

RAPORT

Rekomendacje dla praktyki profilaktyki
na podstawie badań ESPAD 2015
– praca z młodzieżą w obszarach profilaktyki uzależnień
i ochrony zdrowia psychicznego.

Pogłębione analizy z badań ESPAD
zrealizowanych w 2015 r. w województwie opolskim.

Opracowano w ramach projektu „Psychokonteksty”
– nasze zdrowie psychiczne
finansowanego ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki
Społecznej oraz Samorządu Województwa Opolskiego



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Michał Wanke
Dariusz Zawora
Marek Łabudziński

Pracownia Terapii i Psychoedukacji
Opole, listopad 2016

SPIS TREŚCI

nr	tytuł	nr strony
1.	Współczesna profilaktyka uzależnień	2
1.1.	Powody zachowań ryzykownych – modele teoretyczne współczesnej profilaktyki	6
1.2.	Czynniki chroniące i czynniki ryzyka	9
1.3.	Strategie profilaktyczne	13
1.4.	Poziomy oddziaływań profilaktycznych	17
2.	Dobre praktyki profilaktyczne w szkole	21
2.1.	Szkolny program profilaktyki – poziom uniwersalny	23
2.1.1.	Diagnoza potrzeb profilaktycznych szkoły	24
2.1.2.	Budowa programu profilaktycznego – dobre praktyki	25
2.1.3.	Ewaluacja programu profilaktycznego	27
2.2.	Profilaktyka selektywna i wskazująca w szkole	28
2.2.1.	Jak rozpoznać grupę wysokiego ryzyka uzależnieniem	29
2.2.2.	Jak rozpoznać ucznia używającego problemowo	34
2.3.	Jak współpracować z rodzicami w działaniach profilaktycznych	38
2.4.	Zarządzenia profilaktyką oparte na danych	41
3.	Podsumowanie - rekomendacje	42
3.1.	Rekomendacje dla szkolnej profilaktyki uniwersalnej	43
3.2.	Rekomendacje dla profilaktyki selektywnej i wskazującej	48

Niniejszy raport jest efektem pogłębienia analiz danych uzyskanych podczas audytoryjnych badań ankietowych ESPAD 2015 wśród młodzieży szkolnej województwa opolskiego. Celem badań było opracowanie wniosków i rekomendacji dla praktyki profilaktycznej w obszarze uzależnień i szeroko rozumianego zdrowia psychicznego. Zrealizowane prace przeprowadzone zostały w ramach realizacji umowy z Województwem Opolskim nr 111/2016 z dnia 31.08.2016 r. przez Pracownię Terapii i Psychoedukacji w Opolu.

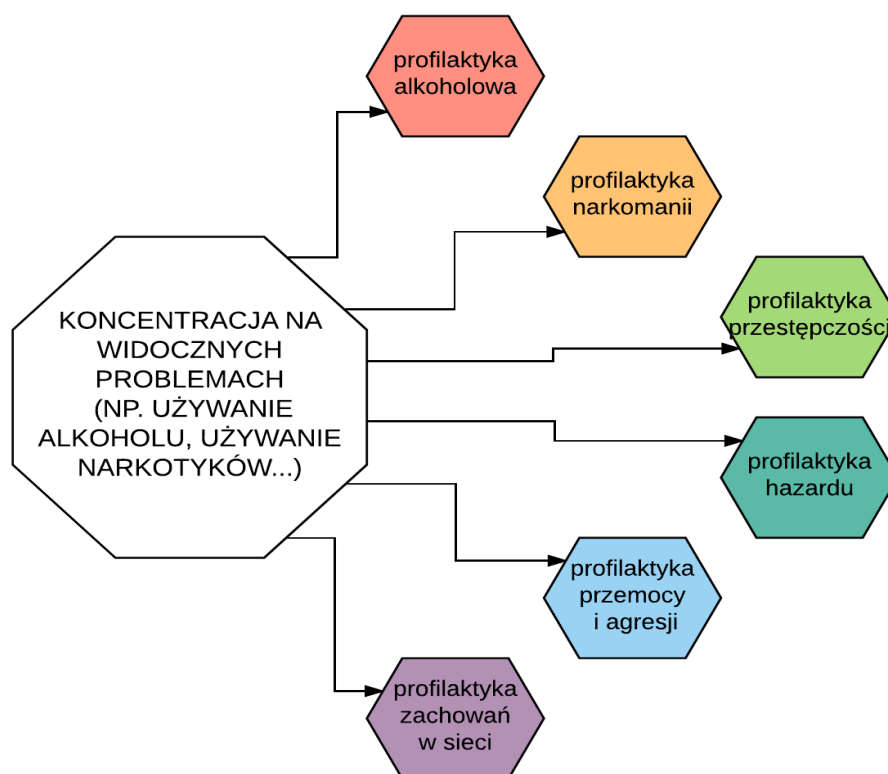
Podstawą analiz jest raport pn. „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie opolskim w roku 2015” autorstwa Janusza Sierosławskiego oraz baza danych surowych uzyskanych w tych badaniach. Oba źródła oparte są na europejskim, standaryzowanym badaniu w szkołach (ESPAD), a podobne lokalne analizy wykonuje się w różnych krajach Europy.

1. Współczesna profilaktyka uzależnień

Przez wiele lat profilaktyka uzależnień w Polsce realizowana była intuicyjnie, zakładano bowiem, że głównym problemem związanym z używaniem różnych substancji psychoaktywnych są uzależnienia. Logicznie więc, w działaniach profilaktycznych koncentrowano się na przekazywaniu informacji o negatywnym działaniu substancji i konsekwencjach ich używania, sądząc że wzrost takiej wiedzy wpłynie na postawy i zachowania młodzieży. Tworzono zatem w tym modelu programy specyficzne dla konkretnych zachowań ryzykownych – używania alkoholu, tytoniu lub narkotyków. Działania te przybierały różne formy, od prelekcji, poprzez konkursy plastyczne i literackie, do festynów i różnorodnych zajęć pozalekcyjnych. Jednak pojawianie się nowych zagrożeń mogących wpływać negatywnie na rozwój młodzieży i jej zdrowie psychiczne, wymuszało wdrażanie kolejnych działań zapobiegawczych. w postaci np. programów profilaktycznych dotyczących kolejnych, konkretnych zachowań ryzykownych. W efekcie poza działaniami (programami) profilaktycznymi dotyczącymi używania znanych substancji psychoaktywnych, zaczęły pojawiać się działania dotyczące wczesnych inicjacji seksualnych, przestępczości, agresji rówieśniczej, a ostatnio też dopalaczy, cyberprzemocy, czy nadużywania sieci Internet. W związku z tym, iż profilaktyka wobec dzieci i młodzieży realizowana jest głównie w placówkach oświatowych, okazuje się niemożliwe zrealizowanie działań profilaktycznych wobec wszystkich

występujących zagrożeń. Taki model przeciwdziałania zagrożeniom można nazwać „objawowym” (rys. 1.), gdyż koncentruje się na specyficznych, negatywnych zachowaniach.

Rys.1. Model profilaktyki tradycyjnej - „objawowej”.



Od około 2000 roku, coraz częściej w literaturze spotkać można nieco inne, bardziej zintegrowane podejście do profilaktyki uzależnień. Celem oddziaływań profilaktycznych jest w nim szeroko rozumiana promocja zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Najistotniejsze w tym modelu jest jednak połączenie profilaktyk alkoholowej, nikotynowej i narkotykowej, co podyktowane było aktualną wiedzą dotyczącą współwystępowania zachowań polegających na używaniu różnych substancji¹.

Poniższa tabela porównuje te dwa różne podejścia do profilaktyki uzależnień: tradycyjne i współczesne.

¹ Ostaszewski K. (2005), Nowe definicje poziomów profilaktyki, Remedium, 7-8

Tabela 1. Porównanie dwóch modeli profilaktyki

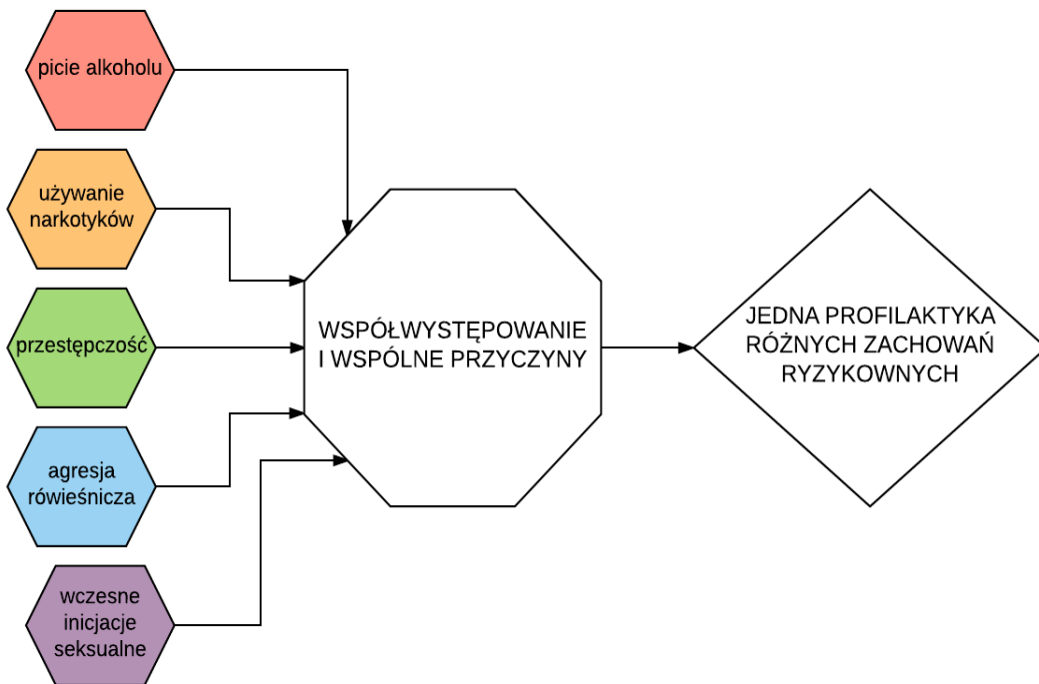
Model tradycyjny		Model współczesny
Zwalczanie patologii	CEL	Promocja zdrowia
Uświadomienie skutków używania środków uzależniających	PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA	Sięganie do przyczyn używania środków uzależniających
Wiedza o skutkach używania środków = negatywna postawa wobec ich używania	SPODZIEWANE EFEKTY	Umiejętności społeczne i emocjonalne, samoakceptacja, system norm i wartości, wiedza o uzależnieniach
Jednostronny przekaz i bierny odbiór	FORMA ODDZIAŁYWAŃ	Dialog i aktywne uczestnictwo
Sporadyczne akcje wśród nastolatków	CZAS I ZAKRES ODDZIAŁYWAŃ	Systematyczne działania wśród dzieci, młodzieży i rodziców
Prelegenci i specjaliści	REALIZATORZY	Nauczyciele, rodzice, liderzy młodzieżowi
Alkohol lub papierosy, lub narkotyki	RODZAJ SUBSTANCJI	Wszystkie środki uzależniające
Nie wymagana	EWALUACJA	Wymagana
Intuicyjne	ZAŁOŻENIA	Oparte na wiedzy z badań naukowych

Badania naukowe wykazały bowiem, iż zachowania ryzykowne najczęściej ze sobą korelują², na przykład picie alkoholu czy odurzanie się narkotykami często współwystępuje z zachowaniami agresywnymi i wczesną aktywnością seksualną.

Z jakiegoś powodu dotyczy to pewnego odsetka młodych ludzi, którzy z większym prawdopodobieństwem niż inni, mają tendencję do przejawiania w ogóle zachowań ryzykownych. Ponadto badania dowiodły, iż różne niewłaściwe zachowania powodowane są podobnymi czynnikami ryzyka - mają wspólne lub podobne przyczyny.

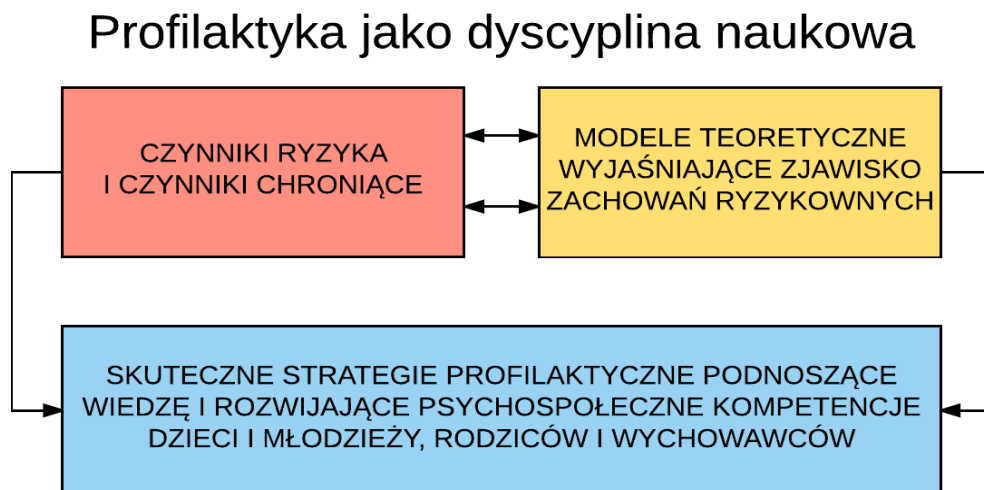
² Jessor R. (1987), Problem – behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking, British Journal of Addiction 82

Rys.2. Model współczesnej profilaktyki



Współczesna profilaktyka dynamicznie ewoluuje i staje się coraz bardziej rozbudowaną dziedziną wiedzy opartą na wynikach badań i analiz naukowych. Obejmuje ona teoretyczną i praktyczną wiedzę na temat czynników chroniących i czynników ryzyka oraz modeli teoretycznych wyjaśniających zjawisko używania substancji psychoaktywnych.

Rys. 3. Współczesna profilaktyka uzależnień jako dyscyplina nauki



1.1. Powody zachowań ryzykownych – modele teoretyczne współczesnej profilaktyki

W literaturze dotyczącej profilaktyki uzależnień opisuje się wiele teorii wyjaśniających zjawiska powstawania zachowań ryzykownych. W aktualnym podejściu do profilaktyki, wśród kilku modeli teoretycznych, dominują trzy, na podstawie których stworzone zostały odpowiednie strategie wpływu profilaktycznego.

Pierwszą z nich jest Teoria Społecznego Uczenia Alfreda Bandury. Model teoretyczny wskazuje, iż używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież jest społecznie wyuczonym zachowaniem. Kształtuje się i utrwała ono na skutek modelowania, czyli obserwacji i naśladowania osób ważnych i atrakcyjnych: rodziców, rówieśników, postaci kultury masowej³. Ponadto sięganiu po substancje psychoaktywne sprzyjają pozytywne oczekiwania dotyczące działania tych środków⁴.

Inny model teoretyczny - Teoria Uzasadnionego Działania (Icek Ajzen, Martin Fishbein, 1980) zakłada, że podejmowanie określonych zachowań (w tym używania substancji psychoaktywnych) zależy od: postawy ukształtowanej na podstawie wiedzy o konsekwencjach tych działań oraz subiektywnych norm powstałych na bazie przekonań dotyczących aprobaty/dezaprobaty dla tych zachowań przez znaczące osoby - rówieśników, rodziców, idoli⁵.

Trzecim, ważnym i najpełniejszym, jak się wydaje, dla profilaktyki modelem teoretycznym jest Teoria Zachowań Problemowych Richarda i Shirley Jessore'ów, opracowana na podstawie wieloletnich badań nad młodzieżą. Teoria ta głosi, że różne zachowania ryzykowne pełnią podobną funkcję w życiu jednostki, co zachowania konwencjonalne⁶. Z punktu widzenia rozwoju osobowości i zdrowia psychicznego, zachowania ryzykowne są nieprawidłowymi sposobami przystosowania się, ale z punktu widzenia młodych ludzi są skutecznym narzędziem do załatwienia bardzo ważnych spraw życiowych, których młodzi nie mogą lub nie potrafią z jakiś powodów załatwić inaczej⁷. Wśród

³ Sęk H. (2000), Zdrowie behawioralne, [w:] Psychologia, (red.) Strelau J., T 3

⁴ Sierosławski J., Jabłoński P. (2006), Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną – raport z badań ankietowych ESPAD zrealizowanych w województwie opolskim w 2005 roku

⁵ Wojciszke B. (2000), Postawy i ich zmiana, [w:] Psychologia, (red.) Strelau J., T 3

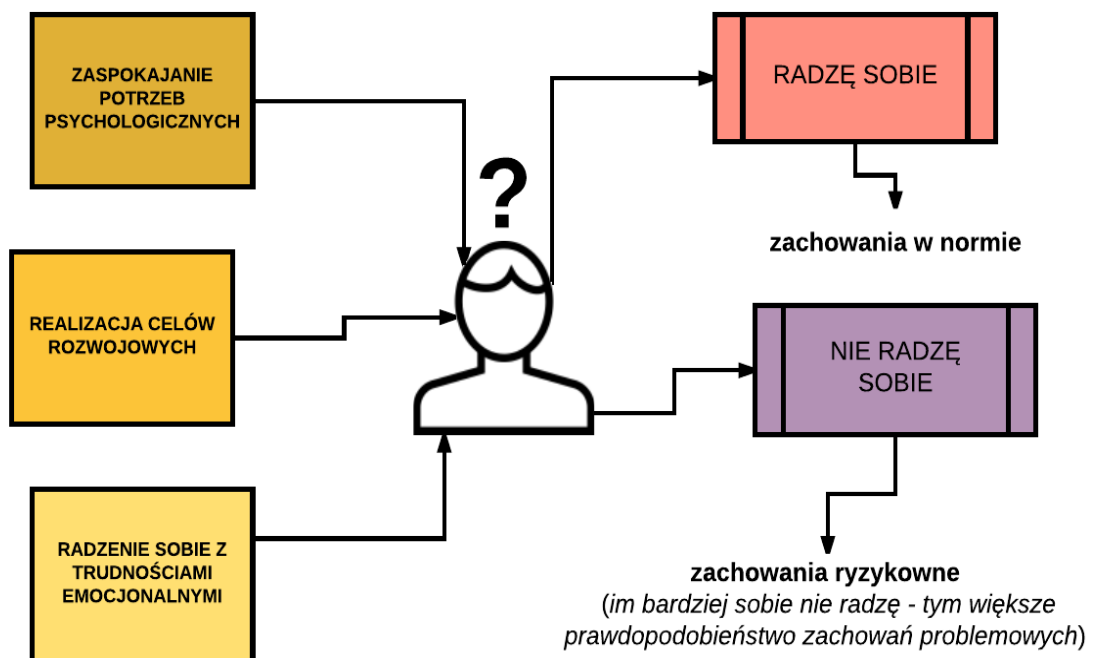
⁶ Jessor R. (1987), Problem – behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking, British Journal of Addiction 82

⁷ Jessor R. (1995), Protective factors in adolescent problem behaviour, Developmental Psychology 31 (6)

tych ważnych życiowych zadań, których realizacja stanowi naturalny element prawidłowego okresu dojrzewania, wylicza się:

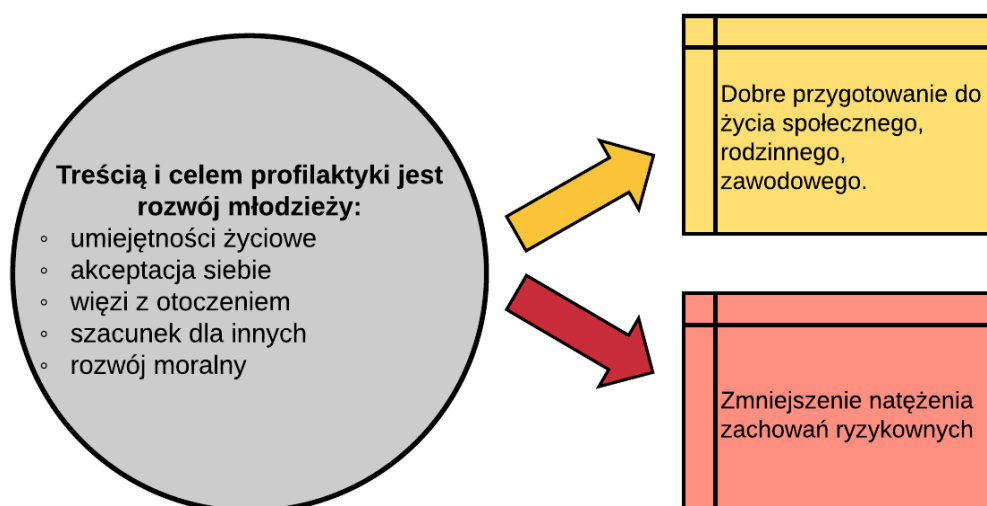
- zaspokojenie najważniejszych potrzeb psychologicznych (miłości, akceptacji, bezpieczeństwa, przynależności),
- realizację ważnych celów rozwojowych (określenie własnej tożsamości, uzyskanie niezależności od dorosłych),
- radzenie sobie z przeżywanymi trudnościami emocjonalnymi (redukcja lęku, wstydu, frustracji).

Rys. 4. Teoria Jessor'ów a zachowania ryzykowne



Teoria Zachowań Problemowych Jessor'ów stała się fundamentem tzw. profilaktyki „pozytywnej”. Zamiast, jak w modelu nazwanym wcześniej „objawowym”, koncentrować się na negatywnych zachowaniach, co obliguje do zawężania treści programów profilaktycznych do obszaru tych właśnie zachowań, należy uprzedzająco wzmacniać zasoby i kompetencje młodych ludzi sprzyjające prawidłowemu rozwojowi. Profilaktyka, z definicji wszak, jest działaniem uprzedzającym pojawienie się problemów, niewłaściwych zjawisk, czy zachowań.

Rys. 5. Profilaktyka „pozytywna”



Zatem, na podstawie weryfikowanych w praktyce modeli teoretycznych, nastąpiła w profilaktyce uzależnień zmiana na poziomie jakościowym, w pewien sposób na nowo definiując to, co określilibyśmy treścią działań profilaktycznych. Najlepiej sens takiego podejścia przedstawia poniższa definicja profilaktyki:

„Profilaktyka to działania, które stwarzają człowiekowi okazję do aktywnego uczestnictwa w gromadzeniu doświadczeń powodujących wzrost jego zdolności do radzenia sobie w potencjalnie trudnych sytuacjach życiowych”⁸.

Gerald Edwards

Na podstawie swoich badań, autorzy Teorii Zachowań Problemowych stwierdzili ponadto, że niektóre cechy jednostki i jej środowiska sprzyjają powstawaniu zachowań problemowych, inne natomiast je hamują. Badacze skonstruowali interakcyjny model funkcjonowania człowieka, zgodnie z którym zachowanie młodego człowieka jest wypadkową oddziaływania kilku grup czynników. Interakcja różnych grup czynników (wewnętrznych i zewnętrznych) decyduje, czy dziecko będzie się zachowywało prawidłowo, zgodnie z normami i oczekiwaniami społecznymi, czy też podejmie zachowania

⁸ Szymańska J., Zameczka J. (2002), Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki, [w:] Świątkiewicz G. (red.), Profilaktyka w środowisku lokalnym

ryzykowne⁹. Kilkadziesiąt lat po opublikowaniu teorii Jessor'ów, mówimy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących w profilaktyce.

1.2. Czynniki chroniące i czynniki ryzyka

Wśród wielu prób wyjaśnienia przyczyn i następstw zachowań ryzykownych, na uwagę zasługują teorie czynników ryzyka i czynników chroniących, stanowiące jeden z kluczowych elementów współczesnej profilaktyki. Hawkins¹⁰ zestawiał ze sobą cechy, sytuacje, warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych i nazwał je czynnikami ryzyka. W profilaktyce używania substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież od wielu lat bada się czynniki zwiększające ryzyko sięgania po takie środki i ich nadużywania. Wśród czynników ryzyka najczęściej wymienia się¹¹:

- wpływ rodziców (picie alkoholu i/lub używanie narkotyków przez rodziców, ich postawy wobec substancji psychoaktywnych oraz stosowane praktyki wychowawcze),
- wpływ rówieśników (używanie substancji psychoaktywnych przez rówieśników i akceptowanie przez nich picia alkoholu i/lub brania narkotyków),
- postawy i przekonania związane z alkoholem i narkotykami (oczekiwanie bezpośrednich pozytywnych skutków picia alkoholu i/lub używania innych środków odurzających),
- doświadczenie przemocy fizycznej lub seksualnej (młodzież leczona z powodu problemów alkoholowych częściej niż rówieśnicy miała za sobą tego typu przeżycia).

Pogłębione analizy badań ESPAD 2015 wykazały istotny wpływ wybranych czynników ryzyka na wzrost natężenia zachowań ryzykownych związanych z używaniem różnych substancji psychoaktywnych przez młodzież - poniższa tabela.

⁹ Ostaszewski, K. (2003), Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży

¹⁰ Hawkins J, Catalano R, Miller J. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. 1992;112/1

¹¹ Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K. (2008), Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i indeksy tych czynników w badaniach nad zachowaniami problemowymi nastolatków, Alkoholizm i Narkomania 2008, Tom 21: nr 2

Tabela 2. Czynniki ryzyka w obszarze używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (ESPAD 2015)

Obszar	Kategorie czynników
Czynniki związane z rodzicami i rodziną	<ul style="list-style-type: none"> ● Przyzwolenie rodziców na używanie alkoholu
Czynniki związane osobistymi przekonaniami	<ul style="list-style-type: none"> ● Pozytywna postawa wobec marihuany
Czynniki związane z dostępnością substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> ● Wysoka dostępność środków psychoaktywnych – papierosów, przetworów konopi, amfetaminy, dopalaczy, alkoholu
Czynniki związane ze szkołą	<ul style="list-style-type: none"> ● Wagarowanie ● Niskie oceny szkolne
Czynniki związane z grupą rówieśniczą	<ul style="list-style-type: none"> ● Używanie substancji psychoaktywnych przez rówieśników - palenie papierosów ● Używanie substancji psychoaktywnych przez rówieśników - palenie marihuany ● Picie alkoholu przez kolegów

Badania empiryczne nad czynnikami chroniącymi nie mają aż tak bogatej tradycji jak studia nad czynnikami ryzyka, niemniej coraz częściej próbuje się oceniać wpływ tych czynników na zachowania ryzykowne młodzieży, w tym używanie substancji psychoaktywnych¹². Czynniki chroniące, analogicznie do czynników ryzyka, zmniejszają prawdopodobieństwo zachowywania się w sposób problemowy lub rozwoju zaburzeń. Są to więc cechy, sytuacje, warunki przeciwdziałające zachowaniom ryzykownym.

Badań dotyczących czynników ryzyka i czynników chroniących, związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież jest już sporo, a różni autorzy przedstawiają i opisują różne czynniki. Na przykład Hawkins opisał ponad dwadzieścia czynników ryzyka i czynników chroniących, a kolejni autorzy dokładali do tej bogatej listy dalsze zmienne. We współczesnych pracach listy czynników ryzyka obejmują często ponad 30 pozycji, a listy czynników chroniących – ponad 20, zwykle podzielonych na pięć grup¹³:

¹² Ostaszewski, K. (2003), Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży

¹³ Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K. (2008), Czynniki ryzyka, czynniki chroniące i indeksy tych czynników w badaniach nad zachowaniami problemowymi nastolatków, Alkoholizm i Narkomania 2008, Tom 21: nr 2

indywidualne, rówieśnicze, rodzinne, szkolne i te związane z szerszym kontekstem społecznym.

Pogłębione analizy badań ESPAD 2015 w województwie opolskim potwierdziły zależności między wybranymi czynnikami chroniącymi (dostępnymi w kwestionariuszu do badań ESPAD) a doświadczeniami z substancjami psychoaktywnymi.

Tabela 3. Czynniki chroniące w obszarze używania substancji psychoaktywnych przez młodzież (ESPAD 2015)

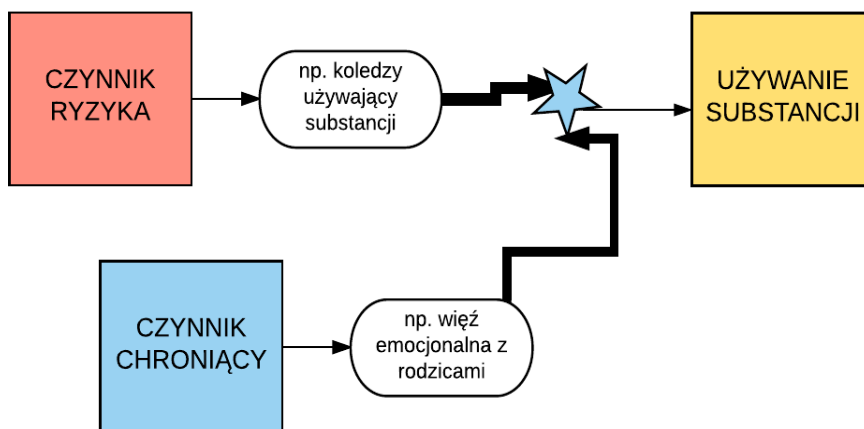
Obszar	Kategorie czynników
Czynniki związane z rodzicami i rodziną	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrola rodzicielska
Czynniki związane z postawą wobec używania substancji psychoaktywnych	<ul style="list-style-type: none"> • Postawa nietolerancji wobec palenia papierosów • Postawa antyalkoholowa • Postawa nietolerancji wobec używania amfetaminy • Postawa nietolerancji wobec używania dopalaczy

O ile dzięki wynikom badań dość dokładnie znane są czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z używaniem substancji psychoaktywnych, o tyle badacze spierają się na temat siły i wzajemnego ich wpływu na zachowanie. W aktualnie najpełniej rozwiniętym modelu redukcji ryzyka, przyjmuje się, że czynniki chroniące wchodzi w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają (redukują) ich wpływ na zachowanie, stanowiąc coś na kształt bufora lub tarczy ochronnej. Na przykład, zależność między negatywnymi wpływami rówieśników (czynnik ryzyka), a paleniem papierosów przez nastolatka (zachowanie), może być osłabiona (zredukowana) przez właściwe wsparcie rodziców (czynnik chroniący). Oznacza to, że wsparcie rodziców w pewnym sensie uodparnia dziecko na wpływy problemowych rówieśników - rys 6. W modelu tym przez czynniki chroniące należy rozumieć te właściwości jednostek lub środowiska społecznego, których występowanie wzmacnia ogólny potencjał zdrowotny człowieka i zwiększa jego odporność na działanie czynników ryzyka¹⁴.

¹⁴ Ostaszewski K. (1996); Tradycyjne i współczesne programy profilaktyki uzależnień, Serwis Informacyjny Narkomania, 5

Rys. 6. Interakcje czynników chroniących i czynników ryzyka - model redukcji ryzyka

Model redukowania ryzyka (K. Ostaszewskiego)



Wyniki badań nad czynnikami chroniącymi i czynnikami ryzyka zachowań problemowych młodzieży są coraz szerzej wykorzystywane w wielu działaniach profilaktycznych wobec dzieci i młodzieży. Stanowią one fundament dla rozwoju strategii profilaktycznych i interwencyjnych, zarówno tych opartych na redukcji czynników ryzyka, jak i tych, które budują swoje działania na czynnikach pozytywnych. Czynniki chroniące „zasilają” przede wszystkim nurt związany z rozwojem, ewaluacją i realizacją programów pozytywnego rozwoju dzieci i młodzieży. Wiedzę o tych czynnikach wykorzystuje się m.in. do działań i programów nastawionych na wzmocnienie umiejętności życiowych uczniów, umiejętności wychowawczych rodziców i nauczycieli, rozwijanie relacji z rodzicami i innymi znaczącymi osobami oraz w działaniach na rzecz bezpiecznego i przyjaznego środowiska szkolnego lub miejsca zamieszkania. Ten kierunek działań nastawiony na wykorzystywanie zasobów i czynników chroniących w rozwoju i ochronie młodzieży zdobywa sobie coraz większą grupę zwolenników¹⁵.

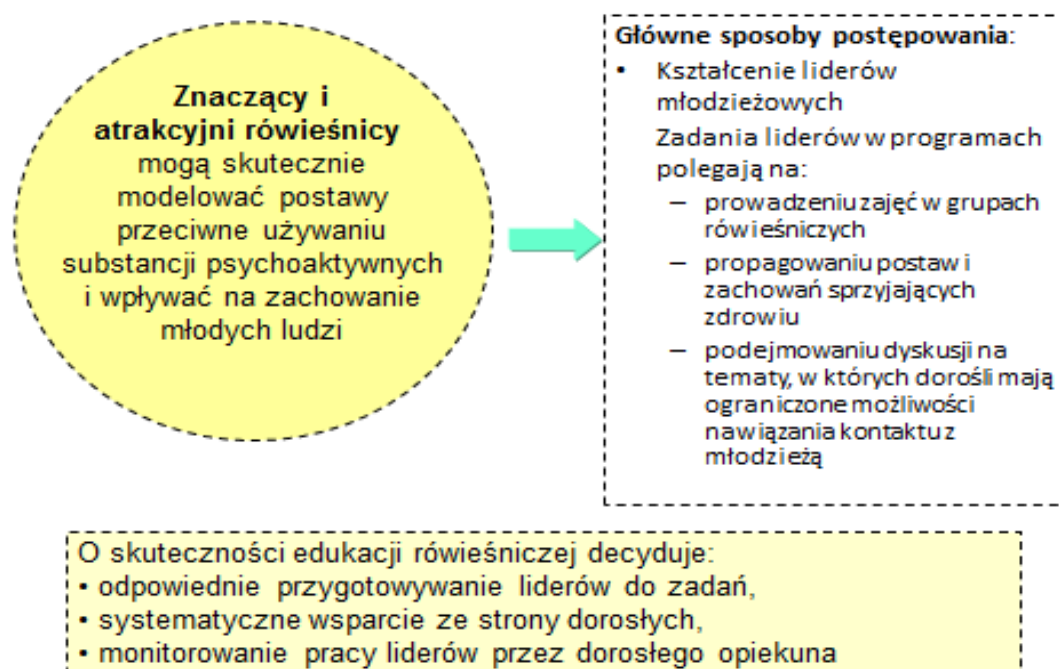
¹⁵ Ostaszewski K., Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M. (2009); Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-II, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Pracownia Pro-M

1.3. Strategie profilaktyczne

Na podstawie aktualnej wiedzy o czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka oraz modeli teoretycznych wyjaśniających zjawisko zachowań ryzykownych, budowane są odpowiednio do grupy odbiorców i głębokości problemu adekwatne strategie profilaktyczne – czyli sposoby działania zawierające odpowiednie formy i treści. Strategia profilaktyczna to: „zgodny z teorią sposób postępowania, który ma na celu redukcję wpływów czynników ryzyka i/lub wzmacnianie czynników chroniących”¹⁶. Współczesne programy profilaktyczne budowane są zazwyczaj na kilku współdziałających ze sobą strategiach.

Teoria Społecznego Uczenia Alfreda Bandery posłużyła do rozwoju trzech różnych strategii oddziaływań profilaktycznych.

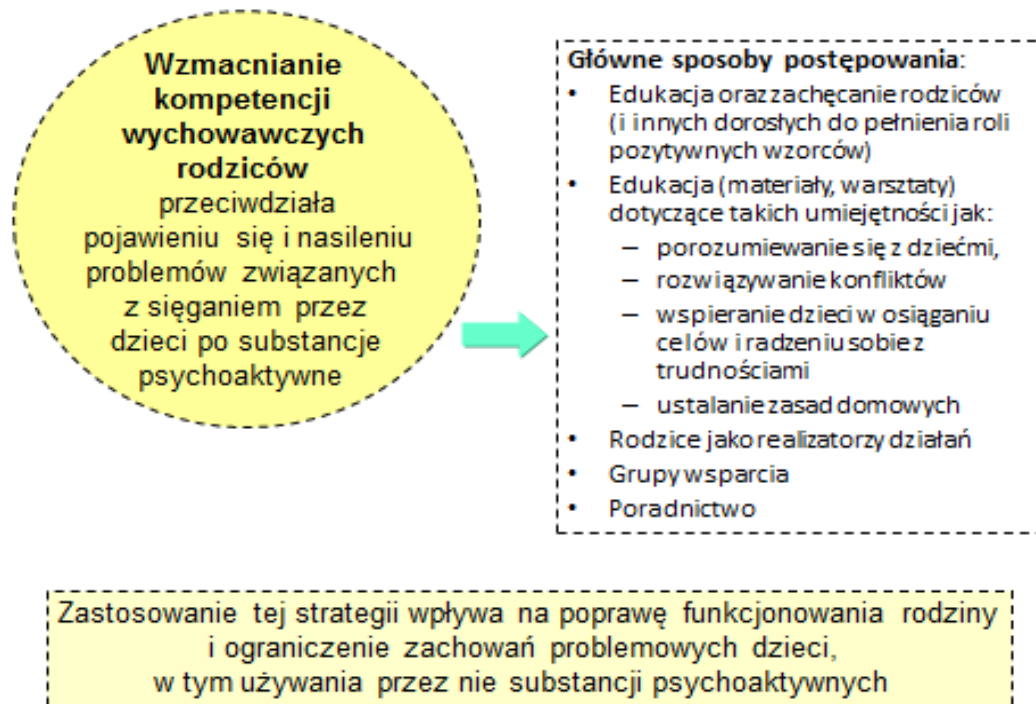
Rys. 7. Strategia Edukacji Rówieśniczej¹⁷



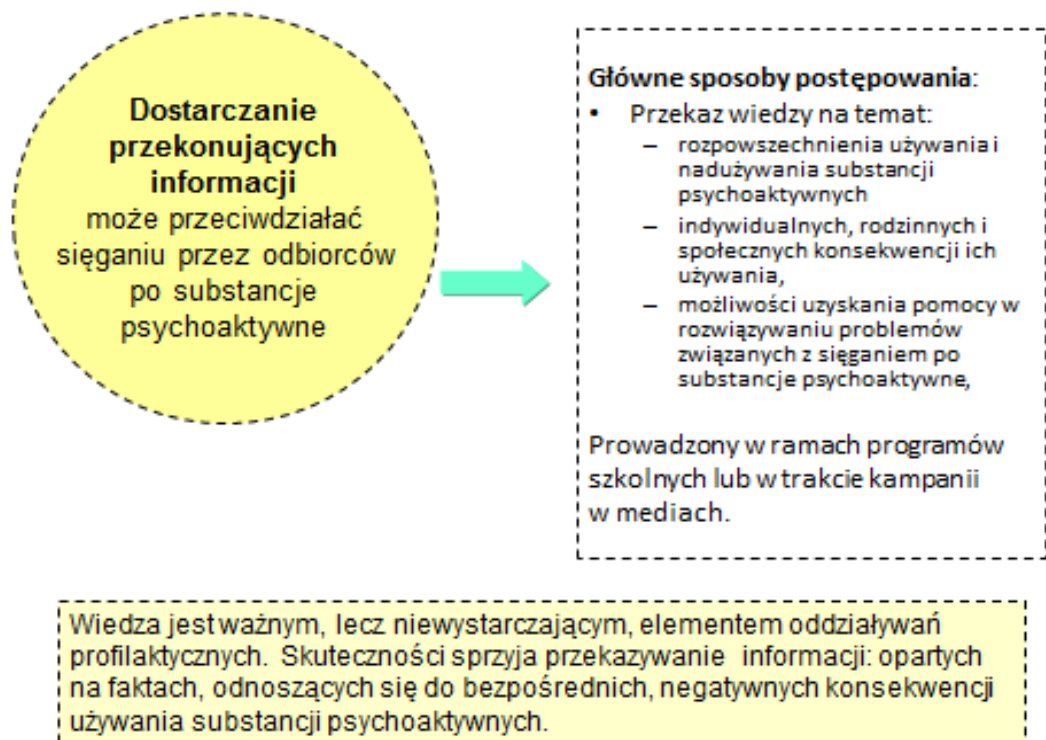
¹⁶ Ostaszewski, K. (2003), Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży

¹⁷ Wszystkie infografiki w niniejszym rozdziale na podstawie: Przegląd działań o udokumentowanej skuteczności. Profilaktyka i wczesna interwencja, niepublikowane materiały multimedialne przygotowane w ramach programu Transition Facility 2004 - Wsparcie regionalnych i lokalnych społeczności w przeciwdziałaniu narkomanii na poziomie lokalnym (PL2004/016-829.05.01.02), autorzy merytoryczni: Pisarska A., Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. opracowanie: Hejda A., Szczęsny P.,

Rys. 8. Strategia Wzmacniania Umiejętności Wychowawczych



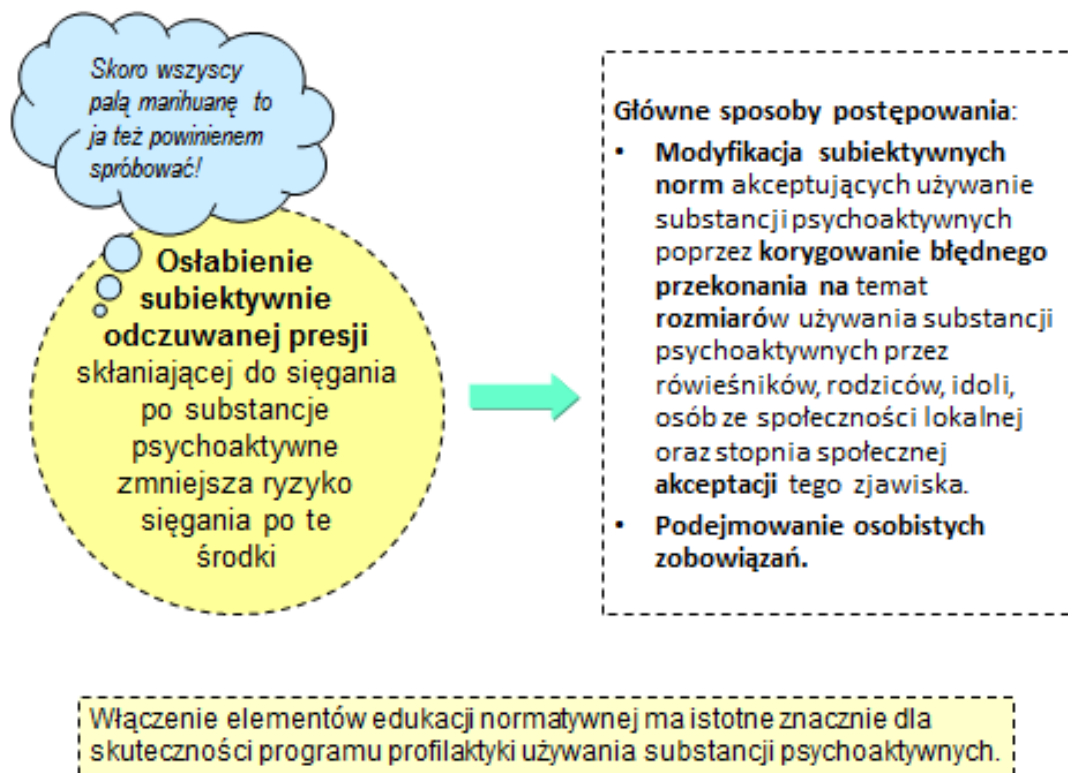
Rys. 9. Strategia Przekazu Informacji



Inny model teoretyczny, Teoria Uzasadnionego Działania (Icek Ajzen i Martin Fishbein, 1980), posłużył do zbudowania strategii edukacji normatywnej.

- Strategia Edukacji Normatywnej zakłada, iż subiektywne postrzeganie rozmiarów używania substancji psychoaktywnych przez rówieśników, rodziców, idoli, wpływa na postawy wobec takich zachowań.

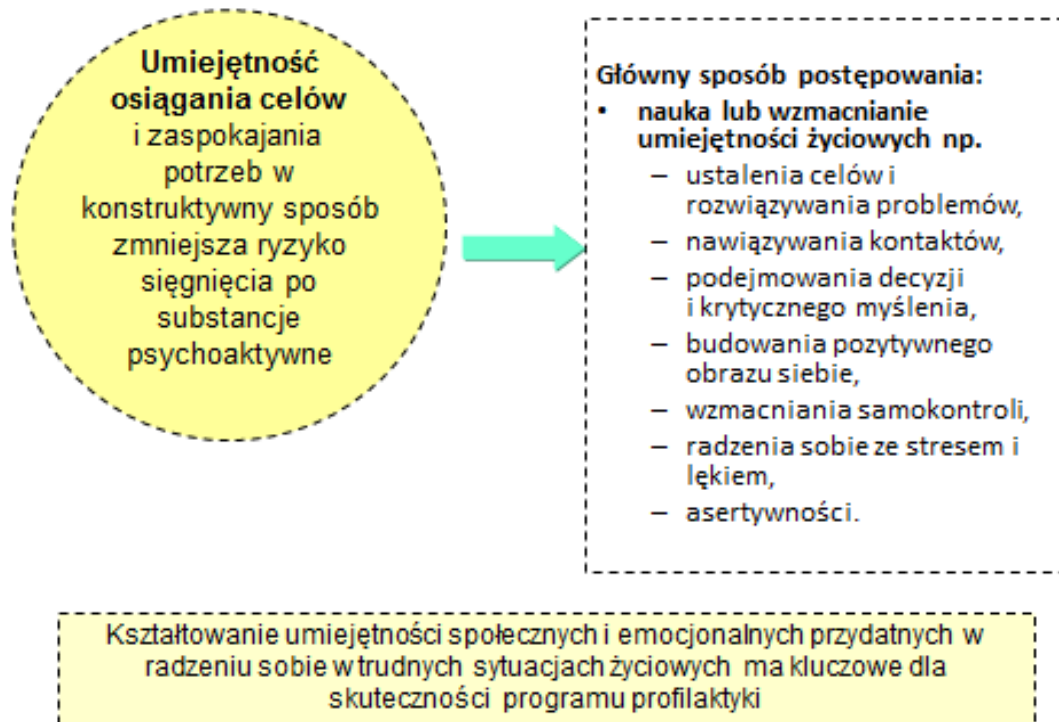
Rys. 10. Strategia Edukacji Normatywnej



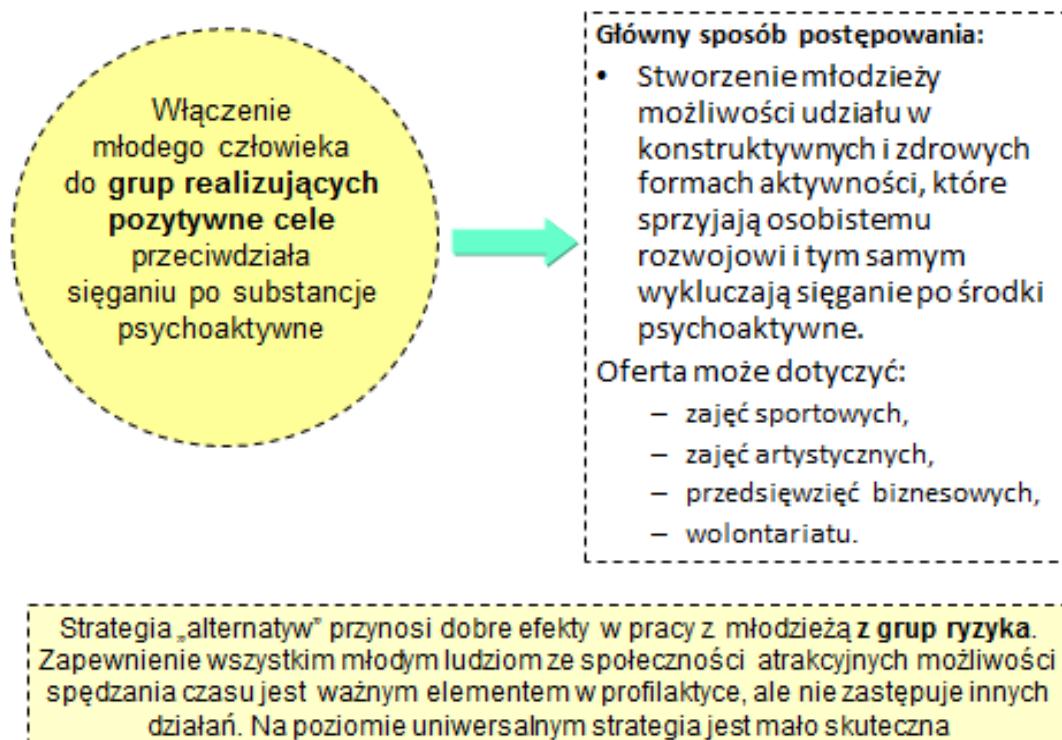
Natomiast Teoria Zachowań Problemowych Richarda i Schirley Jessore'ów wpłynęła na rozwój dwóch znaczących strategii profilaktycznych.

- Strategia Kształtowania Umiejętności Życiowych - umiejętność osiągania celów i zaspokajania potrzeb w konstruktywny sposób zmniejsza ryzyko sięgnięcia po substancje psychoaktywne.

Rys. 11. Strategia Kształtowania Umiejętności Życiowych



Rys. 12. Strategia Alternatyw



1.4. Poziomy oddziaływań profilaktycznych

Wiedza o czynnikach ryzyka wskazuje, iż dzieci i młodzież w różnym stopniu narażone są na używanie środków uzależniających. Odpowiednio do stopnia ryzyka uzależnieniem (czyli natężenia czynników ryzyka) profilaktyka prowadzona jest na trzech poziomach.

Do niedawna funkcjonował tradycyjny podział oddziaływań (według klasyfikacji WHO), który do zadań profilaktyki włączał terapię uzależnień i działania postrehabilitacyjne:

- profilaktyka pierwszorzędowa - adresowana do grupy niskiego ryzyka, czyli na przykład do całej społeczności szkolnej.
- profilaktyka drugorzędowa - adresowana do grupy podwyższonego ryzyka, do osób przejawiających pierwsze objawy dysfunkcji (zaburzeń). Przykładem mogą być uczniowie eksperymentujący ze środkami odurzającymi.
- profilaktyka trzeciorzędowa - adresowana do grupy wysokiego ryzyka, do osób, u których występują już rozwinięte symptomy choroby (zaburzeń), na przykład uzależnienie od narkotyków.

Współczesny podział poziomów profilaktyki wyłącza z niej działania kierowane do osób uzależnionych, zakładając że profilaktyka ma mieć zgodnie z jej podstawową definicją charakter uprzedzający.

- Profilaktyka **uniwersalna** – kierowana do wszystkich uczniów w określonym wieku bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych – np. przemocy czy używania substancji psychoaktywnych. Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych dotyczących między innymi używania substancji psychoaktywnych, informacji o wieku inicjacji itp.). Celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych.
- Profilaktyka **selektywna** – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka. Ten poziom profilaktyki jest adresowany do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych, narkotykowych, papierosowych lub lekowych. Przykładem profilaktyki

selektywnej mogą być działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych, dzieci z rozbitych rodzin, dzieci rodziców chorych psychicznie itd. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym¹⁸.

Dla przykładu - analizy badań ESPAD wśród młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych wykazały, że wielu uczniów narażonych jest na działanie czynników ryzyka. Tabela 4 pokazuje przykładowy zasięg oddziaływanie takich czynników w populacji badanych uczniów w województwie opolskim w 2015.

Tabela 4. Przykłady czynników ryzyka

Wybrany czynnik ryzyka	Odsetek uczniów, których czynnik dotyczy
Nisko oceniane przez ucznia ryzyko związane z próbowaniem marihuany	47 %
Posiadanie przez ucznia wielu przyjaciół palących tytoń (odpowiedzi – „sporo” i „większość”)	55 %
Przyzwolenie rodziców na picie alkoholu (przynajmniej jednego rodzica)	60 %

- Profilaktyka **wskazująca** – ukierunkowana na jednostki lub grupy wysokiego ryzyka, demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych, narkotykowych, pierwsze objawy zaburzeń psychicznych. Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które mają bardzo wysoki indywidualny poziom ryzyka rozwoju problemów i jednocześnie demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych/narkotykowych lub/i innych problemów psychicznych. Nadal jednak są to działania o charakterze profilaktycznym, czyli są podejmowane wobec osób, które nie spełniają kryteriów

¹⁸ Ostaszewski K., <http://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/profilaktyka-uzaleznien/>

diagnostycznych zaburzeń lub chorób wymagających leczenia (np. uzależnienie od alkoholu lub narkotyków opisane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10). Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które pochodzą z rodzin dysfunkcyjnych, przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także nadużywają alkoholu lub/i eksperymentują z narkotykami¹⁹.

Dla przykładu – np. badania ESPAD wskazują skalę doświadczeń uczniów z różnymi substancjami.

Tabela 5. Uczniowie używający substancji psychoaktywnych w woj. opolskim wg ESPAD 2015

substancja	co najmniej raz w życiu	co najmniej raz w ostatnim roku	co najmniej raz w ostatnim miesiącu
alkohol	91%	84 %	68 %
tytoń	62 %	brak danych	32 %
marihuana	33 %	25 %	14 %

Podsumowując - poniższa tabela wskazuje różnice dwóch różnych podejść do poziomów oddziaływań profilaktycznych.

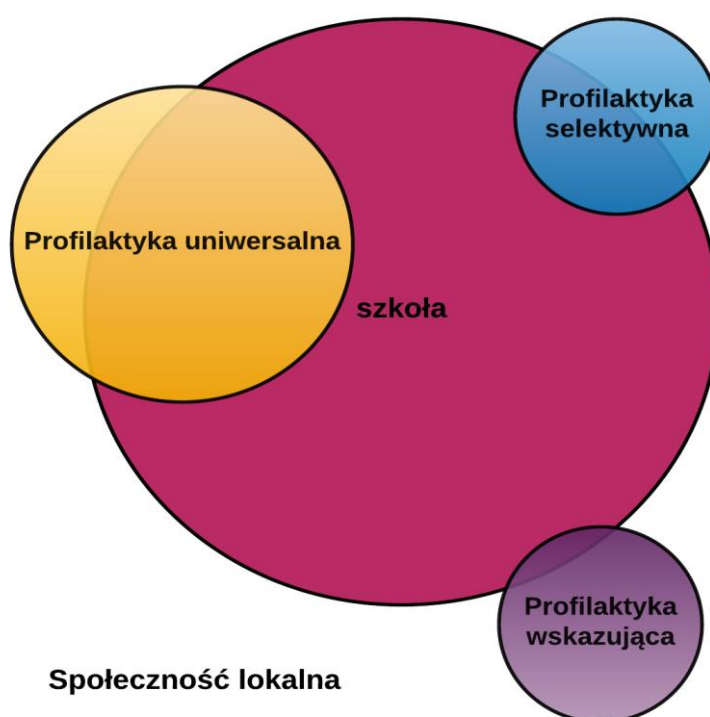
Tabela 6. Poziomy oddziaływań profilaktycznych

Podział tradycyjny	Podział współczesny
Profilaktyka I stopnia	<ul style="list-style-type: none"> • Promocja zdrowia psychicznego • Profilaktyka uniwersalna
Profilaktyka II stopnia	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaktyka ukierunkowana na jednostki lub grupy wysokiego ryzyka (selektywna) • Profilaktyka ukierunkowana na jednostki szczególnie zagrożone lub prezentujące pierwsze symptomy zaburzeń (wskazująca)
Profilaktyka III stopnia	<ul style="list-style-type: none"> • Leczenie i readaptacja społeczna • Postępowanie po leczeniu: postrehabilitacja, zapobieganie nawrotom

¹⁹ Ostaszewski K., <http://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/profilaktyka-uzaleznien/>

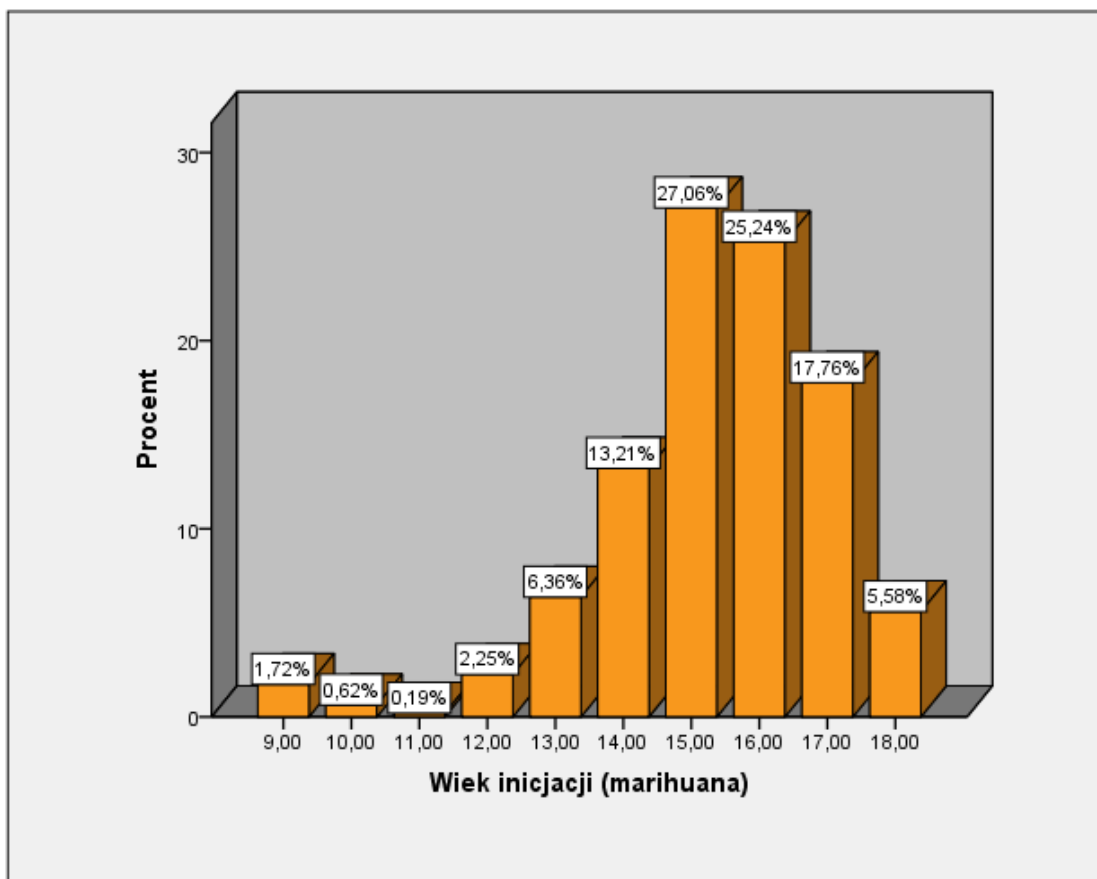
Zdecydowana większość zadań z zakresu profilaktyki uzależnień realizowanych w szkołach dotyczy poziomu profilaktyki uniwersalnej – kierowanej do ogółu uczniów, a więc tzw. niezdiagnozowanej populacji, ponieważ nie wiadomo kto w tej grupie ma jakie doświadczenia. W mniejszym stopniu prowadzona jest profilaktyka selektywna i wskazująca.

Rys. 13. Umieszczenie różnych poziomów oddziaływań profilaktycznych



O ile w edukacji podstawowej dominacja profilaktyki uniwersalnej jest zrozumiała, o tyle na poziomie szkoły gimnazjalnej, czy ponadgimnazjalnej już nie. Biorąc pod uwagę średni wiek pierwszych doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi, należy założyć, że spora grupa uczniów ma za sobą co najmniej pierwsze próby używania środków (tabela 5). Na przykład, większość pierwszych doświadczeń (inicjacja) uczniów z przetworami konopi (marihuana) ma miejsce około 15 roku życia; alkohol i tytoń pojawiają się zazwyczaj wcześniej – rys. 14.

Rys. 14. Wiek pierwszych doświadczeń z marihuaną – ESPAD 2015 woj. opolskie



Z wywiadów przeprowadzonych z pracownikami oświaty wynika, iż trudnościami w szkolnych działaniach selektywnych, a jeszcze bardziej wskazujących są: trudności we współpracy z rodzicami uczniów (również kwestie formalne) oraz wstępna diagnoza ucznia (określenie stopnia ryzyka, poziomu dotychczasowych doświadczeń). Jednym z celów pogłębionych analiz badań ESPAD w woj. opolskim było dostarczenie wskazówek pomocnych w diagnozowaniu potrzeb profilaktycznych szkoły i ucznia oraz doborze odpowiednich interwencji (rozdz. 3. – rekomendacje).

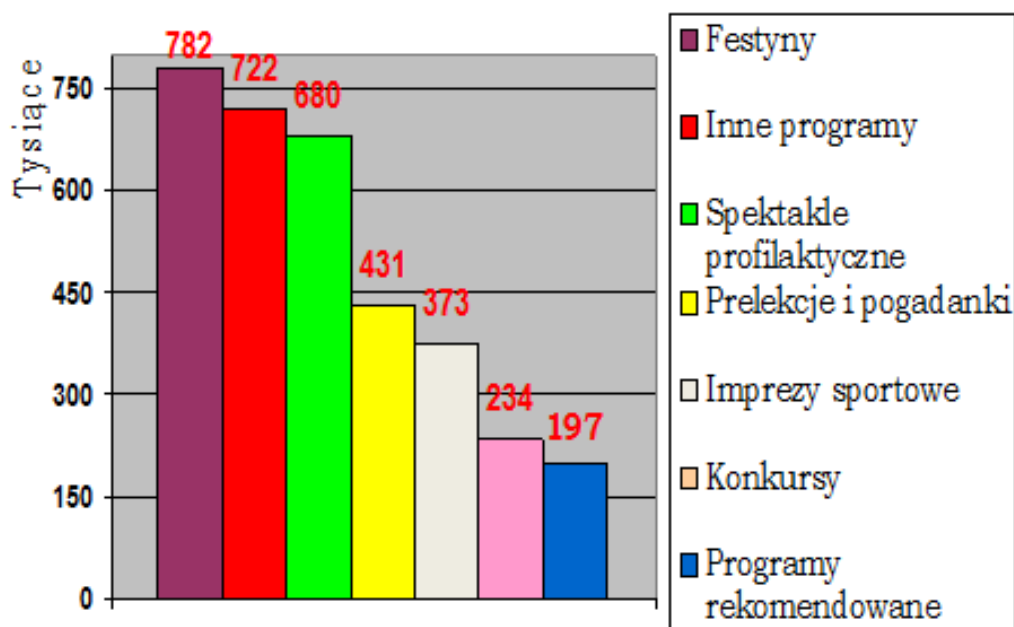
2. Dobre praktyki profilaktyczne w szkole

Od późnych lat pięćdziesiątych nastąpił wyraźny wzrost ilościowy i jakościowy różnorodnych projektów profilaktycznych adresowanych do szkół, w tym do uczniów, nauczycieli i rodziców. Niestety bardziej widoczny jest wzrost ilości niż jakości tworzonych ofert. Poza programami profesjonalnymi, które zyskały szerszy, najczęściej ogólnopolski zasięg, istnieją setki programów szerzej nieznanymi, realizowanych tylko w jednej szkole. Ich jakości często nikt nie ocenia,

nie sprawdza ich efektów, nie ewaluuje. Zdarzają się wśród nich projekty zarazem profesjonalnie przygotowane i oryginalne, ale znaczna liczba ofert bazuje raczej na intuicji autorów niż na rzetelnej wiedzy. Niektóre wręcz stanowią zlepki fragmentów znanych i popularnych programów, a dobór ćwiczeń jest przypadkowy i nie gwarantuje realizacji zakładanych celów.

Minusem jest fakt, że rynek szkolnych programów profilaktycznych często wymyka się spod kontroli. Brak wymogu opiniowania projektów przed fazą realizacji powoduje, że do szkół trafiają programy nieprofesjonalne, o małej skuteczności, a nawet szkodliwe. Stąd w ostatnim czasie nacisk na stosowanie tzw. programów rekomendowanych, a więc działań o potwierdzonej skuteczności.

Rys. 15. Rodzaje działań profilaktycznych finansowanych ze źródeł publicznych (analiza PARPA)



Źródło: Dodatkowa ankieta PARPA 2009, Frączek 2010

„Wiedza na temat czynników ryzyka i czynników chroniących stanowi podstawę do opracowywania (i ewaluacji) skutecznych programów i strategii profilaktycznych. Dlatego trudno do kwalifikowanych działań profilaktycznych zaliczyć jednorazowe imprezy np. festyny, pikniki, konkursy, turnieje sportowe i inne tego typu eventy, a także objazdowe spektakle profilaktyczne, pogadanki, spotkania z osobami uzależnionymi, ponieważ nie ma dowodów, że eliminują, redukują

lub kompensują one istotne czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych”²⁰.

Często pojawia się więc pytanie, które programy adresowane do szkół można uznać za profesjonalne, a które są projektami amatorskimi? Najogólniej można odpowiedzieć, że profesjonalny program wykorzystuje współczesną wiedzę dotyczącą adresatów proponowanych działań, doboru odpowiednich strategii, form i metod.

2.1. Szkolny program profilaktyki – poziom uniwersalny

Zdaniem niektórych autorów, działania profilaktyczne prowadzone w szkole mogą mieć trojaki charakter²¹:

- samodzielne programy profilaktyczne, realizowane niezależnie od obowiązującego programu nauczania, skoncentrowane na specyficznych celach i zadaniach;
- działania zintegrowane z programem szkolnym, wykorzystujące obowiązujący program nauczania w zakresie różnych przedmiotów do promowania szeroko rozumianego zdrowia;
- działania incydentalne, podejmowane w odpowiedzi na konkretne wydarzenia, które miały miejsce w samej szkole lub na terenie, na którym znajduje się szkoła.

W wielu znanych, samodzielnych programach wykorzystuje się strategię informacyjną i edukacyjną - porcje informacji na jakiś temat (np. szkodliwości substancji) przeplatają się z elementami treningu w zakresie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych (strategia wzmacniania umiejętności życiowych). Z reguły podobne programy mają wyraźną strukturę. Scenariusze zajęć zawierają bloki tematyczne, które są realizowane stopniowo, nieraz w długim cyklu spotkań (np. rocznym). Najczęściej w tego typu programach pojawiają się następujące bloki tematyczne²²:

- blok integracyjny, zawierający rozmaite ćwiczenia umożliwiające lepsze wzajemne poznanie się uczniów, wprowadzenie pozytywnych norm i w efekcie większą integrację klasy;
- blok „Jaki jestem”, umożliwiający wytworzenie bardziej adekwatnego obrazu siebie i bardziej adekwatnej samooceny;

²⁰ Ostaszewski K., <http://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/profilaktyka-uzaleznien/>

²¹ Gaś Z. B., Profilaktyka w szkole, [w:] Kamińska-Buśko B. (red.), Zapobieganie uzależnieniom uczniów: publikacja dla pracowników oświaty, MEN, Warszawa 1997

²² <http://www.narkomania.org.pl/czytelnia/profilaktyka-uzaleznien-w-szkole/>

- blok dotyczący zdrowotnych, psychologicznych i społecznych konsekwencji zachowań ryzykownych (używania i nadużywania alkoholu lub innych środków odurzających, agresji lub wczesnej aktywności seksualnej), mechanizmów powstawania zaburzeń itp.;
- blok dotyczący umiejętności psychologicznych (np. umiejętność radzenia sobie ze stresem i napięciami przez ćwiczenia relaksacyjne, umiejętność podejmowania decyzji);
- blok dotyczący umiejętności społecznych, interpersonalnych (np. umiejętność nawiązywania i podtrzymywania dobrych, satysfakcjonujących kontaktów z ludźmi, rozwiązywania konfliktów, opierania się presji grupy).

2.1.1. Diagnoza potrzeb profilaktycznych szkoły

Profilaktyka uzależnień w szkole znajduje najczęściej odbicie w Szkolnym Programie Profilaktyki. Jego szczegółowa zawartość zależy wyłącznie od grona pedagogicznego danej placówki oświatowej. Każda bowiem ma specyficzne potrzeby i zasoby. Główna struktura programu profilaktyki powinna być natomiast taka sama dla wszystkich szkół.

Do stworzenia systemowych działań profilaktycznych w szkole potrzebna jest diagnoza – ocena sytuacji wychowawczej i zidentyfikowanie niepokojących objawów. Oszacowanie problemu należy zacząć od ustalenia, kogo objąć badaniami i jak liczna powinna być badana grupa. Diagnoza często dotyczy funkcjonowania całego środowiska szkolnego – uczniów, nauczycieli, rodziców.

Do oceny zagrożeń nauczyciele mogą wykorzystać różnorodne narzędzia diagnostyczne. W praktyce szkolnej powszechnie stosowane są:

- obserwacja,
- wywiad,
- rozmowa,
- analiza wytworów uczniów,
- ankieta,
- analiza dokumentów szkolnych.

Zdiagnozowane zagrożenia stanowią podstawę planowania szkolnej profilaktyki (czyli konstruowania programu).

POMOCNA WSKAZÓWKA:

Często w systemie oświaty funkcjonuje błędne przekonanie, że diagnoza na potrzeby profilaktyki koniecznie musi mieć charakter badań realizowanych wśród uczniów metodami ankietowymi. Ta z pozoru prosta praktyka, w rzeczywistości wcale nie jest łatwa, zwłaszcza, kiedy chcemy badać młodych ludzi i trudne tematy. Błędy metodologiczne w konstruowaniu narzędzia kwestionariuszowego, problemy z interpretacją wyników, ale przede wszystkim brak możliwości zapewnienia respondentom poczucia anonimowości i bezpieczeństwa (np. w badaniach realizowanych w szkole, przez pracowników tej szkoły), powodują, mimo dobrych intencji, uzyskiwanie wyników zazwyczaj daleko odbiegających od rzeczywistości.

Dobłą praktyką (dla szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych) może być odwoływanie się do rzetelnych, zewnętrznych badań ESPAD (realizowanych również w woj. opolskim), których metodologia pozwala odnosić opisane wyniki do wszystkich szkół na terenie województwa. Powołanie się na uzyskane w badaniach ESPAD wyniki, w połączeniu z obserwacjami zachowań uczniów i analizą specyfiki placówki we współpracy z gronem pedagogicznym, powinno stanowić wystarczające elementy diagnozy na potrzeby szkolnych działań profilaktycznych.

2.1.2. Budowa programu profilaktycznego – dobre praktyki

W planowaniu działań profilaktycznych przydatny może być model budowania programu – ma ona zastosowanie do działań jednostkowych (samodzielnych, incydentalnych) oraz do działań długofalowych w ramach szkolnego programu profilaktycznego (profilaktyczno-wychowawczego). Schemat czytelnego programu profilaktyki szkolnej powinien zawierać:

- a) Diagnozę potrzeb profilaktycznych. Diagnoza powinna zawierać informacje na temat negatywnych zjawisk w odniesieniu do prawidłowości rozwojowych danego wieku odbiorców (uczniów). Zjawiska te, ich skala, ma zazwyczaj charakter ukryty – da się je zaobserwować wyłącznie incydentalnie, dlatego warto odwoływać się do rzetelnych badań diagnozujących takie zjawiska. Diagnoza powinna być uzupełniona przez opis specyfiki placówki (specyfiki uczniów, społeczności lokalnej) dokonywanej w procesie obserwacji i dyskusji.

- b) Założenia teoretyczne. Założenia te zawierać powinny co najmniej jeden model teoretyczny wyjaśniający powstawanie negatywnych zachowań (występowanie negatywnych zjawisk) uczniów w danym wieku rozwojowym (np. Teoria Zachowań Problemowych) – należy bowiem wiedzieć dlaczego opisane w diagnozie negatywne zjawiska w ogóle występują, skąd się biorą. Również w założeniach powinien znaleźć się krótki opis czynników ryzyka, a więc przyczyn niewłaściwych zachowań, ich powodów. Wreszcie założenia teoretyczne powinny wskazywać czynniki chroniące, które tworzony program będzie wzmacniał, aby zgodnie z teorią zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych zachowań (rozdz. 1.2.).
- c) Cele. Cel główny. Powinien realnie określać mierzalne zmiany dotyczące redukcji niewłaściwych zachowań i zjawisk wśród uczniów (wynikających z diagnozy). Cele szczegółowe powinny natomiast odwoływać się do zmian w obszarze czynników ryzyka i czynników chroniących opisanych wcześniej w założeniach teoretycznych (np. wzrost odporności na stres, wzrost umiejętności rozwiązywania konfliktów).
- d) Wskazanie wykorzystywanych strategii. Znając czynniki ryzyka i czynniki chroniące należy zastosować odpowiednie strategie działań (rozdz. 1.3.). Każdy profesjonalny program powinien w treści powoływać się na sprawdzone strategie profilaktyczne. Zazwyczaj programy profilaktyki uzależnień opierają się na więcej niż jednej uznawanej strategii – np. strategia wzmacniania umiejętności życiowych wykorzystywana jest najczęściej łącznie ze strategiami informacyjnymi i edukacji normatywnej. Często szkolne działania profilaktyczne obejmują poza uczniami również ich rodziców – działanie to oparte powinno być o sprawdzoną strategię wzmacniania umiejętności wychowawczych (nie powinno zatem ograniczać się wyłącznie do przekazywania wiedzy o substancjach).
- e) Opis zadań - struktury i sposobów realizacji programu. Określenie poszczególnych działań (dla kogo, kiedy, gdzie, kto realizuje, w jakiej formie, jak długo), których zadaniem jest osiągnięcie wyznaczonych celów (szczegółowych i głównego). Zadania (działania) powinny być konkretne i zrozumiałe dla realizatorów szkolnej profilaktyki.
- f) Strategię ewaluacji. Planując ewaluację programu należy ustalić jej rodzaj (wewnętrzna, zewnętrzna), metody ewaluacji i zagadnienia, które będą oceniane (wyniki bezpośrednio/odroczone, przebieg procesu profilaktycznego).

2.1.3. Ewaluacja programu profilaktycznego

Łatwiej myśleć o sensowności i efektywności działań profilaktycznych, kiedy przeanalizujemy je na wielu poziomach. Często proponuje się czteropoziomowy model ewaluacji²³ z podstawą - poziomem 0 - realizacją zadania w ogóle; dalej: poziomem 1 - reakcją uczestników; 2 - nabyciem wiedzy przez uczestników; 3 - zmianą postaw i zachowań uczestników oraz 4 - osiągnięciem zamierzonych celów (tabela 7).

Tabela 7. Poziomy ewaluacji wraz z praktycznymi przykładami wskaźników

Poziom ewaluacji	Przykład pytania ewaluacyjnego	Przykłady wskaźników osiągnięcia rezultatu
0 – realizacja działań	Czy zaplanowane działania odbyły się?	Lista obecności; kopia skryptu zajęć; zdjęcia z warsztatów; kopia prezentacji; materiały wypracowane przez uczniów
1 – reakcja uczestników	Jak uczniowie oceniają program?	Obserwacja zaangażowania w zajęcia; anonimowa ankieta przed wyjściem z sali z krótkimi pytaniami na skali od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”.
2 – uczenie się uczestników	Czy uczniowie przyswoili nowe informacje lub kompetencje?	Dyskusja po na lekcji z wychowawcą; krótka notatka wychowawcy; otwarte pytanie w krótkiej, anonimowej ankiecie przed wyjściem z sali: „Wymień 3 najważniejsze rzeczy, jakich dziś się nauczyłaś/eś”.
3 – zmiana postaw i zachowań	Czy w wyniku prowadzonych działań zachowania i postawy uczniów zmieniły się?	Ankieta wśród wychowawców dot. ich obserwacji; statystyki pracy psychologa szkolnego, statystyki powiadomień z policji do szkoły, ankieta dot. obserwacji dokonywanych przez rodziców.
4 - osiągnięcie celów działań	Czy cele zdefiniowane przez autorów programu zostały osiągnięte?	<i>W zależności od celów programu.</i>

²³ Kirkpatrick, D., *The four levels of evaluation*. American Society for Training and Development, Vol. 701, 2007.

Ewaluacja prowadzonych działań profilaktycznych ma służyć realizującym je oraz tym, którzy je zlecają. Jej celem jest ocena jakości i skuteczności realizowanych zadań. Jest dużo różnych metod ewaluacji. Jeśli z jakiegoś powodu (np. wymóg płatnika/grantodawcy) wymagana jest profesjonalna ewaluacja - warto zwrócić się o pomoc do profesjonalnych ewaluatorów. Jeśli to jest niemożliwe, lub niekonieczne nie należy budować skomplikowanych narzędzi badawczych. Zamiast tego wystarczy skoncentrować się na odpowiedzi na podstawowe pytania (tabela 7).

2.2. Profilaktyka selektywna i wskazująca w szkole

Profilaktyka selektywna wobec uczniów, a więc kierowana do grup wysokiego ryzyka używaniem substancji psychoaktywnych, realizowana jest w dużej mierze przez placówki zewnętrzne – świetlice socjoterapeutyczne i środowiskowe. Często również w szkołach realizowane są działania o charakterze zajęć alternatywnych, pozalekcyjnych zawierających elementy socjoterapii. Jednak dotarcie do grupy ryzyka uzależnieniem wymaga jej rozpoznania, czyli odpowiedzi na pytanie, którzy to uczniowie (rozdz. 2.2.1.).

Każda placówka oświatowa zobowiązana jest do stosowania formalno – prawnych procedur współpracy z rodzicami, policją, służbą zdrowia w przypadku zidentyfikowania ucznia używającego substancji psychoaktywnych (przyłapanego na posiadaniu lub będącego pod wpływem). Zastosowanie tych procedur jest obligatoryjne, niemniej jednak w wielu przypadkach nie zmienia postaw i zachowań konkretnego ucznia. Często nawet, w opiniach pedagogów szkolnych, powoduje odwrotny efekt – uczeń nie zmienia zachowań, ale stara się je bardziej ukryć.

W związku z tym, na poziomie profilaktyki selektywnej i wskazującej, w większości szkół, w momencie stwierdzenia nieprawidłowych zachowań ucznia (też związanych z używaniem substancji) wdrażane są dodatkowo działania oparte o model Szkolnej Interwencji Profilaktycznej – zazwyczaj jest to w gestii wychowawcy lub pedagoga/psychologa szkolnego. Składa się ona z czterech elementów:

- Diagnozy - ma na celu ocenę skali problemów oraz zaplanowanie adekwatnych działań wobec ucznia.
- Porady - jasne wyrażenie stanowiska zabraniające picia alkoholu, palenia papierosów lub brania narkotyków

oraz motywowania ucznia do uczestniczenia w dalszych działaniach interwencyjnych.

- Kontraktu - narzędzie motywujące do zmiany zachowania. Jest on opracowywany z rodzicami i uzgodniony z dzieckiem.
- Monitorowania realizacji postanowień zawartych w kontrakcie (po stronie rodziców i szkoły).

Uznana metoda Szkolnej Interwencji Profilaktycznej, w praktyce, w niektórych przypadkach nie przynosi wyraźnych efektów; zazwyczaj dzieje się tak, gdyż:

- z jakiegoś powodu nie układa się współpraca z rodzicami – szczególnie ważna na etapie monitorowania zmian zachowania wymagającego systematycznego kontaktu rodzica ze szkołą (o współpracy z rodzicami - rozdz. 2.3.),
- poziom doświadczeń ucznia z substancjami psychoaktywnymi ma charakter problemowy i wymaga bardziej adekwatnych metod pracy (często terapeutycznych). W związku z tym, że szkoła nie jest i nie powinna być placówką terapeutyczną, uczeń takie powinien zostać skierowany do specjalistycznych programów/placówek zewnętrznych (w jaki sposób rozpoznać ucznia używającego problemowo - rozdz. 2.2.2.).

2.2.1. Jak rozpoznać ucznia z grupy wysokiego ryzyka

Często zachowania ryzykowne polegające na używaniu substancji psychoaktywnych przez uczniów długo nie są ujawniane, są realizowane w szarej strefie funkcjonowania rówieśniczego. Jednak niemal zawsze towarzyszą im niepokojące postawy i zachowania, po których, z pewnym prawdopodobieństwem, można wnioskować o rozwijającym się w tle negatywnym zachowaniu. Stwierdzenie takich postaw i zachowań, będących jednocześnie czynnikami ryzyka, uprawnia do kwalifikacji ucznia do zadań z zakresu profilaktyki selektywnej.

**OSOBA LUB GRUPA WYSOKIEGO RYZYKA
POWINNA ZOSTAĆ OBJĘTA
PROFILAKTYKĄ SELEKTYWNA.**

Na podstawie pogłębionych analiz badań ESPAD 2015 w woj. opolskim można wskazać obserwowalne (jawne) cechy i zachowania uczniów, które współwystępują z ukrytymi zachowaniami ryzykownymi.

Indywidualne postawy uczniów

Indywidualne postawy uczniów wobec substancji psychoaktywnych, mierzone oceną ryzyka związanego z ich użyciem, mogą wskazywać faktyczne doświadczenia z tymi substancjami. Jeśli ktoś ocenia ryzyko palenia marihuany jako niewielkie, może z większym prawdopodobieństwem angażować się w jej używanie. Takie postawy bywają też wskaźnikami używania innych substancji - tabela 8 prezentuje te zależności. Ciekawym wskaźnikiem jest ocena ryzyka związana z marihuaną: wszystkie analizowane zachowania ryzykowne polegające na używaniu różnych substancji psychoaktywnych wiążą się z liberalnym podejściem do ryzyka związanego z paleniem marihuany. Innymi słowy: uczniowie, którzy oceniają ryzyko związane z paleniem popularnej „trawki” jako niskie, częściej angażują się w palenie papierosów, picie alkoholu itd.

Tabela 8. Postrzeganie ryzyka związanego z używaniem substancji a używanie substancji

Czynnik ryzyka - ocena ryzyka używania substancji	tytoń (jakiegokolwiek doświadczenia)	tytoń (używanie problemowe)	alkohol (jakiegokolwiek doświadczenia)	alkohol (używanie problemowe)	marihuana (jakiegokolwiek doświadczenia)	marihuana p(używanie problemowe)
tytoń - niskie ryzyko	✓	✓				
alkohol - niskie ryzyko						
marihuana - niskie ryzyko	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ - potwierdzona zależność

Grupy rówieśnicze

Czasem możemy zaobserwować lub usłyszeć o tym, że uczniowie przebywają w towarzystwie palących, pijących, a nawet używających narkotyków, zwłaszcza marihuany. To również mogą być wskaźniki używania substancji psychoaktywnych. Tabela 9 prezentuje zależności między ilością używających substancji znajomych a używaniem tej i innych substancji. Nie oznacza to, że każdy, którego znajomi palą, też pali - oznacza to tylko, że prawdopodobieństwo tego, że pali jest dużo większe.

Tabela 9. Grupy znajomych używających substancji a ich używanie

Czynnik ryzyka	tytoń (jakiegokolwiek doświadczenia)	tytoń (używanie problemowe)	alkohol (jakiegokolwiek doświadczenia)	alkohol (używanie problemowe)	marihuana (jakiegokolwiek doświadczenia)	marihuana p(używanie problemowe)
Grupa przyjaciół palących papierosy	✓	✓	✓	✓	✓	
Grupa przyjaciół pijących alkohol	✓	✓	✓	✓	✓	
Grupa przyjaciół palących marihuane	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ - potwierdzona zależność

Czynniki rodzinne/wychowawcze

Niektóre cechy rodziny, które można ewentualnie zaobserwować, np. na spotkaniach z rodzicami lub usłyszeć o nich podczas wywiadu środowiskowego, mogą wiązać się z zachowaniami ryzykownymi. Tabela 10 wyraźnie pokazuje, że przyzwolenie rodziców na picie alkoholu zwiększa prawdopodobieństwo doświadczeń ucznia z alkoholem, a nawet używaniem jego na poziomie problemowym. Również brak kontroli rodzicielskiej wiąże się z problemowym używaniem marihuany.

Tabela 10. Rodzina i wychowanie a zachowania ryzykowne dziecka

Czynnik ryzyka	tytoń (jakiegokolwiek doświadczenia)	tytoń (używanie problemowe)	alkohol (jakiegokolwiek doświadczenia)	alkohol (używanie problemowe)	marihuana (jakiegokolwiek doświadczenia)	marihuana p(używanie problemowe)
rodzice przyzwalają na picie alkoholu			✓	✓		
mały poziom kontroli ze strony rodziców						✓

✓ - potwierdzona zależność

Szkolne sprawy

Wagarowanie czy średnia ocen to cechy ucznia, które w szkole można łatwo zaobserwować. Tabela 11 przedstawia zależności między tymi wskaźnikami (częste wagary, niska średnia ocen), a używaniem substancji psychoaktywnych.

Tabela 11. Sprawy szkolne a zachowania ryzykowne

Czynnik ryzyka	tytoń (jakiegokolwiek doświadczenia)	tytoń (używanie problemowe)	alkohol (jakiegokolwiek doświadczenia)	alkohol (używanie problemowe)	marihuana (jakiegokolwiek doświadczenia)	marihuana p(używanie problemowe)
częste wagary		✓	✓	✓	✓	
niska średnia ocen (<3,5)	✓	✓	✓	✓	✓	

✓ - potwierdzona zależność

Szerszy kontekst społeczny

W analizach wyników badań ESPAD powiązano również używanie substancji z szerszym kontekstem społecznym funkcjonowania ucznia. Dostępność do różnych substancji (kiedy uczniowie „chwalą się” taką możliwością) również wiąże się z ich używaniem. Podobnie bywa z prezentowaniem opinii o pozytywnych następstwach użycia alkoholu, czy wieczornymi wyjściami z przyjaciółmi – uczniowie prezentujący takie postawy i zachowania istotnie częściej mają doświadczenia z papierosami, alkoholem i marihuaną.

Tabela 12. Szerszy kontekst społeczny a używanie substancji psychoaktywnych

Czynnik ryzyka	tytoń (jakiegokolwiek doświadczenia)	tytoń (używanie problemowe)	alkohol (jakiegokolwiek doświadczenia)	alkohol (używanie problemowe)	marihuana (jakiegokolwiek doświadczenia)	marihuana p(używanie problemowe)
łatwa dostępność papierosów	✓	✓	✓			
łatwa dostępność alkoholu			✓	✓	✓	
łatwa dostępność przetworów konopi			✓	✓	✓	
pozytywne następstwa używania alkoholu			✓	✓		
wieczorne wyjścia z przyjaciółmi	✓	✓	✓	✓	✓	

✓ - potwierdzona zależność

Analiza wyników badań ESPAD pozwala dobierać obserwowalne wskaźniki, by wstępnie i ostrożnie wnioskować o ewentualnych zachowaniach ryzykownych. Przedstawione zależności nie obowiązują zawsze i wszędzie, ani też każdy uczeń wychodzący ze znajomymi wieczorem nie jest automatycznie palaczem marihuany. Jednak dzięki

badaniom możemy poznać wiele cech, które mogą działać jak pierwsze ostrzeżenia i zwracać uwagę wychowawców, profilaktyków.

UJAWNIE ZACHOWANIA POLEGAJĄCEGO NA
UŻYWANIU SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH
KWALIFIKUJE UCZNIĄ DO OBJĘCIA GO
INTERWENCJA PROFILAKTYKI WSKAZUJĄCEJ

2.2.2. Jak rozpoznać ucznia używającego problemowo

Problemowe używanie substancji psychoaktywnych to wg definicji: „Używanie na tyle poważne, że prowadzi do pewnych zmian w stylu życia i orientacji życiowej”²⁴, traktowane jest jako zaburzenie zdrowia psychicznego i posiada stosowną jednostkę klasyfikacji chorób. Nie jest to jednak jeszcze uzależnienie. Taki wzór używania stanowi szczególnie niebezpieczną sytuację dla uczniów narażających się na szereg niebezpieczeństw związanych z ich funkcjonowaniem emocjonalnym, psychospołecznym oraz zdrowotnym.

UJAWNIE POZIOMU PROBLEMOWEGO
UŻYWANIA SUBSTANCJI PRZEZ UCZNIĄ
WYKLUCZA REALIZACJĘ INTERWENCJI
PROFILAKTYCZNEJ W SZKOLE.
UCZEŃ POWINIEN BYĆ SKIEROWANY DO SPECJALISTY.

Identyfikacja uczniów używających problemowo stanowi trudne zadanie, ze względu na to, że często poziom doświadczeń z substancjami nie jest przez uczniów ujawniany – jeśli przyznają się do używania (np. w efekcie przyłapania), raczej nie ujawniają jego długotrwałego i głębokiego charakteru.

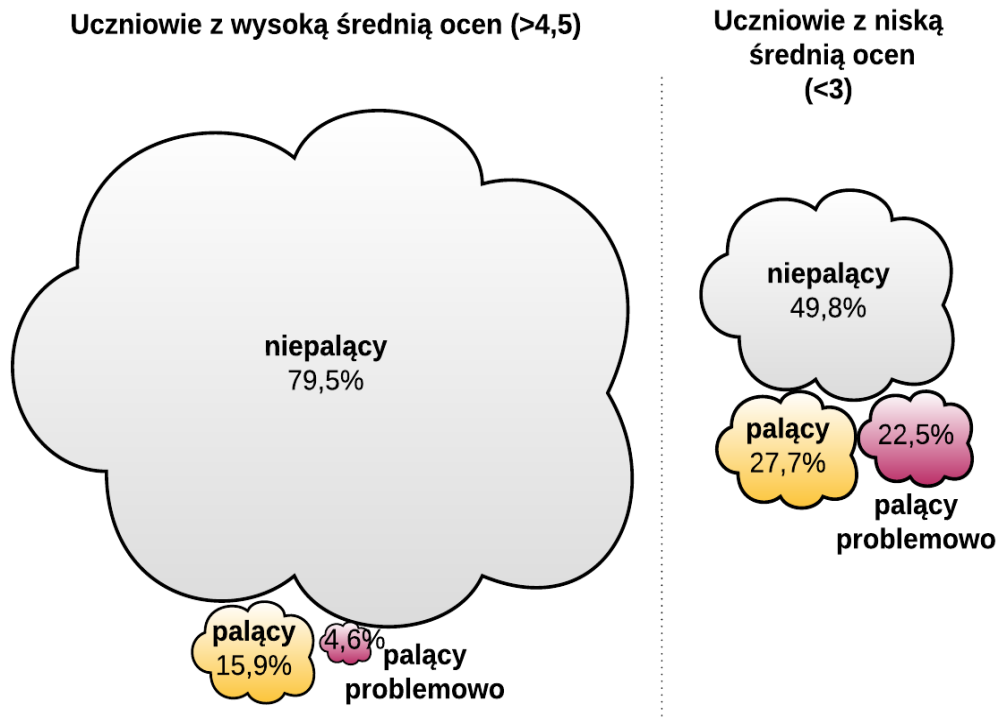
Pogłębione analizy badania ESPAD 2015 wskazują na szereg korelacji między niejawnymi zachowaniami problemowymi (np. problemowym paleniem papierosów), a zachowaniami jawnymi, obserwowalnymi (np. niską średnią ocen, wieczornymi wyjściami z domu) – rysunki poniżej.

²⁴ K. Okulicz – Kozaryn, J. Sierosławski, K Kocoń "Testy umożliwiające rozpoznawanie problemowego używania przetworów konopi i innych narkotyków przez nastolatków" Wydawnictwo Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomani. Warszawa 2008. str 4.

Średnia ocen ucznia

Wyniki przeprowadzonych analiz pokazują, iż niska średnia ocen ucznia (<3,0) koreluje z problemowym używaniem papierosów. Wśród uczniów z niskimi ocenami jest proporcjonalnie więcej palących i więcej palących problemowo. Natomiast wśród uczniów z wysokimi ocenami palący stanowią margines.

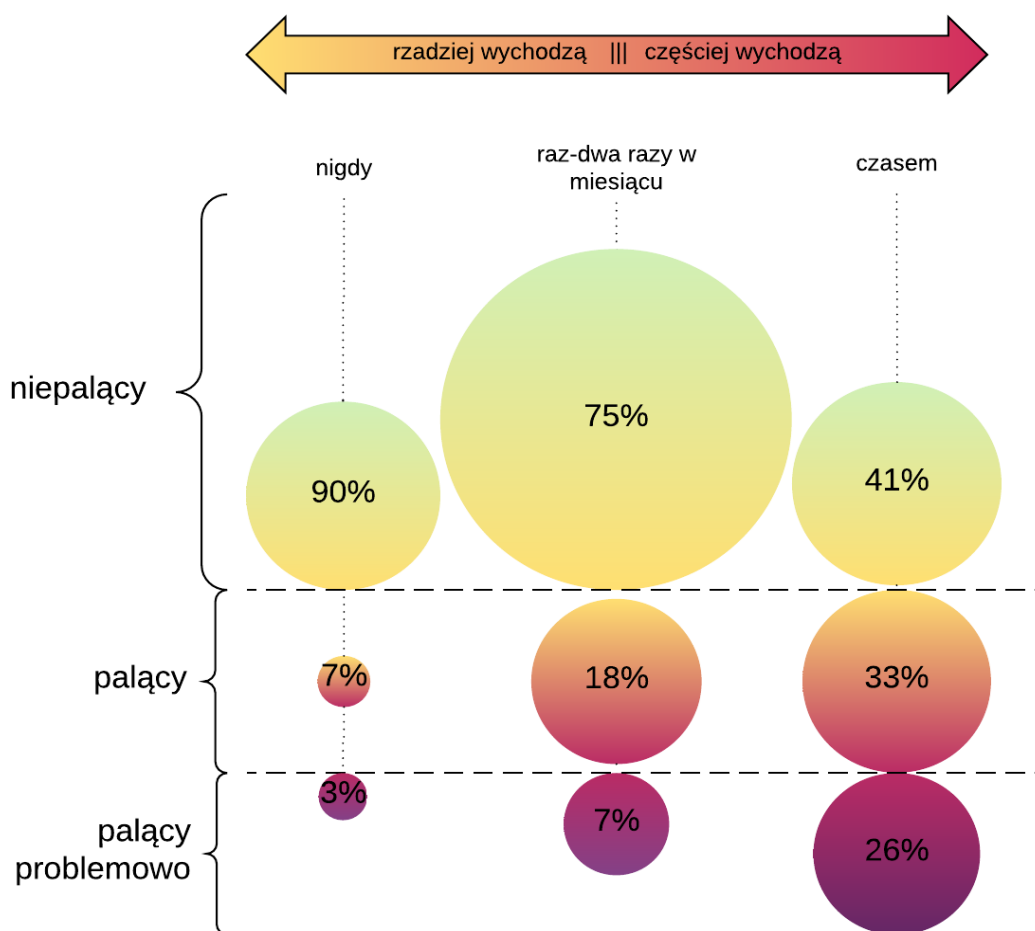
Rys. 16. Średnia ocen (wysoka/niska) a problemowe używanie tytoniu



Wieczne spotkania z przyjaciółmi

Pogłębione analizy ESPAD 2015 wykazały, iż częste wychodzenie dziecka z domu wieczorem w celach towarzyskich koreluje z problemowym paleniem papierosów.

Rys. 17. Wieczne wychodzenie z przyjaciółmi w celach towarzyskich a problemowe palenie papierosów



Powyższe infografiki wskazują prawdopodobieństwo problemowego używania tytoniu w zależności od średnich ocen, czy wieczornych wyjść z domu z przyjaciółmi. Jednak w kontakcie indywidualnym z uczniem warto skorzystać z dostępnych narzędzi umożliwiających identyfikację problemowych użytkowników substancji psychoaktywnych. Jednym z polecanych narzędzi ogólnodostępnych jest test PUM²⁵. Test PUM (Problemowe Używanie Marihuany) jest testem umożliwiającym rozpoznanie problemowego używania przetworów konopi. Składa się z 8 pytań (z odpowiedziami „tak” lub „nie”). Odnoszą się one do ostatnich 12 miesięcy i dotyczą funkcjonowania w szkole, konfliktów z rodziną i przyjaciółmi, odczuwanej potrzeby użycia marihuany oraz wzoru jej używania.

Tabela 13. Test PUM - diagnoza problemowego używania marihuany

Poniższe pytania dotyczą używania marihuany, haszyszu, skuna i innych przetworów konopi indyjskich. Odpowiadając skoncentruj się na tym, co działo się w czasie ostatnich 12 miesięcy.		Tak	Nie
1	Czy zdarzyło Ci się nie pójść lub spóźnić się do szkoły z powodu używania marihuany?		
2	Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z rodziną?		
3	Czy z powodu używania marihuany miałeś poważny konflikt z przyjaciółmi?		
4	Czy zdarzyło Ci się samodzielnie kupić marihuanę?		
5	Czy masz coraz więcej kłopotów z nauką, przyswajaniem nowych informacji?		
6	Czy zdarzyło Ci się palić marihuanę w samotności?		
7	Czy często odczuwasz potrzebę użycia marihuany?		
8	Czy zdarzyło Ci się wydać na marihuanę tak dużo pieniędzy, że musiałeś zrezygnować z innych rzeczy, na których Ci zależało?		

²⁵ Opracowanie na podstawie: K. Okulicz – Kozaryn, J. Sierosławski, K Kocoń „Testy umożliwiające rozpoznawanie problemowego używania przetworów konopi i innych narkotyków przez nastolatków”, Wydawnictwo Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomani, Warszawa, 2008

Osoby, które w teście PUM odpowiadają twierdząco na maksymalnie 2 z 8 pytań, z prawdopodobieństwem 88% można określić jako okazjonalnych użytkowników marihuany. Natomiast podanie 3 i więcej pozytywnych odpowiedzi, z prawdopodobieństwem co najmniej 81% świadczy o problemowym charakterze używania tego narkotyku.

Test wraz z instrukcją oraz opisem właściwości psychometrycznych dostępny jest bezpłatnie na: www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.

PAMIĘTAJ: Testy nie zastępują diagnozy klinicznej – są zaledwie jej pierwszym etapem. Ich podstawowym celem jest wskazanie osób, które mogą potrzebować takiej diagnozy.

2.3. Jak współpracować z rodzicami w działaniach profilaktycznych

Ścisła współpraca między nauczycielami i rodzicami polegająca na wzajemnym szacunku, dobrej organizacji oraz wzajemnej wymianie informacji na temat zachowania ucznia, może przyczynić się do łatwiejszego osiągnięcia założonych celów profilaktycznych oraz niwelowania zachowań ryzykownych realizowanych przez uczniów. Stanowi ona jednak jedno z trudniejszych wyzwań szkolnej profilaktyki uzależnień – wielu rodziców niechętnie współpracuje ze szkołą, szczególnie w aspekcie zachowań ryzykownych.

W celu poprawy efektywności współpracy między rodzicem i nauczycielem, niezbędne jest stworzenie przez nauczyciela odpowiedniej płaszczyzny porozumienia między obiema stronami. W tabeli 14 przedstawiamy dobre praktyki w kontakcie nauczyciela z rodzicem, jak również nieskuteczne metody w nawiązywaniu tego typu relacji.

Tabela 14. Dobre praktyki w kontakcie nauczyciela z rodzicami

Skuteczne praktyki w kontakcie z rodzicami	Nieskuteczne praktyki w kontakcie z rodzicami
<ul style="list-style-type: none">● stawiaj na kontakt indywidualny z rodzicem● postaraj się poznać obecną sytuację życiową rodzica● postaraj się stworzyć przyjazną atmosferę podczas spotkania, zapewnij spokój● wskazuj jasno obszary do współpracy● w kontakcie z rodzicem bądź szczerzy● razem z rodzicem określaj cele wychowawcze, profilaktyczne● pytaj rodzica o zdanie● ustalaj z rodzicem wspólne zasady postępowania w działaniach profilaktycznych● razem z rodzicem monitoruj przebieg tych działań oraz ich skuteczność● w trakcie współpracy wskazuj na potencjał ucznia, jego możliwości, podkreślaj jego mocne strony● jak najczęściej wymieniaj się z rodzicami spostrzeżeniami na temat funkcjonowania dziecka w szkole i poza nią	<ul style="list-style-type: none">● nie proponuj spotkania rodzicom, gdy jesteś do niego nieprzygotowany/a● nie podważaj metod wychowawczych rodziców● nie informuj rodziców o problemach wychowawczych jego dziecka w trakcie spotkań grupowych● nie traktuj rodzica z góry – wyjdź z roli eksperta● nie narzucaj rodzicom własnych form pomocowych, wypracuj je wspólnie z rodzicem● nie oceniaj metod wychowawczych rodzica, jego postępowania względem ucznia● nie marginalizuj krytycznych uwag rodziców● nie opieraj rozmowy jedynie na problemach dziecka – wskazuj jego mocne strony● nie obarczaj rodziców całkowitą odpowiedzialnością z problemy dziecka – wskazuj możliwości ich rozwiązania

Poniżej przedstawione zostały niektóre korzyści płynące z efektywnej współpracy między szkołą a rodzicami.

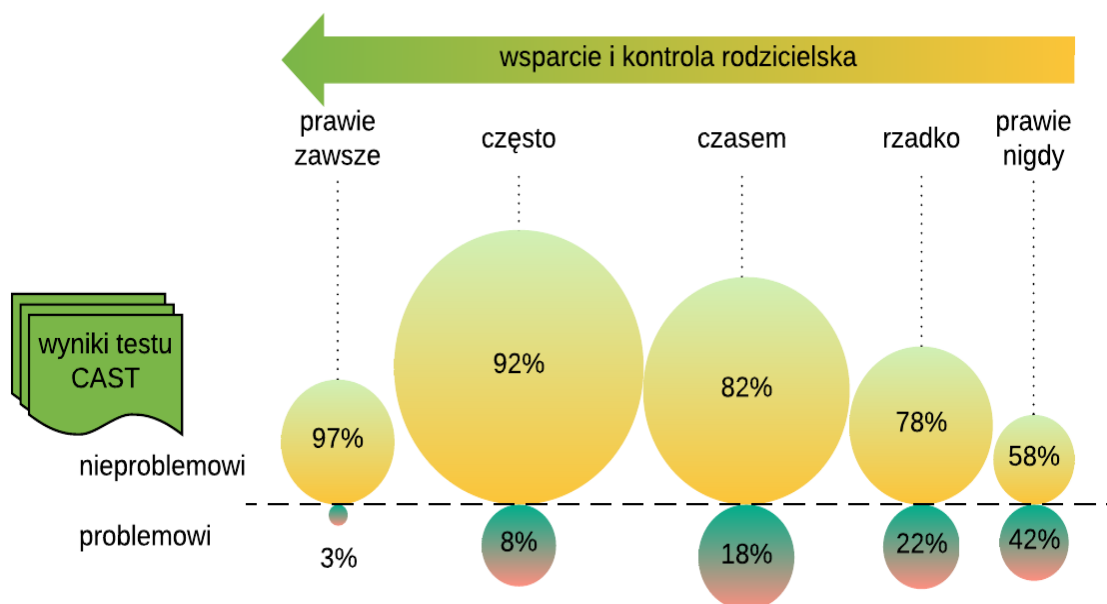
Tabela 15. Korzyści płynące z efektywnej współpracy między szkołą a rodzicami.

Grupa	Korzyści
Dla rodzica:	<ul style="list-style-type: none"> ● Lepsze poznanie swojego dziecka, szczególnie jego funkcjonowania w szkole. ● Łatwiejsze sprawowanie kontroli nad dzieckiem. ● Zwiększenie możliwości reagowania w sytuacjach kryzysowych. ● Poszerzenie możliwości rozwoju dziecka, jego kompetencji psychospołecznych. ● Łatwiejsze i skuteczniejsze egzekwowanie ustalonych norm. ● Zwiększenie wiedzy na temat profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci.
Dla nauczyciela:	<ul style="list-style-type: none"> ● Lepsze poznanie ucznia, jego funkcjonowania w środowisku rodzinnym. ● Poszerzenie możliwości tworzenia oraz realizacji zadań profilaktycznych. ● Możliwość delegowania części zadań profilaktycznych i wychowawczych rodzicom. ● Poprawa skuteczności oddziaływań profilaktycznych. ● Zwiększenie aktywności rodziców i uczniów w realizacji zadań profilaktycznych.
Dla ucznia:	<ul style="list-style-type: none"> ● Zwiększenie poczucia kontroli i opieki nad nim. ● Zmniejszenie rozbieżności w ustalaniu celów wychowawczych między szkołą a rodzicami. ● Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa. ● Zwiększenie możliwości komunikowania swoich problemów oraz łatwości ich rozwiązywania. ● Zwiększenie chęci współpracy i samorozwoju ucznia. ● Wzmocnienie kompetencji społecznych ucznia.

Prawidłowa komunikacja oraz efektywna współpraca między gronem pedagogicznym oraz środowiskiem rodzinnym ucznia, może pośrednio wpływać na nasilenie oraz częstotliwość realizowanych przez niego zachowań ryzykownych. Z pogłębionej analizy badań ESPAD 2015 wynika między innymi, że uczniowie posiadający niski poziom wsparcia rodzicielskiego oraz pozostający poza ich kontrolą, częściej

okazywali się problemowymi użytkownikami przetworów konopi (na podstawie testu CAST) w porównaniu z uczniami, którzy otrzymywali takie wsparcie oraz mieli poczucie kontroli rodzicielskiej.

Rys. 18. Wsparcie i kontrola rodzicielska a problemowe używanie marihuany



Im mniejsze wsparcie i kontrola rodzicielska - tym większa proporcja problemowych palaczy wśród użytkowników marihuany: wśród tych uczniów, którzy otrzymują wsparcie i odnotowują kontrolę rodziców, problemowych użytkowników jest zaledwie 3 procent. Dla tych, którzy wsparcia i kontroli nie czują prawie nigdy, problemowych użytkowników marihuany jest niemal połowa.

2.4. Zarządzenia profilaktyką oparte na danych

Pracując z młodzieżą może łatwo odnieść wrażenie, że nasze wykształcenie, nasz wiek i doświadczenie są gwarancją rozległej wiedzy na temat zachowań młodych ludzi. Na pewno w dużej mierze to prawda, jednak dotykając sfery substancji psychoaktywnych, trzeba wziąć pod uwagę, że większość z nas zwyczajnie nie ma takich doświadczeń, a nawet jeśli - to w kontekście tego, co robią i co mogą robić dziś młodzi ludzie - są to doświadczenia anegdotyczne. Mówimy o zachowaniach nieakceptowanych społecznie i nielegalnych, w związku z tym nasza wiedza o nich będzie tym bardziej ograniczona, ponieważ młodzi ludzie będą starali się je skutecznie ukrywać, nie

zdradzą nam chętnie swoich motywów i szczegółów takich zachowań w dyskusji.

Potoczna wiedza, doniesienia medialne, zasłyszane opinie, również mają charakter fragmentaryczny - stereotypów, ideologii, uproszczeń i osobistych przekonań. Często zakładamy na przykład, że użytkownicy narkotyków to ignoranci, zachowujący się irracjonalnie i nieodpowiedzialnie. Podczas gdy (wiemy to z badań²⁶), często jest wręcz przeciwnie: użytkownicy wiedzą bardzo dużo o substancjach i używają ich świadomie, dokonują, w swoim mniemaniu, racjonalnych wyborów i zachowują odpowiednio, ich zdaniem, środki ostrożności. Więc, niezależnie od tego, co my uważamy, mówienie komuś, kto używa narkotyków, np. że „ryzykuje i nawet nie wie, co ta substancja z nim zrobi”, może być odbierane jako niedorzeczne: przecież dokładnie wie, jak ta substancja działa - właśnie dokładnie dlatego jej używa. Praca z takimi zachowaniami i wiedza o profilaktyce również wcale nie jest domeną wiedzy każdego z nas - to bardzo złożona specjalistyczna dziedzina nauki, jak przekonujemy w innych sekcjach tej publikacji. Ze wszystkich tych powodów trudno jest być ekspertem w dziedzinie młodych ludzi i narkotyków.

Właśnie dlatego warto używać danych z badań podczas podejmowania decyzji o działaniach wobec problemu używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Dane można wykorzystywać zasadniczo w dwojaki sposób: inicjując działania i po ich realizacji - aby je ewaluować.

3. Podsumowanie - rekomendacje

Zgodnie z podstawową definicją, profilaktyka uzależnień polega na wzmacnianiu czynników chroniących i redukowaniu czynników ryzyka (patrz rozdz. 1.2.). W praktyce szkolnej często jednak wdrażane działania polegają na powielaniu zastanych, podobnych od lat schematów np. opartych na przekonaniu, że profilaktyka uzależnień koniecznie musi być o uzależnieniach – stąd w treści profilaktyki pojawiają się głównie wątki związane z alkoholem, tytoniem, narkotykami. Tak zwana „**profilaktyczna intuicja**”, czyli przekonanie, że jakiś pomysł na profilaktykę jest dobry (bo np. jest stosowany od lat), często prowadzi na manowce. Nie wiadomo zazwyczaj nic na temat skuteczności takich „intuicyjnych” działań, nie

²⁶ Maddox A. (at al.), *Constructive activism in the dark web: cryptomarkets and illicit drugs in the digital 'demimonde'*, Information, Communication & Society 19 (1), ss. 111-126.

są one ewaluowane, co ostatecznie doprowadza do zniechęcenia profilaktyką z powodu braku widocznych efektów jej stosowania. Warto zatem posługiwać się wynikami badań i współczesną wiedzą, które wskazują co działa, a co **nie działa w profilaktyce uzależnień**.

3.1. Rekomendacje dla profilaktyki uniwersalnej

STRATEGIE – TREŚĆ i FORMA PROFILAKTYKI UNIWERSALNEJ

Dotychczas zrealizowano wiele badań, w których porównywano skuteczność różnych strategii profilaktycznych (np. Tobler i wsp. 1986, 1992, 1997, 2000). W ich efekcie, w zakresie profilaktyki uniwersalnej, oceniono jako nieefektywne **strategie informacyjne** (rozdz. 1.3.) ukierunkowane głównie na przekaz wiedzy o konsekwencjach używania substancji psychoaktywnych. Informacja to zbyt mało, aby skutecznie zmieniać postawy i chronić młodych ludzi przed konsekwencjami używania substancji - jej znaczenie w profilaktyce zmniejsza się wraz z rosnącym wiekiem odbiorców. Przekazywanie informacji i wiedzy powinno zatem stanowić uzupełnienie działań profilaktycznych wobec uczniów - uniwersalne działania profilaktyczne nie powinny opierać się wyłącznie na tej strategii.

Natomiast skuteczne na poziomie profilaktyki uniwersalnej okazują się działania oparte o **strategię edukacji normatywnej** (Ajzen & Fishbein, 1980; Hansen, 1993) - rozdz. 1.3. Analizy badań ESPAD 2015 wykazały, iż postrzeganie przez młodzież używania substancji jako normy rówieśniczej (np. większość kolegów używa), jak również oczekiwanie pozytywnych efektów związanych z użyciem substancji (np. będę bardziej towarzyski), w bardzo dużym stopniu wpływa na podejmowanie tego typu zachowań ryzykownych. Zatem edukowanie na temat rzeczywistych rozmiarów zjawiska, na temat norm społecznych i rówieśniczych, stanowi ważny element działań profilaktycznych w szkołach. Ponadto przekazywane informacje muszą być rzetelne, oparte na faktach, a ewentualne omawiane zagrożenia powinny dotyczyć bezpośrednich (nie odroczonej w czasie) konsekwencji używania.

Badania analizujące skuteczność strategii profilaktycznych (na poziomie uniwersalnym) wskazują **działania alternatywne** (rozdz. 1.3.) jako mało skuteczne narzędzie modyfikujące zachowania uczniów. Również w pogłębionych analizach badań ESPAD 2015

dla woj. opolskiego nie stwierdzono żadnych związków między używaniem lub nie używaniem substancji psychoaktywnych a aktywnością sportową lub innymi normatywnymi sposobami spędzania czasu wolnego. Wśród uczniów, którzy częściej uprawiali sport, są takie same proporcje palaczy tytoniu, użytkowników narkotyków czy pijących alkohol, co wśród tych uczniów, którzy rzadziej angażowali się w aktywność fizyczną w czasie wolnym. Jak się okazuje profilaktycznym działaniem nie jest sama alternatywa (sport, teatr, budowanie latawców itp.), a raczej wzmacnianie czynników chroniących (np. umiejętności społecznych i emocjonalnych, poszanowanie norm i wartości itp. – rozdz. 1.2.), które towarzyszy tej alternatywie. Dzieje się tak jedynie wówczas, gdy jest to działanie zaplanowane pod kątem profilaktyki, a jego realizator wie jak i rozumie sens profilaktyczny proponowanych młodzieży działań alternatywnych. W związku z powyższym, zupełnie nieuzasadnione jest na poziomie uniwersalnym (skierowanym do wszystkich chętnych uczniów) budowanie działań profilaktycznych opartych wyłącznie o tą strategię. Szczególnie trudne do zrozumienia jest finansowanie tego typu działań ze środków publicznych, co jest częstą praktyką (raport PARPA – wykres 2. rozdz. 2.). Oczywiście organizacja czasu wolnego dla dzieci i młodzieży jest ważnym elementem rozwojowym, ale wbrew potocznym oczekiwaniom i opiniom mało skutecznie chroni przed doświadczeniami z substancjami psychoaktywnymi.

Badania licznych autorów wskazują, iż jednym z najbardziej efektywnych sposobów uniwersalnego wpływu profilaktycznego jest **strategia kształtowania umiejętności życiowych**. Wzmacnianie kompetencji społecznych i emocjonalnych młodych osób, przydatnych w rozwiązywaniu trudnych sytuacjach życiowych, w skuteczny sposób chroni przed problemami związanymi z używaniem substancji. Strategia ta może być stosowana na każdym etapie edukacji szkolnej (również przedszkolnej), uwzględniając oczywiście prawidłowości rozwojowe odbiorcy. Biorąc pod uwagę współwystępowanie zachowań ryzykownych, wspólne czynniki ryzyka i podobne czynniki chroniące, wzmacnianie tych ostatnich przyczynia się do ograniczenia różnych zachowań ryzykownych oraz wzmacnia ogólne zdrowie psychiczne. Współczesna profilaktyka uzależnień wobec dzieci i młodzieży w dużej mierze powinna bazować na tego typu modelach.

Również ważnym elementem profilaktyki jest **budowanie więzi ucznia ze szkołą** (Hawkins & Weis, 1985) - co stanowi jeden z istotnych

czynników chroniących w różnych zachowaniach ryzykownych (rozdz. 1.2.). Więż ze szkołą w wymiernym wymiarze może przekładać się na chęć uczęszczania do szkoły i wyniki w nauce. Analizy badań ESPAD 2015 potwierdziły, że niskie oceny szkolne oraz wagarowanie istotnie korelują z podejmowaniem zachowań ryzykownych - używaniem substancji psychoaktywnych: tytoniu, alkoholu i marihuany. Warto zatem w szkolnych programach profilaktycznych wzmacniać ten czynnik chroniący, poprzez położenie nacisku na budowanie odpowiedniego klimatu szkolnego i dobrych relacji - zarówno rówieśniczych, jak i uczniów z osobami reprezentującymi system oświaty.

Jakakolwiek formę przyjmie działanie profilaktyczne wobec dzieci i młodzieży, należy pamiętać, iż najmniej skuteczne są działania incydentalne, okazjonalne. Istnieją nawet doniesienia (na podstawie badań ewaluacyjnych), iż krótkie okolicznościowe programy, szczególnie oparte o strategię informacyjną, tylko rozjątrząją problem, któremu chcą zaradzić. Biorąc pod uwagę czynniki ryzyka (rozdz. 1.2.), oczywistym staje się, że działania profilaktyczne powinny wpływać na **wzmocnienie postaw prozdrowotnych** dzieci i młodzieży, tak aby nie były zainteresowane używaniem substancji. Praca nad postawami musi być **systematyczna** i stanowić raczej **długotrwały proces**. W takim rozumieniu profilaktyce uniwersalnej bliżej jest do „wychowania”, niż do „terapii”.

ODBIORCY PROFILAKTYKI UNIWERSALNEJ

Badania ESPAD 2015 wyraźnie potwierdzają, iż średni wiek inicjacji narkotykowej przypada na okres nauki w szkole gimnazjalnej. Nie jest niczym nowym, iż zazwyczaj dyktowany ciekawością pierwszy kontakt z tymi substancjami poprzedzony jest w czasie innymi doświadczeniami - z tytoniem czy alkoholem. Pogłębione analizy badań ESPAD wskazują, że **niski wiek** pierwszych doświadczeń z substancjami jest silnym predyktorem późniejszych problemów. Im szybciej następuje inicjacja, tym większe problemy w obszarze zdrowia psychicznego w przyszłości. Dalsza intensyfikacja uniwersalnych działań profilaktycznych powinna zatem stanowić **bezwzględny priorytet**, ale głównie **wobec najmłodszych grup młodzieży** szkolnej - uczniów szkół podstawowych. Wiele osób dorosłych (rodziców, nauczycieli) wyraża pogląd, iż uczniowie podstawówek (szczególnie klas I-III), są zbyt młodzi na podejmowanie zagadnień profilaktyki uzależnień, stąd niewiele takich oddziaływań

kierowanych do tej grupy wiekowej. Oczywiście pogląd jest słuszny, ale tylko przy założeniu, że profilaktyka uzależnień polega głównie na dostarczaniu informacji o uzależnieniach i konsekwencjach używania substancji. Taka strategia przekazu informacji (rozdz. 1.3.) powinna stanowić zaledwie dopełnienia działań profilaktycznych na poziomie uniwersalnym i to głównie kierowanych do uczniów starszych. W szkołach podstawowych (podobnie w gimnazjum) działania profilaktyczne powinny opierać się przede wszystkim na strategiach związanych z wzmacnianiem umiejętności życiowych, głównie w obszarze radzenia sobie w trudnych emocjonalnie sytuacjach i budowania satysfakcjonujących relacji z innymi. Takie podejście do profilaktyki nie stanowi najmniejszego zagrożenia dla uczniów szkół podstawowych, a zawiera działania wzmacniające podstawowe czynniki chroniące przed zachowaniami ryzykownymi.

Skuteczność profilaktyki w grupach dzieci i młodzieży zależy w znacznym stopniu od włączenia do niej rodziców. Programy przeznaczone do realizacji w szkole powinny więc zawierać **zajęcia dla rodziców**, szczególnie rodziców najmłodszych dzieci, które nie przejawiają jeszcze zachowań ryzykownych (edukacja podstawowa, wczesnoszkolna). Wyniki badań wskazują istotny wpływ postaw rodziców wobec zachowań ryzykownych i umiejętności wychowawczych na doświadczenia ich dzieci z substancjami psychoaktywnymi. Pogłębione analizy badań ESPAD 2015 potwierdzają, iż uczniowie posiadający niski poziom wsparcia rodzicielskiego oraz pozostający poza kontrolą rodziców, częściej okazywali się problemowymi użytkownikami przetworów konopi w porównaniu z uczniami, którzy otrzymywali takie wsparcie oraz mieli poczucie kontroli rodzicielskiej. Również konserwatywna postawa rodziców dotycząca picia napojów alkoholowych przez ich dzieci sprawia, że częstotliwość z jaką uczniowie upijają się jest istotnie mniejsza w porównaniu z grupą dzieci, których rodzice mają w tym zakresie bardziej liberalne poglądy.

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE

Wdrażanie działań profilaktycznych wymaga zorientowania się w obrazie zjawiska używania przez uczniów danej placówki szkolnej substancji psychoaktywnych (różnych), czy też przejawów innych zachowań ryzykownych. Wymaga to przeprowadzenia **diagnozy problemowej na potrzeby profilaktyki** (rozdz. 2.1.1.). Jak już pisano wcześniej, dobrą praktyką (dla szkół gimnazjalnych

i ponadgimnazjalnych) powinno być odwoływanie się do rzetelnych, zewnętrznych badań ESPAD (realizowanych również w woj. opolskim), których metodologia pozwala odnosić opisane wyniki do poszczególnych szkół na terenie województwa. Powołanie się na uzyskane w badaniach ESPAD wyniki, w połączeniu z obserwacjami zachowań uczniów i analizami specyfiki placówki poczynionymi przez grono pedagogiczne powinno stanowić wystarczające elementy diagnozy na potrzeby szkolnych działań profilaktycznych.

Program profilaktyczny realizowany w szkole, poza elementami diagnozy, powinien zawierać opis czynników ryzyka (wpływających na pojawienie się problemu), czynników chroniących (zmniejszających prawdopodobieństwo wystąpienia i eskalacji problemu), opis założeń teoretycznych (wyjaśniających powstawanie niewłaściwych zachowań) i odwołanie się do zastosowanych strategii profilaktycznych (sprawdzonych metod działania) – rozdz. 2.1.2. Dopiero na tej podstawie budowane są treści i ustalane formy działań profilaktycznych, a one z kolei implikują harmonogramy, dobór realizatorów do prowadzenia działań i informacje na temat jego ewaluacji. Warto zwrócić uwagę, że często oferty zewnętrznych programów profilaktycznych zawierają wyłącznie opis zadań przewidzianych do realizacji – bez czynników, teorii, ewaluacji czy strategii. Zazwyczaj świadczy to o znikomej wiedzy ich twórców na temat tego, czym jest profilaktyka, z czego wynikają zachowania ryzykowne i jak skutecznie im przeciwdziałać. Tego typu programy, często oferowane przez firmy komercyjne, najczęściej są nieskuteczne, lub ich skuteczność trudna jest do weryfikacji.

Jeśli wśród zadań w całorocznym szkolnym programie profilaktyki znajduje się realizacja konkretnego programu prowadzonego przez zewnętrznych ekspertów – warto skorzystać z programów rekomendowanych. **Programy rekomendowane** przez instytucje takie jak PARPA, KBPN, ORE, ze względu na potwierdzoną skuteczność, stanowić powinny podstawę w realizacji szkolnych działań profilaktycznych, kierowanych do uczniów wszystkich poziomów edukacji. Bazę programów rekomendowanych i ich realizatorów można znaleźć na stronie: <http://programyrekomendowane.pl>.

Jeśli jednak z jakiegoś powodu programy rekomendowane są niedostępne (czas, koszt), warto rozważyć stworzenie własnych, autorskich działań. Wymaga to jednak odpowiedniego przygotowania

merytorycznego, posiadania wiedzy dotyczącej powstawania zachowań ryzykownych, ich znaczenia w życiu młodego człowieka (rozdz. 1.1.) oraz skutecznych form na różnych poziomach oddziaływania profilaktycznego (rozdz. 1.4.). Dobrą, rekomendowaną praktyką jest zainwestowanie w odpowiednie, **profesjonalne przygotowanie osoby/osób** z zespołu pedagogicznego placówki do kreowania szkolnego programu profilaktyki i moderowania szkolnych działań profilaktyczno – wychowawczych.

Rekomenduje się również realizację co najmniej **wewnętrznej ewaluacji** działań profilaktycznych (rozdz. 2.1.3.) w szkole. Przyda się ona do sporządzania sprawozdań wobec organów nadzorujących, ale przede wszystkim posłuży modyfikacji lub/i poprawie jakości/efektywności realizowanych działań.

3.2. Rekomendacje dla profilaktyki selektywnej i wskazującej

Profilaktyka selektywna to działania skierowane do jednostek lub grup wysokiego ryzyka zachowaniami generującymi problemy w obszarze zdrowia psychicznego, czyli osób narażonych na działanie wielu czynników ryzyka (osobistych i środowiskowych). Szczególnie dotyczy to uczniów z deficytami poznawczymi, z rodzin dysfunkcyjnych itp. Dla dzieci i młodzieży znajdujących się w grupie ryzyka organizowane są **indywidualne lub grupowe działania profilaktyczne** (np. terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia). W wielu placówkach oświatowych działania takie realizowane są na bieżąco, choć rzadko kiedy w ramach działań profilaktyki selektywnej. Rekomenduje się włączanie tego typu zadań do szkolnego programu profilaktyczno – wychowawczego, gdyż wpływają one na redukcję czynników ryzyka w obszarze uzależnień i ogólnego zdrowia psychicznego.

Profilaktyka **wskazująca** – to działania wymagające bardziej specjalistycznego przygotowania, polegające na interwencji wobec dzieci i **młodzieży z pierwszymi symptomami zaburzeń**. Na tym poziomie, w profilaktykę często angażują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej, czy specyficznych działań ukierunkowanych na konkretne problemy/zaburzenia.

Często problemem w realizacji profilaktyki selektywnej i wskazującej w szkole jest **kwalfikacja osób do tego typu działań**. Ogromna część występujących u ucznia czynników ryzyka jest znana i/lub obserwowana. Niemniej jednak same zachowania ryzykowne polegające na używaniu substancji mają zazwyczaj charakter ukryty, a do ich samoistnego ujawnienia dochodzi rzadko, a jeśli już to stosunkowo późno. Dlatego warto zwracać uwagę na obserwowalne cechy i zachowania, o których na podstawie badań wiadomo, że współwystępują (korelują) z zachowaniami ryzykownymi (rozd. 2.2.1.). Z dużym prawdopodobieństwem szybsza reakcja spowoduje zahamowanie rozwoju dalszych potencjalnych problemów.

W przypadku ujawnienia niewłaściwych zachowań ucznia, w wielu szkołach realizowana jest uznana metoda **Szkolnej Interwencji Profilaktycznej** (rozd. 2.2.). Procedura składa się z kilku etapów i jeśli jest realizowana **zgodnie z rekomendacjami** twórców, przynosi wymierne efekty. Stanowi ona wówczas proste i skuteczne narzędzie w codziennej pracy wychowawcy, czy pedagoga. Szkolna Interwencja Profilaktyczna jest działaniem wpisanym do bazy programów rekomendowanych w obszarze profilaktyki selektywnej i wskazującej.

Znaczne rozmiary grup młodych ludzi używających względnie często substancji psychoaktywnych (report z badań ESPAD 2015 w woj. opolskim) potwierdzają zasadność **wspierania programów wczesnej interwencji** (profilaktyka wskazująca) dla osób eksperymentujących i używających okazjonalnie. Ujawnienie faktu używania przez ucznia substancji psychoaktywnych powinno skutkować adekwatnym działaniem interwencyjnym. Poza włączeniem formalno-prawnych procedur szkolnych (policja, rodzice, służba zdrowia) uczeń powinien zostać objęty indywidualnym lub grupowym programem wsparcia. Wielu pedagogów i psychologów szkolnych przyznaje się do braku tego typu kompetencji. W woj. opolskim **każda szkoła może skierować** ucznia do udziału w bezpłatnym, rekomendowanym programie FreD: www.programfred.pl.

W profilaktyce selektywnej i wskazującej, w odróżnieniu do uniwersalnej, efekty przynosi również zastosowanie **strategii alternatyw**. Włączanie uczniów z grup ryzyka w dodatkowe działania wzmacniające normatywne zachowania, szczególnie w organizację działań o charakterze prozdrowotnym, stanowi jeden ze sposobów hamowania rozwoju negatywnych zjawisk i zachowań.

Natomiast istnieje jasna granica, za którą możliwości szkolnych interwencji profilaktycznych się kończą - **szkoła nie jest placówką terapeutyczną**. W przypadku używania substancji psychoaktywnych taką granicą jest używanie problemowe/szkodliwe, które wymaga wdrożenia adekwatnych do poziomu zaburzeń, specyficznych interwencji terapeutycznych. Wstępne rozpoznanie problemowego używania może być przeprowadzone w szkole przez psychologa lub pedagoga za pomocą stosunkowo prostych narzędzi diagnostycznych (rozdz. 2.2.2.). Rozpoznanie używania problemowego powinno skutkować jak najszybszym przekierowaniem ucznia do specjalistycznej poradni – placówki świadczącej usługi w zakresie terapii uzależnień.

W związku z powyższym warto **współpracować systematycznie z profesjonalistami**, organizacjami, poradniami uzależnień, zajmującymi się profilaktyką w zakresie używania substancji psychoaktywnych. Dzięki temu możliwe jest wzbogacenie oferty profilaktycznej skierowanej do uczniów, pozyskanie aktualnej wiedzy dotyczącej obszaru profilaktyki zachowań ryzykownych oraz łatwiejsza i prawdopodobnie skuteczniejsza realizacja szkolnych działań wobec uczniów.

achęca się również do systematycznego korzystania ze swoistych **banków wiedzy** dot. szeroko rozumianej profilaktyki i promocji zdrowia:

- Portal Profnet

<http://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/czytelnia/>

- Biblioteka cyfrowa Ośrodka Rozwoju Edukacji

<http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra>

- Wydawnictwa on-line KB ds. PN

http://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707