp. 33–36.
- Poulin, F., Dishion, T. (2001), '3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions', *Applied Developmental Science* 5(4), pp. 214–224.
- Ricordel, I., Wenzek, M. (2008), 'Cannabis and safety of work: evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF', *Annales Pharmaceutiques Françaises* 66, pp. 255–260.
- Scull, T.M., Kupersmidt, J.B., Erasquin, J.T. (2014), 'The impact of media-related cognitions on children's substance

use outcomes in the context of parental and peer substance use', *Journal of Youth and Adolescence* 43(5), pp. 717–728.

Sierosławski, J. (2020). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Krajowe Biuro ds. Zapobiegania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Silvestre, S., Liutkutė, V., Peloza, J., Talić, S., Kokole, D., Ribeiro, S., Galkus, L. et al. (2014), *Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*, Alcohol Policy Youth Network (APYN) and No Excuse Slovenia, Ljubljana.

Sloboda, Z., Dusenbury, L., Petras, H. (2014), 'Implementation science and the effective delivery of evidence-based prevention', in Sloboda, Z. and Petras, H. (eds.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, pp. 293–314.

Small, S., Supple, A. (1998), 'Communities as systems: is a community more than the sum of its parts?', presented at the national forum on 'A community effects on children, adolescents and families', Penn State University, State College, PA.

Stovall, E. E., Rossow, I., Rise, J. (2014), 'Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs', *Journal of Substance Use* 19, pp. 38–43.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013), *International standards on drug use prevention*, UNODC, Vienna

(available at <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).

Van der Kreeft, P., Jongbloet, J., Van Havere, T. (2014), 'Factors affecting implementation: cultural adaptation and training', in: Sloboda, Z. and Petras, H. (eds.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, pp. 315–334.

VeneKlasen, L., Miller, V. (2002, rev 2007), 'Planning moment #5: Mapping advocacy strategies', in *A new weave of power, people & politics: the action guide for advocacy and citizen participation*, Practical Action Publishing, pp. 185–208.

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., Saul, J. (2008), 'Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation', *American Journal of Community Psychology* 41(3–4), pp. 171–181.

Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L., Kaljee, L. (2013), 'The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination', *Social Science and Medicine* 97, pp. 161–169.

Werner, E.E., Smith, R.S. (1982), *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*, McGraw-Hill Book Co., New York.

WHO (World Health Organization) (2018), *Global status report on alcohol and health*, WHO, Geneva.

WHO (n.d.), *Substance abuse*, http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ (accessed on 30 September 2017).

Aneks 1. Proces adaptacji Podręcznika

Adaptacja Podręcznika została oparta na wytycznych multidyscyplinarnej organizacji *European Prevention Standards Partnership* dotyczących adaptacji i upowszechniania standardów jakości w różnych kontekstach kulturowych, które zostały przedstawione w zestawie narzędzi EDPQS 4. Opisują one, jak postępować w przypadku adaptacji i co należy wziąć pod uwagę podczas tego procesu.

Wiodącą rolę w adaptacji Podręcznika odgrywał belgijski Zespół HoGent, oparty na pracownikach Zakładu Badań nad Profilaktyką na Uniwersytecie w Gandawie, oraz grupa międzynarodowych ekspertów w dziedzinie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, do której należeli: Zili Sloboda (Applied APSI), Michael Miovsky (Uniwersytet Karola w Pradze), Gregor Burkhart (EMCDDA) i Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals). Głównym celem tej grupy (grupy wiodącej) było uniknięcie, tam gdzie to możliwe, zmian w kluczowych elementach oryginalnego programu UPC, przy jednoczesnym wprowadzeniu istotnych adaptacji treści Podręcznika do potrzeb i kontekstu krajów Unii Europejskiej. Rolę konsultacyjną pełniła grupa ekspertów składająca się z przedstawicieli wszystkich 11 podmiotów zaangażowanych w projekt UPC-Adapt. Byli to eksperci z Belgii, Niemiec, Estonii, Hiszpanii, Chorwacji, Włoch, Polski, Czech i Słowenii.

Proces adaptacji rozpoczął się od uważnej lektury Podręcznika UPC opracowanego przez *Applied Prevention Science International* (APSI). Po zapoznaniu się

z pierwszą częścią podręcznika, to jest podstawami skutecznej profilaktyki, grupa wiodąca stworzyła dokument roboczy, w którym opisała wstępną kategoryzację możliwych adaptacji. Kategoryzacja ta wprowadziła rozróżnienie między adaptacjami „głębokimi” i „technicznymi” wraz z uzasadnieniem sugerowanych zmian. Techniczne adaptacje były to, na przykład, adaptacje miejsc, przykładów, danych, wyrażen i idiomów. Adaptacje głębokie zostały skategoryzowane jako adaptacje kontekstu społeczno-politycznego (takiego jak organizacja społeczna i polityczna), kulturowego (norm i wartości), graficznego (grafiki lub ilustracji) i redakcyjnego (usunięcia, zmiany lub dodatki bez zmiany głównych elementów). Efekty tej wstępnej pracy zostały najpierw przedyskutowane przez Zespół HoGent, a po osiągnięciu konsensusu, wstępna kategoryzacja i dokument roboczy zostały poddane przeglądowi przez grupę wiodącą.

Podobny proces zastosowano w procesie adaptacji drugiej części Podręcznika, czyli Profilaktyka w różnych środowiskach/siedliskach. Najpierw dyskutowano efekty adaptacji w Zespole HoGent, a następnie omówiono proponowane adaptacje z grupą wiodącą. Regularne konsultacje w grupie wiodącej odbywały się za pomocą wideokonferencji i poczty elektronicznej. Wstępny projekt Podręcznika został ukończony w czerwcu 2017 roku, a grupa partnerów z 11 ośrodków projektu UPC-Adapt i grupa wiodąca osiągnęły konsensus w sprawie pierwszej wersji Podręcznika w październiku 2017 roku.

Aneks 2. Fazy rozwoju od 3. do 16. roku życia

Wiek	Rozwój społeczny	Rozwój językowy	Rozwój fizyczny	Rozwój poznawczy	Rozwój emocjonalny	Zachowanie
3–4 lata	Dzieli się z innymi, dobrze bawi się z innymi, bawi się samo, używa łyżki/widelca, korzysta z toalety	Wymienia liczby, ale umie liczyć do 3, rozmawia z innymi, zna rymowanki i piosenki, ma ulubioną bajkę	Potrafi nawlekać koraliki, używa nożyczek, umie chodzić na palcach, potrafi pedałować, utrzymać równowagę i kierunek, orientuje się w przestrzeni	Buduje wieże, maluje, umie narysować głowę osoby, prawidłowo trzyma ołówek	Umie poczekać na zaspokojenie swoich potrzeb, ma poczucie humoru, rozumie, przeszłość i teraźniejszość	Umie się dopominać o swoje, ale nie potrafi jeszcze argumentować, korzysta z wyobraźni i śmieje się z żartów, boi się ciemności i oddzielenia od najbliższych
5–7 lat	Dzieli się z innymi, w zabawie wykorzystuje wyobraźnię, umie się ubrać i rozebrać	Lubi historie i wykorzystuje je w zabawie, rozumie podwójne znaczenie słów	Korzysta z zabawek konstrukcyjnych, koloruje, gra w gry z piłką, tańczy, biega, skacze	Potrafi przepisywać litery, liczy na palcach, uzupełnia obrazki, ma świadomość czasu	Potrafi zadbać o przyjaciół i o małe dzieci, lepiej kontroluje swoje zachowania	Złość i frustrację rzadziej wyraża poprzez zachowanie, a częściej za pomocą słów, jest bardziej niezależne
8–12 lat	Jest coraz bardziej niezależne od rodziców, rozróżnia dobro i zło, rozumie, co to przyszłość	Potrafi czytać i pisać, lepiej artykułuje swoje myśli, prowadzi dłuższe rozmowy, umie dyskutować i relacjonować wydarzenia	Zmienia się wyrażnie wygląd zewnętrzny, zaczyna się okres dojrzewania u dziewcząt, rozwija się koordynacja wzrokowo-ruchowa	Potrafi mówić o swoich myślach i uczuciach, myśli logicznie, rozwija umiejętności czytania i pisanie oraz umiejętności matematyczne	Uczy się poprzez obserwacje i rozmowy z innymi, daje wsparcie w trudnych sytuacjach, umie zaakcentować kluczowe kwestie	Dołącza do klubów, wiąże się bardziej z rówieśnikami, zabiega o akceptację rówieśników
13–16 lat	Więcej czasu spędza z rówieśnikami, kształtuje swoją tożsamość, testuje granice, jest zainteresowane dorosłymi wzorami zachowania	Przejawia większą precyzję myślenia, wyraża swoje przekonania	Dojrzewanie płciowe u obu płci, następuje szybki wzrost mięśniowo-szkieletowy, zwiększa się wytrzymałość	Bardziej troszczy się o inne osoby i o społeczność, dyskutuje i podważa obowiązujące zasady, testuje nowe pomysły	Odczuwa przemiany hormonalne w swoim ciele, przygotowuje się emocjonalnie do oddzielenia się od rodziny, odregulowuje emocje poprzez złe zachowanie	Ma większą potrzebę prywatności, więcej czasu spędza z rówieśnikami

Aneks 3. Słowniczek terminów

Adaptacja	Modyfikacja treści programu profilaktycznego w celu dostosowania go do potrzeb i specyfiki docelowej grupy odbiorców, w tym uwzględnienia specyficznych uwarunkowań kulturowych kraju, w którym adaptowany jest program zagraniczny.
Badania naukowe	Systematyczne prace (obejmujące m.in. projektowanie badań, testowanie, zbieranie informacji, analizowanie, ewaluację, wyciąganie wniosków) podejmowane przez badacza lub zespół badaczy w celu rozwinięcia wiedzy naukowej, np. odkrycia nowych zależności.
Badanie skuteczności programu profilaktycznego w warunkach naturalnych	Badanie skuteczności programu profilaktycznego w warunkach naturalnych sprawdza, czy ten program jest skuteczny w warunkach „rzeczywistych”, np. w typowej szkole lub społeczności lokalnej. Badanie to może również pomóc ustalić, w jakich warunkach program profilaktyczny jest skuteczny i komu przynosi korzyści.
Badanie skuteczności programu profilaktycznego w warunkach optymalnych	Badanie skuteczności programu profilaktycznego w warunkach optymalnych, polega na sprawdzeniu, w jakim stopniu w kontrolowanych warunkach realizacyjnych (bez przeszkód natury organizacyjnej, finansowej itd.) program profilaktyczny osiąga założone cele.
Badania zweryfikowane empirycznie	Badania oparte na obserwacji lub eksperymencie, których wyniki zostały potwierdzone na podstawie danych empirycznych zgodnie z zasadami metodologii badań.
Choroby niezakaźne	Choroby pozbawione czynnika zakaźnego, takiego jak bakterie lub wirusy. Są one spowodowane innymi czynnikami, np. genetycznymi, środowiskowymi, związanymi z trybem życia (palenie tytoniu, alkohol, niezdrowy sposób odżywiania się, brak ruchu).
Czynniki chroniące	Właściwości jednostki lub środowiska, które równoważą lub ograniczają wpływ czynników ryzyka.
Czynniki pośredniczące	Czynniki pośrednie, na które program profilaktyczny oddziałuje (np. intencja używania substancji), które są bezpośrednio związane z zachowaniami ryzykownymi, a w podanym przykładzie są bezpośrednio związane z używaniem substancji psychoaktywnych.
Czynniki ryzyka	Cechy środowiska i jednostek (w tym postawy, przekonania i inne właściwości indywidualne), które zwiększają ryzyko używania substancji psychoaktywnych lub innych zachowań ryzykownych.
Dobra praktyka	Dobra praktyka to najlepsze zastosowanie dostępnych wyników badań i dowodów naukowych do bieżących działań w dziedzinie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych.
Działania profilaktyczne bezpośrednio ukierunkowane na postawy i zachowania odbiorcy	Działania ukierunkowane na zmianę zachowań i postaw odnoszących się do używania substancji psychoaktywnych skierowane bezpośrednio do jednostek lub prowadzone za pośrednictwem innych znaczących osób, takich jak rodzice, nauczyciele, mentorzy i pracodawcy. Ten rodzaj działań kontrastuje z pośrednimi działaniami profilaktycznymi nastawionymi na zmianę w środowisku społecznym, w którym substancje psychoaktywne są pozyskiwane lub używane.
Działania profilaktyczne oparte na dowodach naukowych	Działania profilaktyczne (programy i regulacje prawne), których skuteczność w zapobieganiu używaniu substancji psychoaktywnych oraz ich inicjacji została potwierdzona w badaniach naukowych.
Działania profilaktyczne w grupach ryzyka	Działania, które koncentrują się na powstrzymaniu niekorzystnych wzorów używania substancji psychoaktywnych przez promowanie pozytywnych wzorów zachowań oraz na ograniczeniu zachowań ryzykownych i ich negatywnych konsekwencji.
Dysonans poznawczy	Dyskomfort lub nieprzyjemne napięcie w reakcji na przekaz perswazyjny, który jest sprzeczny z utrwalonymi przekonaniami jednostki, między innymi wyraża się w poszukiwaniu kontrargumentacji lub innych sposobów redukcji napięcia.
Efektywność kosztowa	Analiza opłacalności ekonomicznej danego działania profilaktycznego.
Epidemiologia	Nauka o rozpowszechnieniu i czynnikach warunkujących występowanie problemów zdrowotnych (w tym chorób), zapadalność (nowe przypadki problemów zdrowotnych), skalę tych problemów w określonych populacjach (chorobowość) oraz zastosowanie tej wiedzy do kontrolowania chorób i innych problemów zdrowotnych (profilaktyka).

Ewaluacja	Ewaluacja jest rodzajem badania, które polega na systematycznym zbieraniu danych w celu sprawdzenia przebiegu programu profilaktycznego oraz dokonania oceny jego krótko- i długoterminowych efektów oraz znaczenia czynników powiązanych z tymi efektami. Ewaluacja może być prowadzona podczas wszystkich etapów tworzenia programu, począwszy od planowania, poprzez wczesny etap realizacji, po pełne wdrożenie, a także po zakończeniu programu.
Ewaluacja demokratyczna	Podejście do ewaluacji oparte na współpracy, w którym autorzy i realizatorzy programu profilaktycznego oraz specjaliści ds. ewaluacji pracują razem w jednym zespole. W tym podejściu w skład zespołu mogą również wejść inni partnerzy zainteresowani wynikami ewaluacji programu. Ważne jest jednak, aby role, działania i obowiązki w zespole były jasno zdefiniowane, wymagane jest także wyraźne rozróżnienie ról.
Ewaluacja wyników	Proces zbierania danych o oddziaływaniach profilaktycznych po to, aby określić, w jakim stopniu zmieniła się wiedza, postawy i zachowania lub praktyki tych osób lub podmiotów, które były odbiorcami danego programu, w porównaniu z tymi, których te działania nie obejmowały (grupa kontrolna lub porównawcza). Wyniki ewaluacji dzielą się na: bezpośrednie (uzyskane bezpośrednio po zakończeniu programu), krótkoterminowe (od 3 do 12 miesięcy od ukończenia programu), średniookresowe (od 12 do 24 miesięcy) i długoterminowe (powyżej 24 miesięcy).
Grupa docelowa	Grupa osób, na którą specjaliści od profilaktyki mają nadzieję wpłynąć lub do której kierowane są komunikaty perswazyjne.
Infrastruktura	Podstawowe zasoby, obiekty i systemy potrzebne do funkcjonowania społeczeństwa. W tym podręczniku infrastruktura obejmuje zespoły specjalistów, szkolenia i pomoc techniczną oraz zasoby finansowe i ludzkie potrzebne do wdrażania opartych na dowodach naukowych programów profilaktycznych i polityki.
Kampania w mediach	Seria lub kombinacja zamierzonych działań w mediach mająca na celu przekonanie poszczególnych osób lub grup do przyjęcia pożądanej postawy lub określonego zachowania.
Kampanie profilaktyczne w mediach	Wykorzystanie mediów, zazwyczaj poprzez skoordynowane działania w nich i poza nimi w celu zapobiegania inicjacji używania substancji psychoaktywnych lub zachęcania populacji docelowej do zaprzestania używania określonej substancji.
Krótką interwencją	Krótką i posiadającą wyraźną strukturę procedura postępowania profilaktycznego, której celem jest ocena stopnia nasilenia używania substancji psychoaktywnej i zmotywowanie użytkowników tych substancji do zmiany szkodliwego zachowania. Celem jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód lub zapobieganie rozwojowi bardziej szkodliwych wzorów używania, w tym zaburzeń związanych z używaniem tych substancji.
Mass media	Środki społecznego komunikowania się o szerokim zasięgu, obejmujące telewizję, radio i gazety, internet i inne.
Media	Każda forma komunikacji masowej, np. telewizja, radio, czasopisma, strony internetowe, plakaty, billboardy, media społecznościowe, w tym Facebook, Twitter, YouTube itd.
Model etiologiczny	Model etiologiczny obejmuje czynniki, które mają wpływ na rozwój ludzi od niemowlęctwa do dorosłości. Wchodzą one w interakcję z cechami indywidualnymi jednostek, sprawiając, że te osoby stają się mniej lub bardziej podatne na ryzyko używania substancji psychoaktywnych i podejmowanie innych zachowań problemowych. Czynniki funkcjonują na dwóch poziomach: poziom „makro” obejmuje cechy dużych systemów społecznych, np. właściwości środowiska lokalnego, normy społeczne i czynniki kulturowe w danym regionie lub kraju, natomiast poziom „mikro” obejmuje cechy najbliższego otoczenia społecznego, takiego jak rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła, i miejsce pracy.
Monitorowanie	Systematyczne zbieranie informacji o wdrożonym programie/regulacji prawnej, dzięki któremu realizatorzy programu profilaktycznego lub polityki społecznej i ich partnerzy otrzymują regularne informacje zwrotne na temat postępów w osiąganiu celów i zadań danego programu profilaktycznego lub polityki.
Monitorowanie dzieci przez rodziców	Sposoby sprawowania opieki i sprawdzania przez rodziców, gdzie i z kim przebywają ich dzieci, kiedy są poza domem, oraz co robią lub na jakie problemy napotykają.
Odbiorca	Adresat działań profilaktycznych, osoba lub grupa osób, do której kierowany jest komunikat medialny lub program profilaktyczny.

Partner w działaniach profilaktycznych	Osoba, grupa lub organizacja, która jest zainteresowana wynikami działań profilaktycznych prowadzonych przez inny podmiot lub którego realizacja ma wpływ na działalność tych osób, grup lub organizacji.
Perswazja	Działanie polegające na celowym wywieraniu wpływu na innych, aby przyjęli jakieś przekonanie, poglądy lub stanowisko albo zmienili zachowanie (zachowania).
Piętno	Atrybut różniący kogoś od reszty, ale w sposób dotkliwie dyskryminujący. Prowadzi ono do utraty lub obniżenia statusu społecznego przez osoby napiętnowane oraz do ich dyskryminacji i wykluczenia z udziału w życiu społecznym.
Podatność indywidualna	Cechy lub własności indywidualne uwarunkowane czynnikami genetycznymi, psychologicznymi i społecznymi, które zwiększają prawdopodobieństwo podejmowania zachowań ryzykownych i rozwoju zaburzeń psychicznych (<i>Federal Office of Public Health, 2006</i>).
Polityk-decydent	Ktoś, kto podejmuje ważne decyzje polityczne/społeczne, które mają wpływ na całe społeczeństwo, czyli inaczej, ktoś, kto decyduje o nowej polityce rządu, partii politycznej itp. (<i>Cambridge Dictionary, 2017</i>).
Poprawność realizacji programu profilaktycznego	Ocena tego, na ile sposób realizacji programu profilaktycznego jest zgodny z jego założeniami (kluczowymi elementami) i pierwotnym planem. Jakość realizacji programu jest często opisywana za pomocą wskaźników zgodności z oryginałem, w tym liczby zajęć lub czasu ich trwania, jakości realizacji oraz elementów dodanych/usuniętych z programu.
Poziom makrospołeczny	Przykładami źródeł wpływów z poziomu makrosocznego są gospodarka, system polityczny, normy społeczne, wzory kulturowe lub inne zjawiska dotyczące całego społeczeństwa.
Poziom mikrosocyczny	Przykładami źródeł wpływów z poziomu mikrosocznego są rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła, wspólnota religijna, miejsce pracy.
Praktyka oparta na dowodach	Praktyka oparta na dowodach to systematyczny proces podejmowania decyzji w zakresie działań profilaktycznych lub realizowania działań o udokumentowanym w dostępnych badaniach naukowych pozytywnym wpływie na odbiorców. Zamiast działań tradycyjnych, instynktownych reakcji lub pojedynczych badań jako podstawy podejmowania decyzji, praktyka oparta na dowodach opiera się na danych zebranych dzięki badaniom eksperymentalnym, w których kontrolowane są indywidualne cechy odbiorców oraz uwzględniana jest wiedza specjalistów (<i>Evidence Based Practice Institute, 2012</i>).
Profilaktyka	Świadome działanie mające na celu zapobieganie problemom (szkodom, zaburzeniom, chorobom, dysfunkcjom) zanim one wystąpią oraz ograniczanie (minimalizowanie) negatywnych konsekwencji tych zachowań.
Profilaktyka oparta na kształtowaniu środowiska społecznego	Obejmuje działania z zakresu polityki społecznej (np. przepisy prawne), które regulują sprzedaż substancji psychoaktywnych i ich dostępność, zwłaszcza dla młodych ludzi. Działania te w efekcie wdrażania przepisów i ich egzekwowania wpływają również na społeczne normy dotyczące używania substancji. Działania oparte na kształtowaniu środowiska społecznego często dotyczą kontekstu, w którym używanie substancji ma miejsce, czy to w danej społeczności lokalnej, czy to w konkretnych miejscach, takich jak sklepy monopolowe, parki lub miejsca rozrywki.
Przekaz medialny	Przekaz nadawany za pomocą mediów. Może obejmować tylko przekaz słowny, tylko obrazy lub kombinację słów i obrazów. Jeśli jest prawidłowo opracowany, to komunikat, przekazywany przez media i komunikat, który dociera do odbiorców, powinien być taki sam.
Rodzina	Rodzinę można zdefiniować poprzez jej strukturę, czyli kto jest uważany za członków rodziny, oraz poprzez jej funkcję, czyli jaki jest cel rodziny i jak ona funkcjonuje. Ludzie z różnych krajów lub przedstawiciele odmiennych kultur mogą inaczej definiować rodzinę. Na przykład w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i wielu krajach europejskich ten termin odnosi się do rodziny dwupokoleniowej, która składa się z rodziców (zwykle małżonków) i ich biologicznych dzieci. W innych częściach świata termin „rodzina” ma szerszy zakres i oprócz rodziny dwupokoleniowej obejmuje dziadków, ciotki, wujków, kuzynów i innych krewnych.
Rzetelność narzędzia badawczego	Rzetelność narzędzia do badania (ewaluacji) rozumiana jako powtarzalność pomiaru w czasie.
Rzecznictwo	Działania inicjowane przez jednostkę lub grupę, których celem jest wywieranie wpływu na politykę społeczną i decyzje o alokacji środków w ramach systemów i instytucji publicznych/socjalnych.

Spółeczność lokalna	Terytorialnie i administracyjnie zdefiniowana społeczność, w której mogą być rozwijane i wdrażane działania profilaktyczne. Większość koordynatorów ds. profilaktyki pracuje na różnych poziomach społeczności lokalnej, obejmujących poziom makrospołeczny (np. normy społeczne i kulturowe obecne w społeczności lokalnej) oraz poziom mikrospołeczny (np. szkoły, rodziny, organizacje pozarządowe itd.).
Sposób realizacji programu profilaktycznego	Sposób, w jaki program profilaktyczny ma być realizowany, np. stosowanie interaktywnych metod nauczania dla młodzieży, oferowanie warsztatów umiejętności rodzicielskich w czasie dogodnym dla rodzin oraz monitorowanie przebiegu programu w celu sprawdzenia jego zgodności z kluczowymi elementami.
Strategia ograniczania popytu na substancje psychoaktywne	Zapobieganie lub opóźnianie używania substancji psychoaktywnej w grupie docelowej przez promowanie wartości, norm, przekonań i postaw przeciwnych używaniu substancji oraz przez poprawę umiejętności radzenia sobie z namowami i zachętami do używania substancji.
Strategia ograniczania podaży substancji psychoaktywnych	Polega na opracowaniu i wdrożeniu rozsądnej, jasnej i konsekwentnie egzekwowanej polityki dotyczącej kontroli posiadania, używania i sprzedaży wszystkich substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, nikotyny, narkotyków i nowych substancji psychoaktywnych. Strategia ta dotyczy również zakazu lub ograniczenia dostępu do tych substancji w szkołach, w ich najbliższym otoczeniu oraz podczas wszystkich imprez organizowanych przez szkołę.
Struktura programu profilaktycznego	Sposób, w jaki program profilaktyczny jest zorganizowany i skonstruowany, np. niezbędna liczba zajęć podstawowych i zajęć przypominających, czy też organizacja i sposób prowadzenia zajęć.
Substancje psychoaktywne	Substancje, które działają na ośrodkowy układ nerwowy, wpływają na też na procesy psychiczne, np. procesy poznawcze lub nastrój. Bliskożnaczne terminy „substancje psychoaktywne”, „substancje psychotropowe”, „środki odurzające”, „środki zastępcze” i „nowe substancje psychoaktywne” są najbardziej neutralnymi i opisowymi określeniami dla całej klasy substancji, legalnych i nielegalnych, będących przedmiotem zainteresowania polityki antynarkotykowej, antyalkoholowej lub antynikotynowej. Termin „psychoaktywny” nie oznacza „wywołujący uzależnienie”.
Testy na obecność narkotyków	Analiza materiału biologicznego jednostki (np. próbki krwi, moczu, włosów lub potu) w celu wykrycia obecności narkotyków lub ich metabolitów w organizmie i ewentualnego określenia jego stężenia.
Trafność wewnętrzna	Trafność wewnętrzna ewaluacji oznacza stopień pewności, w jakim wyniki ewaluacji programu profilaktycznego są rzeczywiście efektem uczestniczenia w programie.
Trafność zewnętrzna	Oznacza stopień, w jakim wyniki ewaluacji programu profilaktycznego można uogólnić (lub zastosować) do innych sytuacji i populacji.
UPC-Adapt	Nazwa projektu, w ramach którego dokonano adaptacji programu UPC. Projekt ten był finansowany przez Komisję Europejską. W projekcie uczestniczyło jedenastu partnerów z dziewięciu krajów europejskich.
Ustrukturalizowane programy profilaktyczne	Programy mające ściśle określone cele, strukturę, odbiorców i realizatorów, a także szczegółowo opracowane scenariusze zajęć lub procedury postępowania.
Używanie substancji psychoaktywnych	Stosowanie w celach pozamedycznych wyrobów tytoniowych, alkoholu, substancji wziewnych, a także innych substancji psychoaktywnych, takich jak heroina, kokaina, konopie indyjskie, nowe substancje psychoaktywne, leki psychoaktywne i inne.
Wdrożenie działań profilaktycznych	Realizacja w praktyce działań profilaktycznych (programów) i regulacji prawnych lub realizacja kilku działań (programów) oraz polityki (regulacji), które, jak wykazały badania, mogą mieć większy wpływ na populację, dzięki efektowi synergii.
Wieloskładnikowe działania profilaktyczne w społeczności lokalnej	Wieloskładnikowe działania profilaktyczne z reguły obejmują szeroki zakres działań i regulacji prawnych opartych na dowodach naukowych, które mogą mieć wpływ na osoby w różnym wieku oraz na różne środowiska w społeczności lokalnej. Typowe działania obejmują wsparcie dla polityki antytytoniowej, antyalkoholowej, antynarkotykowej, programy profilaktyczne w szkołach oraz działania profilaktyczne dla rodzin.

Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych	Obejmują one szeroką gamę problemów wynikających z używania takich substancji, jak: szkody fizyczne i psychiczne, ale także niekorzystne konsekwencje społeczne, w tym: niewypełnianie obowiązków społecznych, rodzinnych, edukacyjnych lub zawodowych. Osoba z tymi zaburzeniami nadal używa substancji, mimo powtarzających się szkód psychicznych i fizycznych. Najbardziej znane opisy zaburzeń związanych z używaniem substancji znajdują się w klasyfikacjach DSM-V Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz ICD-11 Światowej Organizacji Zdrowia.
Zapewnienie trwałości działań profilaktycznych	Długoterminowa realizacja działań profilaktycznych opartych na dowodach naukowych oraz zapewnienie instytucjonalnych systemów wdrażania działań profilaktycznych, które wspierają ich kontynuację.
Zawartość programu profilaktycznego	Cele szczegółowe programu profilaktycznego oraz przekazywane uczestnikom informacje i umiejętności, a także strategie profilaktyczne, które są wykorzystywane do osiągnięcia celów programu. Na przykład, program może obejmować zarówno umiejętności radzenia sobie z presją rówieśników, jak i wspieranie norm społecznych przeciwnych używaniu substancji lub trening umiejętności porozumiewania się w rodzinie.

Aneks 4. Źródła informacji o profilaktyce

EMCCDA – Standardy Jakości w Profilaktyce

Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków (EDPQS) stanowią zbiór zasad pomagających w opracowaniu i ocenie jakości profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Oferują wszechstronne informacje i przedstawiają wszystkie istotne elementy działań profilaktycznych. EDPQS zostały opracowane przez Europejskie Partnerstwo dla Standardów w Profilaktyce w ramach projektu badawczego współfinansowanego przez Unię Europejską. Partnerstwo podjęło się przeglądu i syntezy istniejących międzynarodowych i krajowych standardów, a także konsultacji z ponad 400 specjalistami z sześciu krajów europejskich, aby określić, jakie standardy jakości powinny mieć zastosowanie do działań związanych z profilaktyką używania substancji psychoaktywnych¹.

Konkluzje Rady Unii Europejskiej (2015) w sprawie realizacji planu działania UE w zakresie substancji psychoaktywnych na lata 2013–2016 w odniesieniu do standardów jakości w zakresie ograniczania popytu na substancje psychoaktywne w Unii Europejskiej.

UNODC/ WHO – Międzynarodowe Standardy (drugie wydanie)

Międzynarodowe Standardy Profilaktyki Używania Substancji Psychoaktywnych to dokument podsumowujący aktualnie dostępne dowody naukowe w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych. Dokument charakteryzuje programy i strategie profilaktyczne, a także regulacje prawne, które przyniosły pozytywne rezultaty. Międzynarodowe Standardy UNODC pozwalają zidentyfikować główne elementy i cechy skutecznych krajowych systemów zapobiegania problemom związanym z używaniem substancji psychoaktywnych².

Portal dobrych praktyk EMCDDA – standardy jakości i przewodniki po profilaktyce: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>

Przewodnik EMCDDA – *Health and social responses to drug problems: a European guide 2021*: https://www.emcdda.europa.eu/publications/health-and-social-responses-a-european-guide_en

Bazy programów profilaktycznych opartych na podstawach lub dowodach naukowych

Nazwa bazy	Kraj/region	Link do strony internetowej
System Rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego	Polska	http://programyrekomentowane.pl/
eXchange	Europa	https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en
Best Practice Portal	Europa	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en
The Green List	Niemcy	https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/alle
The Spanish Registry	Hiszpania	http://prevencionbasadaenlaevidencia.net/
Blueprints for healthy youth development	Stany Zjednoczone	https://www.blueprintsprograms.org/
Evidence-Based Practices Resource Center	Stany Zjednoczone	https://www.samhsa.gov/programs
Preventing drug use among children and adolescents	Stany Zjednoczone	https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

¹ https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en

² <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

