

Koncepcje i programy profilaktyki społecznej opartej na dowodach naukowych

Agnieszka Barczykowska
Maciej Muskała

Wydawnictwo Naukowe UAM

UNIwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
SERIA PSYCHOLOGIA I PEDAGOGIKA NR 397

AGNIESZKA BARCZYKOWSKA
MACIEJ MUSKAŁA

Koncepcje i programy profilaktyki społecznej opartej na dowodach naukowych



POZNAŃ 2026

Recenzenci
dr hab. Hubert Kupiec, prof. US
dr hab. Justyna Kuształ, prof. UJ

Publikacja sfinansowana przez
Wydział Studiów Edukacyjnych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

© Agnieszka Barczykowska, Maciej Muskała
This edition © Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wydawnictwo Naukowe UAM, 2026



Ta książka jest udostępniana na licencji Creative Commons – Uznanie autorstwa-
Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe

Redakcja: Ewa Kapyszevska
Redakcja techniczna i łamanie komputerowe: Reginaldo Cammarano

Opracowanie komputerowe oraz przygotowanie okładki do druku: K. & S. Szurpit
Zgodnie z oświadczeniem autorów grafika na okładce została wygenerowana przy użyciu narzędzia Open AI (ChatGPT)

ISBN 978-83-232-4569-8 (Print)
ISBN 978-83-232-4570-4 (PDF)
DOI: 10.14746/amup.9788323245704
ISSN 0083-4254

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
61-701 POZNAŃ, UL. A. FREDRY 10
www.press.amu.edu.pl
Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl
Dział Promocji i Sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Wydanie I. Ark. wyd. 15,5. Ark. druk. 13,5

DRUK I OPRAWA: VOLUMINA.PL SP. Z O.O., SZCZECIN, UL. KS. WITOLDA 7-9

Spis treści

Wprowadzenie	9
ROZDZIAŁ 1.	
Uwarunkowania skutecznych działań profilaktycznych	15
1.1. Profilaktyka jako działalność oparta na wiedzy i dowodach naukowych (Agnieszka Barczykowska, Maciej Muskała)	15
1.1.1. Profilaktyka oparta na dowodach naukowych	15
1.1.2. Praktyka oparta na wiedzy jako źródło wsparcia nowoczesnej profilak- tyki	23
1.1.3. <i>Evidence-based knowledge i evidence-based practice</i> w profilaktyce spo- łecznej	26
1.2. Podstawy teoretyczne współczesnej profilaktyki	32
1.2.1. Klasyczne podstawy teoretyczne oddziaływań profilaktycznych (Maciej Muskała)	32
1.2.1.1. Teoria zachowań problemowych Richarda i Shirley Jessor	32
1.2.1.2. Koncepcja rezyliencji	35
1.2.1.3. Teoria planowanego zachowania	37
1.2.1.4. Koncepcja czynników ryzyka i czynników chroniących	40
1.2.2. Koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży jako podstawa współcze- snej profilaktyki społecznej (Agnieszka Barczykowska)	42
1.2.2.1. Praktyczne i teoretyczne źródła koncepcji pozytywnego rozwo- ju młodzieży	42
1.2.2.2. Podstawowe tezy koncepcji pozytywnego rozwoju	50
1.2.2.3. Modele teoretyczne pozytywnego rozwoju młodzieży	57
1.3. Ryzyko i zasoby jako przestrzeń oddziaływań profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska, Maciej Muskała)	62
1.3.1. Ryzyko jako kategoria teoretyczna i praktyczna	62
1.3.2. Zróżnicowanie zachowań ryzykownych i ich geneza	66
1.4. Zróżnicowanie generacyjne oddziaływań profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska)	72
1.4.1. Ku oddziaływaniom profilaktycznym w perspektywie generacyjnej	72
1.4.2. Portrety pokoleń	74
1.4.3. Generacyjne zróżnicowanie oddziaływań profilaktycznych w kontekście potrzeb, czynników ryzyka i chroniących	85

ROZDZIAŁ 2.

Przestrzenie, wymiary i partnerstwa profilaktyki społecznej (Agnieszka

Barczykowska)	93
2.1. Działania profilaktyczne w środowisku lokalnym	93
2.2. Szkoła jako przestrzeń realizacji oddziaływań profilaktycznych	95
2.2.1. Szkoła i profilaktyka – wzajemne relacje	95
2.2.2. Początki oddziaływań profilaktycznych w szkołach	96
2.2.3. Program wychowawczo-profilaktyczny szkoły jako podstawowe narzędzie oddziaływań profilaktycznych	98
2.2.3.1. Istota programu wychowawczo-profilaktycznego	98
2.2.3.2. Błędy popełniane przy konstruowaniu programu wychowawczo-profilaktycznego	103
2.2.3.3. Wiedza, kompetencje i umiejętności przydatne w tworzeniu i realizacji programów wychowawczo-profilaktycznych	105
2.3. Współpraca z rodzicami i rodzinami w oddziaływaniach profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska)	107
2.3.1. Rodzina a profilaktyka	107
2.3.2. Rodzina w modelach oddziaływań profilaktycznych – od izolacji do podejścia rodzińnocentrycznego	108
2.2.3. Uwarunkowania zaangażowania rodziców w profilaktykę	112

ROZDZIAŁ 3.

Praktyka profilaktyczna: narzędzia, bazy, sprawdzone programy

3.1. Projektowanie i konstruowanie programów profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska)	121
3.1.1. Etapy budowania programu profilaktycznego	121
3.1.1.1. Teoria jako rama oddziaływań profilaktycznych	123
3.1.1.2. Diagnoza jako podstawa oddziaływań profilaktycznych	124
3.1.1.3. Formułowanie celów programu profilaktycznego	127
3.1.1.4. Realizacja programu profilaktycznego i jego ewaluacja	129
3.2 Bazy programów profilaktycznych jako narzędzie wsparcia działalności profilaktycznej (Agnieszka Barczykowska)	138
3.2.1. Programy, praktyki i polityki oparte na dowodach	140
3.2.2. Charakterystyka wybranych baz programów profilaktycznych i resocjalizacyjnych opartych na dowodach naukowych	141
3.2.2.1. Blueprints for Healthy Youth Development	142
3.2.2.2. Baza programów opartych na dowodach Europejskiego Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii	144
3.2.2.3. Baza Programów Rekomendowanych	146
3.2.3. Wyzwania stojące przed bazami programów opartych na dowodach	148
3.3. Wybrane programy profilaktyczne oparte na wiedzy i badaniach naukowych (Agnieszka Barczykowska, Maciej Muskała)	154

3.3.1. Cechy dobrych programów profilaktycznych	154
3.3.2. Programy rozwoju osobistego	160
3.3.3. Programy skoncentrowane na rodzinie	163
3.3.4. Programy wsparcia rówieśniczego i mentoringowe	175
3.3.5. Programy profilaktyczne skierowane do społeczności lokalnej Program Communities That Care	177
Zakończenie. Wyzwania i bariery współczesnej profilaktyki	183
Bibliografia	189

Wprowadzenie

Użyty w tytule niniejszego opracowania termin „profilaktyka”, często utożsamiany z takimi pojęciami jak „zapobieganie” czy „prewencja”, nie ma charakteru jednoznaczego ani w pełni precyzyjnego. Definicje słownikowe pozostają na tyle szerokie i ogólne, że pozwalają odnosić go zarówno do profilaktyki zdrowotnej, edukacyjnej (szkolnej), jak i społecznej. W konsekwencji pojęcie to funkcjonuje w wielu obszarach praktyki i refleksji naukowej, przyjmując odmienne znaczenia w zależności od kontekstu jego użycia. W publikacji, którą oddajemy w ręce czytelnika, termin ten jest stosowany w znaczeniu bardziej zawężonym i operacyjnym, jako określenie działań ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom dzieci i młodzieży, które w dalszej perspektywie rozwojowej mogą stać się źródłem problemów indywidualnych i społecznych.

Impulsem do podejmowania działań profilaktycznych bywa zarówno obawa przed wystąpieniem określonych zjawisk, jak i ich realne urzeczywistnienie. Profilaktyka ma zatem charakter zarówno antycypacyjny, jak i reaktywny – może wyprzedzać pojawienie się problemów lub stanowić odpowiedź na ich pierwsze symptomy. Choć u podstaw tego typu działań leży troska o szeroko rozumianą kondycję psychospołeczną młodego pokolenia, praktyka pokazuje, że niejednokrotnie są one podejmowane przede wszystkim zgodnie z doświadczeniem, intuicją oraz potocznym przekonaniem.

Intuicja, „zdrowy rozsądek”, a nawet wieloletnia praktyka zawodowa mogą oczywiście prowadzić do wypracowania wartościowych rozwiązań i sprzyjać powstawaniu dobrych praktyk, jednak równie często okazują się niewystarczające z punktu widzenia skuteczności oddziaływań. Ponadto w niektórych przypadkach mogą prowadzić do działań nietrafnych, a nawet generujących negatywne skutki uboczne. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że tego rodzaju podejście może przyjmować formę zjawiska określanego przez E.J. Latessę, F.T. Cullena i P.L. Gendreau (2002) mianem *correctional quackery*. Autorzy definiują je jako swoiste lekceważenie wiedzy naukowej na rzecz przekonania o wystarczalności doświadczenia, tradycji czy intuicyjnych sądów. Postawa ta bywa nacechowana nadmierną pewnością siebie, a niekiedy wręcz arogancją, i opiera się na przeświadczeniu, że skuteczność oddziaływań jest „oczywista”, ponieważ wynika z wieloletniej praktyki lub utrwalonych zwyczajów instytucjonalnych.

Tego rodzaju podejście sprzyja swoistej niefrasobliwości w planowaniu działań profilaktycznych. Może ona przejawiać się między innymi w przekonaniu, że każda

inicjatywa zapobiegawcza, niezależnie od jej jakości, jest lepsza niż jej brak, a także w przeświadczeniu, że działania profilaktyczne należy rozpoczynać możliwie najwcześniej, bez konieczności ich pogłębionej analizy i diagnozy. W przypadku pierwszej z tych tendencji istnieje realne ryzyko wdrażania projektów nieoprzemych rzetelną diagnozą potrzeb, co może skutkować ich niedopasowaniem do rzeczywistych problemów i specyfiki odbiorców. Z kolei drugie podejście niesie ze sobą zagrożenie zastępowania wychowania profilaktyką.

Należy bowiem wyraźnie podkreślić, że to wychowanie stanowi podstawowy proces przygotowujący jednostkę do funkcjonowania w złożonej rzeczywistości społecznej, natomiast profilaktyka pełni wobec niego funkcję uzupełniającą i kompensacyjną. Jej zadaniem jest oddziaływanie na czynniki ryzyka oraz wzmacnianie czynników chroniących, szczególnie tam, gdzie proces wychowania okazuje się niewystarczający lub zaburzony. Oznacza to, że profilaktyka nie może zastąpić wychowania, podobnie jak specjaliści zajmujący się profilaktyką nie mogą przejąć roli wychowawców. Jak trafnie zauważa M. Nowak (1999), w szerokim rozumieniu wychowania zawiera się zarówno troskliwa opieka nad wychowankiem, jak i działania o charakterze prewencyjnym, ukierunkowane na chronienie go przed zagrożeniami oraz prowadzenie ku pełni rozwoju.

Problematyka profilaktyki od samego początku stanowiła istotny obszar zainteresowania pedagogiki społecznej, pedagogiki resocjalizacyjnej oraz socjologii wychowania. W dorobku takich autorów, jak H. Radlińska, A. Kamiński, S. Jedlewski, Cz. Czapów czy S. Kowalski odnaleźć można liczne refleksje odnoszące się do działań profilaktycznych, choć nie zawsze były one wprost tak nazywane. Warto jednak zauważyć, że mechanizmy społeczne, w których kształtowała się ówczesna myśl profilaktyczna, znacząco różnią się od współczesnych realiów. Zmianie uległy zarówno problemy społeczne, jak i ich uwarunkowania, a także zakres i charakter podejmowanych interwencji.

Współczesny świat stawia przed profilaktyką nowe, często bardziej złożone wyzwania, wynikające z dynamicznych przemian społecznych, kulturowych i technologicznych. Wymagają one projektowania i wdrażania rozwiązań nie tylko innowacyjnych, lecz przede wszystkim skutecznych i adekwatnych do zmieniających się warunków. W tym kontekście profilaktyka, niegdyś rozumiana głównie jako działanie defensywne, ukierunkowane na przeciwdziałanie zagrożeniom, ewoluuje w stronę podejścia proaktywnego i rozwojowego. Oznacza to przesunięcie akcentu z eliminowania problemów na wzmacnianie zasobów jednostek i społeczności oraz tworzenie warunków sprzyjających ich pozytywnemu rozwojowi.

Współczesna profilaktyka charakteryzuje się kilkoma kluczowymi cechami, które odróżniają ją od tradycyjnych, defensywnych podejść skoncentrowanych przede wszystkim na zwalczaniu zachowań ryzykownych. W jej centrum leży nie tylko zapobieganie negatywnym zjawiskom, ale przede wszystkim promowanie pozytywnych postaw i wzmacnianie zasobów, które chronią jednostki przed ryzy-

kownymi zachowaniami. Jedną z najważniejszych jest oparcie działań na wiedzy naukowej i dowodach empirycznych (*evidence-based knowledge, evidence-based practice*). Podejście to zakłada, że decyzje dotyczące planowania i realizacji interwencji powinny wynikać z krytycznej analizy wyników badań naukowych, przy jednoczesnym uwzględnieniu doświadczenia praktyków oraz kontekstu społecznego i kulturowego. Modele praktyki opartej na dowodach mają charakter elastyczny i integracyjny – uwzględniają różne typy danych, od badań ilościowych i jakościowych po doświadczenia odbiorców i wiedzę specjalistów (Fischer, 2009; Glasby, 2011; Glasby, Beresford, 2006). Praktyka ta nie hierarchizuje dowodów, lecz wybiera te najbardziej adekwatne do konkretnego pytania klinicznego, biorąc pod uwagę złożoność systemu opieki i wyzwania, takie jak ograniczenia czasu czy brak wsparcia organizacyjnego (Kantowicz, 2011). Jest to podejście systemowe i dynamiczne, integrujące różnorodne czynniki w celu zapewnienia skutecznej opieki skoncentrowanej na osobie. Warunkiem koniecznym do prowadzenia profilaktyki opartej na wiedzy jest zgromadzenie danych, dotyczących sprawdzonych metod postępowania (*evidence-based practice*), których efektywność jest weryfikowana w badaniach o wysokiej jakości, takich jak randomizowane badania kontrolne, metaanalizy czy przeglądy systematyczne (Barczykowska, Dzierżyńska-Breś, 2013; Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2022; Guyatt, 1991). Działania te są dostosowywane do konkretnego kontekstu, grupy docelowej lub jednostki, jednak ich podstawą pozostają rozwiązania naukowo uzasadnione, uwzględniające wartości, preferencje oraz uwarunkowania kulturowe danej społeczności (Baumann i in., 2015).

Istotnym elementem tego podejścia jest także systematyczna ewaluacja podejmowanych działań, umożliwiająca bieżące monitorowanie ich skuteczności oraz wprowadzanie niezbędnych modyfikacji (Borucka, 2017; Durlak, DuPre, 2008). Programy niespełniające założonych celów są modyfikowane lub zastępowane bardziej efektywnymi rozwiązaniami, co pozwala utrzymać wysoki poziom ich adekwatności i jakości (Axford i in., 2022; Burkhardt i in., 2015).

Drugą istotną cechą współczesnej profilaktyki jest jej holistyczny charakter. Oznacza on całościowe spojrzenie na zdrowie i funkcjonowanie człowieka, uwzględniające zarówno czynniki indywidualne, jak i szeroki kontekst społeczny, środowiskowy i kulturowy (Baumann i in., 2015; Borucka, 2017). W tym ujęciu zdrowie rozumiane jest jako stan dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie brak choroby (WHO, 1948). Profilaktyka nie ogranicza się zatem do eliminowania zagrożeń, lecz obejmuje także wzmacnianie zasobów i budowanie odporności jednostek oraz społeczności (Axford i in., 2022). Holistyczne podejście do profilaktyki uwzględnia powiązania między różnymi elementami wpływającymi na zdrowie, co oznacza analizę i interwencję na różnych poziomach: indywidualnym, rodzinnym, lokalnym i systemowym, obejmującym politykę zdrowotną, system ochrony zdrowia oraz środowisko życia (Burkhardt i in., 2015).

Na przykład w profilaktyce chorób cywilizacyjnych, takich jak otyłość czy choroby sercowo-naczyniowe, działania nie ograniczają się do edukowania jednostki o zdrowej diecie i aktywności fizycznej, lecz obejmują również zmiany strukturalne, takie jak dostępność zdrowej żywności, tworzenie przestrzeni do aktywności fizycznej, wspieranie działań społeczności lokalnych czy wprowadzanie regulacji prawnych promujących zdrowy styl życia (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2022).

Holistyczne podejście zakłada także, że zdrowie człowieka nie jest jedynie brakiem choroby, lecz dynamiczną równowagą między różnymi sferami życia. Uwzględnia wpływ stresu, relacji międzyludzkich, stylu życia, warunków pracy oraz środowiska naturalnego na stan zdrowia (Baumann i in., 2015). Ważnym elementem jest również indywidualizacja działań profilaktycznych, które są dostosowywane do specyficznych potrzeb, wartości i kontekstu życia każdej osoby (Borucka, 2017).

Wymiarem holistycznie zorientowanej profilaktyki jest także współpraca wielu podmiotów – od instytucji publicznych przez organizacje pozarządowe po sektor prywatny – w celu budowania środowiska sprzyjającego zdrowiu. Profilaktyka staje się dzięki temu procesem dynamicznym, w którym kluczowe jest zarówno zrozumienie złożoności problemów zdrowotnych i społecznych, jak i ciągłe dostosowywanie działań do zmieniających się potrzeb i uwarunkowań (Axford i in., 2022; Burkhardt i in., 2015).

Kolejnym ważnym elementem jest indywidualizacja działań profilaktycznych. Zakłada ona konieczność dostosowywania interwencji do specyficznych potrzeb, wartości i warunków życia poszczególnych grup oraz jednostek, co jest zgodne z podejściem skoncentrowanym na osobie oraz modelem społeczno-ekologicznym zdrowia (Baumann i in., 2015; Borucka, 2017; Ostaszewski, 2019). Odejście od uniwersalnych modeli na rzecz rozwiązań „szytych na miarę” zwiększa skuteczność działań oraz ich akceptację społeczną (Axford i in., 2022).

Z indywidualizacją wiąże się ściśle uwzględnianie kontekstu społeczno-kulturowego. Skuteczna profilaktyka wymaga rozumienia i poszanowania różnorodności kulturowej oraz angażowania społeczności lokalnych w proces projektowania i realizacji działań (Burkhardt i in., 2015; Durlak, DuPre, 2008; Ostaszewski, 2019).

W literaturze przedmiotu podkreśla się znaczenie podejścia *community-based prevention*, które zakłada projektowanie i realizację działań profilaktycznych we współpracy z lokalną społecznością oraz wykorzystanie jej zasobów, struktur i potencjału (Minkler, Wallerstein, 2008; Wallerstein, 2006). Uzupełnieniem tego nurtu jest koncepcja *culturally responsive prevention*, akcentująca konieczność uwzględniania kulturowych wzorców zachowań, przekonań, języka oraz norm społecznych w projektowaniu interwencji (Castro, Barrera, Martinez, 2004).

Na przykład strategie promocji zdrowia w społecznościach miejskich mogą się różnić od działań realizowanych w środowiskach wiejskich, a w społecznościach wielokulturowych konieczne może być uwzględnienie różnych języków, przekonań

dotyczących zdrowia oraz odmiennych sposobów postrzegania zjawisk społecznych (Burkhardt i in., 2015). Współczesna profilaktyka uwzględnia te różnice w celu zwiększenia skuteczności działań oraz poprawy ich akceptacji wśród odbiorców (Durlak, DuPre, 2008).

Kontekst społeczno-kulturowy w profilaktyce obejmuje również współpracę z lokalnymi liderami, organizacjami pozarządowymi oraz instytucjami posiadającymi pogłębioną wiedzę o specyficznych potrzebach i problemach danej społeczności (Baumann i in., 2015). Zamiast narzucać zewnętrzne rozwiązania, istotne jest włączanie przedstawicieli danej grupy w proces projektowania programów szytych na miarę, co umożliwia lepsze rozpoznanie ich potrzeb i preferencji (Ostaszewski, 2019).

Tego typu podejście zwiększa poczucie przynależności oraz zaangażowania społeczności w działania na rzecz zdrowia, co przekłada się na większą skuteczność interwencji profilaktycznych oraz trwałość osiąganych efektów (Axford i in., 2022; Wallerstein, 2006).

Nie bez znaczenia pozostaje także współpraca międzysektorowa. Profilaktyka zachowań ryzykownych wymaga współdziałania różnych systemów – edukacji, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wymiaru sprawiedliwości oraz organizacji pozarządowych. Integracja działań tych podmiotów umożliwia bardziej kompleksowe podejście do problemów oraz efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów. W konsekwencji współczesna profilaktyka jawi się nie jako zbiór doraźnych działań interwencyjnych, lecz jako systemowo zorganizowany, teoretycznie ugruntowany i empirycznie weryfikowany proces wspierania rozwoju jednostki oraz ograniczania zachowań ryzykownych.

Treści sygnalizowane w niniejszym wprowadzeniu zostały rozwinięte w trzech zasadniczych rozdziałach pracy. Pierwszy rozdział koncentruje się na uwarunkowaniach skutecznych działań profilaktycznych, ukazując ich silne zakorzenienie w wiedzy naukowej oraz podejściu *evidence-based*. Szczególny nacisk położono na integrację wyników badań naukowych z praktyką społeczną, co pozwala na projektowanie interwencji adekwatnych, skutecznych i podlegających ewaluacji. W rozdziale tym przedstawiono również kluczowe podstawy teoretyczne współczesnej profilaktyki, takie jak teoria zachowań problemowych, koncepcja rezyliencji, teoria planowanego zachowania czy model czynników ryzyka i chroniących. Uzupełnieniem tych ujęć jest koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży, która przesuwą punkt ciężkości z redukcji zagrożeń na wzmacnianie zasobów i potencjału rozwojowego. Istotnym elementem tej części pracy jest także analiza ryzyka i zasobów jako przestrzeni oddziaływań profilaktycznych oraz uwzględnienie zróżnicowania generacyjnego, które warunkuje sposób projektowania i realizacji działań skierowanych do różnych grup odbiorców. Drugi rozdział rozszerza perspektywę, ukazując profilaktykę jako proces osadzony w konkretnych przestrzeniach społecznych oraz realizowany w ramach współpracy różnych podmiotów. Szczególne znaczenie przypisano środowisku lokalnemu, jako naturalnej przestrzeni oddziaływań profilaktycznych, oraz

szkole, jako instytucji o kluczowym potencjale w zakresie wspierania rozwoju dzieci i młodzieży. Analizie poddano również rolę programów wychowawczo-profilaktycznych oraz najczęściej popełniane błędy w ich konstruowaniu. Ważnym wątkiem jest współpraca z rodziną, która, odchodząc od podejść izolacyjnych, jest coraz częściej ujmowana w perspektywie rodzińnocentrycznej, akcentującej znaczenie partnerstwa i zaangażowania rodziców w proces profilaktyczny. Trzeci rozdział ma charakter bardziej aplikacyjny i koncentruje się na praktyce profilaktycznej. Przedstawiono w nim zasady projektowania programów profilaktycznych – od diagnozy przez formułowanie celów aż po realizację i ewaluację działań. Szczególną uwagę poświęcono bazom programów opartych na dowodach naukowych, które stanowią istotne narzędzie wspierające praktyków w wyborze sprawdzonych i skutecznych interwencji. W dalszej części zaprezentowano wybrane programy profilaktyczne, zarówno te ukierunkowane na rozwój osobisty, jak i skoncentrowane na rodzinie, grupie rówieśniczej czy społeczności lokalnej. Analiza ta pozwala ukazać różnorodność dostępnych rozwiązań oraz ich potencjał w zakresie przeciwdziałania zachowaniom ryzykownym.

Całość opracowania prowadzi do refleksji zawartej w zakończeniu, w którym wskazano najważniejsze wyzwania i bariery współczesnej profilaktyki. Podkreślono konieczność ciągłego doskonalenia działań, ich dostosowywania do zmieniających się warunków społecznych oraz wzmacniania współpracy między różnymi sektorami. Tym samym publikacja stanowi nie tylko uporządkowany przegląd wiedzy teoretycznej, lecz także praktyczny przewodnik po nowoczesnych rozwiązaniach w obszarze profilaktyki, wskazując kierunki jej dalszego rozwoju.

ROZDZIAŁ 1.

Uwarunkowania skutecznych działań profilaktycznych

1.1. Profilaktyka jako działalność oparta na wiedzy i dowodach naukowych (Agnieszka Barczykowska, Maciej Muskała)

1.1.1. Profilaktyka oparta na dowodach naukowych

Oddziaływania profilaktyczne towarzyszą człowiekowi od najdawniejszych czasów, ponieważ w każdej społeczności pojawiały się wyzwania związane z zachowaniami ryzykownymi, konfliktami czy zagrożeniami dla zdrowia i bezpieczeństwa. Już w kulturach tradycyjnych podejmowano różnorodne działania ukierunkowane na ochronę jednostek i grup przed konsekwencjami negatywnych zjawisk społecznych. Aktywności te miały charakter ciągły i stanowiły istotny element funkcjonowania wspólnot, choć nie zawsze prowadziły do oczekiwanych rezultatów, czego potwierdzeniem jest trwałość wielu problemów społecznych, mimo licznych prób ich rozwiązywania. W wielu przypadkach działania profilaktyczne opierały się przede wszystkim na dobrej woli, intuicji oraz wiedzy niepoddanej systematycznej weryfikacji empirycznej. W konsekwencji ich skuteczność, a także efektywność ekonomiczna pozostawały ograniczone, nawet mimo znacznego zaangażowania osób je realizujących.

Działalność profilaktyczna nie była jedynym obszarem, który doświadczał takich trudności. Pierwszym z nich była medycyna, w której Archie Cochrane zapoczątkował erę *evidence-based*, podkreślając już w latach 70. XX wieku potrzebę ewaluacji dowodów z praktyki klinicznej i prowadzenia randomizowanych badań eksperymentalnych w celu oceny skuteczności leczenia (Cianciara, Szmigiel, Pruszyński, 2022). Była to odpowiedź na powszechne błędy w procedurach medycznych, generujące koszty zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i systemowym. Dążąc do eliminacji takich sytuacji, zaczęto postulować zbliżenie nauki i praktyki przez wypracowywanie procedur, metod i technik działania opartych na wynikach badań naukowych (Fischer, 2009). Symboliczną datą powstania paradygmatu medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine* – EBM) jest rok 1992 (Cianciara i in., 2022).

Z czasem potrzeba oparcia działań na dowodach wyszła daleko poza medycynę i stała się istotna w polityce (*evidence-based policy* – EBPo), sądownictwie (*eviden-*

ce-based criminal justice – EBCJ), edukacji (*evidence-based education* – EBE), pracy socjalnej (*evidence-based social work* – EBSW), zarządzaniu (*evidence-based management* – EBMen), resocjalizacji (*evidence-based practice in corrections* – EBPC) oraz profilaktyce (*evidence-based prevention* – EBPrev). Współcześnie ruch *evidence-based practice* traktowany jest zarówno jako ideologia, jak i metoda działania. Ideologia opiera się na etycznej zasadzie konieczności dostarczenia najskuteczniejszej interwencji, a metoda na wdrażaniu w życie działań, których skuteczność została pozytywnie zweryfikowana badaniami naukowymi wysokiej jakości. Jest to proces, w którym wiarygodne dane empiryczne przekształcają się w interwencje dostosowane do psychospołecznej sytuacji klienta oraz identyfikujące działania, które klient jest gotowy zaakceptować i podjąć (Zammit, Alvarez, 2012).

Termin „praktyka oparta na dowodach” wywodzi się z nazewnictwa dotyczącego opieki zdrowotnej, gdzie stanowi swoistą standardową i filozoficzną ramę do podejmowania decyzji klinicznych. Powszechnie akceptowaną na gruncie nauk medycznych definicję EBP zaproponował D.L. Sackett i współpracownicy: „Praktyka oparta na dowodach jest integracją najlepszych dowodów badawczych, wiedzy klinicznej i wartości pacjenta” (Sackett i in., 2000).

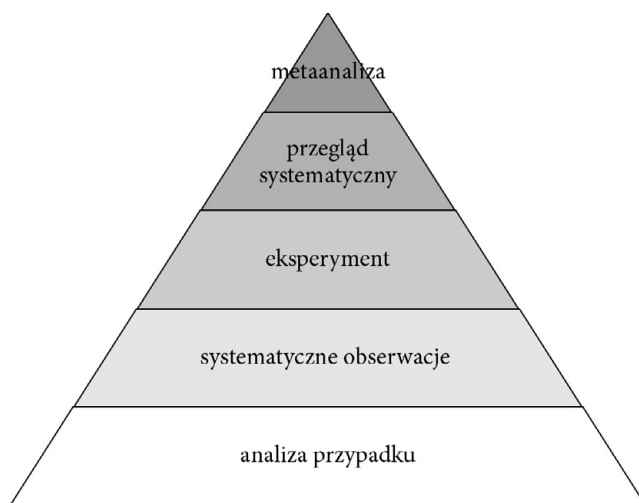
Istota *evidence-based practice* w odniesieniu nie tylko do medycyny sprowadza się do tego, że praktyk, mając na uwadze przede wszystkim dobro klienta, korzystając z doświadczenia zawodowego płynącego z rozwiązywania praktycznych problemów swoich podopiecznych, obiektywnie i skutecznie poszukuje dowodów empirycznych potwierdzających słuszność przyjętych rozwiązań wspomnianych problemów oraz podejmuje działania, uzasadnione przez posiadane dane. W takim rozumieniu *evidence-based practice* jest traktowana jako swoista postawa wobec własnej praktyki zawodowej. Jej sednem jest umiejętność integrowania trzech odrębnych sfer – danych pochodzących z badań naukowych, własnego, poddawanego ciągłej refleksji doświadczenia oraz wartości i potrzeb klienta. Decyzje podejmowane przez praktyka są wypadkową wspomnianych wyżej komponentów. (Mizerek, 2014)

Praktyka oparta na dowodach, jak trafnie zauważył cytowany wyżej H. Mizerek (2014), to nie tylko stale trwający krytyczny przegląd najnowszych badań, w wyniku którego strategia działania i praktyka muszą zostać zaktualizowane na podstawie nowych informacji.

Podejście bazujące na dowodach oparte jest na dwóch kluczowych, wzajemnie powiązanych ze sobą zasadach, mających oparcie w paradygmacie pozytywistycznym. Pierwsza z nich to zasada obiektywizmu w badaniach, a druga to zasada hierarchii badań (Glasby, Beresford, 2006; Williams, Glasby, 2010).

Zasada obiektywizmu opiera się na założeniu, że rzeczy istnieją jako znaczące byty, niezależne od świadomości i doświadczenia, zaś rolą badań naukowych jest dotarcie do obiektywnej prawdy o nich. Spełnienie tego założenia wymaga badań neutralnych, bezstronnych, niezaangażowanych i zdystansowanych do ich przedmiotów, a tym samym wolnej od wartościowania postawy badacza. Wyeliminowa-

nie subiektywizmu badacza pozwala na zmaksymalizowanie obiektywności i tym samym wiarygodności badań. W związku z tym w podejściu opartym na dowodach silną pozycję mają formalne badania i tradycyjne hierarchie badawcze, które priorytetowo traktują metodologię ilościową (szczególnie przeglądy systematyczne i randomizowane badania kontrolne), innym sposobom poznawania świata przypisując zdecydowanie znaczenie drugorzędne. Badania mają być neutralne, bezstronne i zdystansowane do ich przedmiotu, pozbawione subiektywnego kontekstu. Takie podejście pozwala, przy powtarzaniu badań w podobnych warunkach, na uzyskanie porównywalnych wyników (Glasby, Beresford, 2006), aby na ich podstawie budować szersze generalizacje. Jak już zostało wspomniane, w obszarze podejścia opartego na dowodach obowiązuje hierarchia metod badawczych, której ilustrację stanowi schemat 1.



Schemat 1. Piramida wiarygodności metod naukowych w badaniach

Źródło: T. Garstka, 2016, s. 47.

Najwyższe miejsce w hierarchii metod dostarczających dowodów naukowych zajmuje metaanaliza. Polega ona na statystycznym połączeniu wyników wielu badań dotyczących tego samego zagadnienia, co pozwala na uzyskanie bardziej precyzyjnych i wiarygodnych wniosków. Drugi co do wiarygodności poziom to przegląd systematyczny, który obejmuje systematyczne i krytyczne przeglądanie literatury na dany temat, zbieranie i ocenę wyników różnych badań. W przeciwieństwie do metaanalizy nie zawsze zawiera analizę statystyczną (Makowska, 2020; Matera, Czapska, 2014). Z wykorzystaniem powyższej metody przeprowadzono na przykład badania nad profilaktyką hazardu (Kusztal, Piasecka, Nastazjak, 2021) czy określenie wskaźników skuteczności terapii uzależnień od narkotyków (Piasecka i in., 2019).

Trzeci poziom piramidy to eksperymenty, które często obejmują randomizowane kontrolowane próby (RCT) i pozwalają na wyciąganie wniosków przyczynowo-skutkowych. Czwarty poziom wiarygodności to systematyczne obserwacje, czyli gromadzenie danych obserwacyjnych, często przy użyciu standaryzowanych metod, ale bez interwencji badacza. Najniższym poziomem piramidy jest analiza przypadku, która polega na szczegółowej analizie pojedynczego przypadku lub niewielkiej grupy przypadków. Dostarcza ona wglądu w specyficzne, często wyjątkowe sytuacje, ale nie jest wystarczająca do wyciągania ogólnych wniosków (Pilch, 1998). W dwa ostatnie sposoby uzyskiwania dowodów zaangażowani są praktycy.

Podkreśla się, że „złoty standard” obiektywności stanowią metaanalizy oraz przeglądy teoretyczne, które mają zapewnić dowody najlepszej jakości. W związku z tym powołano specjalne instytucje (np. Cochrane Collaboration, Centre for Reviews and Dissemination czy Campbell Collaboration), których głównym zadaniem jest poszukiwanie dowodów, opierając się na metaanalizach i przeglądach systematycznych oraz opracowaniach najlepszych metodologii pozyskiwania dowodów (Campbell Collaboration, 2023; Centre for Reviews and Dissemination, 2023; Cochrane, 2023).

W *evidence based practice* dowody, podobnie jak metody ich uzyskiwania, są hierarchizowane, o czym mówi druga ze wspomnianych zasad. Decydującym kryterium jest sposób ich uzyskania – im bardziej rygorystyczna i obiektywna droga uzyskania dowodu, tym jego lepsza jakość. Im niższy poziom, tym bardziej zwiększa się ryzyko, że zaobserwowany efekt istotnie odbiega od rzeczywistości istniejącego (Mrukowicz, 2005). Tabela 1 przedstawia przykład hierarchicznego ujęcia dowodów wraz z wymaganiami co do sposobu ich uzyskania.

Tabela 1. Hierarchia dowodów

Hierarchia	Rodzaj dowodów
Typ I	Co najmniej jeden dobry przegląd systematyczny, w tym co najmniej jedno randomizowane badanie kontrolne
Typ II	Co najmniej jedno randomizowane badanie kontrolne
Typ III	Co najmniej jedno dobrze zaprojektowane badanie interwencyjne bez randomizacji
Typ IV	Co najmniej jedno dobrze zaprojektowane badanie obserwacyjne
Typ V	Opinie ekspertów, w tym opinie służb, użytkowników i opiekunów

Źródło: National Services Framework (NSF) for Mental Health (Department of Health), 1999, 6.

Z punktu widzenia *evidence based practice* najbardziej pożądanymi dowodami są te pochodzące z przeprowadzanych metaanaliz oraz przeglądów systematycznych, uzupełnionych o badania randomizowane. Badania randomizowane charakteryzuje losowy dobór osób. Są one szczególnie przydatne do oceny skuteczności oddziaływań profilaktycznych. Warunkiem uzyskania rzetelnych badań jest właściwa

randomizacja oraz zachowanie standardów postępowania w obu grupach. Z kolei badania obserwacyjne (nieeksperymentalne) tym się różnią od randomizowanych, że poddanie osób badanych określonej interwencji czy ekspozycji na dany czynnik nie jest zależne od badaczy. Te badania mogą być realizowane jako opisowe, wówczas uwaga skoncentrowana jest na opisach przypadków lub serii przypadków. Słabością badań opisowych jest to, że prawie nigdy nie pozwalają one wyciągnąć wniosków o związkach przyczynowo-skutkowych, ponieważ nie mają grupy kontrolnej. Ich zaletą jest to, że sygnalizują potencjalne problemy, które mogą stać się przedmiotem bardziej wiarygodnych badań (Mrukowicz, 2005).

Omawiając kwestie hierarchiczności dowodów, należy wspomnieć, że w *evidence based practice* dla ustalania tego, co działa, priorytetowe są dowody empiryczne (zobacz tabela 2). Niewielką wagę przywiązuje się do dowodów teoretycznych, a niemal zupełnie odrzuca dowody z praktyki, uzasadniając to brakiem obiektywności i możliwości weryfikacji w badaniach.

Tabela 2. Typologia dowodów na potrzeby podejmowania decyzji

Typ dowodu	Opis	Sposób, w jaki przyczynia się do poszerzania wiedzy
Dowody teoretyczne	Pomysły, koncepcje i modele używane do opisanie interwencji, aby wyjaśnić, jak i dlaczego ona działa i połączyć je z szerszą bazą wiedzy.	Pomaga zrozumieć teorie, które leżą u podstaw interwencji oraz wykorzystać teorie zachowania człowieka lub funkcjonowania instytucji w celu nakreślenia i zbadania zamierzonego działania w sposób, który może być następnie wykorzystany do konstruowania i testowania hipotez oraz przenoszenia wiedzy o interwencji w inne przestrzenie.
Dowody empiryczne	Informacje na temat faktycznego wykorzystania interwencji i jej skuteczności.	Pomaga zrozumieć, w jaki sposób interwencja przebiega w praktyce, a także ustalić i zmierzyć rzeczywiste efekty i przyczyny związków między interwencją a pożądanymi efektami.
Dowody z praktyki	Informacje na temat doświadczeń osób związanych z usługą, interwencją lub instytucją	Pomaga zrozumieć, w jaki sposób ludzie (użytkownicy, praktycy i inni interesariusze) doświadczają, postrzegają i reagują na interwencje oraz w jaki sposób przyczyniają się do naszego zrozumienia interwencji.

Źródło: J. Glasby, K. Walshe, G. Harvey, 2007.

Jak zauważyli I. Walter, S. Nutley i H. Davies (2005), można wyróżnić dwie strategie upowszechniania i wdrażania praktyk opartych na dowodach, a mianowicie strategię makro i mikro, w innych opracowaniach określane jako odgórne (*top-down*) – organizacyjne i oddolne (*bottom-up*) – indywidualne. W dziedzinie działań wobec osób podejmujących zachowania ryzykowne lub już niedostosowanych społecznie praktyka oparta na dowodach może zatem obejmować przetestowane zasady badań, które kierują interwencjami lub może się odnosić do konkretnych modeli interwencji, które, jak stwierdzono, prowadziły do pożądaných rezultatów,

ale także do modelu polityki organizacyjnej i strategii interwencyjnej. Oznacza to, że ma ona wpływ na wszystkich odpowiedzialnych za przebieg i funkcjonowanie systemu resocjalizacji: od polityków tworzących ramy prawne przez zarządzających po praktyków (wychowawców, pedagogów). Z tego powodu tak bardzo ważna jest popularyzacja zarówno samej idei *evidence based practice*, jak i opartych na niej rozwiązań.

Praktyki oparte na dowodach stanowią bez wątpienia kamień milowy zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym, ale nie można zapominać, że mają swoje ograniczenia, co czyni je przedmiotem krytyki, dając jednocześnie przestrzeń do poszukiwania nowych, lepszych rozwiązań. Praktyka oparta na dowodach jest przedstawiana jako obiektywna i naukowa, opierająca się na założeniu, że dowody można hierarchizować. Jednak krytycy argumentują, że takie podejście jest zbyt redukcjonistyczne i może pomijać bogactwo i złożoność rzeczywistej praktyki. Podkreślają, że w praktyce opieki zdrowotnej i społecznej decyzje nie zawsze mogą być podejmowane wyłącznie na podstawie dowodów pochodzących z badań, ponieważ sytuacje kliniczne i społeczne są często złożone i unikalne. Mając na uwadze powyższe, krytycy podejścia opartego na dowodach sformułowali zastrzeżenia pod jego adresem, koncentrując się przede wszystkim na kwestii obiektywności oraz transferu opartych na dowodach rozwiązań.

Jedną z najczęściej podnoszonych jest kwestia obiektywności badań. Przedstawiciele podejścia opartego na dowodach starają się traktować nauki humanistyczne na wzór przyrodniczych i stosować w odniesieniu do nich metodologiczny rygor kontroli i ocen, wyrażonych we wskaźnikach liczbowych. Wskazują tym samym na przewagę metod ilościowych nad jakościowymi w zakresie zachowania obiektywności. Z kolei dla krytyków EBP koncentracja na obiektywności jest nadmierną i nieuzasadnioną, bowiem nie jest ona warunkiem koniecznym do uzyskania ważnych dowodów, a wręcz w niektórych okolicznościach może być szkodliwa. Nadmierne dążenie do obiektywizmu powoduje „oddalenie” od osoby i badanego doświadczenia, w efekcie czego wiele istotnych informacji może zostać pominięte. J. Glasby i P. Beresford (2006) wskazują, że próby obiektywizacji mogą prowadzić do paternalistycznego i dyskryminującego podejścia do uczestników badania, co jest najczęściej wynikiem braku świadomości „zdystansowanych” badaczy w stosunku do badanych i rzeczywistości, w których oni egzystują. P. Beresford (2004) podkreśla, że orientacja na obiektywność powoduje zanik wrażliwości na drugiego człowieka i jego doświadczenie oraz może wspierać skłonności do przyjmowania patogenetycznej perspektywy. Krytycy nawołują do odrzucenia pozytywistycznej „obiektywności”, wszak ludzkiego doświadczenia, przeżyć, emocji czy wrażeń nie da się zamknąć w cyfrach. Nie można zastępować uważnego słuchania i rozumienia badanego wypełnianiem skal i kwestionariuszy. W rodzimej literaturze wątek ten podjęła E. Kantowicz (2011), zauważając, że:

Zastosowanie metod EBP w postaci np. badań sondażowych powinno być standardowo używane w ocenie efektów interwencji socjalnej i usług oferowanych przez instytucje pomocy społecznej. Niemniej nie wszystkie (wewnętrzne, subiektywne) uwarunkowania pomocy można poddać takim pomiarom ze względów czysto technicznych czy etycznych.

Zdaniem S. Murawiec (2011) „W badaniach naukowych podejście takie kreuje złudzenie, że dokonujemy pomiaru mierzalnych obiektów, które naprawdę jesteśmy w stanie poznać. Prowadzi to do zawężenia możliwego pola obserwacji i wiedzy oraz ogranicza możliwość dokonywania nowych odkryć”.

Kontynuując wątek obiektywności, krytycy podejścia opartego na dowodach zauważają, że zostało ono zdominowane przez badaczy akademickich (często przedstawicieli nauk przyrodniczych), w efekcie czego z procesu badawczego wyeliminowane zostały wszystkie inne podmioty. Użytkownicy, odbiorcy usług zostali osadzeni na pozycji pasywnych odbiorców ustaleń dokonanych przez naukowców. Naukowcy odrzucili poglądy i doświadczenia osób, które pracują i korzystają z dowodów, jako nieistotne, nadmiernie subiektywne. Zdaniem krytyków spowodowało to również odcięcie badaczy od lokalnych kontekstów, co obniża wartość aplikacyjną ustalonych dowodów. Krytycy podejścia wskazują, że użytkownicy usług – osoby, które bezpośrednio korzystają np. z opieki zdrowotnej lub społecznej – mają unikalne doświadczenia i wiedzę, które mogą wzbogacić proces podejmowania decyzji. J. Mrukowicz (2005) w odniesieniu do medycyny konkluduje, że nawet najbardziej wiarygodne dowody nigdy nie podejmą decyzji za praktyka, ale stanowią one niezbędny element w procesie podejmowania decyzji. Uwzględnienie doświadczeń praktyków może pomóc w tworzeniu bardziej odpowiednich i skutecznych interwencji, które lepiej odpowiadają na potrzeby odbiorców i wykonawców. Przywołują w tym kontekście badania emancypacyjne nad niepełnosprawnościami, wskazując, że „obiektywni” badacze omijali wiele kluczowych dla prowadzenia działań aspektów, które pojawiły się wraz z zaangażowaniem odbiorców usług (Glasby, Beresteford, 2006).

Jeśli chodzi o kwestię obiektywności, to innym zagrożeniem jest kwestia interesów i potrzeb instytucji dostarczających dowody i ich odbiorców. Jak już zostało wspomniane, wraz z rozpowszechnieniem idei praktyki opartej na dowodach powołano do życia instytucje, które zajmują się identyfikacją i weryfikacją „tego, co działa” w różnych obszarach życia, począwszy od medycyny przez politykę społeczną, pracę socjalną po edukację. W zasadzie od kierunku wskazanego przez te instytucje zależy, jakie procedury oparte na dowodach i gdzie będą wdrażane, a które wycofywane (Glasby, Beresford, 2006). Podkreśla się, że interesariusze mogą być predysponowani do faworyzowania określonych sposobów postrzegania świata, akceptowania i odrzucania informacji o tym, „co działa” nie tylko na podstawie dowodów, ale także na podstawie tego, co jest postrzegane jako ważne i co może uzasadniać istnienie instytucji (być może dlatego właśnie w Polsce wciąż rzadko podejmuje się dyskusję

na temat kontrolowanego przyjmowania substancji psychoaktywnych, promując całkowitą abstynencję jako jedyną opcję zdrowienia). J. Glasby (2011) podkreśla wątek finansowania badań, który może mieć znaczenie dla tego, jak badania są realizowane i potem wdrażane do praktyki.

Inną podnoszoną przez krytyków kwestią jest hierarchia badań i zdominowanie podejścia opartego na dowodach przez metaanalizy oraz przeglądy systematyczne i powiązana z tym hierarchia dowodów, z promocją tych o charakterze empirycznym. Krytycy wskazują, że żadna z metod badań nie jest z automatu lepsza od innych, natomiast jest pomocna i odpowiednia, gdy w pełni odpowiada na zadane pytanie i to ono powinno stanowić punkt wyjścia do poszukiwania najlepszego sposobu znalezienia rzetelnej wiedzy (Glasby, Beresford, 2006). Podkreślają potencjał badań jakościowych, które pozwalają na wgląd w doświadczenia i opinie klientów, co jest niezwykle istotne w budowaniu przyjaznej i efektywnej praktyki społecznej i zdrowotnej, gdzie zrozumienie perspektyw jednostek jest kluczowe. Za nieuzasadnione uważają bezkrytyczne zaufanie do przeglądów systematycznych. R. Pawson (2006) stwierdził, że

na każdym etapie [przeglądów systematycznych] dokonywane są uproszczenia. Hipotezy są skracane, badania są odrzucane, szczegóły programu są odfiltrowywane, informacje kontekstowe eliminowane, zaś wybrane wyniki wykorzystywane, uśredniane i szacowane. Odbywa się to w celu wyeliminowania „stronniczości” i zredukowania bazy dowodowej do wspólnego zbioru informacji z wiarygodnego zestawu badań replikacyjnych. (za: Glasby, 2011)

Efektem tych działań jest praca na podstawie kilku badań, które, co prawda, spełniają wymogi metodologiczne, ale wynik jej obarczony jest dużym stopniem niepewności. Zdaniem zespołu Cohena (2004) badania randomizowane i metaanalizy obciążone są ryzykiem fragmentaryzacji wiedzy.

Drugi obszar krytyki związany jest z tym, że mimo dynamicznego rozwoju badań do tej pory nie udało się wypracować praktyk opartych na dowodach dla wszystkich i na wszystkie okoliczności. Wciąż poza procedurami opartymi na dowodach pozostają populacje czy stany rzeczy, szczególnie jeśli nie mają one charakteru standardowego. Jednocześnie zwraca się uwagę na to, że samo generowanie większej liczby dowodów nie wystarczy, aby determinowały one praktyczne działania (Williams, 2011). Konieczna jest jeszcze ich implementacja do codziennej praktyki, co nie jest możliwe bez zaangażowania praktyków. Badania wskazują na istnienie tzw. „luki wiedzieć – robić” (Cianciara i in., 2022). Oznacza ona pustą przestrzeń między tym, co wiadomo, a tym, co się robi w praktyce. Idea *evidence based practice* jest odbierana pozytywnie i uważana za jak najbardziej pożądaną, ale poziom jej zastosowania w codziennym funkcjonowaniu jest ograniczony. Uwarunkowań tego stanu rzeczy jest wiele, począwszy od dużej liczby badań i opartych na nich publikacji, których nawet jeśli są dostępne dla praktyków i mają oni

konieczne do ich analizy kompetencje, to ich skala nie pozwala na zapoznanie się z nimi. Kolejną kwestią jest wspomniana hierarchia dowodów oraz swoista polityka publikacyjna, w ramach której części wyników badań nie publikuje się, zwykle dlatego, że badacz założył negatywny wynik (brak związku, brak wpływu) (Cincinara i in., 2022). W końcu wprowadzanie nowych rozwiązań może generować koszty, wymagać zmian, które nie zawsze są akceptowane przez praktyków, ponieważ posługują się oni własnymi – w ich ocenie najlepszymi – metodami działania, dopasowanymi do lokalnego kontekstu. Wyzwaniem pozostaje zmiana tego stanu rzeczy.

Powyższe zastrzeżenia stały się przyczyną powstania bardziej inkluzywnego podejścia, jakim jest „praktyka oparta na wiedzy” (*evidence-informed practice/evidence-based knowledge*).

1.1.2. Praktyka oparta na wiedzy jako źródło wsparcia nowoczesnej profilaktyki

Odpowiedzią na opisane wyżej ograniczenia i problemy ma być koncepcja „praktyki opartej na wiedzy” (*evidence-based knowledge*), której cechą kluczową jest szersze rozumienie tego, co stanowi wiedzę. Przyjmuje się, że jest ona wielowymiarowa i że różne źródła wiedzy mogą się wzajemnie uzupełniać. Szczególną uwagę zwraca się na tzw. ukryty wymiar wiedzy, na który składają się wnioski i doświadczenie wynikające z codziennie rozwiązywanych problemów, często w sytuacjach trudnych, wymagających natychmiastowych decyzji. Jest to też wiedza, która zależy od kontekstu. Wiedza praktyków oraz doświadczenia użytkowników są często dorzucane jako „niepotwierdzone dowody”, podczas gdy powinny być traktowane jako „wiedza ekspercka z doświadczenia” lub „ludzkie świadectwo” (Glasby, 2011). Zatem za wartościowe źródła należy uznać zarówno wiedzę pochodzącą z badań o wysokich parametrach metodologicznych, jak i doświadczenia życiowe oraz mądrość „praktyczną” osób na co dzień zajmujących się daną kwestią, w konkretnym kontekście organizacyjno-społecznym¹. Z uwagi na społeczny charakter wiedzy, co oznacza, że rozwija się ona w procesie interakcji, dobrymi kanałami jej transferu są takie procesy, jak mentoring, dzielenie się doświadczeniem, opowiadanie historii w biegu codziennego życia (Glasby, 2011). Różnice i podobieństwa między *evidence-based knowledge* a *evidence-based practice* w obszarze medycyny przedstawia tabela 3.

¹ Integracja wiedzy opartej na dowodach z wiedzą pochodzącą z doświadczenia klinicznego jest widoczną w podejściu określanym jako ustrukturalizowana profesjonalna ocena (*The structured professional judgement, SPJ*) (Walento-Nowacka, 2017).

Tabela 3. Różnice i podobieństwa między *evidence-based knowledge* a *evidence-based practice* w obszarze medycyny

Praktyka oparta na dowodach	Praktyka oparta na wiedzy	Podobieństwa między oboma rodzajami praktyki
Praktyka oparta na dowodach przyjmuje „kucharskie” podejście do stosowania dowodów w praktyce, a zatem nie pozostawia żadnego miejsca na elastyczność (Nevo, Slonim-Nevo, 2011).	Praktyka oparta na wiedzy uznaje praktyków za osoby myślące krytycznie (McSherry, 2007; Nevo, Slonim-Nevo, 2011) i zachęca ich do kreatywności oraz brania pod uwagę stanu klinicznego i okoliczności przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad pacjentem.	Zarówno praktyka oparta na dowodach, jak i praktyka oparta na wiedzy to podejścia umożliwiające podejmowanie świadomych decyzji klinicznych (Woodbury i Kuhnke, 2014).
Istniejące modele praktyki opartej na dowodach (np. DiCenso i in., 2005; Dufault, 2004; Greenhalgh i in., 2005; Melnyk i in., 2010; Titler i in., 2001) opierają się w dużym stopniu na dowodach naukowych przy podejmowaniu decyzji klinicznych i poświęcają niewiele uwagi innym formom dowodów, takimi jak kontekst kliniczny, wartości i preferencje pacjenta oraz wiedza i doświadczenie lekarza (McTavish, 2017; Miles, Loughlin, 2011).	Istniejące modele praktyki opartej na wiedzy (np. McSherry, 2007; Nevo, Slonim-Nevo, 2011) są innowacyjne i elastyczne. Klient jest w centrum, a nie dowody (McTavish, 2017). Nie oczekuje się, że ktoś będzie badaczem, aby skutecznie wdrażać praktykę opartą na dowodach; pracownik służby zdrowia musi być świadomy różnych rodzajów dowodów, takich jak kontekst opieki, preferencje i doświadczenia pacjenta, a także umiejętności i wiedzy specjalistycznej lekarza, a nie tylko dowodów badawczych, aby zapewnić skuteczną opiekę skoncentrowaną na osobie.	Zarówno praktyka oparta na dowodach, jak i praktyka oparta na wiedzy integrują badania z wartościami i preferencjami pacjenta oraz wiedzą kliniczną i doświadczeniem (Melnik, Newhouse, 2014).
Praktyka oparta na dowodach wykorzystuje formalną hierarchię dowodów badawczych, która klasyfikuje pewne formy dowodów badawczych (np. przeglądy systematyczne i badania z randomizacją) wyżej niż inne (takie jak badania jakościowe i badania obserwacyjne).	Zamiast hierarchii dowodów badawczych, praktyka oparta na wiedzy wspiera zintegrowany model praktyki, który bierze pod uwagę wszystkie formy dowodów badawczych (w tym przeglądy systematyczne, randomizowane badania kontrolowane, badania jakościowe, badania ilościowe i metody mieszane) i preferuje dowody, które dostarczają najlepszej odpowiedzi na pytanie kliniczne (Epstein, 2009).	
Obecne modele praktyki opartej na dowodach opierają się na stopniowym podejściu do stosowania dowodów w praktyce opieki zdrowotnej.	Praktyka oparta na wiedzy to zintegrowane (McTavish, 2017) i systemowe podejście do stosowania dowodów w praktyce, które obejmuje dane wejściowe, przepustowość i dane wyjściowe (McSherry, 2007).	

Praktyka oparta na dowodach	Praktyka oparta na wiedzy	Podobieństwa między oboma rodzajami praktyki
Liniowe podejście opartej na dowodach praktyki nie pozwala pracownikom służby zdrowia na wystarczającą kreatywność, aby sprostać ciągle zmieniającym się potrzebom i warunkom pacjenta oraz środowiska opieki zdrowotnej.	Praktyka oparta na wiedzy jest elastyczna i bierze pod uwagę złożoność opieki zdrowotnej i świadczenia usług opieki zdrowotnej (LoBiondo-Wood i in., 2013; Nevo, Slonim-Nevo, 2011). Model praktyki opartej na dowodach bierze pod uwagę kilka czynników, takich jak czynniki wpływające na wykorzystanie badań (w tym obciążenie pracą, brak wsparcia organizacyjnego i czas) w podejmowaniu decyzji klinicznych (McSherry, 2007).	

Źródło: E.A. Kumah i in., 2022.

Powyższe zestawienie wskazuje, że zastosowanie podejścia *evidence-based knowledge* pozwala na bardziej holistyczne i skuteczne interwencje, które lepiej odpowiadają na potrzeby jednostek i społeczności (Glasby, 2011).

Odnosząc się do kwestii dotyczących włączania praktyk opartych na wiedzy do życia instytucji, I. Williams (2011) wskazał dziesięć sugestii wspierających ten proces. Należą do nich:

1. Zaangażowanie w teorię zmian – jednym z błędów popełnianych przy wprowadzaniu zmian jest brak ich uzasadnienia merytorycznego, dlatego ważne jest, aby użytkownicy wiedzieli, jakich konkretnie zysków mogą się spodziewać w kontekście nowych rozwiązań. Źródłem tych uzasadnień powinna być teoria.
2. Przeprowadzenie lokalnej analizy uwarunkowań – wprowadzanie zmian opartych na dowodach może nie przynieść oczekiwanych rezultatów lub wręcz negatywne skutki, jeśli nie zostaną uwzględnione lokalne uwarunkowania. Zmiana musi być powiązana ze zrozumieniem istniejącej infrastruktury, umiejętności, relacji i praktyk. Konieczne jest poznanie grup społeczno-zawodowych będących realizatorami i beneficjentami zmian.
3. Tworzenie możliwości identyfikacji i transmisji innowacji – zgodnie z założeniem podejścia opartego na wiedzy istnieje wiele źródeł wiedzy, zatem inspiracji, dobrych praktyk należy szukać wszędzie, gdzie jest to możliwe, np. przez prowadzenia formalnych analiz literatury przedmiotu, włączanie się do sieci instytucji w celu poznania realizowanych przez nie dobrych praktyk czy korzystanie z krajowych zasobów w postaci repozytoriów lub baz danych.
4. Zapewnienie wsparcia kierownictwa wysokiego szczebla – w instytucjach wprowadzających zmiany na ogół nie ma jednomyślności co do ich istnienia i zakresu, obok entuzjastów pojawiają się osoby obojętne i wrogie. Te dwie ostatnie grupy

potrzebują zachęty i motywacji do działania, poczucia, że zmiany są istotne i uzasadnione. Zadaniem kierownictwa jest stworzenie takiej atmosfery, w której zmiany będą postrzegane w pozytywnym kontekście. Organizacje mogą sięgać po takie narzędzia jak system nagród czy szkolenia.

5. Skuteczne zarządzanie wiedzą – kluczowe jest, aby zarządzanie obejmowało zarówno wiedzę jawną, jak i ukrytą. Konieczne jest szerokie i rutynowe informowanie o korzyściach, ewentualnych ryzykach, postępie prac i osiągniętych celach.
6. Adoptowanie i dostosowywanie – nawet najlepsze praktyki, jeśli nie będą skuteczne, jeśli nie zostaną dopasowane do lokalnego kontekstu.
7. Zaangażowanie użytkowników i interesariuszy końcowych – im więcej realizatorzy i użytkownicy końcowi wiedzą o zmianie, im bardziej byli w jej przygotowanie i wprowadzanie zaangażowane, tym mniejsze ryzyko, że zostanie ona przez nich odrzucona lub nie będzie dostatecznie efektywna.
8. Zachęcanie do współtworzenia rozwiązań – proponowane zmiany powinny być tak wprowadzane, aby były ważne dla wszystkich użytkowników, aby każda osoba miała czas na refleksję nad procesem i uczenia się jego kluczowych elementów.
9. Rozwijanie przywództwa i mistrzostwa – decentralizacja przywództwa, zgoda na istnienie liderów na różnych poziomach organizacji może pomóc w zwiększaniu autonomii praktyków, a co za tym idzie, ośmielać ich do włączenia się w proces zmian.
10. Budowanie infrastruktury innowacji – zmiany wymagają nakładów i inwestycji, zarówno materialnych, jak i ludzkich.

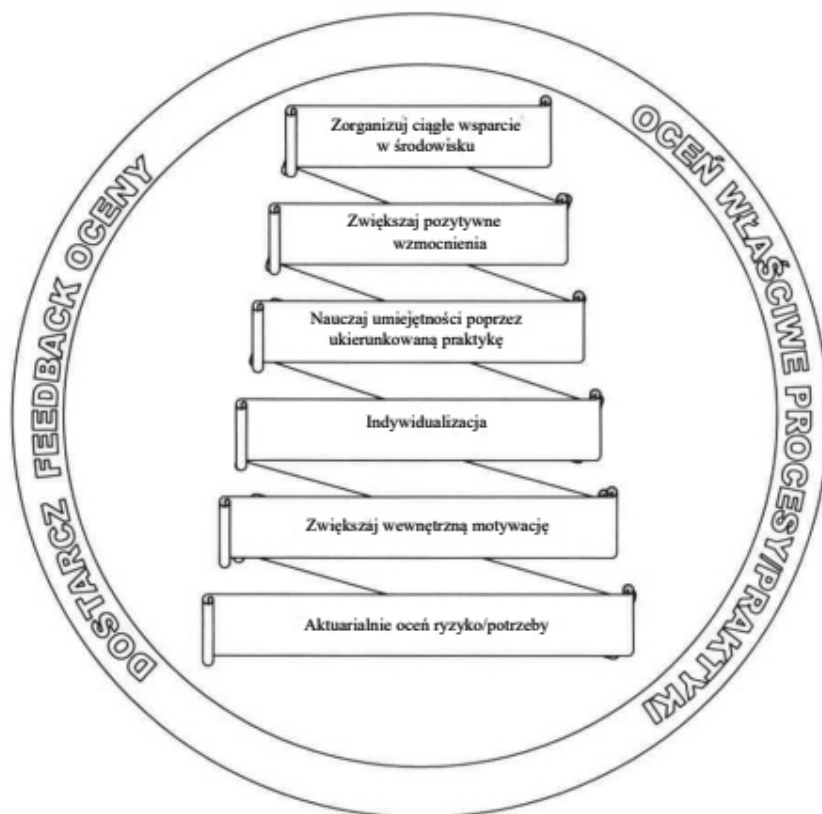
Mimo swoich zalet praktyka oparta na wiedzy napotyka również na pewne wyzwania. Jednym z nich jest trudność w integracji różnych źródeł wiedzy w spójny sposób. Tradycyjne badania naukowe często opierają się na metodach ilościowych i dążą do obiektywizmu, podczas gdy mądrość praktyczna i doświadczenia użytkowników usług są bardziej subiektywne i kontekstualne. Integracja tych różnych typów wiedzy wymaga umiejętności krytycznej oceny i elastyczności w podejściu do podejmowania decyzji.

Innym wyzwaniem jest opór ze strony niektórych pracowników praktyków i decydentów politycznych przed nowymi rozwiązaniami. Praktyka oparta na wiedzy wymaga zmiany myślenia i podejścia, co może być trudne do wdrożenia w instytucjach o ugruntowanych tradycjach i strukturach organizacyjnych.

1.1.3. *Evidence-based knowledge i evidence-based practice w profilaktyce społecznej*

W myśl podejścia skoncentrowanego na wiedzy i dowodach naukowych wypracowano zestaw zasad, zgodnie z którymi miałyby przebiegać skuteczne interwencje profilaktyczne i resocjalizacyjne. Bodaj najszerzy wymiar, odnoszący się nie

tylko do samych działań, o czym będzie mowa dalej, ale i do organizacji funkcjonowania całego systemu profilaktyki i resocjalizacji, mają zasady zaprezentowane przez P. Gendreau i D.A. Andrews. Odnoszą się one począwszy od kultury organizacji, charakterystyki zarządzania i personelu przez charakterystykę programu opartego na identyfikacji czynników ryzyka aż po ewaluację (Barczykowska, Dzierżyńska-Breś, 2013; Gendreau, Andrews, 2001; Muskała, 2016). Jak zostało to zaprezentowane na schemacie 2, zasady te można przedstawić w układzie hierarchicznym i zależnościowym, co oznacza, że żadna z nich nie funkcjonuje samodzielnie, lecz wzajemnie się warunkują. Jak słusznie zauważa A. Barczykowska (2014), stanowią one warunki brzegowe do prowadzenia skutecznej profilaktyki i resocjalizacji.



Schemat 2. Zasady praktyki opartej na dowodach w działaniach profilaktycznych i resocjalizacyjnych

Źródło: E. Clawson, M. Guevara, 2010, s. 2.

Pierwsza zasada dotyczy konieczności przygotowania diagnozy potrzeb i ryzyka na podstawie modelu aktuarnego (*assess actuarial risk/needs*) (Andrews,

Bonta, 2006). Model diagnozy aktuarialnej, zwany również modelem prognostycznym lub statystycznym, polega na wykorzystaniu obiektywnych, ilościowych metod do oceny ryzyka oraz prognozowania przyszłych zdarzeń na podstawie danych historycznych i statystycznych. Jest to podejście, które opiera się na analizie dużych zbiorów danych, matematycznych algorytmów i modeli statystycznych w celu przewidywania prawdopodobieństwa wystąpienia określonych zdarzeń lub zachowań. Diagnosta wykorzystuje w nim wystandaryzowane narzędzia pozwalające na ocenę i zakwalifikowanie badanego do grupy, aby zgodnie z nią zaproponować najlepiej dopasowane zajęcia. Uzyskanie wskaźników ilościowych zapewnia obiektywizm oceny (Barczykowska, 2014; Szepietowska, 2012). Stosując diagnozę aktuarialną, ogranicza się ryzyko subiektywnego postrzegania stanu rzeczy przez badacza, które może prowadzić do zaprojektowania i wdrożenia niewłaściwych oddziaływań.

Druga zasada koncentruje się na budowaniu wewnętrznej motywacji do zmiany (*enhance intrinsic motivation*). Przyjmuje się, że motywacja „to proces psychicznej regulacji, od którego zależy kierunek ludzkiej czynności oraz ilość energii, jaką na realizację danego kierunku człowiek gotów jest poświęcić” (Reykowski, 1977). Jego uruchomienie jest związane z poczuciem niezaspokojonej potrzeby lub powinności, oczekiwaniem nagrody, chęcią uniknięcia kary wzmocnionym przekonaniem, że osoba potrafi cel osiągnąć. Motywacja nie ma charakteru stałego. Może zmieniać się w zależności od obiektu ją uruchamiającego, czasu, miejsca, ale też cech samej osoby. Podkreślając jej dynamiczny charakter, W. Lopez-Viets, D.D. Walker i W.R. Miller (2002) wskazują, że motywacja jest modyfikowalna, należy traktować ją jako fenomen interpersonalny, zależny od rodzaju działań. Może mieć zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny charakter. W oddziaływaniach profilaktycznych waga motywacji wewnętrznej jest związana z tym, że generuje ona trwalsze i głębsze zaangażowanie niż motywacja zewnętrzna. Osoby, które działają z własnej woli i przekonania, są bardziej skłonne do utrzymania zdrowych nawyków i działań profilaktycznych przez dłuższy czas, nawet w obliczu trudności. W przeciwieństwie do tego motywacja zewnętrzna, oparta na nagrodach czy presji społecznej, często prowadzi do krótkoterminowego zaangażowania, które może zanikać po zniknięciu zewnętrznych bodźców. Osoby zmotywowane wewnętrznie często mają głębsze zrozumienie i silniejszą świadomość znaczenia działań profilaktycznych, co sprzyja głębszemu przyswajaniu i integracji zdrowych zachowań w codziennym życiu. Kiedy ludzie naprawdę rozumieją i cenią korzyści wynikające z profilaktyki, są bardziej skłonni do świadomego podejmowania działań na rzecz swojego zdrowia. Motywacja wewnętrzna wzmacnia poczucie autonomii i odpowiedzialności za własne zdrowie, a osoby, które podejmują działania profilaktyczne z własnej inicjatywy, czują się bardziej odpowiedzialne za swoje decyzje i są bardziej zmotywowane do ich realizacji. Autonomia jest kluczowym czynnikiem wpływającym na poczucie własnej wartości i satysfakcję z działań, co dodatkowo wzmacnia

zaangażowanie. Osoby zmotywowane wewnętrznie są bardziej wytrwałe i lepiej radzą sobie z przeszkodami, które mogą pojawić się w procesie realizacji działań profilaktycznych. Motywacja wewnętrzna pomaga w przewyciężaniu trudności, ponieważ działania są zgodne z osobistymi wartościami i przekonaniami, co daje dodatkową siłę do kontynuowania starań nawet w obliczu wyzwań. Podejmowanie działań profilaktycznych z motywacji wewnętrznej prowadzi do większej satysfakcji i poczucia dobrostanu. Satysfakcja z osiągnięć i postępów w profilaktyce zdrowotnej, wynikająca z wewnętrznej motywacji, wzmacnia pozytywne emocje i sprzyja dalszemu zaangażowaniu w działania na rzecz zdrowia. Motywacja wewnętrzna sprzyja trwałym zmianom behawioralnym, które są kluczowe dla skutecznej profilaktyki zdrowotnej. Osoby zmotywowane wewnętrznie są bardziej skłonne do wprowadzania i utrzymania trwałych zmian w stylu życia, takich jak zdrowe odżywianie, regularna aktywność fizyczna czy unikanie szkodliwych nawyków. Praca nad motywacją wewnętrzną jest jednym z filarów skutecznej profilaktyki i resocjalizacji (Barczykowska, 2014; Kupiec, 2019; Muskała, Chojecka, 2021; Opora, 2010).

Trzecia zasada kładzie nacisk na kwestię indywidualizacji/celowości działań (*target interventions*). Indywidualizacja w procesie oddziaływań profilaktycznych i resocjalizacyjnych jest jedną z podstawowych zasad (Barczykowska, 2014; Kupiec, 2019; Opora, 2010). Służy przede wszystkim zwiększeniu skuteczności tych działań przez dostosowanie interwencji do specyficznych potrzeb, cech i sytuacji poszczególnych osób. Indywidualizacja umożliwia także dostosowanie działań profilaktycznych do kontekstu społeczno-kulturowego, w którym żyje dana osoba. Uwzględniając różnice kulturowe, religijne, językowe oraz społeczne, interwencje mogą być bardziej akceptowane i skuteczne. Kiedy interwencje są dostosowane do indywidualnych potrzeb i preferencji, osoby są bardziej zaangażowane i zmotywowane do uczestnictwa. Indywidualizacja pomaga w tworzeniu bardziej osobistych i znaczących doświadczeń, co zwiększa prawdopodobieństwo długotrwałego zaangażowania w działania profilaktyczne. Indywidualizacja umożliwia bardziej precyzyjne monitorowanie postępów i dostarczanie wsparcia dostosowanego do specyficznych potrzeb jednostki. Dzięki temu można szybciej identyfikować problemy i dostosowywać interwencje, co zwiększa ich skuteczność. Indywidualizacja w działaniach profilaktycznych sprzyja również budowaniu silniejszych i bardziej efektywnych relacji społecznych. Kiedy interwencje są dostosowane do indywidualnych potrzeb, pacjenci czują się bardziej zrozumiani i wspierani, co zwiększa ich zaufanie do specjalistów i chęć współpracy. W obszarze resocjalizacji indywidualizacja oddziaływań realizuje się w pięciu wymiarach: 1) *ryzyko* – zaleca koncentrowanie oddziaływań na przestępcach o wyższym poziomie ryzyka; 2) *potrzeby* – należy pracować w tych obszarach, które stoją za podejmowaniem zachowań ryzykownych i kryminogennych; 3) *reaktywność* – każda osoba ma indywidualne preferencje dotyczące uczenia się, poddawaniu oddziaływaniom; 4) *dawkowanie/dozowanie (dosage)*, a więc

określenie przedziału czasowego trwania interwencji; 5) *treatment* – uzupełnienie oddziaływań o element leczniczy (Andrews, Bonta, 2006; Barczykowska, 2014; Stańdo-Kawecka, 2013; Sztuka, 2013).

Czwarta zasada dotyczy budowania nowych kompetencji (*skill train with directed practice – using cognitive-behavioral treatment methods*). Za najbardziej skuteczne programy profilaktyczne i resocjalizacyjne uważa się te oparte na podejściu kognitywno-behawioralnym, w których zmiana w sposobie myślenia, definiowania swoich emocji i relacji ze światem zewnętrznym prowadzi do zmiany zachowania (Barczykowska, 2011a; Jezierska, Siemionow, 2020). Podejście kognitywno-behawioralne łączy w sobie dwie koncepcje oddziaływań: skoncentrowany na obserwowalnym zachowaniu behawioryzm ze skupioną na przetwarzaniu informacji w kontekście psychospołecznym koncepcję poznawczą. Programy oparte na tym podejściu teoretycznym przez różnorodne techniki zmierzają do ukształtowania następujących umiejętności: rozwiązywanie problemów, radzenie sobie z uczuciami, ocenianie i rewidowanie własnych poglądów, myślenie przyczynowo-skutkowe, rozpoznawanie myśli i przekonań, planowania. W ramach oddziaływań kształtuje się krytyczne i kreatywne myślenie oraz rozwija kompetencje społeczne (Opora, 2010).

Kolejna zasada pozostaje w ścisłym połączeniu z poprzednią, ponieważ wskazuje na konieczność wzmacniania i budowania potencjałów osoby (*increase positive reinforcement*). Elementem do tego koniecznym jest diagnoza pozytywna, która wraz z rozwojem podejścia humanistycznego i poznawczego w pedagogice i innych naukach społecznych stała się dominującym kierunkiem w rozpoznawaniu osób i stanów rzeczy (Barczykowska, 2014; Wysocka, 2013). Zdaniem E. Wysockiej

można zaryzykować twierdzenie, że podejście pozytywne (model dobrego życia) w naukach społecznych stanowi swoistą rewolucję w ujmowaniu człowieka i czynników jego rozwoju czy procesu przemiany, ale wynika z wiedzy, która została w sposób kumulatywny zgromadzona i w swoisty sposób potwierdzona została zasadność jego stosowania w teorii i praktyce. Zasadność ta w przypadku resocjalizacji potwierdzana jest dodatkowo nieskutecznością lub skutecznością ograniczoną działań podejmowanych na podstawie modelu patogenetycznego diagnozy i modelu restrykcyjno-eliminującego w działaniach postdiagnostycznych. (Wysocka, 2019)

Przywołując I. Obuchowską (1997), należy podkreślić, że skuteczne działanie, służące rozwojowi, musi być oparte na tym, co w osobie sprawne, prawidłowo się rozwijające. Zasoby, bo to na nich koncentruje się diagnoza pozytywna, można potraktować jako wszelkie wewnętrzne i zewnętrzne możliwości posiadane przez jednostkę, które wpływają na jej funkcjonowanie (DiClemente, 1986). Zdaniem K. Konaszewskiego i Ł. Kwadransa (2018) praca na zasobach jest kluczem do skutecznej profilaktyki i resocjalizacji nieletnich. Tabela 4 zawiera zestawienie obszarów diagnozy pozytywnej wraz z przykładami.

Tabela 4. Obszary diagnozy pozytywnej w profilaktyce

Obszar diagnozy	Opis	Przykłady
Zasoby osobiste	Mocne strony jednostki, umiejętności, talenty oraz zainteresowania, które mogą wspierać oddziaływania profilaktyczne i resocjalizacyjne.	Umiejętności komunikacyjne, zdolności artystyczne, talenty sportowe.
Wsparcie społeczne	Sieć wsparcia społecznego, relacje z rodziną, przyjaciółmi oraz innymi ważnymi osobami.	Bliskie relacje rodzinne, przyjaciele, mentorzy, grupy wsparcia.
Środowisko edukacyjne i zawodowe	Osiągnięcia edukacyjne, motywacja do nauki oraz możliwości rozwoju zawodowego.	Ukończone kursy, praca lub praktyki zawodowe, plany na przyszłość edukacyjno-zawodową.
Zdrowie fizyczne i psychiczne	Stan zdrowia fizycznego oraz psychicznego, które mogą wpływać na zdolność do uczestnictwa w programach resocjalizacyjnych.	Brak poważnych chorób, dostęp do opieki zdrowotnej, pozytywne strategie radzenia sobie ze stresem, zdrowy styl życia.
Aktywność społeczna	Udział w działaniach społecznych, wolontariat, zaangażowanie w życie lokalnej społeczności.	Członkostwo w organizacjach społecznych, udział w projektach społecznych, wolontariat.
Motywacja i cele życiowe	Indywidualne cele życiowe, motywacja do zmiany oraz dążenie do poprawy jakości życia.	Krótkoterminowe i długoterminowe cele, chęć/gotowość do poprawy sytuacji życiowej.
System wartości i przekonania	Wartości, które kierują postępowaniem jednostki oraz przekonania na temat własnych możliwości i przyszłości.	Pozytywne przekonania na temat przyszłości, wartości rodzinne, moralne przekonania.
Umiejętności interpersonalne	Umiejętności nawiązywania i utrzymywania pozytywnych relacji z innymi ludźmi, zdolność do rozwiązywania konfliktów.	Empatia, umiejętność pracy w zespole, asertywność.
Zasoby materialne	Dostępność zasobów materialnych, które mogą wspierać proces resocjalizacji.	Stabilne warunki mieszkaniowe, dostęp do finansów, wsparcie materialne ze strony organizacji.

Źródło: Opracowanie własne.

W działaniach profilaktycznych i resocjalizacyjnych opartych na *evidence based practice* dużą wagę przykładą się do budowania sieci wsparcia i kontroli w środowisku lokalnym (*engage on-going support in natural communities*), o czym mówi zasada szósta. Chodzi o włączenie do działania wszystkich potencjalnie zainteresowanych, bowiem tylko podejście systemowe może przynieść oczekiwane rezultaty. Zatem nie pracuje się tylko z dzieckiem, ale również z jego rodzicami, dziadkami, nauczycielami i rówieśnikami, czyniąc to na wielu frontach. Zasada ta oznacza także budowanie koalicji wśród zróżnicowanych podmiotów (sformalizowanych i niesformalizowanych), działających na rzecz szeroko rozumianych osób w potrzebie (Barczykowska, 2014).

Zasady siódma i ósma związane są z pomiarem efektywności oddziaływań (*measure relevant processes/practices, provide measurement feedback*), bowiem nie można działać skutecznie, nie dokonując ewaluacji. Pozwala nam ona zweryfikować, czy zrealizowaliśmy założone cele, a także daje odpowiedź na pytanie o jakość naszego działania, wskazując drogi do jej podnoszenia. Pozwala na pozyskanie informacji dotyczących odbioru prowadzonych działań przez ich uczestników. Dokonana ewaluacja pozwala również rozwijać kompetencje w tym zakresie na drodze (samo)kształcenia (Piasecka, Kuształ, Piątek, 2022). Szerzej zagadnienia związane z ewaluacją zostały poruszone w dotyczącym konstruowania programów profilaktycznych. Powyższe zasady uznać należy za warunki brzegowe do prowadzenia skutecznej profilaktyki. Trzeba jednak pamiętać, że żadna z powyższych zasad nie działa w odosobnieniu. Wszystkie one wzajemnie się warunkują lub co najmniej na siebie wpływają (Barczykowska, 2011a, 2014).

1.2. Podstawy teoretyczne współczesnej profilaktyki

1.2.1. Klasyczne podstawy teoretyczne oddziaływań profilaktycznych (Maciej Muskala)

Oddziaływania profilaktyczne wobec zachowań ryzykownych młodzieży opierają się na szerokich podstawach teoretycznych rozwijanych na gruncie psychologii, socjologii oraz pedagogice społecznej. Teorie te pozwalają wyjaśnić mechanizmy powstawania zachowań problemowych oraz wskazują kierunki interwencji wspierających zdrowy rozwój jednostki. Ze względu na obszerność i wielokrotne opracowanie tych koncepcji w literaturze naukowej, ich omówienie ma w niniejszym rozdziale charakter skrótowy i syntetyczny. Celem jest tylko wskazanie kluczowych ram teoretycznych, które stanowią fundament współczesnych programów profilaktycznych, a także uzasadnienie znaczenia teorii pozytywnego rozwoju młodzieży jako integrującego i perspektywicznego podejścia.

1.2.1.1. Teoria zachowań problemowych Richarda i Shirley Jessor

Teoria zachowań problemowych (*Problem Behavior Theory – PBT*), opracowana przez R. Jessora i S. Jessor (1977), stanowi jedno z najbardziej kompleksowych psychospołecznych ujęć wyjaśniających mechanizmy podejmowania zachowań ryzykownych przez młodzież. Koncepcja ta powstała w latach 70. XX wieku i odegrała istotną rolę w zmianie sposobu interpretowania problemów okresu dorastania, od podejścia koncentrującego się na patogenezie ku modelowi systemowemu i rozwojowemu, uwzględniającemu szerszy kontekst społeczny funkcjonowania młodego człowieka.

Zgodnie z założeniami autorów zachowania problemowe definiowane są jako działania naruszające normy i oczekiwania społeczne wobec osób znajdujących się w określonej fazie rozwoju. Jessorowie podkreślają jednak, że zachowania te nie powinny być interpretowane wyłącznie jako przejaw zboczeń czy nieprzystosowania społecznego. W wielu przypadkach stanowią one element procesu rozwojowego, umożliwiając młodym ludziom realizację potrzeb autonomii, przynależności społecznej oraz poszukiwania własnej tożsamości (R. Jessor, S. Jessor, 1977; R. Jessor, 1991). W tym sensie zachowania problemowe mogą pełnić funkcję adaptacyjną, pomagając jednostce w negocjowaniu własnej pozycji w grupie rówieśniczej oraz w sygnalizowaniu gotowości do podejmowania ról społecznych charakterystycznych dla dorosłości.

Podejmowanie tego rodzaju zachowań bywa również symbolicznym komunikatem skierowanym zarówno do rówieśników, jak i do otoczenia społecznego, wskazującym na proces stopniowego uniezależniania się od świata dorosłych i budowania własnej autonomii. W konsekwencji ograniczone do okresu adolescencji zachowania problemowe mogą być interpretowane jako element normatywnego rozwoju psychospołecznego, a nie jedynie jako przejaw zaburzeń przystosowania.

Centralnym elementem teorii jest model trzech powiązanych systemów psychospołecznych, które wspólnie kształtują prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych. Pierwszym z nich jest system osobowości (*personality system*), obejmujący wartości, przekonania, aspiracje życiowe, orientację na przyszłość, poczucie kontroli oraz cechy osobowości jednostki. Drugim jest system środowiska postrzeganego (*perceived environment system*), który odnosi się do wpływu rodziny, rówieśników, szkoły oraz szerszego kontekstu społecznego, w tym obowiązujących norm i poziomu kontroli społecznej. Trzecim elementem modelu jest system zachowań (*behavior system*), obejmujący zarówno zachowania konwencjonalne, takie jak osiągnięcia szkolne czy aktywność prospołeczna, jak i zachowania problemowe, w tym używanie substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne czy naruszanie norm prawnych (R. Jessor, 1991, 2016).

Zachowania problemowe są rezultatem dynamicznej interakcji między wskazanymi systemami. Szczegółne znaczenie przypisuje się napięciu między potrzebą autonomii i samorealizacji a społecznymi oczekiwaniami dotyczącymi konformizmu wobec obowiązujących norm. W modelu tym uwzględnia się również zjawisko współwystępowania różnych form zachowań ryzykownych, określane często jako syndrom zachowań problemowych. Oznacza to, że podejmowanie jednego rodzaju zachowań ryzykownych zwiększa prawdopodobieństwo występowania innych, co wskazuje na wspólne mechanizmy psychospołeczne leżące u ich podstaw.

Koncepcja zaproponowana przez R. Jessora i S. Jessor należała do pierwszych ujęć, które interpretowały problemy młodzieży przede wszystkim w szerszej perspektywie społecznej i środowiskowej, uwzględniając złożone relacje między cechami jednostki a kontekstem jej funkcjonowania. W kolejnych latach podejście to było

dalej rozwijane oraz łączone z innymi nurtami teoretycznymi, między innymi z koncepcją czynników ryzyka i czynników chroniących, a także z teorią odporności psychicznej (*resilience*). W tym ostatnim ujęciu szczególny nacisk kładzie się na rolę zasobów osobistych oraz wsparcia płynącego ze środowiska w procesie radzenia sobie z wyzwaniami rozwojowymi – o czym w dalszej części tego podrozdziału (Masten, 2001; Rutter, 1987).

Założenia teorii zachowań problemowych znajdują potwierdzenie również w licznych badaniach prowadzonych w Polsce nad uwarunkowaniami zachowań ryzykownych młodzieży. W literaturze pedagogicznej i psychologicznej podkreśla się, że zachowania te są rezultatem współdziałania wielu czynników indywidualnych, rodzinnych i środowiskowych, co pozostaje zgodne z systemowym charakterem modelu zaproponowanego przez R. Jessora (Ostaszewski, 2014). W tym ujęciu analiza zachowań problemowych wymaga uwzględnienia zarówno czynników ryzyka zwiększających prawdopodobieństwo ich wystąpienia, jak i czynników chroniących, które mogą ograniczać ich nasilenie lub zapobiegać ich pojawieniu się.

Badania prowadzone w Polsce wskazują również na współwystępowanie różnych form ryzykownych zachowań młodzieży, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, zachowania agresywne czy naruszanie norm społecznych. Zjawisko to jest spójne z koncepcją syndromu zachowań problemowych opisywaną w teorii Jessora. Jednocześnie podkreśla się znaczenie czynników ochronnych, do których zalicza się między innymi wsparcie rodziny, pozytywne relacje z nauczycielami, zaangażowanie w życie szkolne oraz rozwój kompetencji społecznych (Ostaszewski, 2014).

Z perspektywy pedagogiki zdrowia i promocji zdrowia dzieci i młodzieży szczególne znaczenie przypisuje się także środowisku szkolnemu jako istotnemu kontekstowi rozwoju psychospołecznego młodego człowieka. Badania wskazują, że klimat społeczny szkoły, relacje interpersonalne oraz możliwości uczestnictwa uczniów w życiu wspólnoty szkolnej mogą stanowić ważne czynniki chroniące przed podejmowaniem zachowań ryzykownych (Woynarowska, 2017). Szkoła może zatem pełnić zarówno funkcję czynnika ryzyka, jak i czynnika ochronnego, w zależności od jakości relacji społecznych oraz sposobu organizacji środowiska wychowawczego.

W polskich badaniach psychologicznych podkreśla się ponadto znaczenie zasobów indywidualnych jednostki w procesie adaptacji do trudnych sytuacji życiowych. W tym kontekście szczególnie istotne są prace H. Sęk dotyczące zdrowia psychicznego i mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Autorka wskazuje, że funkcjonowanie jednostki w sytuacjach zagrożenia zależy nie tylko od poziomu obciążeń środowiskowych, lecz także od dostępnych zasobów osobistych i społecznych, takich jak wsparcie społeczne, kompetencje radzenia sobie czy poczucie koherencji (Sęk, 2005). Perspektywa ta pozostaje zbieżna z późniejszymi rozwinięciami teorii zachowań problemowych, które akcentują rolę zasobów jednostki i środowiska w ograniczaniu negatywnych skutków czynników ryzyka.

1.2.1.2. Koncepcja rezyliencji

Koncepcja rezyliencji (odporności psychicznej) została sformułowana w odpowiedzi na obserwowany w badaniach fenomen pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży, które mimo doświadczenia znaczących przeciwności losu funkcjonują prawidłowo lub osiągają sukcesy rozwojowe. Zainteresowanie tym zjawiskiem pojawiło się w latach 60. i 70. XX wieku w badaniach nad rozwojem dzieci wychowujących się w warunkach wysokiego ryzyka psychospołecznego. W tym okresie badacze zaczęli zauważać, że nie wszystkie dzieci narażone na niekorzystne warunki środowiskowe rozwijają zaburzenia emocjonalne czy problemy adaptacyjne. Część z nich zachowuje prawidłowe funkcjonowanie psychospołeczne, co skłoniło naukowców do poszukiwania mechanizmów sprzyjających takiej pozytywnej adaptacji (Borucka, 2011; Ostaszewski, 2014).

Jednym z pionierów badań nad odpornością psychiczną był M. Rutter, który analizował wpływ czynników ryzyka i czynników ochronnych na rozwój dzieci wychowujących się w niekorzystnych warunkach społecznych. Rutter wskazywał, że czynniki chroniące nie tylko redukują negatywne skutki stresu, lecz także mogą zmieniać sposób reagowania jednostki na sytuacje trudne, co sprzyja adaptacji rozwojowej. Jego badania przyczyniły się do rozwoju podejścia zakładającego, że rezyliencja nie jest stałą cechą osobowości, lecz procesem dynamicznej interakcji między jednostką a środowiskiem społecznym (Borucka, 2011; Rutter, 1987).

Równolegle badania nad dziećmi z grup ryzyka prowadził N. Garmezy, który analizował funkcjonowanie dzieci matek cierpiących na schizofrenię. Garmezy zauważył, że część z tych dzieci rozwija się prawidłowo mimo wysokiego obciążenia ryzykiem, co doprowadziło do identyfikacji pierwszych czynników chroniących, takich jak wysoki poziom kompetencji poznawczych, pozytywne relacje z dorosłymi czy wsparcie środowiskowe. Jego prace uznawane są za jedno z fundamentów współczesnych badań nad rezyliencją (Ostaszewski, 2014).

Istotny wkład w rozwój koncepcji wniosła również E. Werner, która przeprowadziła jedno z najbardziej znanych badań longitudinalnych nad rezyliencją – badanie kohorty dzieci urodzonych na wyspie Kauai. Wyniki pokazały, że mimo ekspozycji na liczne czynniki ryzyka około jedna trzecia dzieci rozwijała się prawidłowo, osiągając stabilność emocjonalną, dobre funkcjonowanie społeczne i sukcesy zawodowe w dorosłości. Werner wykazała, że kluczową rolę w procesie reziliencji odgrywają stabilne relacje z przynajmniej jedną znaczącą osobą dorosłą, wsparcie społeczne oraz indywidualne kompetencje dziecka (Borucka, Pisarska, 2015).

Współczesne ujęcie rezyliencji zostało rozwinięte m.in. przez A. Masten, która określiła to zjawisko jako „zwykłą magię” (*ordinary magic*) (Masten, 2001), podkreślając, że odporność psychiczna nie jest nadzwyczajną właściwością jednostki, lecz wynika z prawidłowo funkcjonujących systemów rozwojowych, takich jak relacje rodzinne, system edukacyjny czy wsparcie społeczne. Masten wskazuje, że

rezyliencja jest procesem dynamicznym, zależnym od wielu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych (Borucka, 2011; Masten, 2015).

W ujęciu psychologii rozwojowej rezyliencja definiowana jest jako proces dynamicznej adaptacji jednostki w warunkach podwyższonego ryzyka, obejmujący zarówno obecność przeciwności losu, jak i pozytywną adaptację mimo tych doświadczeń. Koncepcja ta akcentuje interakcję czynników ryzyka i czynników chroniących, które wpływają na przebieg rozwoju psychospołecznego dzieci i młodzieży (Borucka, 2011; Ostaszewski, 2014).

Podstawowym elementem koncepcji rezyliencji jest pojęcie przeciwności losu (*adversity*), rozumiane jako sytuacje lub zdarzenia zagrażające prawidłowemu rozwojowi jednostki. Do najczęściej wskazywanych czynników ryzyka należą m.in. ubóstwo, przemoc w rodzinie, choroby psychiczne rodziców, uzależnienia, konflikty rodzinne czy katastrofy społeczne. W warunkach kumulacji takich czynników mówi się o podwyższonym poziomie ryzyka rozwojowego, które zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia problemów emocjonalnych, behawioralnych i społecznych (Borucka, 2011).

Drugim kluczowym pojęciem jest pozytywna adaptacja, która stanowi kryterium efektywności procesów rezyliencji. Obejmuje ona realizację zadań rozwojowych adekwatnych do wieku, kompetencje społeczne, zdolność do nawiązywania relacji interpersonalnych, dobre samopoczucie psychiczne oraz brak poważnych zaburzeń zachowania. Pozytywna adaptacja może być oceniana zarówno w kontekście funkcjonowania szkolnego, relacji społecznych, jak i ogólnego dobrostanu psychicznego jednostki (Borucka, 2011; Ostaszewski, 2014).

Istotną rolę w koncepcji rezyliencji odgrywają czynniki chroniące, definiowane jako cechy indywidualne, rodzinne i środowiskowe, które neutralizują lub osłabiają wpływ czynników ryzyka. Wśród czynników indywidualnych wymienia się m.in. pozytywny temperament, zdolności poznawcze, poczucie własnej skuteczności czy umiejętności radzenia sobie ze stresem. Do czynników rodzinnych należą stabilne relacje emocjonalne, wsparcie ze strony rodziców oraz przewidywalność środowiska rodzinnego. Z kolei czynniki środowiskowe obejmują m.in. dobre funkcjonowanie szkoły, dostęp do wsparcia społecznego oraz bezpieczne środowisko lokalne (Borucka, Pisarska, 2015).

W badaniach nad rezyliencją wyróżnia się cztery główne nurty badawcze, które wniosły istotny wkład w rozwój teorii i praktyki profilaktycznej (Borucka, Pisarska, 2015; Masten, 2015).

Pierwszy nurt badań koncentrował się na identyfikowaniu czynników chroniących, sprzyjających pozytywnej adaptacji dzieci i młodzieży. Badania prowadzone przez N. Garnezy'ego, M. Ruttera oraz E.E. Werner wykazały, że do najważniejszych czynników chroniących należą pozytywne relacje z dorosłymi, wsparcie społeczne, kompetencje poznawcze oraz stabilność środowiska wychowawczego.

Drugi nurt badań dotyczył odkrywania procesów rezyliencji, czyli mechanizmów, za pomocą których czynniki chroniące modyfikują wpływ czynników ryzyka.

W tym ujęciu rezyliencja jest traktowana jako dynamiczna interakcja między jednostką a środowiskiem społecznym, obejmująca procesy regulacji emocji, strategie radzenia sobie ze stresem oraz zdolność korzystania ze wsparcia społecznego.

Trzeci nurt badań skupiał się na analizie rozwojowych trajektorii rezyliencji. Badacze analizowali zmienność procesów adaptacyjnych w cyklu życia oraz wpływ kolejnych etapów rozwojowych na odporność psychiczną jednostki. Podkreślano, że rezyliencja może zmieniać się w czasie i zależy od aktualnych warunków środowiskowych oraz zasobów jednostki (Masten, 2015).

Czwarty nurt obejmował zastosowania praktyczne koncepcji rezyliencji w działaniach profilaktycznych i interwencyjnych. Na podstawie wyników badań opracowano liczne programy profilaktyczne, ukierunkowane na wzmacnianie czynników chroniących w środowisku dziecka, rodziny i społeczności lokalnej. Programy te koncentrują się m.in. na rozwijaniu kompetencji społecznych, wzmacnianiu relacji rodzinnych oraz budowaniu wspierającego środowiska szkolnego (Borucka, Pisarska, 2015; Jankowiak, 2017).

Koncepcja rezyliencji ma kluczowe znaczenie dla współczesnej profilaktyki psychospołecznej, gdyż przesuwa perspektywę z modelu deficytów i patologii na model zasobów i potencjału rozwojowego jednostki. Podejście to umożliwia projektowanie działań profilaktycznych ukierunkowanych na wzmacnianie kompetencji psychospołecznych, wsparcia społecznego oraz jakości środowiska wychowawczego (Borucka, Pisarska, 2015).

Rezyliencja stanowi również podstawę programów promocji zdrowia psychicznego, ponieważ podkreśla rolę czynników chroniących na poziomie jednostki, rodziny, szkoły i społeczności lokalnej.

W perspektywie systemowej rezyliencja jest traktowana jako proces wielopoziomowy, obejmujący interakcje między jednostką a jej środowiskiem społecznym, kulturowym i instytucjonalnym. Takie ujęcie podkreśla znaczenie współpracy między instytucjami edukacyjnymi, opiekuńczymi i społecznymi w budowaniu środowiska sprzyjającego rozwojowi dzieci i młodzieży. W praktyce profilaktycznej koncepcja ta wykorzystywana jest do projektowania interwencji skierowanych do dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka, takich jak programy rozwijania kompetencji społecznych, wsparcia rodziny oraz działań środowiskowych (Borucka, Ostaszewski, 2008). Dzięki temu koncepcja rezyliencji stanowi ważny element współczesnych strategii profilaktyki społecznej oraz polityki zdrowia publicznego (Borucka, 2011; Ostaszewski, 2014).

1.2.1.3. Teoria planowanego zachowania

Teoria planowanego zachowania (*Theory of Planned Behavior* – TPB) została opracowana przez I. Ajzena jako rozwinięcie wcześniejszego modelu wyjaśniającego ludz-

kie działania – teorii uzasadnionego działania (*Theory of Reasoned Action* – TRA), stworzonej wspólnie z M. Fishbeinem (Ajzen, 1985, 1991; Ajzen, Fishbein, 1980). Koncepcja ta należy obecnie do najczęściej wykorzystywanych teorii społeczno-poznawczych służących do interpretowania i przewidywania zachowań człowieka.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że model ten znajduje szerokie zastosowanie zwłaszcza w analizach zachowań zdrowotnych, działań profilaktycznych oraz badań nad zachowaniami ryzykownymi młodzieży (Heszen-Celińska, Sęk, 2020; Woynarowska, 2017; Zaleski, 1991). Podkreśla się, że analiza intencji stanowi jedno z najbardziej użytecznych narzędzi wyjaśniania i przewidywania zachowań zdrowotnych oraz podejmowania działań profilaktycznych, ponieważ pozwala uchwycić motywacyjny wymiar decyzji jednostki (Heszen-Celińska, Sęk, 2020; Łuszczzyńska, 2004).

Centralnym założeniem teorii planowanego zachowania jest twierdzenie, że bezpośrednim, najważniejszym determinantem ludzkiego działania jest intencja behawioralna, czyli stopień gotowości jednostki do podjęcia określonego zachowania. Intencje odzwierciedlają motywacyjny wymiar działania i informują o tym, w jakim stopniu dana osoba jest skłonna zrealizować określone zachowanie. Im silniejsza jest intencja, tym większe prawdopodobieństwo, że zachowanie rzeczywiście wystąpi, pod warunkiem że jego realizacja nie zostanie zablokowana przez czynniki zewnętrzne lub sytuacyjne (Ajzen, 1991; Fishbein, Ajzen, 2010).

Model ten powstał jako rozwinięcie wcześniejszej teorii uzasadnionego działania (TRA). W pierwotnym ujęciu zakładano bowiem, że zachowanie człowieka pozostaje całkowicie pod jego kontrolą wolicjonalną. Ajzen zauważył jednak, że w wielu sytuacjach możliwość podjęcia określonego działania zależy nie tylko od woli jednostki, lecz również od dostępnych zasobów oraz ograniczeń wynikających z kontekstu społecznego lub środowiskowego. Włączenie do modelu kategorii postrzeganej kontroli behawioralnej pozwoliło lepiej wyjaśnić zachowania podejmowane w sytuacjach, w których jednostka nie dysponuje pełną swobodą działania (Ajzen, 1985, 1991).

Zgodnie z założeniami teorii planowanego zachowania intencje jednostki kształtowane są przez trzy zasadnicze grupy czynników: postawy wobec zachowania, subiektywne normy społeczne oraz postrzeganą kontrolę nad zachowaniem.

Pierwszym z tych elementów są postawy wobec zachowania, rozumiane jako ogólna ocena danego działania dokonywana przez jednostkę. Postawy powstają na podstawie przekonań dotyczących możliwych konsekwencji określonego zachowania oraz na subiektywnej ocenie wartości tych konsekwencji. W ujęciu Ajzena mechanizm ten opiera się na modelu oczekiwanej wartości, zgodnie z którym jednostka rozważa prawdopodobieństwo wystąpienia określonych rezultatów działania oraz ich znaczenie dla realizacji własnych potrzeb i celów. Jeżeli przewidywane skutki zachowania oceniane są jako korzystne, postawa wobec niego staje się bardziej pozytywna, co z kolei sprzyja powstawaniu silniejszej intencji jego podjęcia (Ajzen, 1991; Mynarska, 2012).

Drugim komponentem modelu są subiektywne normy społeczne, które odnoszą się do postrzeganego przez jednostkę nacisku społecznego związanego z podjęciem lub zaniechaniem określonego działania. Normy te wynikają z przekonań dotyczących oczekiwań tzw. osób znaczących, czyli takich, których opinia jest dla jednostki istotna. Mogą to być członkowie rodziny, partnerzy życiowi, rówieśnicy, nauczyciele lub szerzej rozumiane środowisko społeczne. Jeżeli jednostka jest przekonana, że osoby dla niej ważne aprobowują dane zachowanie, zwiększa się prawdopodobieństwo powstania intencji jego realizacji (Ajzen, 1991; Mynarska, 2012).

W literaturze zwraca się również uwagę na znaczenie norm moralnych, które można traktować jako wewnętrznie przyswojoną formę norm społecznych. Normy moralne wynikają z indywidualnego systemu wartości i mogą oddziaływać na decyzje jednostki nawet w sytuacji braku bezpośredniej presji ze strony otoczenia społecznego. Ich rola jest szczególnie widoczna w odniesieniu do zachowań o charakterze etycznym lub społecznie wrażliwym (Ajzen, 1991).

Trzecim czynnikiem wpływającym na kształtowanie się intencji jest postrzegana kontrola behawioralna (*perceived behavioral control*). Odnosi się ona do przekonania jednostki o własnej zdolności do wykonania określonego działania. Obejmuje zarówno ocenę posiadanych umiejętności i kompetencji, jak i dostępność zasobów potrzebnych do realizacji zachowania, takich jak czas, środki materialne, wsparcie społeczne czy odpowiednie warunki instytucjonalne. Postrzegana kontrola behawioralna może oddziaływać nie tylko na samą intencję, lecz także bezpośrednio na zachowanie, zwłaszcza w sytuacjach, gdy realne możliwości działania są ograniczone (Ajzen, 1991; Fishbein, Ajzen, 2010).

U podłoża postaw, norm społecznych oraz poczucia kontroli znajdują się indywidualne przekonania jednostki (*beliefs*). Przekonania te kształtują się pod wpływem różnorodnych czynników zewnętrznych, takich jak doświadczenia życiowe, poziom wiedzy, cechy osobowości, uwarunkowania kulturowe czy sytuacja społeczno-ekonomiczna. W modelu teorii planowanego zachowania czynniki te traktowane są jako zmienne zewnętrzne, które oddziałują na zachowanie w sposób pośredni – przez wpływ na trzy podstawowe komponenty modelu: postawy, normy społeczne oraz postrzeganą kontrolę behawioralną (Ajzen, Fishbein, 1980; Fishbein, Ajzen, 2010).

Teoria planowanego zachowania znalazła szerokie zastosowanie w badaniach dotyczących zachowań zdrowotnych i społecznych. Model ten wykorzystywany jest między innymi do wyjaśniania takich zjawisk, jak podejmowanie aktywności fizycznej, stosowanie zachowań profilaktycznych, zaprzestanie palenia tytoniu czy ograniczanie zachowań ryzykownych (Heszen-Celińska, Sęk, 2007; Woynarowska, 2017). W obszarze profilaktyki społecznej teoria ta służy często do analizy czynników sprzyjających podejmowaniu zachowań prozdrowotnych oraz ograniczaniu zachowań problemowych wśród młodzieży (Ostaszewski, 2014).

W polskich badaniach teoria planowanego zachowania była wykorzystywana również do analizowania decyzji prokreacyjnych oraz intencji związanych z plano-

waniem rodziny. Wyniki badań wskazują, że zarówno postawy wobec posiadania dzieci, jak i normy społeczne dotyczące rodzicielstwa oraz poczucie kontroli nad warunkami ekonomicznymi i społecznymi mogą w istotny sposób wpływać na decyzje reprodukcyjne podejmowane przez jednostki (Mynarska, 2012).

Znaczenie teorii planowanego zachowania dla współczesnych badań nad zachowaniami społecznymi wynika przede wszystkim z jej wysokiej wartości predykcyjnej oraz szerokiej możliwości zastosowania w różnych obszarach badań. Model zaproponowany przez Ajzena pozwala identyfikować psychologiczne i społeczne uwarunkowania podejmowania określonych działań, co z kolei umożliwia projektowanie skutecznych programów edukacyjnych oraz działań profilaktycznych. W kontekście badań nad zachowaniami problemowymi młodzieży teoria ta stanowi ważne narzędzie analizy mechanizmów kształtowania się zachowań oraz czynników sprzyjających ich modyfikacji (Heszen-Celińska, Sęk, 2007; Ostaszewski, 2014; Woynarowska, 2017).

1.2.1.4. Koncepcja czynników ryzyka i czynników chroniących

Jednym z kluczowych ujęć teoretycznych stosowanych we współczesnych badaniach i praktyce profilaktyki zachowań problemowych jest koncepcja czynników ryzyka i czynników chroniących (*risk and protective factors*). Podejście to wykształciło się w wyniku badań prowadzonych nad rozpowszechnieniem zachowań problemowych wśród dzieci i młodzieży, a także nad społecznymi determinantami przestępczości oraz uzależnień. Do głównych autorów rozwijających tę perspektywę zalicza się J.D. Hawkinsa oraz R.F. Catalano, którzy podkreślali, że pojawianie się i rozwój zachowań problemowych jest rezultatem oddziaływania wielu nakładających się czynników ryzyka obecnych w otoczeniu społecznym jednostki oraz w jej codziennym środowisku życia (Hawkins, Catalano, Miller, 1992).

Podstawowym założeniem tej koncepcji jest przekonanie, że zachowania problemowe nie powstają w wyniku pojedynczej przyczyny, lecz są efektem kumulacji wielu niekorzystnych uwarunkowań, które oddziałują na jednostkę w różnych sferach jej funkcjonowania. Czynniki te mogą występować na poziomie indywidualnym, rodzinnym, szkolnym oraz środowiskowym. Jednocześnie istotną rolę odgrywają czynniki chroniące, czyli zasoby i kompetencje, które osłabiają wpływ czynników ryzyka lub kompensują ich negatywne oddziaływanie (Hawkins i in., 1992; Ostaszewski, 2014).

W literaturze przedmiotu czynniki ryzyka definiowane są jako właściwości jednostki, cechy środowiska społecznego lub określone doświadczenia życiowe, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych, takich jak przestępczość, używanie substancji psychoaktywnych czy zachowania agresywne. Mogą mieć one charakter biologiczny, psychologiczny lub społeczny (Gaś,

2006; Hawkins i in., 1992). Do najczęściej wskazywanych czynników ryzyka należą m.in. niski poziom kontroli rodzicielskiej, konflikty w rodzinie, negatywne wzorce rówieśnicze, niepowodzenia szkolne czy marginalizacja społeczna.

Z kolei czynniki chroniące odnoszą się do zasobów indywidualnych i środowiskowych, które sprzyjają prawidłowemu rozwojowi jednostki oraz ograniczają prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych. Do czynników tych zalicza się m.in. stabilne relacje rodzinne, wsparcie społeczne, pozytywne relacje z nauczycielami, wysokie kompetencje społeczne czy poczucie własnej skuteczności (Hawkins i in., 1992; Jankowiak, 2017; Ostaszewski, 2014). Czynniki ochronne mogą działać na kilka sposobów – przez neutralizowanie wpływu czynników ryzyka, wzmacnianie kompetencji jednostki lub tworzenie środowiska sprzyjającego prawidłowemu rozwojowi.

Istotnym elementem tej koncepcji jest założenie kumulatywnego charakteru ryzyka. Oznacza to, że im większa liczba czynników ryzyka oddziałuje na jednostkę, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych. Jednocześnie obecność silnych czynników chroniących może znacząco ograniczać negatywny wpływ tych uwarunkowań. Współczesne badania wskazują, że szczególnie ważną rolę odgrywa jakość relacji społecznych, wsparcie emocjonalne oraz pozytywne środowisko wychowawcze (Hawkins i in., 1992; Masten, 2015).

Koncepcja czynników ryzyka i chroniących ma istotne znaczenie dla projektowania działań profilaktycznych. W przeciwieństwie do tradycyjnych modeli koncentrujących się wyłącznie na eliminowaniu problemów, podejście to zakłada równoczesne ograniczanie czynników ryzyka oraz wzmacnianie zasobów ochronnych jednostki i jej środowiska. Dzięki temu profilaktyka przyjmuje charakter systemowy i wielopoziomowy, obejmując oddziaływania skierowane zarówno do jednostki, jak i do jej najbliższego otoczenia społecznego (Hawkins i in., 1992).

W polskiej literaturze pedagogicznej i profilaktycznej koncepcja ta została szeroko rozwinięta m.in. przez Z.B. Gasia oraz K. Ostaszewskiego. Autorzy ci podkreślają, że skuteczna profilaktyka powinna opierać się na rozpoznaniu zarówno czynników ryzyka, jak i zasobów środowiskowych młodego człowieka (Gaś, 2006; Ostaszewski, 2014). W tym ujęciu działania profilaktyczne obejmują m.in. wzmacnianie kompetencji psychospołecznych, rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem, budowanie więzi rodzinnych oraz wspieranie pozytywnego klimatu szkoły.

Model czynników ryzyka i chroniących stał się również podstawą wielu współczesnych programów profilaktycznych, realizowanych w środowisku szkolnym i lokalnym. Programy te opierają się na założeniu, że ograniczanie zachowań problemowych wymaga oddziaływań obejmujących różne poziomy funkcjonowania jednostki, od sfery indywidualnej po środowisko społeczne i instytucjonalne (Gaś, 2003, 2006; Ostaszewski, 2014).

Omówione klasyczne teorie dostarczyły fundamentalnych podstaw do rozwoju współczesnych strategii profilaktycznych, jednak większość z nich koncentruje się

na redukcji deficytów i zapobieganiu patologiom. W ostatnich dekadach obserwuje się wyraźne przesunięcie paradygmatu w kierunku podejścia rozwojowego i zasobowego, którego reprezentantem jest teoria pozytywnego rozwoju młodzieży (*positive youth development* – PYD). Teoria ta zakłada, że młodzież ma wewnętrzny potencjał rozwojowy, który może być wzmacniany przez odpowiednie oddziaływania środowiskowe (Lerner i in., 2003; Roth, Brooks-Gunn, 2000). Kluczowe znaczenie mają kompetencje, pewność siebie, więzi społeczne, charakter oraz troska o innych, określane jako pięć komponentów „5C’s”.

Podejście PYD integruje elementy wcześniejszych teorii, takich jak społeczno-poznawcze uczenie się, ekologiczne ujęcie rozwoju, koncepcja czynników ryzyka i ochronnych oraz *resilience*, tworząc kompleksowy model wspierania rozwoju młodzieży.

Z tego względu teoria pozytywnego rozwoju młodzieży jest obecnie uznawana za wiodącą i szczególnie obiecującą koncepcję teoretyczną w obszarze profilaktyki,

1.2.2. Koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży jako podstawa współczesnej profilaktyki społecznej (Agnieszka Barczykowska)

1.2.2.1. Praktyczne i teoretyczne źródła koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży

Źródeł koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży szukać należy z jednej strony w idei pracy u podstaw, realizowanej w działających od końca XIX wieku klubach młodzieżowych i siedliskach społecznych, które za cel stawiały sobie polepszenie bytu grup społecznych znajdujących się najniżej w strukturze społecznej, szczególnie uwagę poświęcając dzieciom i młodzieży, a z drugiej – w rozwoju nauk społecznych, w tym przede wszystkim psychologii, w tym psychologii humanistycznej i poznawczej. Śledząc historyczne źródła koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży, nie można oprzeć się wrażeniu, że ma ona silne korzenie praktyczne. Można wręcz powiedzieć, że w tym przypadku praktyka stosowana w klubach młodzieżowych czy siedliskach społecznych wyprzedziła idee teoretyczne, które psychologia opisała dopiero wiele dekad później. Było to zapewne związane z tym, że pozostawała ona pod silnym wpływem psychoanalizy i behawioryzmu, skoncentrowanych na poszukiwaniu czynników ryzyka i co za tym idzie sposobów leczenia, zamiast rozumienia i promowania ścieżek do sukcesu rozwojowego.

Pierwszy klub młodzieżowy powstał w 1844 roku w Londynie z inicjatywy Georga Williamsa, który wraz z grupą ewangelickich chrześcijan założył organizację dla młodych mężczyzn znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, dziś znaną jako YMCA/YWCA (Young Men's Christian Association/Young Women's Christian

Association). Organizacja prowadziła działalność edukacyjną, opiekuńczą i wychowawczą, stawiając sobie za cel wszechstronny rozwój, wykorzystując do tego przede wszystkim sport. Idea ta szybko znalazła naśladowców w Stanach Zjednoczonych Ameryki, we Francji, w Szwajcarii, a także w latach 20. XX wieku w Polsce (Kardas, 2010). Równie ważne dla koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży były powstające od końca XIX wieku kluby dla chłopców mieszkających w ubogich rejonach miast. Pierwszy powstał w 1860 roku w Hartford w stanie Connecticut z inicjatywy Mary Goodwin, Alice Goodwin, Elizabeth Hammersley i Louisa Bushnell. Twórczynie za cel postawiły sobie ochronę chłopców przed demoralizacją przez zagospodarowanie czasu wolnego oraz rozwój kompetencji osobistych i zawodowych koniecznych do osiągnięcia sukcesu. W klubach poza nauką zawodu organizowano zajęcia kulturalno-oświatowe i opiekuńcze. Trudno nie dostrzec w działaniach elementów mentoringu, bowiem dużą wagę przywiązywano do relacji dorosły - dziecko, w której ten pierwszy miał być wzorem do naśladowania i jednocześnie wsparciem. Działania obejmowały również społeczność, w której mieszkali chłopcy. Z biegiem czasu oddziaływaniami objęto również dziewczęta, co znalazło odzwierciedlenie również w zmianie nazwy na „Boys & Girls Clubs of America”. Dziś jest to ogólnokrajowa organizacja *non-profit*, która obecnie zapewnia programy i usługi mające na celu promowanie i wzmacnianie rozwoju chłopców i dziewcząt przez budowanie poczucia kompetencji, przydatności, przynależności i wpływu na życie. Misją organizacji jest umożliwienie wszystkim młodym ludziom, zwłaszcza tym najbardziej potrzebującym, osiągnięcia pełnego potencjału jako produktywnych, troskliwych i odpowiedzialnych obywateli przez zapewnienie bezpiecznego miejsca do nauki i rozwoju, rozwijanie trwałych relacji z troskliwymi, dorosłymi profesjonalistami i uczestniczącymi w programach poprawiających życie i doświadczeniach związanych z rozwojem charakteru (Arbreton, Sheldon, Herrera, 2014).

Siedliska społeczne, które zaczęły powstawać na przełomie XIX i XX wieku, były ważnymi instytucjami reformatorskimi i stanowiły odpowiedź na dokonujące się wówczas zmiany społeczno-gospodarcze. Dynamiczna industrializacja, urbanizacja i postępujące wraz z nimi migracje wewnętrzne i zewnętrzne powodowały lawinowy wzrost problemów, które w sposób szczególny dotyczyły dzieci i młodzieży – grupy najliczniejszej w ówczesnej populacji i najbardziej pozbawione wsparcia. To między innymi z myślą o nich w największych amerykańskich miastach zaczęły powstawać siedliska społeczne (*settlement houses*), których zadaniem stało się wspieranie społeczności lokalnych „w ryzyku” (Lerner, Fisher, Weinberg, 2020). Co ważne, wsparcie to miało przede wszystkim charakter rozwojowy. Idea siedlisk społecznych, podobnie jak klubów społecznych, narodziła się w Anglii. To właśnie tam w 1884 roku w slumsach wschodniego Londynu powstaje Toynbee Hall. Założony przez angikańskiego duchownego, jego żonę, kilku wykładowców i studentów tamtejszych uniwersytetów miał na celu polepszenie warunków życia tamtejszej ludności przez krzewienie kultury i wiedzy. Na grunt amerykański idee siedlisk przeniósł Stanton

Coit, który przez kilka miesięcy mieszkał w Toynbee Hall i po powrocie w 1886 roku otworzył pierwsze siedlisko – Neighborhood Guild w Lower East Side w Nowym Jorku. Jednak najbardziej znanym siedliskiem pozostaje powołany w 1889 roku przez Jane Addams i Ellen Gates chicagowski Hull House, którego działania skierowane były do żyjących w skrajnej nędzy imigrantów. Jego działania stały się pierwowzorami dla miejskich programów lokalnych. Współpracownicy Addams i Gates nie tylko dbali o wyżywienie dzieci, otwierając żłobki i przedszkola, ale przede wszystkim ucząc imigrantów angielskiego, pośrednicząc w poszukiwaniach zatrudnienia, dbając o warunki pracy i solidny wypoczynek. Ważnym obszarem ich działalności była praca ze społecznościami lokalnymi, w ramach której starali się oni zachęcać ludność do poprawy warunków życia oraz integracji. Hull House był prekursorem w zakresie realizacji, jeśli chodzi o programy życia dla dorastającej młodzieży „obarczonej ryzykiem”, doświadczającej problemów socjalno-bytowych. Młodzież miała szanse rozwijać osobiste umiejętności, zainteresowania, ale także przygotowywać się do podjęcia ról zawodowych i rodzinnych. Stały się też przestrzenią pierwszych diagnoz społeczności lokalnych, czego doskonałym przykładem jest „Hull-House Maps and Papers” z 1895 roku. To i temu podobne studia dotyczące mieszkalnictwa, zatrudnienia i szans młodzieży wraz z innymi podobnymi legły u podstaw wielu kluczowych reform społecznych tamtych czasów (Hansan, 2011). Na ich podstawie budowano infrastrukturę w badanych społecznościach oraz wprowadzano regulacje prawne (np. dotyczącą postępowania z nieletnimi, czego przykładem jest powołanie sądów dla nieletnich) (Barczykowska, Dzierżyńska-Breś, Muskała, 2015). Opisane do tej pory instytucje i wypracowane przez nie sposoby pomagania opierały się na przekonaniu o sile człowieka i jego gotowość do zmian, jeśli znajdzie się on w sprzyjających warunkach i otrzyma konieczne wsparcie. Ogromny potencjał reformatorski siedlisk społecznych, ale również klubów zdusiły kolejne wojny i dominacja problemów polityczno-gospodarczych po ich zakończeniu.

Okres powojenny to czas, kiedy w oddziaływaniach profilaktycznych coraz większą rolę zaczyna odgrywać wiedza i profesjonaliści. Znajduje to odzwierciedlenie w procesie konstruowania programów profilaktycznych, co jednak znamienne, nie korzystają one z doświadczeń praktyków z siedlisk i klubów. Opierały się one na ówczesnych koncepcjach psychologicznych, które pozostawały skoncentrowane na problemach, chorobach, nieprzystosowaniach, zaburzeniach, próbując ustalić, co przeszkadza się rozwijać i na podstawie tych ustaleń prowadzić terapię, której celem było osiągnięcie oczekiwanego poziomu przestosowania. Znalazło to odzwierciedlenie w programach skierowanych do młodzieży, które poczynawszy od lat 60. XX wieku skupione były z jednej strony na zapobieganiu zachowaniom ryzykownym, a z drugiej – miały rozwiewać obawy społeczne związane z możliwością angażowania się młodzieży w działalność niemoralną, przestępczą, zagrażającą porządkowi społecznemu. Młodzież w tym czasie była postrzegana jako nieradząca sobie, słaba, podatna na pokusy i w związku z tym wymagająca przede wszystkim kontroli. Na

podstawie badań retrospektywnych zidentyfikowano wówczas kluczowe czynniki ryzyka i siłą rzeczy skupiono się na przeciwdziałaniu pojedynczym zachowaniom problemowym, np. używaniu substancji psychoaktywnych czy ryzykownych zachowaniach seksualnych. Nie zwracano uwagi na to, że wiele ze zidentyfikowanych czynników ma charakter historyczny i nie podlega modyfikacji. Projektowane w tej perspektywie oddziaływania miały ograniczony zakres i charakter. Celem było wycofanie się młodzieży z zachowań ryzykownych, ewentualnie ograniczenie ich rozmiarów i ewentualnych szkód. Oddziaływania zmierzały do osiągnięcia najczęściej statystycznie rozumianej normy przez wyrównanie deficytów czy usunięcie zaburzeń bez uwzględnienia perspektywy rozwojowej. Stąd też określa się je jako podejście deficytu lub podejście patogenetyczne. Z perspektywy czasu można o nim powiedzieć, że mimo identyfikacji czynników ryzyka nie udało się jednoznacznie wskazać, jakie strategie profilaktyczne powinny być wdrożone, aby zmniejszyć ryzyko (Benard, 1991). Z biegiem czasu badacze, skoncentrowani na czynnikach ryzyka, zaczęli się zastanawiać, co jest przyczyną, a co objawem. Uruchomiono w związku z tym program badań podłużnych nad dziećmi, które wychowywały się w warunkach szczególnie obciążonych czynnikami ryzyka. Rezultaty badań były zaskakujące, bowiem okazało się, że, co prawda, u części dzieci faktycznie czynniki ryzyka zdeterminowały ich życie, ale zdecydowana większość dzieci wyrosła na zdrowych, kompetentnych młodych dorosłych. Dzieci te określano mianem „niewrażliwych”, „niezwycięzonych”, aby przyjąć ostatecznie, że są one „odporne”. Otworzyło to drogę do rozwinięcia badań nad czynnikami chroniącymi i zjawiskiem rezyliencji. Badacze zaczęli zastanawiać się, dlaczego i za pomocą jakich czynników, mimo złych warunków, dzieci osiągają sukces życiowy. Jednymi z najciekawszych były te prowadzone przez E.E. Werner i jej współpracowników na hawajskiej wyspie Kauai od lat 70. niemal do końca XX wieku. Zespół poddał analizie losy grupy dzieci urodzonych w 1955 roku, które były potomkami migrantów z Azji Południowej, przybyłych na plantacje cukru i ananasów, skuszonych wizją lepszego życia, które okazało się mrzonką z racji skrajnie trudnych warunków życia i doświadczanych w związku z tym problemów. Dziadkowie i rodzice badanych dzieci byli zwykle osobami bez wykształcenia, zatrudnionymi na niskopłatnych stanowiskach, dotkniętymi chorobami i uzależnieniami, niepotrafiącymi zapewnić swoim dzieciom odpowiednich warunków życiowych. Badacze wracali na Kauai kilkakrotnie, dokumentując czas od urodzenia do osiągnięcia dojrzałości, i ustalili, że większość z badanych, również tych, którzy doświadczali różnych problemów adaptacyjnych, jako osoby dorosłe prowadzi satysfakcjonujące życie osobiste i zawodowe. Wnioski z tych i im podobnych badań spowodowały, że zaczęto zwracać większą uwagę na czynniki chroniące (Germezy, Masten, Tellegen, 1984; Werner, Smith, 1992).

Pod koniec lat 80. XX wieku zaczęto krytykować dotychczasowe modele profilaktyki za ignorowanie współwystępowania zachowań problemowych u dzieci oraz wspólnych predyktorów wielu zachowań problemowych. Źródłem krytyki

było również nieuwzględnienie czynników środowiskowych i interakcji, jakie mają miejsce między jednostką i środowiskiem w procesie zmiany. W odpowiedzi na te kwestie badacze ograniczyli poszukiwania odpowiedzi na pytanie, co powoduje problemy, zaczęli zastanawiać się nad tym, co pozwala młodym ludziom poradzić sobie z nimi i osiągnąć sukces. Tym samym uwaga badaczy i praktyków skoncentrowała się na promocii zdrowia i wspierania czynników sprzyjających rozwojowi młodzieży (Catalano i in., 2002). Zmienił się również model prac, bowiem zamiast pracować tylko z młodzieżą, do oddziaływań zaangażowano szerszą społeczność, wzmacniając tworzące ją struktury (rodzinę, szkołę i inne instytucje, grupy rówieśnicze i inne formy organizacji nieformalnej), aby dać młodzieży przestrzeń do działania. Jest to również czas intensywnej pracy psychologów porównawczych oraz biologów, którzy badali zjawisko plastyczności procesów rozwojowych, zwracając uwagę na jej szerokie uwarunkowania. Nie bez znaczenia dla rozwoju koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży miała rozwijająca się psychologia pozytywna.

Końcówka lat 90. XX wieku i pierwsza dekada XXI wieku to czas, kiedy kształtuje się nowe spojrzenie na młodzież i tym samym pojawiają się alternatywne kierunki badań. Do tej pory w dyskursie o młodzieży i okresie dorastania dominowała dość pesymistyczna narracja, zgodnie z którą okres dorastania jawił się jako czas podwyższonego ryzyka z uwagi na jego przejściowy i dynamiczny charakter, zaś sama młodzież postrzegana była jako problemowa, co skutkowało koncentracją na poszukiwaniu czynników ryzyka oraz wdrażaniem oddziaływań o charakterze ochronno-hamującym. Projektując działania profilaktyczne, koncentrowano się głównie na tym, dlaczego młodzi podejmują zachowania ryzykowne i jak ich od tego odwieść. Znacząca była koncentracja na tej części młodych ludzi, w środowisku której kumulowało się ryzyko. Uważano, że młodzież jest problemowa i ma problem, który rozwiązać mogą tylko profesjonalnie przygotowani dorośli. Przełom wieków przyniósł zmianę, zarówno w zakresie postrzegania okresu adolescencji, jak i samej młodzieży. Zaczęto ją opisywać w kategoriach zasobów i sukcesów, zaś okres dorastania zamiast „czasu burzy” stał się okresem odkrywania kompetencji, umiejętności, talentów czy szerzej ujmując – siły młodych ludzi, dzięki którym mogą odnosić sukcesy. Impulsem do zmiany postrzegania młodzieży były badania nad gotowością młodych ludzi do życia. Obaliły one dotychczasowe przekonania, wedle których wskaźnikiem dobrego przygotowania do życia miał być brak zachowań ryzykownych. Przyjęto zatem, że wspieranie pozytywnego rozwoju musi obejmować całą młodzież, niezależnie od jej sytuacji życiowej, a nie tylko tę znajdującą się w potencjalnym lub realnym ryzyku. Zauważono również, że młodzi ludzie funkcjonują w określonych kontekstach społecznych, kluczowych dla ich rozwoju, dlatego proces wzmacniania powinien dokonywać się „w” i „przez” środowiska, w których żyją, zamiast koncentrować się wyłącznie na osobistych umiejętnościach i zdolnościach jako głównym celu oddziaływań, które od tej pory miały mieć perspektywę

holistyczną. Dla nowej optyki kluczowa stała się odkryta kilka dekad wcześniej kategoria rezyliencji (plastyczności, prężności, odporności), rozumiana jako potencjał do systematycznych zmian wewnątrz jednostki w ciągu całego życia, jako fundamentalna siła rozwoju człowieka. Przyjęto założenie o plastyczności ścieżek życiowych młodzieży, które oznaczało, że bez względu na to, gdzie młodzi ludzie rozpoczynają swoje życie, bez względu na to, jak niekorzystny charakter mają ich doświadczenia i kontekst, to rozwój każdego z nich można wzmocnić, przyspieszyć przez integrację ich mocnych stron (w tym biologiczną plastyczność) z zasobami kontekstów społeczno-kulturowych, w których żyją. Innymi słowy, jeśli mocne strony młodzieży współgrają z zasobami obecnymi w kluczowych kontekstach rozwoju nastolatków (dom, szkoła, społeczność), istnieje duża szansa na osiągnięcie dobrostanu (sukcesu rozwojowego) w krótko- i długoterminowej perspektywie (Ostaszewski, 2014; Sawicki, 2018; Silbereisen, Lerner, 2007).

Koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży na nowo odkryła, ale i wniosła kilka ważnych wątków. Pierwszym z nich jest z pewnością dostrzeżenie znaczenia kontekstu środowiska lokalnego (można powiedzieć ponownie, bo przecież lata 20. i 30. XX wieku to czas pracy w środowisku lokalnym, budzenia sił społecznych, pierwszych programów wspierających rozwój) i możliwość wykorzystanie jego zasobów na rzecz rozwoju. Młodzież jest nierozzerwalnie powiązana ze swoimi społecznościami (przez rodzinę, szkołę, lokalną grupę rówieśniczą) i dlatego też skuteczne programy profilaktyczne muszą wzmacniać młodzież w bliskich jej środowiskach lokalnych, odwołując się do jej potrzeb i korzystając z zasobów. Istota pozytywnego rozwoju młodzieży polega więc na stworzeniu środowiska, które umożliwia młodym ludziom rozwijanie swojego potencjału, budowanie zdrowych relacji, radzenie sobie ze stresem i trudnościami oraz osiąganie sukcesów w różnych obszarach życia. Drugim wątkiem jest przeniesienie punktu ciężkości na kwestie zasobów, pozytywów, zamiast szukania czynników odpowiedzialnych za to, że się nie udaje. Trzeci wątek dotyczy celów działań profilaktycznych. Zgodnie z koncepcją pozytywnego rozwoju kluczowe jest wspieranie dzieci i młodzieży przez cały okres jego życia, bez czekania na moment, kiedy młodzi ludzie staną się „zagrożeni” zaangażowaniem w negatywne, ryzykowne zachowania. W tej koncepcji wychodzi się z założenia, że promowanie optymalnego rozwoju przez wspieranie umiejętności, kompetencji, zainteresowań, cech i zdolności całej młodzieży od najmłodszych lat powoduje, że młodzi ludzie nie są podatni na negatywną presję rówieśników i zainteresowani zachowaniami ryzykownymi. Zgodnie z koncepcją pozytywnego rozwoju młodzieży, jeśli młodzi ludzie będą mieli wiedzę, umiejętności i wsparcie ze środowiska, których potrzebują, to będą się rozwijać, cieszyć dobrym zdrowiem, odnosić sukcesy ekonomiczne oraz wносить znaczący wkład w swoje społeczności lokalne. Pozytywny rozwój młodzieży dokonuje się dzięki łączeniu tej grupy z kontekstami środowiskowymi, które wspierają młodzież przez zgromadzone wokół niej zasoby.

W koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży dostrzec można nawiązania do kilku współcześnie ważnych rozwiązań teoretycznych. Łączy je położenie akcentu na wzajemne wpływy i zależności między człowiekiem a środowiskiem, w którym żyje. Jednym z pierwszych teoretyków, które te wzajemne zależności docenił, był Urie Bronfenbrenner. Podstawowe założenia stworzonej przez niego teorii systemów mówi o tym, że funkcjonowanie człowieka zależne jest od otaczających go funkcjonalnie i strukturalnie powiązanych systemów. Co ważne, nie jest to relacja jednokierunkowa, bowiem związek między środowiskiem a rozwijającą się osobą ma charakter stały, dynamiczny i dwustronny (Brzezińska, 2007). Najbliższy człowiekowi jest mikrosystem, z którego czerpie on wzory aktywności i ról, doświadcza bezpośrednich interakcji. Ma on zasadniczy wpływ na kształtowanie się tożsamości jednostki, bowiem oddziałuje na człowieka najszybciej, najdłużej, opierając się na silnych relacjach emocjonalnych. Kluczowymi dla pozytywnego rozwoju człowieka mikrosystemami są rodzina, rówieśnicy, szkoła, sąsiedzi. Poza aspektem społecznym ważna jest jakość fizyczna mikrosystemu, bowiem jest on w pierwszej kolejności odpowiedzialny za zaspokajanie elementarnych potrzeb jego uczestników. Kilka współdziałających ze sobą mikrosystemów tworzy mezosystem, czyli przestrzeń wpływów i aktywności człowieka. Dla pozytywnego rozwoju człowieka kluczowe jest współgranie poszczególnych mikrosystemów. Im lepsza współpraca między nimi, tym lepsze warunki rozwojowe. O ile mikro- i mezosystem pozostawały w bezpośrednim zasięgu oddziaływań jednostki, o tyle egzosystem obejmuje sytuacje lub systemy, na które człowiek nie ma bezpośredniego wpływu, ale jednocześnie odczuwa ich wpływ. Wspomniane trzy systemy stanowią składowe dwóch systemów nadrzędnych: makrosystemu i chronosystemu. Makrosystem składa się ze społecznych, kulturowych, ekonomicznych powiązań oraz założeń ideologicznych, które determinują działania człowieka. Z kolei chronosystem opisuje procesy zmian, jakie dokonują się w sytuacjach życiowych oraz całej biografii człowieka (Brzezińska, 2007; Kulesza, 2012; Sawicki, 2018; Segiet, 2011). Należy podkreślić, że U. Bronfenbrenner widział rozwój w perspektywie całożyciowej, przypisując znaczącą rolę okresowi dzieciństwa i dorostania. Zdaniem Bronfenbrennera proces indywidualnego rozwoju to ciągłe zmiany w postrzeganiu przez człowieka swojego środowiska i bezpośrednich interakcji z tym środowiskiem. Zintegrowane, współdziałające ze sobą systemy stanowiły kluczowe źródło pozytywnego rozwoju. Ich aktywność zmieniała nie tylko uczestników, ale również je same.

Równie ważną grupą teorii dla rozwoju koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży są te dotyczące rozwoju człowieka. Koncentrują się one na wrodzonym potencjale człowieka, wskazując możliwości jego ujawniania i rozwijania, podkreślając znaczenie kontekstu społecznego. Zakładają, że młodzież jest zdolna do pozytywnego rozwoju, który obejmuje dwa aspekty: dobrobyt indywidualny i dobrobyt społeczny. Oznacza to, że młodzi ludzie rozwijając się, przyczyniają się do rozwoju

świata społecznego i odwrotnie. Jedną z najczęściej przywoływanych w tym obszarze jest teoria rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona (Brzezińska, 2007; Erikson, 2000, 2004). Zdaniem Eriksona jednym z kluczowych zadań w okresie dorastania jest osiągnięcie poczucia tożsamości. Doświadczając zmian w wymiarze fizycznym, poznawczym, moralnym, emocjonalnym, społecznym, młodzi ludzie starają się zrozumieć, kim są. Nie jest to możliwe bez interakcji nastolatka z różnymi, ale ważnymi rozwojowo kontekstami środowiskowymi. Jakość interakcji jest znacząca dla potencjalnego sukcesu młodego człowieka.

Wątek wzajemnych wpływów jest silnie obecny w teoriach relacyjnych systemów rozwojowych, które stanowią kolejne źródło inspiracji dla koncepcji pozytywnego rozwoju. Podstawowym założeniem tych teorii jest to, że systemy rozwojowe są wystarczająco zróżnicowane i złożone, aby można było zdobyć pewne środki (przez badaczy, praktyków czy w końcu same jednostki), aby połączyć jednostki i konteksty środowiskowe w sposób, który zwiększy prawdopodobieństwo zmiany na lepsze, zarówno w perspektywie indywidualnej, jak i społecznej. Szczególnym czasem w tym zakresie jest adolescencja, bowiem w tym okresie człowiek ma umiejętności poznawcze, behawioralne i społeczne, aby skutecznie i dość często przyczyniać się do własnych zmian rozwojowych, ujawniając swoją plastyczność. Dla badaczy jest to swoiste „laboratorium ontogenetyczne”, pozwalające dostrzec regulacje rozwojowe oraz potencjał plastyczności człowieka (Lerner i in., 2011). Regulacje rozwojowe to obopólne, pozytywne procesy, jakie zachodzą między jednostkami a ich szeroko rozumianymi kontekstami, które doprowadzają zarówno do zmian w jednostkach, jak i kontekstach. Nie stanowią one prostego dopasowania, a raczej konstruktywny proces optymalizacji wzajemnych relacji. Relacje rozwojowe dotyczą procesów biologiczno-fizjologicznych, behawioralnych, społecznych, a także fizycznych, ekologicznych, kulturowych i historycznych. Zakorzenie w kulturze i historii oznacza, że zmiany w relacji jednostka – kontekst mogą zachodzić w czasie i miejscu. Z kolei plastyczność to potencjał systematycznych zmian w relacjach jednostka – kontekst, opisujący wielość kierunków rozwoju. Wiąże się z nią kwestie woli i gotowości do zmiany oraz uważności na rozwój (Lerner, Schmid, 2013). Plastyczność jest podstawą rozwoju. Kombinacje zmiennych na zintegrowanych poziomach organizacji w ramach systemu rozwojowego mogą się różnić u poszczególnych osób i grup, co jest zjawiskiem prawidłowym i pożądanym. Wskazuje to również na plastyczność systemu. Założenia o istnieniu potencjału rozwojowego oraz plastyczności legitymizują optymistyczne i proaktywne poszukiwanie takich cech jednostek i ich ekologii, które razem wspierają pozytywnego rozwoju człowieka przez całe życie (Lerner i in., 2012). Ważne jest utrzymanie lub wzmacnianie powiązań, czyli dbanie o rezyliencję. Podsumowując, teorie relacyjnych systemów rozwojowych odpowiadają na pytanie: jak cechy indywidualne jednostek oraz kontekst, w ramach którego mniej lub bardziej pośrednio egzystują, stanowią podstawę indywidualnego zachowania i rozwoju? (Lerner i in., 2015).

1.2.2.2. Podstawowe tezy koncepcji pozytywnego rozwoju

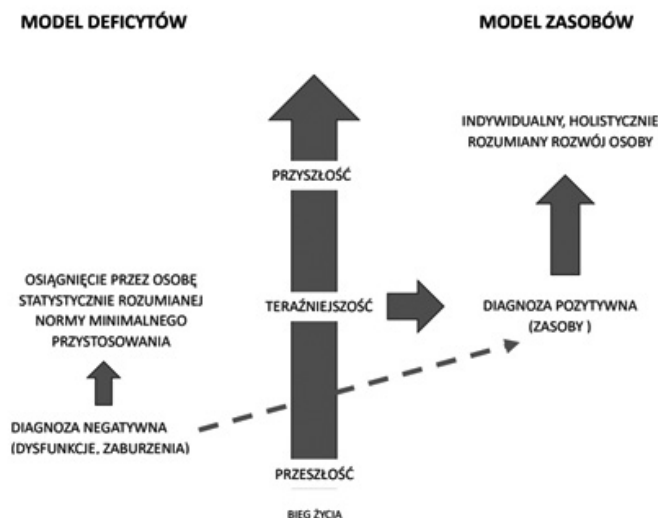
Omówione wyżej koncepcje silnie podkreślają wzajemne związki człowieka i środowiska, podkreślając ich znaczenie dla rozwoju. Opierając się na powyższym, sformułowano podstawowe tezy koncepcji pozytywnego rozwoju (Benson i in., 2007):

1. Wszyscy ludzie mają wrodzoną zdolność do pozytywnego wzrostu i rozwoju.

Koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży wyłania się jako alternatywa dla tradycyjnej profilaktyki, która zorientowana była w pierwszej kolejności na próby wyeliminowania zachowań ryzykownych, koncentrując się na grupach szczególnego ryzyka. Towarzyszyło jej założenie o „słabości” dzieci i młodzieży, które bez kontroli dorosłych nie są w stanie unikać kłopotów, zaś działania zorientowane były na osiągnięcie normy. Koncepcja PYD widzi młodych ludzi jako źródło, które należy pielęgnować, a nie problem, którym należy zarządzać (Benson i in., 2007). Bazuje na przekonaniu, że dzieci z natury są odporne, a nie delikatne i wrażliwe na sytuacje trudne. Znalazło ono oparcie w prowadzonych pod koniec XX wieku badaniach E.E. Werner (2013) oraz B. Benard (1991). Oba badania prowadzone były wśród dzieci i młodzieży żyjących w warunkach podwyższonego ryzyka, które mimo to dobrze się rozwijały, co było związane z odpornością, rozumianą jako swoisty, wyuczalny wzorzec adaptacyjny. Zdaniem B. Benard składały się na niego takie elementy, jak: wytrwałość, nadzieja, wytrzymałość, orientacja na cel i sukces, realistyczne oczekiwania, motywacja, aspiracje edukacyjne, wiara w przyszłość, poczucie przewidywalności i celu oraz poczucie koherencji (Benard, 1991). Stąd celem działań powinno być znalezienie potencjałów młodych ludzi, zamiast skupiać się na ich deficytach. Co jednak ważne, koncepcja PYD zakłada, że ze wsparcia powinny korzystać nie tylko dzieci w ryzyku. Podkreśla się w niej, że brak zachowań ryzykownych u młodego człowieka nie musi oznaczać, że nie doświadcza on problemów i jest dobrze przygotowany do życia. Jednocześnie nie można uznać tego stanu rzeczy za sukces, bowiem ten związany jest nie ze stagnacją, ale ze zmianą.

Zmiana perspektyw postrzegania młodzieży jest kluczowa dla organizacji działań, ale determinuje również proces diagnostyczny. Założenie o naturalnej, wewnętrznej dążności do rozwoju i posiadaniu przez młodych ludzi wszystkich koniecznych do tego instrumentów powoduje, że diagnoza ukierunkowana jest na identyfikację szeroko rozumianych zasobów oraz poszukuje ścieżek, dzięki którym dzieci i młodzież stają się zmotywowanymi, ukierunkowanymi i kompetentnymi społecznie, empatycznymi i odpornymi psychicznie dorosłymi. M. Rutter (2013) podkreśla konieczność indywidualnej oceny potrzeb w odniesieniu do konkretnego środowiska, zamiast zakładania, że wszystkie czynniki ryzyka i ochronne mają podobne skutki we wszystkich warunkach u wszystkich ludzi. Według R. Catalano

i jego współpracowników (1999) pozytywny rozwój młodzieży ma na celu wzmacnianie co najmniej jednego z następujących obszarów: więzi, odporność, kompetencje społeczne, kompetencje emocjonalne, kompetencje poznawcze, kompetencje behawioralne, kompetencje moralne, samostanowienie, duchowość, poczucie własnej skuteczności, tożsamość, wiara w przyszłość, uznanie dla pozytywnych zachowań, możliwość zaangażowania prospołecznego i norm prospołecznych. Różnice między profilaktyką opartą na tradycyjnym podejściu i zorientowaną na pozytywny rozwój młodzieży ilustruje schemat 3.



Schemat 3. Różnice w modelu profilaktyki opartej na deficytach i zasobach

Źródło: Opracowanie własne.

Tak jak celem diagnozy nie jest identyfikacja czynników ryzyka i odtwarzanie genezy problemów, tak i działania w ramach koncepcji PWM nie zmierzają do osiągnięcia statystycznie rozumianej normy czy braku kłopotów. R.M. Lerner, C.B. Fisher i R.A. Weinberg (2000) wyraźnie podkreślają, że zapobieganie aktualizowaniu się zachowań ryzykownych nie jest tym samym, co podejmowanie działań promujących pozytywny rozwój młodzieży (w sensie kształtowania cech i kompetencji na przyszłość). Programy i polityki, które zapobiegają pojawianiu się zachowań ryzykownych, niekoniecznie przygotowują młodych ludzi do wniesienia wkładu w społeczeństwo obywatelskie (Lerner i in., 2000). W ramach pozytywnego rozwoju młodzieży kluczowa jest orientacja na przyszłość, na odkrywanie, rozwijanie kompetencji emocjonalnych i poznawczych, umiejętności, talentów młodego człowieka, dzięki czemu może obecnie i w przyszłości lepiej funkcjonować w roz-

maitych kontekstach i rolach społecznych. W. Damon (2004) podkreśla, że działania zorientowane na rozwój są szczególnie ważne w przypadku młodych ludzi pochodzących ze środowisk defaworyzowanych i tych z najbardziej problemową historią, którzy nie otrzymują naturalnych wzmocnień ze swoich środowisk wychowawczych. Należy podkreślić, że konceptualizacja pozytywnego rozwoju obejmuje nie tylko indywidualny rozwój dobrobytu, ale także szeroko rozumiane dobro społeczne.

2. Warunkiem koniecznym do pozytywnego rozwoju jest osadzenie trajektorii życiowej we wspierających rozwojowo relacjach i kontekstach środowiskowych.

Rozwój jednostki jest wypadkową różnych sił, zarówno o charakterze biologicznym, związanych z dojrzewaniem organizmu i naturalnym dążeniem do rozwoju, jak i o charakterze społecznym, jako efekt stymulacji płynącej z otoczenia, głównie *via* inni ludzie. Nie bez znaczenia pozostaje również środowisko fizyczne. Wszystkie te aspekty wyznaczają ramy rozwoju człowieka, ale, co ważne, w sposób współzależny się zmieniają. Należy podkreślić, że konteksty rozwojowe są inne dla każdego człowieka, zaś ich odmienność jest efektem nałożenia się na siebie wpływów środowiska wewnętrznego otoczenia jednostki i tego, w jaki sposób ten fakt jest interpretowany przez człowieka (Brzezińska, 2007). Tym samym bezcelowe są działania jednostronne, nieuwzględniające całego kontekstu życia młodego człowieka, specjalistyczne, zmierzające do „uleczenia” młodzieży. Działania winny mieć charakter holistyczny, obejmować wszystkie konteksty życia po to, aby przez ich poprawę stworzyć lepsze warunki rozwojowe. Nacisk na budowanie pozytywnych kontekstów jest związany z założeniem, że to nie młodzież jest problemowa, tylko raczej warunki, w których żyje, nie dają jej szans na odkrycie i wykorzystanie jej zasobów. Tym samym kluczowe dla pozytywnego rozwoju jest budowanie pozytywnych kontekstów środowiskowych, formacyjnych w postaci współpracujących ze sobą rodziny, szkoły, organizacji społecznych, sąsiedztwa, finalnie całej społeczności. Zmiany w kontekstach zmieniają osobę (Benson i in., 2007).

Istnieją dwie zasadnicze przesłanki wskazujące konteksty środowiskowe jako kluczową arenę pozytywnego rozwoju młodzieży. Pierwsza związana jest z faktem, że czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z zachowaniami ryzykownymi istnieją w wielu domenach ekologicznych (rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza, sąsiedztwo), wzajemnie na siebie wpływając. W związku z tym działania profilaktyczne muszą przyjmować holistyczną perspektywę. Druga przesłanka wynika z wyjątkowego znaczenia najbliższego otoczenia człowieka dla jego rozwoju. „Osobowość jest córką społeczności” – pisał dziewiętnastowieczny francuski socjolog Jean Izoulet (Pilch, 2000), zaś społeczność stanowi „inkubator pozytywnego rozwoju” (Benson i in., 2007). W koncepcji PYD zakłada się, że brak aktywnego uczestnictwa w lokalnym środowisku uniemożliwia człowiekowi pełne wykorzystanie swoich zasobów oraz przyswojenie wzorców i oczekiwań przenoszonych

z makrostruktury społecznej. Społeczność lokalna przez bezpośrednie, powtarzalne relacje międzyludzkie, oparte na wspólnych kulturowych wzorcach i potrzebach, pozwala w pełni rozwijać kompetencje społeczne, podejmować role społeczne oraz adaptować się do różnych kontekstów. Społeczność lokalna jest przestrzenią przyswajania wzorców zachowań, interpretacji zdarzeń oraz budowania podstawowych relacji społecznych. Jej relatywna stałość buduje poczucie stabilności, co jest szczególnie istotne w okresie dzieciństwa, kiedy to kształtują się wzorce przywiązania i relacje społeczne, mające wpływ na całe życie. Silne związki z miejscem wzmacniają poczucie przynależności, umacniają podmiotowość i zachęcają do działania. Dodatkowo środowisko lokalne jest przestrzenią, w której jednostka rozwija umiejętności współżycia i współpracy przez uczestnictwo w lokalnych formach organizacji społecznej. Przez uczestnictwo w lokalnych wydarzeniach społecznych, imprezach kulturalnych czy działaniach wolontariackich młodzież może budować silne więzi społeczne zarówno z rówieśnikami, jak i z innymi członkami społeczności lokalnej. Środowisko lokalne oferuje młodzieży różnorodne możliwości zaangażowania społecznego, takie jak udział w organizacjach młodzieżowych, wolontariat czy aktywność w lokalnych projektach społecznych. To pozwala młodym ludziom rozwijać umiejętności przywództwa, współpracy i aktywnego obywatelstwa. Tworzone w ramach lokalnych społeczności więzi społeczne pełnią rolę zarówno mechanizmu kontroli społecznej, jak i źródła poczucia przynależności i wspólnoty. Bez wątpienia są one kluczowymi czynnikami zapewniającymi ciągłość społeczną. Środowisko lokalne przez realizację różnorodnych funkcji, takich jak produkcja, dystrybucja, konsumpcja, socjalizacja, kontrola społeczna, partycypacja czy wzajemna pomoc, umożliwia jednostce nie tylko fizyczne przetrwanie, ale również rozwój na płaszczyźnie społecznej, kulturowej i cywilizacyjnej. Mimo tempa zmian współczesnej cywilizacji społeczności lokalne okazują się „uniwersalnym i najtrwalszym elementem naszego otoczenia” (Pilch, 1995), od urodzin po kres życia. Z tego też powodu stają się one najlepszą przestrzenią do wspierania pozytywnego rozwoju młodzieży.

W tym kontekście przedstawiciele koncepcji zwracają uwagę na kwestie zaangażowania rodzin z dorastającymi dziećmi. Jest to bowiem grupa, która często traci kontakt ze społecznością z uwagi na rosnącą mobilność i samodzielność potomstwa. Ważne jest stworzenie przestrzeni, gdzie adolescenti i ich rodzice, ale również inni dorośli mogliby razem spędzać czas wolny i otrzymać wzajemne wsparcie. Społeczność winna tworzyć dla młodzieży warunki do podejmowania przez nią zadań społecznych szczególnie docenianych przez dorosłych (udział w samorządzie, wolontariacie, inicjatywy związane z lokalną infrastrukturą) oraz możliwość udziału w wysokiej jakości doświadczeniach zawodowych, które są kluczowe dla przeszłego zatrudnienia. Niebagatelna jest również rola lokalnych mediów, których narracja o młodych ludziach winna podkreślać ich potencjały, a nie koncentrować się na deficytach i zagrożeniach.

Celowe wysiłki na rzecz zmiany kontekstu w celu osiągnięcia sukcesu rozwojowego znajdują potwierdzenie w licznych badaniach. Szczególnie ważne okazują się w tym kontekście: wzmacnianie relacji między dorosłymi i młodzieżą, promocja pożądaných społecznie norm, rozwój kompetencji społecznych oraz zapewnienie młodzieży możliwości samostanowienia i działania (Benson i in., 2007).

3. „Sieciowanie” młodzieży – promowanie pozytywnego rozwoju jest najbardziej efektywne, kiedy młodzież uczestniczy w wielu bogatych rozwojowo relacjach i kontekstach środowiskowych.

Koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży opiera się na założeniu podmiotowości młodych ludzi. Działania młodzieży, które są jej wyrazem, wpływają na kontekst i na osoby się w nim znajdujące. Zaangażowanie powoduje, że młodzież zaczyna postrzegać społeczeństwo jako konstrukt ludzi-aktorów i tworzonych przez nich grup wraz z potrzebami, interesami oraz strategiami działań, a nie jakiś daleki, abstrakcyjny byt. Staje się jego częścią. Podejmując aktywności na rzecz najbliższego otoczenia, młodzież nie tylko podnosi jego jakość, ale także rozwija siebie w zakresie wiedzy ogólnej, ale także kompetencji społecznych i umiejętności. Pokłosiem zaangażowania jest również idący w przestrzeń społeczną sygnał o gotowości i sprawczości młodzieży. Badania nad zaangażowaniem nastolatków wskazują, że ci, którzy podejmują działania w i na rzecz swojego otoczenia, mają wyższy poziom samooceny, charakteryzuje ich wewnętrzne umiejscowienie kontroli, są bardziej optymistycznie nastawieni do świata i przyszłości, bardziej ich również ciekawi niż ich biernych kolegów (Hunter, Csikszentmihalyi, 2003). Doświadczenie sukcesu sprzyja podejmowaniu wyzwań w przyszłości, ale stanowić może również przykład i zachętę dla innych osób. Lerner podkreśla, że działalność lokalna młodzieży stanowi formę wspierania ideałów równości, demokracji, sprawiedliwości i wolności osobistych. Ma to jego zdaniem niebagatelne znaczenie dla budowania społeczeństwa obywatelskiego. „Dobrze funkcjonująca młodzież staje się generatywnymi dorosłymi dzięki stopniowemu wzmacnianiu zachowań cenionych w jej specyficznej kulturze i odzwierciedlających uniwersalną strukturalną wartość wkładu w społeczeństwo obywatelskie” (Lerner, Dowling, Anderson, 2003). Młodzieńcze zaangażowanie kształtuje poczucie odpowiedzialności za siebie i innych.

4. Efekty pozytywnego rozwoju młodzieży są dostępne dla wszystkich, którzy funkcjonują w relacjach i kontekstach środowiskowych.

Czynniki osobowe i czynniki kontekstowe (zorientowane na: szkoła ucznia, wspierająca rodzina, prospołeczna grupa rówieśnicza) współwystępują i wzajemnie się wzmacniają. Oznacza to, że zwiększenie aktywów jednego rodzaju ma tendencję do zwiększania drugiego. Z tego też powodu celem profilaktyki powinno być roz-

wijanie całej społeczności, a nie koncentracja na problemach i próbach ich rozwiązania. Inwestycja i potencjalne zyski z rozwoju społeczności są zwykle odczuwalne przez wszystkich, ale nie można tracić z oczu kwestii, że dystrybucja nie zawsze jest równomierna i tym samym sprawiedliwa. Stąd też specjalna uwaga powinna być poświęcona osobom i grupom ryzyka, które wymagają dodatkowego wzmocnienia, aby móc w pełni skorzystać z dobrodziejstw rozwoju społeczności. Podjęcie pracy w społeczności musi mieć charakter długofalowy, obejmować wszystkie konteksty rozwojowe i mobilizować je wokół norm, wartości i celów.

5. Społeczność jest realnym i krytycznym „systemem dostarczania” pozytywnego rozwoju młodzieży.

Syntetyzując wyniki refleksji teoretycznej oraz licznych badań nad pozytywnym rozwojem młodzieży, można powiedzieć, że elementami niezbędnymi do owego rozwoju są: 1) troskliwi dorośli, 2) bezpieczne miejsca, 3) zorganizowane zajęcia (czas wolny), 4) możliwość zaangażowania w działalność społeczną i 5) zdrowy start. Przestrzenia, która jest w stanie zapewnić wszystkie te elementy, jest społeczność lokalna. Tworzące ją zróżnicowane konteksty społeczne (relacje, programy, rodzina, środowisko lokalne, szkoła) umożliwiają młodym ludziom zdobywanie doświadczeń, wsparcia i możliwości działania, które wzmacniają wszechstronnie rozumiany rozwój. Kluczowa jest promocja, udostępnianie młodzieży możliwości samostanowienia i działania na rzecz samych siebie i społeczności. Zintegrowanie i współdziałanie kontekstów środowiskowych budują „redundancję rozwojową” (Benson i in., 2007). Mobilizacja społeczności ku promowaniu pozytywnego rozwoju młodzieży musi opierać się nie tylko na formalnych organizacjach i programach, ale również na nieformalnych więziach, normach i relacjach. Tam, gdzie dorośli działają wedle kierowanych do młodych oczekiwań, szansa na pozytywny rozwój jest większa. Równie ważne jest podzielenie oczekiwań względem młodzieży, rozumienie, jakie zachowania są akceptowane oraz co zrobić, gdy ktoś przekroczy granicę.

Promotorzy koncepcji PYD szczególnie uwagę zwracają na kwestie oddziaływań skierowanych do rodziny oraz szkoły jako kluczowych agend socjalizacyjnych. Badania wskazują, że wysokiej jakości rodzicielstwo jest kluczowym predyktorem pozytywnego rozwoju. Z tego powodu priorytetem powinna być praca „z” i „w” rodzinie, a nie z samym dzieckiem, zmierzająca do zmiany zachowań rodziców, a w efekcie zmiany w relacjach z dziećmi. Jeśli chodzi o szkołę, to jej działania nie mogą ograniczać się do wymiaru dydaktycznego, ale równie ważnym celem powinno być wzmacnianie prospołecznych postaw oraz modyfikacja kontekstów środowiskowych. Służy temu budowanie „więzi szkolnej”, której składowymi są: 1) przywiązanie do szkoły, czyli młodzież troszczy się o własną szkołę, 2) przywiązanie do personelu, czyli pozytywne relacje między grupami tworzącymi środowisko szkolne, 3) zaangażowanie w szkołę (uczestnictwo w zajęciach, korzystanie z jej

oferty, robienie również rzeczy spoza obowiązkowego programu), 4) zaangażowanie szkoły (działania na rzecz młodych, otwarcie szkoły na społeczność, szkoła jako miejsce integracji) (Benson i in., 2007). Wraz z grupami rówieśniczymi, instytucjami oraz organizacjami i inicjatywami lokalnymi mają one budować kompetencje społeczno-emocjonalne młodych, zapewniać im okazje do uczestnictwa, dostarczać wzmocnień oraz pochwał za pozytywne zachowania, a także kształtować prospołeczną tożsamość.

W koncepcji PYD wskazuje się, że praca na poziomie rodziny czy społeczności, a najlepiej praca zintegrowana w obu tych kontekstach jest bardziej efektywna niż praca z samym adolescentem. Należy jednak pamiętać, że zmiany w kontekstach muszą obejmować nie tylko zmiany struktur i funkcjonowania formalnych instytucji, ale także nieformalne normy i relacje. Młodzież lepiej sobie radzi w tych środowiskach, w których dorośli dzielą wspólne wartości i przekładają je na działania, również w zakresie definiowania reguł i oczekiwań (Benson i in., 2007). Długofalowe i wieloaspektowe zaangażowanie kontekstów środowiskowych przekłada się nie tylko na dobrostan jednostkowy, ale także społeczny.

6. Młodzież jest głównym podmiotem własnego rozwoju i stanowi znaczący (i niedostatecznie wykorzystany) zasób do tworzenia relacji i kontekstów środowiskowych umożliwiających jej pozytywny rozwój.

Koncepcja PYD kładzie nacisk na mocne strony młodzieży, na przejawiane możliwości, a nie suponowane niezdolności młodych ludzi. Młodzież stanowi główny podmiot własnego rozwoju, posiadając potencjał i energię do kształtowania swojej przyszłości. W koncepcji pozytywnego wzrostu młodzieży kluczowe jest to, że młodzież sama te konteksty zmienia, a nie jest w nie „wmontowywana”, co zwykle wymusza na niej jakieś dostosowanie i zaakceptowanie wizji, która zwykle nie jest ich własną. Zachęcanie do partycypacji społecznej oraz angażowanie młodych ludzi w lokalne inicjatywy może przyczynić się do budowania więzi społecznych oraz rozwijania umiejętności przywódczych i społecznych. Jest to istotny zasób społeczny, który często pozostaje niedostatecznie wykorzystany. Jednakże właściwie prowadzone relacje oraz odpowiednio tworzone konteksty środowiskowe mogą stanowić klucz do odblokowania tego potencjału i umożliwienia młodym ludziom pozytywnego rozwoju. Co jednak ważne, wspieranie młodzieży nie polega jedynie na dostarczaniu jej gotowych rozwiązań czy narzędzi, lecz na stworzeniu warunków sprzyjających samodzielności, innowacyjności i rozwojowi osobistemu. Przez budowanie relacji opartych na zaufaniu oraz otwartej komunikacji młodzi ludzie mogą poczuć się wspierani i zmotywowani do eksplorowania swoich pasji, zdolności i celów życiowych (Sawicki, 2018).

Kontekst środowiskowy odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu doświadczeń młodzieży. Tworzenie inspirujących miejsc spotkań, edukacyjnych programów czy

dostępnych mentorów może istotnie wpłynąć na rozwój młodych osób. Ponadto promowanie inkluzji społecznej i akceptacji różnorodności sprzyja budowaniu pozytywnego środowiska, w którym każdy ma szansę rozwijać się i odnosić sukcesy. Młodzież jest nie tylko odbiorcą, ale także aktywnym uczestnikiem procesu tworzenia swojego otoczenia. Inwestycja w młodzież nie tylko przynosi korzyści jednostkom, ale również może mieć pozytywny wpływ na całe społeczeństwo, tworząc bardziej dynamiczne, otwarte i zrównoważone społeczności (Sampson, Raudenbush, Earls, 1997).

Znaczenie aktywności młodzieży wynika z tego, że: 1) młodzież najskuteczniej zmienia kontekst środowiskowy i siebie, 2) uruchamiane przez nią działania mają często charakter kumulatywny – pierwsze dobre doświadczenia skutkują gotowością do podejmowania kolejnych, wzrasta poczucie sprawstwa, ale również rozszerza się perspektywa widzenia przestrzeni, młodzi dostrzegają możliwe zmiany, ośmielają się w działaniach. Działanie w środowisku lokalnym kształtuje postawy obywatelskie. Jest ono również poligonem budowania relacji społecznych, rozwijania kompetencji społecznych oraz budowania kapitału społecznego. Badania zaangażowanych w działania nastolatków pokazują, że mają oni wyższą samoocenę, wewnętrzne umiejscowienie kontroli, co powoduje, że są pewniejsi w działaniach, potrafią dokonywać wyborów, są bardziej optymistyczni, patrząc na swoją przyszłość i bardziej zadowoleni obecnie. Co ważne, ich odbiór społeczny jest również o wiele lepszy w porównaniu z rówieśnikami, którzy przyjmują bierną postawę (Hunter, Csikszentmihalyi, 2003). Zaangażowanie młodych otwiera ich również na rodziców, co oznacza lepszą komunikację oraz wspólne aktywności. J. Younnis z zespołem (1997), badając uwarunkowania aktywności obywatelskiej, doszedł do wniosku, że zaangażowanie młodzieży ma nie tylko pozytywny wpływ na jej poczucie sprawstwa, ale również kształtuje pozytywny obraz świata i innych ludzi. Zaangażowani młodzi postrzegają świat jako przestrzeń przyjazną i przewidywalną, zaś ludzi widzą jako aktorów z różnymi potrzebami. Ów świat jawi się młodym jako przestrzeń podatna na zmiany, do działania, a nie jako z góry narzucona i niezmienna, a przy tym często groźna.

Pozytywne podejście do rozwoju młodzieży ma holistyczny charakter, bierze pod uwagę całą społeczność w odniesieniu do wszelkich aspektów rozwoju i funkcjonowania dziecka. Dziecko jest partnerem w relacji społeczność – dziecko, posiadającym pełnię praw i obowiązków jemu przynależnych (Damon, 2004).

1.2.2.3. Modele teoretyczne pozytywnego rozwoju młodzieży

Doświadczenia płynące z praktyki, szeroki front rozważań teoretycznych wraz z licznymi badaniami pozwolił na wykrystalizowanie się kilku modeli pozytywnego rozwoju młodzieży. Stanowią one podstawę konstruowania i ewaluowania progra-

mów profilaktycznych opartych na koncepcji PYD. Punktem wspólnym jest założenie o naturalnym potencjalnie rozwojowym młodzi, którego rozwój dokonuje się w i przez interakcje z kluczowymi rozwojowo kontekstami środowiskowymi.

Jedną z najwcześniejszych koncepcji pozytywnego rozwoju jest stworzony w latach 90. XX wieku przez P. Bensona model aktywów rozwojowych. Benson zakładał istnienie aktywów dwojakiego rodzaju: zewnętrznych (20) – związanych z charakterystyką i funkcjonowaniem środowiska życia i 2) wewnętrznych (20) – określanych jako umiejętności i kompetencje osoby, które pozostając ze sobą w interakcji, zapobiegają zachowaniom ryzykownym, ale przede wszystkim wspierają rozwój młodego człowieka. Aktywa zewnętrzne uporządkowane zostały w cztery kategorie: 1) wsparcie, 2) wzmocnienie pozycji, 3) granice i oczekiwania oraz 4) konstruktywne wykorzystanie czasu. Kategoria wsparcia odnosi się do pozytywnych, pełnych szacunku i troski relacji rodzinnych, pozytywnej, otwartej komunikacji w rodzinie, gdzie dorośli pozostają źródłem pomocy dla dzieci i młodzieży. To również podobne relacje z innymi dorosłymi, w tym także sąsiadami, którzy są życzliwi i troskliwi wobec młodego człowieka. Wsparcie obejmuje również klimat szkoły, sprzyjający rozwojowi młodego człowieka, dający mu przestrzeń do podejmowania ważnych dla niego działań, ale także angażujący rodziców w osiąganie sukcesu edukacyjnego. Kategoria wzmocnienia pozycji odnosi się do tego, w jaki sposób postrzegana jest młodzież i jaką wyznacza się jej pozycję w społeczności. Pozytywnemu rozwojowi służy dostrzeganie potencjałów i kompetencji młodych, co sprzyja powierzaniu im odpowiedzialnych ról w społeczności, tworzenie okazji do samodzielnego działania. Ważnym aspektem tej kategorii jest również budowanie u młodzieży poczucia bezpieczeństwa, ale także kontroli. Młodzi muszą wiedzieć, że ich działania nie są pozostawione same sobie. Kategoria granic i oczekiwań związana jest z respektowaniem przestrzeni oddziaływań poszczególnych instytucji, ale także zasad w nich obowiązujących. Co za tym idzie, instytucje są zobowiązane do monitorowania młodych i reagowania w momencie przekraczania przez nich reguł. Ta kategoria odnosi się do dostarczania pozytywnych wzorców przez dorosłych, ale również przez rówieśników. Przez zasady i wzory wyrażają się oczekiwania wobec młodzieży. Jeśli chodzi o kategorie wewnętrzne, to przede wszystkim odnoszą się one do: 1) zaangażowania w naukę, 2) zinternalizowanych wartości, 3) kompetencji społecznych i 4) pozytywnej tożsamości. Zaangażowanie wiąże się z motywacją do osiągania dobrych wyników w nauce oraz podejmowanie dodatkowych działań w tym zakresie. To również dbanie i działania na rzecz szkoły. Kategoria ta obejmuje działania na rzeczy innych (wolontariat) oraz przywiązanie do poszanowania równości i sprawiedliwości społecznej. Wśród wartości wspierających pozytywny rozwój wskazano uczciwość, odpowiedzialność oraz powściągliwość (rozumianą generalnie w kategoriach niepodjęcia aktywności intymnej czy używania substancji psychoaktywnych). Obszar kompetencji społecznych obejmuje zdolność podejmowania decyzji, umiejętności interpersonalne (empatia, wrażliwość,

budowanie i podtrzymywanie relacji) oraz asertywność. Pozytywna tożsamość kształtuje się dzięki poczuciu sprawstwa, wysokiej i realistycznej samooceny oraz optymistycznego spojrzenia w przyszłość (Benson i in., 2007).

Zdaniem Bensona aktywa mają charakter uniwersalny, co oznacza, że są ważne dla młodzieży z wszystkich grup społecznych, przy czym ich dostępność nie jest równo dystrybuowana. Jednym z zadań profilaktyków jest poszukiwanie dróg do ich zaaktywizowania i integracji, zatem w koncepcji pozytywnego rozwoju zmiana powinna mieć charakter zamierzony. Benson wskazuje na dwa rodzaje koniecznych „spiętrzeń”, czyli kumulacji. „Spiętrzenie pionowe” odnosi się do indywidualnych cech dziecka, zaś „spiętrzenie poziome” jest związane ze współpracą kontekstów środowiskowych, w których obraca się dziecko. Nałożenie się na siebie obu spiętrzeń podnosi szanse zarówno na aktualny dobrobyt, jak i przyszły sukces (Benson i in., 2007).

Idea spiętrzeń stanowi silne nawiązanie do koncepcji systemowej U. Bronfenbrennera, który założył, że za rozwój człowieka odpowiadają interakcje między poszczególnymi poziomami systemu – od biologicznie ujmowanego organizmu przez osobowości, relacje, instytucje społeczne, kulturę i historię. Ale relacja ta nie ma charakteru jednostronnego – młodzież w systemach jest jednocześnie „twórcą” i „tworzywem” – zmienia konteksty, jednocześnie zmieniając siebie. Benson podkreślał, że okresem, w którym te procesy zachodzą, szczególnie dynamiczne jest dojrzewanie. To czas kształtowania tożsamości i budowania autonomii, ale także tworzenia i odkrywania znaczeń. Czas, który z uwagi na doniosłość tych zadań uwalnia szczególną energię do świata relacyjnego i społecznego nastolatków. Te trzy zadania aktywizują młodzież jako „współproducentów” ich rozwoju. Jednocześnie młodzież optymalizuje swoje działania, wybierając z systemu wsparcia rozwojowego te elementy, które pozwalają budować psychologiczną i społeczną przewagę dla osiągnięcia priorytetowych celów osobistych. Wybór ma związek z preferencjami danej osoby (np. nauka gry na instrumencie, znalezienie przyjaciół, rozwijanie talentu), ale też z cechami środowiska, które stają się przestrzenią realizacji celów. Optymalizacja obejmuje również kwestie (samo)kontroli. Koncepcja pozytywnego rozwoju Bensona zakłada, że nastolatki będą dążyć do znalezienia i/lub stworzenia optymalnych warunków rozwojowych, nawet wówczas, gdy stopień ich swobody jest ograniczony, np. podejmując działania kontrkulturowe (Benson i in., 2007). Jak już zostało wielokrotnie powiedziane, kluczowym czynnikiem zmiany młodzieży są zmiany kontekstu środowiskowego. Zdaniem Bensona drogą do uruchomienia zmiany jest budowanie „spiętrzenia poziomego”, bo ono pozwala na generowanie aktywów dla wszystkich młodych ludzi, a nie tylko tych „zagrożonych”. Zmiana społeczności może dokonywać się przez: 1) zwiększenie integracji i wzajemnej uważności kontekstów/środowisk rozwojowych, 2) angażowanie dorosłych w budowanie trwałych, pozytywnych relacji z młodzieżą, ale i innymi dorosłymi, 3) mobilizowanie zaangażowania młodzieży do budowy zasobów indywidualnych

i społecznych przez działania na rzecz całej społeczności (chodzi o „uwolnienie” naturalnej zdolności młodzieży do angażowania się, uczenia, zmiany), 4) aktywizacja wszystkich podmiotów w społeczności, tj. rodziny, szkoły, organizacji pozarządowych oraz instytucji rządowych, 5) „ożywienie” programów, czyli zachęcanie dzieci i młodzieży do udziału w programach, ale również dopasowywanie ich do potrzeb zainteresowanych grup, 6) budowanie zaangażowania obywatelskiego przez tworzenie okazji do tego, aby młodzież mogła się angażować i wykorzystywać swoje zdolności, jednocześnie je rozwijając i wzmacniając. Celem działań profilaktycznych w tej teorii jest maksymalizacja potencjału, nie tylko jako celu samego w sobie, ale także w kontekście zapobiegania zachowaniom ryzykownym (Benson i in., 2007).

Tabela 5. Teorie pozytywnego rozwoju młodzieży P. Bensona i R.M. Lerner w ujęciu porównawczym

Koncepcja	Model aktywów rozwojowych P. Bensona	Koncepcja 5C R.M. Lerner
Główne założenia	– Młodzież ma naturalny potencjał rozwojowy – Rozwój zależy od interakcji z kluczowymi kontekstami środowiskowymi – Aktywa wspierają rozwój	– Rozwój wynika z interakcji między młodzieżą a środowiskiem – Pozytywne zmiany w jednostce i środowisku prowadzą do dobrostanu jednostki i społeczeństwa
Kluczowe elementy	– Aktywa zewnętrzne (wsparcie, wzmocnienie pozycji, granice, konstruktywne wykorzystanie czasu) – Aktywa wewnętrzne (zaangażowanie, wartości, tożsamość)	– 5C: kompetencje (społeczne, poznawcze, akademickie, zdrowotne, zawodowe), pewność siebie, więź, charakter, troska – Szóste C: wkład społeczny
Cel	– Maksymalizacja potencjału młodzieży – Zapobieganie zachowaniom ryzykownym – Tworzenie wspierających środowisk rozwojowych	– Rozwój indywidualny i społeczny – Redukcja zachowań ryzykownych – Budowanie zaangażowanego społeczeństwa obywatelskiego

Źródło: Opracowanie własne.

Równie ciekawą koncepcją jest ta opracowana przez R.M. Lerner, który podobnie jak Benson uważa, że zmiany w całym okresie życia człowieka są napędzane przez dynamiczne relacje między jednostką a wieloma poziomami środowiska człowieka (rodzina, grupy rówieśnicze, szkoła, społeczność lokalna, kultura), które wszystkie zmieniają się współzależnie w czasie. Podnosi w ten sposób aspekty temporalności, plastyczności i regulacji rozwojowej. Jeśli mocne strony młodzieży wraz z jej zdolnościami adaptacyjnymi, pozytywnym ustosunkowaniem do przyszłości oraz szkolnym zaangażowaniem zostaną powiązane z kontekstami prorozwojowymi rodziny, szkoły, społeczności lokalnej (np. w postaci dorosłych, którzy potrafią stworzyć dla młodzieży pozytywne, opiekuńcze środowisko, które będzie wzmacniać i motywować), to ustanowione zostaną warunki optymalizujące pozytywny rozwój. Lerner podkreśla, że nie tylko człowiek kreatywnie wykorzystuje dostępne mu zasoby, ale

potrafi je również generować wedle własnych potrzeb, stając się impulsem do zmian w otoczeniu człowieka. Innymi słowy konsekwencje tych zrównoważonych interakcji, zwłaszcza gdy są częste i trwałe, można zaobserwować zarówno na poziomie indywidualnym, jak również społeczności. Dobrze rozwijająca się młodzież powinna wносить wkład nie tylko w siebie, ale także swoją rodzinę, społeczności i społeczeństwo obywatelskie. Zaangażowanie młodego człowieka nie tylko pozwala się mu rozwijać, ale stanowi również mechanizm hamujący, jeśli chodzi o zaangażowanie w zachowania ryzykowne (Lerner i in., 2011, 2017).

Pozytywny rozwój młodzieży wyraża się przez osiąganie tzw. „5C”. Kolejno są to kompetencje (*competence*), pewność siebie (*confidence*), więź (*connections*), charakter (*character*) i troska (*caring*). Kompetencje to pozytywny pogląd na swoje działania w określonych obszarach, w tym społecznych, akademickich, poznawczych, zdrowotnych i zawodowych. Kompetencje społeczne odnoszą się do umiejętności interpersonalnych (np. budowania i utrzymywania kontaktów, rozwiązywania konfliktów). Kompetencje poznawcze związane są nie tyle z posiadaniem wiedzy, ile jej wykorzystaniem w procesie decyzyjnym. Kompetencje akademickie odnoszą się do wyników w szkole, co częściowo odzwierciedlają oceny szkolne, frekwencja i wyniki testów. Kompetencje zdrowotne obejmują kwestie sposobu odżywiania, ćwiczeń i odpoczynku w celu utrzymania dobrej kondycji. Kompetencje zawodowe związane są z predyspozycjami do wykonywania określonych czynności zawodowych, wiedzą specjalistyczną oraz szeroko rozumianym etosem pracy. Jeśli chodzi o pewność siebie, to w koncepcji Lenera jest ono rozumiane jako ogólna pozytywna samoocena oraz wewnętrzne przekonanie o własnej skuteczności. Kolejnym elementem są pozytywne więzi z ludźmi i instytucjami, które znajdują odzwierciedlenie w wymianie między jednostką a jej rówieśnikami, rodziną, szkołą i społecznością, w której obie strony przyczyniają się do relacji i czerpią z niej korzyści. Następnym wymiarem rozwoju jest charakter, rozumiany jako poszanowanie norm społecznych i kulturowych, posiadanie standardów prawidłowego zachowania, poczucie dobra i zła (moralność) oraz uczciwość. Ostatnim wymiarem jest troska, ujmowana w kategoriach zdolności do współodczuwania i empatii wobec innych. Rozwijając swoją koncepcję, Lerner uzupełnił ją o szóste C, czyli wkład (*contribution*), rozumiany jako zaangażowanie w działania na rzecz siebie, rodziny, społeczności i społeczeństwo obywatelskie. Zdaniem Lenera osiągnięcie wspomnianych sześciu C jest niezbędne do osiągnięcia indywidualnego dobrostanu, ale także rozwoju społeczeństwa obywatelskiego. Dobrze rozwijająca się młodzież powinna być pozytywnie zaangażowana i działać na rzecz poprawy swojego świata i, co ważne, tym samym powinna być mniej skłonna do podejmowania zachowań ryzykownych (Lerner i in., 2011, 2017; Ostaszewski, 2014; Sawicki, 2018).

Choć zręby koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży zaczęły kształtować się niemal pół wieku temu, to wciąż prezentuje ona potencjał teoretyczny i praktyczny. Współcześnie można ją traktować w trojaki sposób: 1) jako opis procesu

rozwojowego, 2) jako swoistą filozofię projektowania i realizacji oddziaływań profilaktycznych oraz 3) jako programy realizowane przez organizacje i instytucje. Bez wątpienia należy docenić ją za dostrzeżenie sił tkwiących zarówno w środowisku lokalnym, jak i samej młodzieży oraz konieczność ich zintegrowania. Zgodnie z koncepcją pozytywnego rozwoju kluczowe jest wspieranie dzieci i młodzieży przez cały okres ich życia, bez czekania na moment, kiedy młodzi ludzie staną się „zagrożeni” zaangażowaniem w negatywne, ryzykowne zachowania. W tej koncepcji wychodzi się z założenia, że promowanie optymalnego rozwoju przez wspieranie umiejętności, kompetencji, zainteresowań, cech i zdolności całej młodzieży od najmłodszych lat powoduje, że młodzi ludzie nie są podatni na negatywną presję rówieśników i nie są zainteresowani zachowaniami ryzykownymi. Zgodnie z koncepcją pozytywnego rozwoju, jeśli młodzi ludzie będą mieli wiedzę, umiejętności i wsparcie ze środowiska, które są im potrzebne, to będą się rozwijać, cieszyć dobrym zdrowiem, osiągać sukcesy ekonomiczne oraz wносить znaczący wkład w swoje społeczności lokalne.

1.3. Ryzyko i zasoby jako przestrzeń oddziaływań profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska, Maciej Muskała)

1.3.1. Ryzyko jako kategoria teoretyczna i praktyczna

Ryzyko jest naturalną i istotną częścią życia człowieka. Nie jest zadaniem łatwym jego zdefiniowanie, ale najprościej można powiedzieć, że jest ono związane z podejmowaniem zachowań, które przynoszą skutki pożądane i niepożądane przez jednostkę. To, jaka decyzja (a zarazem ryzyko) zostanie podjęta, zależy od kilku kwestii. Po pierwsze ryzyko dotyczy niemal wszystkich obszarów aktywności życiowej człowieka, np. w skali DOSPERT (Domain-Specific Risk-Taking Scale) ocenia się podejmowanie ryzyka w sześciu domenach: hazardu, inwestowania, wyborów etycznych i zachowań związanych ze zdrowiem/bezpieczeństwem, interakcjami społecznymi i rekreacją. Gotowość do ryzyka może obejmować wszystkie wymienione domeny albo ograniczać się do wybranej/wybranych. Po drugie podejmowanie ryzyka wiąże się z różnymi procesami psychologicznymi. W przypadku niektórych z nich dominują „gorące” procesy afektywne, podczas gdy inne obejmują głównie „zimne” procesy deliberacyjne. Po trzecie ryzyko powiązane jest z zyskiem lub stratą, która jest subiektywnie oceniana przez osobę. Po czwarte ludzie są skłonni więcej zaryzykować, mając na uwadze większy zysk. Po piąte należy przyjąć, że podejmowanie ryzyka jest skomplikowanym procesem psychospołecznym i nie można zredukować go do pojedynczych czynników (osobowość, postawa czy płeć) (Figner, Weben, 2011).

Wspomniana przed chwilą definicja i przywołane charakterystyki wskazują, że w ramach szerokiego ujęcia ryzyka mogą mieścić się różne kategorie zachowań ryzykownych, wśród których są pozytywne (społecznie akceptowane i korzystne dla dobrostanu i rozwoju, pozwalają odkrywać środowisko i osiągać istotne cele, ale także wzmacniające ich więzi ze społeczeństwem, np. podejmowanie przyjaźni, ubieganie się o awans, uczenie się nowych rzeczy), a także negatywne (antyspołeczne, krzywdzące dla samego „wykonawcy” lub osób, przedmiotów czy stanów rzeczy z jego otoczenia, np. używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne (brak zabezpieczenia, nieznany partner, okoliczności). Istnieją również działania ryzykowne, które nie poddają się jednoznacznej ocenie, choćby z uwagi na perspektywę ich rozpatrywania oraz kontekst społeczno-kulturowy (Fryt, Szczygiel, Duell, 2022, 2023). Co jednak ciekawe, tendencje do podejmowania ryzyka pozytywnego i negatywnego są ze sobą skorelowane, co oznacza, że osoba angażująca się w społecznie akceptowalne zachowania (np. sporty zespołowe, oddawanie krwi, protesty społeczne), angażuje się również w zachowania społecznie nieakceptowalne (np. zażywanie substancji psychoaktywnych). Ustalono również, że dla ich powstawania wspólnym kluczem jest poszukiwanie doznań („apetyt na ryzyko”) (Duell, Steinberg, 2019; Frey i in., 2017). Badania J. Fryt, N. Duell i M. Szczygiel (2023) pozwoliły ustalić, że u osób dorosłych wyższe pozytywne podejmowanie ryzyka wiązało się z lepszym ogólnym stanem zdrowia, większą aktywnością zawodową i społeczną, wyższą satysfakcją z życia, a także wyższą wrażliwością na nagrodę, tolerancją na niejednoznaczność i przyszłą perspektywą czasową oraz niższą wrażliwością na karę. Podejmowanie pozytywnego ryzyka nie było związane z wiekiem ani płcią uczestników. Wyższe podejmowanie negatywnego ryzyka wiązało się z większą aktywnością zawodową i społeczną, a także wyższą wrażliwością na nagrodę, tolerancją na niejednoznaczność i perspektywą czasu przyszłego. Podejmowanie negatywnego ryzyka wiązało się z niższą wrażliwością na karę. Negatywne podejmowanie ryzyka było nieco wyższe wśród mężczyzn niż kobiet. Wreszcie negatywne podejmowanie ryzyka nie było związane z wiekiem, ogólnym stanem zdrowia ani zadowoleniem z życia. Co jednak znamienne, badaczom nie udało się zidentyfikować profili psychologicznych, które różniłyby osoby podejmujące pozytywne i negatywne ryzyko. Ustalono, że częściej zarówno pozytywne, jak i negatywne zachowania ryzykowne podejmują osoby o niższej wrażliwości na karę i z wyższą tolerancją na niejednoznaczność, perspektywę czasową i wrażliwością na nagrodę. Rzadziej po oba rodzaje zachowań ryzykownych sięgają osoby o zwiększonej wrażliwości na karę i niższej tolerancji na niejednoznaczność, przyszłą perspektywę czasową i wrażliwością na nagrodę (Fryt i in., 2023). Co ważne, tendencja do podejmowania ryzyka pozytywnego ma bardziej trwały charakter w ciągu życia, przy czym zmieniają się jego motywacje (Fryt i in., 2022). Z tych ustaleń płynie dość istotna przesłanka dla działań profilaktycznych – zamiast redukować ryzyko, należałoby je właściwie ukierunkować,

wzmacniając jednocześnie podejmowanie ryzyka pozytywnego, prorozwojowego. Jest to szczególnie ważne w przypadku adolescentów, bowiem skupienie się wyłącznie na negatywnym ryzyku w ich przypadku wzmacnia opartą na deficytach perspektywę rozwoju nastolatków. Umiejętność rozróżnienia ryzyka, które pomaga młodym ludziom osiągnąć kolejne zadania rozwojowe od tego, które stanowi dla nich zagrożenie, jest kluczowe dla zwiększanie potencjału adolescentów, sprzyja pozytywnemu rozwojowi (Fryt i in., 2022).

Dotychczasowe rozważania nad podejmowaniem ryzyka prowadzą do dwóch wniosków: 1) ryzyko towarzyszy człowiekowi na każdym etapie życia, 2) nie zawsze ma charakter negatywny. Odnosząc się do pierwszego wniosku, można powiedzieć, że dotychczasowe badania pozwoliły ustalić, że natężenie podejmowania zachowań ryzykownych jest zróżnicowane w ciągu życia. Przyjmują one postać odwróconej litery U: są niskie w dzieciństwie, wzrastają w okresie adolescencji, aby osiągnąć szczyt na końcu okresu dorastania i wczesnej dorosłości, a następnie spaść w wieku dorosłym (60–65 lat) (Duell i in., 2018; Fryt i in., 2022; Romer, Reyna, Satterthwaite, 2017). Badania nad zachowaniami ryzykownymi potwierdzają, że to adolescenti i młodzi dorośli częściej spożywają substancje psychoaktywne, podejmują ryzykowne kontakty intymne, uzależniają się od czynności, są sprawcami wielu wypadków komunikacyjnych (również śmiertelnych). Badania podkreślają, że negatywne zachowania ryzykowne dotyczą tylko niewielkiego odsetka młodzieży i, co ważne, najczęściej mają charakter przejściowy. Co jednak kluczowe, choć są one charakterystyczne dla całej wspomnianej grupy, to gdy się im bliżej przyjrzeć, zauważa się pewne odmienności związane z wiekiem. Ostatnie badania pokazują, że młodzi dorośli (do 20 roku życia) częściej podejmowali zachowania antyzdrowotne, czyli używali substancji psychoaktywnych w sposób niekontrolowany czy uprawiali ryzykowny seks, zaś adolescentów charakteryzowała przewaga zachowań antyspołecznych, np. bójki, kradzieże czy wandalizm (Duell i in., 2018). Jeśli chodzi o zachowania ryzykowne w okresie dorosłości, to mają one inną formę, zakres i również zmieniają się w czasie. Przegląd badań dokonany przez Fryt, Szczygieł, Duell (2022) pozwala na stwierdzenie, że skłonność do ryzyka osiąga najwyższy poziom w okresie średniej dorosłości, ale jest zróżnicowana pod względem domen, których dotyczy. I tak podejmowanie ryzyka w zakresie zdrowia/bezpieczeństwa (np. angażowanie się w seks bez zabezpieczenia czy z przypadkowym partnerem/partnerką) i etycznych (np. romansowanie z żonatym mężczyzną/kobietą) zmniejszają się liniowo wraz z wiekiem, podczas gdy podejmowanie ryzyka w dziedzinie społecznej (np. niezgadzanie się z autorytetem w ważnej kwestii) wzrasta do średniej dorosłości, a następnie obniża się w późniejszym etapie rozwojowym. Zdaniem badaczy spadające zaangażowanie w działania antyspołeczne u dorosłych jest związane z podjęciem obowiązków i ról społecznych, które utrudniają tego typu aktywności. Jednocześnie zwracają uwagę, że wzrost negatywnych zachowań

ryzykownych w zakresie zdrowia jest związany z wyższym poziomem akceptacji dla tego typu zachowań i tym samym większą ilością okazji do ich podejmowania (Fryt i in., 2022). Należy jednocześnie podkreślić, że z drugiej strony średnia dorosłość jest identyfikowana przez badaczy jako okres życia o wysokim natężeniu pozytywnego ryzyka, co wyjaśniają osiągniętą stabilizacją, dojrzałością i orientacją na długofalowe cele (Fryt i in., 2022). Badacze za przyczyny tych różnic wskazują możliwości, postrzeganie ryzyka i korzyści, motywacje, a w przypadku adolescentów i młodych dorosłych czynniki neuronalne (Duell i in., 2018; Duell, Steinberg, 2019; Romer i in., 2017). Zdaniem Fryt, Szczygieł, Duell (2022) uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że w okresie dorastania interwencje profilaktyczne powinny dotyczyć podejmowania antyspołecznego, negatywnego ryzyka, zaś dorosłość wymaga prowadzenia oddziaływań w zakresie negatywnego ryzyka zdrowotnego. W drugim wniosku podkreślają, że nie każde podejmowane przez człowieka ryzyko jest złe i tym samym pewne jego aspekty należy widzieć jako prorozwojowe, adaptacyjne (Duell, Steinberg, 2019). W przypadku adolescentów pozytywne, bezpieczne ryzyko pozwala eksplorować nowe przestrzenie fizyczne i społeczne, a tym samym stawać się bardziej autonomicznymi. Podejmowanie ryzyka daje możliwość kwestionowania wartości i przekonań, co jest ważnym czynnikiem kształtowania własnej tożsamości. Podejmowanie ryzyka jest szansą na podnoszenie poczucia sprawczości, rozwijania umiejętności rozwiązywania problemów, ale także kształtowania realistycznego obrazu siebie, innych ludzi, świata, innymi słowy stanowi ważny obszar rozwoju kompetencji społecznych młodego człowieka. Na rozwojowe aspekty zachowań ryzykownych zwracał uwagę R. Jessor (1998) w swojej, klasycznej już dziś, koncepcji. N. Duell i L. Steinberg (2019) podkreślają, że do zdrowego i pozytywnego rozwoju młodzieży pewien stopień ryzyka jest konieczny. Dobre ryzyko ich zdaniem charakteryzuje: 1) pozytywny wpływ na samopoczucie nastolatków, 2) niewielkie potencjalne koszty, 3) relatywnie wysoki poziom społecznej akceptacji. Należy dodać, że podejmowanie pozytywnego ryzyka jest wzorcem zachowania, zatem podlega ono procesom kształtowania i modyfikowania.

Przywołane do tej pory ustalenia wskazują, że zachowania ryzykowne, zarówno te negatywne, jak i pozytywne nastolatków i dorosłych różnią się od siebie. Odmienności te można opisać w czterech punktach. Po pierwsze nastolatki często nie doceniają ryzyka, koncentrując się na korzyściach płynących z zachowania ryzykownego. Po drugie w przypadku osób dorosłych czynnikiem, który pozwala się wycofać lub nie podjąć zachowania ryzykownego, jest doświadczenie, którego nastolatkom brakuje. Po trzecie nastolatki są o wiele bardziej emocjonalne w podejmowaniu zachowań ryzykownych i po czwarte, podejmując ryzyko, mają ograniczone możliwości wyobrażenia i zrozumienia konsekwencji swojego działania (Kahn, Graham, 2019).

1.3.2. Zróznicowanie zachowań ryzykownych i ich geneza

W literaturze przedmiotu istnieje wiele klasyfikacji tego rodzaju zachowań. Interesującą propozycję dokonaną na podstawie analizy 570 raportów i ocenioną psychometrycznie na próbie 925 nastolatków w wieku od 11 do 18 lat zaproponowali australijscy badacze. Wyodrębnili oni cztery rodzaje/kategorie zachowań ryzykownych: 1) poszukiwanie silnych wrażeń (*thrill-seeking behaviors*) – jazda na nartach, trenowanie sztuk walki, skoki na spadochronach, pilotowanie samolotów, ale także porzucenie szkoły; 2) zachowania buntownicze (*rebellious behaviors*) – spożywanie alkoholu i upijanie się, palenie tytoniu, zażywanie narkotyków, późne powroty do domu; 3) zachowania lekkomyślne – brawurowe (*reckless behaviors*) prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu, jazda z nadmierną prędkością, bez prawa jazdy czy też kradzież auta dla zabawy, ale także uprawianie seksu bez zabezpieczeń; 4) zachowania antyspołeczne (*antisocial behaviors*) – dokuczanie i oszukiwanie innych ludzi, wążanie gazu lub kleju, a także nadmierne objadanie (Gullone i in., 2000).

Do najczęściej przejawianych przez młodzież zachowań ryzykownych literatura przedmiotu zalicza: używanie substancji psychoaktywnych (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie środków odurzających i leków psychotropowych), przedwczesną inicjację seksualną, stosowanie przemocy, w tym cyberprzemoc, drobne wykroczenia i przestępstwa, zaniedbywanie obowiązków szkolnych i wagary oraz ucieczki z domu (Dzielska, 2017; Dzielska, Kowalewska, 2014). Należy jednak jeszcze raz podkreślić fakt, na który zwracają uwagę autorzy teorii zachowań ryzykownych, że jednorazowe, pojedyncze przypadki podejmowania tego typu zachowań są raczej czymś normalnym, charakterystycznym dla tego etapu rozwojowego i po pierwszych próbach nie pojawiają się więcej. Stanowisko takie znajduje swoje potwierdzenie w literaturze przedmiotu. Jako przykład niech posłużą rozważania T.E. Moffit, która zaproponowała wyróżnienie dwóch wzorów zachowań problemowych (choć autorka koncentruje się głównie na zachowaniach naruszających porządek prawny, można je uogólnić na szerszy kontekst zachowań): 1) tych, którzy przejawiają tego typu zachowania w całym biegu życia (*life-course persistent offenders*) oraz tych, których taka aktywność charakteryzuje tylko w okresie adolescencji (*adolescent limited offenders*) (Moffitt, 1993; Piquero, Moffitt, 2005). W przypadku pierwszej grupy przyczyn zachowań ryzykownych autorka doszukuje się w zaburzeniach procesów neurorozwojowych. Według jej teorii zaburzenia te spowodowane są przede wszystkim przez dziedziczność i zakłócenia rozwoju mózgu w okresie prenatalnym (np. ze względu na nadużywanie przez matkę alkoholu czy narkotyków), a dodatkowo mogą być nasilone przez środowisko społeczne. Może to prowadzić do neuropsychologicznych trudności obejmujących deficyty uwagi, impulsywność i niską samokontrolę, ale również problemy z funkcjami werbalnymi czy trudności w rozwoju relacji i umiejętności społecznych. Osoby należące do tej grupy zaczynają

przejawiać tego typu zachowania bardzo wcześnie, znacznie wcześniej niż w okresie dorastania, i kontynuują je także w okresie adolescencji i później. Druga grupa to ta, która właśnie angażuje się w zachowania ryzykowne sporadycznie i na krótki okres – najczęściej podejmuje tego typu aktywność we wczesnym okresie adolescencji, około 14 roku życia, i zaprzestaje jej około 19–20 roku życia.

Nastolatek, który nie może zaspokoić swoich potrzeb w sposób konwencjonalny, podejmuje próby osiągnięcia tego celu przez zachowania ryzykowne. Nie zawsze są to te związane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, jednak one występują najczęściej. Ponadto uzasadnienia do wyodrębnienia z całej gamy zachowań ryzykownych przejawianych przez dzieci i młodzież, tych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, szukać można w kilku obszarach. Po pierwsze picie alkoholu, palenie papierosów czy używanie innych substancji przez młode pokolenie można postrzegać jako jeden z wczesnych objawów diagnostycznych. Tego typu zachowania mogą być mechanizmem radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Po drugie używanie substancji psychoaktywnych ma niejednokrotnie charakter inicjacyjny, co potwierdza np. teoria substancji torujących drogę E. Kandela, według którego

przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez młodzież ma charakter fazowy, to znaczy zaczyna się najczęściej w okresie wczesnej adolescencji od substancji popularnych i dozwolonych wśród osób dorosłych, jak tytoń i alkohol. Część nastolatków sięga następnie po marihuanę i jej pochodne, w kolejnym etapie po pochodne amfetaminy, kokainy czy opiatów. (Kowalewska, 2018)

Ponadto używanie tych substancji prowadzi do innych zachowań ryzykownych. Zachowania problemowe młodzieży mają tendencję do współwystępowania. „Pojawienie się u dorastającego jednego z zachowań problemowych zwiększa ryzyko wystąpienia następnych. Przez ostatnich 30 lat zgromadzono liczne dowody potwierdzające, że zachowania problemowe chodzą «parami», a nawet «trójkami» lub «czwórkami», czyli łączą się w syndromy zachowań problemowych” (Ostaszewski, Rustecka-Krawczyk, Wójcik, 2008). Po trzecie tego typu zachowania pociągają za sobą negatywne konsekwencje edukacyjne. Powstaje swoiste sprzężenie zwrotne, używanie substancji utrudnia wywiązywanie się z obowiązku szkolnego, co skutkuje utrzymywaniem się czy wręcz wzrostem tego typu zachowań. I wreszcie po czwarte i chyba najbardziej fundamentalne – picie alkoholu, palenie papierosów czy używanie innych substancji psychoaktywnych niekorzystnie wpływa na ich zdrowie i bezpieczeństwo (Ostaszewski, 2017).

Zachowania ryzykowne mają polietiologiczny charakter, co oznacza, że stanowią swego rodzaju wypadkową działających czynników ryzyka i niedostatecznie zaaktywizowanych czynników chroniących. Badania dowiodły, że wraz ze wzrostem liczby czynników ryzyka ich siła związku z zachowaniami ryzykownymi rośnie skokowo (Mazur i in., 2006). Zwykle czynniki ryzyka i czynniki chroniące przedstawia się

w odniesieniu do uwarunkowań: 1) indywidualnych (w tym biopsychiczne i sytuacyjne) oraz 2) socjokulturowych (Jankowiak, 2017; Mazur i in., 2006; Ostaszewski, 2014; Pawełek, 2016). W związku z tym, że w literaturze czynniki chroniące i ryzyka były przedstawiane wielokrotnie, zostały one ujęte w formie syntetycznej w tabeli 6. Czynniki ryzyka zostaną omówione szerzej w rozdziałach dotyczących koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży oraz systemowego ujęcie działań profilaktycznych.

Tabela 6. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące zachowań ryzykownych

Czynniki ryzyka	Czynniki chroniące
Indywidualne	
Trudny temperament (impulsywność, nadpobudliwość, agresywność)	Prospołeczny temperament (towarzyskość, zdolności adaptacyjne)
Słabe mechanizmy samokontroli/zewnętrzna lokalizacja źródła kontroli	Dobry poziom samokontroli/wewnętrzne źródła kontroli
Wysokie zapotrzebowanie na stymulację	Aдекватne zapotrzebowanie na stymulację
Niska samoocena i negatywny obraz świata	Wysokie i realistyczne poczucie własnej wartości, pozytywny obraz świata, optymizm
Niski poziom odporności na stres	Rozwinięte kompetencje społeczne (porozumiewania się, nawiązywania, utrzymywania relacji społecznych, rozwiązywania problemów)
Niski poziom kompetencji społecznych (porozumiewania się, nawiązywania, utrzymywania relacji społecznych, rozwiązywania problemów)	Prawidłowe poczucie sprawczości
Niskie poczucie sprawczości	Prawidłowe procesy poznawcze (IQ w normie, zdolność uczenia, dobra koncentracja uwagi, zdolności werbalne)
Deficyty poznawcze (niski poziom inteligencji, problemy z nauką czytania oraz opanowaniem tabliczki mnożenia)	Prawidłowy rozwój emocjonalny (umiejętność regulacji emocji, dostosowania do określonych sytuacji)
Deficyty emocjonalne	Odporność na stres
Zburzenia neurohormonalne	Zinternalizowane wartości prospołeczne
Obciążenia genetyczne	Kreatywność i wyobraźnia
Zinternalizowane wartości podkulturowe/antyspołeczne	Prawidłowe procesy motywacyjne (plany i cele życiowe, aspiracje edukacyjne)
Zaburzone procesy motywacyjne (krótka perspektywa czasowa, brak planów i/lub dążności do ich realizacji, niskie aspiracje edukacyjne)	
Czynniki rodzinne	
Niski status socjoekonomiczny rodziny (niskie dochody, niski poziom wykształcenia rodziców, niestabilna sytuacja zawodowa, ubóstwo mieszkaniowe, wczesne macierzyństwo)	Dobra sytuacja socjoekonomiczna rodziny
Niski poziom kompetencji rodzicielskich (niewłaściwe postawy, metody wychowawcze)	Właściwy poziom kompetencji rodzicielskich, poczucie sprawstwa
Niewłaściwa realizacja ról rodzicielskich (niespójność w działaniach wychowawczych, zaburzone lub brak granic, kary jako dominujące działanie w relacji wychowawczej)	Wspierający, troskliwi rodzice lub opiekunowie (wsparcie rodziców, uważność, jasne oczekiwania, dobra komunikacja, monitorowanie czasu dziecka, znajomość środowiska rówieśniczego dziecka, zaangażowanie rodziców w sprawy szkolne, właściwe metody wychowawcze)
Uzależnienia w rodzinie	Brak dysfunkcji w rodzinie
Choroba przewlekła (ze szczególnym uwzględnieniem chorób i zaburzeń psychicznych)/niepełnosprawność w rodzinie	Dobry klimat w rodzinie (brak konfliktów, poczucie wsparcia i przynależności, poszanowanie dla autonomii, podzielenie wartości, wspólne spędzanie czasu,

Czynniki ryzyka	Czynniki chroniące
Doświadczenie traumy Niewłaściwy monitoring dziecka Chroniczne konflikty w rodzinie Zaburzenia/rozpad struktury rodziny Surowa lub niespójna dyscyplina, wychowanie waha- dłowe Zaniedbania emocjonalne Zakłócenia w rozwoju relacji rodzic - dziecko (wrogość wobec dziecka, trudności w komunikacji, nieadekwat- ne oczekiwania) Przemoc Brak znaczących relacji z dorosłymi Negatywne wzory osobowe (rodzice, rodzeństwo, dal- sza rodzina)	brak tendencji ucieczkowych, duma z bycia częścią rodziny) Wspierające relacje z innymi dorosłymi Pozytywne wzory osobowe Jednoznaczne komunikaty związane z podejmowa- niem zachowań problemowych i ryzykownych Natychmiastowe i konsekwentne działania rodziców w sytuacji podejrzenia lub wystąpienia zachowań pro- blemowych i ryzykownych
Czynniki szkolne i rówieśnicze	
Trudności w uczeniu się Niepowodzenia szkolne Brak więzi ze szkołą (postrzeganie jej w kategoriach instytucji opresyjnej, odrzucanie aktywności z nią związanych, wagary) Negatywny klimat szkoły (brak wsparcia, szkoła na- stawiona na wyniki, a nie na ucznia, brak współpracy z rodzicami, ale także między pracownikami) Drugoroczność/porzucenie szkoły Negatywny stosunek do szkoły i obowiązków szkol- nych (wagary, nieodrabianie prac domowych) Niskie aspiracje edukacyjne Odrzucenie przez rówieśników Kontakt z dysfunkcyjnymi grupami rówieśniczymi Problemy z zachowaniem w szkole (konflikty z rówie- śnikami, nauczycielami i innymi pracownikami, lekce- ważenie regulaminów i innych regulacji formalnych, zachowania agresywne) Błędne przekonania poznawcze dotyczące zachowań ryzykownych, przejawianych przez rówieśników (wszy- scy tak robią, jest to oczekiwane i pozytywnie oceniane) Brak możliwości realizacji specyficznych uzdolnień (talentów), szczególnie jeśli nie dotyczą one obszaru edukacji formalnej Zamknięcie szkoły na rodziców i instytucje	Sukcesy edukacyjne Adekwatne aspiracje edukacyjne Silne więzi ze szkołą (poczucie odpowiedzialności za nią, włączanie się w życie szkoły, satysfakcja ze wspólnych sukcesów, poczucie dumy, akceptacja jej wymagań i regulacji) Pozytywny klimat szkoły Prospołeczna grupa rówieśnicza Szanse na odniesienie sukcesu (w sporcie, nauce itp.) lub rozwój specjalnego talentu/hobby Uznanie dla osiągnięć (także tych pozaformalnych) Uważne i wspierające relacje ze strony dorosłych Wysoki poziom szkoły, przy zachowaniu uważności na uczniów Jednoznacznie komunikaty w sprawie zachowań niewłaściwych, problemowych, konsekwencja w działaniu Podmiotowe relacje (współpraca z rodzicami, włą- czanie uczniów w zarządzanie szkołą, otwarcie na propozycje i działania) Współpraca z innymi instytucjami
Czynniki środowiskowe (społeczność lokalna wraz z siatką instytucji, <i>mass media</i> , czynniki strukturalne)	
Niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna (bez- robocie strukturalne, lokalizacja, skład społeczny, za- awansowane procesy ekskluzji społecznej)	Korzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna (odpo- wiednie wyposażenie instytucjonalne i infrastruk- turalne, lokalizacja, skład społeczny, procesy inkluzji społecznej)

Czynniki ryzyka	Czynniki chroniące
Występowanie zjawisk dysfunkcyjnych (niestabilność życia rodzinnego, respektowanie norm podkulturowych) i patologicznych (przemoc, przestępczość) Akceptacja dla nieformalnych reguł i dysfunkcyjnych stylów życia, negatywne wzory osobowe Doświadczenie traumy Brak przywiązania, poczucia tożsamości lokalnej Alienacja społeczna Brak przestrzeni publicznych Konflikt międzykulturowy Uboga i/lub nieadekwatna siatka instytucji wsparcia i pomocy (pomoc społeczna, instytucje służby zdrowia) Uboga i/lub nieadekwatna siatka instytucji rozwojowych (instytucje edukacyjne, instytucje kulturalne) Niskie poczucie zgeneralizowanego bezpieczeństwa Niski kapitał społeczny Dostęp do niekontrolowanych i dysfunkcyjnych treści w cyberprzestrzeni	Przywiązanie i przynależność do społeczności Dostęp do usług wsparcia i rozwoju Szerokie sieci społeczne (tak pionowe, jak i poziome) Zaangażowanie w sprawy i działania lokalne Silna tożsamość kulturowa/duma Wysokie poczucie bezpieczeństwa Wysoki kapitał społeczny Bogata i/lub adekwatna siatka instytucji wspierających i rozwijających Wysokie poczucie zgeneralizowanego bezpieczeństwa Podzielanie wspólnych, prospołecznych norm i reguł życia Konsekwencja w działaniach członków społeczności Niski poziom występowania zjawisk dysfunkcyjnych i patologicznych Przestrzenie publiczne Poczucie odpowiedzialności za dobro wspólne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Barczykowska, 2011b; K. Biel, 2011; P. Chown, 2014; B. Jankowiak, 2017; A. Kołakowski, 2013; J. Mazur i in., 2006; K. Ostaszewski, 2014; K. Ostaszewski, A. Rustecka-Krawczyk, M. Wójcik, 2008, s. 11–12; K. Pawelek, 2016; J. Szymańska, 2012.

Wielość czynników ryzyka i chroniących moment ich aktywacji, konstelacja między nimi, czas ekspozycji wraz z momentem, skalą reakcji na nie wskazują, że wśród dzieci i młodzieży, ale również u osób dorosłych ryzyko może aktualizować się na różnych poziomach, których charakterystykę zawiera tabela 7.

Jednym z kluczowych zadań profilaktyków jest dopasowanie oddziaływań do skali i zakresu potrzeb. Odpowiadają na to różne typy profilaktyki, wśród których wskazuje się profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą. Oddziaływania na poziomie uniwersalnym skierowane są do ogółu społeczeństwa lub całej populacji, która nie została zidentyfikowana na podstawie indywidualnego ryzyka. Celem jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym oraz promowanie zdrowia na szeroką skalę na podstawie aktywacji i rozwoju czynników chroniących. Profilaktyka selektywna jest skierowana do grup osób, u których pojawiają się czynniki ryzyka, niekoniecznie już zaktualizowane. Tego rodzaju oddziaływania mają charakter uprzedzający lub wycofujący osoby z ryzykownych aktywności. Chodzi o uruchomienie czynników chroniących, co ma zredukować czynniki ryzyka. Profilaktyka wskazująca koncentruje się na jednostkach, u których czynniki ryzyka się zaktualizowały, powodując wystąpienie niekorzystnych skutków. Celem jest wycofanie osoby z zachowań ryzykownych oraz redukcja niekorzystnych, szkodliwych skutków. O ile profilaktyka uniwersalna nie ma charakteru zindywidualizowanego, o tyle działania w ramach

profilaktyki selektywnej i wskazującej muszą być dopasowane do osoby, grupy czy populacji.

Tabela 7. Charakterystyka poziomów ryzyka

Poziom ryzyka	Opis	Charakterystyka
Brak ryzyka	Jeszcze niezaangażowany w podejmowanie ryzyka	Dobrze przystosowany Funkcjonowanie rodzinne, szkolne i społeczne jest stabilne i pozytywne. Obecność szeregu czynników ochronnych
Niskie ryzyko	Zaangażowany w eksperymenty	„Bezpieczny” eksperymentator Podejmowanie ryzyka jest sporadyczne, rekreacyjne i eksperymentalne Profil rodzinny, społeczny i szkolny jest stabilny Czynniki ochronne przeważają nad zachowaniami ryzykowymi Może wymagać monitorowania, jeśli występują indywidualne lub środowiskowe czynniki ryzyka
Umiarkowane ryzyko	Zaangażowany w zachowanie ze szkodliwymi konsekwencjami (tj. poczucie własnej wartości i utrata wartości dodatniej funkcjonowanie i zadania rozwojowe)	Wrażliwy Obecność społecznych/środowiskowych czynników ryzyka (problemy rodzinne, wpływ grupy rówieśniczej) lub inne czynniki ryzyka (takie jak niska samoocena i historia depresji w rodzinie) Obecność pewnych czynników ochronnych (takich jak pozytywne wsparcie ze strony rodziny, szkoły lub rówieśników) Wymaga interwencji
Wysokie ryzyko	Poważne zakłócenia lub ryzyko dla zdrowia, bezpieczeństwa lub życia	Problematiczny lub wymykający się spod kontroli Uporczywe i/lub nasilające się szkodliwe zachowania Trwałe i/lub negatywne konsekwencje (np. zakłócenie relacji, słabe wyniki w szkole, problemy z policją, konflikt z rodziną) Obecność głównych czynników ryzyka i niewielu czynników ochronnych

Źródło: P. Chown, 2014.

Podsumowując, rozpoznanie ryzyka jest jednym z kluczowych działań w profilaktyce. Należy jednak pamiętać o dwoistej naturze ryzyka, co oznacza, że nie wszystkie zachowania ryzykowne wymagają korekty. Można wręcz powiedzieć, że profilaktyka powinna wzmacniać pozytywne zachowania ryzykowne, bowiem mają one charakter prorozwojowy. Pracując „na ryzyku”, warto pamiętać, że choć towarzyszy ono człowiekowi w każdym momencie życia, to może być różnie ukie-

1.4. Zróżnicowanie generacyjne oddziaływań profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska)

1.4.1. Ku oddziaływaniom profilaktycznym w perspektywie generacyjnej

Jednym z kluczowych warunków skuteczności podejmowanych oddziaływań profilaktycznych jest ich dopasowanie do potrzeb odbiorców. Trzeba mieć na uwadze, że działania w ramach profilaktyki mogą trafiać do bardzo zróżnicowanych społeczno-demograficznie osób i grup, które choć znajdują się na tym samym poziomie ryzyka, to jednak z uwagi na swoje cechy potrzebują różnych zakresów, form i czasów trwania oddziaływań. Z tego względu wydaje się zasadne, aby projektanci i realizatorzy oddziaływań profilaktycznych brali pod uwagę również inne czynniki, które mogą wpływać na efektywność tych działań. Jednym z nich są etapy rozwoju człowieka. Przykładem takiego podejścia są Międzynarodowe Standardy Profilaktyki, opracowane przez grupę ekspertów UNODC (International Standards on Drug Use Prevention) (Ostaszewski, 2016), przedstawione w syntetyczny sposób w postaci tabeli. Zawiera ona zestawienie czynników ryzyka na zachowania młodych ludzi wraz ze wskazaniem najważniejszych elementów programów profilaktycznych, właściwych dla różnych okresów rozwojowych oraz wskazówki co do ich skuteczności. Do etapów rozwojowych odnosi się również koncepcja wczesnej profilaktyki problemów w rozwoju psychospołecznym i zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży rozwijana przez M. Deptułę (Deptuła, Potorska, Borsich, 2018).

Nie negując wskazanego wyżej podejścia opartego na etapach rozwojowych, proponujemy korespondujący z nim, bo oparty na charakterystyce pokoleniowej, punkt odniesienia do różnicowania oddziaływań profilaktycznych. Profilaktyka oparta na ujęciu pokoleniowym uwzględnia kontekst społeczny i kulturowy. Każde pokolenie napotyka na specyficzne wyzwania wynikające z warunków historycznych, technologicznych i społecznych, co ma istotny wpływ na ich zdrowie oraz zachowania, a zarazem potrzeby w zakresie oddziaływań profilaktycznych. Świadomość tych odmienności pozwala lepiej dopasować oddziaływania profilaktyczne do realnych zagrożeń, które wynikają z warunków, w jakich dorasta dane pokolenie. Podejście generacyjne pozwala na bieżąco reagować na nowe wyzwania, co sprawia, że jest bardziej adekwatne do zmieniających się warunków. Co więcej, uwzględnia ono również interakcje międzypokoleniowe, czyli wpływ jednego pokolenia na drugie. Na przykład rosnąca długość życia starszego pokolenia może wpływać na młodsze, które będzie musiało zmierzyć się z wyzwaniami związanymi z opieką nad seniorami, co wymaga odpowiedniej profilaktyki dla obu grup. Profilaktyka pokoleniowa zdaje się lepiej rozumieć unikalne cechy i wartości, które charakteryzują poszczególne pokolenia. Każda generacja ma swoje aspiracje, cele oraz

wyzwania, które nie zawsze wpisują się w klasyczne podejścia oparte na etapach rozwojowych. Zrozumienie tych specyficznych potrzeb pozwala na skuteczniejsze działania profilaktyczne, które lepiej odpowiadają na wyzwania współczesności. Ujęcie pokoleniowe pozwala też na prowadzenie oddziaływań w perspektywie całego życia człowieka w sposób ciągły.

Tabela 8. Skuteczne i nieskuteczne strategie profilaktyczne w odniesieniu do okresu rozwojowego

Okres rozwojowy	Skuteczne strategie profilaktyczne	Cechy skutecznych programów	Cechy nieskutecznych programów	Kryteria skuteczności profilaktyki	Czynniki ryzyka
Okres prenatalny	Interwencja wobec kobiet w ciąży i młodych matek uzależnionych od substancji psychoaktywnych	Wizyty domowe, terapia uzależnień, wsparcie emocjonalne	Krótkotrwałe wizyty domowe, brak przeszkolenia	Poprawa zdrowia matki i dziecka, zmniejszenie używania substancji	Używanie alkoholu, palenie, narkotyki w czasie ciąży
Okres przedszkolny (2-5 lat)	Edukacja przedszkolna nastawiona na rozwój umiejętności społecznych i poznawczych	Edukacja systematyczna, wsparcie rodziców	Brak kwalifikacji osób prowadzących	Rozwój umiejętności społecznych i poznawczych, lepsze funkcjonowanie w grupie	Niewłaściwe postępowanie rodziców, konflikty w rodzinie
Okres wczesnoszkolny (6-11 lat)	Programy rozwijania umiejętności rodziców, poprawa jakości edukacji, klimat szkoły	Zwiększenie umiejętności psychospołecznych, dobra jakość edukacji	Tradycyjne metody wykładów, zorientowane na lęk	Lepsze relacje rodzinne, redukcja przemocy, poprawa wyników w nauce	Deficyty w postępowaniu rodziców, niska jakość edukacji, zaburzenia psychiczne
Adolescencja (11-19 lat)	Programy edukacji normatywnej, rozwijanie umiejętności życiowych, mentoring, krótkie interwencje	Programy interaktywne, rozwijanie kompetencji, współpraca z rodzicami	Metody kontroli zachowań oparte na karze, brak wsparcia emocjonalnego	Redukcja eksperymentowania z substancjami, poprawa kompetencji psychospołecznych	Wysoka potrzeba doznań, impulsywność, konflikty rodzinne
Młodzi dorośli (20 lat i więcej)	Ograniczanie dostępu do substancji psychoaktywnych, minimalizowanie szkód	Programy motywacyjne, polityka fiskalna, ograniczenie dostępności	Brak wsparcia w miejscach rekreacji, brak przepisów	Redukcja używania substancji, zmniejszenie szkód zdrowotnych	Nadużywanie alkoholu, kontakt z narkotykami w miejscach rekreacji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Ostaszewski, 2016.

Planowanie i prowadzenie oddziaływań profilaktycznych zorientowanych pokoleniowo nie jest zadaniem prostym, choćby z racji tego, że obecnie obok siebie żyje siedem pokoleń, a w czasie, gdy książka ta trafi do rąk czytelnika, na świat zaczynają przychodzić przedstawiciele kolejnej generacji, określanej jako Beta. Chyba jeszcze nigdy świat społeczny nie był tak zróżnicowany generacyjnie, co oczywiście ma swoje konsekwencje w wielu wymiarach życia, w tym również dla profilaktyki.

1.4.2. Portrety pokoleń

Karol Mannheim (1992), który jako jeden z pierwszych zajął się zjawiskiem pokoleń w kontekście społeczno-kulturowym, przyjął, że zjawisko to ma trzy podstawowe wymiary. Pierwszym z nich jest umocowanie pokoleniowe, rozumiane jako fakt biologicznych narodzin w tym samym lub sąsiednich rocznikach. Drugim wymiarem jest powiązanie pokoleniowe, czyli uczestniczenie w wydarzeniach społecznych i kulturowych, zachodzących w określonym czasie historycznym. Ostatni, trzeci wymiar to wspólnota pokoleniowa, rozumiana jako poczucie przynależności do grupy, z czym związany jest podobny sposób interpretacji oraz reagowania na zachodzące wydarzenia społeczne i kulturowe. To wspólnota stanowisk i doświadczeń, odbieranych jako właściwe tylko tej grupie. „W ten sposób uporządkował relacje między tym, co w «pokoleniach» biologiczne, a tym, co w nich społeczne i kulturowe” (Artwińska, Mroziak, 2016). Zatem w ujęciu Mannheim’a, pojęcie pokolenia

odnosi się do osób urodzonych w tym samym okresie historycznym, żyjących w tej samej przestrzeni społeczno-kulturowej i świadomych współdzielenia podobnych młodzieńczych doświadczeń w okresie formacyjnym. Ta konceptualizacja zakłada, że członkowie pokolenia subiektywnie identyfikują się ze swoją generacją, łączy ich wspólna biografia, mają elementarne poczucie wspólnego przeznaczenia i odmienności od innych pokoleń. (Diepstraten i in., 1999)

H. Świda-Ziemba zauważa, że pokolenie to zbiór „osób, które podlegając zbliżonym procesom socjalizacji w pewnym określonym okresie historycznym, wyrażają sobie określony system kategorii pojęciowych, za pomocą którego postrzegają rzeczywistość, określają własną tożsamość, podejmują wybory życiowe i definiują bieżące sytuacje” (Świda-Ziemba, 2010). A. Giddens podkreśla, że jest to także „wspólnota doświadczeń kształtowanych przez konkretne społeczeństwo” (Giddens, 2012). Owa „wspólnotowość” związana jest z określoną interpretacją wydarzeń, determinowaną zestawem wartości, etapem życia oraz dojrzałością i doświadczeniem życiowym. Zanim omówione zostaną potrzeby w zakresie profilaktyki, warto zapoznać się z charakterystykami poszczególnych grup generacyjnych. W modelu zaprezentowanym przez J.M. Twenge (2024) poza wydarzeniami historycznymi i czynnikami kulturowymi kluczowym czynnikiem odpowiedzialnym za kształto-

wanie się współczesnych pokoleń jest technika. „Rozwój techniki dotyczy nie tylko materii, lecz tego, jak żyjemy, co z kolei wpływa na nasz sposób myślenia, odczuwania i zachowania” (Twenge, 2024). Wśród najważniejszych w kontekście pokoleń wspomniana autorka wymienia: telewizję, sprzęt AGD, klimatyzację, antykoncepcję, technologie komputerowe, internetowe serwisy informacyjne oraz media społecznościowe. Pośrednimi przyczynami, powiązаныmi z rozwojem technologicznym, są rosnący indywidualizm oraz spowolnienie cyklu życia (Twenge, 2024).

Tabela 9. Oś czasu pokoleń XX i XXI wieku

Nazwa pokolenia	Oś czasu
Budowniczo wie	1925-1945
Boomersi	1946-1964
Pokolenie X	1965-1980
Pokolenie Y/Milenialsi	1981-1996
Pokolenie Z	1997-2010
Pokolenia Alfa	2011-2024
Pokolenie Beta	2025-2035

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J.M. Twenge, 2024.

Do opisu pokoleń najczęściej wykorzystuje się typologię Williama Straussa i Neila Howea (1992), która choć pierwotnie odnosiła się do społeczeństwa Stanów Zjednoczonych Ameryki, znalazła uniwersalne zastosowanie. Przyjmuje się, że współczesne społeczeństwa tworzą przedstawiciele sześciu generacji: budowniczowie, boomersi, pokolenia X, Y, Z oraz pokolenie Alfa. Coraz częściej to zestawienie uzupełniane jest o pokolenie Beta, które zaczęło przychodzić na świat w 2025 roku.



Schemat 4. Pokolenia XX i XXI wieku

Źródło: Grafika wygenerowana za pomocą ChatGPT.

Pierwszą grupę stanowią budowniczowie, wśród których najstarsi mają dziś około 100 lat, zaś najmłodsi dobiegają 80. Niezależnie od tego, na którym kontynencie żyli budowniczowie, ich wspólnym doświadczeniem stało się naznaczone wielkim kryzysem i II wojną światową dzieciństwo oraz często pełna wyrzeczeń młodość (Twenge, 2024). Trudne doświadczenia znalazły odzwierciedlenie w osobowościach budowniczych, bowiem uważa się ich za wyjątkowo odpornych i wytrwałych. Jako pokoleniu przypisuje się im takie cechy, jak lojalność, szacunek dla ciężkiej pracy, akceptacja zobowiązań społecznych, roztropność, ostrożność oraz uważność w planowaniu swojej przyszłości. To pokolenie ludzi oszczędnych, zdyscyplinowanych, okazujących respekt starszym, zdolnych do zaangażowania i samoograniczeń. Wszystko z umiarem – to jedna z najważniejszych zasad tego pokolenia. W literaturze podkreśla się, że jest to ostatnie pokolenie, które przeżyło swoje życie w rolach określonych przez płeć i ściśle zdefiniowanych przez społeczeństwo (McCrindle, Wolfinger, 2014), które z dumą spogląda na swoje stabilne małżeństwa i kariery zawodowe, które jednak pozostawały domeną mężczyzn. Budowniczowie cenili życie rodzinne, ich rodziny były liczne i często wielopokoleniowe. Dbłość o nie pozostawiano kobietom, które w związku z obowiązkami rodzicielskimi rezygnowały z dalszej edukacji. Twenge (2024) odnotowała w pokoleniu amerykańskich budowniczych najwyższy odsetek kobiet, które przerwały studia w związku z wyjściem za mąż i urodzeniem kolejnych dzieci, które potem określono mianem „pokolenia wyżu demograficznego”. Dziś budowniczowie prowadzą osiadły tryb życia, ich główną aktywnością rekreacyjną są spacer, spotkania z rodziną. Są chyba jednym z najbardziej religijnych pokoleń. Z wiekiem stają się coraz mniej materialistycznie nastawieni do życia, ale i silniej skoncentrowani na zdrowiu (Mackay, 1998). Kwestie zdrowotne obok poczucia samotności zdają się być największymi problemami tego pokolenia. Były one szczególnie widoczne w czasie pandemii Covid-19 (Barczykowska, Pawełek, 2021; Twenge, 2024). Co jednak znamienne, w niewielkim stopniu dotyczą ich problemy psychiczne: są bardziej odporni na stres, rzadziej doświadczają depresji. W tej grupie notuje się mniej samobójstw niż w kolejnych pokoleniach (Twenge, 2024). W odniesieniu do *mass mediów*, to przede wszystkim pokolenie analogowe, dla których radio i telewizja są oknem na świat. Pokolenie to jest silnie naznaczone wykluczeniem cyfrowym (Jasińska, Bąkowska, 2021; Symanek, 2023).

Dzieci budowniczych, zwane boomersami, przychodziły na świat w pełnych nadziei na rozwój i dobrobyt latach 50. i 60. XX wieku. Jest to jedno z najmłodszych pokoleń. W Stanach Zjednoczonych w 1957 roku dzietność osiągnęła niewyobrażalny dziś współczynnik 3,8 dziecka na kobietę (Twenge, 2024). Na początku tysiąclecia M.F. Maples, podkreślając liczebność tego pokolenia, określiła je mianem „srebrnego tsunami” (*Silver Tsunami*). W porównaniu ze swoimi rodzicami i dziadkami są zdecydowanie zdrowsi, lepiej wykształceni, mają wyższe oczekiwania względem jakości życia, są bardziej skoncentrowani na sobie i gotowi

do poszukiwania alternatywnych form zarobkowania (np. gra na giełdzie) oraz życia (Maples, 2008). Mieli szczęście urodzić się w miarę stabilnych czasach, bez światowych „zawieruch”. W czasie dorastania i wczesnej młodości obszarem ich aktywności były studenckie ruchy protestów i kontrkultura. Wielu z nich bliskie były hasła równouprawnienia, pacyfizmu, solidarności społecznej oraz liberalne wartości (Slagsvold, Hansen, 2022). Charakteryzowała ich specyficzna „odmiana indywidualizmu, która wiązała się z odrzuceniem anachronicznych uprzedzeń, jak i z koncentracją na znaczeniu osobistych wyborów” (Twenge, 2024). Zdaniem Twenge (2024) to pokolenie boomersów skutecznie przeciwstawiło się dyskryminacji kobiet, zapewniając im życie, o jakie walczyły pionierki z poprzednich pokoleń, przede wszystkim w aspekcie zawodowym. Wiele z nich było „pierwszymi w historii”. Dynamiczne zmiany społeczno-technologiczne, jakich doświadczyli boomersi w ciągu swego życia, zmusiły ich do bycia pionierami budującymi nowy porządek, nieustannie redefiniującymi system wartości, co pozwoliło im wytworzyć solidne mechanizmy adaptacyjne. Choć w młodości skłonni byli do rebelii, to z biegiem czasu skoncentrowali się na „małej stabilizacji”, ale na własnych warunkach. Jest to pierwsze pokolenie, w którym zmiany struktury rodziny i jej rozpad (separacje, rozwody, ponowne małżeństwa) spotkały się z dużym przyzwoleniem społecznym (Mackay, 1998; Hysa, 2016; McCrindle, Wolfinger, 2014; Wątroba, 2019). Boomersi zdecydowanie wyhamowali, jeśli chodzi o liczbę dzieci, co związane było z upowszechnieniem antykoncepcji, odkładając posiadanie dzieci na później (Twenge, 2024). Niestabilność życia rodzinnego, indywidualistyczne postawy nie sprzyjały budowaniu pozytywnych relacji z dziećmi. Obecnie praca i utrzymanie statusu społeczno-ekonomicznego są dla nich priorytetami. Wiek nie stanowi dla nich przesłanki do wycofania się z życia zawodowego i poświęcenia jedynie rodzinie i wnukom. Zarzuca się im w związku z tym, że zajmują miejsca pracy młodszymi pokoleniami i trzymają stery władzy, blokując zmiany. Uważani są za generację egocentryków, którzy biorą ze świata to, co w ich mniemaniu się im należy. Przypisuje się im kluczową rolę w rozwoju nowoczesnego konsumpcjonizmu. W odróżnieniu od swoich rodziców boomersi czerpią przyjemność z odgadywania i zaspokajania swoich potrzeb niezależnie od ich zakresu i skali, również na kredyt, choć sami siebie postrzegają często jako pokolenie „pomostowe”, ani oszczędne, jak ich rodzice, ani rozrzutne, jak ich dzieci (Slagsvold, Hansen, 2022). Nie lubią myśleć o starości, dbają o swoją kondycję, podróżują i odkrywają nowe możliwości. Wielu z nich jest zaangażowanych w wolontariat, podejmuje działania charytatywne. Społecznie egzystują w niewielkich, sprawdzonych grupach towarzyskich. Jednocześnie badania pokazują, że boomersi przez całe swoje dorosłe życie czuli się mniej szczęśliwi niż członkowie poprzedzającego ich pokolenia w tym samym wieku i częściej niż oni doświadczali stresu psychicznego i objawów depresji, również w okresie starości. Są również bardziej narażeni na ryzyko samobójstwa, ryzykownie używają leków i substancji psychoaktywnych (Twenge, 2024). Boomersi to pokolenie, które

w równym stopniu korzysta z *mass mediów* tradycyjnych i cyfrowych. Te ostatnie to przede wszystkim źródło informacji oraz kanał utrzymywania łączności z rodziną i znajomymi, ale również coraz częściej zakupów. To pokolenie dość dobrze radzi sobie z załatwieniem spraw urzędowych przez internet (Korczyk-Ulman, 2023, s. 57).

Rodzące się w połowie lat 60. i przez lata 70. XX wieku pokolenie X bywa nazywane „generacją pierwszych i ostatnich razów” (Twenge, 2024). Doświadczyło dorastania w trudnych gospodarczo i politycznie czasach, których dynamika spowodowała, że wychowywali się w dość ograniczonym kontakcie z zajętymi pracą („dzieci z kluczem na szyi”) i borykającymi się z problemami życiowymi dorosłymi (wielu z nich zaliczyłoby się do grupy dorosłych dzieci rozwiedzionych rodziców lub do dorosłych dzieci z rodzin problemowych), co nie znaczy, że ich dzieciństwo było nieszczęśliwe. Naznaczone były bez wątpienia dużą swobodą poznawania świata, postrzeganego jako relatywnie bezpieczny i, co ważne, fizycznie dostępny. To sprawiło, że jako pokolenie są odporni, ale zdolni do adaptacji, niezależni, świadomi swojej wartości, nieprzwiązani do tradycji (Mackay, 1998; Twenge, 2024), ale też mają poczucie, że są zdani przede wszystkim na siebie. Co ciekawe, choć iksy często gloryfikują swoje samodzielne dzieciństwo, to w stosunku do swoich własnych dzieci są czasami wręcz chorobliwie opiekuńczy. Wielu iksov dokłada wiele starań, aby ich dzieci nie robiły tak nierozważnych rzeczy, jak oni w ich wieku (Twenge, 2024). W młodości członkowie pokolenia X wierzyli, że osiągną ambitne cele zarówno życiowe, jak i zawodowe, co wpędziło ich w niekończący się „wyścig szczurów” w korporacyjnych korytarzach i przyniosło wiele frustracji. Dorosli przedstawiciele pokolenia X to poszukiwacze stabilizacji, którzy mocno odczuwają kolejne zmiany, podkopujące z trudem budowaną przez nich równowagę. Mimo ambitnych założeń wciąż wielu z nich zajmuje pozycję „na dorobku”, z kredytami i niewielkimi oszczędnościami. Wciąż nie czują się bezpiecznie, a wizja odniesienia sukcesu, przede wszystkim materialnego, pozostaje nieziszczona. To między innymi dlatego o niemal dekadę przesunęli moment zakładania rodzin (McCrindle, Wolfinger, 2014; Wątroba, 2019), których starają się nie poświęcać w imię sukcesu zawodowego, jak to często czynili boomersi. Przy czym założenie rodziny pozostaje niezależne od zawarcia związku małżeńskiego, zaś związki partnerskie, podobnie jak alternatywne formy życia rodzinnego, nie są niczym zaskakującym. Ich rodziny są małe, często tylko z jednym dzieckiem, niezależne od rodziny pochodzenia, często wspierane przez profesjonalne instytucje opiekuńcze (nianie, żłobki, klubiki), choć z drugiej strony sporo jest rodzin z trójką dzieci (Twenge, 2024). Mimo znaczenia życie rodzinne pokolenia X jest naznaczone nietrwałością, którą wiąże się z jednej strony z wysokim poziomem egocentryzmu jego przedstawicieli, a z drugiej – poszukiwaniem satysfakcji w związku (Paprzycka, Mianowska, 2020). W tej sytuacji często spotykaną formą są rodziny patchworkowe. Specyficznym rysem tego pokolenia jest koncentracja na dziecku, któremu rodzice starają się stworzyć jak najlepsze warunki życia. „Optymalizują” zatem zasoby dzieci przez świadomy

wyбір ścieżki edukacyjnej czy organizację zajęć dodatkowych. Nadmierna troska rozciąga się często również na życie dorosłych już dzieci. Troska o rodzinę przekłada się na zachowania konsumenckie (Zajadacz, 2014). Pokolenie X nazywane jest „pokoleniem kanapkowym” (*sandwich generation*), bowiem poza troską o swoje dzieci i wnuki jego przedstawiciele coraz częściej angażują się w opiekę nad swoimi tracącymi siłę rodzicami. Nie jest to zadanie proste, zważywszy że pozostają oni aktywni zawodowo i prawdopodobnie z uwagi na bardzo niskie uposażenie emerytalne, będą zmuszeni podtrzymywać swoją aktywność zawodową najdłużej, jak tylko się da (Field, 2021; Walkowska, 2018). Cechą różniącą to pokolenie od poprzednich jest to, że jest w pełni „cyfrowe”. Jego przedstawiciele bez problemu posługują się najnowszymi technologiami i aplikacjami. Internet jest dla nich źródłem informacji w tym samym stopniu co media tradycyjne. Iksowie wykorzystują go również do zdobywania wiedzy i praktycznych informacji, robienia zakupów. Jest ważnym medium towarzyskim (Facebook). Są również pierwszym pokoleniem, dla którego jest to po prostu narzędzie pracy (Korczyk-Ulman, 2023).

Pokolenie Y, zwane również millenialsami, przychodziło na świat od początku lat 80. do połowy ostatniej dekady XX wieku. Ich dzieciństwo, co prawda, nie zostało naznaczone jakimś dramatem pokoleniowym (Hysa, 2016; Kliombka-Jarzyna i in., 2016; Mackay, 1998; Wątroba 2019), ale są przyzwyczajeni do życia w zmieniającym się, fragmentarycznym świecie. Najstarsi z nich pamiętają jeszcze dzieciństwo „offline”, na podwórku, z trzepakiem, z rzucaną przez okno kanapką, za to bez telefonu i komputera na stałe podłączonego do sieci (Korczyk-Ulman, 2023). Zdaniem Twenge (2024) stanowią oni „kulminację trendów pokoleniowych w zakresie postępu technicznego, indywidualizmu i wolnej strategii życiowej, zapoczątkowanych przez boomerów i pokolenie X”. Dorastali w poczuciu wyjątkowości, co przekłada się na ich wysokie poczucie własnej wartości („uwierz w siebie/wierzę w siebie”, „bądź sobą/jestem sobą”) i samooceny, co zapewne jest związane z partnerskimi relacjami w rodzinie i swoistej koncentracji na dziecku, również w środowisku szkolnym. Nie stawiano im wymagań, nagradzając niemal za wszystko, tworząc „puste poczucie własnej wartości” (Twenge, 2024). Ciepłarniane warunki dorastania z jednej strony zbudowały wysokie oczekiwania wobec przyszłości, ale z drugiej pozbawiły millenialsów odporności na niepowodzenia, przed którymi w dzieciństwie chronili ich dorośli. Nie dziwi zatem, że w sytuacjach kryzysowych chętnie wracają pod opiekuńcze skrzydła rodziców lub nigdy spod nich nie wychodzą (Peszat i in., 2020; Mazur, 2016; Białecka, 2017). Jako pokolenie doświadczając zgeneralizowanego lęku, który może stać się pretekstem do sięgania po substancje psychoaktywne, szczególnie w okresie dorosłości. W czasie pandemii to właśnie u millenialsów zdiagnozowano najwyższy poziom zgeneralizowanego lęku (blisko 30%, podczas gdy wśród budowniczych odsetek ten wynosił 14,5%) (El-Gabalawy, Sommer, 2021). Wśród millenialsów i pokolenia X zaobserwowano również najwyższy wzrost spożycia substancji psychoaktywnych (El-Gabalawy,

Sommer, 2021). O ile dzieciństwo i dorastanie przyniosło millenialsom poczucie zadowolenia z życia, o tyle dorosłość naznaczona jest problemami psychicznymi i wysokim ryzykiem samobójstwa (Twenge, 2024). Millenialsi są mocno skupieni na sobie, cenią niezależność, wysoką jakość życia i doświadczanie jest dla nich ważniejsze niż potrzeba posiadania i konsumpcjonizm. Wcześni millenialsi wykazywali wyższe wskaźniki narcyzmu niż inne pokolenia (Twenge, 2024). Ważnym aspektem jest dla nich równowaga między życiem osobistym a pracą zawodową, którą próbują dopasować do własnych oczekiwań i planów. Są bardzo kreatywni w wymyślaniu nowych obszarów zatrudnienia. Pracodawcy z jednej strony doceniają ich kreatywność i ambicję, a z drugiej borykają się z brakiem lojalności, roszczeniowością i krótkoterminową perspektywą. Nie jest to pokolenie skłonne do ciężkiej pracy, choć trudno im odmówić wielozadaniowości, szerokiej wiedzy i zaawansowania technologicznego. Przedstawiciele pokolenia Y nie zamierzają bić się o swoje (Kliombka-Jarzyna i in., 2016), oczekują docenienia na starcie i szybkiej kariery. Są przekonani o tym, że uczyć się trzeba do końca życia, szukają informacji. Jest to pokolenie niemal całkowicie cyfrowe – mistrzowie mediów społecznościowych, które stanowią nieodłączną część ich codziennego życia. Jednocześnie doświadczają syndromu FOMO (Fear of Missing Out), czyli lęku przed tym, że może ich coś ominąć. Są mobilni, podróżują po całym globie turystycznie i zawodowo. Dużą wartość stanowią dla nich przyjaźń i miłość, o ile nie stoją na przeszkodzie w ich samorealizacji. Mają dużą potrzebę uznania ze strony rówieśników, ale nie lubią krytyki i źle ją znoszą. Łatwo nawiązują globalne relacje, jednak przy bezpośrednim kontakcie doświadczają wielu trudności, zwłaszcza jeśli chodzi o związki intymne (Kliombka-Jarzyna i in., 2016). Odwlekają wejście w poważne relacje oraz posiadanie dzieci, tłumacząc to nie dość dobrymi warunkami. Pojawienie się dziecka jest starannie przemyślaną decyzją, podobnie jak sam proces wychowania, w który zaangażowani są oboje rodzice. „Dzieciństwo millenialsów – pokolenia dzieci chcianych i planowanych – dało początek słowu parenting (rodzicielstwo), a także osądzaniu i rywalizowaniu w dziedzinie wychowania” (Twenge, 2024). Bo też przed rodzicielstwem stawia się zdecydowanie więcej wymagań – ma być ono wysokiej jakości, co oznacza czasochłonność i doświadczenie wyczerpania. Twenge (2024) podkreśla, że nieingerujące wychowanie, jakiego doświadczyły iksy, zostało wśród millenialsów zastąpione rodzicielstwem helikopterowym i wychowaniem pod kloszem. Millenialsi spędzają więcej czasu z dziećmi, mimo że są bardziej zajęci zawodowo i, co ważne, jest to czas spędzony efektywnie, gdzie nuda nie ma wstępu. Są mistrzami w znajdowaniu dla swoich dzieci zajęć prorozwojowych (Twenge, 2024). Są wyczuleni na emocje swoich dzieci, dbają o nie, czego wyrazem jest oparcie wychowania na bezwarunkowej miłości i pozytywnej dyscyplinie. W razie wątpliwości czy problemów wsparcia szukają w sieci. Są aktywnymi użytkownikami forum, aplikacji i innych czy grup parentingowych (Gerson, 2010). Ich dzieci to tzw. zetki lub zedowie.

Zetki są pokoleniem, które rodziło się w ostatnich latach XX wieku i pierwszej dekadzie XXI wieku. W literaturze nazywa się ich również pokoleniem „iGen” (Twenge, 2024), czyli generacją ipada, iphone’a, pokoleniem instant, a czasami pokoleniem „c”, od „connect” (ang. podłączony do sieci) (Gnaulati, 2016). Twenga (2024) opisuje to pokolenie jako na niespotykaną skalę zróżnicowane, jeśli chodzi o kwestie tożsamości płciowej oraz orientacji seksualnej. To najbardziej zaplanowane, rozpieszczone i materialnie obdarzone pokolenie. Dzieciństwo zetek wydłużyło się na lata dawniej zarezerwowane dla adolescencji, zaś okres dorastania rozciąga się na wczesną dorosłość, która również trwa coraz dłużej. Zetki przeżywają dzieciństwo w niewielkich rodzinach o zróżnicowanej formie. Często jedynacy, wiodący uporządkowane, zorientowane na szkołę życie. J. Haidt (2024) podkreśla paradoksy wychowania tego pokolenia: dzieci są nadmiernie chronione w świecie realnym, a jednocześnie pozostawione bez nadzoru w przestrzeni cyfrowej, co skutkuje niższą odpornością psychiczną, słabszymi kompetencjami społecznymi i większą podatnością na lęk. W efekcie młodzi ludzie rzadziej nawiązują relacje twarzą w twarz i mają mniej doświadczeń społecznych *offline*, co prowadzi do poczucia samotności, trudności w relacjach oraz problemów w dorosłym życiu, przy czym szczególnie silnie zjawiska te dotyczą dziewczyn. Przedstawiciele tego pokolenia chcą mieć wszystko „na już” i teraz, nie są gotowi na odraczenie. Ich rodzice, którzy doświadczali różnorodnych braków, starają się, aby niczego im nie zabrakło i by mogli bez problemów rozwijać swoje zainteresowania. Rodzice wykształcili w nich bardzo praktyczne podejście do życia. Przedstawiciele tego pokolenia potrafią znaleźć w sobie to, w czym są dobrzy, a następnie rozwijać się w tym kierunku i dążyć do wyznaczonych celów, i być konkurencyjnym. Można powiedzieć, że o ile pokolenie Y charakteryzował swego rodzaju marzycielski rys, o tyle pokolenie Z jest pełne realistów. „Pokolenie Y otrzymało narzędzia, aby odnieść sukces, pokolenie Z nauczyło się umiejętności, aby ten sukces odnieść” (Ławińska, Korombel, 2023). Nadmierna dbałość, wręcz można powiedzieć nadopiekuńczość rodziców zetek, budująca przestrzeń do odnoszenia relatywnie łatwego do osiągnięcia sukcesu powoduje, że pokolenie to ma ograniczone możliwości sprawdzenia się w trudniejszych warunkach, czego efektem jest ich niska odporność na stres i krytykę oraz roszczeniowość (Haidt, 2024). Twenge (2024) zauważa, że ta grupa pokoleniowa jak żadna inna jest czuła na punkcie bezpieczeństwa, kładąc szczególny nacisk na to, co nazywa „bezpieczeństwem emocjonalnym”. W związku z tym wykazuje ona tendencję do unikania stresujących, przykrych słów i doświadczeń. Jednocześnie stan zdrowia psychicznego zetek ocenia się jako słabszy niż poprzednich pokoleń. Wśród przyczyn tego stanu rzeczy wskazuje się między innymi rozwój mediów cyfrowych i ich wpływ na życie codzienne nastolatków (cyfryzacja kontaktów społecznych, nierealistyczne porównywanie społeczne, hejt) (Twenge, 2024). J. Haidt (2024) twierdzi, że pokolenie to doświadczyło tzw. wielkiego przeprogramowania, które dokonało się w latach 2010–2015 i polegało na przejściu od „dzieciństwa

opartego na zabawie” do „dzieciństwa opartego na telefonie”. Oznacza ono ograniczenie bezpośrednich kontaktów i swobodnej aktywności na rzecz rosnącego czasu spędzanego ze smartfonami i mediami społecznościowymi, co stało się główną ramą interpretacyjną jego analizy. Haidt (2024) wskazuje, że równolegle od początku 2010 roku obserwuje się gwałtowny wzrost problemów zdrowia psychicznego wśród młodzieży, takich jak depresja, lęki, samookaleczenia czy próby samobójcze, które wiąże z cyfrowym środowiskiem dorastania. Jego zdaniem pokolenie Z to pierwsza generacja wychowana z „urządzeniem w kieszeni”, które wciąga w alternatywną rzeczywistość opartą na mechanizmach uzależniających, ciągłym porównywaniu się z innymi, presji społecznej oraz ryzyku cyberprzemocy i izolacji. Zetki są nieustannie „przyłączone do prądu”, w internecie realizują większość swoich kontaktów społecznych, a najstarsi już także zawodowych. „W przeciwieństwie do pokolenia Y, zorientowanego na prywatność i bezpieczeństwo, młodsze pokolenie, jak zauważa A. Borcuch, skierowało się na możliwość otwarcia swojego życia w taki sposób, aby być całkowicie «usieciowionym». Postrzega technologię jako poszerzenie swojego życia i osobowości” (Borcuch, 2010). Warto zwrócić uwagę, że w czasie ich dorastania, a tym samym kształtowania się tożsamości i trajektorii życiowych, został naznaczony doświadczeniem pandemii. Kolejne *lockdowny* przerwały ciągłość oddziaływań kluczowych dla nich grup i instytucji, co może w przyszłości rzutować na ich funkcjonowanie społeczne, ale prawdopodobnie pozwoliło na nowo odkryć radość bezpośrednich kontaktów. Odpowiadając na społeczną krytykę pokolenia Z, Haidt (2024) podkreśla, że nie jest to „zepsute pokolenie” lecz rezultat środowiska, które zostało źle zaprojektowane dla dzieci.

Najmłodsze pokolenie to dziś kilkuletnie alfy (pokolenie Alfa), których liczebność szacuje się na ponad 2 mld osób (McCrindle, Fell, 2020). Pokolenie to przychodziło na świat w latach 2011–2024, zatem najstarsi przedstawiciele tej grupy są dziś nastolatkami. Zdaniem M. McCrindle i A. Fell (2020) pojawienie się alf jest częścią niezamierzonego globalnego eksperymentu, bowiem rodzili się w czasie, gdy świat wychodził z globalnego kryzysu finansowego, a jako małe dzieci doświadczyli pandemii. Opisuje się je jako pokolenie figitalne, co oznacza, że płynnie poruszają się między rzeczywistością fizyczną i wirtualną, nie widząc wyraźnych granic, bowiem oba te światy stanowią dla nich całość. Z uwagi na wczesną i uniwersalną ekspozycję na cyberprzestrzeń, uważani są za najbardziej innowacyjną i świadomą cyfrowo generację, dla której wchodzenie w kontakt ze sztuczną inteligencją będzie prawdopodobnie codziennością (Black, 2019; Kabali i in., 2015). Alfy mają dostęp do niespotykanej we wcześniejszych pokoleniach ilości informacji i technologii, które bardzo szybko się dezaktualizują, wymuszając nieustanną czujność i konieczność uczenia się. Przedstawiciele tego pokolenia często szybciej obsługują kolejne aplikacje, niż uczą się czytać. Badania przeprowadzone w 2015 roku w Polsce pokazały, że 64% dzieci w wieku od 6 miesięcy do 6,5 lat korzysta z urządzeń mobilnych, a 25% robi to codziennie. Posiadaczami własnych urządzeń jest 26%

dzieci. Urządzenia elektroniczne służą dzieciom do oglądania filmów (79%), do gry (62%) (smartfon lub tablet), do zabaw bez konkretnego celu (63%) (smartfon lub tablet). Należy dodać, że 69% rodziców udostępnia dzieciom urządzenia mobilne wówczas, gdy potrzebują czasu na załatwienie własnych spraw, a 49% z nich wówczas, gdy chcą nagrodzić swoją pociechę (Bąk, 2015). Podobne trendy obserwuje się również w innych krajach. Pokolenie Alfa uważane jest za jedno z najbardziej narażonych na zagrożenia cyfrowe, poczynając od wpływu na sferę psychofizyczną przez upośledzenie dobrostanu społecznego i emocjonalnego po uzależnienia. Podkreśla się negatywne zmiany w plastyczności neuronalnej mózgu alf oraz wysokie ryzyko zaburzeń melatoniny, a co za tym idzie – snu. W związku z długim czasem spędzaniem w cyberprzestrzeni rośnie ryzyko wiktylizacji tej grupy (Jha, 2020). To pokolenie o niepokojąco niskiej aktywności fizycznej i co za tym idzie zagrożone nadwagą (Twenge, 2024).

Życie alf to czas zmian dokonujących się w strukturze rodziny, podejściu do pracy, a także wychowania dziecka. Przez swoich rodziców są postrzegani jako wyjątkowi, ale też wymagający nieustannego wsparcia w odkrywaniu swoich potencjałów, w rozwoju. Ich rodzice, niczym helikoptery wspierająco-ratunkowe, nieustannie krążą nad głowami swoich dzieci, zastanawiając się, jak je chronić, ale także odkryć i oszlifować talenty w nich drżące. Niekiedy są to działania wręcz kompulsywne ze strony rodziców, obawiających się przeoczenia jakiegos szansa, która w przyszłości mogłaby zapewnić ich dzieciom wygodne życie i prestiż społeczny. Dzieci szybko trafiają do placówek opiekuńczych, przy czym przy ich wyborze kluczowym kryterium jest oferta edukacyjna w postaci licznych zajęć rozwijających. Popołudniami jeżdżą z zajęć na zajęcia, bowiem nuda jest postrzegana jako marnowanie cennego czasu (Honoré, 2011). Badacze zwracają uwagę, że uczenie alf wymaga zastosowania metod angażujących, wizualnych, multimedialnych i praktycznych. Podkreślają, że niezwykle ważnym celem edukacyjnym jest wzmocnienie poczucia sprawstwa i wiary w siebie u młodych alf, bowiem jest to pokolenie, w którego życie wpisana jest permanentna zmiana. Projektując zajęcia dla alf, warto pamiętać, że charakteryzuje je „przerzutność” uwagi, niska tolerancja nudy i stresu, funkcjonowanie w bańkach społecznych i informacyjnych, biegłość w technologii i wysoka samoświadomość (Jak pracować z uczniami z pokolenia Alfa?, *Nowa Era*, 2023).

Być może odpowiedzią na ten nieustanny wyścig jest zauważana w tym pokoleniu swego rodzaju „nowa staromodność” (*new oldfashioneds*), bowiem dla alf ważna jest zabawa i rodzinne spędzanie czasu. Jeśli mogą, lubią bawić się na dworze, z dala od urządzeń elektronicznych, jest to bowiem generacja „wspierana technologią, a nie zależna od technologii”. Co ciekawe, swoimi aktywnościami (np. zabawami na dworze, rękodzielnictwem) i dociekliwością dzieci te przypominają bardziej swoich dziadków niż rodziców. Lubią (bardziej niż ich starsze rodzeństwo) spędzać czas z rodziną, w tym ich najstarszymi przedstawicielami. Badania pokazały, że każdego tygodnia 62% alf spędzało czas ze swoimi dziadkami, tworząc w ten sposób między-

pokoleniowy pomost (*Future's Bright: The Futures's Gen Alpha*, 2019; McCrindle, Fell, 2020). Jednocześnie należy bardzo wyraźnie podkreślić, że przebywanie z przedstawicielami starszego pokolenia nie jest wyborem, tylko rodzajem konieczności w związku z nieustannym byciem w niedoczasie rodziców alf.

Podkreśla się, że alfy będą lepiej wykształcone formalnie, ale będzie im brakować praktycznych umiejętności oceny ryzyka i wyznaczania celów. Będą mieć również problemy z rozwijaniem kompetencji praktycznych. Alf, podobnie jak poprzednie pokolenie, będą dłużej pozostawać pod opieką i na utrzymaniu rodziców, z uwagi na wydłużony proces kształcenia. Dotknie je syndrom KIPPERS (Kids in Parent's Pockets Eroding Retirement Savings), oznaczający, że jako już dorośli będą pozostawać w domu rodziców, drenując ich emeryckie portfele. Tym samym moment założenia rodziny zostanie przez alfy odroczony na czas późnej dorosłości. McCrindle przewiduje, że pokolenie to do końca swojego życia będzie pracować w 18 miejscach, zmieniając sześciokrotnie kierunek drogi zawodowej. Co ciekawe, 65% alf będzie pracować w zawodach, które jeszcze dziś nie istnieją (McCrindle, Fell, 2020). Pokolenie Alfa coraz częściej opisywane jest jako świadomi i krytyczni konsumenci, którzy podejmują decyzje zakupowe na podstawie jakości, opinii oraz wartości społecznych i środowiskowych (Aksar i in., 2025), coraz silniej wpływając na globalną gospodarkę.

Tabela 10. Zróżnicowania pokolenia Z, Alfa i Beta

Obszar	Pokolenie Z	Pokolenie Alfa	Pokolenie Beta
Cel kształcenia	Zatrudnienie	Dostosowanie do rynku i swoich potrzeb	Przedsiębiorczość
Cele uczenie	Wyniki egzaminu	Umiejętność uczenia się	Umiejętności życiowe
Źródło zachęt marketingowych	Rówieśnicy	Influencerzy	Sztuczna inteligencja
Styl pracy	Uczestniczący	Współpracujący	Współtworzący
Zadania lidera	Koordinacja	Wsparcie i rozwój	Motywowanie i generowanie zysku
Płatności	Karta kredytowa	Cyfrowa	Wirtualna
Technologia	Dotykowa	Głosowa	Gestowa
Trendy w konsumpcji	Dostosowanie	Personalizowanie	Przewidywanie, wytwarzanie
Źródła doradztwa	Doradztwo zawodowe	Słuszność społeczna	Wpływ rówieśników
Kontekst gospodarczy	Zmieniające się trendy	Dynamiczne zmiany	Ciągła zmienność

Źródło: M. McCrindle, A. Fell, 2020, s. 9.

Podsumowując portrety pokoleniowe adresatów współczesnej profilaktyki, warto wspomnieć o nadchodzącym pokoleniu Beta. Dziś trudno je dokładnie scharakteryzować, bo zaczęło ono przychodzić na świat dopiero w 2025 roku, ale

biorąc pod uwagę trendy społeczne, technologiczne i kulturowe, można przewidywać pewne cechy, które mogą je charakteryzować. Dzieci z pokolenia Beta będą dorastać w świecie, gdzie sztuczna inteligencja i automatyzacja staną się jeszcze bardziej wszechobecne. Ich codzienne życie będzie ściśle powiązane z technologią Internetu Rzeczy (IoT), co sprawi, że w niektórych kontekstach będą bardziej zaznajomione z interakcją z AI niż z ludźmi (Gruchola, 2016). Relacje społeczne również ulegną zmianie, z większym udziałem wirtualnej rzeczywistości (VR) i rozszerzonej rzeczywistości (AR), co umożliwi spotkania i współpracę w wirtualnych środowiskach. Pokolenie Beta będzie miało silniejsze poczucie przynależności do globalnej społeczności, z mniejszym naciskiem na granice państwowe. Przewiduje się, że ze względu na wzrost poziomu edukacji oraz wysoki poziom aktywności zawodowej kobiet będzie to najmniejsze pokolenie w historii. Poważnym wyzwaniem dla tego pokolenia będzie opieka nad starzejącym się społeczeństwem. Co jednak znamienne, doświadczy ono pozytywnych zmian w jakości środowiska przyrodniczego oraz polepszenia warunków materialnych (McCrindle, Fell, 2020). Będzie się to wiązało z upowszechnieniem korzystania z zielonych technologii i odnawialnych źródeł energii. Nowe modele pracy, takie jak praca zdalna i elastyczne godziny pracy, będą normą, kładąc większy nacisk na równowagę między życiem zawodowym a prywatnym. Gospodarka będzie oparta na umiejętnościach cyfrowych i kreatywności, z mniejszym znaczeniem tradycyjnego wykształcenia formalnego.

1.4.3. Generacyjne zróżnicowanie oddziaływań profilaktycznych w kontekście potrzeb, czynników ryzyka i chroniących

Porządkując kwestię zróżnicowań pokoleniowych, warto zwrócić uwagę także i na to, że każde z pokoleń charakteryzuje również odmienny zbiór czynników ryzyka i czynników chroniących, w obszarze których prowadzi się działania. W syntetycznej formie przedstawia to tabela 11.

W ślad za odmiennymi charakterystykami i czynnikami ryzyka i chroniącymi powinno iść również zróżnicowanie oddziaływań. Jest ono kluczowe z kilku istotnych powodów, które wynikają z różnorodnych potrzeb, doświadczeń, wartości oraz sposobów korzystania z technologii przez różne pokolenia. Pierwszym powodem są wartości i zainteresowania. Budowniczości i boomersi są przywiązani do tradycyjnych wartości. Łączy ich troska o rodzinę oraz zdrowie fizyczne. Dla boomersów ważne są aspekty związane z pracą zawodową i zabezpieczeniem materialnym. Z kolei pokolenie X jest bardziej zainteresowane równowagą między życiem zawodowym a prywatnym, zaś millenialsi poszukują stabilizacji. Pokolenia Z i Alfa są najbardziej zainteresowane swoim rozwojem, tradycyjne wartości nie są dla nich specjalnie ważne. Po drugie poszczególne pokolenia mają odmienne potrzeby w zakresie profilaktyki, o czym była mowa wcześniej. Trzeci argument

Tabela 11. Zestawienie czynników ryzyka i chroniących w ujęciu pokoleniowym

Pokolenie	Czynniki ryzyka	Czynniki chroniące
Budowniczości (1925–1945)	– Problemy zdrowia fizycznego i psychicznego – Izolacja społeczna i samotność – Wykluczenie cyfrowe – Sytuacja materialna – Podatność na wiktylizację – Niska mobilności i aktywność fizyczna	– Dostęp do opieki zdrowotnej – Silne więzi rodzinne i towarzyskie – Wsparcie finansowe – Aktywność fizyczna – Cyberaktywność
Baby Boomers (1946–1964)	– Choroby przewlekłe (np. cukrzyca, choroby serca) – Stres związany z emeryturą i starzeniem się – Palenie i nadmierne spożycie alkoholu – Zmniejszona aktywność fizyczna	– Silne więzi rodzinne i towarzyskie – Aktywność fizyczna – Regularne badania medyczne – Tradycyjne wartości i stabilność emocjonalna – Cyberaktywność
Pokolenie X (1965–1980)	– Stres zawodowy i brak równowagi między pracą a życiem – Siedzący tryb życia – Niezdrowa dieta – Obciążenie finansowe (np. kredyt mieszkaniowy) – Problemy zdrowia psychicznego (np. depresja)	– Zróżnicowane umiejętności zawodowe – Dobre zarządzanie finansami – Wsparcie społeczne i sieci zawodowe – Dążenie do równowagi między życiem osobistym a pracą
Pokolenie Y (1981–1996) (Millennials)	– Przemęczenie technologiczne – Problemy z pracą i stabilnością zawodową – Wysokie poziomy stresu i lęku – Obciążenie finansowe (np. kredyt mieszkaniowy) – Uzależnienia od technologii i mediów społecznościowych	– Wysokie umiejętności cyfrowe – Otwartość na zmiany i innowacje – Duża sieć wsparcia społecznego – Świadomość zdrowia psychicznego – Elastyczność i adaptacyjność
Pokolenie Z (1997–2012)	– Problemy zdrowia psychicznego (np. lęki, depresja) – Niska aktywność fizyczna – Niewłaściwe korzystanie z technologii – Cyberprzemoc i presja społeczna – Problemy z tożsamością i samooceną	– Wysokie kompetencje cyfrowe – Świadomość społeczna i ekologiczna – Szybkość w adaptacji do nowych technologii – Duże umiejętności w zakresie technologii – Wsparcie psychiczne i zdrowotne
Pokolenie Alfa (2013–2024)/ Pokolenia Beta (2025–2040)	– Zbyt duża ekspozycja na technologię od najmłodszych lat – Problemy z rozwojem społecznym i emocjonalnym – Utrata prywatności – Zależność od technologii – Brak aktywności fizycznej	– Wczesne zaznajomienie się z technologią – Dostęp do zaawansowanej edukacji i narzędzi cyfrowych – Świadomość ekologiczna i zrównoważony rozwój – Wczesna edukacja w zakresie zdrowia psychicznego – Zróżnicowane możliwości edukacyjne

Źródło: Opracowanie własne.

za różnicowaniem oddziaływań profilaktycznych są odmienne style życia i środowiska społeczne. Na przykład pokolenia X i Y są bardziej mobilne i zmienne w swoich środowiskach społecznych, co może wpływać na sposób, w jaki angażują się w programy profilaktyczne. Z kolei starsze pokolenia mogą być bardziej stabilne w swoich środowiskach, co wpływa na formy wsparcia, jakie są dla nich najbardziej odpowiednie. Dla pokoleń Z, Alfa i Beta naturalne jest płynne przechodzenie między środowiskiem fizycznym i cyfrowym, funkcjonowanie w globalnym świecie, gdzie kwestia granic czy przynależności rasowej, etnicznej nie ma znaczenia. Po czwarte nie można zapominać, że każde z pokoleń ma swoje preferencje dotyczące sposobów komunikacji i technologii. Na przykład pokolenie budowniczych preferuje tradycyjne formy komunikacji, takie jak radio, telewizja i broszury drukowane. Natomiast millennialsi (pokolenie Y), pokolenie Z oraz pokolenie Alfa, które dorastały z nowymi technologiami, są bardziej otwarte na komunikację przez aplikacje mobilne, media społecznościowe i platformy wideo. Dopasowanie form oddziaływań do umiejętności technologicznych odbiorców jest istotne dla skuteczności programów profilaktycznych. Równie ważne jest dopasowanie metod i narzędzi oddziaływań. Dla starszych pokoleń efektywne mogą być warsztaty i spotkania w społecznościach lokalnych, podczas gdy młodsze pokolenia lepiej reagują na interaktywne platformy edukacyjne, gry i aplikacje mobilne. Nie oznacza to bynajmniej, że budowniczowie nie mogą korzystać z cybertechnologii. Ważne, aby odpowiadały one na ich potrzeby i mieściły się w ramach ich kompetencji. Tabela 12 przedstawia zróżnicowanie form i rodzajów oddziaływań profilaktycznych wraz ze wskazaniem głównych kanałów komunikacji w zależności od pokolenia.

Pokolenie budowniczych korzysta głównie ze spotkań i warsztatów w społecznościach lokalnych, programów edukacyjnych i informacyjnych, programów wsparcia w miejscach pracy i społecznościach, wsparcia indywidualnego i doradztwa oraz z organizacji wolontariackich i kościołów. Oddziaływania profilaktyczne dla tego pokolenia obejmują programy zdrowotne promujące regularne badania i zdrowy styl życia, warsztaty na temat zarządzania stresem i zdrowia psychicznego, zajęcia z zakresu zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, programy wsparcia psychologicznego i grupy terapeutyczne, kampanie informacyjne dotyczące chorób przewlekłych, informacje na temat dostępnych usług zdrowotnych i wsparcia finansowego, edukację na temat technologii i bezpieczeństwa cyfrowego, organizację zajęć rekreacyjnych i fitness, programy socjalizacyjne i rekreacyjne, organizację wycieczek i spotkań towarzyskich, konsultacje zdrowotne i porady dietetyczne, doradztwo finansowe i pomoc w zarządzaniu budżetem, indywidualne wsparcie w korzystaniu z nowych technologii, wsparcie duchowe i religijne oraz organizację pomocy sąsiedzkiej i wolontariatu. Główne kanały komunikacji obejmują tradycyjne media (radio, telewizja, prasa), drukowane materiały informacyjne (broszury, ulotki, książki), spotkania i wydarzenia społecznościowe, bezpośrednią komunikację *face to face*, wsparcie rodzinne i sąsiedzkie, organizacje wolontariackie i religijne oraz programy wsparcia telefonicznego.

Tabela 12. Pokoleniowe zróżnicowania form i rodzajów oddziaływań profilaktycznych wraz z głównymi kanałami komunikacji

Pokolenie	Formy oddziaływań profilaktycznych	Rodzaje oddziaływań profilaktycznych	Główne kanały komunikacji w oddziaływaniach profilaktycznych
Budowniczoowie (1925-1945)	- Spotkania i warsztaty w społecznościach lokalnych - Programy edukacyjne i informacyjne - Programy wsparcia w miejscach pracy i społecznościach - Wsparcie indywidualne i doradztwo - Organizacje wolontariackie i kościoły	- Programy zdrowotne promujące regularne badania i zdrowy styl życia - Warsztaty na temat zarządzania stresem i zdrowia psychicznego - Zajęcia z zakresu zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej - Programy wsparcia psychologicznego i grupy terapeutyczne - Kampanie informacyjne dotyczące chorób przewlekłych - Informacje na temat dostępnych usług zdrowotnych i wsparcia finansowego - Edukacja na temat technologii i bezpieczeństwa cyfrowego - Organizacja zajęć rekreacyjnych i fitness dla seniorów - Programy socjalizacyjne i rekreacyjne - Organizacja wycieczek i spotkań towarzyskich - Konsultacje zdrowotne i porady dietetyczne - Doradztwo finansowe i pomoc w zarządzaniu budżetem - Indywidualne wsparcie w korzystaniu z nowych technologii - Wsparcie duchowe i religijne - Organizacja pomocy sąsiedzkiej i wolontariatu	- Tradycyjne media (radio, telewizja, prasa) - Drukowane materiały informacyjne (broшуry, ulotki, książki) - Spotkania i wydarzenia społecznościowe - Bezpośrednia komunikacja <i>face to face</i> - Wsparcie rodzinne i sąsiedzkie - Organizacje wolontariackie i religijne - Programy wsparcia telefonicznego
Boomersi (1946-1964)	- Spotkania i warsztaty w społecznościach lokalnych - Edukacyjne kampanie medialne - Programy wsparcia w miejscach pracy - Zajęcia grupowe w centrach/klubach seniora	- Programy zdrowotne promujące regularne badania i zdrowy styl życia - Warsztaty na temat zarządzania stresem i planowania emerytalnego - Kampanie antynikotynowe i promujące ograniczenie spożycia alkoholu - Programy fitness dostosowane do starszych dorosłych	- Tradycyjne media (telewizja, radio, prasa) - Spotkania i warsztaty w społecznościach lokalnych - Broшуry i ulotki informacyjne w przychodniach i aptekach - Programy edukacyjne i zdrowotne w centrach seniora - Listy i poczta tradycyjna
Pokolenie X (1965-1980)	- Programy edukacyjne w miejscach pracy - Kursy <i>online</i> i webinary - Kampanie społeczne - Programy wsparcia psychologicznego	- Inicjatywy promujące równowagę między życiem zawodowym a prywatnym (<i>work-life balance</i>) - Zachęcanie do aktywności fizycznej poprzez karty sportowe i zajęcia fitness - Kampanie edukacyjne dotyczące zdrowego odżywiania - Programy wsparcia psychicznego i dostępu do terapii	- E-maile i newsletters - Strony internetowe i portale zdrowotne - Kampanie społeczne w mediach tradycyjnych i <i>online</i> - Kursy <i>online</i> i webinary - Spotkania i warsztaty w miejscach pracy

Pokolenie	Formy oddziaływań profilaktycznych	Rodzaje oddziaływań profilaktycznych	Główne kanały komunikacji w oddziaływaniach profilaktycznych
Pokolenie Y (1981–1996) (Millennialsi)	– Aplikacje mobilne do zarządzania zdrowiem i czasem – Platformy e-learningowe – Grupy wsparcia <i>online</i> i fora internetowe – Media społecznościowe jako kanał edukacyjny – Programy lojalnościowe i benefitów zdrowotne w firmach	– Warsztaty na temat zarządzania czasem spędzanym przed ekranem – Programy mentoringowe i doradztwo zawodowe – Warsztaty na temat zarządzania stresem i technik relaksacyjnych – Edukacja finansowa i doradztwo w zakresie zarządzania długami – Programy edukacyjne dotyczące zdrowego korzystania z technologii	– Media społecznościowe (Facebook, Twitter, Instagram) – Aplikacje mobilne do zarządzania zdrowiem i czasem – Grupy wsparcia <i>online</i> i fora internetowe – Influencerzy i blogerzy jako kanały edukacyjne – E-maile i newsletters – Webinary i wideokonferencje
Pokolenie Z (1997–2012)	– Interaktywne platformy edukacyjne – Gry edukacyjne i aplikacje – Webinary i warsztaty <i>online</i> – Influencerzy jako ambasadorzy kampanii profilaktycznych – Programy edukacyjne w szkołach	– Dostęp do zasobów zdrowia psychicznego, takich jak terapie i grupy wsparcia – Programy aktywności fizycznej dostosowane do młodych ludzi – Edukacja na temat cyberbezpieczeństwa i odpowiedzialnego korzystania z internetu – Kampanie przeciwko cyberprzemocy i programy wsparcia ofiar – Warsztaty budujące pewność siebie i wspierające rozwój osobisty	– Media społecznościowe (Instagram, TikTok, Snapchat) – Aplikacje mobilne i gry edukacyjne – Platformy wideo (YouTube, Twitch) – Chatboty i asystenci głosowi – Webinary i warsztaty <i>online</i> – Kampanie z udziałem influencerów
Pokolenie Alfa (2013–2024) / Pokolenia Beta (2025–2040)	– Aplikacje edukacyjne dla dzieci – Programy edukacyjne w przedszkolach i szkołach – Zabawki edukacyjne z elementami technologii – Media społecznościowe dostosowane do dzieci – Platformy do gier edukacyjnych	– Edukacja rodziców na temat zdrowego korzystania z technologii przez dzieci – Programy socjalizacji i rozwoju emocjonalnego dla dzieci – Wczesna edukacja w zakresie ochrony prywatności i bezpieczeństwa danych – Balansowanie czasu spędzanego <i>online</i> i <i>offline</i> przez dzieci – Promocja aktywnego stylu życia i wprowadzenie programów sportowych dla dzieci	– Aplikacje edukacyjne dla dzieci – Interaktywne zabawki i urządzenia edukacyjne – Platformy do gier edukacyjnych – Programy edukacyjne w przedszkolach i szkołach – Media społecznościowe dostosowane do dzieci (bezpieczne i moderowane) – Wideoplatformy dla dzieci (YouTube Kids)

Źródło: Opracowanie własne.

Boomersi preferują spotkania i warsztaty w społecznościach lokalnych, edukacyjne kampanie medialne, programy wsparcia w miejscach pracy oraz zajęcia grupowe w centrach/klubach seniora. Profilaktyka obejmuje programy zdrowotne promujące regularne badania i zdrowy styl życia, warsztaty na temat zarządzania stresem i planowania emerytalnego, kampanie antynikotynowe i promujące ograniczenie spożycia alkoholu oraz programy fitness dostosowane do starszych dorosłych. Komunikacja odbywa się przez tradycyjne media (telewizja, radio, prasa), spotkania i warsztaty w społecznościach lokalnych, broszury i ulotki informacyjne w przychodniach i aptekach, programy edukacyjne i zdrowotne w centrach seniora oraz listy i pocztę tradycyjną.

Pokolenie X korzysta z programów edukacyjnych w miejscach pracy, kursów *online* i webinarów, kampanii społecznych oraz programów wsparcia psychologicznego. Rodzaje oddziaływań obejmują inicjatywy promujące równowagę między życiem zawodowym a prywatnym (*work-life balance*), zachęcanie do aktywności fizycznej przez karty sportowe i zajęcia fitness, kampanie edukacyjne dotyczące zdrowego odżywiania oraz programy wsparcia psychicznego i dostępu do terapii. Komunikacja odbywa się przez e-maile i newslettery, strony internetowe i portale zdrowotne, kampanie społeczne w mediach tradycyjnych i *online*, kursy *online* i webinary oraz spotkania i warsztaty w miejscach pracy.

Pokolenie Y (millenials) wykorzystuje aplikacje mobilne do zarządzania zdrowiem i czasem, platformy e-learningowe, grupy wsparcia *online* i fora internetowe, media społecznościowe jako kanał edukacyjny oraz programy lojalnościowe i benefity zdrowotne w firmach. Oddziaływania obejmują warsztaty na temat zarządzania czasem spędzanym przed ekranem, programy mentoringowe i doradztwo zawodowe, warsztaty na temat zarządzania stresem i technik relaksacyjnych, edukację finansową i doradztwo w zakresie zarządzania długami oraz programy edukacyjne dotyczące zdrowego korzystania z technologii. Komunikacja odbywa się przez media społecznościowe (Facebook, Twitter, Instagram), aplikacje mobilne do zarządzania zdrowiem i czasem, grupy wsparcia *online* i fora internetowe, influencerów i blogerów jako kanały edukacyjne, e-maile i newslettery oraz webinary i wideokonferencje.

Pokolenie Z preferuje interaktywne platformy edukacyjne, gry edukacyjne i aplikacje, webinary i warsztaty *online*, influencerów jako ambasadorków kampanii profilaktycznych oraz programy edukacyjne w szkołach. Rodzaje oddziaływań obejmują dostęp do zasobów zdrowia psychicznego, takich jak terapie i grupy wsparcia, programy aktywności fizycznej dostosowane do młodych ludzi, edukację na temat cyberbezpieczeństwa i odpowiedzialnego korzystania z internetu, kampanie przeciwko cyberprzemocy i programy wsparcia ofiar oraz warsztaty budujące pewność siebie i wspierające rozwój osobisty. Komunikacja odbywa się przez media społecznościowe (Instagram, TikTok, Snapchat), aplikacje mobilne i gry edukacyjne, platformy wideo (YouTube, Twitch), chatboty i asystentów głosowych, webinary i warsztaty *online* oraz kampanie z udziałem influencerów.

Pokolenia Alfa i Beta korzystają z aplikacji edukacyjnych dla dzieci, programów edukacyjnych w przedszkolach i szkołach, zabawek edukacyjnych z elementami technologii, mediów społecznościowych dostosowanych do dzieci oraz platform do gier edukacyjnych. Oddziaływania obejmują edukację rodziców na temat zdrowego korzystania z technologii przez dzieci, programy socjalizacji i rozwoju emocjonalnego dla dzieci, wczesną edukację w zakresie ochrony prywatności i bezpieczeństwa danych, balansowanie czasu spędzanego *online* i *offline* przez dzieci oraz promocję aktywnego stylu życia i wprowadzenie programów sportowych dla dzieci. Komunikacja odbywa się przez aplikacje edukacyjne dla dzieci, interaktywne zabawki i urządzenia edukacyjne, platformy do gier edukacyjnych, programy edukacyjne w przedszkolach i szkołach, media społecznościowe dostosowane do poziomu rozwoju i kompetencji cyfrowych.

Podsumowując, różnicowanie oddziaływań profilaktycznych z uwzględnieniem pokoleniowej jest niezbędne, aby efektywnie odpowiadać na specyficzne potrzeby zdrowotne, komunikacyjne, technologiczne i społeczne każdego pokolenia. Adaptacja metod i narzędzi profilaktycznych do unikalnych cech i preferencji każdej grupy wiekowej zapewnia lepsze wyniki zdrowotne i większą skuteczność programów profilaktycznych.

ROZDZIAŁ 2.

Przestrzenie, wymiary i partnerstwa profilaktyki społecznej (Agnieszka Barczykowska)

2.1. Działania profilaktyczne w środowisku lokalnym

Społeczność lokalna, o czym zostało wspomniane we wcześniejszych rozdziałach, stanowiła jedną z pierwszych przestrzeni oddziaływań profilaktycznych, co jest efektem tego, że w pedagogice jest ona traktowana jako pierwotna przestrzeń oddziaływań wychowawczych i socjalizacyjnych. W ujęciu pedagogicznym społeczność lokalna traktowana jest jako system powiązanych relacji społecznych, kulturowych i instytucjonalnych, które mogą pełnić zarówno funkcję ochronną, jak i ryzyka wobec rozwoju jednostki. To właśnie w tej przestrzeni kształtują się normy zachowania, internalizowane są wartości, powstają wzory zachowań prospołecznych i ryzykownych. Słusznie zauważa K. Pawełek (2021), że żadne nawet najlepiej zorganizowane państwo nie jest w stanie wyeliminować wszystkich zagrożeń, mimo posiadania stosownych do tego środków. Kontynuując, podkreśla, że zachowaniom tym powinno się przeciwdziałać tam, gdzie one powstają. W większości przypadków oznacza to konieczność prowadzenia działań profilaktycznych w społecznościach lokalnych, o czym pisali W. Ambrozik (1997, 2009, 2010), S. Kowalski (1974), K. Pawełek (2009), H. Radlińska (1961), F. Znaniecki (2001) czy M. Michel (2013). O zasadności tego założenia świadczy omówiona szeroko w rozdziale koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży (PYD). Jej silnie zaznaczona obecność pozwala na jedynie zasygnalizowanie w tym miejscu znaczenia społeczności lokalnej w profilaktyce społecznej.

Profilaktyka realizowana w środowisku lokalnym integruje działania szkoły, rodziny, instytucji społecznych oraz organizacji pozarządowych (Ambrozik, 1994, 2009, 2010; Kowalski, 1974, 1984; Pawełek, 2009; Segiet, 2018). Obejmuje działania ukierunkowane na wzmacnianie czynników chroniących oraz redukovanie czynników ryzyka w populacji dzieci, młodzieży i dorosłych. Lokalna profilaktyka społeczna w środowisku lokalnym powinna koncentrować się na aktywizowaniu zasobów społecznych, wzmacnianiu kapitału społecznego oraz tworzeniu sieci współpracy między instytucjami, co sprzyja trwałym efektom profilaktycznym (Ambrozik, 2010; Urban, 2012), podkreśla rolę środowiskowych systemów wsparcia i pracy z rodziną jako kluczowych elementów działań profilaktycznych i resocjalizacyjnych. Kluczowe dla profilaktyki jest rozpoznanie potrzeb społeczności, o czym

pisała już H. Radlińska. S. Grzelak (2015) natomiast podkreśla rolę dorosłych, w tym pedagogów i nauczycieli jako kluczowych realizatorów programów profilaktycznych, podkreślając znaczenie kompetencji wychowawczych oraz współpracy z rodzicami i środowiskiem lokalnym.

Lokalny system profilaktyki społecznej powinien opierać się na wyraźnych zasadach, które tworzą ramy skutecznego działania w środowisku lokalnym. Jedną z fundamentalnych zasad jest interdyscyplinarność. Oznacza to, że system powinien integrować wiedzę i metody działania z różnych dziedzin nauki i praktyki społecznej – pedagogiki, socjologii, psychologii, zdrowia publicznego, pracy socjalnej oraz polityki społecznej – co umożliwi wieloaspektowe rozpoznanie problemów społecznych i tworzenie kompleksowych interwencji dopasowanych do specyfiki lokalnej (Ostaszewski, 2014; Szymańska, 2012; Świątkiewicz, 2002). Zasada wielopoziomowości oddziaływań oznacza, że działania profilaktyczne powinny obejmować różne poziomy funkcjonowania jednostki i społeczności. Obejmuje to poziom indywidualny – wspieranie jednostek zagrożonych zachowaniami problemowymi, poziom rodzinny – wsparcie rodzin w pełnieniu funkcji wychowawczej, poziom szkolny – działania edukacyjne i wychowawcze w instytucjach oświatowych oraz poziom środowiskowy (*community level*) – działania w całej społeczności lokalnej, które budują warunki sprzyjające zdrowym zachowaniom (profilaktyka środowiskowa) (Ambrozik, 1997, 2009, 2010; Kowalski, 1974, 1984; Pawełek, 2009). Wielopoziomowe podejście jest konieczne, ponieważ czynniki ryzyka i zasoby chroniące występują na wielu płaszczyznach życia społecznego (rówieśniczej, rodzinnej, szkolnej i lokalnej). Kolejna zasada to profilaktyka oparta na dowodach (*evidence-based*). Zgodnie ze standardami profilaktyki określonymi przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (po zmianach Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom), działania profilaktyczne powinny być planowane i wykonywane na podstawie wiarygodnych badań empirycznych oraz ewaluacji, a także rekomendowanych programów profilaktycznych. Tylko takie podejście pozwala na eliminowanie metod nieskutecznych lub potencjalnie szkodliwych oraz na wdrażanie interwencji, których skuteczność została potwierdzona w warunkach zbliżonych do lokalnych realiów (Barczykowska, 2013; Ostaszewski, 2014). Bardzo ważna jest także zasada lokalnej diagnozy potrzeb, zgodnie z którą działania systemu profilaktyki muszą wynikać z rzetelnej analizy sytuacji społecznej w danej społeczności – identyfikacji problemów, czynników ryzyka oraz zasobów lokalnych. Diagnoza taka umożliwia ukierunkowanie działań na realne potrzeby mieszkańców i uniknięcie stosowania gotowych rozwiązań nieadekwatnych do lokalnych uwarunkowań, co zwiększa trafność i efektywność interwencji (Boryczko, Dunajska, Marek, 2020). Zasada partycypacji społecznej podkreśla znaczenie aktywnego udziału członków społeczności lokalnej w planowaniu, realizacji i ocenie działań profilaktycznych. Społeczność lokalna powinna być współtwórcą systemu, a nie jedynie odbiorcą gotowych rozwiązań, co sprzyja budowaniu kapitału społecznego, zaangażowania

obywatelskiego oraz trwałości oddziaływań. Partycypacja wspiera także procesy empowermentu, w których mieszkańcy stopniowo przejmują odpowiedzialność za własne środowisko (modele *community engagement* w profilaktyce) (Barczykowska, 2011; Michel, 2013). Kolejna zasada – ciągłość i systemowość działań – oznacza, że działania profilaktyczne powinny być długofalowe, zintegrowane z politykami publicznymi oraz instytucjonalnie zakotwiczone w strukturach lokalnych. Dzięki temu działania nie są jednorazowymi epizodami, lecz elementami stałego systemu wsparcia, który reaguje na zmieniające się potrzeby społeczności i zapewnia trwałe efekty. Zasada koordynacji i spójności podkreśla konieczność harmonizacji działań między różnymi instytucjami i sektorami. Działania podejmowane w ramach lokalnego systemu profilaktyki muszą być ze sobą skoordynowane, komplementarne i zgodne z lokalnymi oraz krajowymi strategiami profilaktycznymi, co minimalizuje ryzyko dublowania działań i marnotrawienia zasobów (Ambrozik, 2010; Pawełek, 2021; Słupska, 2020). Ostatnia zasada – ewaluacja i monitoring – dotyczy konieczności prowadzenia systematycznej oceny skuteczności podejmowanych działań, monitorowania wskaźników społecznych oraz adaptacji programów na podstawie wyników ewaluacji. Monitoring pozwala nie tylko ocenić efekty działań, ale także identyfikować nowe wyzwania oraz reagować na nie w sposób elastyczny i oparty na danych. Ewaluacja jest kluczowym elementem cyklu planowania, realizacji i doskonalenia działań profilaktycznych (Boryczko i in., 2020).

Społeczność lokalna stanowi nie tylko przestrzeń życia codziennego, lecz przede wszystkim fundament procesów wychowawczych, profilaktycznych i socjalizacyjnych, w których kształtują się normy, wartości oraz wzorce zachowań prospołecznych i ryzykownych. W ujęciu pedagogicznym jej rola jest dwójaka: z jednej strony tworzy ramy ochronne, umożliwiające rozwój jednostki, z drugiej – może sprzyjać utrwalaniu zagrożeń, jeżeli nie zostaną aktywnie wykorzystane mechanizmy wsparcia. Właśnie w tym kontekście lokalna profilaktyka społeczna staje się narzędziem strategicznym – integrującym działania szkoły, rodziny, instytucji społecznych i organizacji pozarządowych, a zarazem uwzględniającym interdyscyplinarne podejście, wielopoziomowość oddziaływań oraz lokalną diagnozę potrzeb.

2.2. Szkoła jako przestrzeń realizacji oddziaływań profilaktycznych

2.2.1. Szkoła i profilaktyka – wzajemne relacje

Szkoła jest przestrzenią nie tylko do działań edukacyjnych i opiekuńczych, ale również profilaktycznych. Kluczowa rola tej instytucji w prowadzeniu tego rodzaju działań wynika z jej wyjątkowej roli w życiu dzieci i młodzieży, ale również społeczeństwa. M. Sokołowska (2000) pisze:

szkola to siedlisko, w którym żyją (uczą się i pracują, ale również odpoczywają i bawią się, jedzą, kontaktują ze sobą, wchodzą w relacje, współpracują, rywalizują itd.): uczniowie, nauczyciele, inni pracownicy szkoły i rodzice, a które jest jednocześnie elementem środowiska (najbliższe otoczenie szkoły, miasto, kraj).

W wymiarze indywidualnym szkoła jest kreatorem rozwoju intelektualnego, społecznego i emocjonalnego człowieka, zaś w wymiarze społecznym – pasem transmisyjnym dla wartości, postaw i zasad. Pełni również funkcje integracyjną. Jako miejsce powszechne i obowiązkowe dla każdego dziecka, oferuje ona unikalne warunki do wczesnej interwencji skierowanej do dzieci i młodzieży w sytuacjach trudnych, ale przede wszystkim do uniwersalnych, wieloaspektowych oddziaływań. Szkoła pozwala dotrzeć do szerokiej i zróżnicowanej grupy uczniów, niezależnie od ich pochodzenia społecznego, ekonomicznego, rodzinnego czy etapu rozwoju oraz ich najbliższych. Regularny kontakt z uczniami pozwala na monitorowanie ich rozwoju, identyfikowanie zagrożeń oraz bieżące reagowanie na pojawiające się problemy. Szkoła stanowi naturalne środowisko bytowania najmłodszych pokoleń, co pozwala na prowadzenie oddziaływań w naturalnym kontekście, w którym uczniowie codziennie funkcjonują i uczą się radzenia sobie z wyzwaniami. Kolejnym argumentem przemawiającym za prowadzeniem profilaktyki w szkole jest fakt, że nauczyciele, pedagodzy i psychologowie szkolni są w stanie wcześniej dostrzec zmiany w zachowaniu uczniów, które mogą świadczyć o rozwijających się problemach. Dzięki temu możliwa jest szybka interwencja i skierowanie do dziecka i jego rodziny odpowiedniej oferty pomocy. Szkoła, jako instytucja edukacyjna, ma również autorytet, co sprawia, że przekazywane w niej treści profilaktyczne mogą być bardziej skuteczne. Warto także podkreślić, że szkoła pełni funkcję integrującą różne środowiska: rodziny, społeczności lokalne oraz instytucje wspierające rozwój dzieci. Współpraca między szkołą a rodzicami oraz instytucjami i organizacjami zewnętrznymi umożliwia kompleksowe podejście do profilaktyki, które uwzględnia różne aspekty życia ucznia. Wspomniane kwestie powalają widzieć w szkole przestrzeń, w której prowadzenie działań profilaktycznych jest konieczne. Co więcej, specyfika szkoły jako instytucji pozwala oczekiwać, że prowadzone tam działania będą profesjonalne i przede wszystkim efektywne. Szkoła ma wyjątkową możliwość oddziaływania na młodych ludzi w kluczowych momentach ich życia, co może mieć długotrwały, pozytywny wpływ na ich przyszłość.

2.2.2. Początki oddziaływań profilaktycznych w szkołach

Obecny kształt oddziaływań profilaktycznych zaczął klarować się dopiero w latach 90. XX wieku i był efektem całego szeregu przemian, jakie dokonały się wówczas w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, w tym w Polsce. Nie oznacza to, że do tego czasu instytucje oświatowe nie były zaangażowane w profilaktykę. Do końca lat

80. XX wieku szkoły skupiały się przede wszystkim na zdrowiu fizycznym, higienie oraz zapobieganiu chorobom zakaźnym, stając się kluczowym miejscem wdrażania profilaktyki zdrowotnej. W zasadzie standardem w ówczesnej szkole był gabinet pielęgniarstwa i stomatologiczny, których personel monitorował stan zdrowia uczniów, przeprowadzał szczepienia, a w razie potrzeby udzielał pierwszej pomocy. Szkoły stały się kluczowym miejscem realizacji programów szczepień przeciwko chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, polio czy odra. Uczniom wpajano zasady higieny osobistej, w tym mycie rąk, zębów (fluoryzacja) oraz dbanie o czystość odzieży. W szkołach prowadzono działania uświadamiające na temat szkodliwości palenia papierosów i spożywania alkoholu, przy czym miały one charakter zdecydowanie akcyjny, często w postaci pogadanek czy spotkań z osobami zachowującymi abstynencję. Celem tych spotkań było przekazanie wiedzy o zachowaniach ryzykownych, z koncentracją na negatywnych konsekwencjach, bowiem celem było odstraszenie. Profilaktyka skupiała się niemal wyłącznie na zdrowiu fizycznym, podczas gdy problemy psychiczne uczniów były ignorowane. Nie było programów wsparcia psychologicznego, a kwestie, takie jak stres, lęki czy trudności w nauce były marginalizowane. Poza brakiem świadomości znaczenia tych problemów było to powiązane z tym, że w szkołach w ograniczonym stopniu zatrudniano psychologów czy pedagogów specjalnych, co oznaczało brak profesjonalnego wsparcia dla uczniów z problemami emocjonalnymi lub społecznymi.

Zmiany w działalności profilaktycznej w polskich placówkach oświatowych nastąpiły w latach 90. wraz z szeregiem przemian społeczno-kulturalnych, politycznych i ekonomicznych. Podstawą do ich wprowadzenie była ustawa z 7 września 1991 roku o systemie oświaty, która nałożyła na szkoły obowiązek prowadzenia działań wychowawczych i profilaktycznych. J. Szymańska (2002) ostatnie lata XX wieku określiła mianem „dekady profilaktycznej”, zaś K. Ostaszewski i K. Borowski (2008) czasem „krytycznego rozwoju”. W obu przypadkach podkreślano wręcz lawinowy wzrost liczby różnego rodzaju inicjatyw i programów profilaktycznych realizowanych w szkołach, często będących efektem realizacji strategii masowej profilaktyki realizowanej przez ówczesną Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (dalej PARPA). Z perspektywy organizatorów masowej profilaktyki ważna była dostępność, prostota i atrakcyjność programu, zaś potrzeby i możliwości szkoły zdawały się być sprawą kompletnie drugorzędną. Programy, a często tak naprawdę wydarzenia *quasi*-profilaktyczne nie były zakotwiczone w szkołach również dlatego, że ich realizatorami byli specjaliści z zewnątrz, którzy po zakończeniu działań nie wracali do instytucji, nie byli zainteresowani ani uczestnikami, ani efektywnością prowadzonych przez siebie działań. Szybko okazało się, że mimo masowości ich skuteczność jest iluzoryczna, a niektóre programy są wręcz szkodliwe. W związku z powyższym pod koniec lat 90. XX wieku podjęto szereg działań zmierzających do poprawy tej niekorzystnej sytuacji, między innymi wdrażając procedury ewaluacyjne w stosowanych do tej pory masowo programach, czego przykładem były

prace nad programami Drugi Elementarz i Noe, w przypadku których nie udało się udowodnić pozytywnych skutków (Ostaszewski, Borowski, 2008). Stało się to przyczyną kolejnej zmiany o obszarze profilaktyki, w ramach której zrezygnowano z masowej profilaktyki na rzecz działań prowadzonych w wymiarze lokalnym, podkreślając wiodącą rolę szkół w tym obszarze.

Na szeroką skalę do szkół i społeczności lokalnych zaczęto wprowadzać różnorodne lokalne autorskie programy, których głównym celem była profilaktyka używania substancji psychoaktywnych i innych zachowań ryzykownych młodzieży. Szybko okazało się, że lokalni liderzy, a także organizacje pozarządowe nie są lepiej niż instytucje centralne przygotowani do rozwiązywania problemu niskiej skuteczności profilaktyki. Problem został przesunięty „z góry na dół”, ale pozostał nierozwiązany. (Ostaszewski, Borowski, 2008)

Zaczęto mówić o kryzysie profilaktyki. Działania zaradcze podjęło również Ministerstwo Edukacji i Sportu, które rozporządzeniem z 6 lutego 2002 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół oraz rozporządzeniem z 31 stycznia 2002 roku, zmieniającym rozporządzenie w sprawie ramowych statutowych publicznych przedszkola oraz publicznych szkół, włączyło profilaktykę do stałych zadań szkoły i zobowiązało ją do opracowania i realizacji szkolnego programu profilaktyki (SPP). Jego podstawą miała być diagnoza problemów i potrzeb konkretnej placówki oświatowej, zaś realizatorami nauczyciele i inni pracownicy instytucji. Szkoły miały zatem tworzyć programy profilaktyczne „szyte na miarę” (Ostaszewski, Borowski, 2008). Pięć lat później na mocy zmian ustawy o systemie oświaty profilaktyka stała się integralnym elementem działań systemu oświaty. Ta zmiana legła u podstaw obecnego stanu rzeczy, jeśli chodzi o prowadzenie oddziaływań profilaktycznych w szkole i przez szkołę, dla których podstawą stały się szkolne programy wychowawczo-profilaktyczne. Połączenie występujących dotychczasowo, często obok siebie, programów miało zintegrować oddziaływania. Zaakcentowano również w ten sposób wychowawczą funkcję szkoły jako prymarną (Kusztal i in., 2021).

2.2.3. Program wychowawczo-profilaktyczny szkoły jako podstawowe narzędzie oddziaływań profilaktycznych

2.2.3.1. Istota programu wychowawczo-profilaktycznego

Podstawowym narzędziem prowadzenia profilaktyki w szkole jest program wychowawczo-profilaktyczny. Należy podkreślić, że stanowi on wyraz autonomii szkoły jako instytucji, bowiem obok celów i zadań wynikających z regulacji prawa krajowego może albo wręcz powinien uwzględniać lokalne uwarunkowania i priorytety wychowawcze (Piasecka, Kusztal, 2021). Przygotowanie programu nie

powinno być traktowane w kategoriach spełnienia wymagań prawnych, ale raczej w kategoriach przygotowania i wykorzystywania jednego z narzędzi realizacji zadań współczesnej szkoły, wśród których wychowanie ma priorytetowe znaczenie. W wymiarze formalnym pracę nad programem wychowawczo-profilaktycznym rozpoczyna powołanie przez dyrektora placówki zespołu odpowiedzialnego za jego powstanie. Zespół powinien składać się z nauczycieli i szkolnych specjalistów, przede wszystkim z pedagoga szkolnego i psychologa, nauczycieli-wychowawców oraz przedstawicieli rodziców, których zadaniem jest organizacja działań profilaktycznych w szkole, a także przeprowadzanie diagnoz. Szeroki skład zespołu pozwala na przyjrzenie się sytuacji z wielu perspektyw, a co za tym idzie sformułowanie szerszej diagnozy. Przedmiotem diagnozy są potrzeby rozwojowe uczniów, w tym czynniki chroniące i czynniki ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych. Ważne jest też rozpoznanie oczekiwań i potrzeb rodziców uczniów. Diagnoza powinna uwzględniać lokalny kontekst szkoły oraz specyfikę szkoły oraz odwoływać się do wniosków wynikających z ewaluacji poprzedniego programu. W tym ostatnim kontekście warto pochylić się nad mocnymi stronami działalności szkoły oraz trudnościami, na jakie instytucja napotyka w związku z realizacją zakładanych celów wychowawczo-profilaktycznych (Czarnocka, 2017). Rzetelność realizacji diagnozy jest kluczowa, bowiem to na jej podstawie określa się zakres, cele ogólne oraz szczegółowe programu, hierarchię i harmonogram realizacji zadań wraz ze wskazaniem osób odpowiedzialnych za poszczególne działania. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. 2020 poz. 1449) celami wychowawczymi są promocja zdrowia oraz wspieranie ucznia i wychowanka w jego rozwoju ukierunkowanym na osiągnięcie pełnej dojrzałości w sferze: 1) fizycznej, zmierzającej do zdobywania przez ucznia i wychowanka wiedzy i umiejętności pozwalających na prowadzenie zdrowego stylu życia i podejmowania zachowań prozdrowotnych; 2) psychicznej – ukierunkowanej na zbudowanie równowagi i harmonii psychicznej, ukształtowanie postaw sprzyjających wzmacnianiu zdrowia własnego i innych ludzi, kształtowanie środowiska sprzyjającego rozwojowi zdrowia, osiągnięcie właściwego stosunku do świata, poczucia siły, chęci do życia i witalności; 3) społecznej – ukierunkowanej na kształtowanie postawy otwartości w życiu społecznym, opartej na umiejętności samodzielnej analizy wzorów i norm społecznych oraz ćwiczeniu umiejętności wypełniania ról społecznych; 4) aksjologicznej – ukierunkowanej na zdobycie konstruktywnego i stabilnego systemu wartości, w tym docenienie znaczenia zdrowia. Z kolei cele profilaktyczne zorientowane są na zapobieganie zachowaniom ryzykownym, takim jak przemoc, uzależnienia czy problemy zdrowotne. Cele powinny korespondować z koncepcją pracy szkoły oraz podstawą programową.

Zwraca się uwagę na konieczność wzajemnego „przenikania się treści nauczania z celami wychowawczymi i kształtowaniem postaw uczniów w toku całej edukacji” (Czarnocka, 2017). W związku z tym, że zadania zapisane w programie wychowawczo-profilaktycznym powinny być realizowane w zespołach klasowych, konieczne jest uwzględnienie ich potrzeb i specyfiki. Zatem optymalnym rozwiązaniem jest opracowanie planu pracy wychowawczo-profilaktycznej dla każdej klasy, przy czym należy pamiętać o konieczności przenoszenia treści wychowawczo-profilaktycznych na zajęcia merytoryczne, jak i wychowawcze (Czarnocka, 2017). Ważne, aby w treści programu znalazły się również kwestie związane z ewaluacją programu. Rzetelność tego procesu zapewnia uwzględnienie w nim przedstawicieli wszystkich grup zaangażowanych w realizację programu. Prace nad programem oraz jego uchwalenie nie powinny trwać dłużej niż 30 dni od rozpoczęcia roku szkolnego, co w praktyce oznacza, że najczęściej jest on tworzony do 30 września każdego roku. Organem powołanym do uchwalenia programu jest rada rodziców. W sytuacji, gdyby rada nie uchwaliła programu, obowiązek ten przechodzi na dyrektora instytucji, działającego w porozumieniu z organem sprawującym nadzór pedagogiczny. Przyjęty w ten sposób program obowiązuje do momentu, w którym rada rodziców uchwali swój program lub zaakceptuje ten ustalony przez dyrektora. Program powinien ukierunkowywać pracę szkoły we wszystkich obszarach jej działalności. Należy pamiętać, aby projektując program, uwzględniać dynamicznie zmieniającą się rzeczywistość, pozostawić możliwość modyfikacji programu.

Ustawodawca nie narzucił wzoru programu wychowawczo-profilaktycznego, pozostawiając szkołom swobodę w kształtowaniu jego struktury. Można wyodrębnić w niej trzy części: 1) teoretyczną – jej funkcją jest nakreślenie ram prawnych, etycznych i organizacyjnych działania placówki oświatowej; 2) diagnostyczną – służącą rozpoznaniu potrzeb i problemów szkoły i tworzącej ją społeczności wraz z analizą czynników ryzyka oraz chroniących; 3) metodyczną – zawiera cele wraz z projektem działań i zadań, ujętych w plan wychowawczo-profilaktyczny, dopełniony procedurą ewaluacji. Tabela 13 przedstawia przykładowe elementy, które mogą zostać uwzględnione w programie wychowawczo-profilaktycznym.

Tabela 13. Elementy programu wychowawczo-profilaktycznego placówki oświatowej

Element programu wychowawczo-profilaktycznego	Opis zawartości poszczególnych elementów
Cześć wprowadzająca (teoretyczna)	
Preambuła	Stanowi rodzaj wstępu i ma na celu nakreślenie podstawowych założeń, wartości oraz celów, które szkoła chce realizować w ramach swojej działalności wychowawczej i profilaktycznej. Jest to ogólny, ale bardzo istotny fragment dokumentu, który wyjaśnia, dlaczego szkoła podejmuje określone działania oraz jakie ma priorytety w zakresie wychowania i profilaktyki.

Element programu wychowawczo-profilaktycznego	Opis zawartości poszczególnych elementów
Podstawy prawne	Program wychowawczo-profilaktyczny opiera się na obowiązujących aktach prawnych, które regulują działalność edukacyjną i wychowawczą szkół. Wśród najważniejszych dokumentów znajdują się: Konstytucja RP, ustawa Prawo oświatowe, rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie działalności wychowawczej i profilaktycznej w szkołach, a także międzynarodowe konwencje, takie jak Konwencja o Prawach Dziecka. Podstawy prawne stanowią fundament działań wychowawczych oraz określają prawa i obowiązki wszystkich uczestników procesu edukacyjnego.
Założenia wychowawcze i profilaktyczne	Założenia wychowawcze i profilaktyczne szkoły skupiają się na wspieraniu za siebie i otoczenie. Profilaktyka ma na celu zapobieganie problemom, takim jak uzależnienia, przemoc, problemy emocjonalne, poprzez edukację, działania prewencyjne i współpracę z rodzicami oraz instytucjami wspierającymi.
Opis funkcjonowania szkoły i specyfika	Szkoła funkcjonuje jako instytucja edukacyjna, której głównym celem jest zapewnienie wszechstronnego rozwoju uczniów. Opis funkcjonowania obejmuje informacje na temat struktury organizacyjnej szkoły, liczby uczniów, kadry nauczycielskiej, dostępnych zajęć dodatkowych, działań na rzecz uczniów z trudnościami edukacyjnymi oraz wsparcia psychologiczno-pedagogicznego. Szkoła może wyróżniać się specyficzną misją edukacyjną, np. promowaniem nauk przyrodniczych, sportu czy działalności artystycznej. Szkoła może posiadać różne certyfikaty, takie jak „Szkoła Promująca Zdrowie” czy „Szkoła Przyjazna Środowisku”, co świadczy o realizacji dodatkowych programów profilaktycznych i prospołecznych. W opisie znajdują się również informacje o wyróżnieniach zdobytych przez szkołę oraz współpracy z organizacjami pozarządowymi.
Charakterystyka środowiska szkolnego	Szkoła funkcjonuje w określonym środowisku społecznym, na które składają się uczniowie, rodzice, nauczyciele oraz lokalna społeczność. Charakterystyka obejmuje informacje o poziomie edukacyjnym uczniów, ich zainteresowaniach, problemach społecznych oraz współpracy z instytucjami zewnętrznymi.
Wizja szkoły	Wizja szkoły to obraz, do którego dąży cała społeczność szkolna. Jest to długofalowy cel, który wyznacza kierunek pracy pedagogicznej. Przykładowa wizja może brzmieć: „Szkoła tworzy środowisko sprzyjające wszechstronnemu rozwojowi uczniów, kształtuje ich kompetencje, wartości i postawy potrzebne do świadomego funkcjonowania w społeczeństwie obywatelskim”. Wizja odzwierciedla aspiracje społeczności szkolnej, takie jak rozwój kompetencji kluczowych, promocja wartości demokratycznych, otwartość na różnorodność i nowoczesność.
Misja szkoły	Misja szkoły to deklaracja podstawowego celu jej istnienia. Zawiera odpowiedź na pytania: „Dlaczego istniejemy?” i „Co chcemy osiągnąć?”. Misja może odnosić się do szeroko rozumianej edukacji, wspierania indywidualnych talentów uczniów, kształtowania wartości moralnych oraz współpracy z rodziną i społecznością lokalną.
Sylwetka absolwenta	Sylwetka absolwenta to wizja końcowego efektu procesu edukacyjnego, czyli opis cech, umiejętności i postaw, które powinien posiadać każdy absolwent szkoły. Obejmuje zarówno kompetencje akademickie, jak i cechy osobowościowe, takie jak: umiejętność pracy w zespole, odpowiedzialność za swoje działania, zdolność do podejmowania decyzji, otwartość na naukę i rozwój, tolerancja oraz szacunek dla innych. Absolwent powinien być osobą, która potrafi radzić sobie w zmieniającej się rzeczywistości, jest kreatywna, zaangażowana społecznie oraz gotowa do kontynuowania edukacji na wyższych etapach.

Element programu wychowawczo-profilaktycznego	Opis zawartości poszczególnych elementów
Wartości ważne dla społeczności szkolnej	Społeczność szkolna, czyli uczniowie, rodzice, nauczyciele oraz pracownicy administracyjni, wybiera kluczowe wartości, które stanowią fundament działania szkoły. Wartości te mogą obejmować uczciwość, szacunek, odpowiedzialność, empatię, solidarność, pracowitość czy troskę o środowisko. Proces ich wyboru może odbywać się przez konsultacje, ankiety, spotkania z rodzicami i uczniami. Wartości te mają odzwierciedlenie w codziennym życiu szkoły, w podejmowanych działaniach wychowawczych oraz we wzajemnych relacjach między członkami społeczności szkolnej.
Część diagnostyczna	
Diagnoza potrzeb i problemów w środowisku szkolnym	Diagnoza potrzeb i problemów środowiska szkolnego jest procesem, który pozwala na zidentyfikowanie kluczowych wyzwań i obszarów wymagających wsparcia w pracy z uczniami. Diagnoza ta może obejmować m.in. analizę problemów związanych z przemocą, uzależnieniami, trudnościami w nauce, relacjami między uczniami oraz współpracą z rodzicami. Na podstawie tej diagnozy szkoła opracowuje plan działań profilaktycznych i wychowawczych, które odpowiadają na konkretne potrzeby różnych grup społeczności szkolnej.
Mapa czynników chroniących i ryzyka	Mapa czynników chroniących i ryzyka to analiza środowiska szkolnego pod kątem elementów sprzyjających prawidłowemu rozwojowi uczniów oraz tych, które mogą stanowić zagrożenie. Czynniki chroniące mogą obejmować wsparcie ze strony rodziny, pozytywne relacje z nauczycielami, zaangażowanie w działalność pozaszkolną. Z kolei czynniki ryzyka to np. przemoc, używki, niska samoocena, trudności rodzinne. Analiza ta ma na celu wczesne rozpoznanie zagrożeń i wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych.
Część metodyczna	
Cele ogólne i szczegółowe programu wychowawczo-profilaktycznego	Wskazują kierunek działań związany z realizacją programu wychowawczo-profilaktycznego.
Plan wychowawczo-profilaktyczny	Zadania i działania wynikające z przyjętych celów przewidziane do wykonania w roku szkolnym, ze wskazaniem terminu, form, efektów i osób odpowiedzialnych za realizację.
Procedura ewaluacji programu wychowawczo-profilaktycznego	Procedura ewaluacji programu wychowawczo-profilaktycznego służy do oceny czy działania podejmowane w ramach tego programu są skuteczne i przynoszą oczekiwane rezultaty. Dzięki ewaluacji możliwe jest sprawdzenie, w jakim stopniu cele wychowawcze i profilaktyczne zostały osiągnięte, a także zidentyfikowanie obszarów, które wymagają modyfikacji lub poprawy. To kluczowy element w procesie doskonalenia programów wychowawczo-profilaktycznych, ponieważ pozwala na dostosowanie działań do aktualnych potrzeb uczniów oraz warunków społecznych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Z.B. Gaś, W. Poleszak, 2017; K. Kmiecik-Jusięga, E. Laurman-Jarząbek 2016; J. Kusztal, 2016 a; J. Kusztal, M. Piasecka, 2020.

2.2.3.2. Błędy popełniane przy konstruowaniu programu wychowawczo-profilaktycznego

Budowanie szkolnego programu wychowawczo-profilaktycznego nie jest zadaniem prostym. Skomplikowana materia, konieczność pracy zespołowej, związana z tym potrzeba godzenia różnych interesów i wizji, podejście do profilaktyki powoduje, że w czasie powstawania programu zespół ds. programu wychowawczo-profilaktycznego jest narażony na ryzyko popełnienia szeregu błędów, które mogą obniżyć skuteczność działań. Poniżej przedstawiono najczęstsze z nich:

1. Brak diagnozy potrzeb i problemów. Jednym z najczęstszych błędów jest pomijanie etapu diagnozy potrzeb społeczności szkolnej. Tworzenie programu bez wcześniejszego zrozumienia problemów wychowawczych i zagrożeń, z którymi borykają się uczniowie, może skutkować nieadekwatnymi działaniami. Brak analizy danych z kwestionariuszy ankiet, rozmów z uczniami, rodzicami i nauczycielami prowadzi do tworzenia lub sięgania po uniwersalne rozwiązania, które nie odpowiadają na rzeczywiste potrzeby.

2. Zbyt ogólne cele. Często programy zawierają zbyt szerokie i ogólnikowe cele, które trudno zrealizować i zmierzyć. Celami typu „poprawa zachowania uczniów” lub „zwiększenie poziomu odpowiedzialności” trudno jest ocenić efektywnie. Program powinien zawierać precyzyjnie określone cele, które są konkretne, mierzalne, osiągalne, realistyczne i określone w czasie (SMART).

3. Niedostosowanie programu do specyfiki szkoły i środowiska. Program wychowawczo-profilaktyczny powinien uwzględniać specyfikę danej szkoły społeczności lokalnej. Częstym błędem jest kopiowanie gotowych programów z innych szkół lub tworzenie programów „na papierze”, które nie odnoszą się do realnych wyzwań danej szkoły. Każda szkoła ma inne potrzeby, dlatego program musi być dostosowany do specyficznych warunków, z jakimi mierzą się uczniowie, nauczyciele i rodzice.

4. Brak zaangażowania całej społeczności szkolnej. Programy często tworzone są w izolacji przez małą grupę osób (np. dyrekcję lub zespół nauczycieli), bez szerszego zaangażowania uczniów, rodziców czy innych pracowników szkoły. Skuteczny program wymaga zaangażowania całej społeczności szkolnej, w tym uczniów i rodziców. Brak współpracy prowadzi do sytuacji, w której program nie odzwierciedla rzeczywistych potrzeb, a także nie jest odpowiednio wspierany przez całą społeczność.

5. Zbyt skomplikowane lub teoretyczne działania. Programy wychowawczo-profilaktyczne często zawierają działania, które są zbyt skomplikowane, teoretyczne lub oderwane od codziennej praktyki. Działania takie mogą być trudne do realizacji lub nieefektywne w kontekście praktycznym. Program powinien skupiać się na

realnych, praktycznych działaniach, które mogą być łatwo wprowadzone w życie przez nauczycieli, uczniów i rodziców.

6. Niedostateczna integracja wychowania z profilaktyką. Częstym błędem jest oddzielanie działań wychowawczych od profilaktycznych, zamiast traktowania ich jako spójnej całości. Programy powinny łączyć działania wychowawcze, takie jak kształtowanie wartości i postaw, z działaniami profilaktycznymi, które mają na celu zapobieganie ryzykownym zachowaniom. Te dwa obszary powinny się wzajemnie uzupełniać.

7. Brak systematyczności i kontynuacji działań. Programy często opierają się na jednorazowych inicjatywach, takich jak pojedyncze warsztaty lub projekty, bez długoterminowego planu działania. Skuteczna profilaktyka i wychowanie wymagają systematyczności i długofalowej pracy. Brak ciągłości i regularności działań prowadzi do ich niskiej skuteczności.

8. Nieodpowiednie zasoby i brak wsparcia dla nauczycieli. Niewystarczające wsparcie dla nauczycieli w realizacji programu, zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym, to kolejny błąd. Nauczyciele muszą mieć odpowiednie narzędzia, szkolenia i zasoby, aby skutecznie realizować działania wychowawcze i profilaktyczne. Bez tego program może być formalnością, a jego realizacja – nieskuteczna.

9. Brak ewaluacji i oceny skuteczności. Ewaluacja programu jest często pominięta lub przeprowadzana niedbale. Brak regularnej oceny skuteczności programu prowadzi do sytuacji, w której nie wiadomo, czy podejmowane działania przynoszą oczekiwane rezultaty. Ewaluacja powinna być stałym elementem programu i powinna obejmować analizę osiągniętych celów, a także *feedback* od uczniów, nauczycieli i rodziców.

10. Niedopasowanie do zmieniających się warunków. Częstym błędem jest tworzenie programu na kilka lat, bez uwzględnienia potrzeby jego aktualizacji. Warunki w szkole i w środowisku społecznym mogą ulegać zmianie, co wymaga elastyczności i aktualizacji programu. Ignorowanie zmieniających się problemów (np. nowe zagrożenia związane z technologią, cyberprzemoc) może sprawić, że program stanie się nieaktualny i nieskuteczny.

11. Brak integracji z podstawą programową. Niezgodność programu wychowawczo-profilaktycznego z podstawą programową to istotny błąd. Program powinien być ściśle związany z celami edukacyjnymi, które szkoła stawia sobie w ramach ogólnego planu nauczania. Wychowanie i profilaktyka nie mogą być odseparowane od procesu nauczania, ale muszą być jego integralną częścią.

12. Odchodzenie od profilaktyki uniwersalnej na rzecz profilaktyki selektywnej (Gaś, 2011). To zmiana podejścia z działań skierowanych do całej populacji uczniów na interwencje skupiające się na tych, którzy znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka wystąpienia problemów, takich jak uzależnienia, agresja

czy trudności emocjonalne. Główną zaletą profilaktyki uniwersalnej jest to, że dociera do szerokiej grupy uczniów, co może sprzyjać wczesnemu rozpoznawaniu problemów i ich prewencji, a także wspierać uczniów, którzy mogą nie być bezpośrednio narażeni na ryzyka, ale mimo to mogą zyskać na udziale w programach profilaktycznych, na problemy, np. z powodu trudnej sytuacji rodzinnej, wcześniejszych problemów z zachowaniem lub innych czynników ryzyka. Działania te są bardziej skoncentrowane i dostosowane do indywidualnych potrzeb, co może przynosić lepsze rezultaty u uczniów z grup ryzyka. Taka selektywność pozwala na skuteczniejszą interwencję, jednak niesie za sobą również pewne konsekwencje, takie jak możliwe stygmatyzowanie uczniów, którzy uczestniczą w programach przeznaczonych tylko dla grup ryzyka, co może wpływać negatywnie na ich samoocenę i relacje z rówieśnikami. Ponadto ograniczenie działań profilaktycznych do wybranej grupy może sprawić, że problemy u pozostałych uczniów zostaną przeoczone, co może prowadzić do ich eskalacji w przyszłości. Zmiana z profilaktyki uniwersalnej na selektywną w szkole może być bardziej efektywna dla tych, którzy potrzebują intensywnej pomocy, ale jednocześnie istnieje ryzyko, że wielu uczniów nie otrzyma wsparcia, które mogłoby zapobiec rozwinięciu się poważniejszych problemów.

Świadomość i unikanie powyższych błędów mogą znacząco podnieść jakość działań wychowawczo-profilaktycznych w szkole i przyczynić się do lepszego wsparcia rozwoju uczniów.

2.2.3.3. Wiedza, kompetencje i umiejętności przydatne w tworzeniu i realizacji programów wychowawczo-profilaktycznych

Kompetencje w kontekście konstruowania i prowadzenia oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych należy odnieść do jeszcze dwóch kwestii, jakimi są przygotowanie merytoryczne oraz wiarygodność osób zaangażowanych w program. W przypadku tej drugiej kwestii od realizatorów programu wychowawczo-profilaktycznego oczekuje się, że swoją postawą będą oni stanowić modele w zakresie promowanych przez siebie zachowań. Jeśli chodzi o kwestie przygotowania merytorycznego to, jak słusznie zauważa D. Macander (2011), każdy nauczyciel powinien być przygotowany do prowadzenia profilaktyki uniwersalnej. Oznacza to, że powinien mieć wiedzę, kompetencje oraz umiejętności, których przykładowe zestawienie zostało zaprezentowane w tabeli 14.

Tabel 14. Wiedza, kompetencje i umiejętności niezbędne do prowadzenia oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych

Wymagana wiedza	Wymagane kompetencje	Wymagane umiejętności
– Znajomość teorii wychowania – Znajomość psychologii rozwojowej dziecka i młodzieży – Znajomość zagrożeń społecznych (np. uzależnienia, przemoc, cyberprzemoc) – Znajomość przepisów prawa dotyczących obowiązków wychowawczych i profilaktycznych w szkole – Znajomość metod aktywizujących uczniów – Wiedza na temat zdrowia psychicznego i fizycznego uczniów – Znajomość zasad efektywnej komunikacji – Znajomość dynamiki rodziny i roli rodziców w procesie wychowania – Wiedza o współczesnych trendach w edukacji i wychowaniu – Znajomość technik diagnozowania sytuacji wychowawczej – Wiedza na temat technik rozwiązywania problemów edukacyjnych i wychowawczych – Zrozumienie roli empatii w relacjach z uczniami – Znajomość narzędzi cyfrowych do prowadzenia działań edukacyjnych i wychowawczych	– Kompetencje wychowawczo-profilaktyczne – Kompetencje komunikacyjne i społeczne – Kompetencje interpersonalne, w tym umiejętność budowania relacji – Kompetencje emocjonalne – Kompetencje cyfrowe	– Planowanie i realizacja programów wychowawczych – Rozpoznawanie problemów emocjonalnych uczniów – Organizacja programów profilaktycznych – Zgłaszanie sytuacji problemowych zgodnie z procedurami prawnymi – Prowadzenie dyskusji, mediacji oraz rozwiązywanie konfliktów – Organizacja działań prozdrowotnych, np. warsztatów – Prowadzenie rozmów wychowawczych z uczniami i rodzicami – Prowadzenie spotkań wychowawczych z rodzicami – Korzystanie z nowoczesnych narzędzi dydaktycznych i wychowawczych – Przeprowadzanie diagnoz problemów wychowawczych – Umiejętność interpretowania wyników diagnoz uczniów – Opracowywanie strategii rozwiązywania problemów (indywidualnych i grupowych) – Okazywanie wsparcia uczniom w trudnych sytuacjach życiowych – Wykorzystywanie technologii cyfrowych w działaniach profilaktycznych i wychowawczych

Źródło: Opracowanie własne.

Wysoki poziom przygotowania merytorycznego nauczycieli i innych pracowników placówek oświatowych do prowadzenia oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych jest kluczowy dla skutecznego wspierania rozwoju uczniów i przeciwdziałania problemom społecznym. Nauczyciel powinien mieć szeroką wiedzę z zakresu pedagogiki, psychologii, profilaktyki oraz prawa oświatowego. Ważne są również

kompetencje w zakresie komunikacji interpersonalnej, pracy z grupą, rozwiązywania problemów i współpracy z rodzicami. Wszystkie te elementy muszą być uzupełniane o empatię, gotowość do stałego rozwoju zawodowego i znajomość nowoczesnych technologii edukacyjnych. Nauczyciel, który jest odpowiednio przygotowany do pracy wychowawczo-profilaktycznej, tworzy pozytywne środowisko szkolne.

Szkoła, będąc przestrzenią nie tylko nauki, ale także wychowania, ma wyjątkową możliwość wpływu na wszechstronny rozwój młodych ludzi, dlatego jest najlepszym miejscem do prowadzenia oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych. To właśnie w niej uczniowie spędzają większość swojego czasu, nabywając nie tylko wiedzę, ale także kształtując swoje postawy społeczne i moralne. Szkoła, jako instytucja edukacyjna, dysponuje dobrze wykwalifikowaną kadrą pedagogiczną, która posiada narzędzia i kompetencje do prowadzenia działań profilaktycznych. Nauczyciele przez codzienny kontakt z uczniami mają możliwość wczesnego rozpoznania problemów i reagowania na nie na bieżąco. Szkoła, pełniąc kluczową rolę w życiu dzieci i młodzieży, jest idealnym miejscem do realizacji działań wychowawczo-profilaktycznych. Jak podkreśla Z.B. Gaś (2011), „profilaktyka w szkole, aby była skuteczna, musi być profesjonalna”.

2.3. Współpraca z rodzicami i rodzinami w oddziaływaniach profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska)

2.3.1. Rodzina a profilaktyka

Rodzina niezmiennie pozostaje bazowym środowiskiem kształtowania każdego człowieka i to na niej spoczywa główna odpowiedzialność za to, kim się on stanie. Stanowi ona z jednej strony główny czynnik ryzyka, ale z drugiej główny czynnik chroniący przed podejmowaniem zachowań problemowych i ryzykownych. Siła jej oddziaływań nie jest porównywalna do żadnego innego bytu społecznego. Stąd nie można jej pomijać, mówiąc o oddziaływaniach profilaktycznych. Z. Gaś (2016) pisze wprost: „Profilaktyka bez rodziny jest ułomna”. J. Przeperski (2017b), podkreślając konieczność współpracy z rodzicami w oddziaływaniach skierowanych do dziecka, pisze, że

błędem logicznym wydaje się rozdzielanie dziecka i rodziny jak dwóch całkowicie niezależnych podmiotów. Dziecko nie istnieje bez rodziny (nawet jeśli ta rodzina nie wypełnia swoich funkcji prawidłowo), a także rodzina nie jest w stanie pozostać bez wpływu na pojawienie się nowego członka rodziny (nawet jeśli dziecko jest oddane do adopcji).

M. Andrzejewski (1997), wskazując na potrzebę podtrzymywania więzi dziecka z rodziną, nawet w sytuacji pieczy zastępczej, podkreśla, że „los wychowanka (jego przyszłość, w tym kształt jego dorosłego życia) w niewielkim stopniu decyduje

się w murach placówki, on decyduje się bowiem przede wszystkim w środowisku, w którym żyją jego rodzice”.

Rodzice stanowią kluczowy element oddziaływań profilaktycznych. Ich pozycja jest związana nie tylko z przypisanymi im obowiązkami i prawami w zakresie wychowania dzieci, ale również jest pochodną tego, że posiadają oni jedyną w swoim rodzaju wiedzę o dzieciach. Są nie tylko adresatami, konsumentami oddziaływań profilaktycznych, ale również ich kreatorami. Do podstawowych zadań profilaktycznych rodziców należą:

- 1) zbudowanie prospołecznych więzi, zaspokojenie potrzeby przynależności, bezpieczeństwa, ważności, znaczenia,
- 2) budowanie spójnego systemu norm i wartości,
- 3) wdrażanie do dyscypliny i samodyscypliny,
- 4) rozwijanie zainteresowań, pomoc w konstruowaniu celów życiowych,
- 5) udzielanie dzieciom wsparcia,
- 6) bycie wzorem postaw wobec zachowań problemowych i ryzykownych,
- 7) edukacja w zakresie zagrożeń,
- 8) interwencje w sytuacji eksperymentowania z problemowym zachowaniem: monitoring problemowych zachowań dzieci oraz przynależności do grup ryzyka,
- 9) współpraca ze szkołą i innymi instytucjami w zakresie budowania bezpiecznego i prorozwojowego środowiska lokalnego dla wszystkich grup społecznych je zamieszkujących.

Znaczenie rodziny w oddziaływaniach profilaktyczno-resocjalizacyjnych podkreślano już od lat 70. XX wieku. Przykładem tego rodzaju badań są te przeprowadzone przez N.C. Klein, J.F. Alexander, B.V. Parsons (1977). Zebrane dane pozwoliły nie tylko potwierdzić, że aktywne włączenie rodziny w proces zmian jest nie tylko skuteczne dla samego dziecka, ale dla całej rodziny. Trwające 7 lat badania podłużne autorstwa J. Dmitrieviej, K.C. Monahan, E. Cauffman, L. Steinberga (2012) na ponad tysiącu nastolatków potwierdzają, że tam, gdzie w procesie oddziaływań pojawia się rodzina, tym lepsze rokowania dla młodego człowieka nie tylko w kontekście rozwoju psychospołecznego, ale także większe szanse na uniknięcie ponownego kontaktu z wymiarem sprawiedliwości. Zespół E. Stormshak (2018) ustalił, że zaangażowanie rodziców w wyznaczanie celów, planów na przyszłość i relacje młodych dorosłych jest ważne dla długoterminowego sukcesu, jeśli chodzi o podejmowanie przez tę grupę zachowań ryzykownych związanych ze spożywaniem substancji psychoaktywnych.

2.3.2. Rodzina w modelach oddziaływań profilaktycznych – od izolacji do podejścia rodzi-nnocentrycznego

W literaturze, jeśli chodzi o obecność rodziny, pojawiają się dwa modele: rodzina w profilaktyce i profilaktyka w rodzinie (Gaś, 2016). W przypadku podejścia *rodzi-*

na w profilaktyce oddziaływania profilaktyczne stanowią skutek przeprowadzonej diagnozy zewnętrznej, w której zostaje sformułowany wniosek o występowaniu czynników ryzyka i tym samym prawdopodobieństwie albo już wystąpieniu zachowań problemowych lub ryzykownych. Z racji, że ta diagnoza koncentruje się w pierwszej kolejności (a czasami wyłącznie) na dysfunkcjach i deficytach, zwykle jest ona czynnikiem stygmatyzującym rodzinę. Realizacja zaleceń postdiagnostycznych dokonuje się przez włączenie rodziny do najczęściej działających już instytucji i programów, co oznacza dopasowanie problemów rodziny do oferty dostępnej w społeczności lokalnej. Potrzeby rodziny stają się w tym układzie nieistotne, bowiem kluczem w ich zaspokajaniu stają się dostępne zasoby. Nie jest zatem niczym zaskakującym, że w wielu przypadkach ze strony rodziny pojawia się opór, bowiem muszą one niejednokrotnie brać udział w działaniach, które w niczym im nie pomagają. Efektywność tak zaplanowanych i przeprowadzonych działań jest znikoma, głównie dlatego, że interwencja jest tu prowadzona przede wszystkim z uwagi na interes społeczny, a nie sytuację rodziny. Zwykle bowiem działania prowadzą do czasowego zminimalizowania występowania objawów bez usunięcia przyczyny (Gaś, 2016).

Podejście *profilaktyka w rodzinie* związane jest ze swoistą autodiagnozą rodziny w związku z pojawiającym się dyskomfortem, będącym wynikiem dostrzegania istniejących zagrożeń lub ewentualnie zetknięcia się z nimi i poczuciem niewystarczających zasobów własnych w reakcji na powyższe sytuacje. Rodzina jest otwarta na zmianę, bowiem jest ona postrzegana jako szansa na redukcję negatywnych stanów emocjonalnych. Działania profilaktyczne budowane są zatem w odpowiedzi na zapotrzebowanie rodziny i zgodnie z jej preferencjami. O skuteczności decyduje subiektywne odczucie rodziny w zakresie poprawy jej funkcjonowania (Gaś, 2016).

Analizując oba podejścia z perspektywy nowoczesnej profilaktyki, ani jedno, ani drugie nie odpowiada jego idei. Rodzina wciąż jest bowiem w głównej mierze „biorcą” oddziaływań, jej obecność w systemie nie ma charakteru stałego, ale incydentalny, uwarunkowany przez „obiektywne” lub „subiektywne” diagnozy. Usunięcie problemu powoduje wyciszenie działań rodziny i wokół rodziny. Tymczasem nowoczesna profilaktyka zakłada stałą obecność wszystkich podmiotów i nieustanne dokładanie kolejnych cegiełek w działaniach, będące efektem kreatywnej obecności w przestrzeni społecznej. Innymi słowy rodzina nie może być postrzegana jako podmiot, który od czasu do czasu prowadzi działania profilaktyczne. Winna być postrzegana jako główny jej aktor i kreator. Rodzina będzie pełnić taką rolę, będzie czuła się podmiotem w systemie, kiedy znajdzie w nim swoje miejsce, odpowiadać jej możliwościom i oczekiwaniom. Niezwykle ważne jest włączenie rodzin do systemu komunikacji, aby rodziny otrzymywały wszystkie konieczne informacje, by mogły się do nich ustosunkować, a kiedy trzeba – poprosić o wyjaśnienie lub sprostowanie. Ważny jest tu język komunikacji, który winien być zrozumiały, dostosowany do kompetencji kulturowych rodziny. Rodzina nie może być w systemie

anonimowa, powinna być usieciowiona, co oznacza budowę zróżnicowanych więzi społecznych. Kluczowe dla obecności rodziny w systemie jest podzielenie przez nią celów oddziaływań, a nade wszystko możliwość ich formułowania (Osher i in., 2007). Rodziny będące najsilniej zaangażowane w procesy wychowania wiedzą, co jest dla nich korzystne, a co im zagraża, jakie warunki winny być jeszcze spełnione, aby były one jeszcze bardziej skuteczne w swych działaniach. Ważne jest wzajemne zaufanie, szczególnie te o charakterze uogólnionym, ono bowiem pozwala na efektywną współpracę, a w dalszej perspektywie buduje kapitał społeczny, będący kluczowym zasobem każdej społeczności lokalnej (Barczykowska, 2011; Grzelak, 2015). Pamiętać trzeba, że w rodzinie wszystko się zaczyna, więc nie ma możliwości, aby pozostawała ona poza głównym nurtem działań.

Tabela 15. Charakterystyka podejść dotyczących pozycji rodziny w oddziaływaniach profilaktycznych

Kryterium	Rodzina w profilaktyce	Profilaktyka w rodzinie
Definicja	Rodzina jako uczestnik programów profilaktycznych realizowanych przez zewnętrzne instytucje.	Profilaktyka realizowana w ramach samej rodziny przez codzienne działania.
Cel	Wzmocnienie kompetencji rodziców w radzeniu sobie z zagrożeniami (np. uzależnienia, przemoc). Dominujący interes społeczny.	Wprowadzenie profilaktyki przez codzienną komunikację i wychowanie w rodzinie. Dominujący interes rodziny.
Przedmiot oddziaływań	Koncentracja na dysfunkcjach, zaburzeniach, deficytach i próbach ich wyrównania, likwidacji.	Zarówno dysfunkcje, zaburzenia, deficyty, jak zasoby rodziny.
Rola rodziny	Rodzina jako bierny odbiorca działań profilaktycznych.	Rodzina jako partner, współpracujący z instytucjami, ma wpływ na podejmowane decyzje, może inicjować działania.
Odpowiedzialność	Odpowiedzialność za działania leży głównie po stronie instytucji i specjalistów.	Odpowiedzialność jest dzielona między rodzinę a specjalistów, rodzina bierze aktywny udział w decyzjach.
Interwencje	Warsztaty, spotkania, kampanie społeczne realizowane przez instytucje zewnętrzne.	Edukacja rodziców, poradnictwo, zasady wprowadzane w życie codzienne rodziny.
Miejsce działań	Środowisko lokalne (np. szkoły, instytucje, społeczność).	Dom i codzienne życie rodzinne.
Perspektywa działania	Interwencje zewnętrzne, rodzina jako część większego systemu profilaktyki.	Działania oddolne, skupione na rodzinie jako źródle profilaktyki.
Efektywność	Często wymaga dużej ingerencji zewnętrznej, co może prowadzić do mniejszego zaangażowania rodziny.	Większe zaangażowanie rodziny, co może prowadzić do trwalszych i bardziej zrównoważonych efektów profilaktyki.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Gaś, 2016.

Nowoczesne działania profilaktyczne mogą być projektowane z wykorzystaniem podejścia rodzińnocentrycznego, które z powodzeniem stosowane jest w obszarach

pracy socjalnej i resocjalizacji (Barczykowska, 2015, 2021; Krasiejko, 2019; Krasiejko, Bewz, 2017; Kulesza, 2015; Szczepkowski, 2016). Podstawą tego podejścia jest przekonanie, że ludzie dążą do rozwoju i poprawy jakości życia, choć nie zawsze dysponują odpowiednimi narzędziami i w związku z tym stosowane przez nich strategie mogą być nieskuteczne. Ważna jest również perspektywa postrzegania relacji rodziców i dzieci. Przyjmuje się, że obie strony starają się o siebie dbać, chcą być z siebie dumne i starają się budować pozytywne relacje. Bywa jednak, że mimo wspólnych dążeń, działania obu stron bywają nieskuteczne, zwykle z powodu niewłaściwego doboru momentu, formy czy wsparcia. Podejście rodzińnocentryczne pozwala pokonywać te trudności, wprowadzając nowe strategie, które zastępują nieskuteczne schematy postępowania. Zakłada ono, że zarówno indywidualne osoby, jak i całe systemy rodzinne mają potencjał do zmian, który opiera się na ich wewnętrznych zasobach (Kulesza, 2015, s. 89). W odkrywaniu tych zasobów pomocni mogą być specjaliści, którzy nie oferują gotowych rozwiązań, lecz wspierają rodziny w odnajdywaniu ich możliwości. W tym podejściu eksperci pełnią rolę narzędzi w rękach rodziny (Rhoades, Duncan, 2010), a ich relacja z rodziną nabiera charakteru partnerskiego, zamiast hierarchicznego (Szczepkowski, 2016). Rodzice, mimo braku specjalistycznej wiedzy, są uznawani za ekspertów w swojej dziedzinie, dzięki swojemu doświadczeniu, intuicji i znajomości tego, co działa, a co nie (Allen, Petr, 1998). W podejściu rodzińnocentrycznym uznaje się zmienność motywacji, podkreślając, że rodzina przechodzi przez różne etapy, takie jak uświadomienie potrzeby zmiany, budowanie nadziei, planowanie działań oraz ich realizację i utrzymanie. W tym procesie niepowodzenia traktowane są jako element naturalny (Fudała, 2015). Kluczową rolę odgrywa tu szacunek do zasobów i aspiracji rodziny oraz odpowiedni styl komunikacji, który koncentruje się na wzmacnianiu pozytywnych aspektów zamiast krytykowania braków. Specjaliści wspierają rodzinę w samodzielnym podejmowaniu decyzji, zamiast narzucać gotowe rozwiązania (Barczykowska, 2015, 2021; Fudała, 2015).

Podejście rodzińnocentryczne stanowi dogodną podstawę do budowania swobodnego partnerstwa profilaktycznego. Można je zdefiniować jako współpracę w obszarze profilaktyki różnych podmiotów – najczęściej specjalistów, instytucji i rodziny – na zasadach równorzędności i wzajemnego szacunku. W przeciwieństwie do hierarchicznych relacji, partnerstwo profilaktyczne opiera się na wzajemnym uznaniu kompetencji. Rodzice są uznawani za ekspertów w kwestii swoich dzieci, ponieważ posiadają wiedzę, intuicję rodzicielską oraz doświadczenie życiowe, które mogą być równie cenne jak wiedza specjalistów. Rodziny, instytucje i specjaliści pracują razem, każdy wnosi własne zasoby i doświadczenie. Celem takiego partnerstwa jest wspólne zapobieganie problemom społecznym, zdrowotnym lub wychowawczym przez łączenie zasobów, wiedzy i umiejętności każdego z partnerów. Cele szczegółowe są ustalane wspólnie, z uwzględnieniem potrzeb i priorytetów rodziny. Partnerstwo zakłada, że każda strona może czegoś nauczyć się od drugiej.

Specjaliści wspierają rodzinę, ale nie narzucają rozwiązań, zamiast tego pomagają odkrywać zasoby i potencjał rodziny. Działania profilaktyczne są dostosowane do potrzeb konkretnej rodziny lub grupy, zamiast stosowania uniwersalnych rozwiązań. Partnerzy wspólnie ustalają, jakie metody będą najskuteczniejsze (Barczykowska, 2015, 2021).

Argumentów przemawiających za budowaniem z rodzicami swobodnego partnerstwa profilaktycznego jest co najmniej kilka. Po pierwsze pamiętać trzeba o tym, że rodzice angażują się w procesy wychowania i edukacji permanentnie i najczęściej jako pierwsi odczuwają skutki podejmowania przez ich dzieci zachowań ryzykownych, co zwykle mobilizuje ich do aktywności w celu redukcji tych zachowań. Po drugie rodzice mają jedyną w swoim rodzaju wiedzę o dziecku, która lepiej pozwala zrozumieć niektóre aspekty zachowania dziecka. Po trzecie rodzice są zwykle gotowi do wejścia w sojusz, jeśli chodzi o dobro ich dziecka. W efekcie współpraca z rodzicami zwiększa szansę na to, żeby dziecko doświadczało jednolitych, zintegrowanych oddziaływań w głównych przestrzeniach swojego życia, jakim są rodzina i instytucje wychowawcze. Zwiększa się w ten sposób liczba okazji do wspierania zachowań właściwych. Po czwarte partnerstwo przywraca rodzicom wiarę w ich rodzicielską sprawczość, pozwala w sposób świadomy organizować proces socjalizacji dziecka, również przez wzmacnianie poczucia odpowiedzialności, a dzieciom pozwala poczuć dumę ze sprawnie działających rodziców (Barczykowska, 2015, 2021; Mitchell, 2016).

2.2.3. Uwarunkowania zaangażowania rodziców w profilaktykę

Praktyka dnia codziennego wskazuje, że nie wszyscy rodzice w jednakowym stopniu są gotowi do działania. Poziomy ich zaangażowania mogą rozciągać się między uzyskiwaniem informacji (pierwszy poziom) przez udział we wskazanych czynnościach (drugi poziom), podejmowanie dialogu (trzeci poziom), udział w podejmowaniu decyzji (czwarty poziom) aż do kreowania aktywności i odpowiedzialności za ich efekt (piąty poziom) (Mitchell, 2016).

Część rodziców nie będzie gotowa do współpracy w obszarze profilaktyki. Powody tego stanu rzeczy uporządkowała N. Karp (1993). Jej zdaniem bierne wycofanie lub nieobecność najczęściej spowodowane są:

- 1) poczuciem wypalenia lub doświadczanie silnego stresu w związku z zachowaniami dziecka,
- 2) poczuciem niekompetencji, braku sprawstwa i możliwości kontroli,
- 3) pasywnością, wyuczoną bezradnością w kontaktach ze specjalistami i instytucjami,
- 4) poczuciem ignorowania przez specjalistów,
- 5) negatywnymi doświadczeniami w kontaktach z instytucjami i specjalistami,

- 6) zaburzeniami w komunikacji związanymi z pochodzeniem lub statusem społecznym,
- 7) brakiem wiedzy na temat podejmowanych wobec dziecka oddziaływań,
- 8) niejasnymi oczekiwaniami ze strony specjalistów,
- 9) doświadczaniem problemów w wielu obszarach życia codziennego,
- 10) niekompatybilnością pomysłów rodzica i specjalistów,
- 11) brakiem zainteresowania dzieckiem, niską wrażliwością na jego potrzeby,
- 12) brakiem zrozumienia problemu/zaburzenia dziecka,
- 13) brakiem zaufania do specjalistów i instytucji,
- 14) przeniesieniem odpowiedzialności za dziecko na instytucję i specjalistów,
- 15) chorobami, w tym uzależnieniem, czy zaburzeniami psychicznymi,
- 16) nieobecnością spowodowaną czynnikami obiektywnymi (np. izolacja więzienna, praca poza granicami kraju, rozpad rodziny).

Zróznicowanie rodziców pod względem postaw, zaangażowania w proces profilaktyczny, gotowości do działania oraz oczekiwania pozwalają dostrzec wśród rodziców kilka grup, które wymagają odmiennego podejścia w zakresie współpracy. Syntetycznie te grupy przedstawia tabela 16.

Do braku zaangażowania w działania profilaktyczne przyczyniać się mogą specjaliści. Zestawienie krytycznych zachowań po ich stronie przygotowała E.A. Rhoades, wśród najczęściej występujących wskazała:

- 1) obecność silnych negatywnych stereotypów oraz traktowanie tej grupy jako jednorodnej,
- 2) ocenianie sytuacji z perspektywy własnych doświadczeń,
- 3) dewaluowanie wiedzy i praktyk wychowawczych rodziców,
- 4) redukowanie rodziców do roli biernych informatorów lub obserwatorów,
- 5) koncentrowanie się na deficytach rodziny, zamiast na mocnych stronach,
- 6) dominacja funkcji kierowniczej nad wspierającą, inspirującą i koordynującą,
- 7) podawanie gotowych rozwiązań problemów zamiast zachęcania do ich poszukiwań,
- 8) ignorowanie życzeń, doświadczeń, wiedzy, dążeń i potrzeb rodziny,
- 9) ignorowanie gotowości i stylu uczenia się rodziny,
- 10) zmuszanie rodziców do przyjęcia określonego stylu zachowania, wpisującego się w oczekiwania normatywne, nie bacząc na to, że nie zawsze przystają one do środowiska, w którym żyje rodzina i do których przyjęcia jest ona zdolna,
- 11) koncentracja na celach i strukturze usług zamiast uruchamiania zasobów i wspierania kreatywnego myślenia rodziny,
- 12) narzucanie celów, brak ustalenia ich hierarchii, podejmowanie szeroko zakrojonych działań jednocześnie (Rhoades, 2010).

Nauczyciele i wychowawcy, podobnie jak rodzice, przyjmują zróżnicowane postawy wobec współpracy, co rzutuje na ich codzienne działania. Syntetyczne ujęcie postaw wobec współpracy przedstawia tabela 17.

Tabela 16. Typologia rodziców w kontekście współpracy z instytucją w zakresie profilaktyki

Typ rodziców	Postawa wobec procesów wychowawczo-profilaktycznych	Poziom gotowości do współpracy	Działania wspierające współpracę	Potencjalne błędy zniechęcające do współpracy
Zaangażowani wspierający	Bardzo zainteresowani edukacją dziecka, angażują się w życie szkoły (zebrania, inicjatywy), wspierają rozwój samodzielności i odpowiedzialności dziecka. Naturalni sojusznicy instytucji edukacyjno-wychowawczych.	Wysoka – aktywnie angażują się w życie dziecka i działania szkoły.	- Docenianie zaangażowania i otwartość. - Podkreślanie roli ich zaangażowania, traktowanie rodziców jako partnerów w oddziaływaniach kierowanych do dziecka. - Zapraszanie do współorganizacji działań, np. projektów profilaktycznych. - Regularna i otwarta komunikacja.	- Ignorowanie sugestii. - Przesadzanie z prośbami o dodatkowe zaangażowanie.
Nadmiernie zaangażowani	Przejawiają bardzo silne zaangażowanie w edukację dziecka, chcą kontrolować każdy aspekt szkolnego życia dziecka, odrabiać z nim lub za niego zadania, wywierać presję na nauczycieli w kwestiach codziennych spraw.	Wysoka, ale może przybrać formę kontroli i nadmiernej ingerencji w działania szkoły.	- Doceniać dobre intencje, ale wytłumaczyć konieczność zachowania balansu między wsparciem a samodzielnością dziecka. - Wyraźne określenie ram współpracy, możliwości wpływu na konkretne działania. - Proponować konkretne obszary, gdzie zaangażowanie jest najbardziej potrzebne (np. udział w projektach szkolnych).	- Dopuszczanie do nadmiernej ingerencji w procesy edukacyjne. - Lekceważenie działań – mogą to odebrać jako brak docenienia wysiłku. - Lekceważenie ich obaw i sugestii, co może prowadzić do konfliktów.
Roszczeniowi	Skupieni na wynikach dziecka, stawiają szkole i nauczycielom wymagane wymagania, często krytykują metody pracy i decyzje szkoły.	Gotowość ograniczona – chętnie angażują się, ale tylko pod warunkiem spełnienia ich wymagań i oczekiwań.	- Zachować profesjonalizm i spokój. - Wyjaśniać decyzje szkoły na podstawie faktów. - Wspierać partnerską współpracę, ale jasno stawiać granice. - Realizacja wysokich standardów edukacyjnych i wychowawczych. - Transparentność w podejmowanych działaniach.	- Uleganie presji kosztem zasad szkoły lub innych uczniów. - Reagowanie emocjonalnie na krytykę. - Uleganie ich presji kosztem ogółu. - Brak jasnej komunikacji, co może prowadzić do eskalacji roszczeń.

Typ rodziców	Postawa wobec procesów wychowawczo-profilaktycznych	Poziom gotowości do współpracy	Działania wspierające współpracę	Potencjalne błędy zniechęcające do współpracy
Niezaangażowani	Niezaangażowani w życie szkolne dziecka, zdystansowani w relacjach z nauczycielami, rzadko uczestniczą w spotkaniach lub reagują na prośby szkoły.	Niska – zazwyczaj trudno ich zmotywować do współpracy.	– Minimalne obciążenie czasowe, jasność przekazu. – Dążyć do nawiązania kontaktu prostymi środkami (wiadomości o sukcesach dziecka). – Akcentować korzyści dla dziecka płynące z minimalnego zaangażowania rodziców. – Spotkania dostosować do ich możliwości czasowych. – Akcentowanie, jak drobne gesty mogą pomóc dziecku.	– Krytykowanie braku zaangażowania. – Rezygnacji z prób kontaktu po pierwszych trudnościach. – Zbyt skomplikowane wymagania wobec ich zaangażowania. – Szybka rezygnacja z prób kontaktu po pierwszych trudnościach.
Nadopiekuńczy	Kontrolują każdy aspekt życia dziecka, często nadmiernie angażują się w naukę (np. odrabiają prace domowe za dziecko), utrudniając rozwój jego samodzielności.	Umiarkowana – chętnie współpracują, ale w sposób ograniczający samodzielność dziecka.	– Wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa dziecka, uznanie ich zaangażowania. – Wspierać w ograniczaniu kontroli i oddawaniu dziecku odpowiedzialności. – Pokazywać przykłady samodzielnych sukcesów dziecka. – Wyznaczać jasne granice kontaktów, unikając ciągłych konsultacji. – Edukowanie o korzyściach płynących z samodzielności dziecka. – Proponowanie konkretnych przykładów, jak wspierać dziecko w obszarze profilaktyki bez nadmiernej kontroli.	– Krytykowania podejścia jako rodziców. – Wspierania rodziców w nadmiernej kontroli dziecka. – Krytykowanie ich stylu wychowania bez przedstawiania alternatyw. – Pozwalanie na przejście pełnej kontroli nad procesem profilaktyki.

Typ rodziców	Postawa wobec procesów wychowawczo-profilaktycznych	Poziom gotowości do współpracy	Działania wspierające współpracę	Potencjalne błędy zniechęcające do współpracy
Krytyczni wobec systemu	Kwestionują program, metody nauczania lub jakość edukacji w szkole, preferują alternatywne formy edukacji, mają trudności z budowaniem partnerskich relacji.	Niska – wątpią w sens działań profilaktycznych realizowanych przez szkołę.	- Otwartość na dyskusję i możliwość wpływu na działania profilaktyczne. - Sluchać uwag i szukać wspólnego mianownika. - Wyjaśniać decyzje szkoły, odwołując się do faktów i procedur. - Proponować rozwiązania wspierające indywidualne potrzeby dziecka. - Zapewnienie przestrzeni do wyrażenia opinii, np. podczas konsultacji. - Wyjaśnianie zasadności działań profilaktycznych na podstawie faktów i procedur.	- Ignorowanie uwag – może to zaostriżyć krytykę. - Wchodzenia w dyskusje na temat szerokiego zmian systemowych. - Ignorowanie ich uwag i zastrzeżeń. - Próby obrony działań szkoły w sposób emocjonalny lub bez podania konkretnych argumentów.
Nieśmiali lub niepewni	Chcieliby angażować się bardziej, ale brak im pewności siebie lub wiedzy, jak to zrobić. Mogą być wykluczeni z życia szkoły przez bariery językowe, społeczne lub brak doświadczenia.	Umiarkowana – często chcieliby się zaangażować, ale brakuje im pewności siebie lub wiedzy.	- Jasne wskazówki i konkretne zaproszenia do udziału w działaniach. - Budować pewność siebie przez proste i konkretne propozycje zaangażowania. - Tworzyć atmosferę otwartości i akceptacji. - Informować rodziców o drobnych sukcesach dziecka, aby budować pozytywne relacje. - Proste propozycje współpracy, np. uczestnictwo w dniach otwartych. - Budowanie relacji przez pozytywną informację zwrotną o ich dziecku.	- Wywieranie presji na większe zaangażowanie. - Ignorowanie milczenia – mogą potrzebować więcej czasu na otwarcie się. - Zbyt wysokie wymagania wobec ich zaangażowania. - Ignorowanie ich potrzeb wsparcia lub bariery komunikacyjnej.

Typ rodziców	Postawa wobec procesów wychowawczo-profilaktycznych	Poziom gotowości do współpracy	Działania wspierające współpracę	Potencjalne błędy zniechęcające do współpracy
Pragmatyczni	Skupiają się na wymiernych korzyściach edukacji, traktują szkołę jako narzędzie do osiągania celów praktycznych (np. zdobycia zawodu), rzadziej interesują się rozwojem pasji czy kreatywności dziecka. Skupieni na efektywności działań i wynikach.	Uniarkowana – współpracują, gdy widzą konkretne korzyści dla dziecka.	- Prezentować edukację jako narzędzie osiągania celów. - Podkreślać praktyczne korzyści z działań szkolnych. - Utrzymywać konkretną, rzeczową komunikację. - Podkreślanie wymiernych korzyści działań profilaktycznych. - Organizowanie warsztatów, które pokazują praktyczne aspekty rozwoju kompetencji dziecka.	- Przesadnego skupiania się na teoretycznych aspektach edukacji. - Ignorowania pytań o wymierne efekty działań dziecka. - Brak jasnej komunikacji o celach i efektach działań profilaktycznych. - Pomijanie aspektów praktycznych w rozmowach o rozwoju dziecka.
Wrośli wobec szkoły	Wyrażają negatywny stosunek do szkoły i nauczycieli, kwestionują autorytet nauczycieli, często podważają znaczenie edukacji. Relacje są konfliktowe i nastawione na krytykę.	Bardzo niska – wyrażają otwarty sprzeciw wobec działań szkoły i nauczycieli.	- Jasne i konkretne działania na rzecz dziecka, minimalizowanie emocjonalnych sporów. - Zachować spokój i profesjonalizm w każdej sytuacji. - Skupić rozmowę na dobru dziecka i wspólnych celach. - Podkreślać konkretne, pozytywne działania szkoły na rzecz dziecka. - Organizowanie indywidualnych spotkań w spokojnej atmosferze, koncentrując się na dobru dziecka. - Pokazywanie pozytywnych efektów działań profilaktycznych.	- Wchodzenia w emocjonalne spory. - Ignorowania obaw – może to zaostreć konflikt. - Ignorowanie ich obaw i krytyki. - Wchodzenie w konfliktowe relacje, co może eskalować negatywne postawy.

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 17. Typologia nauczycieli w kontekście współpracy z instytucją w zakresie profilaktyki

Typ nauczyciela/ wychowawcy	Charakterystyka	Zalety	Wady
Empatyczny i zaangażowany	Angażuje się w relacje z rodzicami, słucha ich opinii i problemów. Często stara się budować pozytywne relacje oparte na wzajemnym zrozumieniu.	- Buduje partnerskie relacje z rodzicami. - Skutecznie radzi sobie z trudnymi sytuacjami dzięki empatii.	- Może być postrzegany jako zbyt łagodny. - Ryzyko „przeladowania” emocjonalnego przez ciągle rozwiązywanie problemów innych.
Formalista	Stawia na reguły i procedury. Utrzymuje relacje z rodzicami zgodnie z wyznaczonymi zasadami, koncentrując się na obowiązkach szkolnych i formalnych spotkaniach.	- Jasno określa granice i zasady współpracy. - Dbą o przestrzeganie procedur.	- Może być postrzegany jako zbyt sztywny lub niedostępny. - Trudności w budowaniu relacji z rodzicami wymagającymi indywidualnego podejścia.
Autorytatywny lider	Postrzega siebie jako główny autorytet w relacjach z rodzicami, dąży do kontrolowania sytuacji i podejmowania decyzji. Wspiera, ale jednocześnie wyznacza granice i jasno komunikuje oczekiwania.	- Zapewnia strukturę i porządek w relacjach. - Potrafi skutecznie zarządzać trudnymi rodzicami.	- Może być postrzegany jako dominujący lub autokratyczny. - Ryzyko konfliktów z rodzicami krytycznymi wobec systemu edukacji.
Przyjacielski partner	Traktuje rodziców jako równorzędnych partnerów w procesie edukacji. Jest otwarty, dostępny i dąży do budowania nieformalnych, ale konstruktywnych relacji.	- Łatwo buduje zaufanie rodziców. - Promuje współpracę i wspólne inicjatywy.	Może mieć trudności w egzekwowaniu zasad lub dyscypliny, jeśli relacje staną się zbyt nieformalne.
Unikający	Stara się ograniczyć kontakt z rodzicami do minimum, szczególnie w sytuacjach trudnych. Unika konfrontacji i raczej nie podejmuje inicjatywy w budowaniu relacji.	- Unika zbędnych konfliktów. - Nie angażuje się w sytuacje wykraczające poza swoje obowiązki.	- Może być postrzegany jako obojętny lub niedostępny. - Rodzice mogą mieć trudności z uzyskaniem informacji o dziecku.
Perfekcjonista	Dąży do osiągnięcia idealnych wyników w relacjach z rodzicami i w procesie nauczania. Przygotowuje szczegółowe raporty, szczególnie dba o transparentność działań.	- Dobrze przygotowany do spotkań i rozmów. - Rodzice doceniają jego profesjonalizm i zaangażowanie.	- Może być nadmiernie skupiony na szczegółach, co prowadzi do przeciążenia. - Czasami brakuje mu elastyczności w trudnych lub nietypowych sytuacjach.

Chaotyczny i nieprzygotowany	Ma trudności z organizacją pracy, nie radzi sobie z planowaniem spotkań z rodzicami i rozwiązywaniem problemów. Często przekazuje niespójne informacje lub działa w sposób impulsywny.	– Czasami może być spontanicznie otwarty na rodziców.	– Rodzice mogą postrzegać go jako niekompetentnego. – Problemy z budowaniem zaufania.
Opiekun-wybawca	Bardzo angażuje się w pomoc rodzicom i uczniom, nawet poza zakresem swoich obowiązków. Często sam rozwiązuje problemy, zamiast wymagać większej odpowiedzialności od rodziców.	– Rodzice często czują się wspierani. – Uczniowie mogą korzystać z jego zaangażowania.	– Może szybko wypalić się zawodowo. – Rodzice mogą nadmiernie polegać na jego pomocy, rezygnując z własnej odpowiedzialności.
Konfliktowy lub defensywny	Szybko reaguje na krytykę lub trudne sytuacje w sposób emocjonalny. Może wchodzić w otwarty spór z rodzicami, zamiast rozwiązywać problemy w sposób konstruktywny.	– Jeśli sytuacja wymaga zdecydowanej reakcji, potrafi bronić zasad szkoły.	– Pogarsza relacje z rodzicami. – Może zrazić rodziców, którzy potrzebują wsparcia lub dialogu.
Otwarto-innowacyjny	Eksperymentuje z nowymi formami komunikacji i współpracy z rodzicami (np. media społecznościowe, platformy edukacyjne). Stawia na kreatywne inicjatywy angażujące rodziców.	– Często angażuje rodziców w życie szkoły. – Potrafi dopasować narzędzia komunikacji do potrzeb współczesnych rodzin.	– Nie wszyscy rodzice potrafią korzystać z nowych technologii – ryzyko wykluczenia części z nich.
Zdominowany	Ulega presji rodziców, szczególnie tych roszczeniowych lub krytycznych. Trudno mu bronić swoich decyzji i autorytetu, często zgadza się na warunki narzucone przez rodziców.	– Może łatwo uspokajać konfliktowe sytuacje przez ustępstwa.	– Traci autorytet w oczach rodziców i uczniów. – Nie broni interesów szkoły ani swoich decyzji.

Źródło: Opracowanie własne.

Mając na uwadze powyższe, warto pamiętać o kilku zasadach, które pozwolą na zbudowanie dobrej relacji, będącej wstępem do partnerstwa profilaktycznego. Do najważniejszych należą następujące:

1. Budując kontakty z rodzinami, szczególnie ze środowisk odmiennych kulturowo, należy brać pod uwagę ich specyfikę, która może powodować odmienne definiowanie celów, ale również inne metody działania.
2. Każdy rodzic zasługuje na szacunek, a kiedy trzeba również na kredyt zaufania.
3. Każda rodzina, tak samo jak każdy człowiek, posiada zasoby, dzięki którym można rozwiązywać problemy, budować konstruktywne rozwiązania.
4. Komunikacja z rodzicami powinna opierać się na aktywnym słuchaniu, otwartości i gotowości do budowania dialogu.
5. Należy starać się, aby kontakty z rodzicami były regularne. Sprzyja to bowiem ich naturalizacji, pozwala cieszyć się z najdrobniejszych sukcesów, ale również szybko reagować na zdarzające się kryzysy. Regularność zapewni obu stronom poczucie aktualności i wpływu na rzeczywistość.
6. Nagroda, pochwała jest bardziej mobilizująca niż kara czy nagana – należy zatem pamiętać, aby rozmowy o trudnych sprawach zaczynać od zaakcentowania sytuacji, stanów, zdarzeń pozytywnych, stanowiących sukces. Motywacja do działania ma charakter dynamiczny i może się zmieniać.
7. Rodzice włączeni do oddziaływań profilaktycznych muszą wiedzieć, jakie są ich zadania i w jakim zakresie mogą wpływać na kształty działań. Innymi słowy aktywność rodziców musi być dobrze zorganizowana.
8. Budując z rodziną partnerstwo profilaktyczne, trzeba brać pod uwagę jej otoczenie społeczne, szczególnie jeśli stanowi ono czynnik ryzyka.
9. W razie wystąpienia konfliktów ważne jest, aby rozwiązywać je najszybciej, jak to możliwe, w sposób pozytywny i nieagresywny (Mitchell, 2016).

Zastosowanie się do powyższych zasad powinno minimalizować główne ryzyko związane z rodzicami w oddziaływaniach profilaktycznych, jakim jest ich nieobecność.

Podsumowując, nowoczesna profilaktyka wymaga zaangażowania rodziców nie jako biernych odbiorców, ale aktywnych partnerów, współtworzących proces zmiany. Rodzice mają unikalną wiedzę o swoich dzieciach oraz intuicję rodzicielską, która stanowi istotny zasób w budowaniu skutecznych strategii zapobiegania problemom wychowawczym i społecznym. Włączenie ich w działania profilaktyczne umożliwia bardziej zindywidualizowane podejście, lepiej dostosowane do potrzeb rodziny. Partnerstwo z profesjonalistami powinno opierać się na wzajemnym szacunku, wymianie doświadczeń i wiedzy, co pozwala na tworzenie efektywnych rozwiązań. Traktowanie rodziców jako współdecydentów wzmacnia ich poczucie odpowiedzialności oraz motywację do długotrwałych zmian. Obecność rodziców w procesie profilaktycznym jest niezbędna dla osiągnięcia trwałych efektów, ponieważ to oni mają największy wpływ na codzienne życie dzieci. W efekcie podejście partnerskie w profilaktyce sprzyja budowaniu silniejszych relacji w rodzinie i lepszemu wsparciu rozwoju dziecka.

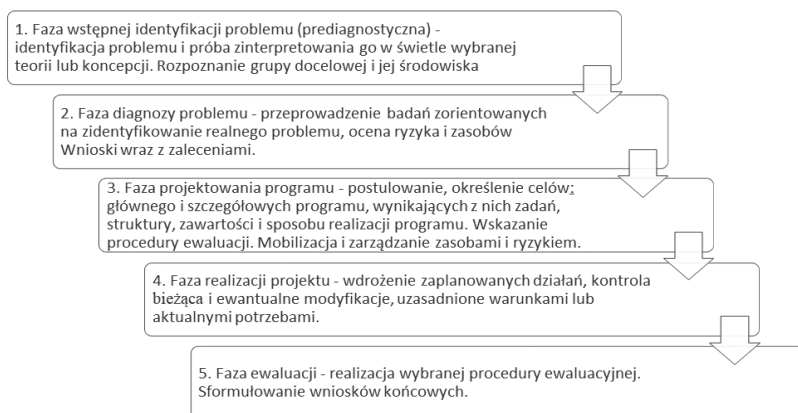
ROZDZIAŁ 3.

Praktyka profilaktyczna: narzędzia, bazy, sprawdzone programy

3.1. Projektowanie i konstruowanie programów profilaktycznych (Agnieszka Barczykowska)

3.1.1. Etapy budowania programu profilaktycznego

Podjęmowanie społecznych działań celowych, a do takich bez wątpienia należą te o charakterze profilaktycznym, wpisuje się w opisany przez A. Podgóreckiego (1996) algorytm zwany postępowaniem celowościowym. Rozpada się ono na cztery wzajemnie się warunkujące i, co kluczowe, niezmiennie w kolejności ogniwa. Podstawą wszelkich działań jest diagnoza. Jak słusznie zauważył S. Ziemiński (1973), nie tylko nie ma skutecznego działania bez rozpoznania, ale nie ma również rozpoznania bez działania, zaś jedno i drugie wymaga oceny. Sformułowana diagnoza jest punktem wyjścia do planowania tego, jakie zmiany są konieczne oraz wskazania, w jaki sposób należy/można je osiągnąć. Kolejnym krokiem jest realizacja zaplanowanych działań, a całość wienczy ewaluacja. Schemat ten można uznać za uniwersalny dla wszystkich działań społecznych, które zorientowane są na osiągnięcie celu (Barczykowska, 2023).



Schemat 5. Uniwersalny algorytm budowania programu profilaktycznego

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawiony schemat można również wykorzystać jako bazę do budowania programów profilaktycznych. Wpisuje się weń również propozycja Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, dalej EMCDDA), przy czym ujmuje ona jeszcze elementy wspólne, dotyczące wszystkich etapów. Należą do nich: 1) trwałość i finansowanie (działania powinny mieć długofalowe finansowanie, najlepiej ze środków zewnętrznych, zapewni to poczucie bezpieczeństwa oraz zaangażowanie uczestników personelu i partnerów), 2) wzajemna komunikacja i udział interesariuszy (programy powinny mieć konkretnych adresatów, ale również wykonawców, którzy identyfikują się z misją i celami programu oraz angażują się w działania zgodnie ze swoją wolą, kompetencjami i przygotowaniem), 3) organizacja i rozwój personelu – działania profilaktyczne są działaniami profesjonalnymi, co oznacza, że wymagają od prowadzących wiedzy, kompetencji i umiejętności, stąd kluczowe jest rozpoznanie potrzeb w tym zakresie i nieustanne tworzenie warunków do rozwoju zawodowego, ale i osobistego, 4) etyczny wymiar profilaktyki – jak każda działalność, której podmiotem jest człowiek, również i w profilaktyce obowiązują zasady etyczne. Do podstawowych należą: poszanowanie prawa, przekazywanie rzetelnych informacji, dobrowolne uczestnictwo, zapewnienie poufności danych, dopasowywanie interwencji do potrzeb użytkowników oraz partnerskie relacje (Barczykowska, 2023; Brotherhood i in., 2015).



Schemat 6. Schemat budowania programu profilaktycznego w opracowaniu EMCDDA

Źródło: Europejskie standardy jakości..., 2011.

3.1.1.1. Teoria jako rama oddziaływań profilaktycznych

Praca nad programem profilaktycznym może rozpoczynać się w wielu okolicznościach i z różnych powodów. Część programów profilaktycznych stanowi element obowiązkowych działań instytucji, czego przykładem mogą być tworzone przez szkoły i inne instytucje edukacyjne programy wychowawczo-profilaktyczne czy szeroko rozumiane lokalne programy profilaktyczne. Inne są odpowiedzią na dokonujące się dynamicznie zmiany otaczającego nas świata, mają różny charakter i zakres. To, co je jednak łączy, jest konieczność zebrania danych odnośnie do zjawiska niepokojącego zainteresowane podmioty, czyli dokonanie diagnozy. Zwykle początek działań zmierzających do stworzenia programu profilaktycznego powiązany jest z jakąś niepokojącą wizją rzeczywistości, która w wielu wypadkach koncentruje się na objawach, nie dociekając źródeł zjawiska. Odpowiedź na pytanie: z czym mamy do czynienia, pojawia się w ramach diagnozy typologicznej lub identyfikacyjnej, w ramach której, na podstawie istniejących objawów, zmian, przypisujemy dany stan rzeczy do określonego typu lub gatunku. Innymi słowami nazywamy go. Trzeba jednak pamiętać o tym, że podmioty egzystujące w jednej przestrzeni mogą mieć różną wizję rzeczywistości. Poza tym niepokojące zjawisko może wcale nie być odstępstwem od prawidłowego funkcjonowania, stanowiąc swego rodzaju prawidłowość rozwojową. Nie oznacza to, że nie należy pochylić się nad tą wizją. Chodzi raczej o to, aby stanowiła ona punkt wyjścia do rozważań w kierunku znalezienia odpowiedzi na pytanie, *z jakiej przyczyny tak jest?* oraz *dlaczego tak jest?*. Wbrew pierwszemu wrażeniu nie są to pytania tożsame. Pierwsze bowiem odnosi się od genezy stanu rzeczy, a drugie wskazuje na funkcje stanu rzeczy. W przypadku pierwszego pytania konieczne jest zatem dokonanie diagnozy funkcjonalnej, zwanej też teleologiczną (Wysocka, 2013). Pozwala ona ustalić, dlaczego pewne zjawiska się pojawiają, jakie motywy stoją za podejmowaniem określonych zachowań. Współcześnie przyjmuje się, że podejmowanie zachowań problemowych i ryzykownych spełnia określoną funkcję w rozwoju. Innymi słowy jednostki, grupy czy społeczności podejmują określone działania, bo mogą w ten sposób załatwić rozmaite ważne sprawy życiowe (Rylke, Tuszewski, 2004; Szymańska, 2002). Najczęściej powodem podejmowania tego typu zachowań są: 1) potrzeba zwrócenia na siebie uwagi, 2) potrzeba udziału w preferowanych aktywnościach, 3) unikanie nie lubianych czynności i zadań, 4) ucieczka od innych, 5) potrzeba wewnętrznej autostymulacji (Asmus i in., 2002; Domagała-Zyśk, Knopik, Osza, 2017). Wybór tych, a nie innych, często dysfunkcyjnych strategii wynika z braku lub niedostrzegania innych możliwości. Do najczęściej przywoływanych w tym kontekście teorii należą: teoria społecznego uczenia się Bandury, teoria zachowań problemowych i ryzykownych Jessorów,

teoria uzasadnionego działania Ajzena i Fisbeina oraz zgodnie z nowoczesnym rozumieniem profilaktyki, która skoncentrowana jest na budowaniu i wzmacnianiu czynników chroniących, np. teoria *resilience* (Borucka, 2017) czy koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży. Przyjęcie wybranej perspektywy teoretycznej w wyjaśnianiu problemu jest konieczne nie tylko dlatego, aby go zrozumieć, ale również projektować działania, bowiem teorie z reguły zawierają w sobie nie tylko punkty odniesienia w postaci celów czy modeli, ale również odnoszą się do mechanizmów i warunków, jakie muszą być spełnione, aby je osiągnąć. Zwierając w sobie opisy ciągów przyczynowo-skutkowych, teorie są użytecznym narzędziem projektowania. Model teoretyczny powinien być oparty na dowodach, czyli badania potwierdziły jego użyteczność i skuteczność w rozwiązywaniu danego problemu, pozwala zrozumieć zjawisko, ale przede wszystkim wskazuje drogę do zmiany (Barczykowska, 2023; *Europejskie standardy...*, 2011).

3.1.1.2. Diagnoza jako podstawa oddziaływań profilaktycznych

Drugie pytanie odnosi się do ustalenia genezy danego stanu rzeczy czy zjawiska – można powiedzieć, że jest to analiza zrealizowanych czynników ryzyka oraz ustalanie poziomu rozwoju diagnozowanego zjawiska. Analiza źródeł stanu rzeczy i poziomu jego zaawansowania jest pomocna w doborze środków oddziaływań. Jest to jednak działanie niewystarczające, bowiem kluczowa jest diagnoza zasobów, ponieważ – jak to już było wielokrotnie wspomniane – one stanowią podstawowy materiał w profilaktyce opartej na koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży. Zatem konieczne jest dokonanie diagnozy pełnej, na podstawie której można z jednej strony eliminować deficyty, ale przede wszystkim wzmacniać potencjały (Barczykowska, 2023; Barczykowska, Dzierżyńska-Breś, 2013; Wysocka, 2015). Zdaniem E. Wysockiej (2015) diagnoza pozytywna „polega na odkrywaniu zasobów i potencjałów, różnorodnych zdolności i właściwości badanego podmiotu, które na skutek niesprzyjających warunków rozwojowych (braku wsparcia w rozwoju) nie mogły się ujawnić, stanowiących zaś ważny czynnik dla procesu zmiany, pokonywania kryzysów rozwojowych i odblokowania mechanizmów autokreacji”. Należy wyraźnie podkreślić, że współcześnie prymat przyznaje się diagnozie pozytywnej. W przeciwieństwie do diagnozy negatywnej, skoncentrowanej na deficytach, zaburzeniach, dysfunkcjach, a przez to zawężającej pole działania do wyrównania czy naprawienia, ograniczając w ten sposób motywację do zmiany i przekierowując jej źródła na zewnątrz, diagnoza pozytywna ma niezwykle podmiotowy i kreatywny charakter. Tabela 18 zawiera zestawienie zasobów, które należy rozwijać u nastolatków.

Tabela 18. Zasoby wymagające wsparcia u nastolatków

Zasoby zewnętrzne	
Wsparcie	– Wsparcie w rodzinie – życie pełne miłości i wsparcia, np. pielęgnowanie tradycji i zwyczajów rodzinnych, poszanowanie prywatności, potrzeby niezależności, wspólne spędzanie czasu, dobra komunikacja w rodzinie, zaangażowanie rodziców w życie szkoły – Dobre relacje z innymi dorosłymi (nastolatek otrzymuje wsparcie od co najmniej trojga innych dorosłych osób niż rodzice), troskliwe sąsiedztwo – Dobry klimat w szkole (nastolatek doświadcza uwagi i ma pozytywne wspomnienia)
Wzmacnianie	– Społeczność lokalna docenia młodzież (młodzież podejmuje prace zarobkowe i jest życzliwie traktowana przez starsze osoby) – Młodzież udziela wsparcia innym – pomaga w nauce, zakupach, bierze udział w organizowaniu imprez lokalnych, działa na rzecz społeczności lokalnej przynajmniej przez godzinę w tygodniu – Młodzież czuje się bezpiecznie w domu, w szkole i w sąsiedztwie
Granice i oczekiwania	– W rodzinie i w szkole są jasno określone zasady zachowania i konsekwencje ich łamania – Osoby dorosłe modelują pozytywne odpowiednie zachowania i zachęcają nastolatka do ich podejmowania – Społeczność lokalna monitoruje zachowania nastolatków – Najlepsi przyjaciele nastolatka modelują odpowiednie zachowania
Konstruktywne wykorzystanie czasu	– Nastolatek podejmuje różne twórcze działania (zajęcia muzyczne, teatralne lub inne) – Nastolatek uczestniczy w zajęciach pozalekcyjnych – Nastolatek spędza czas poza domem nie więcej niż dwa wieczory w tygodniu
Zaangażowanie w naukę	– Nastolatek ma potrzebę osiągnięć, jest zaangażowany w poszerzanie swojej wiedzy, odrabia prace domowe – Nastolatek ma poczucie więzi ze szkołą, spędza trzy godziny lub więcej w tygodniu na czytaniu
Zasoby wewnętrzne	
Pozytywne wartości	– Nastolatek doświadcza troskliwości, równości, poszanowania innych, widzi uczciwość, wstrzemięźliwość, odpowiedzialność, prawość
Umiejętności społeczne	– Nastolatek planuje i podejmuje decyzje, przewiduje konsekwencje swoich działań – Nastolatek ma umiejętności interpersonalne, jest empatyczny i wrażliwy – Nastolatek ma umiejętności międzykulturowe, które umożliwiają mu adekwatne zachowanie wśród przedstawicieli innych kultur, narodowości czy innego pochodzenia – Nastolatek potrafi przeciwstawić się presji grupy, rozwiązywać konflikty bez agresji i przemocy
Pozytywna tożsamość	– Nastolatek ma wewnętrzną siłę, która daje mu poczucie kontroli nad tym, co go spotyka; ma wysoką samoocenę, poczucie, że jego życie i to, co robi, ma sens, patrzy optymistycznie na swoją przyszłość

Źródło: Okulicz-Kozaryn, 2008.

Przygotowując diagnozę, warto zastanowić się przez chwilę nad następującymi kwestiami: 1) kogo ona ma dotyczyć, 2) kto powinien wziąć w niej udział i 3) jaki winna mieć ona zakres. Mając na uwadze, że profilaktyka powinna mieć charakter systemowy, konieczne jest włączenie do diagnozy wszystkich zainteresowanych podmiotów. Każdy z nich bowiem może mieć nie tylko inną perspektywę widzenia problemu, ale również potrzeby i możliwości w zakresie zapobiegania mu. Naturalne jest zatem, że w diagnozie wezmą udział nie tylko dzieci i młodzież, ale także rodzice, nauczyciele, pracownicy instytucji oraz przedstawiciele społeczności lokalnej. Jak już zostało wspomniane, w procesie pozytywnego rozwoju kluczowe są zmiany kontekstów, a te trudno modyfikować bez wiedzy o nich i pochodzącej od nich.

Tak szerokie ujęcie diagnozy wymusza pozyskanie wieloaspektowych danych. Część z nich najczęściej została już zgromadzona, podlegając systematycznym aktualizacjom i jest dostępna w postaci różnych baz danych, np.: Bank Danych Lokalnych, Moja Polis, a także raportów (ROPS, Policja, PCPR czy MOPR). Pozwalają one zorientować się w ekologicznej charakterystyce przestrzeni, w której realizowany będzie program. Nie można bowiem zapomnieć, że środowisko ma kluczowe znaczenie dla funkcjonowania zarówno jednostek, jak i społeczności, o instytucjach nie wspominając. Innymi słowy lokalizacja np. szkoły będzie miała kluczowe znaczenie dla jej składu społecznego, co z kolei będzie przekładało się na charakterystykę i zakres problemów w niej występujących. Drogą do pogłębienia informacji, ich weryfikacji, a także budowania hipotez są zwykle dane zdobyte w mniej lub bardziej bezpośrednim kontakcie z osobami zainteresowanymi, np. przez wywiady (indywidualne, grupowe «w tym również fokusowe», eksperckie) oraz obserwacje. Warto również powrócić do jednej z tradycyjnych metod zbierania danych, jaką jest mapowanie. Jest ono szczególnie przydatne, jeśli bierzemy pod uwagę kwestie przestrzenne (Barczykowska i in., 2025; Daszkowska i in., 2003). Przy tworzeniu programu dla instytucji czy społeczności lokalnej warto przeprowadzić analizę SWOT/TOWS (Nowicki, 2015), która pozwala zidentyfikować słabe i mocne strony oraz szanse i zagrożenia. Rozpoznając sytuację, potrzeby czy opinie, zwłaszcza gdy dotyczą one większej społeczności, niezwykle użyteczną metodą zdobywania wiedzy jest sondaż diagnostyczny, w którym dane gromadzimy, wykorzystując kwestionariusze ankiety.

Zgromadzone dane należy uporządkować kontekstowo i analizować integralnie. Praca z danymi winna być zorientowana na szukanie powiązań i relacji, odkrywanie mechanizmów, motywów, powtarzalnych wzorów (albo specyficznych zachowań), zawsze w ujęciu kontekstowym i rozwojowym, oraz porządkowanie faktów. Przy okazji można weryfikować twierdzenie powszechnie przyjęte za prawdziwe („bo tak jest”), choć nikt ich prawdziwości nie sprawdzał (Daszkowska-Kamińska i in., 2003). Warto przeanalizować również trudności pojawiające się w trakcie zbierania danych. Będąc rodzajem oporu, stanowią one również istotne źródło wiedzy o tym, co w diagnozowanym stanie rzeczy się dzieje (Wysocka, 2008).

Diagnoza powinna dać odpowiedź na pytanie o to, z jakim rzeczywiście problemem się borykamy, która z grup funkcjonujących w rzeczywistości jest nań narażona, jakie czynniki ryzyka powodują, że jej pozycja jest tak niekorzystana, ale przede wszystkim, jakie czynniki chroniące są w jej zasięgu i dyspozycji. Diagnoza winna również pozwolić na wskazanie charakteru działań, a tym samym przyjętej strategii i poziomów profilaktyki. Przypomnijmy, że w istocie działania społeczne mogą mieć trojaki charakter: profilaktyczny, reformujący oraz projektujący (Podgórecki, 1996).

3.1.1.3. Formułowanie celów programu profilaktycznego

Diagnoza wyznaczać będzie cele programu, które winny wynikać również z przyjętej koncepcji funkcjonowania człowieka. A. Brzezińska i J. Brzeziński wskazują na cztery podstawowe paradygmaty:

- 1) behawioralny (Czy podejmuję działania po to, aby zmienić jedynie zachowanie młodzieży w określonej sytuacji, przekształcić niekorzystne nawyki?),
- 2) poznawczy (Czy podejmuję działania po to, aby zmienić przekonania, dostarczyć wiedzy w jakimś zakresie, rozwinąć umiejętność krytycznego myślenia?),
- 3) psychodynamiczny bądź humanistyczny (Czy podejmuję działania po to, aby zmienić jakość motywacji, uruchomić osobiste zaangażowanie, ukształtować poczucie sprawstwa, zwiększyć poczucie własnej wartości?),
- 4) poznawczo-społeczny bądź socjobiologiczny (Czy podejmuję działania po to, aby zmienić jakość relacji społecznych i postawy młodego człowieka wobec otoczenia – dorosłych, rówieśników?) (A. Brzezińska, J. Brzeziński, 2001).

Wielokrotnie przywoływana w tej pracy koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży czerpie z trzech ostatnich paradygmatów.

Wybór określonego paradygmatu znajduje odzwierciedlenie w celach działania oraz oczekiwanych efektach. Przykładowe cele i efekty zawiera tabela 19.

Mając wybrany paradygmat, rozpoznaną sytuację, czyli określoną grupę lub grupy docelowe działań profilaktycznych wraz z ich potrzebami, czynnikami ryzyka i chroniącymi, mapą ewentualnych współpracowników możemy przejść do etapu konstruowania programu profilaktycznego. Ważne jest, aby pamiętać, że program powinien mieć logiczną strukturę, co oznacza, że każda kolejna część programu wynika z poprzedniej i jest z nią powiązana (Borucka, 2017), że włączone są do niego wszystkie te podmioty, których problem dotyczy. Nade wszystko logika wyraża się jednak w dobrze określonych celach głównych i szczegółowych. Cele odpowiadają na pytania, o jaką zmianę czy zmiany walczymy. Bez określenia celów pojawia się ryzyko prowadzenia działań profilaktycznych dla samego prowadzenia, a nie dla korzyści grupy docelowej (Brotherhood i in., 2015). Cele szczegółowe muszą być zgodne z wybranym modelem teoretycznym oraz ze strategicznym kierunkiem

działań realizatora. Kluczowe jest, aby były uzgodnione z grupą docelową, a tym samym przez nią akceptowane oraz pożądane. W celach głównych odzwierciedla się długotrwała zmiana (*Europejskie standardy...*, 2011).

Tabela 19. Wartości i cele działalności profilaktycznej w zależności od przyjmowanego paradygmatu

Obszary działań profilaktycznych	Naczelną wartość	Cele działania, oczekiwane efekty
Zmiana relacji osoba - otoczenie	Miejsce w społeczeństwie	Wspieranie poszukiwania i tworzenia swego miejsca w społeczeństwie: – poszanowanie godności człowieka, – akceptacja idei pluralizmu i solidarności, – poczucie przynależności do diad, grup i wspólnot, – gotowość do podejmowania wyzwań ze strony społeczeństwa, – różne kompetencje społeczne (interpersonalne, organizacyjne).
Zmiana osobowości	Zdrowie psychiczne	Tworzenie kontekstu dla zdrowia psychicznego oraz wspieranie gotowości i umiejętności samorealizacji: – realistyczna orientacja w otoczeniu, – adekwatne pojęcie samego siebie, – samoświadomość, – integracja osobowa, – zaufanie do siebie i innych, – odpowiedzialność, – umiejętność dokonywania wyborów i podejmowania decyzji.
Zmiana struktur poznawczych	Krytyczny umysł	Wzbogacanie wiedzy, kształtowanie i doskonalenie kompetencji poznawczych: – zdobycie i uporządkowanie informacji o świecie i sobie tak, aby umieć czynić świat sensownym i przewidywalnym, – wrażliwość na problemy i umiejętność ich rozwiązywania, – rozwinięcie systemu pojęć i opanowanie odpowiedniego języka, – rozwinięcie rozumowania indukcyjnego i dedukcyjnego, – rozwinięcie myślenia twórczego i postawy badawczej.
Zmiana systemu zachowania	Adekwatne zachowania	Kształtowanie i doskonalenie umiejętności, kształtowanie nawyków, rozwijanie samokontroli: – mistrzowskie opanowanie różnorodnych umiejętności i sprawności szkolnych oraz życiowych umiejętności realizacji zadań (wytrwałość), – motywacja uczenia się, – samokontrola i samoobserwacja - self-monitoring, – umiejętność zachowywania się w nowych sytuacjach (transfer).

Źródło: A. Brzezińska, J. Brzeziński, 2001.

Problemem w formułowaniu celów jest często ich nadmiar. Konieczne jest zatem wytworzenie hierarchii ich ważności, która jest pochodną analizy danych zgromadzonych w badaniach. Wybór „najważniejszego” celu musi mieć pokrycie

we wnioskach z badań. Ludzie zwykle nie cenią wszystkiego równo. Podobnie jak problemy – są ważne i ważniejsze. Dobrze zrealizowana diagnoza bez trudu taką hierarchię ujawni. Trudności z celami pojawiają się nie tylko w wymiarze ilościowym, ale również jakościowym. Cele są często zbyt ogólne (zbyt szczegółowe) i przede wszystkim nie do zrealizowania (np. likwidacja uzależnień). Dlatego formułując cele, warto sięgnąć po metodologię SMART. Opisując cele w tej perspektywie, można porównać je do górskiego szczytu, który jeśli chcemy zdobyć, musimy pokonać pewną drogę, a która będzie łatwiejsza, bardziej motywująca, gdy pozostanie on widoczny dla nas przez cały czas. Prawidłowo sformułowany cel powinien być:

- 1) skonkretyzowany, czyli opisywać stan przez nas pożądaną wraz ze wskaźnikami opisującymi jego osiągnięcie,
- 2) motywujący, czyli zachęcający do działania, często poza schematami, pokazujący atrakcyjne zyski,
- 3) osiągalny, czyli w granicach możliwości, przygotowany „na miarę”,
- 4) ważny, istotny, czyli pokazujący przestrzeń pozytywnej zmiany, potencjalny zysk ważny dla nas,
- 5) zaplanowany w czasie, czyli z określonym momentem zakończenia działań (Kazimierska i in., 2009).

Cele sformułowane zgodnie z regułą SMART z łatwością dadzą się przełożyć na konkretne zadania, a te z kolei na poszczególne działania, zlokalizowane w czasie i przestrzeni.

3.1.1.4. Realizacja programu profilaktycznego i jego ewaluacja

Realizacja programu profilaktycznego stanowi kluczowy etap przekładania założeń teoretycznych na konkretne działania praktyczne. Na tym etapie szczególnego znaczenia nabiera zarówno zgodność podejmowanych działań z przyjętymi celami, jak i ich jakość oraz adekwatność do potrzeb odbiorców. Działania realizowane w ramach programu powinny być zgodne ze standardami jakości oraz z poziomem profilaktyki, do którego program się odwołuje, a także opierać się na wynikach badań naukowych i dowodach empirycznych (*evidence based practice*), przy jednoczesnym wykorzystaniu najskuteczniejszych strategii profilaktycznych. Istotne jest również, aby ich długość i intensywność były odpowiednio dostosowane do potrzeb i możliwości odbiorców, a same działania pozostawały adekwatne do poszczególnych celów i zadań programu oraz uwzględniały specyfikę grupy docelowej. Ponadto powinny mieć one charakter aktywizujący i/lub interaktywny, co sprzyja większemu zaangażowaniu uczestników oraz zwiększa efektywność oddziaływań (Borucka, 2017; Ostaszewski, 2016).

Projektując program, należy zwrócić uwagę na miejsce realizacji. Jego wybór musi korespondować z grupą docelową, wnioskami z diagnozy i postawionymi

na jej podstawie celami. Nie bez znaczenia są również względy praktyczne, czyli np. dostęp do infrastruktury interesującej, ważnej dla beneficjentów. Miejsce musi odpowiadać prawdopodobnym działaniom prowadzonym w grupie docelowej i sprawiać, że uczestnicy czują się swobodnie (*Europejskie standardy...*, 2011).

Dobry program profilaktyczny musi zostać ujęty w harmonogram działań, który zawiera terminy wykonania określonych aktywności, pozwala na koordynację pracy zespołu, ale również ustalenie odpowiedzialności za poszczególne zadania. Harmonogram definiuje konieczne zasoby. Powinien być realistyczny i uzgodniony ze wszystkimi stronami projektu. Zakreślone w nim granice czasowe muszą być adekwatne do zaplanowanych zadań, zostawiając jednocześnie margines swobody (*Europejskie standardy...*, 2011).

Dobrze skonstruowany program cechuje celowość, racjonalność, wykonalność, ekonomiczność, kompleksowość oraz spójność wewnętrzna. Zawiera również w sobie procedury ewaluacyjne. Tworząc program profilaktyczny, warto pamiętać o następujących zasadach:

- 1) zasada realizmu, czyli mierzenia sił na zamiary – program musi być do zrealizowania;
- 2) zasada komplementarności, czyli współgranie stworzonego programu z innymi, dziejącymi się wokół inicjatywami, realizowanymi przez inne podmioty;
- 3) zasada partycypacji, czyli zaangażowania w program różnych instytucji i środowisk, zainteresowanych problemem;
- 4) zasada spójności, czyli warunkowania i wynikania z siebie kolejnych działań w programie;
- 5) zasada dla celów programu, sposobów ich osiągania, grupy docelowej, zaangażowanych podmiotów i sposobu ewaluacji;
- 6) zasada dobrych relacji, tzn. relacje między personelem i uczestnikami opierają się na wzajemności, partnerstwie i zaufaniu;
- 7) zasada holistycznego podejścia, czyli program kładzie nacisk na różne aspekty życia jednostki (zdrowie, rozwój, kondycja psychiczna) i angażuje całe jej środowisko (rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza, sąsiedztwo, społeczność lokalna);
- 8) zasada stopniowości zadań w programie, czyli przechodzenie od zadań łatwiejszych do trudniejszych w długoterminowej perspektywie, co sprzyja rozwojowi (*Europejskie standardy...*, 2011; Kaczor, 2012).

Po przygotowaniu programu profilaktycznego można przejść do jego realizacji. Wdrażając w życie program, pamiętamy o jego hierarchii, postępując zgodnie z przyjętym kalendarzem działań. Ważne jest przy tym, żeby pamiętać o ciągłym monitoringu uczestników oraz otoczenia, związanym ze zmiennością warunków, w których funkcjonujemy. Celem monitoringu jest między innymi zrozumienie, czy program jest realizowany zgodnie z planem, czy jest adekwatny do potrzeb uczestników, czy osiągane są cele etapowe, czy nie należy wprowadzić modyfikacji

lub aktualizacji. Pozwala również prognozować szansę na realizację celu głównego. Monitoring służy dbałości o wysoką jakość realizacji programu. Nie można zapominąć również o kwestiach etycznych (*Europejskie standardy...*, 2011).

Elementem wieńczącym pracę nad programem profilaktycznym jest jego ewaluacja. Jest ona „strażnikiem programów profilaktycznych” (Piasecka, 2023). A. Brzezińska (2000) definiuje ją jako „proces zbierania informacji o przebiegu działania i uzyskiwanych efektach oraz ich analizowania w celu udoskonalenia przebiegu tego procesu i osiągnięcia zamierzonych efektów”. Zdaniem B. Woynarowskiej (2009) ewaluacja „nie jest synonimem oceniania i kontroli (nadzoru) ani nową jej formą i odnoszą do niej takie określenia, jak: badanie, zbieranie informacji, analizowanie, sprawdzanie, komunikowanie (zdawanie relacji)”. Pozwala ona raczej na sprawdzenie, czy osiągnęliśmy cele, czy działania zakończyły się sukcesem, czy odpowiednio wykorzystaliśmy zasoby będące w naszej gestii, czy istnieją działania, które mogłyby być zrealizowane lepiej, szybciej, bardziej ekonomicznie. Piasecka (2023) podkreśla, że ewaluacja wzmacnia skuteczność prowadzonych działań, pozwala na bieżąco je modyfikować, dostarcza aktualnej wiedzy o tym, jak działanie jest odbierane przez jego adresatów. Warto podkreślić, że ewaluacja jest szansą na wzmocnienie kompetencji ewaluacyjnych na drodze (samo)kształcenia. Pozytywny wynik ewaluacji nadaje sens podejmowanym działaniom, podkreśla ich wartość, znaczenie. Może być też motorem do podejmowania kolejnych działań, np., zgłoszenia programu do Bazy Programów Rekomendowanych. Oczywiście w momencie, gdy ujawnia braki, może również zmuszać autorów do konfrontacji z uzyskanymi wynikami (Borucka, Kehl, 2021).

Ewaluacja jest procesem, w przebiegu którego możliwe jest wskazanie czterech etapów:

- 1) projektowanie,
- 2) zbieranie danych,
- 3) analiza i interpretacja danych,
- 4) prezentacja i upowszechnienie danych (Woynarowska, 2009).

Na etapie projektowania kluczowa jest refleksja nad tym, jakie informacje chcemy uzyskać przez prowadzenie ewaluacji. Odpowiedź na to pytanie pozwoli dobrać najefektywniejszy jej rodzaj. Wybierając rodzaj ewaluacji, można odwołać się do kryteriów związanych z rodzajem ewaluatora, czasu realizacji badań ewaluacyjnych, funkcji ewaluacji, przedmiotu i celu ewaluacji (Jaskuła, 2018; Piasecka, 2022). Biorąc pod uwagę rodzaj ewaluatora, rozróżnia się ewaluację zewnętrzną, wewnętrzną i autoewaluację. Ewaluacja zewnętrzna realizowana jest przez podmiot niezwiązany z działaniem, wewnętrzna zaś dokonywana jest przez instytucję realizującą program, najczęściej przez wyznaczone w niej komórki czy osoby niekoniecznie bezpośrednio związane z realizacją projektu. Szczególnym rodzajem tego rodzaju ewaluacji jest autoewaluacja, prowadzona przez osobę bezpośrednio zaangażowaną w działanie (Piasecka, 2022).

Biorąc pod uwagę cele ewaluacji, wyróżnia się jej formatywny (ewaluacja procesu) i sumatywny (ewaluacja wyników) rodzaj, przy czym należy je traktować jako komplementarne. Ewaluacja formatywna zwykle jest prowadzona na etapie opracowywania ram programu i jego weryfikacji na etapie pilotażu, ale może być zastosowana w każdym momencie, gdy program wymaga modyfikacji. Polega ona bowiem na obserwacji, sprawdzaniu tego, co się dzieje w programie po to, aby w razie potrzeby natychmiast dokonać korekty. Pozwala ona poznać, jak współdziałają osoby w programie, jakie jest ich zaangażowanie, sprawności i jakie dostrzegają korzyści z samego działania. Do jej realizacji wykorzystuje się zwykle proste schematy z wykorzystaniem pre- i posttestów. Z kolei ewaluacja sumatywna polega na ocenie skuteczności i jakości podejmowanych w programie działań. Jej wyniki są podstawą podjęcia decyzji co do dalszych działań (Borucka i Kehl, 2021; Woynarowska, 2009).

Wbrew temu, co się często uważa, ewaluacja w programach profilaktycznych nie jest przypisana wyłącznie do etapu końcowego. Kwestię tę uporządkowała A. Brzezińska, wskazując trzy ważne „momenty ewaluacyjne”:

- 1) ewaluacja przygotowanego projektu przed rozpoczęciem jego realizacji – chodzi tu o analizę jakości programu, który ma być realizowany, o wskazanie tych jego elementów czy aspektów, które nie wymagają już żadnych korekt i takich, nad którymi warto się jeszcze zastanowić (...);
- 2) ewaluacja dokonywana w trakcie realizacji projektu – jej celem jest monitorowanie zmian wywoływanych realizowaniem kolejnych zadań i to na trzech poziomach: zmian bezpośrednich, tj. związanych *stricte* z realizowanymi zadaniami oraz zmian pośrednich, ubocznych, nie zawsze pożądanych – zmian indywidualnych, czyli „widocznych” u poszczególnych uczestników programu oraz zmian w grupie, którą razem tworzą (...);
- 3) ewaluacja końcowa – działania podejmowane po zakończeniu realizacji programu mają dostarczyć przede wszystkim informacji co do poziomu/jakości zrealizowanych celów, mają więc służyć jako podstawa przy udzielaniu odpowiedzi na pytanie: czy zakładane cele zostały osiągnięte, na jakim poziomie, w jakich obszarach? Wymaga to użycia odpowiednich narzędzi „sprawdzających” jakość uzyskanych efektów. Taka ewaluacja ma jednak tylko charakter reaktywny – informuje bowiem o tym, jak jest, ale nie pozwala już na wprowadzenie żadnych zmian, co najwyżej w przypadku stwierdzenia istotnych rozbieżności między celami zakładanymi a zrealizowanymi pozwala na wprowadzenie korekt do przyszłych działań i tylko w tym sensie jest proaktywna, formatywna (...). (A. Brzezińska, J. Brzeziński, 2001)

Kolejnym kryterium różnicującym ewaluację będą jej funkcje, w związku z którymi można wyróżnić: ewaluację reaktywną (dokonywana po zakończeniu działań, więc jej wyników nie można wykorzystać we wdrażanym rozwiązaniu), proaktywną (poprzedza wprowadzenie programu, pozwala na wprowadzenie zmian w związku z optymalizacją działań), formatywną (pozwala ona na wprowadzanie zmian na bieżąco, jeśli taka potrzeba się pojawi) (Piasecka, 2022).

Ewaluacja może być zróżnicowana w zakresie jej przedmiotu czy, może lepiej powiedzieć, zakresu. W tym ujęciu możemy wyróżnić ewaluację całościową (obejmuje wszystkie obszary działań), szczegółową (dotyczy wybranych obszarów

działań) z jej odmianą w postaci ewaluacji tematycznej (obejmuje wybrany temat, który może być realizowany w różnych działaniach) oraz i metaewaluację (ewaluacja ewaluacji) (Piasecka, 2022).

Nieco inny podział zaproponowali A. Borucka i B. Kehl (tabela 20), wskazując jednocześnie zagadnienia obejmowane przez ewaluację oraz przykłady pytań ewaluacyjnych.

Tabela 20. Podstawowe typy ewaluacji w ujęciu A. Boruckiej i B. Kehla

Typ ewaluacji	Pytania ewaluacyjne (zagadnienia)	Pytania ewaluacyjne (przykłady)
Ewaluacje wstępne (przed realizacją programu)		
Ewaluacja <i>ex-ante</i> Analizuje zasadność diagnozy problemów, sposoby dotychczasowych rozwiązań, ocenia spójność wewnętrzną programu, plany wdrażania (Bienias i in., 2012). Ekspertyza Sprawdza, czy są dane teoretyczne i empiryczne uzasadniające realizację programu (Ostaszewski i in., 2008).	Pytania o podstawy, założenia i budowę programu dotyczą: kluczowych/głównych elementów programu; czynników chroniących i czynników ryzyka, do których odwołuje się program; doświadczeń innych instytucji lub osób realizujących podobnego rodzaju programy; wyników ewaluacyjnych podobnych programów; założeń teoretycznych programu, jego logicznej budowy; spełnienia kryteriów SMART przez cele programu; wykorzystanych w programie strategii profilaktycznych; zastosowanych metod pomocy dzieciom/nastolatkom z grup ryzyka itp.	Do jakiej wiedzy teoretycznej odwołuje się program? Jakie są doświadczenia innych osób realizujących podobne programy? Czy program jest poprawnie skonstruowany? Jakie strategię zastosowano w programie? Jakie metody zastosowano w programie?
Ewaluacje okresowe (w trakcie implementacji programu)		
Ewaluacja formatywna Służy do wyboru tych działań lub rozwiązań zastosowanych w programie, które są „oceniane jako najwłaściwsze i tym samym prowadzą podniesienia jakości programu” (Sochocki, 2016, s. 79). „Realizowana jest w trakcie trwania ewaluowanego programu i wspomagać ma jego realizację poprzez bieżącą analizę danych w celu ewentualnej korekty obserwowanych działań” (Korporowicz, 2016). Na ogół stosuje się ją podczas konstruowania programu.	Pytania o przyjęte w programie rozwiązania zadawane w kontekście ich wpływu na realizację zakładanych celów programu (ogólnego i szczegółowych). Pytania dotyczą metody, technik wykorzystanych w programie, czasu trwania programu /poszczególnych zajęć, ich dostosowania do możliwości odbiorców i realizatorów, odbioru przez uczestników/realizatorów poszczególnych elementów programu itp. (Sochocki, 2016).	Czy i w jakim stopniu wykorzystane, przyjęte rozwiązania przyczyniły się do uzyskania pożądanych/zakładanych rezultatów programu? Jakich zmian należy dokonać?
		PRETEST

Typ ewaluacji	Pytania ewaluacyjne (zagadnienia)	Pytania ewaluacyjne (przykłady)	
Ewaluacja procesu Dokumentuje, co się wydarzyło w trakcie realizacji programu (EM-CDDA, 2011). Ewaluacja <i>on-going</i> Analizuje problemy organizacyjne i ich przyczyny w trakcie realizacji programu. Systematyczny monitoring realizacji programu (Bienias i in., 2012).	Pytania o przebieg realizacji programu: „kto?”, „co?” i „jak?”.	Ilu uczniów nie ukończyło programu? Ilu uczniów poleciłoby program swoim rówieśnikom? Czy zrealizowano wszystkie scenariusze zajęć przewidziane w programie? Czy napotkano jakieś trudności w realizacji programu? Jak je pokonano? Czy nawiązano współpracę z rodzicami? Czy treści programu były zrozumiałe dla jego uczestników?	PRETEST
Ewaluacje końcowe (kończące proces ewaluacji)			
Ewaluacja <i>ex-post</i> Analiza efektów zrealizowanego programu. Spełnia też funkcję ewaluacji formatywnej. Jej wyniki mogą posłużyć do wprowadzenia modyfikacji do programu (Bienias i in., 2012). Ewaluacja wyników Sprawdza, czy i w jakim stopniu osiągnięto zamierzone cele (Hawkins, Nederhood, 1994; Sochocki, 2016). Ewaluacja konkluzyjna (sumatywna) „Koncentruje się na analizie rezultatów lub skutków programu przez wykrycie wszystkich znajdujących się w polu analizy konsekwencji o planowanym i nieplanowanym charakterze. Wnioski [...] (konkluzje) uzupełniane są często rekomendacjami” (Korporowicz, 2001).	Pytania dotyczą stopnia osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych programu, czyli odnoszą się do oczekiwanej zmiany/oczekiwanych zmian u odbiorców programu.	Czy nastąpiła oczekiwana zmiana u odbiorców programu? Co na to wskazuje? Czy zmiana jest wynikiem realizacji programu? Czy udział w programie ograniczył używanie substancji psychoaktywnych u jego odbiorców? Czy poprawił umiejętności z zakresu radzenia sobie ze stresem, podejmowania decyzji?	POSTTEST
Ewaluacja efektywności Sprawdza opłacalność poniesionych nakładów w stosunku do osiągniętych rezultatów, czyli kontroluje opłacalność poniesionych nakładów (Hawkins, Nederhood, 1994).	Pytania o nakłady rzeczowe i osobowe, aby ocenić zasadność poniesionych kosztów, czyli pytania o związek między kosztami a osiągniętymi korzyściami. Informacje, jakie można zbierać w jej ramach, odpowiadają na pytania: „Ile?”, „Ilu?”, „Jak długo?”, „Jakie koszty?”.	Ile przeprowadzono zajęć? Ile godzin przeznaczono na przygotowanie realizatorów i ilu ich było? Ilu uczestników brało udział w zajęciach? Ile czasu poświęcono na przygotowanie zajęć? Jakie poniesiono koszty w związku z przeprowadzeniem szkolenia, przygotowaniem materiałów edukacyjnych? Jaka jest proporcja kosztów poniesionych na realizację programów i wykorzystanych zasobów do liczby osób objętych oddziaływaniami, które przyniosły oczekiwane/zakładane skutki.	

Źródło: A. Borucka, B. Kehl, 2021.

Jaskuła (2018) obok rodzajów ewaluacji wskazuje również jej modele: proaktywny, wyjaśniający, interakcyjny, monitorujący typu *impact*, które są powiązane z aplikacyjnym aspektem ewaluacji oraz oparte są „na dwukierunkowym procesie negocjacji między ewaluatorem a użytkownikami”. W rodzimej literaturze spotykamy głównie odwołania do rodzajów ewaluacji.

Podsumowując, wybór schematu ewaluacji nie jest zadaniem prostym, ale koniecznym. W ewaluacji szuka się bowiem odpowiedzi na pytania ważne dla autorów programu, realizatorów, ale również sponsorów (Borucka, Kehl, 2021). Pytania powinny być zorientowane na podniesienie jakości oddziaływań profilaktycznych.

Kolejnym krokiem po wyborze schematu ewaluacji jest zebranie odpowiednich danych. Badania ewaluacyjne można realizować na podstawie jednej z metod kompleksowego gromadzenia danych, wśród których badacz ma do dyspozycji: badania w działaniu (*action research*), studia przypadków lub analizę SWOT (Szwejk, Kuształ, 2023). Dobór metod, technik i narzędzi badawczych uwarunkowany jest celem ewaluacji i postawionymi pytaniami badawczymi. Warto przy ich wyborze pamiętać o zasadzie triangulacji, bowiem jej zastosowanie zwiększa kompletność i trafność badań (Creswell, 2009; Flick, 2012; Jaskuła, 2018). Na jakość badań w procesie ewaluacji zwrócono uwagę w „Standardach ewaluacji”, stworzonych pod egidą Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego (Piątek, 2023).

Tabela 21. Metody badań wykorzystywane w procesach ewaluacyjnych

Metoda	Charakterystyka	Zastosowanie w ewaluacji
Badania w działaniu (<i>action research</i>)	„Procedura poznawcza, która służy doskonaleniu własnej praktyki w interakcji z refleksją nad nią przez odsłanianie rządzących nią mechanizmów i przez jej osobistą interpretację” (Czerepaniak-Walczak, 2010). To rodzaj badania, w którym praktyk dostrzega potrzebę zmiany, staje się jednocześnie jej badaczem i organizatorem, a także sprawcą zmian. Cechy badania w działaniu: sytuacyjność (odpowiedź na aktualną sytuację), działanie zbiorowe (praktycy i badacze pracują razem nad projektem), aktywne uczestnictwo, samotniejący charakter działania, mający na celu doskonalenie praktyki (Czerepaniak-Walczak, 2010; Szwejk, Kuształ, 2023). Badania w działaniu opierają się na szerokiej paletce metod, zarówno jakościowych i ilościowych, nie wykluczając ich mieszania.	Ewaluacja formatywna (procesu)
Studium przypadku	Metoda jakościowa za pomocą, której dogłębnie poznajemy badane zjawiska, a efektem tego poznania jest szczegółowy, wieloaspektowy opis (Kubinowski, 2010). Pozwala na uchwycenie złożoności i zmian w czasie (Szwejk, Kuształ, 2023).	Wszystkie formy i etapy ewaluacji
Analiza SWOT	Zastosowanie analizy SWOT pozwala na zidentyfikowanie mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń w określonej sytuacji (Szwejk, Kuształ, 2023).	Ewaluacja <i>ex-ante</i> Ewaluacja <i>ex-post</i> Ewaluacja konkluzyjna (sumatywna) Ewaluacja efektywności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: J.W. Creswell, 2009; M. Czerepaniak-Walczak, 2010; D. Kubinowski, 2010; H. Mizerek, 2017; Ł. Szwejk, J. Kuształ, 2023.

Jeśli chodzi o badania ilościowe, to dostarczają one danych liczbowych, które można analizować statystycznie, co pozwala na generalizowanie wyników na większą populację i precyzyjne mierzenie efektów działań. Dają one również możliwość porównywania zarówno w ujęciu temporalnym, jak i np. grup społecznych. Można je wykorzystać w ewaluacji procesu oraz formatywnej (Szwejk, Kuształ, 2023). Jedną z najpopularniejszych metod ilościowych jest sondaż diagnostyczny (Szreder, 2010). Z kolei badania jakościowe pozwalają na dogłębne zrozumienie doświadczeń, motywacji i perspektyw uczestników, co jest kluczowe dla zidentyfikowania subtelnych, ale istotnych aspektów projektu lub programu. Na ogół nie pozwalają one na budowanie uogólnień dotyczących szerszych grup. W ewaluacji najczęściej wykorzystuje się różnego rodzaju wywiady oraz obserwacje. Coraz bardziej skomplikowana materia działań profilaktycznych powoduje, że w ewaluacji konieczne staje się zastosowanie metod mieszanych, które wykorzystują atuty zarówno badań jakościowych, jak i ilościowych i przez to pozwalają wyjaśnić więcej niż każde z nich osobno (Cresswell, 2009). Stosując to podejście, należy zdecydować, w jakim układzie, porządku i czasie będą stosowane poszczególne metody (Szwejk, Kuształ, 2023). Wskazuje się na trzy strategie badawcze w tym zakresie: sekwencyjną (metody wykorzystywane są przez badacza w ustalonej kolejności, np. wywiad jakościowy pozwalający na eksplorację, a następnie sondaż diagnostyczny służący do generalizacji wyników), równoległą (badacz jednocześnie zbiera zarówno dane jakościowe, jak i ilościowe, a następnie tworzy jednolitą interpretację całości) i transformacyjną (punktem wyjścia jest przyjęcie perspektyw teoretycznej nadrzędnej do projektu obejmującej dane jakościowe i ilościowe, innymi słowy badacz koncentruje się na określonych tematach, które determinują wybór danych) (Cresswell, 2009).

Syntetyczne ujęcie metod dostępnych w badaniach ewaluacyjnych przedstawiali Borucka i Kehl (2021), odnosząc je do rodzajów ewaluacji (tabela 22). Ponieważ metody były wielokrotnie omawiane w literaturze (Cresswell, 2009; Brzeziński, 2011; Palka, 2010; Rubacha, 2008), również w kontekście ewaluacji (Brzeziński, 2011; Jaskuła, 2018; Piasecka i in. 2023), stąd nie ma potrzeby opisywania ich kolejny raz.

Przy zbieraniu danych należy stosować się do następujących zasad:

- 1) ograniczenia do niezbędnych informacji, które są zbierane w związku z badaną sytuacją,
- 2) metody i techniki badań powinny być optymalnie dobrane dla ewaluatorów (najrzetelniej i w jak najbardziej ekonomiczny sposób pozwolą zebrać konieczne dane) i dla osób badanych (sytuacja diagnostyczna nie będzie dla nich obciążająca),
- 3) zebrane materiały powinny zostać na bieżąco porządkowane i segregowane,
- 4) ujawnienie celu badania i warunków jego realizacji,
- 5) ocenie podlega program, nie ludzie (Woynarowska, 2009).

Tabela 22. Metody zbierania danych a typy ewaluacji

Rodzaj ewaluacji	Metody zbierania danych
Ewaluacje wstępne	
Ewaluacja <i>ex-ante</i> Ekspertyza	Metody jakościowe: analiza dokumentów, materiałów towarzyszących realizacji programu, raportów, studiów przypadku itd.
Ewaluacje okresowe	
Ewaluacja <i>on-going</i> Ewaluacja procesu Ewaluacja formatywna	Metody jakościowe: wywiady indywidualne, grupowe, obserwacje Metody ilościowe: badania ankietowe
Ewaluacje końcowe	
Ewaluacja <i>ex-post</i> Ewaluacja wyników Ewaluacja konkluzyjna (sumatywna) Ewaluacja efektywności	Metody ilościowe: badania ankietowe Metody jakościowe: wywiady indywidualne, grupowe, obserwacje Metody jakościowe: analiza dokumentów związanych z realizacją programu Metody ilościowe

Źródła: A. Borucka, B. Kehl, 2021.

Trzeci etap w badaniach ewaluacyjnych wiąże się z analizą zebranych danych, która musi spełniać restrykcyjne wymogi metodologiczne i etyczne, bowiem jej wyniki będą decydowały o podejmowanych w przyszłości działaniach. Zebrane dane, w zależności od ich charakteru, powinny zostać poddane obróbce statystycznej (dane ilościowe) lub analizie jakościowej, wedle klucza wybranej metody. Zwraca się uwagę na kwestie bezstronności w analizie zgromadzonego materiału. Efektem przeprowadzonych analiz jest raport, za którego powstanie powinien odpowiadać cały zespół ewaluacyjny. „Raport z ewaluacji stanowi niejako przewodnik po projekcie. Jest najbardziej rozbudowaną formą przedstawienia wyników ewaluacji” (Piątek, Szwejka, 2023). W raporcie powinny znaleźć się przyjęte ramy teoretyczne, założenia metodologiczne, analiza zgromadzonych danych i – najważniejszy element – rekomendacje dla praktyki. Raport może przyjmować różne formy: całościowy, szczegółowy czy wstępny. S. Jaskuła słusznie zauważa, że wbrew pozorom przygotowanie raportu nie kończy procedury ewaluacji, bowiem z uwagi na jej aplikacyjny charakter powinna się ona kończyć wdrożeniem i wykorzystaniem rezultatów, a nie tylko ich opisaniem (Jaskuła, 2018).

Ostatnim etapem ewaluacji jest prezentacja i upowszechnienie danych, co nadaje jej społeczny charakter (Jaskuła, 2018). Przygotowując raport do upublicznienia, należy mieć na uwadze jego odbiorców. Informacje powinny być przekazywane w zrozumiałej formie. Należy pamiętać o tym, że ewaluacja może przynieść nie tylko pozytywne informacje, ale również i te, które przez odbiorców zostaną zidentyfikowane jako zagrażające i będą tym samym uruchamiać strategię obronne (np. szukanie winnych czy porównywanie się z innymi lub agresja) (Rylke, Tuszewski,

2004). Z tego względu prezentacja wyników ewaluacji musi być dobrze przemyślana i skoncentrowana na celach do osiągnięcia, nie na rozliczeniach.

Kończąc rozważania o ewaluacji, mając na uwadze jej specyfikę, której elementem jest konfrontacja osób czy instytucji z niekorzystnymi dla nich wynikami lub potrzebą zmian, trzeba podkreślić, że ewaluacja może stać się działaniem pozornym czy, jak pisze Niemierko, „tandetnym” (2007). Zdaniem Jaskuły (2018) pozorność badań ewaluacyjnych przejawia się w przedmiotowym podejściu do uczestników ewaluacji i ich zaangażowania, braku krytycznej refleksji przy podejmowaniu kolejnych decyzji w procesie, ograniczonym/niewłaściwym użyciu metod badawczych, nierzetelnym wnioskowaniu i niewykorzystywaniu doświadczeń z realizacji ewaluacji w innych organizacjach. Pozorność działań pozbawia ewaluację jej kluczowego waloru, jakim jest użyteczność.

Podsumowując, ewaluacja jest niezbędna, aby ocenić, czy realizowane działania, projekty lub programy osiągają zamierzone cele i przynoszą oczekiwane rezultaty, co pozwala na podejmowanie świadomych decyzji o ich kontynuacji, modyfikacji lub zakończeniu. Dodatkowo ewaluacja umożliwia lepsze zrozumienie, które elementy działania są najbardziej efektywne, a które wymagają poprawy, co pozwala na optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów, takich jak czas, pieniądze i ludzie. Wreszcie ewaluacja zwiększa transparentność działania organizacji, udostępniając interesariuszom rzetelne informacje na temat postępów prac i osiąganych wyników, co sprzyja budowaniu zaufania oraz podnosi poziom odpowiedzialności.

Podsumowując, ewaluacja jest niezbędna, aby ocenić, czy realizowane działania, projekty lub programy osiągają zamierzone cele i przynoszą oczekiwane rezultaty, co pozwala na podejmowanie świadomych decyzji o ich kontynuacji, modyfikacji lub zakończeniu. Dodatkowo ewaluacja umożliwia lepsze zrozumienie, które elementy działania są najbardziej efektywne, a które wymagają poprawy, co pozwala na optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów, takich jak czas, pieniądze i ludzie. Wreszcie ewaluacja zwiększa transparentność działania organizacji, udostępniając interesariuszom rzetelne informacje na temat postępów i wyników, co sprzyja budowaniu zaufania oraz podnosi poziom odpowiedzialności.

3.2 Bazy programów profilaktycznych jako narzędzie wsparcia działalności profilaktycznej (Agnieszka Barczykowska)²

Do końca lat 90. XX wieku szeroko rozumiane profilaktyka i resocjalizacja pozostawały pod przemożnym wpływem martinsonowskiego „nothing works” (Martinson, 1974), podważającego zasadność prowadzenia działań wobec osób zagrożonych lub już objętych oddziaływaniami systemu sprawiedliwości. W praktyce przejawiało się

² W rozdziale wykorzystano fragmenty tekstu A. Barczykowska, 2023.

to dominacją krótkoterminowych, najczęściej zdroworozsądkowych, często spóźnionych interwencji, w myśl zasady „lepiej zrobić coś niż nic”. Nie zwracano uwagi na kwestie skuteczności, a także kosztów prowadzonych działań. Sytuacja zmieniła się na przełomie wieków wraz z rozpowszechnieniem w naukach społecznych idei *evidence based practice* (dalej EBP) oraz będących jej podstawą badań ewaluacyjnych, w tym przede wszystkim przeglądów systematycznych. Korzystano przy tym z bogatych doświadczeń nauk medycznych, które jako jedne z pierwszych zaczęły wykorzystywać tego rodzaju badania do identyfikacji skutecznych procedur medycznych (Sackett i in., 1996; Straus i in., 2011). To właśnie na tym gruncie po raz pierwszy zdefiniowano *evidence based practice*, przyjmując, że jest to „integracja najlepszych dostępnych dowodów badawczych z wiedzą kliniczną oraz unikalnymi wartościami i okolicznościami pacjenta” (Sackett i in. 1996). Z biegiem czasu podobne procedury zaczęto wdrażać w edukacji, pracy socjalnej czy w prawie, o czym wspomniane zostało w rozdziale 1.1. Szczególnie silnie ten trend zaznaczył się w kwestii skutecznych metod oddziaływań profilaktycznych i resocjalizacyjnych, co zaowocowało powstaniem licznych baz programów profilaktycznych i resocjalizacyjnych, opartych na dowodach.

Powody zainteresowania skutecznymi programami profilaktycznymi i resocjalizacyjnymi były co najmniej dwa. Pierwszym z nich była dynamicznie rozwijająca się psychologia humanistyczna (w tym pozytywna), która z uwagi na percepcję człowieka zmieniała orientację programów, kładąc zdecydowany nacisk na promocję zdrowia, rozwój przez odkrywanie i rozwijanie potencjałów, redukując działania skierowane na osiągnięcie statystycznie rozumianej normy czy też zaniechanie zachowań nieakceptowanych (Kusztal, 2021; Ostaszewski, 2006, 2019). Prowadzone w jej duchu badania nad efektywnością oddziaływań wskazywały na odmienne mechanizmy sukcesów, których dotychczas nie wykorzystywano w profilaktyce i resocjalizacji. Drugim powodem, znacznie bardziej prozaicznym, ale jak się okazało niezwykle ważnym, była presja finansowa, co było szczególnie odczuwalne w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Niewspółmierność efektów do ponoszonych kosztów zmusiła decydentów do poszukania bardziej racjonalnych rozwiązań, a w efekcie ograniczenia finansowania tylko do programów, które w rygorystycznych badaniach okazały się być skuteczne (Mihalic i Elliott, 2015), o czym szerzej za chwilę. Miejscem, które miały te programy nie tylko gromadzić, ale również weryfikować i czuwać nad jakością ich wdrażania, stały się bazy programów opartych na dowodach, zwane również bazami programów rekomendowanych.

Współcześnie bazy programów rekomendowanych działają niemal na całym świecie, choć bez wątpienia najbardziej dynamicznie rozwijają się w Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie działa ponad 20 tego rodzaju rejestrów. W zasadzie światowe standardy wyznacza baza Blueprints for Healthy Youth Development, działająca od 1996 roku pod auspicjami Uniwersytetu Colorado Boulder³. W Europie jedne

³ <https://www.blueprintsprograms.org/> [dostęp: 20.08.23].

z najbardziej rozwiniętych baz działają w ramach Europejskiego Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii⁴ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, dalej EMCDDA) oraz Europejskiej Platformy na rzecz Wspierania Rozwoju Dzieci⁵ (The European Platform for Investing in Children, dalej EPIC). Również w Polsce od 2010 roku dostępna jest Baza Programów Rekomendowanych⁶, prowadzona pod auspicjami Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (powstałego z połączenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Niniejszy tekst ma dwa cele. Pierwszym jest przybliżenie idei baz programów opartych na dowodach, zaś drugim jest dyskusja nad ich rolą w rozwijaniu efektywnych działań profilaktycznych i resocjalizacyjnych. Tekst jest również próbą odpowiedzi na pytanie, jak zmieniać bazy programów i same programy, aby były one jak najbardziej rzetelne i efektywne w działaniach. Cele te zostaną zrealizowane na podstawie syntetycznego, krytycznego przeglądu literatury przedmiotu oraz analizy wyników badań dotyczących funkcjonowania baz programów opartych na dowodach.

3.2.1. Programy, praktyki i polityki oparte na dowodach

Podjmując tematykę działań opartych na dowodach naukowych w obszarze profilaktyki i resocjalizacji, wydaje się konieczne podkreślenie, że mogą one występować jako praktyki, programy oraz polityki oparte na dowodach. Choć w literaturze, szczególnie te dwa pierwsze, bywają opisywane wspólnym terminem *evidence based practice*, to uważniejsze przyjrzenie się im wskazuje, że nie są one ze sobą tożsame.

Programy oparte na dowodach (*evidence based program*), które najczęściej stanowią zawartość baz/rejestrów, definiuje się jako spójne pakiety usług/działań, które wykazują skuteczność w odniesieniu do określonej grupy odbiorców w specyficznych warunkach, zaś ich efektywność została potwierdzona w badaniach o wysokich standardach metodologicznych oraz ewaluacją *quasi*-eksperymentalną lub eksperymentalną. Cechą charakterystyczną programów jest ich silne osadzenie teoretyczne, co pozwala wykorzystywać mechanizmy, zależności i wpływ kluczowych czynników. Są one zwykle wyposażone w szczegółowe protokoły wdrożeniowe, najczęściej w postaci podręcznika realizatora. Nieodzownym elementem dobrego programu jest wskazanie procedur szkoleniowych przeznaczonych dla realizatorów wraz ze szczegółowym opisem wymagań organizacyjnych oraz formalnych. Niejednokrotnie w programie wskazuje się szacunkowe koszty jego realizacji. Należy zaznaczyć, że stwierdzenie występowania szkodliwych wpływów w programie sta-

⁴ https://www.emcdda.europa.eu/index_en [dostęp: 14.05.23].

⁵ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1250&langId=en> [dostęp: 14.05.23].

⁶ <https://programyrekomendowane.pl/> [dostęp: 21.08.23].

nowi czynnik go dyskwalifikujący (Barczykowska, Dzierżyńska-Breś, 2013; Elliott i in., 2020; Mihalic, Elliott, 2015).

Praktyki oparte na dowodach (*evidence based practice*) to raczej ogólne ramy działań, zasady, swego rodzaju moduły, najczęściej z solidną podbudową teoretyczną oraz potwierdzoną w badaniach efektywnością, ale zdecydowanie bardziej elastyczne, co pozwala na lepsze ich dopasowanie do specyfiki odbiorców, warunków lokalnych i sytuacyjnych (Lipsey, 2009, 2020; Nevo, Slonim-Nevo, 2011). W większym stopniu pozwalają one również na wykorzystanie wiedzy i doświadczeń praktyków oraz bardziej podmiotowe traktowanie osób, do których kierowane są działania. Jeden z promotorów tej perspektywy M. Lipsey (2009) dokonał przeglądu systematycznego doniesień dotyczących interwencji profilaktycznych i resocjalizacyjnych wśród nieletnich, który pozwolił na stwierdzenie, że najskuteczniejsze są praktyki oparte na teorii kognitywno-behawioralnej. Wysoką skutecznością charakteryzują się również mentoring (doradztwo), treningi budowania umiejętności oraz oddziaływania zintegrowane, czyli prowadzone przez zespół współpracujących ze sobą specjalistów. Nie działają z kolei strategie oparte na odstraszeniu oraz nadmiernym nadzorze i dyscyplinie.

W literaturze przedmiotu toczy się aktualnie dyskusja nad tym, czy uwaga badaczy jednak nie powinna koncentrować się na identyfikacji praktyk opartych na dowodach, zamiast na poszczególnych programach (Elliott i in., 2020; Lipsey, 2020).

Jeśli chodzi o polityki oparte na dowodach (*evidence based policy*), przyjmuje się, że są to zespoły regulacji prawnych, które mają zastosowanie do ogółu lub części populacji i których efektywność została potwierdzona w badaniach o wysokim standardzie metodologicznym. Podejście to stanowi kontrast w stosunku do polityki opartej na ideologii, „zdrowym rozsądku” lub intuicji. Jeśli chodzi o nieletnich, to w chwili obecnej prawdopodobnie żadna państwowa polityka wymiaru sprawiedliwości nie jest oparta na dowodach, ale podejmowane są lokalne próby ich wdrażania. Przykładem mogą być działania w stanach Waszyngton, Floryda i Pensylwania, które na mocy prawa zobowiązały sądy i inne instytucje pracujące z nieletnimi do wdrożenia programów opartych na dowodach. Najczęściej były to programy terapii wielosystemowej oraz funkcjonalnej terapii rodzin (Elliott i in., 2020). Mimo że działaniami nie objęto wszystkich nieletnich, to, patrząc na wskaźniki recydywy, można mówić w tym przypadku o sukcesie.

3.2.2. Charakterystyka wybranych baz programów profilaktycznych i resocjalizacyjnych opartych na dowodach naukowych

Zwiększony nacisk na wykorzystanie sprawdzonych i efektywnych programów zwrócił uwagę na problem ich dostępności oraz wykorzystania przez praktyków. Jego rozwiązaniem stały się rejestry/bazy programów opartych na dowodach. Na potrzeby niniejszego tekstu przedstawione zostaną trzy bazy: amerykańska Blu-

eprints for Healthy Youth Development, baza Europejskiego Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii oraz rodzima Baza Programów Rekomendowanych.

3.2.2.1. Blueprints for Healthy Youth Development

Baza Blueprints for Healthy Youth Development stanowi kompleksowy system certyfikacji, rekomendacji i rozpowszechniania opartych na dowodach programów profilaktycznych dla dzieci, młodzieży, rodzin i społeczności. Głównymi odbiorcami projektu stały się szkoły, instytucje rządowe oraz organizacje społeczne. Finansowanie zapewniły władze stanu Kolorado, tamtejszy Urząd ds. Sprawiedliwości dla Nieletnich i Zapobiegania Przestępczości (Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention) oraz Fundacji Annie E. Casey. W początkowej fazie prace skoncentrowały się na programach przeciwdziałania przemocy, przestępczości i używania substancji psychoaktywnych, przede wszystkim narkotyków. Obecnie zainteresowania rozszerzono o programy mające na celu poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego, samoregulacji i osiągnięć edukacyjnych. Analizowane są również interwencje mające na celu ograniczenie przestępczości, w tym również recydywy, głównie przez wzmocnienie takich obszarów, jak zatrudnienie, zdrowie psychiczne i terapia uzależnień. Opracowywane są również programy zmierzające do zmniejszenia zachowań aspołecznych i promowania zdrowego stylu życia wśród młodzieży i dorosłych. Zgodnie z nowoczesnym rozumieniem profilaktyki uwaga skoncentrowana była i jest nie tylko na prewencji, ale przede wszystkim na promowaniu zdrowia i budowaniu ścieżki sukcesu życiowego.

Jak już zostało wspomniane, baza Blueprints for Healthy Youth Development ma za zadanie gromadzić, weryfikować i rozpowszechniać programy oparte na dowodach. W związku z tym opracowano proces pięciostopniowej certyfikacji, w którym na podstawie przeglądów systematycznych, ale również zgłoszeń twórców programów dokonuje się ich oceny i przyporządkowania do określonej kategorii. Ocena dokonywana jest w obszarze: 1) jakości metodologicznej badań, które potwierdzają skuteczność programu, 2) oceny wpływów programu, 3) przebiegu procedur i specyfiki oddziaływań wraz z grupą docelową, 4) gotowości do rozpowszechniania. Na podstawie powyższych kryteriów programy klasyfikuje się do jednego z trzech standardów: obiecującego, modelowego oraz modelowego plus. Czwartą grupę stanowią programy, które nie spełniają standardów, i jako potencjalnie szkodliwe powinny zostać wycofane z użycia⁷. Charakterystyka wymagań poszczególnych standardów została przedstawiona w poniższej tabeli.

⁷ W chwili obecnej w bazie znajdują się 1403 programy nieskuteczne lub szkodliwe. Baza gromadzi również informacje o programach, które nie uzyskały certyfikatu. <https://www.blueprintsprograms.org/program-search-non-certified/> [dostęp: 29.09.23].

Tabela 23. Standardy programów profilaktycznych w bazie danych Blueprints

Rodzaj programu Standard	Programy obietujące	Programy modelowe	Programy modelowe plus
Specyfika i struktura podejmowanych działań	opis programu zawiera jasno określone cele/rezultaty oraz sposoby ich osiągnięcia, zestawienie czynników ryzyka i/lub ochronnych, z którymi będziemy pracować w ramach programu, a także wskazanie grupy docelowej		
Jakość dowodów	próby oceny dają prawidłowe i wiarygodne ustalenia; wymagane są badania na co najmniej (a) jednej wysokiej jakości randomizowanej próbie kontrolnej lub (b) dwóch wysokiej jakości <i>quasi</i> -eksperymentalnych		
Efekty programu	oddziaływania programu, stwierdzono efekty pozytywne przy jednoczesnym braku dowodów na istnienie szkodliwych/negatywnych skutków		
Gotowość do rozpowszechniania	program jest dostępny wraz z niezbędnym wsparciem merytorycznym (podręczniki i inne materiały), organizacyjnym (możliwość szkoleń) i technicznym		
Powtarzalność wyników	X	co najmniej (a) dwa wysokiej jakości randomizowane badania kontrolne lub (b) jedno wysokiej jakości randomizowane badanie kontrolne plus jedno wysokiej jakości <i>quasi</i> -eksperymentalne	
Długoterminowość działania	X	pozytywne efekty działania programu utrzymują się co najmniej 12 miesięcy po jego zakończeniu	
Powtarzalność wyników w niezależnych badaniach	X	X	powtarzalność wyników badań, w co najmniej jednym wysokiej jakości badaniu, przeprowadzonym przez osoby niepowiązane z autorem i instytucją, w której powstał program lub która mogłaby być zainteresowana ze względów finansowych potwierdzeniem jego skuteczności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zamieszczonych na stronie Blueprints for Healthy Youth Development⁸.

Za programy oparte na dowodach uznaje się tylko programy modelowe i modelowe plus. Programy obiecujące wymagają dalszych prac nad potwierdzeniem ich skuteczności.

Na marginesie można wspomnieć, że programy, które nie uzyskały certyfikacji – a jest to około 90% programów – również są porządkowane w cztery kategorie, które w pewnym sensie stanowią wskazanie co do ich dalszych losów. Program może zostać uznany za: nieskuteczny (program nie powoduje zmian w zachowaniu), szkodliwy (konsekwencją udziału w programie są zmiany negatywne), niejednoznaczny i niewystarczający. W przypadku dwóch ostatnich klasyfikacji możliwa jest praca nad osiągnięciem promowanych przez Blueprints standardów. W przypadku programów, które zostały określone jako niejednoznaczne, zwykle chodzi o braki w zakresie ewaluacji na podstawie grup kontrolnych, ale również braku badań zmiennych w momencie startu programu, co uniemożliwia porównanie stanów pre i post. Czynnikiem sprzyjającym tej klasyfikacji jest również duża zmienność osób w programie oraz różniące się znacznie między sobą wyniki badań opisujących korzystne efekty programu. Programy przypisane do grupy niewystarczających zwykle

⁸ <https://www.blueprintsprograms.org/non-certified-programs/> [dostęp: 20.08.23].

zostały poddane ewaluacji bez grupy kontrolnej, która jest wymogiem niezbędnym w certyfikacji Blueprints. Podnoszone są również kwestie poziomu ewaluacji.

Kluczowym elementem projektu Blueprints było opracowanie wyszukiwarki programów certyfikowanych. W chwili obecnej w bazie znajduje się ich 92, z czego 17 ma status programów modelowych i modelowych plus⁹. Pozostałe to programy obiecujące. Przy wyszukiwarce umieszczono listę programów z informacją o rodzaju certyfikatu oraz krótkim opisem programu. Wyszukiwanie programów odbywa się wedle czterech podstawowych kryteriów: obszary problemowe (*program outcome*); grupa docelowa (*target population*); cechy specyficzne/charakter programu (*program specifics*); czynniki ryzyka i czynniki chroniące (*risk and protective factors*) oraz uszczegółowiających każde z nich kryteriów dodatkowych. Dzięki wielu kategoriom wyszukiwania możliwe jest bardzo precyzyjne dobieranie programów do potrzeb, co jest szczególnie cenne z uwagi na konieczność indywidualizacji oddziaływań profilaktycznych. Na przykład przy włączonych filtrach: zachowania antyspołeczne, problemy z zachowaniem, zachowania przestępcze, używanie substancji psychoaktywnych, dla wczesnych adolescentów (12-14 lat), program kognitywno-behawioralny, przeciwdziałanie uczestnictwu w gangach, trening dla rodziców, społeczność lokalna, wyszukiwarka wskazała 15 programów, z których 4 mają certyfikację na poziomie modelowy i modelowy plus, zaś 11 sklasyfikowano jako programy obiecujące¹⁰.

Każdy ze wskazanych programów profilaktycznych jest szczegółowo opisany, z uwzględnieniem takich elementów, jak: opis programu (grupa docelowa, opis działań, czynniki ryzyka i chroniące, miejsce realizacji, materiały), wyniki zastosowania programu, opis ewaluacji wraz ze wskazaniem publikacji, w których badania zostały zrelacjonowane, koszty programu oraz zasady implementacji programu i jej finansowania. Baza nie zawiera materiałów związanych z realizacją programu. Należy zgłosić się po nie do właściciela programu.

3.2.2.2. Baza programów opartych na dowodach Europejskiego Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii

Europejskie Centrum Monitoringu Narkotyków i Narkomanii to finansowana przez Unię Europejską agencja, zajmująca się gromadzeniem niezależnych dowodów naukowych i analiz dotyczących wszystkich aspektów używania substancji psychoaktywnych, głównie narkotyków. Jego prace przyczyniają się do realizacji polityki unijnej i krajowej, mającej na celu ochronę obywateli Europy przed szkodliwymi skutkami związanymi z narkotykami. EMCDDA nie tworzy zaleceń ani

⁹ Stan na dzień 20.09.2023.

¹⁰ <https://www.blueprintsprograms.org> [dostęp: 20.08.23].

polityk, ale przez swoje działania pomaga zagwarantować, że decyzje unijnych i krajowych decydentów, specjalistów i praktyków opierają się na obiektywnych i zweryfikowanych faktach, a nie na ideologii lub osądach moralnych i wartościujących. W tym celu EMCDDA opracowuje raporty dotyczące tematu uzależnień, buduje rekomendacje w zakresie oceny programów, a także prowadzi szkolenie trenerów i innych specjalistów zaangażowanych w problematykę uzależnień¹¹. Jak już zostało wspomniane, jednym z głównych zadań agencji jest dostarczanie szeroko rozumianym użytkownikom opartych na dowodach programów, co agencja czyni przez sprawdzanie efektywności poszczególnych programów oraz udostępnianie ich w ramach dostępnej w internecie bazy.

Tabela 24. Kryteria i poziomy oceny efektów programu stosowana przez EMCDDA

Ocena efektów	Opis
Korzystne	Stwierdzono istotne statystycznie wyniki potwierdzające istnienie pozytywnych efektów programu, które są osiąmane w większości kontekstów dla przeważającej części użytkowników.
Prawdopodobnie korzystne	Wykazano, że program generuje pozytywne efekty, ale dowody na to są ograniczone. Program jest zakwalifikowany jako prawdopodobnie korzystny dla większości kontekstów i użytkowników, ale z pewną dyskrecją.
Niejednoznaczne	Zastosowanie programów pozwoliło uzyskać w miarę pozytywne efekty potwierdzone wynikami badań, ale jednocześnie z uwagi na pewne ograniczenia oraz stwierdzone negatywne skutki, program powinien być w dalszym ciągu weryfikowany.
O nieznanej skuteczności	Z uwagi na niedostateczną liczbę badań lub ich niską jakość metodologiczną w nie można stwierdzić jednoznacznie istnienia pozytywnych efektów działania programu. W przypadku tych programów konieczne są dalsze badania nad ich efektywnością.
Nieskuteczne/szkodliwe	Programy, które przyniosły negatywne efekty w porównaniu z grupami, gdzie interwencji nie było lub była ona standardowa.

Źródło: Opracowanie na podstawie: Protocol for updating the Evidence database of the Best Practice Portal¹².

Głównym źródłem informacji zasilających bazę programów EMCDDA są dokonywane przeglądy systematyczne (Cochrane Library, PubMed, Embase) oraz metaanalizy zamieszczanych w renomowanych czasopismach. Baza jest aktualizowana w systemie kwartalnym przez zespół metodologów, pozostających w stałym kontakcie z interdyscyplinarną Radą Naukową agencji. Zgromadzony materiał jest oceniany wedle opracowanej przez instytucję listy kontrolnej opartej na takich narzędziach, jak PRISMA, AMSTAR, CAPS i oceniany w czterostopniowej skali, obejmującej wysoką, umiarkowaną, niską i bardzo niską pewność dowodów. Kolejnym etapem jest ocena efektów i tu z kolei EMCDDA wskazuje na pięć standardów

¹¹ https://www.emcdda.europa.eu/about/mission_en [dostęp: 15.05.23].

¹² https://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-protocols-standards-and-guidelines/best-practice-portal-evidence-database-protocol_en [dostęp: 15.05.23].

efektów, wśród których wyróżniono: korzystne, prawdopodobnie korzystne, niejednoznaczne, o nieznanej skuteczności oraz szkodliwe. Opis kryteriów klasyfikujących przedstawia tabela 24.

W chwili obecnej w bazie zgromadzono 261 programów, z czego 109 nie ma potwierdzonych pozytywnych efektów działania, korzystne i prawdopodobnie korzystne efekty miało odpowiednio 66 i 73 programy, zaś w przypadku 12 programów okazały się one nieefektywne. Wyniki jednego programu są niejednoznaczne. Baza wyposażona jest w wyszukiwarkę, która uwzględnia takie kryteria, jak oczekiwane rezultaty, efekty działania, grupa docelowa, substancja czy obszar.

Opisy programów nie są szczegółowe. Poza ogólnymi informacjami dotyczącymi celu programu, grupy docelowej, oczekiwanych rezultatów oraz omówienia wyników badań wskazujących efektywność programu wraz z linkiem do miejsca, gdzie te badania zreferowano. Podobnie jak w przypadku wcześniej opisywanej bazy, również i ta nie zawiera materiałów do realizacji programu.

Warto dodać, że na stronie EMCDDA dostępne są narzędzia przesiewowe, które mogą zostać wykorzystane do szacowania potrzeb lub zmian u beneficjentów programów profilaktycznych¹³.

3.2.2.3. Baza Programów Rekomendowanych

Baza Programów Rekomendowanych powstała w 2010 roku z inicjatywy ówczesnego Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Jest ona częścią szerszego procesu, w ramach którego dokonuje się oceny programów profilaktycznych z obszaru promocji zdrowia psychicznego, szeroko rozumianej profilaktyki uzależnień i innych zachowań problemowych, głównie dzieci i młodzieży, zgodnie z przyjętymi standardami, przyznaje rekomendacje oraz czuwa nad jakością realizacji programów rekomendowanych. Ciałem wykonawczym jest Zespół ds. Rekomendacji i Oceny Programów, w skład którego wchodzi przedstawiciele w/w instytucji. Uzyskanie rekomendacji i umieszczenie programu w bazie dokonuje się na wniosek twórców programu. Zespół ds. Rekomendacji sprawdza wniosek pod kątem formalnym i merytorycznym, korzystając w tym ostatnim obszarze z kwestionariusza oceny, zawierającego: opis problemu, cele programu, założenia programu, wskazanie grupy docelowej, zakładane działania, nakłady, jakość realizacji, mechanizmy ewaluacji (procesu, formatywnej, wyników), spis publikacji na temat programu. Każdy z tych obszarów oceniany jest za pomocą punktów, których program może otrzymać maksymalnie 100. Programy przyporządkowywane są do trzech poziomów: program obiecujący (min. 50 punktów),

¹³ https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evaluation-instruments-bank-eib_en [dostęp: 15.05.23].

dobra praktyka (min. 60 punktów) oraz program modelowy (min. 80 punktów). Dla uzyskania rekomendacji poza w/w punktami konieczne jest również przeprowadzenie ewaluacji na odpowiednim poziomie – i tak: dla poziomu I wystarczająca jest ewaluacja procesu, dla poziomu II ewaluacja formatywna lub wyników, dla poziomu III ewaluacja wyników. W przypadku rekomendacji na poziomie II (dobra praktyka) i III (program modelowy) wymagana jest dodatkowa ocena programu przez dwóch niezależnych recenzentów¹⁴. Dokładne kryteria przyporządkowania do poszczególnych poziomów przedstawia poniższa tabela.

Tabela 25. Poziomy i kryteria oceny efektów programu w bazie programów rekomendowanych

Poziom programu	Opis kryteriów
Modelowy	Programy charakteryzują się solidną podstawą teoretyczną, zastosowaniem skutecznych strategii profilaktycznych oraz wewnętrzną spójnością. Są one również wyposażone w narzędzia do ewaluacji procesu, co pozwala na ocenę zgodności przebiegu realizacji programu z założeniami. Programy modelowe charakteryzuje poprawna metodologicznie ewaluacja wyników, potwierdzająca skuteczność w zakresie pozytywnego wpływu na zdrowie psychiczne oraz zachowania odbiorców. Pozytywne efekty są długotrwałe (utrzymują się co najmniej rok), nie stwierdza się efektów jatrogennych.
Dobre praktyki	Programy te powodują zmiany w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych programu), ale nie uruchamiają zmian zachowania (celu głównego programu). Dla tych programów została wykonana ewaluacja formatywna lub wyników. W tej grupie znajdują się programy, w których ewaluacja nie była przeprowadzona bezpośrednio po zakończeniu oddziaływań albo też nie spełniała standardów metodologicznych. Dobre praktyki mają solidną podstawę teoretyczną, wykorzystują skuteczne strategie oraz mają spójną strukturę. Legitymują się ewaluacją procesu, formatywną, a w ograniczonym zakresie również wyników.
Programy obiecujące	Programy, przy których realizacji na podstawie badań nie stwierdzono pozytywnego wpływu na zachowania i/lub doświadczane przez odbiorców programu problemy, ale koncepcja teoretyczna programu i dotychczasowe doświadczenia w jego realizacji, udokumentowane wynikami ewaluacji procesu, pozwalają przypuszczać, że program ten może przynosić oczekiwane efekty. Programy obiecujące opierają się na uznanych koncepcjach teoretycznych odnoszących się do zachowań problemowych, są skonstruowane zgodnie z zasadami logicznego modelu. Zaprojektowano dla nich poprawną ewaluację procesu.

Źródło: Opracowano na podstawie informacji ze strony internetowej Programy Rekomendowane¹⁵.

Twórcy systemu zdecydowali, że w przypadku programu profilaktycznego, który przy zgłoszeniu legitymował się jedynie wynikami ewaluacji procesu lub ewaluacji formatywnej, koniecznym warunkiem przedłużenia rekomendacji na kolejny 5-letni okres jest przedstawienie aktualnych udokumentowanych danych świadczących o skuteczności programu. Warto zauważyć, że przy ewaluacji efektów programu dopuszcza się także klasyczną ewaluację „ilościową” wyników w sche-

¹⁴ <https://programyrekomendowane.pl/> [dostęp: 23.03.2020].

¹⁵ <https://programyrekomendowane.pl/strony/poziomy-rekomendacji>, 118.

macie eksperymentalnym lub *quasi*-eksperymentalnym, ewaluację w schemacie *pretest-posttest*, ewaluację wyników prowadzoną metodami jakościowymi w ujęciu interpretatywnym, dokumentację efektów na podstawie studium przypadku *case study* oraz inne formy ewaluacji zgodne z metodologią ewaluacji. Dokumentacja efektów programu jest składana w formie raportu lub opublikowanego artykułu. Jeśli po upływie terminu rekomendacji osoby odpowiedzialne za program nie złożą wniosku lub gdy nie spełnią warunków związanych z jego ewaluacją, a także gdy program nie będzie realizowany zgodnie z celami, założeniami lub przebiegiem, to straci on rekomendację i zostanie usunięty z bazy.

Programy zostały ujęte w cztery obszary odpowiadające poziomom profilaktyki. Wyodrębniono programy promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej. Należy zauważyć, że niektóre programy umieszczone zostały w więcej niż jednym z obszarów, co rodzi pytanie o ich grupę docelową. Każdy ze wskazanych programów jest opisany wedle następującego schematu: poziom rekomendacji, grupa docelowa, cele programu, założenia, opis programu, standardy realizacji, dowody jakości programu, dodatkowe informacje na temat programu, metryczka organizacji. W chwili obecnej baza liczy 28 programów rekomendowanych, przypisanych do różnych poziomów standardów jakości. Wśród nich znajduje się jeden program modelowy, 18 programów obiecujących oraz 9 opisanych jako dobre praktyki. Baza nie zawiera materiałów związanych z realizacją programu. Nie posiada również wyszukiwarki, co utrudnia profilowanie i identyfikację odpowiednich programów.

3.2.3. Wyzwania stojące przed bazami programów opartych na dowodach

Powstanie baz programów opartych na dowodach stworzyło możliwość wypracowania nie tylko wspólnego podejścia do badań nad profilaktyką, ale przede wszystkim pozwoliło na wypracowanie standardów jej realizacji. Bez wątpienia stały się one przyczyną zmiany jakościowej w oddziaływaniach prewencyjnych, ale nie można nie zauważać problemów i wyzwań, jakie się pojawiają w związku z nimi. Co jednak ważne stają się one przedmiotem dyskusji, a tym samym rysują się szanse na ich rozwiązanie.

Pierwszym wyzwaniem wydaje się być popularyzacja i podniesienie wiarygodności baz programów opartych na dowodach, jak i samych programów. Szacuje się, że programy oparte na dowodach stanowią zaledwie 10% wszystkich oddziaływań skierowanych do nieletnich w Stanach Zjednoczonych Ameryki (Elliott i in., 2020). Trudno oszacować, jak ta kwestia kształtuje się w Europie, ale prawdopodobnie odsetek może być podobny, a w niektórych krajach, jak choćby Polska, o wiele niższy. W tej sytuacji krytycy programów opartych na dowodach podkreślają, że przy tak niewielkiej ich liczbie trudno jest objąć działaniami wszystkie osoby potrzebujące

i tym samym stawiają pytania o znaczenie baz programów w redukcji zachowań ryzykownych, przestępczości czy innych zjawisk niepożądanych. Badania pokazują, że są to obawy nieuzasadnione. Zwolennicy rejestrów programów opartych na dowodach podkreślają, że choć faktycznie nie obejmują one szerokiej gamy odbiorców, to jednak z uwagi na ich jakość wpływają znacząco na ogólne wskaźniki recydywy oraz pozwalają racjonalizować koszty związane z prowadzeniem oddziaływań. W stanie Waszyngton oparcie procesu resocjalizacji nieletnich na programach o sprawdzonej skuteczności pozwoliło ograniczyć recydywę o 10%. W efekcie podobnych działań na Florydzie wskaźniki całkowitej recydywy nieletnich spadły o 8%, a recydywy kryminalnej o 24%. W każdym ze stanów w długoterminowej perspektywie odnotowano wielomiliardowe oszczędności (Elliott, 2020). Można zatem powiedzieć, że już w niewielkiej skali wdrożenia programów opartych na dowodach mają znaczenie dla ogólnej sytuacji kryminalnej nieletnich, co powinno stanowić skuteczną zachętę do ich dalszego rozpowszechniania.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, dlaczego mimo ewidentnych zysków programy oparte na dowodach nie są powszechne, zwrócono uwagę na praktyków. Okazało się, że nie do końca rozumieją oni znaczenie i potencjał dowodów naukowych dla podejmowanych działań i w efekcie podchodzą do nich z dużym dystansem.

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”. (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2022)

Do podobnych wniosków w kontekście rozwiązań amerykańskich doszedł także M. Lipsey (2018), podkreślając, że działający w określonych warunkach społeczno-instytucjonalnych praktycy mają większe zaufanie do wypracowanych przez siebie programów i niechętnie zastępują je tymi o modelowym charakterze, które nie tylko zostały opracowane gdzie indziej i dla kogoś innego, ale również w odmiennych warunkach weryfikowane. Innymi słowy praktycy, mając już jakieś skuteczne w swoim rozumieniu rozwiązania, wolą przy nich pozostać, niż eksperymentować. Trudno również ignorować fakt, że wdrażanie programów opartych na dowodach wymaga spełnienia niejednokrotnie ściśle określonych warunków personalnych, infrastrukturalnych oraz finansowych, co wymusza wdrożenie w dotychczasowych działaniach znaczących zmian na poziomie organizacyjnym, jak również merytorycznym i personalnym. Wielu pracowników uważa za skuteczniejsze wypracowane przez siebie strategie i nie ma potrzeby wprowadzania innowacji. Sytuacja ta przybiera na sile, gdy potencjalni realizatorzy nie otrzymują dostatecznej wiedzy i umiejętności w zakresie wdrożenia i realizacji programu, ale również wówczas, gdy nie są przekonani o odpowiednim jego dopasowaniu (Lipsey, 2020). Z tego

względnie niezwykle ważne wydaje się budowanie wokół baz programów opartych na dowodach „społeczności uczących się”, w ramach których praktycy, badacze i twórcy programów zyskują przestrzeń wzajemnego wsparcia, ale również wymiany myśli i doświadczeń. Dostępne w ramach wielu baz biblioteki internetowe, portale z doświadczeniami użytkowników, materiały pozwalają na bieżąco aktualizować wiedzę i zdobywać nowe kompetencje. Niektóre z instytucji zarządzających bazami, jak choćby amerykański Blueprints, corocznie organizują konferencje szkoleniowe, gromadzące naukowców, praktyków, wdrożeniowców i ewaluatorów programów (Buckley i in., 2020), co pozwala na wymianę doświadczeń i zasygnalizowanie wzajemnych potrzeb i oczekiwań.

Druga kwestia związana jest z zasobami rejestrów. Badanie wykazało, że 79% programów znajdowało się zaledwie w jednym rejestrze, choć spełniały kryteria umieszczenia w pięciu lub sześciu innych (Means i in., 2015). Taka sytuacja ogranicza potencjalną dostępność dla użytkowników. Operatorzy baz powinni zadbać o to, aby twórcy programów chcieli umieszczać je w jak największej liczbie baz, biorąc oczywiście pod uwagę obowiązujące w nich standardy. W ten sposób ujawnia się kolejne wyzwanie, jakie stoi przed operatorami baz danych, a mianowicie uporządkowanie kwestii jakości dowodów oraz standardów, jakimi posługują się poszczególne bazy dla oceny programów. Szybkie rozpowszechnienie się rejestrów i stosowanych w nich standardów oceny spowodowało chaos, jeśli chodzi o programy, a przede wszystkim dowody ich skutecznego działania (Axford i in., 2022; Zack i in., 2019). Przejawiał się on przede wszystkim w tym, że te same programy były odmiennie oceniane i klasyfikowane, utrudniając użytkownikom dokonanie najlepszego z ich perspektywy wyboru. Jak bardzo poważny jest to problem, pokazały badania zespołu S.N. Meansa (2015), w których porównano oceny 100 losowo wybranych programów ujętych w więcej niż jednym rejestrze. W przypadku ponad połowy z nich odnotowano poważne różnice w ocenie i klasyfikacji, jeśli chodzi o efektywność działań (Means i in., 2015). Kontynuując wątek rozbieżności ocen programów porównano 28 kryteriów oceny z wybranych baz, w następstwie czego okazało się, że są one ze sobą spójne zaledwie w 36% (Walker i in., 2017). Duże rozbieżności były i są wynikiem odmiennych sposobów gromadzenia badań ewaluacyjnych programów (część baz samodzielnie dokonuje przeglądów literatury, a część prosi o dostarczenie wyników twórców programu) oraz zróżnicowanych wymagań, co do jakości badań ewaluacyjnych (część baz bierze pod uwagę tylko badania randomizowane, część dopuszcza również inne formy badań). Nie bez znaczenia jest również dobór pozostałych kryteriów, zarówno w wymiarze ilościowym, jak i jakościowym (np. czas trwania efektów, dostępność materiałów wdrożeniowych itd.) (Zack i in., 2019). Konieczne wydaje się zatem uporządkowanie tej kwestii, choćby przez próbę ustalenia standardu minimum. Jedną z propozycji, która może stanowić inspirację w rozwiązywaniu tego problemu, jest opracowany przez M. Lipseya i Ch. Howella (2012) Standardowy Protokół Ewaluacji Programu (SPEP™). Jego

celem jest ustandaryzowana, naukowa i zrównoważona ocena programów, a raczej praktyk działań dla nieletnich. Kluczowymi kryteriami oceny jest rodzaj programu, częstotliwość udziału w zajęciach, jakość oddziaływań oraz poziom ryzyka prezentowany przez nieletniego. Protokół SPEP™ potwierdził wysoką efektywność wskazanych kilka lat wcześniej przez Lipseya (2009) praktyk pracy z nieletnimi. Jak już wcześniej zostało wspomniane, zaletą praktyk jest ich większa podatność na modyfikacje i możliwość dopasowania do lokalnych okoliczności.

Dotyka się w ten sposób trzeciego wyzwania, które związane jest z napięciem, jakie pojawia się między wymaganiem wierności wdrażania programów a lokalnymi potrzebami i uwarunkowaniami. Badania ewaluacyjne programów opartych na dowodach naukowych wskazują, że wierność wdrażania jest jednym z kluczowych warunków skuteczności. Ustalono, że zachowanie 60% wierności programu pozwala oczekiwać pozytywnych efektów zgodnych z założeniami programu (Durlak, DuPre, 2008). Zatem wskazane jest jak najwierniejsze odtwarzanie programu. Problemem jest jednak to, że programy często są wdrażane w warunkach podobnych, ale nieidentycznych jak te, które pojawiły się w pierwotnej wersji i były podstawą dokonywanej ewaluacji, co może być istotnym czynnikiem wpływającym na efektywność działań. Antidotum na taki stan rzeczy wydaje się być rozszerzenie ewaluacji, bowiem tylko w ten sposób można po pierwsze dostarczać praktykom wiedzy o spectrum warunków, w jakich program jest skuteczny, a po drugie identyfikować czynniki ryzyka i wzmacniające, jeśli chodzi o realizację programu właściwe określonym warunkom społeczno-fizycznym. W przeciwnym razie otwiera się pole do niekontrolowanych zmian, które nie pozostają bez wpływu na efekt końcowy programu. Sposobem na redukcję przypadkowych zmian jest także wspieranie użytkowników w procesie wdrażania programu i realizacji przez pomoc techniczną oraz szkolenia dla wdrażających oraz późniejszych realizatorów (Buckley i in., 2020).

Rozważając kwestie wierności i elastyczności, nie można nie przywołać ponownie propozycji Lipseya (2009, 2018, 2020), który od wielu lat wskazuje na konieczność koncentracji na ogólniejszych, bardziej elastycznych praktykach opartych na dowodach zamiast na programach. Wskazuje on, że praktyki pozwalają w większym stopniu wykorzystać „życiową” wiedzę praktyków do oceny sytuacji klientów i zaprojektowania oddziaływań, a tym samym skutecznej pomagać, uwzględniając szeroko rozumiane warunki lokalne, o co postuluje się w ramach ruchu *evidence based knowledge*. W literaturze przedmiotu propozycja ta jest wciąż przedmiotem dyskusji, o czym zostało już wcześniej wspomniane.

Omawiając wyzwania, jakie pojawiają się przed bazami programów opartych na dowodach, nie można zapominać o kwestii finansowania i komercjalizacji. Programy profilaktyczne i resocjalizacyjne, podobnie jak narzędzia diagnostyczne, coraz częściej stają się produktem i tym samym podlegają prawom rynku. Wyraża się to choćby w funkcjonowaniu płatnych licencji na realizację programu oraz wykorzystanie materiałów z nim związanych. Opłaty za korzystanie z programu są

sposobem na odzyskanie zainwestowanych w badania nad programem pieniędzy, ale powinny być również przeznaczane na jego dalszą ewaluację, co niestety nie jest częstą praktyką. Kwestia komercjalizacji programów niesie ze sobą pewne ryzyko. Dążenie do osiągnięcia zysku, jako nadrzędnego celu, może otwierać pole do nietetycznych działań, choćby związanych z nierzetelnym doбором badań służących ocenie efektywności programu lub też realizacją ich bez należytej jakości metodologicznej. Krytycy podkreślają, że nie bez przyczyny w tak niewielu kolejnych badaniach ewaluacyjnych udaje się uzyskać choć zbliżone do pierwotnych wartości (Burkhardt i in., 2015; Lipsey, 2018). Z tego względu tak ogromne znaczenie ma funkcjonowanie baz programów opartych na dowodach, które prowadzą ich weryfikację, ale także dzięki niezależnym badaniom ewaluacyjnym wskazują inne zastosowania zarówno, jeśli chodzi o grupy społeczne, jak i specyficzne warunki.

Ostatnim wyzwaniem, jakie wiąże się z funkcjonowaniem baz programów opartych na dowodach, są ich użytkownicy. Zwraca się uwagę, że brak wiedzy o tej grupie i jej potrzebach utrudnia podniesienie funkcjonalności baz, a co za tym idzie, ich upowszechnienie i promocję programów opartych na dowodach (Burkhardt i in., 2015). Wydaje się, że koniecznym krokiem, poza zwiększaniem świadomości tej grupy w zakresie istnienia baz, jest również większa partycypacja użytkowników w ich funkcjonowaniu, również od strony technicznej. Niemal trzy dekady funkcjonowania baz programów opartych na dowodach naukowych pokazały, że stanowią one swoisty kamień milowy w rozwoju współczesnej profilaktyki i resocjalizacji. Bez wątpienia przyczyniły się one do unaukowienia¹⁶ podejmowanych w ich obszarze działań, przez promowanie rozwiązań opartych na zweryfikowanych teoriach oraz wdrożenie na szeroką skalę badań ewaluacyjnych o wysokich standardach metodologicznych. Ważne było uporządkowanie terminologii, zdefiniowanie podstawowych pojęć i kategorii. Idąc dalej, wiedza zgromadzona w bazach programów, doświadczenia płynące z ich realizacji mogą być dziś uznawane za racjonalną przesłankę podejmowania decyzji, budowania strategii rozwiązywania szeroko rozumianych problemów społecznych, w tym zachowań ryzykownych i przestępczości dzieci i młodzieży. Działania profilaktyczne i resocjalizacyjne są dziś działaniami profesjonalnymi, co oznacza redukcję czynnika intuicji i dobrych chęci na rzecz sprawdzonych w badaniach rozwiązań.

¹⁶ Warto zaznaczyć, że w przeciwieństwie do rodzimych rozwiązań w literaturze obcojęzycznej coraz częściej pojawia się termin „prevention science”, opisujący dyscyplinę naukową, której przedmiotem zainteresowania jest szeroko rozumiane zapobieganie zachowaniom ryzykownym i rozwiązywanie problemów społecznych na podstawie oddziaływań opartych na dowodach naukowych. Nauka o prewencji koncentruje się na opracowywaniu strategii opartych na dowodach, które zmniejszają czynniki ryzyka i wzmacniają czynniki ochronne w celu poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia jednostek, rodzin i społeczności. Chcąc zrozumieć determinanty problemów społecznych i indywidualnych (np. przestępczość, ubóstwo, przemoc), korzysta z dorobku wielu dyscyplin – w tym nauk epidemiologicznych, społecznych, psychologicznych, behawioralnych, medycznych i neurobiologicznych (Sloboda, Petras, 2014).

Bazy programów stanowią kluczowe narzędzie transferu wiedzy do praktyki. Oferują one bowiem zweryfikowaną interdyscyplinarną, systematycznie aktualizowaną i, co ważne, łatwo dostępną wiedzę, na podstawie której praktycy mogą ocenić potrzeby swoich klientów i na podstawie dokonanej diagnozy stosować najlepiej dobrane pod względem efektu, ale również kosztów rozwiązania (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2022). Szczególną rolę w tym zakresie pełnią zintegrowane z bazami wyszukiwarki, gdzie przez zaznaczenie odpowiednich filtrów użytkownik otrzymuje ograniczony zestaw programów sprofilowanych pod jego zapotrzebowanie. Redukuje się w ten sposób ryzyko działania na podstawie intuicji i rutyny. Dostęp do wiedzy, która jest w odpowiedni sposób podana, pozwala wzmacniać wśród praktyków przekonanie o konieczności sięgania po sprawdzone naukowo metody działania, co sprzyja ich rozwojowi zawodowemu, ale również stanowić może czynnik chroniący przed wypaleniem.

Bazy programów opartych na dowodach podniosły bez wątpienia jakość oddziaływań profilaktycznych i resocjalizacyjnych przez identyfikację w badaniach ewaluacyjnych, a potem usunięcie z zestawień programów nieskutecznych czy wręcz szkodliwych. Doskonałym przykładem jest wycofanie z użycia takich programów, jak Scared Straight czy 21st Century Community Learning Centres. W przypadku tego pierwszego programu metaanalizy dotyczące efektów pokazały, że udział w nim może przyczyniać się do wzrostu przestępczości nieletnich (Petrosino i in., 2013). Jeśli chodzi o drugi program, to, co prawda, jego efektem było podniesienie poziomu opieki instytucjonalnej nad młodzieżą, ale przy jednoczesnym spadku zaangażowania rodziców w działania wychowawcze. Młodzież biorąca udział w programie czuła się lepiej w szkole, ale jej wyniki w nauce nie uległy zmianie. Odnotowano również wzrost zachowań ryzykownych (James-Burdumy i in., 2007). Jednym z ostatnich programów, które zostały wycofane z użycia, jest Drug Abuse Resistance Education (DARE), który był realizowany przez funkcjonariuszy policji, nawołujących do całkowitej abstynencji. Metaanaliza wykazała, że program ten jest w dużej mierze nieskuteczny, a jedno badanie wykazało nawet, że dzieci, które ukończyły DARE, częściej niż ich rówieśnicy brały narkotyki (Adams, 2024). Jednocześnie badania ewaluacyjne niejednokrotnie ujawniały szersze spectrum działania programów, co pozwalało rozszerzać ich zasięg.

Bazy programów opartych na dowodach pełnią również funkcję kontrolną w zakresie wdrażania i realizacji poszczególnych interwencji, dbając o to, żeby promowane przez nie programy były wyposażone w odpowiednie materiały szkoleniowe, możliwości kontaktu z twórcami czy wymianę doświadczeń z innymi użytkownikami. Przykłady tego rodzaju rozwiązań znajdziemy w bazie Blueprints oraz na stronach organizacji What Works Clearinghouse (*Reducing Behavior Problems...*, 2008), która publikuje zbiory dobrych praktyk wraz ze scenariuszami działań.

Wydaje się, że zasadność istnienia baz programów opartych na dowodach nie podlega dziś dyskusji, ale nie można zapominać, że ich funkcjonowanie nie jest

wolne od problemów i napięć. Można mieć również zastrzeżenia co do zakresu i tempa zmian, ale nie wolno zapominać, że wprowadzanie innowacyjnych zmian, czy to w ochronie zdrowia, edukacji, czy innych systemach instytucjonalnych, to proces długotrwały. Dobrym przykładem są zmiany w obszarze medycyny. Na przykład mycie rąk mydłem przez chirurgów przed operacją stało się standardem dopiero sto lat po tym, jak odkryto jego bakteriobójcze właściwości. Podobnie było z fumigacją w kontekście zwalczania przenoszonej przez komary malarii (Elliott i in., 2020). Zatem można spodziewać się, że z biegiem czasu bazy programów opartych na dowodach staną się podstawowym narzędziem pracy profilaktycznej i resocjalizacyjnej, zaś praktyka wypełniona zostanie przede wszystkim programami o potwierdzonej w badaniach efektywności. Ogromnie cieszy w tym kontekście działanie rodzimej Bazy Programów Rekomendowanych. Pozostaje mieć nadzieję, że jej operatorzy dążyć będą do realizacji najwyższych standardów, popularyzując programy oparte na dowodach, a także podnosząc świadomość praktyków co do znaczenia weryfikowanej wiedzy.

3.3. Wybrane programy profilaktyczne oparte na wiedzy i badaniach naukowych (Agnieszka Barczykowska, Maciej Muskała)

3.3.1. Cechy dobrych programów profilaktycznych

Współczesna profilaktyka zachowań ryzykownych opiera się na założeniu, że skuteczność podejmowanych działań zależy nie tylko od ich treści, lecz przede wszystkim od jakości ich projektowania oraz sposobu realizacji. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że efektywne programy profilaktyczne powinny być oparte na dowodach naukowych oraz uwzględniać mechanizmy rozwoju zachowań problemowych. Zwraca się także uwagę na zakres, strukturę, a także warunki konieczne do realizacji programów profilaktycznych. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na następujące kwestie: 1) bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne; 2) jasną i spójną strukturę, odpowiadającą potrzebom uczestników; 3) koncentrację na zasobach i rozwoju (szeroko rozumianym), a nie na pojedynczym problemie; 4) jakość relacji zarówno z dorosłymi, jak i rówieśnikami; 5) poczucie przynależności; 6) pozytywne normy społeczne; 7) orientację do nabywania nowych umiejętności i budowania poczucia sprawstwa; 8) powiązanie ze społecznością lokalną (Eccles, Gootman, 2002; Grzelak, 2015).

Bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne jest bazową potrzebą każdego człowieka. W klasycznej koncepcji Masłowa potrzeby bezpieczeństwa obejmują zarówno

fizyczne bezpieczeństwo, czyli ochronę przed niebezpieczeństwami, takimi jak przemoc, choroby czy głód, jak i bezpieczeństwo psychiczne, które dotyczy poczucia stabilności, przewidywalności i kontroli nad własnym życiem. Bezpieczeństwo obejmuje różne obszary życia człowieka, takie jak bezpieczeństwo osobiste, zdrowie, stabilność finansowa, bezpieczeństwo społeczne i emocjonalne. Dlatego też ludzie dążą do stworzenia warunków, które zapewnią im poczucie bezpieczeństwa, takie jak osiedlanie się w stabilnych społecznościach, poszukiwanie pracy, która zapewni dochód wystarczający do zaspokojenia potrzeb materialnych czy tworzenie relacji opartych na zaufaniu i wsparciu (Kenrick i in., 2010). Kwestia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego jest również kluczowa w programach profilaktycznych, bowiem spokojne i przewidywalne środowisko może być dla młodych ludzi skuteczną zachętą do włączenia się w oddziaływanie. Celem programów profilaktycznych jest umożliwienie młodym ludziom uczestnictwa w bezpiecznym środowisku, wolnym od presji podejmowania szeroko rozumianych zachowań ryzykownych. Poczucie bezpieczeństwa daje nie tylko znajoma, dobrze zaaranżowana przestrzeń, ale także droga do niej i właściwe godziny dostępności. Kwestia zapewnienia bezpieczeństwa to również odpowiedni dobór osób do programu, zarówno w odniesieniu do poziomu rozwoju psychospołecznego, jak również doświadczanych problemów. Badania wskazują, że niekorzystnym zabiegiem jest gromadzenie w grupach dzieci i młodzieży już wdrożonej do podejmowania zachowań ryzykownych, bowiem najczęściej zachowania te są przenoszone na uczestników, którzy do tej pory nie wykazywali tego typu zachowań (Dishion, 1999). Podnosi to również ryzyko wiktymizacji pozostałych uczestników i/lub wycofania się z programu. Zatem poczucie bezpieczeństwa sprzyjać będzie prognozę programów.

Położenie nacisku na jasną i spójną strukturę oddziaływań profilaktycznych pozwala na ich zaplanowanie i zorganizowanie w sposób pozwalający uniknąć chaotyczności i przypadkowości. Ma ona również znaczenie dla efektywnego wykorzystania zasobów, takich jak finanse, czas i personel czy umiejętności. Spójna struktura pomaga w celowym określeniu celów i strategii działań, co umożliwia skierowanie wysiłków profilaktycznych w odpowiednie kierunki, aby osiągnąć zamierzone rezultaty. Pozwala ona również na łatwiejsze monitorowanie postępów programu oraz ocenę jego skuteczności, co umożliwia szybką identyfikację problemów i wprowadzenie ewentualnych korekt. Klarowna struktura programu pozwala na sprawniejsze replikowanie go w różnych środowiskach lub zwiększanie skali, a przez to rozprzestrzenianie skutecznych rozwiązań profilaktycznych. Przewidywalność działań i warunków, co jest pochodną uporządkowanej struktury, sprzyja zaangażowaniu uczestników oraz podnosi poziom zaufania. Zgodnie z teoriami psychologicznymi, np. Piageta czy Bowlby'ego, rozwój wymaga przewidywalnej rzeczywistości. Stabilna struktura kształtuje jasne i spójne

zasady i oczekiwania, wyznacza granice. Jest ona punktem odniesienia dla działań dyscyplinujących i nagradzających. Reguluje relacje z innymi uczestnikami programu, zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi. Badania pokazują, że nastolatki zwykle odnoszą korzyści z ustrukturalizowanych programów (Eccles, Gootman, 2002), ale nie mogą być one nadmiernie sztywne, bowiem skutkuje to napięciem i ostatecznie odejściem z zasięgu oddziaływań. Warto również zwrócić uwagę na badania nad relacjami rówieśniczymi, które pokazują, że ilość czasu spędzanego przez nastolatków z rówieśnikami na nieustrukturyzowanych czynnościach, pozwala przewidzieć wzrost zaangażowania w zachowania problemowe (Osgood i in., 1996).

Koncentracja na zasobach w profilaktyce oznacza identyfikowanie i wzmacnianie istniejących zasobów jednostkowych i środowiskowych. S. Grzelak (2015) podkreśla, że „pozytywne informacje o młodzieży i o jej potencjale wychowawczym są najlepszym punktem do poszukiwania twórczych rozwiązań”. W praktyce oznacza to angażowanie społeczności w proces podejmowania decyzji i działania, wykorzystywanie lokalnej wiedzy i doświadczenia oraz współpracę z różnymi interesariuszami. Profilaktyka oparta na zasobach przyczynia się do wzmacniania autonomii i poczucia własnej wartości jednostek i społeczności, co sprzyja budowaniu trwałych, zrównoważonych rozwiązań. Dzięki temu podejściu możliwe jest także zmniejszenie stygmatyzacji i negatywnych stereotypów (szczególnie tych dotyczących młodzieży) oraz budowanie silniejszych więzi społecznych. W rezultacie profilaktyka oparta na zasobach przynosi korzyści zarówno w zakresie zdrowia i dobrostanu jednostek, jak i całych społeczności, sprzyjając tworzeniu bardziej otwartych, wspierających i zrównoważonych środowisk wychowawczych. Koncentracja na zasobach może stymulować proces uczenia się przez wzmacnianie pewności siebie, personalizację nauczania, rozwijanie umiejętności problemowych, wspieranie współpracy oraz budowanie pozytywnego środowiska edukacyjnego (Curyło-Sikora, Kaczmarek, 2016; Ostaszewski, 2014). Jak już zostało niejednokrotnie wspomniane, dobre programy pozwalają młodym ludziom nabyć wiedzę, umiejętności i kompetencje, które podniosą poziom ich aktualnego dobrostanu oraz pozwolą w przyszłości osiągnąć sukces osobisty, ale także uczynią z nich aktywne podmioty życia społecznego w różnych wymiarach. Zdaniem Lerner synonimem pozytywnego rozwoju są kompetencje akademickie, społeczne i zawodowe, pewność siebie i pozytywna tożsamość, wspierające więzi rodzinne, rówieśnicze i zawodowe, pozytywne wartości, zaangażowanie, troska i wsparcie dla innych (Lerner i in., 2011, 2017).

Kolejną cechą charakteryzującą dobry program profilaktyczny są wspierające relacje z dorosłymi i rówieśnikami. Dorośli odgrywają kluczową rolę w programach profilaktycznych, działając jako nauczyciele, rodzice, opiekunowie, liderzy społeczności, ale przede wszystkim jako przyjaciele młodych ludzi. Pozostają

z młodymi ludźmi w pozytywnych i partnerskich relacjach, traktując młodych ludzi jak „specjalistów od samych siebie”. Jak pisał L. Wygotski (1978), uważny, troskliwy i mądry głos wspierającego dorosłego zostaje zinternalizowany i staje się częścią młodzieży. Dorośli mogą pełnić role mentorów, oferując młodzieży wsparcie emocjonalne, radę oraz przykłady życiowe. Dzięki temu młodzi ludzie mogą lepiej radzić sobie z wyzwaniami i rozwijać umiejętności społeczne. Przez swoje zachowanie i postawy dorośli mogą stanowić pozytywne wzorce dla młodzieży. Ich uczciwość, empatia, zaangażowanie społeczne czy zdrowy styl życia mogą inspirować i motywować młodych ludzi do podobnych postaw. Dorośli mają również rolę w tworzeniu bezpiecznych, wspierających i akceptujących środowisk dla młodzieży. Przez zapewnienie wsparcia emocjonalnego, zapewnienie struktur i granic, jak również stwarzanie możliwości rozwoju mogą tworzyć warunki sprzyjające pozytywnemu rozwojowi młodych ludzi. Współpraca z innymi instytucjami, takimi jak szkoły, organizacje pozarządowe, kościoły czy lokalne władze, umożliwia dorosłym zwiększenie dostępu młodzieży do różnorodnych programów i zasobów wspierających ich rozwój. Ich zaangażowanie i wsparcie są niezwykle istotne dla rozwoju młodzieży i ich przyszłego sukcesu. Zadaniem dorosłych jest również kontrola młodzieży. Badania wskazują, że nadmierna kontrola dorosłych jest związana z mniej pozytywnymi wynikami, podobnie jak jej nieciągłość. Najbardziej skuteczne są relacje z dorosłymi, przypominające te o charakterze rodzinnym, czyli oparte na bliskości, klarownej komunikacji, wzajemnym zaufaniu i zaangażowaniu, z nierepresyjną kontrolą (Szymańska, 2002). Tam, gdzie nastolatki mogą liczyć na troskliwych dorosłych, traktujących ich podmiotowo, dających przestrzeń do zdobywania nowych doświadczeń jest szansa na sukces młodego człowieka. Warto zwrócić uwagę, że bardzo trudno wskazać wzór „dobrego dorosłego”, bowiem zależy on od percepcji i oczekiwań młodego człowieka, a ci bardziej zwracają uwagę nie na kwalifikacje zawodowe, ale na nastawienie do nich. Najczęściej kryją się pod tym cechy wsparcia emocjonalnego (np. bycie opiekuńczym i responsywnym) oraz cechy wsparcia instrumentalnego (np. udzielanie wskazówek przydatnych młodym ludziom) (Roth, Brooks-Gunn, 2000). Kluczowa wydaje się być zatem uważność i reagowanie na subiektywne światy nastolatków. Zadaniem dorosłych zaangażowanych w działania profilaktyczne jest zapewnienie młodym ludziom zróżnicowanych możliwości uczenia się i działania, które ich zainspirują i zwiększą ich upodmiotowienie i aktywne uczestnictwo w społeczeństwie. Mają zapewnić młodym ludziom regularne wsparcie, oparte na zasadach partnerstwa, zamiast na zależności, bowiem ta ostatnia redukuje upodmiotowienie i autonomię osobistą młodych ludzi. W tym kontekście nie zaskakuje postulat, aby dorośli dążyli do tego, aby stać się zbędnymi, bowiem nadrzędnym celem wsparcia jest samodzielność, autonomia młodych ludzi (Călăfăteanu, García López, 2017). Przegląd badań dokonany przez J. Eccles i J. Appleton Gootman (2002) wskazują, że wsparcie

rodzicielskie oraz nauczycielskie jest związane z pozytywną motywacją szkolną, lepszym zdrowiem psychicznym i niższym wskaźnikiem zachowań ryzykownych.

Wsparcie dorosłych przekłada się również na relacje rówieśnicze. Okres adolescencji jest czasem, kiedy nastolatki spędzają w gronie rodzinnym coraz mniej czasu, czego efektem jest znaczący wzrost zaangażowania w grupy rówieśnicze. Jest to związane ze zwiększoną samodzielnością i związaną z nią ruchliwością przestrzenną, ale przede wszystkim z potrzebami młodych ludzi do budowania swojej tożsamości przez odcięcie się od rodziców i „przejrzenie” się w oczach rówieśników. To właśnie równolatkowie stają się grupą, w której młodzi ludzie zaczynają zaspokajać potrzeby do tej pory zaspokajane w rodzinie, przede wszystkim poczucia przynależności, bezpieczeństwa oraz bycia podziwianym i ważnym. Grupa koleżanek i kolegów staje się swoistym poligonem, na którym młodzi ludzie mają możliwość wypróbowania nabytych do tej pory umiejętności i kompetencji, a także wejścia w zróżnicowane role grupowe. Młodzi ćwiczą i rozwijają kompetencje interpersonalne przede wszystkim o charakterze poziomym. To również okazja do budowania związków najpierw preintymnych, a potem intymnych (Piotrowski i in., 2014a). Dobrze działająca, wspierająca grupa rówieśnicza, która stanowi dla młodego człowieka bezpieczną przestrzeń emocjonalno-społeczną, jest kluczowym czynnikiem chroniącym. Jej siła wynika z tego, że tworzą ją osoby bliskie sobie poznawczo i emocjonalnie, które doświadczają uniwersalnych problemów, charakterystycznych dla tego okresu rozwojowego. To podobieństwo pozwala na lepsze wzajemne zrozumienie, a zaufanie daje możliwość bardziej otwartej i szczerzej komunikacji. Wszak rówieśnicy niejednokrotnie wiedzą więcej wzajemnie o sobie niż ich rodzice. Ta wspólnota doświadczeń powoduje, że chętniej i szybciej się od siebie uczą, czemu sprzyja wspólny kod językowy. Nie można też zapominać, że rówieśnicy lepiej wyczuwają i opisują potrzeby pokoleniowe, z tego powodu nastolatki mają większe szanse na dotarcie do tych, którzy z jakichś powodów się izolują, możliwe, że podejmując również zachowania ryzykowne. Zaangażowanie rówieśników w oddziaływanie profilaktyczne pozwalają na bezpośrednie zaangażowanie i partycypację młodzieży w rozwoju siebie i swego najbliższego środowiska w długoterminowej perspektywie.

Programy profilaktyczne winny uwzględniać kwestie związane z poczuciem przynależności i zaangażowania. Aktywne zaangażowanie, zarówno w wymiarze rodzinnym, jak i edukacyjnym, sprzyja budowaniu poczucia sprawstwa oraz kształtowaniu odpowiedzialności. Młodzież, która czuje się związana ze swoim otoczeniem, jest mniej zestresowana, ma poczucie bycia docenionym i ważnym, rzadziej przejawia zachowania ryzykowne i ma większą odwagę w podejmowaniu kolejnych wyzwań. Poczucie przynależności zwiększa motywację do dbania o siebie i unikania sytuacji ryzykownych, aby nie zawieść czy nie zranić swoich bliskich. Poczucie przynależności do grupy może wpływać na przyjmowanie norm społecz-

nych panujących w tej grupie. Jeśli grupa promuje bezpieczne zachowania i zdrowe nawyki, to członkowie tej grupy będą bardziej skłonni do ich przyjmowania, aby dostosować się do norm grupowych i utrzymać poczucie przynależności. Poczucie przynależności może promować współpracę i zaangażowanie w działania grupowe, mające na celu promowanie zdrowia i unikanie zachowań ryzykownych. Działania podejmowane w ramach grupy mogą być skuteczniejsze w zmniejszaniu ryzyka zachowań szkodliwych niż działania podejmowane indywidualnie (Jankowiak, 2017; Ostaszewski, 2014).

Współczesne podejścia do profilaktyki coraz wyraźniej podkreślają znaczenie środowiska lokalnego jako kluczowej przestrzeni oddziaływań wychowawczych i rozwojowych. Społeczność lokalna stanowi naturalne środowisko funkcjonowania młodych ludzi, w którym zachodzą procesy socjalizacji, kształtowania tożsamości oraz nabywania kompetencji społecznych. Jednocześnie ma ona liczne zasoby, które mogą być wykorzystywane w działaniach profilaktycznych. Do zasobów tych zalicza się wiedzę, umiejętności i kompetencje mieszkańców, siłę więzi społecznych, podzielane wartości, instytucje lokalne, a także świadomość problemów i gotowość do ich rozwiązywania. Wszystkie te elementy sprzyjają utrzymaniu zarówno indywidualnego, jak i zbiorowego dobrostanu (Kmieciak-Jusięga, 2022). Znaczenie środowiska lokalnego wynika również z faktu, że rozwój młodzieży jest najbardziej efektywny w warunkach wsparcia społecznego, które najłatwiej zapewnić właśnie w najbliższym otoczeniu. W związku z tym działania profilaktyczne powinny mieć charakter środowiskowy, obejmujący nie tylko jednostkę, lecz także jej relacje społeczne oraz kontekst życia codziennego. W takim ujęciu wspólnota lokalna tworzy warunki sprzyjające aktywnemu i dobrowolnemu zaangażowaniu młodych ludzi, umożliwiając im zdobywanie doświadczeń, rozwijanie kompetencji oraz przygotowanie do pełnienia ról społecznych w społeczeństwie demokratycznym (Jankowiak, 2017; Kmieciak-Jusięga, 2022; Lerner i in., 2017).

Istotnym elementem pracy środowiskowej jest jej edukacyjny i partycypacyjny charakter. Opiera się ona na modelu uczenia się przez doświadczenie, w którym młodzi ludzie angażują się w działania praktyczne, a następnie poddają je refleksji. Takie podejście sprzyja rozwijaniu umiejętności społecznych, krytycznego myślenia oraz odpowiedzialności za własne decyzje. Ważną rolę odgrywa również dobrowolność uczestnictwa oraz dostosowanie działań do potrzeb i zainteresowań młodzieży, co zwiększa ich motywację i poczucie sprawstwa (Goła, 2020). Praca środowiskowa zakłada także partnerskie relacje między dorosłymi a młodymi ludźmi. W takim modelu młodzież nie jest jedynie odbiorcą oddziaływań, lecz aktywnym uczestnikiem procesu, zaangażowanym w planowanie, organizowanie i ewaluację podejmowanych działań. Pozwala to na rozwijanie kompetencji obywatelskich, takich jak umiejętność współpracy, podejmowania decyzji czy artykułowania własnych potrzeb i opinii. Jednocześnie sprzyja budowaniu poczu-

cia odpowiedzialności za społeczność lokalną oraz wzmacnia identyfikację z jej wartościami (Jarymowicz, 2008). Nie bez znaczenia pozostaje również inkluzyjny charakter działań środowiskowych. Skuteczna profilaktyka powinna być dostępna dla wszystkich młodych ludzi, niezależnie od ich pochodzenia społecznego, kulturowego czy ekonomicznego. Takie podejście sprzyja ograniczaniu nierówności społecznych, przeciwdziałaniu wykluczeniu oraz przełamywaniu stereotypów i uprzedzeń (Călăfăteanu, García López, 2017; Gola, 2020; Kmieciak-Jusięga, 2022; Wysocka, 2013).

Skuteczne programy profilaktyczne powinny mieć charakter kompleksowy i wielowymiarowy, obejmujący zarówno rozwój osobisty młodych ludzi, jak i ich funkcjonowanie w relacjach rodzinnych oraz społecznych. Uwzględnienie zasobów jednostki i jej najbliższego środowiska pozwala na wzmacnianie czynników chroniących oraz ograniczanie wpływu czynników ryzyka w sposób trwały i adekwatny do realnych potrzeb. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają programy ukierunkowane na rozwój kompetencji psychospołecznych, wsparcie rodziny oraz budowanie spójnego i wspierającego środowiska wychowawczego.

3.3.2. Programy rozwoju osobistego

Trening umiejętności życiowych (Life Skills Training)

Podstawę teoretyczną dla treningu umiejętności życiowych (dalej LST) tworzą dwie koncepcje: teorii społecznego uczenia się oraz teorii zachowań problemowych. Zgodnie z pierwszą teorią proces uczenia się i motywacja odgrywają istotną rolę w zmianie zachowań, natomiast teoria zachowań problemowych zakłada, że młodzi ludzie angażują się w ryzykowne działania, ponieważ postrzegają je jako sposób na osiągnięcie celów, których nie mogą zrealizować w bardziej adaptacyjny sposób.

Trening umiejętności życiowych to skierowany do uczniów w wieku od 8 do 16 lat program profilaktyki uniwersalnej, wzmacniający czynniki chroniące, aby przez to ograniczać zachowania ryzykowne związane z używaniem substancji psychoaktywnych (np. tytoń, alkohol i marihuana) oraz przemocowe. Obszarem oddziaływań są w pierwszej kolejności: samokontrola, umiejętności społeczne oraz odporność na presję społeczną. W pierwszym roku realizowanych jest 15 sesji podstawowych, w drugim roku 10 sesji wzmacniających, a w trzecim 5 sesji wzmacniających. Program zawiera także opcjonalne moduły dotyczące zapobiegania przemocy. Sesje prowadzone są sekwencyjnie, głównie przez nauczycieli, a każda z nich ma określony cel, mierzalne zadania i aktywności.

LST składa się z dwóch głównych komponentów. Pierwszy rozwija ogólną kompetencję uczniów, natomiast drugi wzmacnia ich odporność na presję związaną

z używaniem substancji. Komponent zarządzania osobistego uczy uczniów, jak analizować swoje zachowanie, wyznaczać cele, podejmować codzienne decyzje, analizować problemy oraz radzić sobie ze stresem. Z kolei komponent umiejętności społecznych rozwija zdolności komunikacyjne, asertywność i umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, bez uciekania się do agresji czy bierności. Komponent umiejętności oporu skupia się na kształtowaniu zdolności do kwestionowania błędnych przekonań na temat substancji i przemocy, a także na rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z presją rówieśniczą i medialną.

Instruktorzy w ramach LST stosują interaktywne techniki nauczania, takie jak demonstracje, ćwiczenia behawioralne, informacja zwrotna i wsparcie poza klasą. Sesje wzmacniające w kolejnych latach mają na celu utrwalenie i rozwijanie zdobytej wiedzy oraz umiejętności, aby uczniowie mogli skutecznie radzić sobie z wyzwaniami okresu dojrzewania.

Badania potwierdzają, że w porównaniu z grupą kontrolną, w grupach LST odnotowano znacząco niższy wskaźnik zachowań ryzykownych (Botvin i in., 2006; Spoth i in., 2014; Trudeau i in., 2003).

Program Promocji Alternatywnych Strategii Myślenia (Promoting Alternative Thinking Strategies)

Program Promocji Alternatywnych Strategii Myślenia (Promoting Alternative Thinking Strategies, dalej PATHS) skierowany do dzieci przedszkolnych (PATHS Turtle Unit) oraz młodszych dzieci szkolnych (PATHS Basic Kit), mający na celu wzmocnienie takich obszarów rozwoju społeczno-emocjonalnego, jak: samo-kontrola, samoocena, świadomość emocjonalna, umiejętności społeczne, budowanie relacji interpersonalnych, rozwiązywanie problemów przy jednoczesnym zmniejszeniu poziomu agresji i innych problemów z zachowaniem. Podstawą do kreowania oddziaływań jest podejście kognitywno-behawioralne, w którym podstawowymi formami pracy są dyskusje, modelowanie, działania fabularne oraz prezentacje wideo. Program dla uczniów obejmuje 131 półgodzinnych lekcji realizowanych trzy razy w tygodniu przez cały rok szkolny przez wychowawcę. Przedszkolaki te same zagadnienia realizują w ciągu dwóch lat. Program opiera się na czterech zasadach: pierwsza „zatrzymaj się i pomyśl” kształtuje i rozwija mechanizmy samoregulacji, druga zasada dotyczy rozwijania kompetencji językowych i komunikacyjnych, aby dzieci mogły zrozumieć siebie i innych, trzecia zasada odnosi się do różnorodności doświadczeń, które pozwalają dziecku integrować emocje, wiedzę i zasoby społeczne do rozwiązywania problemów, natomiast ostatnia zasada dotyczy generalizacji, czyli zdolności dziecka do adekwatnej reakcji w odmiennych kontekstach społecznych na bazie mechanizmów wyuczonych w czasie programu. Program może być zintegrowany z istniejącymi oddziaływaniami profilaktycznymi i dostosowany do indywidualnych potrzeb w klasie. Co prawda, oddziaływania realizowane są głównie

w szkole, ale podkreśla się wagę włączania w nie rodziców. Dlatego też uzupełniany on jest przez moduł zajęć wysyłanych rodzicom, które obejmują tematy omawiane na zajęciach w szkole.

Dotychczasowe metaanalizy pokazują, że wysokiej jakości, dobrze wdrożone programy mogą mieć pozytywny wpływ na szereg wyników dzieci, przy czym istnieją ograniczone dowody na wpływ programu osiągnięcia w nauce (Durlak i in., 2011; Skład i in., 2012).

Program CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning)

Program CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, dalej CASEL) jest kompleksową inicjatywą skoncentrowaną na wspieraniu społecznego i emocjonalnego uczenia się (SEL) jako kluczowego elementu holistycznej edukacji. Uczenie się społeczne i emocjonalne (SEL) to proces, dzięki któremu wszyscy młodzi ludzie i dorośli zdobywają i stosują wiedzę, umiejętności i postawy w celu rozwijania zdrowej tożsamości, zarządzania emocjami i osiągania osobistych i zbiorowych celów, odczuwania i okazywania empatii innym, ustanawiania i utrzymywania wspierających relacji oraz podejmowania odpowiedzialnych i troskliwych decyzji. Celem programu CASEL jest rozwijanie u uczniów kompetencji społecznych, emocjonalnych i akademickich, przy jednoczesnym tworzeniu środowisk edukacyjnych sprzyjających ich wszechstronnemu rozwojowi. Podejście CASEL opiera się na badaniach naukowych i integruje działania nauczycieli, rodziców, opiekunów oraz społeczności lokalnych.

Ramy programowe CASEL, znane jako „koło CASEL”, definiują pięć kluczowych kompetencji SEL. Należą do nich: samoświadomość, samoregulacja, świadomość społeczna, umiejętności nawiązywania i utrzymywania relacji oraz odpowiedzialne podejmowanie decyzji. Ramy te podkreślają znaczenie równoczesnego tworzenia sprawiedliwych środowisk uczenia się w czterech kluczowych obszarach: klasach, szkołach, domach i społecznościach. Współdziałanie tych kontekstów zapewnia uczniom spójne wsparcie w ich rozwoju. CASEL wskazuje, że społeczno-emocjonalne uczenie się nie powinno być traktowane jako oddzielny element edukacji, lecz powinno być integralnie związane z codziennymi praktykami nauczycieli i szkoły (Aileen i in., 2023).

Kluczową rolę w programie CASEL odgrywa zaangażowanie rodzin i opiekunów. Zdaniem M.I. Albright i R.P. Weissberg (2010) partnerstwo między szkołami a rodzinami jest jednym z najważniejszych czynników wzmacniających efektywność SEL. Rodziny pełnią podwójną rolę – z jednej strony wspierają praktyki wdrażane w szkole, a z drugiej modelują odpowiednie postawy i zachowania w domu. Tworzenie opartych na zaufaniu relacji między nauczycielami a rodzicami sprzyja budowaniu spójnego środowiska rozwojowego dla dzieci. Co więcej, uwzględnienie

różnorodności kulturowej i społecznej rodzin w działaniach edukacyjnych zwiększa ich skuteczność i dostępność (Mapp, Bergman, 2019; Mapp, Kuttner, 2013).

Integracja SEL z praktykami edukacyjnymi jest kolejnym fundamentem programu CASEL. Zgodnie z wynikami badań, uczniowie, którzy rozwijają swoje kompetencje społeczno-emocjonalne, osiągają lepsze wyniki akademickie, są bardziej zaangażowani w naukę i mniej skłonni do podejmowania zachowań ryzykownych (Jennings, Greenberg, 2009). Programy oparte na CASEL umożliwiają nauczycielom i rodzicom wspólne działanie na rzecz uczniów, dostosowując metody nauczania do ich potrzeb i możliwości. Takie podejście prowadzi do wzmocnienia zarówno zdrowia psychicznego, jak i sukcesów akademickich dzieci (Christenson, Reschly, 2010).

Ramy CASEL podkreślają również potrzebę autentycznego zaangażowania wszystkich interesariuszy. Tworzenie partnerskich relacji między nauczycielami, rodzicami i społecznościami pozwala na budowanie środowisk opartych na współpracy. Model ten zakłada, że rodziny nie są jedynie obserwatorami, ale aktywnymi współpracownikami w procesie edukacyjnym, co prowadzi do lepszego zrozumienia potrzeb uczniów i większego wsparcia w ich rozwoju (Skoog-Hoffman i in., 2023).

Program CASEL jest uznawany za skuteczne narzędzie wspierania wszechstronnego rozwoju młodzieży. Jego wdrażanie pozwala na rozwój kompetencji społecznych i emocjonalnych, które są niezbędne nie tylko dla sukcesów edukacyjnych, ale także dla satysfakcjonującego funkcjonowania w życiu społecznym. CASEL wskazuje, że jakość tych działań zależy od integracji wysiłków szkół, rodzin i społeczności, które wspólnie tworzą spójne, sprzyjające rozwojowi środowisko (Albright, Weissberg, 2010).

3.3.3. Programy skoncentrowane na rodzinie

Wzrost zachowań przestępczych oraz szerzej pojętego niedostosowania społecznego może mieć swoje korzenie w strukturze i funkcjonowaniu rodziny, dlatego rodzice odgrywają istotną rolę w kształtowaniu rozwoju dziecka. Podjęcie działań zmierzających do włączenia rodziny w proces resocjalizacji ma silne uzasadnienie w badaniach nad czynnikami ryzyka i ochrony w kontekście niedostosowania społecznego. Coraz częściej podkreśla się, że najlepszym sposobem przeciwdziałania temu zjawisku jest wpływanie na jednostkę w jej naturalnym środowisku oraz oddziaływanie na to środowisko. Przykłady z praktyki światowej pokazują, że współpraca z rodziną jest kluczowym elementem skutecznych programów resocjalizacyjnych. Badania wskazują, że rodziców można nauczyć skutecznych i spójnych metod wychowawczych, które są kluczowe dla zarządzania rodziną i wspierania rozwoju dziecka. Tego typu szkolenia pomagają rodzicom unikać

błędnych praktyk, które zwiększają ryzyko problematycznych zachowań u nastolatków, jednocześnie wzmacniając metody, które poprawiają komunikację i więzi rodzinne.

Guiding Good Choices (wcześniej Prepering for the Drug Free Years)

Guiding Good Choices (GGC)¹⁷, wcześniej znane jako Preparing for the Drug Free Years (PDFY), ma na celu zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych przez nastolatków i ryzykownym zachowaniom przez szkolenie rodziców w zakresie rozwijania pozytywnych umiejętności rodzicielskich i zarządzania rodziną. Do kluczowych czynników ryzyka, które mogą sprzyjać problemom wychowawczym i nadużywaniu substancji przez dzieci i młodzież, należą m.in. niewielki nadzór rodzicielski oraz brak odpowiedniego monitorowania. Niski poziom komunikacji i interakcji między rodzicami a dziećmi oraz słabo zdefiniowane i niejasno przekazywane zasady i oczekiwania dotyczące zachowania również zwiększają ryzyko. Niespójna lub nadmiernie surowa dyscyplina może dodatkowo potęgować problemy. Do innych rodzinnych czynników ryzyka zalicza się konflikt w rodzinie, przychylne nastawienie rodziców oraz rodzeństwa do alkoholu i narkotyków, a także uzależnienia wśród rodziców. Te elementy mogą tworzyć środowisko, które sprzyja nadużywaniu substancji psychoaktywnych przez dzieci i nastolatków. To właśnie na nich koncentrują swoją uwagę twórcy GGC, a także na tych czynnikach, które mogą ochronić dzieci i młodzież przed pojawieniem się i rozwojem objawów niedostosowania społecznego (wsparcie rodzicielskie dla rozwoju kompetencji dziecka, prezentacja zdrowych przekonań i jasnych standardów zachowania przez rodziców).

GGC obejmuje pięć sesji, które obejmują (1) promowanie zdrowia i dobrego samopoczucia w okresie dojrzewania, (2) ustalanie jasnych wytycznych, (3) zarządzanie konfliktami, (4) pomaganie dzieciom w unikaniu kłopotów i (5) wzmacnianie więzi rodzinnych (Haggerty i in., 1999). W przypadku realizacji w środowisku wirtualnym program obejmuje dodatkową sesję wprowadzającą skupioną na wspieraniu społeczności *online*. Między sesjami rodzice prowadzą spotkania rodzinne, mające na celu promowanie więzi i angażowanie dzieci w działania i dyskusje na temat ważnych kwestii rodzinnych. Rodzice otrzymują „przewodnik rodzinny” do wypełnienia w ramach przygotowań do każdej nadchodzącej sesji. Przewodniki rodzinne zapewniają przegląd treści, linki do kluczowych zasobów i ćwiczenia, które zostaną omówione podczas następnej sesji. GGC uczy rodziców umiejętności, które pozwalają im radzić sobie lepiej z wyzwaniami okresu dojrzewania u dzieci, budując jednocześnie silne więzi rodzinne. Sesje są interaktywne, oparte na ćwiczeniach i materiałach wideo, co umożliwia uczestnikom praktyczne wdrożenie zdobytych umiejętności. Celem programu jest nie tylko przeciwdziałanie

¹⁷ <https://www.communitiesthatcare.net/programs/ggc/#parent-resources>

nadużywaniu substancji, ale także wzmocnienie rodzin i budowanie zdrowych, trwałych relacji.

GGC jest oceniane jako dobrze poparta praktyka, ponieważ co najmniej dwa badania z nienakładającymi się próbkami przeprowadzone w typowych warunkach opieki lub praktyki uzyskały ocenę umiarkowaną lub wysoką w zakresie projektu i wykonania oraz wykazały korzystne efekty w domenie docelowego wyniku. Co najmniej jedno z badań wykazało utrzymujący się korzystny efekt przez co najmniej 12 miesięcy po zakończeniu leczenia na co najmniej jeden docelowy wynik. Wyniki badań pokazują, że młodzież, której rodzice uczestniczyli w GGC, ma większe szanse na pozostanie wolnymi od narkotyków oraz rzadziej sięga po alkohol czy marihuanę, np. stwierdzono: 1) zmniejszenie o 40,6% spożycia alkoholu oraz liczby inicjacji związanych z używaniem marihuany i pijaństwem, 2) spadek o połowę prawdopodobieństwa, że użytkownicy eksperymentalni przejdą do intensywniejszego użytkowania, 3) stwierdzono, że udział w programie zwiększa o 26% prawdopodobieństwo, że osoby nieużywające narkotyków pozostaną wolne od narkotyków, 4) zmniejszenie ryzyka popełnienia przez adolescentów popełnienia przestępstwa, 5) opóźnienie momentu inicjacji spożywania substancji psychoaktywnych (Mason i in., 2003, 2007, 2009).

Program „Szkoła dla Rodziców”

Program Szkoła dla Rodziców i Wychowawców¹⁸ ma na celu poprawę kompetencji wychowawczych rodziców, nauczycieli oraz innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą. Program powstał z inicjatywy Joanny Sakowskiej, a jego założenia opierają się na modelach komunikacji interpersonalnej i teorii relacji. Inspirację stanowiły książki A. Faber i E. Mazlish (np. *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły; Rodzeństwo bez rywalizacji. Jak pomóc własnym dzieciom żyć w zgodzie, żeby samemu żyć z godnością; Wyzwoleni rodzice, wyzwolone dzieci. Twoja droga do szczęśliwej rodziny; Jak mówić, żeby dzieci się uczyły w domu i w szkole; Jak mówić do nastolatków, żeby nas słuchały. Jak słuchać, żeby z nami rozmawiały*). Jego głównym celem jest wsparcie rodziców i wychowawców w codziennych kontaktach z dziećmi oraz młodzieżą, pomagając im rozwijać umiejętności lepszej komunikacji, refleksji nad własnym podejściem wychowawczym oraz wymiany doświadczeń. Działania realizowane w ramach programu wpisują się w idee małych kroków, które finalnie prowadzą do pogłębionej relacji, dającej satysfakcję oraz poczucie wzajemnej bliskości. Szkoła dla Rodziców i Wychowawców nie oferuje metod wychowawczych, ale uczy budowania relacji opartych na podmiotowości i dialogu, a co za tym idzie, pełni również funkcję profilaktyczną. Główne motto programu brzmi: „Wychowywać, to kochać i wymagać” (Macander, 2016).

¹⁸ <https://ore.edu.pl/2010/04/szkola-dla-rodzicow/>

Podstawą programu jest przekonanie, że skuteczna komunikacja w relacjach rodzic – dziecko oraz wychowawca – dziecko jest kluczowym elementem wspierania ich rozwoju emocjonalnego, społecznego i poznawczego. Teoria zakłada, że zrozumienie potrzeb dzieci oraz modelowanie pozytywnych relacji wpływa na budowanie więzi, które są fundamentem wychowania. Program kładzie również nacisk na wychowanie dzieci w duchu szacunku, empatii, odpowiedzialności i samodyscypliny (Faber, Mazlish, 2012).

Metodologia programu opiera się na rozwijaniu umiejętności, takich jak: aktywne słuchanie, okazywanie szacunku w komunikacji, rozwiązywanie konfliktów metodą bez przemocy oraz skuteczne wyznaczanie granic. Ważnym elementem jest refleksja nad własnym stylem wychowawczym i zrozumienie, jak nasze reakcje wpływają na rozwój dziecka.

Program obejmuje trzy moduły, które odpowiadają na różne aspekty życia rodzinnego i wychowawczego: 1) komunikacja z dzieckiem i budowanie relacji: nauka słuchania dzieci, wyrażania swoich uczuć, motywowanie do współpracy, modyfikowanie zachowań niepożądanych oraz pomoc w rozpoznawaniu i akceptowaniu emocji dzieci; 2) stawianie granic i dyscyplina: umiejętność konstruktywnego radzenia sobie z trudnymi sytuacjami wychowawczymi, wyznaczania zasad oraz skutecznego reagowania na niepożądane zachowania; 3) wspieranie autonomii dziecka: wzmacnianie odpowiedzialności i samodzielności przez przekazywanie odpowiedzialności, wspieranie w podejmowaniu decyzji oraz naukę samodyscypliny. Każdy z modułów to 40 godzin zajęć dydaktycznych, realizowanych w grupach liczących od 12 do 15 osób. Warsztaty prowadzone są przez dwie osoby. Program ten realizowany jest wyłącznie stacjonarnie; formy e-learningowe nie są objęte rekomendacją.

Program znajduje się w bazie programów rekomendowanych, gdzie został oceniony na II poziomie jakości jako „dobra praktyka” (Macander, 2013).

Program Szkoła dla Rodziców i Wychowawców wspiera budowanie więzi opartych na zrozumieniu i wzajemnym szacunku, oferując uczestnikom narzędzia do pracy z dziećmi i młodzieżą, co przyczynia się do ich pozytywnego rozwoju społecznego i emocjonalnego.

Funkcjonalna Terapia Rodziny (Functional Family Therapy)

Funkcjonalna terapia rodziny jest oparta na założeniu, że relacje rodzinne mają kluczowe znaczenie w kształtowaniu zachowań młodych ludzi, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Terapia ta łączy elementy interwencji systemowej, behawioralnej oraz poznawczej, przy czym główny nacisk kładziony jest na poprawę komunikacji, wzmocnienie więzi rodzinnych oraz zmianę wzorców zachowań w rodzinie. Program opiera się na kilku kluczowych założeniach, które definiują podejście do pracy z rodzinami. Przede wszystkim FFT postrzega rodzinę jako dynamiczny system wzajemnych oddziaływań, w którym zachowanie jednej osoby wpływa na pozostałych członków oraz na całe funkcjonowanie rodziny. W tym kontekście kluczowe

jest zrozumienie wzorców interakcji, które mogą zarówno wzmacniać pozytywne, jak i negatywne zachowania. Drugim istotnym założeniem jest funkcjonalność zachowań problemowych. Terapia zakłada, że trudne zachowania dzieci i młodzieży pełnią określone funkcje w relacjach rodzinnych, na przykład mogą służyć zwróceniu na siebie uwagi, ucieczce od konfliktów lub uzyskaniu większej autonomii. Celem FFT jest identyfikacja tych funkcji i zastąpienie problemowych zachowań bardziej adaptacyjnymi sposobami realizowania tych potrzeb. Kolejnym fundamentem FFT jest indywidualizacja i etapowy charakter interwencji. Terapia jest dostosowana do unikalnych potrzeb każdej rodziny i przebiega w kilku etapach. Rozpoczyna się od motywowania rodziny do zmiany, następnie wprowadza się zmiany w relacjach rodzinnych, po czym utrwała się pozytywne wzorce i buduje zasoby rodzinne, które wspierają długoterminowe funkcjonowanie. Ostatnim kluczowym założeniem jest przekonanie, że zmiana w zachowaniu młodzieży wymaga wspólnej pracy wszystkich członków rodziny. FFT wspiera rozwój umiejętności komunikacyjnych, empatii, współpracy oraz rozwiązywania problemów, podkreślając, że sukces terapeutyczny opiera się na wspólnym wysiłku i zaangażowaniu całego systemu rodzinnego (Carr, 2012).

Program jest skierowany do szerokiej gamy klientów, począwszy od dzieci wkraczających w okres dorastania z grupy ryzyka (11–18 lat) aż do nieletnich z poważnymi problemami w zachowaniu, nadmierną agresywnością oraz problemem uzależnienia (Pentz i in., 1998a). Może być zastosowany w ramach profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej. Program opiera się na organizowanych przez przygotowanych pracowników oddziaływaniach, które mają poprawić komunikację w rodzinie oraz zbudować/rozwinąć kompetencje rozwiązywania problemów, z naciskiem na redukcję dysfunkcyjnych strategii porozumiewania się i działania. Cele programu muszą być akceptowane i realizowane przez każdego z członków rodziny. Ważne jest, aby stały się one częścią kultury rodziny. Rodzinę traktuje się w tym programie jako system, stąd wszelkie źródła problemów są lokowane w relacjach wewnątrz niej. Tym samym oddziaływania muszą obejmować wszystkich członków rodziny. Najpopularniejszymi metodami pracy z rodziną w tym programie jest zarządzanie przypadkiem, kontrakt, ekonomia punktowa (*token economy*) oraz wzmacnianie.

Rodziców uczy się, w jaki sposób ustalać i wprowadzać w życie zasady i w jaki sposób je egzekwować. Oddziaływania rozłożone są zwykle na okres trzech miesięcy i uzależnione od potrzeb rodziny. Przy niewielkim nasileniu problemów zwykle wystarcza od dziewięciu do dwunastu sesji, natomiast gdy sytuacja jest poważniejsza, konieczne może być nawet trzydzieści sesji ukierunkowanej i zróżnicowanej pracy (np. spotkania, wywiady telefoniczne, spotkania terapeutyczne) (Trupin, 2004). FFT obejmuje zwykle cztery fazy: wprowadzenie, motywowanie, zmianę zachowania i generalizację, które zostały opisane w tabeli 26.

Ewaluacje programu pokazały jego skuteczność w zakresie redukcji recydywy w zakresie wykroczeń nieletnich – w zależności od metodologii badania i grupy kontrolnej, od 20% do 60% (Sexton, Alexander, 2000).

Tabela 26. Charakterystyka etapów oddziaływań w Funkcjonalnej Terapii Rodziny

Nazwa i charakterystyka działań	Budowanie kontaktu i motywacji do zmiany (<i>engagement and motivation</i>)	Zmiana zachowania (<i>behavior change</i>)	Generalizacja (<i>generalization</i>)
Cele fazy	– zbudowanie relacji z rodziną, – redukcja negatywnych zachowań, – usprawnianie komunikacji, – minimalizowanie poczucia beznadziejności, – rozwijanie mocnych i wspólnych punktów rodziny, – wzmacnianie motywacji do zmiany	– rozwój i wprowadzanie zmian, – zmiana zaburzonych zachowań, – budowanie kompetencji komunikacyjnych oraz rodzicielskich	– generalizacja zachowań, – zapobieganie nawrotom, – budowanie zewnętrznego systemu wsparcia
Czynniki ryzyka i chroniące, na które ukierunkowana jest interwencja	– negatywizm i bezradność (ryzyko), – poczucie beznadziejności (ryzyko), – brak motywacji (ryzyko), – przymierza/kontakty z innymi systemami (ochrona), – udział w oddziaływaniach (ochrona)	– niski poziom kompetencji rodzicielskich (ryzyko), – ubogie kompetencje komunikacyjne (ryzyko), – wsparcie społeczne (ochrona), – potrzeby osobiste (ryzyko, ochrona w zależności od kontekstu), – dysfunkcyjne zachowania rodziców (ryzyko, ochrona w zależności od kontekstu), – poziom rozwoju (ryzyko, ochrona w zależności od kontekstu)	– niska częstotliwość kontaktów ze szkołą i społecznością lokalną (ryzyko), – niski poziom wsparcia społecznego (ryzyko), – pozytywne relacje ze szkołą i społecznością lokalną (ochrona)
Diagnoza (<i>assessment focus</i>)	– zachowania, – nakładanie się na siebie problemów (<i>relational problems sequence</i>), – kontekst funkcjonowania rodziny	– jakość i gęstość kompetencji (komunikacyjnych, rodzicielskich), – zaangażowanie w plan zmiany zachowań, – skala problemów i ich wzajemne relacje	– identyfikacja zasobów społeczności lokalnej, – wzmacnianie zmian
Cechy/kompetencje osób prowadzących oddziaływanie	– rozwinięte kompetencje interpersonalne, – dyspozycyjność	– strukturalizacja działań, – dokonywanie modyfikacji w procesie zmian, – modelowanie, kontrolowanie, koncentrowanie, trenowanie, modelowanie	– zarządzanie przypadkiem, – wzmacnianie zasobów, – zapobieganie nawrotom

Źródło: T.L. Sexton, J.F. Alexander, 2000, s. 3.

Terapia Multisystemowa (Multisystemic Therapy)

Intensywne oddziaływania skierowanych na rodzinę i środowisko stanowią główny punkt Terapii Multisystemowej (Multisystemic Therapy, dalej MST), która łączy w sobie elementy podejścia systemowego oraz ekologii społecznej. MST obejmuje nieletnich angażujących się w poważne zachowania antyspołeczne (przestępstwa narkotykowe, seksualne, przeciwko życiu i zdrowiu) i zagrożonych z tego powodu umieszczeniem lub już funkcjonujących w placówkach resocjalizacyjnych poza miejscem zamieszkania. Badania potwierdzają również skuteczność tego podejścia w stosunku do nieletnich wykazujących problemy i zaburzenia emocjonalne i psychiczne oraz doznających przemocy ze strony dorosłych (Henggelery, Lee, 2006; Sexton, Alexander, 2000). Działania obejmują środowisko rodzinne, szkolne i lokalne, a także instytucje wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich oraz system pomocy społecznej. Zakłada się, że między tymi obszarami a nieletnim zachodzą wzajemne interakcje, których skutkami mogą być zachowania antyspołeczne. Efektywność terapii związana jest ze zidentyfikowaniem w szeroko rozumianym środowisku dziecka czynników ryzyka (Henggelery, Lee, 2006) i praca nad nimi. W MST stosuje się wiele zróżnicowanych typów interwencji, poczynając od strukturalnej i systemowej terapii rodzin przez treningi kompetencji rodzicielskich, terapię kognitywno-behawioralną, a skończywszy na terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Jeśli jest to wskazane, wprowadza się również interwencje farmakologiczne. Dobór sposobów oddziaływania zależy od potrzeb rodziny.

Oddziaływania trwają zwykle od trzech do pięciu miesięcy. Terapeuta, pełniący rolę przewodnika i łącznika z innymi specjalistami, jest dostępny dla rodziny 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, przez 365 dni w roku. Pod opieką każdego terapeuty znajduje się od czterech do pięciu rodzin. Interwencje oparte na MST są skuteczne, gdy pozostają wierne dziewięciu podstawowym zasadom, wytyczającym jednocześnie plan działania: 1) wykrycie/dopasowanie, czyli ujęcie ujawnionych problemów w jedną całość i analiza ich z punktu widzenia ekologii społecznej młodego człowieka, 2) pozytywna postawa i podkreślanie mocnych stron, 3) zwiększanie odpowiedzialności, 4) skupienie na teraźniejszości, zorientowanie na działanie, aby członkowie rodziny mogli na bieżąco śledzić postępy, 5) zmiana sekwencji zachowań, 6) dostosowanie do wieku i potrzeb rozwojowych, 7) ciągłe starania, czyli tworzenie okazji do zaangażowania się wszystkich członków rodziny, 8) ocena i odpowiedzialność za wyniki, 9) generalizacja, czyli „rozciąganie” efektów oddziaływania na inne konteksty (Henggelery, Lee, 2006).

Zakłada się, że silne zaangażowanie rodziny jest niezbędne do realizacji założonych celów, stąd też niezwykle podmiotowe podejście do tej grupy, praca przede wszystkim na mocnych stronach rodziny i szybkie odpowiedzi na zgłaszane potrzeby (Henggelery, Lee, 2006; Kessler, Kraus, 2007). Terapeuta dąży do wzmocnienia rodziców i przygotowania ich do samodzielnego rozwiązywania problemów

(*empowerment*¹⁹) oraz wypracowania naturalnego systemu wsparcia obejmującego dalszą rodzinę, znajomych, sąsiadów, członków grup celowych itd. Jest to istotne o tyle, że rodziny kierowane na MST najczęściej mają bardzo niewielkie zasoby społeczne, dodatkowo doświadczają problemów ekonomicznych, zdrowotnych (włącznie z uzależnieniami) i strukturalnych. Zasoby wsparcia mogą pomóc rodzicom w podejmowaniu kolejnych kroków zmierzających do uporządkowania procesu socjalizacji własnego dziecka.

Nadrzędnym zadaniem MST jest opracowanie i wdrożenie razem z rodzicami strategii i sytuacji, w których niemożliwe byłoby zaistnienie zachowań antyspołecznych nieletniego. Równie dużą wagę przywiązuje się do relacji z rówieśnikami, dlatego terapeuta w tym obszarze koncentruje się na diagnozie kompetencji społecznych dziecka i udziela rodzicowi porad, w jaki sposób je budować i wzmacniać. Zakłada się, że deficyty w tym zakresie utrudniają podejmowanie przez dziecko aktywności prospołecznych i sprzyjają włączaniu się w grupy podkulturowe. Opiekun wprowadza kontrolę podejmowanych interakcji rówieśniczych i surowo karze za kontakty z rówieśnikami problemowymi. W czasie treningów nieletni mogą wypracować i utrwalić pozytywne wzory relacji interpersonalnych, które wprowadza się do kolejnych środowisk funkcjonowania młodego człowieka. Jednym z nich jest szkoła, uważana za niezwykle istotną dla nauki i rozwoju społecznego. W tym obszarze terapia koncentruje się nie tylko na wyrównywaniu deficytów, ale również na rozwiązywaniu konfliktów powstających na różnych płaszczyznach (szkoła – rodzice, dziecko – nauczyciel, dziecko – klasa). Rodzice razem z terapeutą wypracowują adekwatne sposoby reakcji w zależności od zachowań nieletniego w szkole (Henggelery, Lee, 2006).

Ewaluacje programu potwierdziły jego skuteczność w stosunku do nieletnich popełniających przestępstwa, uzależnionych oraz z zaburzeniami psychicznymi. W Simpsonville dokonano podsumowania projektu przez zestawienie wyników grupy nieletnich po programie MST z grupą kontrolną tworzoną przez młodzież poddawaną standardowym procedurom w ramach usług Departamentu Sprawiedliwości dla Nieletnich (Department of Juvenile Justice). W grupie po MST było o 43%

¹⁹ *Empowerment* to „proces, przez który osoby i grupy rozwijają świadomość swoich zdolności kontrolowania lub wpływania na siebie i innych oraz uczą się umiejętności efektywnego stosowania tego wpływu”, J. Szmagański, *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna*, Warszawa 1994, s. 153. Intervencja oparta na koncepcji wzmocnienia musi uwzględniać następujące zasady: 1) partnerska współpraca z klientem, 2) postrzeganie klienta jako osoby kompetentnej i posiadającej odpowiednie do zmiany zasoby, 3) doskonalenie doświadczenia życiowego odbywa się przede wszystkim przez działanie, 4) klienci muszą postrzegać siebie jako podmioty sprawcze, 5) cele, środki i rezultaty wzmocnienia muszą zostać określone przez samych klientów, 6) rozwiązania dotyczące konkretnych sytuacji muszą być zasadniczo różne, 7) najistotniejsza we wzmocnieniu jest wiedza, bo ona mobilizuje do zmian, 8) wzmocnienie związane jest z budowaniem nieformalnej sieci społecznej, 9) wzmocnienie jest procesem, trwa w czasie, 10) wzmocnienie osiąga się przez równomierny rozwój osobowości i rozwój socjoekonomiczny (Ambrozik, 2007; Stępiak, 1998; Szmagański, 1994b).

mniej aresztowań w perspektywie półtora roku, po kolejnych dwunastu miesiącach odsetek pozostających na wolności był dwukrotnie wyższy w porównaniu z grupą kontrolną i wynosił 39%. Podobne wyniki uzyskano w ewaluacjach w Projekcie Columbia w Południowej Karolinie. W zakresie terapii uzależnień MST przyczynia się do krótkoterminowej redukcji poziomu używania substancji uzależniających, obniża poziom przestępstw narkotykowych oraz silnie aktywizuje rodzinę w procesie terapii, co podnosi szanse zdrowienia zarówno osoby uzależnionej, jak i całego systemu. Ewaluacje pozwoliły również na potwierdzenie pozytywnego wpływu MST na dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie redukcji zachowań eksternalizacyjnych i internalizacyjnych. MST postrzegane jest jako niezwykle obiecująca droga pracy z nieletnimi zagrożonymi wdrożeniem środków instytucjonalnych, włącznie z uwięzieniem (Henggeler, Lee, 2006).

Środkowozachodni Program Profilaktyki (Midwestern Prevention Project)

Jednym z najpowszechniejszych amerykańskich programów opartych na współpracy z rodziną jest Środkowozachodni Program Profilaktyki (Midwestern Prevention Project, dalej MPP), zorientowany na rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Program jest skierowany do uczniów szkół średnich, zwłaszcza w wieku 10-14 lat, czyli w okresie, kiedy ryzyko zażywania narkotyków jest szczególnie wysokie. MPP ma na celu wyposażać młodych ludzi w umiejętności asertywności, które pomogą im opierać się presji rówieśniczej związanej z używaniem substancji. Program obejmuje działania w czterech głównych obszarach: szkoła, społeczność, rodzina oraz media. W ramach komponentu szkolnego stosowane są techniki społecznego uczenia się, takie jak modelowanie, odgrywanie ról i dyskusje, w których uczestniczą liderzy rówieśniczy. Zajęcia te są częścią programu nauczania i obejmują zadania domowe, które angażują rodziców. Komponent społeczności skupia się na organizacji działań na poziomie lokalnym, w tym szkoleniu liderów społeczności i urzędników, aby wprowadzać polityki wspierające normy nieużywania narkotyków. Obecność rodziny nieletniego realizowana jest przez włączanie jej do wykonywania zadań domowych dziecka, udział w spotkaniach oraz różnorodnych treningach, podczas których ukierunkowuje się rodziców w ten sposób, aby stali się modelami oczekiwanych zachowań. Aktywny udział rodziców w MPP umożliwia budowanie pozytywnych relacji między dorosłymi i nastolatkami. Kampanie medialne mają na celu propagowanie przekazu antynarkotykowego za pośrednictwem telewizji, radia i prasy, wzmacniając przekaz przekazywany w szkole i społeczności. Wszystkie komponenty programu są wprowadzane stopniowo, z jednym komponentem na rok, a kampania medialna trwa przez cały czas trwania programu. Ewaluacja programu wskazuje, że redukuje on zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych o 40% oraz wydatnie poprawia jakość relacji między rodzicami a dziećmi. Dodatkowym pozytywnym efektem jest integracja społeczności lokalnych (Pentz i in., 1998a).

Program „Niewiarygodne lata” (The Incredible Years: Parent, Teacher and Child Training Series)

The Incredible Years: Parent, Teacher and Child Training Series (dalej IYS) – program zorientowany na wczesną interwencję, oparty na modelu społecznego uczenia. Grupą docelową programu są rodzice i nauczyciele pracujący z dziećmi i młodzieżą z grupy średniego i wysokiego ryzyka, rodzice dzieci z problemami w zakresie zachowania, wychowawcy i nauczyciele dzieci z różnorodnymi zaburzeniami zachowania oraz rodzice używający lub zagrożeni używaniem przemocy w stosunku do własnych dzieci. Program koncentruje się na budowaniu i promowaniu kompetencji społecznych, aby przez to zapobiegać problemowym zachowaniom u małych dzieci (w wieku od trzech do dziesięciu lat), głównie w postaci zaburzeń opozycyjno-buntowniczych oraz zaburzeń kontroli zachowania, lub ograniczać je. Jest to istotne, ponieważ obserwowane we wczesnych okresach życia zachowania problemowe mają tendencje do utrwalania i bardzo często znajdują odzwierciedlenie w obniżeniu jakości funkcjonowania dziecka czy później młodego człowieka w szkole, grupach rówieśniczych i środowisku lokalnym, co z kolei może prowadzić do konfliktów z prawem (Radochoński, 2009).

Kluczem w tym programie jest zmiana zachowań znaczących dorosłych (rodzice, nauczyciele). Rodzice pracują na dwóch poziomach programu. Trwający 12 tygodni poziom pierwszy (*basic*) ma charakter grupowy. Podczas spotkań rodzice oglądają sfilmowane sytuacje rodzinne, dyskutują o nich, próbując znaleźć odpowiednie rozwiązania. Uczą się w ten sposób podejmowania aktywnej roli w procesie wychowania dziecka, kreowania rozwiązań problemów, mają okazję zobaczyć, jakie konsekwencje rodzą podejmowane przez nich strategie. Oglądany materiał i dyskusja pozwalają rodzicom na kształtowanie technik radzenia sobie z trudnymi zachowaniami dziecka przez ignorowanie lub limitowanie czasu. Udział w programie wzmacnia ich kompetencje społeczne, poczucie własnej wartości, zdolność rozwiązywania problemów, uczy zarządzania gniewem i oporem, a także rozwija empatię. Pozwala zastąpić nieefektywne i brutalne strategie wychowawcze tymi opartymi na wzajemnym szacunku i zainteresowaniu. Na poziomie drugim (*advance*) grupa zajmuje się innymi rodzinnymi czynnikami ryzyka, do których należą: depresja, konflikty partnerskie, brak wsparcia oraz brak efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem/kryzysem. Ta część zwykle trwa od 8 do 12 tygodni. Uzupełnieniem powyższych modułów są zajęcia przygotowujące, pozwalające rodzicom stać się partnerami nauczycieli w procesie edukacyjnym ich dziecka, a co za tym idzie, redukować ryzyko przedwczesnego opuszczenia szkoły ze względu na niepowodzenia w nauce. Sami nauczyciele w czasie treningów dla nich przeznaczonych uczą się efektywniejszego zarządzania klasą, budowania pozytywnych relacji między dziećmi a dorosłymi, aktywnego słuchania, motywowania uczniów, rozwiązywania konfliktów, ale również reagowania i zapobiegania zachowaniom nieprzystosowawczym (Webster-Stratton, 2001; Webster-Stratton, Reid, 2006).

W ramach programu opracowano również specjalny moduł dla dzieci, podczas którego uczą się one radzić sobie z agresją, rozwijają kompetencje społeczne i empatię, co umożliwia budowanie satysfakcjonujących relacji społecznych z rówieśnikami. W związku z tym, że poziom kompetencji językowych dzieci jest jeszcze stosunkowo ubogi, dzieci uczą się przede wszystkim przez zabawę. Długofalowym celem jest ograniczenie przemocy, narkomanii i przestępczości dzieci i młodzieży. Wysoka efektywność programu związana jest z jego kompleksowością (program obejmuje zintegrowane szkolenie dla rodziców, nauczycieli i dzieci), aktywnym podejściem do uczestników, elastycznością (program zawiera 26 modułów, które można dobierać w zależności od potrzeb), kulturową wrażliwością (program dostępny jest w języku hiszpańskim i kilku dialektach, wykorzystuje wieloetniczne nagrania i kukiełki), łatwością w obsłudze (program stosuje kombinację książek, materiałów filmowych, spotkań z liderami, prac domowych oraz zajęć szkolnych dopasowanych do poziomu rozwojowego klientów, proponuje lalki, gry i działania), zapewnieniem szerokiego wsparcia ze strony terapeutów, trenerów, personelu szkoły i organizacji, dbałością o jakość podejmowanych działań (wymagane certyfikaty trenerów), a przede wszystkim z oparciem programu na wynikach badań naukowych (Webster-Stratton, 2001; Webster-Stratton, Reid, 2006).

Program przewiduje także formę leczenia „pull out” dla małych grup dzieci (5–6 dzieci), które wykazują poważne problemy behawioralne lub mają zdiagnozowane ADHD. W ramach tego programu dzieci uczestniczą w cotygodniowych, dwugodzinnych sesjach prowadzonych przez dwóch terapeutów przez okres 18–22 tygodni. Równolegle nauczyciele i rodzice otrzymują wskazówki, jak wspierać dzieci w nauce nowych umiejętności oraz monitorują ich postępy.

Badania potwierdzają skuteczność programu. J. Hutchings i współpracownicy (2013) stwierdzili, że grupa objęta programem wykazała znaczące zmniejszenie zachowań niezgodnych z zadaniem, negatywnych strategii nauczycieli oraz wzrost przestrzegania poleceń. Badania H. Baker-Henninghama i współpracowników (2012) wskazują na istotną poprawę zachowań dzieci, w tym umiejętności społecznych, a także zmniejszenie liczby dzieci wykazujących problemy behawioralne. A. McGilloway i współpracownicy (2010) z kolei podkreślają, że nauczyciele objęci programem stosowali bardziej pozytywne strategie nauczania, co przekładało się na lepsze zachowanie i rozwój emocjonalny dzieci.

Program z pozytywnym wynikiem przeszedł certyfikację w jednej z najważniejszych baz programów profilaktycznych, jaką jest The Blueprints for Healthy Youth Development, uzyskując status programu obiecującego.

Program Wczesnego Wsparcia Młodocianych Rodziców (Nurse-Family Partnership)

Współpraca z rodziną może i powinna pojawiać się na etapie wczesnej profilaktyki. Postulat ten realizuje Program Wczesnego Wsparcia Młodocianych Rodzi-

ców (Nurse-Family Partnership, dalej NFP), który skierowany jest do nieletnich rodziców o niestabilizowanej sytuacji życiowej, zagrożonych niedostosowaniem albo już w konflikcie z prawem. Oddziaływania ukierunkowane są na budowanie prawidłowych relacji między rodzicem a dzieckiem, ukształtowanie odpowiedzialnego wzorca rodzicielstwa we właściwych warunkach socjalnych, co zapobiegać ma marginalizacji. Otoczenie wsparciem i opieką nieletnich matek i ojców dla nich samych stanowi również istotny czynnik zapobiegający demoralizacji. Prowadzona w czasie programu edukacja podnosi świadomość seksualną uczestników, co pozwala odroczyć w czasie fakt kolejnego rodzicielstwa, a to z kolei zwiększa szanse ukończenia edukacji oraz podjęcia pracy. Program zapobiega zjawiskom przemocy i zaniedbań w stosunku do dziecka, które należą do najistotniejszych czynników ryzyka powstawania zaburzonych zachowań. W stosunku do obecnych w programie dzieci odnotowuje się o połowę mniej zachowań agresywnych i przemocowych niż w grupie kontrolnej. Dzieci wychowują się w lepszych warunkach materialnych, społecznych i ekonomicznych, co z kolei przekłada się na spadek odsetka umieszczeń w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (Hess i in., 2012).

Program Generation Parent Management Training Oregon

Generation PMTO (wcześniej znany jako Parent Management Training - Oregon Model) to zestaw interwencji szkoleniowych skierowanych do rodziców, opartych na solidnych podstawach teoretycznych, które można dostosować do różnych struktur rodzinnych, w tym rodzin z jednym lub obojgiem rodziców, rodzin wielopokoleniowych oraz rodzin zastępczych. Celem programu jest rozwijanie skutecznych umiejętności zarządzania rodziną, aby ograniczyć zachowania antyspołeczne i problematyczne u dzieci. Program obejmuje młodzież w wieku od trzech do 16 lat, która boryka się z problemami klinicznymi lub jest narażona na problemy, takie jak zachowania antyspołeczne, trudności wychowawcze, przestępczość, nadużywanie substancji czy doświadczenie zaniedbania lub przemocy. Generation PMTO realizowany jest zarówno w formacie grupowym, jak i indywidualnym, w różnych miejscach, takich jak kliniki, szkoły, ośrodki społecznościowe czy schroniska, przy czym czas trwania sesji dostosowywany jest do potrzeb rodziny. Sesje zwykle odbywają się raz w tygodniu, co pozwala na stopniowe wprowadzanie i ćwiczenie nowych umiejętności, a liczba sesji grupowych waha się od sześciu do 14. W przypadku terapii indywidualnej liczba sesji wynosi średnio 25 (Forgatch, Patterson, 2010).

Rolą prowadzącego w Generation PMTO jest przekazywanie rodzicom skutecznych strategii wychowawczych, takich jak *wspieranie rozwoju umiejętności*, *wyznaczanie granic*, *monitorowanie*, *rozwiązywanie problemów* oraz *budowanie pozytywnych relacji*. *Wspieranie rozwoju umiejętności* (zasobów) oznacza promowanie kompetencji dziecka przez stawianie realnych celów, rozbijanie ich na mniejsze etapy oraz stosowanie pochwał i systemów motywacyjnych, takich jak żetony czy

wykresy postępów. *Wyznaczanie granic* i dyscyplina obejmują wprowadzanie zasad i stosowanie umiarkowanych sankcji za ich naruszenie. *Monitorowanie* polega na śledzeniu aktywności dziecka, jego kontaktów oraz zapewnianiu mu odpowiedniego nadzoru i opieki. *Rozwiązywanie problemów* to nauka komunikacji, negocjacji i ustalania konsekwencji za przestrzeganie lub łamanie zasad. *Pozytywne zaangażowanie* to z kolei sposób, w jaki rodzice poświęcają czas i planują wspólne zajęcia z dziećmi (Forgatch, Patterson, 2010).

Oprócz podstawowych umiejętności wychowawczych, Generation PMTO zawiera dodatkowe elementy, takie jak rozpoznawanie i regulowanie emocji, poprawa komunikacji, udzielanie skutecznych wskazówek i monitorowanie zachowań. Promowanie sukcesów szkolnych dzieci stanowi integralną część programu, wplecioną we wszystkie jego komponenty.

Skuteczność programu potwierdzają liczne badania. Program z pozytywnym wynikiem przeszedł certyfikację w jednej z najważniejszych baz programów profilaktycznych, jaką jest The Blueprints for Healthy Youth Development, uzyskując status programu modelowego (Björknes i in., 2012; Forgatch, Kjøbli, 2016); Sigmarðóttir i in., 2013, 2015).

Omówione programy łączy planowe i podmiotowe angażowanie rodziny w proces zmian. Można powiedzieć, że zmierzają one do tego, aby to właśnie rodzina stała się katalizatorem zmian nie tylko w ramach jej funkcjonowania, ale przede wszystkim w dziecku.

3.3.4. Programy wsparcia rówieśniczego i mentoringowe

Poszukując skutecznych oddziaływań profilaktycznych i resocjalizacyjnych, ponownie zwrócono uwagę na metody, w których bazą do zmiany jest relacja między dwiema osobami, z których jedną charakteryzuje większa wiedza, doświadczenie, a czasami wiek. Osoba ta, ze względu na swoje cechy, może pełnić rolę wzoru do naśladowania, określanego mianem mentora. Podstawę teoretyczną stanowi teoria kontroli społecznej, która zakłada, że przywiązanie do prospołecznych innych, zaangażowanie w społecznie akceptowalne cele i zaangażowanie w konwencjonalne działania powstrzymują młodzież przed angażowaniem się w działania przestępcze lub inne problematyczne zachowania. Młodzież jest bardziej skłonna do opierania się zaangażowaniu w działania niekonwencjonalne, ponieważ ma więcej do stracenia przez swój dział. Relacja z mentorem może mieć pozytywny wpływ na rozwój społeczny i emocjonalny dziecka będącego pod jego opieką.

Mentoring polega na tworzeniu relacji, w której bardziej doświadczona osoba wspiera kogoś mniej doświadczonego. Mentor dzieli się nie tylko dostępną wiedzą, umiejętnościami i informacjami, które pomagają w poprawie efektywności pracy, ale również przekazuje tzw. „ukrytą wiedzę” – nawyki i praktyki stosowane

nieświadomie, ale niezwykle istotne w danej dziedzinie. Mentor dzieli się swoimi doświadczeniami, udziela porad i wskazówek, będąc jednocześnie przykładem do naśladowania i demonstrując właściwe postawy. Pomaga swoim podopiecznym rozwijać poczucie własnej wartości, samodzielność oraz motywację, a także budować sieć wsparcia (DuBois, Karcher, 2013).

Przykładem takiego programu jest realizowany w wielu krajach program Big Brothers Big Sisters (realizowany także w Polsce pod nazwą Starszy Brat Starsza Siostra). To program mentoringu społecznościowego, który dopasowuje wolontariusza – najczęściej dorosłego mentora do dziecka lub nastolatka, z oczekiwaniem, że rozwinie się troskliwa i wspierająca relacja. Relacje te są indywidualne, a mentor i dziecko spotykają się na trzy do pięciu godzin tygodniowo przez co najmniej rok. Wspólne działania są planowane zgodnie z ustalonymi wcześniej celami, które wynikają z dokładnych rozmów przeprowadzanych przez opiekuna z rodzicami i dzieckiem. Cele te mogą dotyczyć relacji w szkole, wyników w nauce, kontaktów z rówieśnikami, rozwoju umiejętności lub hobby. Z czasem cele te są aktualizowane w zależności od postępów i zmieniających się okoliczności. W tym procesie kierownik przypadku pełni rolę doradcą, wspierając pary w wyborze działań, ale nie narzucając ich (Herrera i in., 2007).

W pierwszej fazie programu kontakt między mentorem a opiekunem dziecka odbywa się co miesiąc, a po roku zmniejsza się do raz na trzy miesiące, kontynuując się przez cały okres współpracy (Barczykowska, Dzierżyńska-Breś, 2012).

Badania pokazują, że programy mentoringowe skutecznie zmniejszają zjawisko niedostosowania społecznego u dzieci i młodzieży, zapobiegają wykluczeniu społecznemu, a także wspierają proces resocjalizacji osób opuszczających zakłady karne. W Stanach Zjednoczonych mentoring jest powszechnie wykorzystywany w profilaktyce i resocjalizacji. W artykule omówione zostaną historia i zasady mentoringu oraz możliwości zastosowania tej metody w pracy z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi (DuBois i in., 2011).

Interesującą odmianą takiego sposobu oddziaływań, zwłaszcza na gruncie resocjalizacyjnym, są programy mentoringowe, z udziałem tzw. „zranionych uzdrowicieli” (*wounded healers*) (Maruna, 2001) czy „doświadczonych rówieśników” (*experiential peers*) (Lenkens i in., 2020), w których rolę mentora pełnią osoby z doświadczeniem życiowym, tzn. byli przestępcy czy byli uzależnieni. Doświadczony rówieśnik może mieć przewagę nad innymi opiekunami, ponieważ ludzie chętniej nawiązują kontakt z osobami podobnymi do siebie i głębokie podobieństwa między jednostkami podnoszą jakość relacji. Podobieństwo może odnosić się do takich doświadczeń, jak radzenie sobie z problemami, otrzymywanie leczenia lub stawianie czoła stygmatyzacji lub przechodzenie przez poważną zmianę życiową, takie jak od „przestępcy” do „byłego przestępcy”. M. Lenkens (2019) wraz ze współpracownikami przedstawił siedmioelementowy, teoretyczny model potencjalnych mechanizmów skuteczności tego typu mentoringu. Po pierwsze osoby z doświadczeniem przestępczym (EP)

mogą łatwiej okazać empatię wobec osób przejawiających zachowania przestępcze, co może sprawić, że poczują się akceptowane i włączone. Po drugie klienci mogą od EP nauczyć się specyficznych umiejętności, postaw, zachowań lub wiedzy, gdyż stanowią oni realistyczny i wiarygodny wzór do naśladowania. Po trzecie nawiązanie zaufania i budowanie wartościowych relacji z EP może być łatwiejsze, co z kolei może wpływać na inne relacje klientów oraz ich kapitał społeczny. Po czwarte EP mogą pośrednio lub bezpośrednio wpływać na zachowanie klientów, wykrywając i korygując ryzykowne zachowania. Po piąte EP mogą modelować i wspierać rozwój samoakceptacji oraz pozytywnej tożsamości. Po szóste klienci mogą zyskać nadzieję i szerszą perspektywę, obserwując, że wyjście z trudnych sytuacji jest możliwe. Po siódme EP mogą stanowić pomost między klientami a formalnymi instytucjami oraz dodatkowymi usługami.

3.3.5. Programy profilaktyczne skierowane do społeczności lokalnej

Program Communities That Care

Communities That Care (dalej CTC) jest uniwersalnym, opartym na dowodach naukowych programem profilaktyki środowiskowej, który dostarcza społecznościom narzędzi niezbędnych do rozwiązywania problemów zdrowotnych i behawioralnych wśród nastolatków oraz podnosi jakość funkcjonowania tych społeczności. Program z pozytywnym wynikiem przeszedł certyfikację w jednej z najważniejszych baz programów profilaktycznych, jaką jest The Blueprints for Healthy Youth Development, uzyskując status programu obiecującego. Oznacza to, że cele programu oraz sposoby ich osiągnięcia zostały precyzyjnie określone, podobnie jak zestawienie czynników ryzyka i/lub ochronnych, na których skoncentrowane są działania oraz grupa docelowa. Autorzy programu przedstawili pochodzące z badań naukowych dowody na jego skuteczność. Programy obiecujące zawierają dostęp do wsparcia merytorycznego (podręczniki i inne materiały), organizacyjnego (możliwość szkoleń) i technicznego (Barczykowska, 2023).

CTC ma na celu zbudowanie szerokiej koalicji, która z jednej strony będzie podejmowała działania na rzecz dzieci i młodzieży, a z drugiej dążyła do wzmocnienia społeczności. Program opiera się na koncepcji pozytywnego rozwoju młodzieży. Jest wdrażany w społecznościach za pośrednictwem serii sześciu szkoleń prowadzonych przez certyfikowanych trenerów CTC w ciągu od 6 do 12 miesięcy. W praktyce jego realizacja wiąże się z osiągnięciem pięciu „kamieni milowych”, służących wdrażaniu, kierowaniu i monitorowaniu zmian. W pierwszym etapie celem jest ocena środowiska oraz zidentyfikowanie jego zasobów osobowych, instytucjonalnych i fizycznych, które mogą zostać użyte do zainicjowania, a potem do realizacji programu. W drugim etapie, przez cykl spotkań i szkoleń, społeczność zostaje zapoznana z programem. W tym czasie powołana zostaje również rada

ds. profilaktyki, która będzie czuwała nad realizacją programu, m.in. wspierając lokalnych liderów. W trzecim etapie rada programu dokonuje oceny poziomu problematycznych zachowań młodzieży oraz czynników ryzyka i ochronnych, a także istniejących zasobów społeczności. Są one podstawą do ustalenia celów działań profilaktycznych w społeczności. Profile ryzyka i zasobów dostarczają danych bazowych do późniejszej oceny postępów społeczności w zakresie zmieniających się poziomów i trendów w czynnikach objętych oddziaływaniami. W czwartym etapie rada opracowuje plan działania społeczności przez określenie mierzalnych celów w zakresie redukcji priorytetowych czynników ryzyka, wzmocnienia czynników ochronnych oraz zmniejszenia używania substancji psychoaktywnych i przestępczości. Plan zawiera również działania na rzecz uzupełnienia luk w istniejących usługach przez wdrożenie sprawdzonych, skutecznych polityk i programów. Włączane do programu działania wsparte są wynikami badań naukowych, które potwierdzają ich efektywność. Poza opisem działań plany zawierają również strategie monitorowania i ewaluacji. Piąty etap obejmuje wdrożenie wybranych interwencji zapobiegawczych, a jakość wdrożenia jest monitorowana przez społeczną radę ds. prewencji CTC. Od drugiego roku realizacji programu do piątego roku twórcy programów prowadzą szkolenia dotyczące wybranych interwencji i zapewniają pomoc techniczną, aby zagwarantować wysoką jakość wdrożenia i monitorowania postępów w realizacji celów związanych z wdrażaniem i wynikami. Monitorowanie wdrażania odbywa się za pomocą list kontrolnych wypełnianych przez organizatorów i realizatorów oraz testowanie uczestników przed i po działaniach. W tej fazie znaczącą rolę odgrywają lokalne media, których zadaniem jest edukowanie członków społeczności, generowanie poparcia społecznego dla nowych interwencji profilaktycznych oraz motywowanie członków społeczności do udziału w tych interwencjach (Hawkins, Catalano, 2004).

Prowadzone od niemal dwóch dekad w Stanach Zjednoczonych i w Europie (Wielka Brytania, Chorwacja, Niemcy, Austria, Holandia, Szwecja) inicjatywy oraz towarzyszące im badania potwierdzają efektywność programu. Wyniki badań wskazują, że udział w programie CTC zmniejsza ryzyko podejmowania zachowań ryzykownych wśród nastolatków w społeczności, przede wszystkim w obszarze przestępczości oraz zażywania substancji psychoaktywnych, opóźniając moment sięgnięcia po nie (Bonell i in., 2016; Feinberg i in., 2010; Van Horn i in., 2014). Młodzi ludzie objęci programem CTC są silniej przywiązani do społeczności, szkoły i rówieśników, które okazały się być znaczącymi czynnikami chroniącymi (Kim i in., 2014). Badania wskazują na utrzymujące się pozytywne efekty działania programu (Oesterle i in., 2018).

Badania nad efektywnością CTC dostarczyły ważnych informacji dotyczących realizacji długoterminowych programów. Prowadzący je badacze wskazali, że pierwsze pozytywne efekty pojawiają się zwykle w okolicach drugiego roku trwania programu (Hawkins i in., 2008). Jest to o tyle ważne, że pozwala na opracowanie

działań zapobiegających zniechęceniu i wycofywaniu się z programu w związku z poczuciem jego nieskuteczności. Zwrócono również uwagę, że po kilku latach realizacji programu pojawia się efekt wypalenia, zmęczenia programem, czego następstwem jest wzrost zachowań ryzykownych i pogorszenie jakości życia społeczności (Crow i in., 2004). Prowadzone badania ujawniły również konieczność objęcia oddziaływaniami młodzieży ponadlicealnej, która w pierwotnych założeniach programu nie była uwzględniana. Potwierdzono również ekonomiczną zasadność prowadzenia programu (Kuklinski i in., 2012).

Raising Healthy Children Program

Raising Healthy Children (dalej RHC) opiera się na modelu rozwoju społecznego (SDM), który zakłada, że dzieci uczą się wzorców zachowań od rodziny i szkoły, a z wiekiem rówieśnicy odgrywają coraz większą rolę w ich socjalizacji. Proces socjalizacji obejmuje cztery etapy: postrzegane możliwości zaangażowania w interakcje, rzeczywisty udział w nich, umiejętności skutecznego uczestnictwa oraz wzmocnienie wynikające z tych interakcji. Dobre relacje między dzieckiem a jednostką socjalizacyjną (rodziną, szkołą, rówieśnikami) sprzyjają rozwojowi pozytywnych zachowań i przeciwdziałają zachowaniom negatywnym (Brown i in., 2005; Catalano i in., 2003).

Program RHC ma na celu wspieranie rozwoju dzieci i młodzieży w rodzinach, szkołach i grupach rówieśniczych przez szereg zróżnicowanych działań. W szkołach podstawowych i średnich skupia się na budowaniu współpracy z nauczycielami, rodzicami i uczniami. Na niższym poziomie edukacji nauczyciele biorą udział w warsztatach dotyczących efektywnego zarządzania klasą, motywowania uczniów i rozwiązywania problemów, a także otrzymują wsparcie w formie coachingu. Rodzice uczestniczą w szkoleniach, które pomagają im lepiej zarządzać rodziną i wspierać dzieci w osiąganiu sukcesów szkolnych. Uczniowie, którzy napotykają trudności, mają możliwość uczestniczenia w letnich obozach oraz korzystania z indywidualnej pomocy w domu. Natomiast w szkołach średnich uczniowie mogą skorzystać z korepetycji, zajęć pozalekcyjnych oraz spotkań grupowych, natomiast rodziny otrzymują pomoc dostosowaną do ich potrzeb podczas wizyt domowych. Program uwzględnia również specjalny komponent Safe Drivers Wanted, który skierowany jest do nastolatków i skupia się na edukacji dotyczącej bezpiecznej jazdy. W ramach tego elementu rodziny opracowują plany monitorowania zasad jazdy, aby zminimalizować ryzyko niebezpiecznych zachowań młodych kierowców (Brown i in., 2005; Catalano i in., 2003).

Całość działań w ramach programu RHC ma na celu wzmacnianie więzi społecznych, promowanie prospołecznych postaw oraz ograniczanie ryzyka związanego z agresją i używaniem substancji psychoaktywnych. Program z pozytywnym wynikiem przeszedł certyfikację w jednej z najważniejszych baz programów profilaktycznych, jaką jest The Blueprints for Healthy Youth Development, uzyskując

status programu obiecującego (Blueprints for Healthy Youth Development; Brown i in., 2005; Catalano i in., 2003).

Midwesternański Program Profilaktyki (Midwestern Prevention Project)

Midwesternański Program Profilaktyki jest kompleksowym programem z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych realizowanym na wielu poziomach życia społecznego. Trwający pięć lat cykl programu obejmuje młodzież od początku okresu adolescencji do wczesnej dorosłości. Na ten czas przypada bowiem największe ryzyko inicjacji zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Pierwsze oddziaływania MPP realizowane są w środowisku szkolnym, aby w miarę rozwoju programu włączać do niego rodzinę, społeczność i instytucje lokalne oraz media. W pierwszym roku trwania programu młodzież uczestniczy w 10 lub 13 modułach warsztatowych, realizowanych w szkole, podczas których rozwija mechanizmy radzenia sobie z presją rówieśniczą oraz kształtuje kompetencje społeczne konieczne do podejmowania zachowań prozdrowotnych i uczestnictwa w prospołecznych sieciach. Wspomniane wcześniej efekty osiąga się głównie przez aktywne techniki uczenia społecznego, tj. modelowanie, odgrywanie ról oraz dyskusje, elementy doradztwa rówieśniczego oraz szeroko rozbudowany system wsparcia. Zdobyte umiejętności wzmacniane i rozwijane są w dalszych latach trwania programu. W drugim roku programu działania rozszerzane są o rodzinę, co czyni się przez wprowadzanie zadań domowych, spotkania z rodzicami oraz różnorodne treningi. Rodziców ukierunkowuje się również, aby stali się oni modelami oczekiwanych zachowań. Aktywny udział rodziców w MPP umożliwia budowanie pozytywnych relacji między dorosłymi i nastolatkami. W kolejnych latach do programu włączana jest społeczność lokalna i funkcjonujące w niej instytucje. Przez cały czas ważną rolę pełnią media, które stanowią swego rodzaju forpaczę projektu. Działania wspomnianych podmiotów są ze sobą zintegrowane. Ich włączanie w różnym czasie nie oznacza bynajmniej, że pozostawione są one same sobie. Przez cały czas trwania programu podlegają oddziaływaniom prowadzonym przez lokalnych liderów i wolontariuszy. Ewaluacja programu wskazuje, że redukuje on zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych o 40% oraz wydatnie poprawia jakość relacji między rodzicami a dziećmi. Dodatkowym pozytywnym efektem jest integracja społeczności lokalnych (Pentz i in., 1998a, 1998b).

Przedstawione programy profilaktyczne stanowią przykłady starannie zaprojektowanych i naukowo zweryfikowanych działań, które mają na celu zapobieganie różnorodnym problemom społecznym przez wspieranie rozwoju jednostek oraz społeczności. Kluczową cechą tych programów jest to, że zostały poddane rygorystycznym procedurom ewaluacyjnym, które pozwoliły oszacowanie ich skuteczności i dostarczyły dowodów na ich realny wpływ. Warto podkreślić, że programy te nie ograniczają się do działań doraźnych ani jednowymiarowych. Mają one charakter systemowy, co oznacza, że uwzględniają złożone relacje między różnymi czynni-

kami wpływającymi na rozwój człowieka. Jednocześnie ich holistyczne podejście koncentruje się na całościowym wspieraniu jednostki – zarówno w aspekcie emocjonalnym, społecznym, jak i poznawczym. Takie kompleksowe działanie pozwala na tworzenie długofalowych zmian, które nie tylko rozwiązują bieżące problemy, ale także wzmacniają zasoby i potencjał na przyszłość. Promowanie tego rodzaju programów, również przez rozwój baz oraz powiązanych z nimi procedur certyfikacji, stanowią istotny krok w kierunku budowania bardziej świadomego i odpowiedzialnego społeczeństwa, w którym zapobieganie problemom traktuje się jako inwestycję w zdrowie i dobrostan kolejnych pokoleń.

Zakończenie.

Wyzwania i bariery współczesnej profilaktyki

Argumenty za przyjęciem w profilaktyce podejścia opartego na dowodach, podobnie jak to ma miejsce w pracy socjalnej, zawierają „etyczny obowiązek zapewnienia klientom najbardziej korzystnych usług [...], wzmocnienia wiarygodności zawodu [...], zwiększenia zasobu praktycznych, wiarygodnych informacji na temat interwencji [...], promowania krytycznego podejścia do praktyki badawczej [...] oraz wspierania rozwoju kultury badawczej” (Plath, 2012). Wydaje się zatem, że kwestia profilaktyki opartej na wiedzy nie powinna budzić wątpliwości. Tak się jednak nie dzieje. Wciąż przed profilaktyką pozytywną pojawia się wiele barier i wyzwań.

Profilaktyka społeczna w Polsce od lat boryka się z licznymi problemami wynikającymi z braku spójnej wizji i priorytetowego traktowania tego obszaru przez rządzących, niezależnie od ich orientacji politycznej (Gaś, 2011; Ostaszewski, 2015). Działania profilaktyczne często opierają się na przypadkowych inicjatywach, które są efektem indywidualnych preferencji decydentów, a brak zorganizowanego środowiska krytycznie oceniającego takie pomysły dodatkowo potęguje chaos. Wycofanie się państwa z prowadzenia przemysłanej i systemowej profilaktyki doprowadziło do jej komercjalizacji i powstania rynku usług profilaktycznych, na którym dominują efektywność i niska cena, kosztem rzeczywistej skuteczności. W efekcie popularność zyskują rozwiązania akcyjne i spektakularne, takie jak konkursy, teatry profilaktyczne czy pikniki, zamiast kompleksowych i długofalowych działań opartych na naukowo zweryfikowanych programach z baz programów rekomendowanych. Samorządy chętnie wybierają te prostsze i mniej wymagające formy, rezygnując z wdrażania bardziej wymagających, ale skuteczniejszych rozwiązań. Poważnym zagrożeniem dla skutecznej profilaktyki jest również instrumentalne traktowanie programów i działań profilaktycznych. Wówczas profilaktyka staje się instrumentem do uzyskiwania środków finansowych dla instytucji, zamiast służyć uczniom i nauczycielom (Gaś, 2011). Brak spójności i współpracy między instytucjami prowadzi do fragmentarycznej realizacji działań profilaktycznych, co znacznie obniża ich efektywność. Różnice w standardach edukacyjnych i dostępności do wysokiej jakości zasobów w różnych regionach kraju dodatkowo pogłębiają nierówności w dostępie do skutecznej profilaktyki. W rezultacie potencjał profilaktyki społecznej pozostaje niewykorzystany, a problemy, którym mogłaby zapobiegać, wciąż narastają. Konieczne jest zatem opracowanie spójnej krajowej strategii profilaktyki

opartej na naukowych dowodach, która stanie się priorytetem w polityce publicznej. Kluczowe jest profesjonalizowanie działań przez rozwój systemu szkoleń i certyfikacji oraz wyodrębnienie ról realizatorów i koordynatorów. Niezbędne jest również wzmocnienie współpracy między instytucjami, aby uniknąć fragmentaryczności działań oraz zwiększenie finansowania i ograniczenie komercjalizacji profilaktyki przez promowanie jakości i efektywności zamiast powierzchownych, akcyjnych rozwiązań. Ważnym krokiem jest edukacja i podnoszenie świadomości społecznej o korzyściach płynących z naukowo zweryfikowanych programów, a także działania na rzecz wyrównania dostępu do profilaktyki w różnych regionach kraju. Te zmiany pozwolą na pełniejsze wykorzystanie potencjału profilaktyki społecznej i zapobieganie narastającym problemom.

Występowanie wyżej wskazanego problemu łączone jest często czy wręcz wyjaśniane brakiem wystarczających zasobów finansowych oraz logistycznych, które pozwoliłyby na szeroką implementację programów profilaktycznych w szkołach, rodzinach czy społecznościach. Prawdą jest, że wiele programów opartych na dowodach wymaga inwestycji w szkolenia specjalistów, materiały edukacyjne oraz wsparcie w długoterminowym monitorowaniu efektów. W obliczu ograniczonych funduszy oraz konkurencyjnych priorytetów budżetowych, pozyskiwanie środków na realizację takich programów bywa trudne (Fisher, Ball, 2002), ale mając na uwadze przewidywane rezultaty, należy widzieć działania profilaktyczne w kontekście długoterminowej inwestycji.

Z kwestiami finansowymi powiązany jest kolejne wyzwanie, jakim jest profesjonalizacja działań profilaktycznych. K. Ostaszewski zwraca uwagę na przekonanie, że prowadzenie profilaktyki społecznej jest na tyle prostym zadaniem, iż nie wymaga profesjonalnego przygotowania. Jak podkreśla, w związku z tym praktyka profilaktyczna jest często determinowana przez indywidualne przekonania pedagogiczne, upodobania, ideologie, wierzenia czy chwilowe mody. „Otwiera to drogę dla osób, które zajmują się profilaktyką z przypadku. W tej sytuacji wiedza naukowa i tzw. dobre praktyki oparte na przemyślanym i zbadanym doświadczeniu są bardzo rzadko wykorzystywane” (Ostaszewski, 2015). Odpowiedzią na ten problem była inicjatywa Fundacji PROFNET, która w 2014 roku opracowała profil profesjonalnego profilaktyka. Dokument ten wskazywał na konieczność wyodrębnienia dwóch kluczowych grup zawodowych: realizatorów oraz koordynatorów. Realizatorzy mieliby prowadzić działania profilaktyczne w bezpośrednim kontakcie z odbiorcami, podczas gdy zadaniem koordynatorów byłaby organizacja pracy i współpraca na różnych poziomach społeczno-organizacyjnych i instytucjonalnych. Twórcy profilu szczegółowo określili także zakres wiedzy niezbędnej do prowadzenia rzetelnej profilaktyki oraz poruszyli kwestie związane z kształtowaniem tożsamości zawodowej profilaktyków. Dzięki temu podkreślono znaczenie profesjonalizacji działań profilaktycznych jako kluczowego elementu podnoszenia ich jakości i skuteczności.

Kwestia profesjonalizacji działań profilaktycznych nie budzi dziś zastrzeżeń, bowiem tylko takie podejście gwarantuje skuteczność i efektywność w przeciwdziałaniu problemom społecznym (Gaś, 2016). Oparcie profilaktyki na dowodach naukowych pozwala na wdrażanie sprawdzonych programów i metod, które realnie wpływają na redukcję ryzyka i wspieranie pozytywnych zmian. Brak profesjonalizmu natomiast często prowadzi do kierowania się subiektywnymi przekonaniami, ideologiami lub chwilowymi modami, co może nie tylko zmniejszać skuteczność działań, ale również przynosić szkodliwe efekty. Problemy społeczne są złożone i wymagają interdyscyplinarnego podejścia oraz uwzględnienia różnych kontekstów – społecznych, kulturowych i psychologicznych. Tylko profesjonalni profilaktycy są odpowiednio przygotowani do projektowania kompleksowych i systemowych działań, które mogą odpowiedzieć na te wyzwania. Profesjonalizacja profilaktyki sprzyja również standaryzacji działań, co pozwala zapewnić równy dostęp do wysokiej jakości programów, niezależnie od miejsca zamieszkania czy poziomu rozwoju społecznego w danym regionie. Ponadto profesjonalne podejście zwiększa zaufanie do działań profilaktycznych wśród odbiorców i instytucji wspierających. Wiedza, doświadczenie i umiejętności specjalistów sprawiają, że realizowane programy są wiarygodne i mają większe szanse na szerokie poparcie społeczne. Profesjonalizacja oznacza także lepsze wykorzystanie zasobów finansowych, organizacyjnych i ludzkich, co pozwala na planowanie i realizację działań w sposób przemyślany, ograniczając marnotrawstwo. W efekcie profesjonalne działania profilaktyczne nie tylko przynoszą wymierne rezultaty, ale także przyczyniają się do budowania trwałego zaufania i zwiększają szanse na skuteczne przeciwdziałanie problemom społecznym. Z tego względu cieszy, że zgodnie z ustawą z 17 stycznia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1972), pojawił się zawód profilaktyka, ale z drugiej strony zastanawia, dlaczego został on umieszczony w grupie zawodów medycznych. Z jednej strony jest to zrozumiałe, bowiem profilaktyka i promocja zdrowia realizowane są przede wszystkim pod egidą ministra zdrowia, ale z drugiej takie podejście to niemal całkowicie odcięcie się od społecznych korzeni działań profilaktycznych. Zgodnie z nowymi regulacjami w zawodzie nie mogą pracować osoby, które ukończyły studia na kierunku pedagogika, psychologia czy socjologia. Został on zarezerwowany dla absolwentów zdrowia publicznego. Jednocześnie profilaktyków obciążono bardzo zróżnicowaną i szeroką paletą zadań, do której realizacji są również absolwenci wymienionych studiów. Do zadań profilaktyka należy prowadzenie profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. W ramach czynności zawodowych profilaktycy zajmować się powinni: 1) oceną sytuacji zdrowotnej i społecznej określonych populacji oraz jej potrzeb zdrowotnych; 2) analizować czynniki, które wpływają na zdrowie w obrębie populacji; 3) na podstawie danych określać priorytety zdrowotne; 4) opracowywać schematy interwencji zdrowia publicznego (w tym szacować ryzyko interwencji); 5) opracowywać materiały informacyjne i edukacyjne w zakresie profilaktyki; 6) współpracować

z instytucjami różnych szczebli na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia; 7) wykonywać analizy statystyczne; 8) planować i opracowywać programy profilaktyczne i promocji zdrowia; 9) podejmować działania integracyjne, koordynujące działania profilaktyczne; 10) dokonywać oceny sytuacji finansowej podmiotów wykonujących działalność leczniczych; 11) konstruować, wdrażać, koordynować, realizować i ewaluować programy profilaktyczne i promocji zdrowia; 12) identyfikować bariery w profilaktyce i promocji zdrowia; 13) podejmować działania interwencyjne w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia; 14) sprawować nadzór nad pacjentami indywidualnymi (Badora-Musiał, 2024). Profilaktycy mają obowiązek kształcenia oraz prowadzenia pracy naukowo-badawczej. Przyjmując te niedoskonałe rozwiązania, spróbowano rozwiązać problemy związane z angażowaniem się w profilaktykę osób do tego nieprzygotowanych merytorycznie, jednak przyjęte rozwiązania skutecznie usunęły poza nawias rzeszę absolwentów studiów z obszaru nauk społecznych i humanistycznych, dobrze przygotowanych do pracy profilaktycznej. Rozwiązania te powinny zostać ponownie przeanalizowane.

Pisząc o barierach związanych z popularyzacją nowoczesnej, pozytywnej profilaktyki, odnieść się należy również do społecznych i kulturowych uwarunkowań oporu wobec nowych metod i strategii profilaktycznych. Wiele osób, zwłaszcza w tradycyjnych środowiskach, jest przywiązanych do starych sposobów radzenia sobie z problemami, a nowoczesne podejścia mogą budzić nieufność lub być traktowane jako niepotrzebne eksperymenty. Przykładem może być brak akceptacji dla programów profilaktycznych, które opierają się na naukowych metodach oceny ryzyka i interwencji, a nie na tradycyjnych formach prewencji opartej na zasadach moralnych. W tej sytuacji konieczne wydaje się podejmowanie działań mających na celu budowanie zaufania oraz edukację na temat skuteczności nowych metod (Jaycox i in, 2006). Kluczowym krokiem jest komunikowanie wartości naukowo zweryfikowanych strategii w sposób zrozumiały i dostosowany do różnych grup społecznych, z poszanowaniem ich tradycji i przekonań. Warto uwypuklać konkretne korzyści płynące z nowoczesnych metod, takie jak większa skuteczność, długofalowe efekty czy zmniejszenie kosztów społecznych związanych z problemami, którym te działania zapobiegają. Dobrą praktyką jest angażowanie liderów opinii w społecznościach, w tym autorytetów lokalnych i religijnych, którzy mogą odegrać rolę w budowaniu akceptacji dla nowych podejść. Włączenie ich w proces tworzenia i wdrażania programów profilaktycznych pomaga zwiększyć ich wiarygodność i zmniejszyć opór. Kolejnym istotnym elementem jest stopniowe wprowadzanie zmian – łączenie nowoczesnych metod z tradycyjnymi podejściami, aby uniknąć gwałtownych kontrastów i poczucia zagrożenia dla dotychczasowych wartości. Edukacja w zakresie nowoczesnych form profilaktyki powinna również obejmować przedstawienie dowodów ich skuteczności w formie dostępnej dla szerokiej publiczności. Organizowanie warsztatów, spotkań społecznych czy kampanii informacyjnych może pomóc w przełamywaniu stereotypów i budowaniu akceptacji. Istotne

jest również umożliwienie społecznościom uczestnictwa w ocenie efektów wdrażanych programów, co zwiększa poczucie współodpowiedzialności i zaangażowania. Kluczem do przełamania oporu wobec nowoczesnych metod profilaktycznych jest dialog, edukacja i stopniowe wprowadzanie zmian w sposób dostosowany do specyfiki lokalnych społeczności. Trudno w tej kwestii nie docenić roli *mass mediów*, które często zachowują się niejednoznacznie (Szczukiewicz, 2016), bowiem z jednej strony media nagłaśniają, piętnują wiele zachowań ryzykownych, z drugiej stają się ich moderatorem. Brakuje zaangażowania mediów w proces wychowania. Aby stały się one sojusznikiem w działaniach profilaktycznych, muszą wyjść poza rolę informacyjną w kierunku realnego kształtowania postaw i wartości.

Kolejnym wyzwaniem jest także potrzeba dostosowywania programów do specyficznych grup odbiorców, biorąc pod uwagę różnorodność społeczną i kulturową. Chociaż badania naukowe pokazują, że profilaktyka oparta na dowodach jest skuteczna w różnych kontekstach, to każda społeczność ma swoje unikalne potrzeby i uwarunkowania, które wymagają elastycznego podejścia. Zatem konieczność dostosowania programów do lokalnych warunków, wartości i tradycji stwarza dodatkową trudność w ich wdrażaniu na szeroką skalę (Greenberg i in., 2003; Fagan, Mihalic, 2003).

Mimo tych wyzwań, nowoczesna profilaktyka oparta na dowodach naukowych ma ogromny potencjał w zmniejszaniu ryzyka uzależnień i innych zachowań problemowych wśród młodzieży. Kluczowe jest jednak pokonanie barier finansowych, społecznych i kulturowych, a także stworzenie systemu, który wspiera integrację i długoterminowe wdrażanie skutecznych strategii profilaktycznych w różnych kontekstach społecznych.

Bibliografia

- Adams, Z. (2024). More teens than ever are overdosing: Psychologists are leading new approaches to combat youth substance misuse. *Monitor on Psychology*, 55(2), 48. <https://www.apa.org/monitor/2024/03/new-approaches-youth-substance-misuse>
- Aileen, M., Asher, A.M., Tucker, A., Steele, L. (2023). *Supporting parent and family engagement to enhance students' academic, social, and emotional learning*. <https://casel.org/policy-brief-fce-2023/?download=1>
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. W: J. Kuhl, J. Beckmann (red.), *Action control: From cognition to behavior* (s. 11–39). Springer.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.
- Aksar, I.A., Fernandez, P.R., Yunus, N.B., Yinn, N.S. (2025). Gen-Alpha and buying behaviours: Discerning, smart and mindful buyers. *Young Consumers: Insight and Ideas for Responsible Marketers*, 26(4), 568–584. DOI: 10.1108/YC-11-2024-2331
- Albright, M.I., Weissberg, R.P. (2010). School-family partnerships to promote social and emotional learning. W: S.L. Christenson, A.L. Reschly (red.), *Handbook of school-family partnerships for promoting student competence* (s. 246–265). Routledge.
- Allen, R.I., Petr, Ch.G. (1998). Rethinking Family-Centered Practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1(68), 9.
- Ambrozik, W. (1997). *Dewiacze wychowawcze w środowisku wiejskim*. Poznań: Eruditus.
- Ambrozik, W. (2007). Czynniki społecznej readaptacji byłych przestępców. W: B. Urban, J.M. Stanik (red.), *Resocjalizacja* (s. 188–199). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ambrozik, W. (2009). Lokalny wymiar systemu profilaktyczno-resocjalizacyjnego. *Studia Edukacyjne*, 10, 71–91.
- Ambrozik, W. (2010). Społeczność lokalna jako płaszczyzna funkcjonowania systemu profilaktyczno-resocjalizacyjnego. *Resocjalizacja Polska*, 1, 157–173.
- Andrews, D.A., Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (s. 67–68). LexisNexis.
- Andrzejewski, M. (1997). *Domy na piasku. Domy dziecka. Od opieki nad dzieckiem do wspierania rodziny*. Poznań: Media Rodzina.
- (EMCDDA) Annual report on the state of the drugs problem in Europe (2011). https://www.euda.europa.eu/publications/annual-report/2011_en
- Arbreton, A.J., Sheldon, J., Herrera, C. (2014). *Beyond safe havens: A synthesis of 20 years of research on the Boys & Girls Clubs* (s. 2). <https://www.researchgate.net/publication/234686609>
- Artwińska, A., Mroziński, A. (2016). O pokoleniach z perspektywy niemieckiej. *Teksty Drugie*, 1, 253–263.

- Asmus, J.M., Vollmer, T.R., Borrero, J.C. (2002). Functional behavioral assessment: A school-based model. *Education and Treatment of Children*, 25(1), 67–90.
- Axford, N., Morpeth, L., Bjornstad, G., Hobbs, T., Berry, V. (2022). “What works” registries of interventions to improve child and youth psychosocial outcomes: A critical appraisal. *Children and Youth Services Review*, 137, 1–16.
- Badora-Musiał, K. (2024). Profilaktyk – nowy zawód w walce o zdrowie Polaków (tylko dla absolwentów Zdrowia publicznego). *Blog Zdrowia Publicznego*, red. M. Zabdyr-Jamróż. Kraków: Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM. <https://izp.wnz.cm.uj.edu.pl/pl/blog/profilaktyk-nowy-zawod-w-walce-o-zdrowie-polakow-tylko-dla-absolwentow-zdrowia-publicznego/>
- Baker-Henningham, H., Scott, S., Jones, K., Walker, S. (2012). Reducing child conduct problems and promoting social skills in a middle-income country: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 201(2), 101–108. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.096834
- Barczykowska, A. (2011a). Podejście kognitywno-behawioralne w pracy penitencjarnej i postpenitencjarnej (na przykładzie wybranych programów korekcyjnych stosowanych w USA). *Probacja*, 2, 87–113.
- Barczykowska, A. (2011b). *Kapitał społeczny a zjawiska patologii społecznej w wielkim mieście*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Barczykowska, A. (2014). Idea evidence based practice w amerykańskiej resocjalizacji i profilaktyce. W: E. Habzda-Siwiek, J. Kabzińska (red.), *Psychologia i prawo. Między teorią a praktyką* (s. 123–135). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Barczykowska, A. (2015). Zastosowanie modelu R-N-R w diagnozie resocjalizacyjnej dorosłych sprawców przestępstw – rozwiązania angielskie. *Studia Edukacyjne*, 34, 243–263.
- Barczykowska, A. (2018). Model ryzyka (RNR) i model dobrego życia (GLM) w resocjalizacji nieletnich – od sporu do kooperacji. W: P. Witek (red.), *Resocjalizacja nieletnich. Aktualne dylematy instytucji resocjalizacyjnych* (s. 18–30). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Barczykowska, A. (2021). Od izolacji ku partnerstwu resocjalizacyjnemu – w poszukiwaniu optymalnego modelu współpracy z rodzinami w procesie resocjalizacji nieletnich. *Resocjalizacja Polska*, 21, 51–68. DOI:10.22432/pjsr.2021.21.04
- Barczykowska, A. (2023). Evidence-based program databases: A tool for modern risk behavior prevention and rehabilitation. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 42(4), 193–206. DOI: 10.17951/lrp.2023.42.4.193-2
- Barczykowska, A., Dzierżyńska-Breś, S. (2012). Zastosowanie mentoringu w działaniach profilaktycznych i resocjalizacyjnych (na przykładzie Stanów Zjednoczonych). *Resocjalizacja Polska*, 3, 263–276.
- Barczykowska, A., Dzierżyńska-Breś, S. (2013). Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice). *Resocjalizacja Polska*, 4, 131–152.
- Barczykowska, A., Dzierżyńska-Breś, S., Muskała, M. (2015). *Systemy oddziaływań resocjalizacyjnych Anglii i Stanów Zjednoczonych Ameryki*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Barczykowska, A., Pawełek, K. (2021a.). Pokolenia wobec pandemii COVID-19. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 40(4), 25–42.

- Barczykowska, A., Pawełek, K. (2021b.). Międzypokoleniowe zróżnicowania w doświadczaniu konsekwencji pandemii COVID-19. *Studia Edukacyjne*, 62, 7–48. DOI: 10.14746/se.2021.62.1
- Barczykowska, A.E., Bogacka, E., Muskała, M., Kulczyńska, K. (2025). Social, spatial and economic determinants of domestic violence: The case of the Wielkopolskie Voivodeship (Poland). *Lublin Pedagogical Yearbook*, 44(3), 175–187. DOI: 10.17951/lrp.2025.44.3
- Baumann, A.A., Powell, B.J., Kohl, P.L., Tabak, R.G., Penalba, V., Proctor, E.E., Domenech-Rodriguez, M.M., Cabassa, L.J. (2015). Cultural adaptation and implementation of evidence-based parent-training: A systematic review and critique of guiding evidence. *Child Youth Services Review*, 53, 113–120. DOI: 10.1016/j.childyouth.2015.03.025
- Bąk, A. (2015). *Korzystanie z urządzeń mobilnych przez małe dzieci w Polsce. Wyniki badania ilościowego*. Fundacja Dzieci Niczyje. Pobrane z: http://www.mamatatatablet.pl/pliki/uploads/2015/11/Korzystanie_z_urzadzen_mobilnych_raport_final.pdf [dostęp: 8.02.2022].
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community*. Western Regional Center for Drug-Free Schools and Communities. Pobrane z: <https://www.wested.org/resources/fostering-resiliency-in-kids-protective-factors-in-the-family-school-and-community/>
- Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F., Sesma, A. (2007). Positive youth development: Theory, research, and applications. W: W. Damon, R.M. Lerner (red.), *Handbook of child psychology*, t. 1: *Theoretical models of human development* (wyd. 6) (s. 896–987). Hoboken: John Wiley & Sons. DOI:10.1002/9780470147658
- Białęcka, B. (2017). Kidults – życie pasażera. *Polonia Christiana*, 57, 41–43.
- Biel, K. (2011). Przestępczość dzieci: Wczesne czynniki ryzyka i wskazówki dla skutecznej profilaktyki. W: K. Biel, J. Kusztal (red.), *Dziecko zagrożone wykluczeniem: Elementy diagnozy, działania profilaktyczne i pomocowe* (s. 129–145). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Biel, K., Kusztal J. (2011). Wstęp. W: K. Biel i J. Kusztal (red.), *Dziecko zagrożone wykluczeniem: Elementy diagnozy, działania profilaktyczne i pomocowe* (s. 11–12). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Bienias, S., Strzęboszewski, P., Opałka, E. (red.) (2012). *Ewaluacja. Poradnik dla pracowników administracji publicznej*. Warszawa: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej.
- Björknes, R., Manger, T. (2013). Can parent training alter parent practice and reduce conduct problems in ethnic minority children? A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 14(1), 52–63.
- Björknes, R., Kjøbli, J., Manger, T., Jakobsen, R. (2012). Parent training among ethnic minorities: Parenting practices as mediators of change in child conduct problems. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Science*, 61(1), 101–114.
- Black, T.C. (2019). Just a robot keeping it real. *Journal of Art, Media, and Visual Culture*, 1(1), 44–59.
- Błachut, J., Gaberle, A., Krajewski, K. (1999). *Kryminologia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bonell, C., Hinds, K., Dickson, K., Thomas, J., Fletcher, A., Murphy, S., Melendez-Torres, G.J., Bonell, C., Campbell, R. (2016). What is positive youth development and how might it reduce substance use and violence? A systematic review and synthesis of theoretical

- literature. *BMC Public Health* (10 Feb), 16, 135. DOI: 10.1186/s12889-016-2817-3. PMID: 26864336; PMCID: PMC4748512
- Borcuch, A. (2010). *Cyfrowe społeczeństwo w elektronicznej gospodarce*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.pl.
- Borkowska-Żebrowska, M., Czachuń, K., Kusztal, J., Piasecka, M., Turczyk, M. (2020). *Bezpieczny uczeń w Krakowie – analiza zasobów środowiskowych w zakresie profilaktyki w szkole*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Borucka, A. (2011). Koncepcja *resilience*: Podstawowe założenia i nurty badań. W: W. Junik (red.), *Resilience: Teoria – badania – praktyka* (s. 11–28). PARPA.
- Borucka, A. (2017). Logiczny model programu profilaktycznego. *Serwis Informacyjny UZAŁEŻNIENIA*, 1(77), 20–24.
- Borucka, A., Kehl, B. (2021). Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(3), 37–52.
- Borucka, A., Ostaszewski, K. (2008). Koncepcja *resilience*: kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 12(2), 587–597.
- Borucka, A., Pisarska, A. (2015). *Koncepcja resilience – czyli jak można pomóc dzieciom i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka*. ORE. https://ore.edu.pl/wp-content/uploads/phocadownload/pracownie/Borucka_Pisarska.pdf
- Boryczko, M., Dunajska, A., Marek, S. (2020). *Praca socjalna w środowisku lokalnym*. Warszawa: Difin.
- Botvin, G.J., Griffin, K.W., Nichols, T.D. (2006). Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science*, 7(4), 403–408.
- Boys & Girls Clubs of America (2019). *The program basics BLUEprint* (s. 6–9). Pobrano z: <https://workforcetoolkit.org/wp-content/uploads/2020/10/FINAL-Program-Basics-BLUEPrint-WEB.pdf>
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R., Malczewski, A. (2015). *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Brown, E.C., Catalano, R.F., Fleming, C.B., Haggerty, K.P., Abbott, R.D. (2005). Adolescent Substance Use Outcomes in the Raising Healthy Children Project: A Two-Part Latent Growth Curve Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 699–710.
- Brzezińska, A. (2004). Miejsce ewaluacji w procesie kształcenia. W: A. Brzezińska, J. Brzeziński, A. Eliaś (red.), *Ewaluacja a jakość kształcenia w szkole wyższej* (s. 163–186). Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”.
- Brzezińska, A. (2007). *Społeczna psychologia rozwoju* (s. 183–200). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzezinska, A., Brzezinski, J. (2001). Metodologiczne problemy ewaluacji programów profilaktycznych stosowanych wobec młodzieży. W: J.Ł. Grzelak, M.J. Sochocki (red.), *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży* (s. 117–145). Warszawa: Wydawnictwo Fundacji ETOH. Pracownia Profilaktyki Problemowej.
- Brzeziński, J. (2011). *Metodologia badań społecznych. Wybór tekstów*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

- Buckley, P.R., Fagan, A.A., Pampel, F.C., Hill, K.G. (2020). Making Evidence-Based Interventions Relevant for Users: A Comparison of Requirements for Dissemination Readiness Across Program Registries. *Evaluation Review*, 44(1), 51–52.
- Burkhardt, J.T., Schröter, D.C., Magura, S., Means, S.N., Coryn, C.L.S. (2015). An overview of evidence-based program registers (EBPRs) for behavioural health. *Evaluation and Program Planning*, 48, 92–99. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149718914001104>
- Burnett, R., Maruna, S. (2004). So 'Prison Works', Does It? The criminal careers of 130 men released from prison under Home Secretary, Michael Howard. *The Howard Journal*, 43(4), 400–413.
- Călăfăteanu, A.M., García López, M.A. (2017). *T-KIT 8 Social inclusion*. Strasbourg: Cedex. Pobrano z: https://site-484428.mozfiles.com/files/484428/T-Kit_8_Social_inclusion_WEB.pdf
- Campbell Collaboration (2023). *Principles and standards*. <https://www.campbellcollaboration.org/about/principles>
- Carr, A. (2012). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Castro, F.G., Barrera, M., Jr., Martinez, C.R., Jr. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41–45.
- Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Berglund, M.L., Pollard, J.A., Arthur, M.W. (2002). Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks? *Journal of Adolescent Health*, 31(supl. 6), 230–239. DOI: 10.1016/s1054-139x(02)00496-2
- Catalano, R.F., Mazza, J.J., Harachi, T.W., Abbott, R.D., Haggerty, K.P., Fleming, C.B. (2003). Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1.5 years. *Journal of School Psychology*, 41(2), 143–164.
- Catalano, R.F., Oxford, M.L., Harachi, T.W., Abbott, R.D., Haggerty, K.P. (1999). A test of the social development model to predict problem behavior during the elementary school period. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(1), 39–56. <https://doi.org/10.1002/cbm.290>
- Centre for Reviews and Dissemination (2023). *About CRD*. University of York. <https://www.york.ac.uk/crd/about/>
- Chojacka, J., Muskała, M. (2021). *Uwarunkowania gotowości do resocjalizacji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Chown, P. (2014). Understanding risk-taking behaviour. W *Youth Health Resource Kit: An Essential Guide for Workers*. Pobrano z: <https://www.health.nsw.gov.au/kidsfamilies/youth/Pages/youth-health-resource-kit.aspx>
- Christenson, S., Reschly, A. (red.) (2010). *Handbook of School-Family Partnership*. New York: Routledge, Taylor and Francis, s. 544. DOI: 10.4324/9780203876046
- Cianciara, D., Szmigiel, A., Pruszyński, J. (2022). There's nothing better (yet?) for improving evidence-based practice than knowledge translation. *Journal of Education, Health and Sport. Online* (21 listopada), 12(12), 248–260.
- Clawson, E., Guevara, M. (2010). *Putting the Pieces Together: Practical Strategies for Implementing Evidence Based Practices*. Boston: MA. Crime and Justice Institute. Washington: DC. National Institute of Corrections.
- Cochrane, A. (2023). *Co to są przeglądy systematyczne?* <https://www.cochrane.org/pl-evidence/what-are-systematic-reviews>

- Cohen, A.M., Stavri, P.Z., Hersh, W.R. (2004). A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine. *International Journal of Medical Informatics*, 73(1), 35–43. DOI:10.1016/j.ijmedinf.2003.11.002
- Communities That Care (b.d.). *Guiding good choices: Parent resources*. Pobrane z: <https://www.communitiesthatcare.net/programs/ggc/#parent-resources>
- Creswell, J.W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Creswell, J.W. (2013). *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Crime and Justice Institute at Community Resources for Justice (2009). *Implementing Evidence-Based Policy and Practice in Community Corrections*, wyd. 2. Washington, DC: National Institute of Corrections. https://www.crj.org/assets/2017/07/Community_Corrections_BoxSet_Oct09.pdf
- Crow, I., France, A., Hacking, S., Hart, M. (2004). *Does Communities that Care work? An evaluation of a community-based risk prevention programme in three neighbourhoods*. Joseph Rowntree Foundation. Loughborough University Research Repository. https://repository.lboro.ac.uk/articles/online_resource/Does_Communities_that_Care_work_An_evaluation_of_a_community-based_risk_prevention_programme_in_three_neighbourhoods/9598037?file=17238413
- Cullen, F.T., Gendreau, P. (2000). Assessing correctional rehabilitation: Policy, practice, and prospects. *Criminal Justice*, 3, 146–199.
- Cullen, F.T., Jonson, C.L., Nagin, D.S. (2011). Prisons do not reduce recidivism: The high cost of ignoring science. *The Prison Journal*, 91(3), 48–65.
- Curyło-Sikora, P., Kaczmarska, A. (2016). Rola profilaktyki pozytywnej w kształtowaniu zdrowia holistycznego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 22(4), 253–259. DOI: 10.5604/20834543.1227605
- Czarnocka, M. (2017). *Nowy obowiązkowy dokument: program wychowawczo-profilaktyczny. Poradnik dyrektora szkoły*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza i Praktyka.
- Czerepaniak-Walczak, M. (2010). Badanie w działaniu. W: S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Damon, W. (2004). What is positive youth development? *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 13–24. DOI: 10.1177/0002716203260092
- Daszkowska-Kamińska, A., Gołdys, A., Makowska, M., Urbanik, A. (2003). *Przepis na diagnozę, czyli poznaj młodych i środowisko lokalne*. Warszawa: Polska Fundacja Dzieci i Młodzieży.
- Deptuła, M., Potorska, A., Borsich, S. (2018). *Wczesna profilaktyka problemów w rozwoju psychospołecznym i ryzykownych zachowań dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- DiCenso, A., Guyatt, G., Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing. A guide to clinical practice*. St. Louis (MO): Mosby.
- DiClemente, C.C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 302–315. DOI: 10.1521/jscp.1986.4.3.302
- Diepstraten, I., Ester, P., Vinken, H. (1999). Talkin' 'bout my generation. Ego and alter images of generations in the Netherlands. *Sociologia Neerlandica*, 35(2), 91–109.

- Dishion, T. J., McCord, J., Poulin, F. (1999). When Interventions Harm: Peer Groups and Problem Behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755–764. DOI: 10.1037/0003-066X.54.9.755
- Dmitrieva, K., Monahan, C., Cauffman, E., Steinberg, L. (2012). Arrested development: The effects of incarceration on the development of psychosocial maturity. *Development and Psychopathology*, 24(3), 1073–1090. DOI: 10.1017/S0954579412000545
- Domagała-Zyśk, E., Knopik, T., Oszwa, U. (2017). *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- DuBois, D.L., Karcher, M.J. (red.) (2013). *Handbook of Youth Mentoring* (wyd. 22). Los Angeles: Sage Publications.
- DuBois, D.L., Portillo, N., Rhodes, J.E., Silverthorn, N., Valentine, J.C. (2011). How Effective Are Mentoring Programs for Youth? A Systematic Assessment of the Evidence. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(2), 57–91.
- Duell, N., Steinberg, L. (2019). Positive risk taking in adolescence. *Child Development Perspectives*, 13(1), 48–52. DOI: 10.1111/cdep.12310
- Duell, N., Steinberg, L., Icenogle, G., Chein, J., Chaudhary, N., Di Giunta, L., Dodge, K.A., Fanti, K.A., Lansford, J.E., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A.T., Sorbring, E., Tapanya, S., Uribe Tirado, L.M., Alampay, L.P., Al-Hassan, S.M., Takash, H.M.S., Bacchini, D., Chang, L. (2018). Age patterns in risk taking across the world. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(5), 1052–1072. DOI: 10.1007/s10964-017-0752-y
- Dufault, M. (2004). Testing a collaborative research utilization model to translate best practices in pain management. *Worldviews Evid Based Nurs*, 1(supl. 1), S26–S32.
- Durlak, J.A., Du Pre, E.P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *The American Journal of Community Psychology*, 41(3–4), 327–350. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A., Taylor, R.D., Schellinger, K.B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432.
- Dzielska, A. (2017). *Zachowania ryzykowne*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Dzielska, A., Kowalewska, A. (2014). Zachowania ryzykowne młodzieży – współczesne podejście do problemu. *Studia BAS*, 2(38), 139–152.
- Eccles, J., Gootman, J.A. (2002). *Community Programs To Promote Youth Development. Committee on Community-Level Programs for Youth*. Washington, DC: The National Academies Press. DOI: 10.17226/10022
- El-Gabalawy, R., Sommer, J.L. (2021). “We Are at Risk Too”: The Disparate Mental Health Impacts of the Pandemic on Younger Generations. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 11, 1–11.
- Elliott, S.D., Buckley, P.R., Gottfredson, D.C., Hawkins, J.D., Tolan, P.H. (2020). Evidence-based juvenile justice programs and practices: A critical review. *Criminology & Public Policy*, 19(4), 1306–1307. DOI: 10.1111/1745-9133.12520
- Epstein, I. (2009). Promoting harmony where there is commonly conflict: evidence-informed practice as an integrative strategy. *Soc Work Health Care*, 48(3), 216–231.
- Erikson, E.H. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Erikson, E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.

- Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych* (2022). Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profesjonalistów uzależnień* (2011). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/europejskie_standardy_jakosci-2019.pdf
- Faber, A., Mazlish, E. (2012). *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły*. Poznań: Media Rodzina.
- Fagan, A.A., Mihalic, S. (2003). Strategies for enhancing the adoption of school-based prevention programs: Lessons learned from the blueprints for violence prevention replications of the Life Skills Training program. *Journal of Community Psychology*, 31(3), 235–253. DOI: 10.1002/jcop.10045
- Features of Positive Developmental Settings (2002). W: J. Eccles, J.A. Gootman (red.), *Community Programs to Promote Youth Development. Committee on Community-Level Programs for Youth. National Research Council and Institute of Medicine*. Washington: DC. DOI: 10.17226/10022. <https://www.nationalacademies.org/publications/10022>
- Feinberg, M.E., Jones, D.E., Kan, M.L., Goslin, M.C. (2010). Effects of family foundations on parents and children: 3.5 years after baseline. *Journal of Family Psychology*, 24(5), 532–542.
- Field, A. (2021). *The lasting impact of COVID-19 by generation*. Brown & Brown Insurance. Pobrano z: <https://www.bbrown.com/us/insight/the-lasting-impact-of-covid-19-by-generation/>
- Figner, B., Weber, E.U. (2011). Who takes risks when and why? Determinants of risk taking. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 211–216.
- Fischer, J. (2009). *Toward Evidence-Based Practice. Variations on a Theme*. Chicago, IL, s. 451–453.
- Fishbein, M., Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press.
- Fisher, P.A., Ball, T.J. (2002). The Indian Family Wellness Project: An application of the tribal participatory research model. *Prevention Science*, 3(3), s. 235–240.
- Flick, U. (2012). *Projektowanie badania jakościowego. Niezbędny badacz*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Forgatch, M.S., Patterson, G.R. (2010). Parent Management Training – Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. W: J.R. Weisz, A.E. Kazdin (red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 159–177). Nowy York: The Guilford Press.
- Forgatch, M.S., Kjøbli, J. (2016). Parent Management Training – Oregon Model: Adapting Intervention with Rigorous Research. *Fam. Proc.*, 55, 500–513. DOI: 10.1111/famp.12224
- Frey, R., Pedroni, A., Mata, R., Rieskamp, J., Hertwig, R. (2017). Risk preference shares the psychometric structure of major psychological traits. *Science Advances*, 3(10). DOI: 10.1126/sciadv.1701381
- Fryt, J., Duell, N., Szczygieł, M. (2023). Psychological profiles associated with positive and negative risk-taking in adults. *Current Psychology*, 43(14), 12744–12753.

- Fryt, J., Duell, N., Szczygieł, M. (2024). Psychological profiles associated with positive and negative risk-taking in adults. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 43(14), 12744–12753. DOI: 10.1007/s12144-023-05349-8
- Fryt, J., Szczygieł, M., Duell, N. (2022). Positive and negative risk-taking: Age patterns and relations to domain-specific risk-taking. *Advances in Life Course Research*, 54, 100515.
- Fudała, J. (2015). *Motywowanie do zmiany zachowań – poradnik dla osób pomagających*. Warszawa: Wydawnictwo Remedium, s. 12–38.
- Future's Bright: The Futures's Gen Alpha* (2019). <https://mccrindle.com.au/article/topic/generation-alpha/generation-alphas-future-is-bright/>
- Garnezy, N. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia, cz. 1: Conceptual Models and Research Methods. *Schizophrenia Bulletin*, 1(8), 14–90.
- Garnezy, N. (1985). Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. W: J.E. Stevenson (red.), *Recent Research in Developmental Psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement* (t. 4) (s. 213–233). Oxford: Pergamon.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416–430.
- Garnezy, N., Masten, A.S., Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97–111.
- Garstka, T. (2016). *Psychopedagogiczne mity. Jak zachować naukowy sceptycyzm w edukacji i wychowaniu*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Garstka, T., Śliwerski, A. (2019). *Psychopedagogiczne mity 2. Dlaczego warto pytać o dowody*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gaś, Z.B. (1995). *Pomoc psychologiczna młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo WAM.
- Gaś, Z.B. (2003). *Szkolny program profilaktyki: Istota, konstruowanie, ewaluacja*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gaś, Z.B. (2006). *Profilaktyka w szkole*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Gaś, Z.B. (2011). Profesjonalna profilaktyka w szkole: szanse i zagrożenia. W: Z.B. Gaś (red.), *Profesjonalna profilaktyka w szkole. Nowe wyzwania* (s. 7–15). Lublin: Wydawnictwo Naukowe WSEI Innovatio Press.
- Gaś, Z.B. (2016). Rodzina w profilaktyce czy profilaktyka w rodzinie. W: Z.B. Gaś (red.), *Rodzina a profilaktyka zaburzeń w zachowaniu* (s. 265–269). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gaś, Z.B., Poleszak, W. (2017). *Opracowujemy i ewaluujemy program wychowawczo-profilaktyczny szkoły*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Gendreau, P., Andrews, D.A. (2001). *Correctional program assessment inventory – 2000*. The Canadian Centre for Threat Assessment. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/the-sage-encyclopedia-of-criminal-psychology/book245428#contents>
- Gerson, K. (2010). *The unfinished revolution: Coming of age in a new era of gender, work, and family*. Oxford: Oxford University Press.
- Giddens, A. (2012). *Socjologia*. Warszawa: PWN.
- Glasby, J. (2011). From evidence-based to knowledge-based policy and practice: 'If it's not in a randomised controlled trial, I don't believe it's true'. W: J. Glasby (red.), *Evidence, policy and practice: Critical perspectives in health and social care* (wyd. internetowe). Policy Press Scholarship Online. DOI: 10.1332/policypress/9781847423191.001.0001

- Glasby, J., Beresford, P. (2006). Who knows best? Evidence-based practice and the service user contribution. *Critical Social Policy*, 26(1), 268–284. DOI: 10.1177/0261018306059775
- Gnaulati, E. (2016). *To normalne!* Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Gola, W. (2020). Praca środowiskowa w przestrzeni ulicznej miejskiego centrum – studium teoretyczno-empiryczne. *Pedagogika Społeczna*, 2(76), 77–92. DOI: 10.35464/1642-672X.PS.2020.2.05
- Greenberg, M.T., Weissberg, R.P., O'Brien, M.U., Zins, J.E., Fredericks, L., Resnik, H., Elias, M.J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6–7), 466–474. DOI: 10.1037/0003-066X.58.6-7.466
- Greenhalgh, T., Robert, G., Bate, P., MacFarlane, F., Kyriakidou, O. (2005). *Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review*. Malden (MA): Blackwell.
- Gruchola, M. (2016). Pokolenie Alpha – nowy wymiar tożsamości? *Rozprawy Społeczne*, 3(10), 5–13.
- Grzelak, S. (2009). *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne, s. 45–48.
- Grzelak, S. (2015). *Vademecum profilaktyki problemów młodzieży: Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych*. Warszawa: Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Guevara, M., Salomon, E. (2009). *Implementing Evidence-Based Policy and Practice in Community Corrections* (wyd. 2). Crime and Justice Institute at Community Resources for Justice. https://www.crj.org/assets/2017/07/Community_Corrections_BoxSet_Oct09.pdf
- Gullone, E., Moore, S., Moss, S., Boyd, C. (2000). The Adolescent Risk-Taking Questionnaire: Development and psychometric evaluation. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 231–250.
- Guyatt, G.H. (1991). Evidence-Based Medicine. *ACP Journal Club*, 114(2), A–16.
- Haggerty, K., Kosterman, R., Catalano, R.F., Hawkins, J.D. (1999). Preparing for the Drug Free Years. *Juvenile Justice Bulletin*. Pobrano z: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/173408.pdf>
- Haidt, J. (2024). *The Anxious Generation: How the Great Rewiring of Childhood Is Causing an Epidemic of Mental Illness*. New York: Penguin Press.
- Hansan, J.E. (2011). Settlement houses: An introduction. *Social Welfare History Project*. Pobrano z: <https://socialwelfare.library.vcu.edu/settlement-houses/settlement-houses/>
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. (2004). *Communities That Care: Building Community Engagement and Partnerships to Prevent Youth Problem Behaviors*. Jossey-Bass.
- Hawkins, J.D., Nederhooft, B. (1994). *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*. Warszawa – Olsztyn: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- 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(1), 64–105.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Arthur, M.W., Murray, D.M. i in. (2008). Testing Communities That Care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science*, 9(3), 178–190. DOI: 10.1007/s11121-008-0092-y
- Henggelery, S.W., Lee, T. (2006). Terapia wielosystemowa poważnych problemów klinicznych. W: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży: Metody oparte na dowodach* (s. 340–356). Kraków: Wydawnictwo UJ.

- Herrera, C., Grossman, J.B., Kauh, T.J., Feldman, A.F., McMaken, J. (2007). *Making a Difference in Schools: The Big Brothers Big Sisters School-Based Mentoring Impact Study*. Public/Private Ventures. Pobrano z: https://www.researchgate.net/publication/234565605_Making_a_Difference_in_Schools_The_Big_Brothers_Big_Sisters_School-Based_Mentoring_Impact_Study
- Hess, K.M., Orthmann, Ch.H., Wright, J.P. (2012). *Juvenile justice*. Independence: Cengage Learning.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press.
- Honoré, C. (2011). *Pod presją. Dajmy dzieciom święty spokój!* Wydawnictwo Drzewo Babel.
- Howell, C.J., Lipsey, M.W. (2012). Research-Based Guidelines for Juvenile Justice Programs. *Justice Research and Policy*, 14(1), 7–34. https://epis.psu.edu/sites/default/files/2020-08/Howell%20Lipsey_Research-Based%20Guidelines%20-%202012.pdf
- Hunter, J.P., Csikszentmihalyi, M. (2003). The positive psychology of interested adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(1), 27–35. DOI: 10.1023/A:1021028306392
- Hutchings, J., Martin-Forbes, P., Daley, D., Williams, M.E. (2013). A randomized controlled trial of the impact of a teacher classroom management program on the classroom behavior of children with and without behavior problems. *Journal of School Psychology*, 51(5), 571–585. DOI: 10.1016/j.jsp.2013.08.001
- Hysa, B. (2016). Zarządzanie różnorodnością pokoleniową. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria: Organizacja i Zarządzanie*, 97, 1964, 387–388.
- Informacja o wynikach kontroli NIK. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków 2019. Pobrano z: https://www.nik.gov.pl/plik/id,21351,v,artykul_20342.pdf
- Jak pracować z uczniami z pokolenia Alfa? (2023). *Fokus na szkołę. Nowa Era*. Pobrano z: <https://cms.nowaera.pl/data/download/01/89/3b5c46dccf80cb0ab8683c4d36f6b0bc0189b62045f6a41140d2a97b12716c78.pdf/Ebook-Jak%20pracowa%C4%87%20z%20uczniami%20pokolenia%20Alfa.pdf>
- James-Burdumy, S., Dynarski, M., Deke, J. (2007). When Elementary Schools Stay Open Late: Results From the National Evaluation of the 21st Century Community Learning Centers Program. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 29(4), 296–318. DOI: 10.3102/0162373707309077
- Jankowiak, B. (2017). *Zachowania ryzykowne współczesnej młodzieży: Studium teoretyczno-empiryczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jarymowicz, M. (2008). *Psychologiczne podstawy podmiotowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jasiński, A.M., Bąkowska, A. (2021). Czy seniorzy są wykluczeni cyfrowo? Analiza potrzeb osób starszych w zakresie wsparcia informacyjnego. *Rozprawy Społeczne*, 15(1), 48–59.
- Jaskuła, S. (2018). *Ewaluacja społeczna w edukacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Jaycox, L.H., McCaffrey, D.F., Ocampo, B.W., Shelley, G.A., Blake, S.M., Peterson, D.J., Richmond, L.S., Kub, J.E. (2006). Challenges in the evaluation and implementation of school-based prevention and intervention programs on sensitive topics. *American Journal of Evaluation*, 27(3), 320–336. DOI: 10.1177/1098214006291010

- Jennings, P.A., Greenberg, M.T. (2009). The Prosocial Classroom: Teacher Social and Emotional Competence in Relation to Student and Classroom Outcomes. *Review of Educational Research*, 79, 491–525.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12(8), 597–605.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behaviour. W: R. Jessor (red.), *New perspectives on adolescent risk behaviour* (s. 1–10). Cambridge: Cambridge University Press.
- Jessor, R. (2016). Problem behavior theory and adolescent risk behavior: A re-formulation. W: R. Jessor (red.), *The Origins and Development of Problem Behavior Theory* (s. 117–130). Springer.
- Jessor, R., Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychological development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jezierska, J., Siemionow, J. (2020). *Teoretyczne i praktyczne wymiary procesu resocjalizacji nieletnich*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Jha, A.K. (2020). *Understanding generation Alpha*. Pobrano z: https://www.researchgate.net/publication/342347030_Understanding_Generation_Alpha
- Kabali, H., Irigoyen, M.M., Nunez-David, R., Budacki, J.G., Mohanty, S.H., Leister, H.P., Bonner, R.L. (2015). Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics*, 136(6), 1–7.
- Kaczor, P. (2012). Zasady tworzenia programów profilaktycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(1), 55–58.
- Kahn, N.F., Graham, R. (2019). *Promoting positive adolescent health behaviors and outcomes: Thriving in the 21st century*. Washington: National Academies Press. DOI: 10.17226/25552
- Kantowicz, E. (2011). Koncepcja praktyki pracy socjalnej opartej na efektach (*Evidence-based practice*) – wyzwanie czy zagrożenie dla współczesnej profesjonalizacji pracy socjalnej? W: J. Szymanowska (red.), *Ewaluacja w pracy socjalnej. Badania, kształcenie, praktyka* (s. 49–63). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kardas, M. (2010). Zarys dziejów „Polskiej YMCA” i jej gdyńskiego ogniska w latach 1932–1950. *Zeszyty Gdyńskie*, 5, 115–135.
- Karp, N. (1993). Collaboration with families: From myth to reality. *Journal of Emotional and Behavioral Problems*, 1(4), 21–23.
- Kazimierska, I., Lachowicz, I., Piotrowska, L. (2009). *Formułowanie celów rozwojowych według metodologii SMART*. Pobrano z: https://doskonaleniawieci.pl/Upload/Artykuly/2_1/formulowanie_celow_wg_smart.pdf
- Kenrick, D.T., Griskevicius, V., Neuberg, S.L., Schaller, M. (2010). Renovating the pyramid of needs: Contemporary extensions built upon ancient foundations. *Perspectives on Psychological Science*, 5(3), 292–314. DOI: 10.1177/1745691610369469
- Kessler, C.L., Kraus, L.J. (red.) (2007). *The mental health needs of young offenders: Forging paths toward reintegration and rehabilitation*. Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9780511543913
- Kim, B.K.E., Oesterle, S., Hawkins, J.D., Shapiro, V.B. (2015). Assessing sustained effects of Communities That Care on youth protective factors. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 6(4), 565–589. DOI: 10.1086/684163
- Klein, N.C., Alexander, J.F., Parsons, B.V. (1977). Impact of Family Systems Intervention on Recidivism and Sibling Delinquency: A Model of Primary Prevention and Pro-

- gram Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(3), 69–74. DOI: 10.1037/0022-006X.45.3.469
- Kliombka-Jarzyna, J., Kuba, M., Stankiewicz, A., Staszewska, E., Warwas, I., Wiktorowicz, J., Woszczyk, P. (2016). *Pokolenia – co się zmienia? Kompendium zarządzania multigeneracyjnego*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kmiecik-Jusięga, K. (2022). *Profilaktyka społeczna w pedagogicznych przestrzeniach środowiska lokalnego*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum.
- Kmiecik-Jusięga, K., Laurman-Jarząbek, E. (red.) (2016). *Profilaktyka społeczna: Kontekst teoretyczny i dobre praktyki*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ignatianum.
- Kołałowska-Przełomiec, H. (1984). *Zapobieganie przestępczości: Studium kryminologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Kołałowski, A. (2013). *Zaburzenia zachowania u dzieci*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Konaszewski, K., Kwadrans, Ł. (2018). *Zasoby osobiste młodzieży niedostosowanej społecznie. Uwarunkowania środowiskowe*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Korczyk-Ulman, J. (2023). *Pokolenia konsumentów. Jak do nich mówić, żeby nas słuchali... i kupowali?* Pobrano z: Vento. <https://veneo.pl/phavi/at/upl/2023/1213/1213-veneo-e-book-pokolenia-konsumentow-2023.pdf>
- Korporowicz, L. (2001). Rozumienie ewaluacji, historia, która ma przyszłość. W: J. Grzelak, M.J. Sochocki (red.), *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży* (s. 101–116). Warszawa: Pracownia Profilaktyki Problemowej.
- Kosiński, K. (2020). Alkohol w PRL. Polska 1944/45–1989. *Studia i Materiały*, 18, 189–210. DOI: 10.12775/Polska.2020.09
- Kowalski, S. (1974). Metodologiczne zagadnienia integralnego funkcjonowania systemu wychowawczego w środowisku. *Studia Pedagogiczne*, 32, 39–62. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Ossolineum.
- Kowalski, S. (1984). Środowisko lokalne w wychowawczym funkcjonowaniu społeczeństwa. *Rocznik Pedagogiczny*, 9. Polska Akademia Nauk.
- Kowalewska, A. (2018). Picie alkoholu, palenie tytoniu i marihuany. W: J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik (red.), *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC* (s. 129–145). Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Krasiejko, I. (2019). *Rodzina z dziećmi. Rodzina dysfunkcyjna. Pedagogika, praca socjalna, terapia*. Warszawa: Engram.
- Krasiejko, I., Bewz, H. (2017). Podejście familocentryczne w pracy socjalnej z rodziną na przykładzie wybranych działań podejmowanych w Polsce i na Ukrainie. *Rocznik Polsko-Ukraiński*, 19, 187–200. DOI: 10.16926/rpu.2017.19.14
- Kubinowski, D. (2010). *Jakościowe badania pedagogiczne. Filozofia – metodyka – ewaluacja*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kuklinski, M.R., Briney, J.S., Hawkins, J.D., Catalano, R.F. (2012). Cost-benefit analysis of communities that care outcomes at eighth grade. *Prev Sci* (kwiecień), 13(2), 150–161. DOI: 10.1007/s11121-011-0259-9. PMID: 22108900; PMCID: PMC3305832
- Kulesza, M. (2012). Konstruktywistyczne i socjoekologiczne korzenie poradnictwa i diagnozy psychopedagogicznej zorientowanej na zasoby. *Pedagogika Społeczna*, 3, 36–38.

- Kulesza, M. (2015). Zasoby rodzinne – nowa perspektywa podejścia do rodziny w obszarze diagnostyki i poradnictwa psychopedagogicznego. *Studia nad Rodziną UKSW*, XIX, 1(36), s. 77–95.
- Kumah, E.A., McSherry, R., Bettany-Saltikov, J., van Schaik, P., Hamilton, S., Hogg, J., Whitaker, V. (2022). Evidence-informed practice versus evidence-based practice educational interventions for improving knowledge, attitudes, understanding, and behavior toward the application of evidence into practice: A comprehensive systematic review of UG students. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2), e1233. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1002/cl2.1233>
- Kupiec, H. (2019). *Tożsamość nieletnich a motywacja do zmiany w warunkach placówek resocjalizacyjnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kusztal, J. (2016a). Prawne ramy działań profilaktycznych w szkole. W: K. Kmiecik-Jusięga, E. Laurman-Jarząbek (red.), *Profilaktyka społeczna: Kontekst teoretyczny i dobre praktyki* (s. 65–80). Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kusztal, J. (2016b). Uczeń zagrożony niedostosowaniem społecznym a profilaktyczne zadania szkoły. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, 11(2), 97–110.
- Kusztal, J. (2021). Evidence based practice w profilaktyce uzależnień. W: J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak (red.), *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych* (s. 128–132). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kusztal, J. (2023). Kompleksowe metody gromadzenie i opracowania danych. W: M. Piasecka, J. Kusztal, Ł. Szwejka, K. Piątek (red.), *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu* (s. 56–66). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kusztal, J., Piasecka, M. (2020). Przegląd systematyczny raportów badawczych w tworzeniu szkolnego programu profilaktycznego w kontekście zapobiegania wykluczeniu społecznemu uczniów. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, 15(3), 95–111.
- Kusztal, J., Piasecka, M., Nastazjak, A. (2021). *Profilaktyka uzależnienia do hazardu oparta na dowodach naukowych*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Kusztal, J., Piasecka, M., Nastazjak, A., Piec, M. (2021). *Wzmacnianie współpracy podmiotów edukacji w zakresie profilaktyki szkolnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kusztal, J., Szwejka, Ł. (2023). Metody badań ewaluacyjnych. W: M. Piasecka, J. Kusztal, Ł. Szwejka, K. Piątek (red.), *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu* (s. 33–40). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Latessa, E.J., Cullen, F.T., Gendreau, P. (2002). Beyond correctional quackery: Professionalism and the possibility of effective treatment. *Federal Probation*, 66(2), 43–49.
- Lenkens, M., Nagelhout, G.E., Schenk, L., Sentse, M., Severiens, S., Engbersen, G., Lenthe, F.J. (2020). 'I (really) know what you mean'. Mechanisms of experiential peer support for young people with criminal behavior: A qualitative study. *Journal of Crime and Justice*, 44(5), 535–552. DOI: 10.1080/0735648X.2020.1848608
- Lerner, R.M., Lerner, J.V., McBride Murry, V., Phillips-Smith, E., Bowers, E.P., Geldhof, G.J. (2020). Positive youth development in 2020: Theory, research, programs and the promotion of social justice. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 1114–1134. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jora.12609>
- Lerner, R.M., Dowling, E.M., Anderson, P.M. (2003). Positive youth development: Thriving as the basis of personhood and civil society. *Applied Developmental Science*, 7(3), 172–180. DOI: 10.1207/S1532480XADS0703_8

- Lerner, R.M., Fisher, C.B., Weinberg, R.A. (2000). Toward a science for and of the people: Promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development*, 71(1), 11–20. DOI: 10.1111/1467-8624.00113
- Lerner, R.M., Hershberg, R.M., Hilliard, L.J., Johnson, S.K. (2015). Human development. Theories of. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (wyd. 2) (s. 276–282). DOI: 10.1016/B978-0-08-097086-8.34017-X
- Lerner, R.M., Lerner, J.V., Lewin-Bizan, S., Bowers, E.P., Boyd, M.J., Kiely Mueller, M., Schmid, K.L. (2011). Positive youth development: Processes, programs, and problematics. *Journal of Youth Development*, 6(3), 44–64. DOI: 10.5195/JYD.2011.174
- Lerner, R.M., Schmid C.K. (2013). Relational developmental systems theories and the ecological validity of experimental designs. *Human Development*, 56(6), 372–380. DOI: 10.1159/000357179
- Lerner, R.M., Wang, J., Hershberg, R.M., Buckingham, M.H., Harris, E.M., Tirrell, J.M., Lerner, J.V. (2017). Positive youth development among minority youth: A relational developmental systems model. W: N. Cabrera, B. Leyendecker (red.), *Handbook on positive development of minority children and youth* (s. 7–8). Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-43645-6_1
- Lerner, R.M., Weiner, M.B., Arbeit, M.R., Chase, P.A., Agans, J.P., Schmid, K.L., Warren, A.E. A. (2012). Resilience across the life span. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 275–299. DOI: 10.1891/0198-8794.32.275
- Lipsey, M.W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims & Offenders*, 4(2), 124–147. DOI: 10.1080/15564880802612573
- Lipsey, M.W. (2018). Effective Use of the Large Body Research on Effectiveness of Programs for Juvenile Offenders and the Failure of the Model Programs Approach. *Criminology and Public Policy*, 17(1), 189–198. DOI: 10.1111/1745-9133.12345
- Lipsey, M.W. (2020). Revisited: Effective use of the large body of research on the effectiveness of programs for juvenile offenders and the failure of the model programs approach. *Criminology & Public Policy*, 19(4), 1329–1345. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1745-9133.12530>
- Lipsey, M.W., Chapman, G.L., Landenberger, N.A. (2001). Cognitive behavioral programs for offenders. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 578(1), 144–157.
- Loeber, R., Farrington, D.P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12(4), 737–762.
- López-Viets, V., Walker, D.D., Miller, W.R. (2002). What is motivation to change? A scientific analysis. W: M. McMurran (red.), *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy* (s. 15–30). John Wiley & Sons Ltd.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. DOI: 10.1111/1467-8624.00164
- Ławińska, O., Korombel, A. (2023). *Pokolenie Z jako wyzwanie współczesnego zarządzania przedsiębiorstwem. Relacje, media społecznościowe i crowdsourcing*. Częstochowa: Politechnika Częstochowska. Pobrano z: <https://sbc.org.pl/dlibra/publication/812707/>

- edition/751950/pokolenie-z-jako-wyzwanie-wspolczesnego-zarzadzania-przedsiębiorstwem-relacje-media-spolesnoscowe-i-crowdsourcing-lawinska-olga-korombel-anna Łukowska, K. (2018). Gminy i profilaktyka – najwyższy czas na zmianę! *Świat Problemów*, 1, 3–5.
- Łuszczzyńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych: Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Macander, D. (2011). *Profilaktyka uzależnień w szkole – e-poradnik*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Macander, D. (2016). Szkoła dla rodziców i wychowawców. W: Fundacja Praesterno (red.), *Rekomendowane programy profilaktyki uzależnień* (s. 45–62). Warszawa: Fundacja Praesterno.
- Machel, H. (2003). *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mackay, H. (1998). Three generations: The changing values and political outlook of Australians. *Papers on Parliament*, 1. https://www.aph.gov.au/senate/~/~/link.aspx?_id=55EB-CBDD06BE48DD83503B1956A7366B&_z=z
- Majcherczyk, A. (2006). Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 52–53, 33–45.
- Macander, D. (2016). Szkoła dla rodziców i wychowawców. W: *Rekomendowane programy profilaktyki uzależnień* (s. 44). Warszawa: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- Makowska, M. (2020). *Przegląd systematyczny krok po kroku. Przewodnik dla początkujących badaczy reprezentujących nauki społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
- Mannheim, K. (1992/1993). Problem pokoleń. *Coloquia Communia*, 1(12), 136–169.
- Maples, M.F. (2008). Spirituality, wellness and the “silver tsunami”: Implications for counseling. W: R.J. Devi (red.), *Counseling for different phases of life* (s. 79–96). ACAI Press. <http://ereserve.library.utah.edu/Annual/SW/6622/Luptak/silvertsunami.pdf>
- Mapp, K.L., Kuttner, P. (2013). *Partners in Education: A Dual Capacity-Building Framework for Family-School Partnerships*. Pobrano z: <https://www.ed.gov/sites/ed/files/documents/family-community/partners-education.pdf>
- Mapp, K.L., Bergman, E. (2019). *Dual capacity-building framework for family-school partnerships* (wersja 2). Pobrano z: www.dualcapacity.org
- Martinson, R. (1974). What works? – questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22–54. Pobrano z: <https://www.nationalaffairs.com/storage/app/uploads/public/58e/1a4/ba7/58e1a4ba7354b822028275.pdf>
- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington: American Psychological Association.
- Mason, W.A., Kosterman, R., Haggerty, K.P., Hawkins, J.D., Redmond, C., Spoth, R., Shin, C. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 599–605. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.03.032
- Mason, W.A., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Haggerty, K.P., Spoth, R.L. (2003). Reducing adolescents’ growth in substance use and delinquency: Randomized trial effects of a parent-training prevention intervention. *Preventive Science*, 4(3), 203–212. DOI: 10.1023/a:1024653923780

- Mason, W.A., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Haggerty, K.P., Spoth, R.L., Redmond, C. (2007). Influence of a family-focused substance use preventive intervention on growth in adolescent depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence*, 17(3), 541–564. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2007.00534.x
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
- Masten, A.S. (2015). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- Masten, A.S., Best, K.M., Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425–444.
- Matera, J., Czapska, J. (2014). *Zarys metody przeglądu systematycznego w naukach społecznych*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Mazur, J. (2016). Oblicze fenomenu kidults. *Tarnowskie Studia Teologiczne*, 35(2), 41–50.
- Mazur, J., Tabak, I., Małkowska-Szcutnik, A., Ostaszewski, K., Kołolo, H., Dzielska, A., Kowalewska, A. (2006). *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych: Raport z badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- McCrindle, M., Fell, A. (2020). *Understanding generation Alpha*. Norwest: McCrindle Research Pty Ltd. Pobrano z: <https://generationalalpha.com/wp-content/uploads/2020/02/Understanding-Generation-Alpha-McCrindle.pdf>
- McCrindle, M., Wolfinger, E. (2014). *The ABC of XYZ: Understanding the global generations*. Bella Vista: McCrindle Research Pty Ltd. Pobrano z: https://www.academia.edu/35646276/The_ABC_of_XYZ_Mark_McCrindle_PDF_pdf
- McGilloway, A., Hall, R.E., Lee, T., Bhui, K.S. (2010). A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: Prevalence, aetiology and treatment. *BMC Psychiatry*, 10, 33. DOI: 10.1186/1471-244X-10-33
- McNeill, F., Farrall, S., Lightowler, C., Maruna, S. (2012). Reexamining Evidence-Based Practice in Community Corrections: Beyond “A-Confined View” of What Works. *Justice Research and Policy*, 14(1), 35–60.
- McSherry, R. (2007). *Developing, exploring and refining a modified whole system based model of evidence-informed nursing (unpublished PhD thesis)*. Middlesbrough: Teesside University.
- Means, S.N., Magura, S., Burkhardt, J.T., Schröter, D.C., Coryn, C.L. S. (2015). Comparing rating paradigms for evidence-based program registers in behavioural health: Evidentiary criteria and implications for assessing programs. *Evaluation and Program Planning*, 48, 100–116. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2014.09.007
- Melnik, B.M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B., Williamson, K.M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *AJN, American Journal of Nursing*, 110(1), 51–53.
- Michel, M. (2013). Swoistość adaptabilności i przewidywanie rezylencji u „młodych bezdomnych” w lokalnym systemie profilaktyki i resocjalizacji w kontekście ekologicznego modelu Urie Bronfenbrennera. *Resocjalizacja Polska*, 4, 153–168.
- Mihalic, S.F., Elliott, D.S. (2014). Evidence-based programs registry: Blueprints for Healthy Youth Development. *Evaluation and Program Planning*, 48, 124–31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718914000925?via%3Dihub>

- Miles, A., Loughlin, M. (2011). Models in the balance: evidence-based medicine versus evidence-informed individualized care. *J Eval Clin Pract* (sierpień), 17(4), 531–536. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2011.01713.x. PMID: 21794027.
- Minkler, M., Wallerstein, N. (2008). *Community Based Participatory Research for Health: Process to Outcomes* (wyd. 2). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Mitchell, D. (2016). *Sprawdzone metody w edukacji specjalnej i włączającej: Strategie nauczania poparte badaniami*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Mizerek, H. (2017). Studium przypadku w badaniach nad edukacją. Istota i paleta zastosowań. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 9–22. DOI: 10.34767/PP.2017.01.01
- Mizerek, H. (2014). Środowiskowa praca socjalna w perspektywie podejścia evidence-based social work (EBSW). W: T. Kaźmierczak (red.), *Organizowanie społeczności lokalnej: aplikacje, wdrożenie, przyszłość* (s. 181–196). Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701.
- Mrukowicz, J. (2005). Podstawy evidence based medicine (EBM), czyli o sztuce podejmowania trafnych decyzji w opiece nad pacjentami. *Medycyna Praktyczna OnLine*. <https://www.mp.pl/artykuly/25574,podstawy-evidence-based-medicine-ebm-czyli-o-sztuce-podejmowania-trafnych-decyzji-w-opiece-nad-pacjentami>
- Mullen, E.J., Bledsoe, S.E., Bellamy, J.L. (2008). Implementing Evidence-Based Social Work Practice. *Research on Social Work Practice*, 18(4), 325–338.
- Murawiec, S. (2011). Czy istnieją dowody naukowe potwierdzające, że medycyna oparta na dowodach naukowych (EBM) jest lepsza dla wyników leczenia? *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 3(4), 161–162.
- Muskała, M. (2009). Juvenile boot camps – zmierzch eksperymentu? *Pedagogika Społeczna – Oblicza Resocjalizacji*, 32, 77–89.
- Muskała, M. (2012). Amerykańskie i angielskie wzory strategii awersyjnych. *Studia Edukacyjne*, 21, 63–78.
- Muskała, M. (2016). *Odstąpienie od przestępczości w teorii i praktyce resocjalizacyjnej*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Muskała, M., Chojecka, J. (2021). *Uwarunkowania gotowości do resocjalizacji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Mynarska, M. (2012). Wykorzystanie teorii planowanego zachowania w celu wyjaśnienia różnicowania intencji rodzicielskich – ocena operacjonalizacji i dobroci pomiaru zmiennych. *Studia Psychologica*, 12(1), 83–100.
- Nevo, I., Slonim-Nevo, V. (2011). The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice. *The British Journal of Social Work*, 41(6), 1176–1197. DOI: 10.1093/bjsw/bcq149
- Niemierko, B. (2007). *Kształcenie szkolne. Podręcznik skutecznej dydaktyki*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Nowak, M. (1999). *Podstawy pedagogiki otwartej*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Nowicki, M., Analiza SWOT (2015). W: K. Szymańska (red.), *Kompendium metod i technik zarządzania. Technika i ćwiczenia*. Warszawa: Wydawnictwo Gab.
- Nursing Research: Methods, Critical Appraisal, and Utilization, 2nd edition G LoBiondo-Wood J Haber C V Mosby 470pp £24.50 0-8016-3269-2. (1990). *Nurs Stand* (13 czerwca), 4(38), 6. DOI: 10.7748/ns.4.38.6.s57. PMID: 27238519

- Oesterle, S., Kuklinski, M.R., Hawkins, J.D., Skinner, M.L., Guttmanova, K., Rhew, I.C. (2018). Long-Term Effects of the Communities That Care Trial on Substance Use, Anti-social Behavior, and Violence Through Age 21 Years. *Am J Public Health*, 108(5), 659–665.
- Obuchowska, I. (1997). Wspomaganie rozwoju emocjonalnego: refleksje i propozycje. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja* (t. 1.) (s. 35–47). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2008). Założenia do wdrażania skutecznych strategii profilaktycznych. W: *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 r.* (s. 52–65). Warszawa: PARPA. <https://parpa.pl/index.php/informacje-dla-gmin/rekomendacje>
- Opora, R. (2010). *Resocjalizacja, wychowanie i psychokorekcja nieletnich niedostosowanych społecznie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Opora, R. (2015). *Efektywność oddziaływań resocjalizacyjnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Osgood, D.W., Wilson, J.K., O'Malley, P.M., Bachman, J.G., Johnston, L.D. (1996). Routine Activities and Individual Deviant Behavior. *American Sociological Review*, 61(4), 635–655.
- Osher, T.W., Huff, B., Burrell, J. (2007). *Working with Families of Children in the Juvenile Justice and Corrections Systems: A Guide for Education Program Leaders, Principals, and Building Administrators*. Washington, DC: National Evaluation and Technical Assistance Center for the Education of Children and Youth Who Are Neglected, Delinquent, or At-Risk. Pobrano z: <https://neglected-delinquent.ed.gov/resource/working-families-children-juvenile-justice-and-corrections-systems-guide-education-program>
- Ostaszewski, K. (2006). Profilaktyka pozytywna. *Świat Problemów*, 3(158), 6–10.
- Ostaszewski, K. (2010). Kompendium wiedzy o profilaktyce. W: *Przewodnik metodyczny po programach zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Warszawa: Fundacja ETOH.
- Ostaszewski, K. (2014). *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski, K. (2015). Bariery i wyzwania profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży. *Świat Problemów*, 1, 5–11.
- Ostaszewski, K. (2016). *Standardy profilaktyki*. Warszawa: Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.
- Ostaszewski, K. (2017). Używanie substancji psychoaktywnych jako przejaw zachowań ryzykownych młodzieży szkolnej. W: *Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 11–18.
- Ostaszewski, K. (2019). W kierunku profilaktyki opartej na wiedzy. W: Z. Gaś (red.), *Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce* (s. 35–50). Lublin: Wydawnictwo WSEiL.
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K. (2008). Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce* (s. 53–76). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski, K., Rustecka-Krawczyk, A., Wójcik, M. (2008). *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Ośrodek Rozwoju Edukacji. (2010). *Szkoła dla rodziców*. Pobrano z: <https://ore.edu.pl/2010/04/szkola-dla-rodzicow/>
- Palka, S. (2010). *Podstawy metodologii badań w pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Paluchowski, W. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski buros”? *Roczniki Psychologiczne*, 13(2), 7-27.
- Paprzycka, E., Mianowska, E. (2020). Nietrwałość związków intymnych – społeczno-demo-graficzne uwarunkowania powodów potencjalnej decyzji o rozstaniu kobiet i mężczyzn. *Przegląd Socjologiczny*, 69(1), 81–105. DOI: 10.26485/PS/2020/69.1/4
- Pawełek, K. (2009). Społeczność lokalna wielkiego miasta wobec zachowań dewiacyjnych dzieci i młodzieży. *Studia Edukacyjne*, 10, 109-128.
- Pawełek, K. (2016). *Zachowania ryzykowne współczesnej młodzieży szkolnej u progu adole-scencji*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Pawełek, K. (2021). Społeczność lokalna jako płaszczyzna zapobiegania zachowaniom ry-zykownym młodych ludzi. W: W. Ambrozik, J. Modrzewski (red.), *Stanisław Kowalski. Pamięć postaci uczonego i kontynuacje jego dorobku*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realistic perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pentz, M.A., Mihalic, S.F., Grotpetter, J.K. (1998a). *The Midwestern Prevention Project: Blue-prints for Violence Prevention, Book One*. Pobrano z: <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms/MPP.html>
- Pentz, M.A., Mihalic, Sh.F., Grotpetter, J.K. (1998b). *Blueprints for Violence Prevention*, t. 1: *The Midwestern Prevention Project*. Boulder, Colorado, Center for the Study and Pre-vention of Violence.
- Peszat, K., Cybulska, M., Murawska, E., Nowakowska, G. (2020). *Pokolenie gniazdowników w Polsce*. Warszawa: Urząd Statystyczny.
- Petersilia, J. (2004). What works in prisoner reentry? Reviewing and questioning the evidence. *Federal Probation*, 68(2), 4-8.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., Hollis-Peel, M.E., Lavenberg, J.G. (2013). ‘Scared Straight’ and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 30(4). DOI: 10.1002/14651858.CD002796.pub2
- Piasecka, M. (2022). Ewaluacja – jej użyteczność, definiowanie oraz obszary zastosowania. W: M. Piasecka, J. Kusztal, K. Piątek (red.), *Ewaluacja w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych* (s. 11-38). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piasecka, M. (2023). Ewaluacja jako działanie wzmacniające jakość programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. W: M. Piasecka, J. Kusztal, Ł. Szwejka, K. Piątek (red.), *Ewa-luacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu* (s. 13-32). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piasecka, M., Karteczka-Świątek, K., Opozda-Suder, S., Sztuka, M., Szwejka, Ł. (2019). *Okre-ślenie na drodze metaanalizy wskaźników skuteczności terapii uzależnienia od narkotyków [Raport badawczy]*. Uniwersytet Jagielloński; Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Nar-komanii. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/raport-z-badania-pn.-ocena-bezposrednich-i-odroczonego-efektow-terapii-osobuzaleznionych-od-narkotykow.pdf>
- Piasecka, M., Kusztal, J., Piątek, K. (2022). *Ewaluacja w profilaktyce i terapii zaburzeń beha-wioralnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Piasecka, M., Kusztal, J., Szwejka, Ł., Piątek, K. (2023). *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych: Metodyka ewaluacji procesu*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piątek, K. (2023). Upublicznianie wyników ewaluacji. W: M. Piasecka, J. Kusztal, Ł. Szwejka, K. Piątek (red.), *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu* (s. 160–161). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piątek, K., Szwejka, Ł. (2023). Opracowanie raportu z ewaluacji programu profilaktycznego. W: M. Piasecka, J. Kusztal, Ł. Szwejka, K. Piątek (red.), *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu* (s. 155–160). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pilch, T. (1995). Środowisko lokalne – struktura, funkcje, przemiany. W: T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna* (s. 155–170). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pilch, T. (1998). *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Pilch, T. (2000). Środowisko lokalne. W: D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej* (s. 300–320). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Piotrowski, K., Ziółkowska, B., Wojciechowska, J. (2014). Rozwój nastolatka. Późna faza dorastania (wiek: 14/15–19/20). W: A. Brzezińska (red.), *Niezbędnik Dobrego Nauczyciela*. Warszawa: IBE.
- Piquero, A.R., Moffitt, T.E. (2005). Explaining the facts of crime: How the developmental taxonomy replies to Farrington's invitation. W: D.P. Farrington (red.), *Integrated developmental and life-course theories of offending* (s. 51–72). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Plan działania UE w zakresie narkotyków na lata 2021–2025, Rada Unii Europejskiej (2021). <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/fd218c19-c5d6-11ec-b6f4-01a-a75ed71a1>
- Plath, D. (2012). Praktyka oparta na dowodach. W: M. Grey, S.A. Webb (red.), *Praca socjalna. Teorie i metody* (s. 233–234). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Podgórecki, A. (1996). Tok postępowania celowościowego. W: E. Marynowicz-Hetka, J. Piekarski (red.), *Wokół problemów działania społecznego* (s. 53–74). Warszawa: BPS, Interart.
- Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych* (2022). EMCDDA.
- PROFNET (2014). *Kompetencje zawodowe profilaktyka*. <https://www.profnet.org.pl/kompetencje-zawodowe-profilaktyka/>
- PROSPER. (b.d.). *Guiding good choices*. Pobrano z: <https://prosper.ppsi.iastate.edu/how-it-works/programs/guiding-good-choices>
- Przeperski, J. (2017a). Przemiany w systemie opieki i wsparcia rodziny z dziećmi. Perspektywa paradygmatu familiocentrycznego. *Pedagogika Społeczna*, 2(64), 135–150.
- Przeperski, J. (2017b). Nowe paradygmaty w obszarze wsparcia rodziny w środowisku lokalnym w perspektywie umieszczania dzieci w pieczy zastępczej (Acta Universitatis Nicolai Copernici). *Pedagogika* 34(2), *Nauki Humanistyczno-Społeczne*, Zeszyt 440.
- Radochoński, M. (2009). *Osobowość antyspołeczna*. Rzeszów: Wydawnictwo UR.
- Raynor, P. (2003). Evidence-based probation and its critics. *Probation Journal*, 50(4), 334–345. DOI: 10.1177/0264550503504002
- Reducing Behavior Problems in the Elementary School Classroom, IES Practice Guide* (2008). U.S. Department of Education, What Works Clearinghouse. https://ies.ed.gov/ncee/wwc/Docs/PracticeGuide/behavior_pg_092308.pdf

- Reykowski, J. (1977). *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa: PWN.
- Rhoades, E.A. (2010). Toward family-centered practice. W: E.A. Rhoades, J. Duncan (red.), *Auditory-verbal practice: Family centered early intervention*. Springfield: Charles C Thomas Pub Ltd. (s. 167-186). https://www.researchgate.net/publication/216258946_Toward_family-centered_practice
- Rhoades, E., Duncan, J. (2010). *Auditory-verbal practice: Family centered early intervention*. Springfield: Charles C Thomas Publisher, s. 136-179.
- Romer, D., Reyna, V.F., Satterthwaite, T.D. (2017). Beyond stereotypes of adolescent risk taking: Placing the adolescent brain in developmental context. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27, 19-34.
- Roth, J., Brooks-Gunn, J., (2000). What Do Adolescents Need for Healthy Development? Implications for Youth Policy. *Social Policy Report*, 14(1), 6-7. DOI: 10.1002/j.2379-3988.2000.tb00012.x
- Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience - clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Rylke, H., Tuszewski, T. (2004). *Powrót do źródeł. O profilaktyce w szkołach*. Kielce: Oficyna Wydawnicza Nauczycieli.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *The BMJ*, 312, 71-72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: How to Practice and Teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Salamucha, A. (2016). Pojęcie profilaktyki (analiza semiotyczna). *Roczniki Pedagogiczne*, 8(44), 25-40. <https://ojs.tnku.pl/index.php/rped/article/view/2552/2227>
- Sampson, R.J., Laub, J.H. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. Cambridge (USA): Harvard University Press.
- Sampson, R.J., Raudenbush, S.W., Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277(5328), 918-924. DOI: 10.1126/science.277.5328.918
- Sawicki, K. (2018). *Diady, kliki, gangi: Młodzież nieprzystosowana społecznie w perspektywie współczesnej pedagogiki resocjalizacyjnej*. Kraków: Impuls.
- Segiet, K. (2011). *Dziecko i jego dzieciństwo w perspektywie naukowego poznania i doświadczania rzeczywistości: Studium pedagogiczno-społeczne* (s. 79-81). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Segiet, K. (2018). Środowisko jako świat społeczny współczesnego dziecka. Wiodące wątki, nowe przemyślenia. W: J. Modrzewski, A. Matysiak-Błaszczak, E. Włodarczyk (red.), *Środowiska uczestnictwa społecznego jednostek, kategorii i grup (doświadczenia socjalizacyjne i biograficzne)* (s. 391-407). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Sexton, T.L., Alexander, J.F. (2000). Functional Family Therapy. *Juvenile Justice Bulletin*, 2–7.
Pobrano z: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/184743.pdf>
- Sęk, H. (red.) (2005). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (red.) (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Sigmarsdóttir, M., Rains, L.A., Forgatch, M.S. (2016). Parent Management Training – Oregon Model: A program to treat children's behavior problems. W: J.J. Ponzetti, Jr. (red.), *Evidence-based parenting education: A global perspective* (s. 192–205). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Sigmarsdóttir, M., DeGarmo, D.S., Forgatch, M.S., Guðmundsdóttir, E.V. (2013). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 468–476.
- Sigmarsdóttir, M., Thorlacius, Ö., Guðmundsdóttir, E.V., DeGarmo, D.S. (2015). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Child outcomes in a nationwide randomized controlled trial. *Family Process*, 54(3), 498–517. DOI: 10.1111/famp.12109
- Silbereisen, R.K., Lerner, R.M. (2007). Approaches to positive youth development: A view of the issues. W: R.K. Silbereisen, R.M. Lerner (red.), *Approaches to positive youth development* (s. 3–30). SAGE Publications. DOI: 10.4135/9781446213803
- Sklad, M., Diekstra, R., De Ritter, M., Ben, J., Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49(9), 892–909. DOI: 10.1002/pits.21641
- Skoog-Hoffman, A., Coleman, B., Nwafor, E., Lozada, F., Olivo-Castro, S., Jagers, R. (2023). *Casel Building Authentic School-Family Partnerships Through The Lens Of Social And Emotional Learning*. Pobrano z: <https://casel.org/sel-innovations-1/?view=true>
- Slagsvold, B., Hansen, T. (2022). The baby-boomer generation. Another breed of elderly people? W: A. Falch-Eriksen, M. Takle, B. Slagsvold (red.), *Generational tensions and solidarity within advanced welfare states* (s. 153–170). Londyn: Routledge.
- Sloboda, Z., Petras, H. (2014). *Defining Prevention Science*. Berlin (Niemcy): Springer.
- Słupska, K. (2020). Aktywizowanie społeczności lokalnej (przesłanki teoretyczne i przykłady dobrych praktyk „odradzania się” idei sąsiedztwa). *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja*, 1(17), 251–263. DOI: 10.14746/kse.2020.17.11.1
- Sochocki, M.J. (2016). Formułowanie wskaźników, dobór działań oraz ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. W: J. Węgrzecka-Giluń (red.), *Jak zadbać o jakość w profilaktyce – System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego* (s. 61–98). Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Remedium.
- Sokołowska, M. (2000). Założenia ogólne i definicje. W: J.Cz. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja* (s. 9–16). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Spoth, R., Trudeau, L., Redmond, C., Shin, C. (2014). Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 949–963. DOI: 10.1037/a0036840
- Stańdo-Kawecka, B. (2009). Zapobieganie przestępczości nieletnich w świetle evidence-based policy. W: P. Hofmański, S. Waltoś (red.), *W kręgu prawa nieletnich. Księga pamiątkowa ku czci Profesor Marianny Korcyl-Wolskiej* (s. 237–246). Warszawa: Wolters Kluwer.

- Stańdo-Kawecka, B. (2010). O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie. *Probacja*, 1, 33–47.
- Stańdo-Kawecka, B. (2013). Wykonywanie kary pozbawienia wolności z perspektywy współczesnej penologii. W: *Polski system penitencjarny. Ujęcie integralno-kulturowe*, dodatek specjalny „Forum Penitencjarne” (s. 11–23). Warszawa.
- Stępiak, P. (1998). *Wymiar sprawiedliwości i praca socjalna w krajach Europy Zachodniej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Stormshak, E., Caruthers, A., Chronister, K., DeGarmo, D., Stapleton, J., Falkenstein, C., DeVargas, E., Nash, W. (2018). Reducing risk behavior with family-centered prevention during the young adult years. *Prevention Science*, 20(3), 321–330. DOI: 10.1007/s11121-018-0917-2
- Straus, S., Glasziou, P., Richardson, W., Haynes, R. (2011). *Evidence-based medicine how to practice and teach it* (wyd. 4). Churchill Livingstone Elsevier.
- Szacka, B. (2003). *Wstęp do socjologii*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza.
- Szarfenberg, R. (2011). Dowody naukowe jako podstawa polityki społecznej, zarządzania społecznego i pracy socjalnej. *Problemy Polityki Społecznej*, 15, 99–113.
- Szczepkowski, J. (2010). *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*. Toruń: Wydawnictwo UMK.
- Szczepkowski, J. (2016). *Resocjalizacja młodzieży uzależnionej oparta na potencjałach. W poszukiwaniu rozwiązań instytucjonalnych*. Toruń: Wydawnictwo UMK, s. 82.
- Szczukiewicz, P. (2016). Profilaktyka wobec zjawiska społecznej anomii. W: Z.B. Gaś (red.), *Nowe wyzwania profilaktyki* (s. 13–28). Warszawa: Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe.
- Szepietowska, E.M. (2012). Diagnostyka neuropsychologiczna i jej zastosowanie kliniczne. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 8(3), 107–113.
- Szmagalski, J. (1994a). O „budzeniu sił ludzkich” nie po polsku: koncepcje „empowerment” w anglojęzycznej literaturze z zakresu edukacji i pracy socjalnej. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 113–128.
- Szmagalski, J. (1994b). *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Szreder, M. (2010). *Metody i techniki sondażowych badań opinii*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Sztuka, M. (2013). *Anachronizm i aktualność. Idea resocjalizacji w sporze o nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UJ.
- Szwejka, Ł., Kusztal, J., (2023). Gromadzenie danych w badaniach ewaluacyjnych. W: M. Piasecka, J. Kusztal, Ł. Szwejka, K. Piątek (red.), *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu* (s. 41–55). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Szymanek, V. (2023). *Społeczeństwo informacyjne w liczbach*. Warszawa: Ministerstwo Cyfryzacji. <https://kompetencjcyfrowe.gov.pl/media/2024/09/Spoleczenstwo-informacyjne-w-liczbach-2023.pdf>
- Szymańska, J. (2012). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Szymańska, J. (2002). Szkoła jako miejsce realizacji działań profilaktycznych. W: G. Świątkiewicz (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym* (s. 123–135). Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

- Świątkiewicz, G. (red.) (2002). *Profilaktyka w środowisku lokalnym*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Świda-Ziemia, H. (2010). *Młodzież PRL – portrety pokoleń w kontekście historii*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie.
- The Landscape of Community Programs for Youth (2002). W: J. Eccles, A. Gootman (red.), *Community Programs to Promote Youth Development. Committee on Community-Level Programs for Youth*. Washington: National Research Council and Institute of Medicine. DOI: 10.17226/10022
- Thornberry, T.P., Krohn, M.D. (2001). The development of delinquency: An interactional perspective. W: S.O. White (red.), *Handbook of youth and justice* (s. 289–305). Springer.
- Titler, M.G., Everett, L.Q. (2001). Translating research into practice. Considerations for critical care investigators. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 13(4), 587–604.
- Trudeau, L., Spoth, R., Lillehoj, C., Redmond, C., Wickrama, K.A. (2003). Effects of a preventive intervention on adolescent substance use initiation, expectancies, and refusal intentions. *Prevention Science*, 4(2), 109–122. DOI: 10.1023/a:1022926332514
- Trupin, E. (2007). Evidence-based treatment for justice-involved youth. W: C.L. Kessler, L.J. Kraus (red.), *The Mental Health Needs of Young Offenders: Forging Paths towards Reintegration and Rehabilitation* (s. 348). Cambridge University Press.
- Trupin, E.W., Turner, A.P., Stewart, D.G., Wood, P. (2004). Transition planning and recidivism among mentally ill juvenile offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4), 599–610. DOI: 10.1002/bsl.596
- Twenge, J.M. (2024). *Pokolenia. Prawdziwe różnice między pokoleniami: Dlaczego dzieci i młodzież są teraz dorośli tak późno i co to oznacza dla nas wszystkich*. Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa.
- Urban, B. (2012). Społeczność lokalna jako źródło zachowań dewiacyjnych i wsparcie dla działań profilaktyczno-resocjalizacyjnych. *Nauczyciel i Szkoła*, 1(51), 25–41.
- Van Horn, M.L., Fagan, A.A., Hawkins, J.D., Oesterle, S. (2014). Effects of the Communities That Care system on cross-sectional profiles of adolescent substance use and delinquency. *Am J Prev Med.* (sierpień), 47(2), 188–197. DOI: 10.1016/j.amepre.2014.04.004. Epub 2014 Jun 27. PMID: 24986217; PMCID: PMC4106992
- Wallerstein, N. (2006). The effectiveness of empowerment strategies to improve health. *Health Evidence Network*. Copenhagen: World Health Organization.
- Walker, S.C., Lyon, A.R., Aos, S., Trupin, E.W. (2017). The consistencies and vagaries of the Washington State Inventory of Evidence-based practice: The definition of “evidence-based” in a policy context. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(1), 42–54. DOI: 10.1007/s10488-015-0652-y
- Walkowska, W. (2018). Pokolenie „sandwich generation” w obliczu współczesnych przemian demograficznych. *Polityka Społeczna*, 9, 7–11.
- Walter, I., Nutley, S., Davies, H. (2005). What Works to Promote Evidence-Based Practice? A Cross-Sector Review. *Evidence and Policy: A Journal of Debate, Research, and Practice*, 1(3), 335–364.
- Wątroba, W.T. (2019). Transgresywność systemów wartości pokoleń we współczesnym kapitalizmie. *Folia Oeconomica*, 5(344), 139–157. https://www.researchgate.net/publication/336926067_Transgresywnosc_systemow_wartosci_pokolen_we_wspolczesnym_kapitalizmie

- Webster-Stratton, C.W. (2001). The Incredible Years: Parents, Teachers, and Children Training Series. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18(3), 34.
- Webster-Stratton, C.W., Reid, M.J. (2006). Niewiarygodne lata: Seria materiałów szkoleniowych dla rodziców, nauczycieli i dzieci. Wieloaspektowe ujęcie leczenia małych dzieci z problemami w zachowaniu. W: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży: Metody oparte na dowodach* (s. 253–271). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Welento-Nowacka, A. (2017). Zastosowanie oraz założenia teoretyczne narzędzi opartych na modelu ustrukturyzowanej oceny ryzyka wystąpienia zachowań związanych z przemocą w praktyce klinicznej. *Psychiatria*, 14(1), 21–27.
- Werner, E.E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? W: S. Houshyar, M. DeVries, A. Gold (red.), *Handbook of resilience in children* (wyd. 2) (s. 87–102). Springer. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-3661-4_6
- Werner, E.E., Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. Adams, Bannister and Cox.
- Werner, E.E., Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press. https://books.google.la/books?id=lf6tDwA-AQBAJ&pg=PR3&hl=pl&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false
- Wike, T.L., Bledsoe, S.E., Manuel, J.I. (2014). Evidence-based practice in social work: Challenges and opportunities for clinicians and organizations. *Clinical Social Work Journal*, 42(2), 177–186. DOI: 10.1007/s10615-014-0492-3
- Williams, I. (2011). Receptive contexts and the role of knowledge management in evidence-based practice: 'All we have to do is roll out best practice everywhere else. W: J. Glasby (red.), *Evidence, policy and practice: Critical perspectives in health and social care* (s. 99–117). Bristol: Policy Press Scholarship. DOI: 10.1332/policypress/9781847423191.003.0007
- Williams, I., Gasby, J. (2010). Making 'what works' work: The use of knowledge in UK health and social care decision-making. *Policy and Society*, 29(2), 95–120.
- Wojcieszek, K., Szymańska, J. (2003). *Standardy jakości pierwszorzędkowych profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Woodbury, M.G., Kuhnke, J. (2014). Evidence-based practice vs. evidence-based practice: what's the difference? *Wound Care Canada*, 12(1), 26–29. <https://tinyurl.com/2p8msjaf> (dostęp: 8 marca 2022).
- Woynarowska, B. (2009). Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 90(3), 293–298.
- Woynarowska, B. (2017). *Edukacja zdrowotna: Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN.
- Wygotski, L. (1978). *Narzędzie i znak rozwoju w dziecka*. Warszawa: PWN.
- Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w jednostkach administracji publicznej, przedsiębiorstwach i gospodarstwach domowych (2021). GUS.
- Wysocka, E. (2008). *Diagnoza w resocjalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Wysocka, E. (2012). Koncepcja *resilience* jako podstawa teoretyczna identyfikacji zaburzeń w przystosowaniu i działań profilaktycznych. W: B. Urban, M. Konopczyński (red.), *Profilaktyka i probacja w środowisku lokalnym*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UJ.
- Wysocka, E. (2013). *Diagnoza pedagogiczna. Nowe obszary i rozwiązania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Wysocka, E. (2015). *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Wysocka, E. (2019). *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Warsztat diagnostyczny pedagoga praktyka*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Wysocka, E. (2019). Diagnoza w resocjalizacji – perspektywa pozytywna vs. negatywna, teoria vs. praktyka diagnozowania. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 38(2), 125–146.
- Youniss, J., McLellan, J.A., Yates, M. (1997). What we know about engendering civic identity. *American Behavioral Scientist*, 40(5), 619–630. DOI: 10.1177/0002764297040005008
- Zack, M.K., Karre, J.K., Olson, J., Perkins, D.F. (2019). Similarities and differences in program registers: A case study. *Evaluation and Program Planning*, 76, 1–28. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2019.101676
- Zajadacz, A. (2014). Pokolenie X, Y, Z a fenomen turystyki. W: J. Śledzińska, B. Włodarczyk (red.), *Międzypokoleniowe aspekty turystyki* (s. 55–69). Warszawa: Wydawnictwo PTTK „Kraj”.
- Zaleski, Z. (1991). *Psychologia zachowań celowych*. PWN
- Zammit, K., Alvarez, M.E. (2012). Keeping Up with the Research. *Children & Schools*, 34(1), 49. DOI: 10.1093/cs/cdr006
- Ziemski, S. (1973). *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.

Monografia autorstwa Agnieszki Barczykowskiej i Macieja Muskały (...) jest kompletnym opracowaniem teoretyczno-praktycznym, którego przedmiotem są zagadnienia współczesnej profilaktyki zachowań ryzykownych, a podstawą teoretyczną i metodyczną jest podejście określane jako praktyka oparta na dowodach i praktyka oparta na wiedzy. Książka jest interesująca i innowacyjna, a nowatorska jest szczególnie perspektywa naukowa, w jakiej autorzy lokują współczesne problemy profilaktyki społecznej. Dotychczasowe (...) monografie ujmują profilaktykę w kontekście szkolnym czy środowiskowym lub eksponują konkretne zachowania ryzykowne, zaburzenia używania substancji czy behawioralne albo mają charakter mocno eklektyczny i podejmują zagadnienia wpisujące się w różne obszary profilaktyki społecznej. (...) monografia eksponuje perspektywę pedagogiczną, aczkolwiek nie wpisuje się do końca w dyscyplinę pedagogikę, ma raczej charakter interdyscyplinarny, z powołaniem się na nauki o zdrowiu, psychologii, pedagogiki społecznej, pedagogiki resocjalizacyjnej czy pracy socjalnej, ma nachylenie mocno praktyczne i użyteczne. Jest to zdecydowanym walorem książki i czyni ją także bardziej dostępną szerszemu gronu adresatów.

Z recenzji dr hab. Justyny Kusztal, prof. UJ

Książka stanowi kompendium dobrze usystematyzowanej wiedzy, która pozwala na zrozumienie, na czym polegać powinno profesjonalne organizowanie oddziaływań profilaktycznych w różnych środowiskach wychowawczych. W związku z tym przydatna będzie zarówno dla naukowców zajmujących się badaniem czynników warunkujących zapobieganie rozwojowi patologii społecznych, jak i praktyków zainteresowanych skutecznym ograniczaniem zachowań ryzykownych podejmowanych przez dorastającą młodzież. Co więcej, publikacja dostarcza wielu przekonujących argumentów wskazujących na korzyści wynikające ze wzajemnej współpracy środowisk zaangażowanych w jej planowanie, organizowanie, realizację i ewaluację. Jest to zatem opracowanie prezentujące profilaktykę profesjonalną, która oparta jest na dowodach naukowych i jedynie taką uznać można za nowoczesną, ponieważ potwierdzona jest jej skuteczność w zapobieganiu współczesnym problemom społecznym.

Z recenzji dr hab. Huberta Kupca, prof. US

ISBN 978-83-232-4569-8 (Print)
ISBN 978-83-232-4570-4 (PDF)

