

Standardy jakości i System Rekomendacji

– praktyczny przewodnik dla szkół
i jednostek samorządu terytorialnego



Opracowanie:

dr Paweł Filipczak

dr Wioletta Junik

dr Jakub Kołodziejczyk

dr Agnieszka Pisarska

dr Wiesław Poleszak

Jolanta Terlikowska, MBA

Redakcja: prof. dr hab. Maria Deptuła

Recenzja: dr hab. Krzysztof Ostaszewski

Copyright by Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

ISBN 978-83-970079-6-3

Egzemplarz bezpłatny

Wydanie współfinansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026
w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Spis treści

Wstęp	5
Rozdział 1.	
Dlaczego działania profilaktyczne powinny spełniać wyższe standardy jakości i opierać się na wiedzy naukowej?	6
1.1. Analiza działań samorządowych w zakresie profilaktyki adresowanej do dzieci i młodzieży <i>Jolanta Terlikowska</i>	6
1.2. <i>Evidence-based programs</i> – co oznacza „działanie o potwierdzonej skuteczności”? <i>Agnieszka Pisarska</i>	13
1.3. Ramy polityk publicznych wynikających z Narodowego Programu Zdrowia, strategii UE oraz rekomendacji WHO/EUDA i KCPU <i>Paweł Filipczak</i>	22
Rozdział 2.	
Jak dobrać program do potrzeb szkoły i gminy? <i>Wioletta Junik</i>	26
2.1. Diagnoza potrzeb – źródła danych, czyli skąd czerpać dane o potrzebach?	26
2.2. Standardy jakości w diagnozie potrzeb i zasobów	32
2.3. Logiczny model programu – narzędzie doboru i projektowania programu profilaktycznego	37
2.4. Matryca „Problem – Cel – Program – Warunki” (MCPW)	39
2.5. Jak dopasować program do wieku uczniów i etapu edukacyjnego?	42
2.6. Rola rodziców i środowiska lokalnego w diagnozie potrzeb	45

Rozdział 3.

System Rekomendacji – instrukcja obsługi

Jakub Kołodziejczyk

48

- 3.1. Architektura Systemu Rekomendacji: podział na profilaktykę uniwersalną, selektywną, wskazującą 48
- 3.2. Jak czytać kartę programu:
cele, grupa docelowa, metody, wymagania, koszty 54
- 3.3. Najczęstsze błędy użytkowników
Systemu Rekomendacji i sposoby ich uniknięcia 59

Rozdział 4.

Kompetencje realizatorów programów profilaktycznych

64

- 4.1. Wymagania wobec realizatorów programów rekomendowanych
Wiesław Poleszak 65
- 4.2. Polska Rama Kwalifikacji i ścieżki rozwoju zawodowego
w profilaktyce
Jolanta Terlikowska 72

Rozdział 5.

Przykłady wdrożeń z gmin i szkół

74

- 5.1. Wnioski z doświadczeń we wprowadzaniu programów
rekomendowanych w gminach miejskich
Paweł Filipczak 74
- 5.2. Jak efektywnie współpracować w gminie wiejskiej?
Paweł Filipczak 76
- 5.3. Doświadczenia w realizacji programów rekomendowanych
na poziomie szkoły średniej 78
 - 5.3.1. Jak realizować programy rekomendowane
w szkołach ponadpodstawowych?
Paweł Filipczak 78
 - 5.3.2. Współpraca samorządu lokalnego i szkoły średniej
we wdrażaniu rekomendowanych programów
Wiesław Poleszak 81

Bibliografia

82

Wstęp

Publikacja została przygotowana przez Instytut Nowej Kultury w ramach projektu **„Promocja rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”** realizowanego ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026 w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Adresowana jest do przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, dyrektorów szkół, nauczycieli, pedagogów, psychologów oraz innych specjalistów odpowiedzialnych za planowanie i realizację działań profilaktycznych na rzecz dzieci i młodzieży. Celem tej publikacji jest wsparcie decydentów we wprowadzaniu skutecznej profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży oraz racjonalnym wydatkowaniu środków publicznych. Oznacza to przejście od działań incydentalnych do spójnych, długofalowych strategii profilaktycznych opartych na wiedzy naukowej i standardach jakości.

Na podstawie badań naukowych przedstawiono **najważniejsze założenia profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży**. Scharakteryzowano proces formułowania celów i projektowania działań profilaktycznych oparty na wynikach diagnozy, aby odpowiadały one na potrzeby szkoły i społeczności lokalnej. Zamieszczono **praktyczne wskazówki dotyczące korzystania z Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego**. Omówiono także kompetencje, jakie powinny mieć osoby realizujące działania profilaktyczne.

W końcowej części publikacji zamieszczono streszczenia **wypowiedzi** kilku **praktyków zaangażowanych w realizację profilaktyki** w gminie miejskiej, wiejskiej oraz w jednym liceum. Dotyczą one refleksji nad tym, co pomaga, a co przeszkadza we wprowadzaniu programów rekomendowanych w środowiskach, w których pracują.

Dlaczego działania profilaktyczne powinny spełniać wyższe standardy jakości i opierać się na wiedzy naukowej?

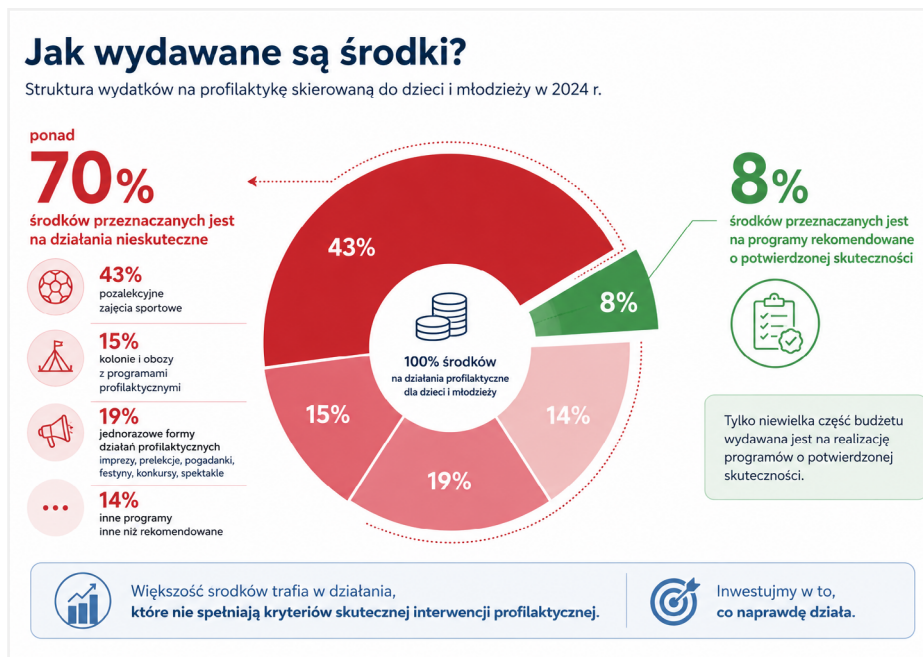
1.1. Analiza działań samorządowych w zakresie profilaktyki adresowanej do dzieci i młodzieży

Jolanta Terlikowska

Analiza sprawozdań KCPU-G1, dotyczących działalności samorządów lokalnych w Polsce w 2024 r. w zakresie działań profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży (*Profilaktyka i rozwiązywanie problemów uzależnień*, 2025), pokazuje zdecydowaną **dysproporcję między deklarowaną troską o działania profilaktyczne a faktycznym rozkładem wydatków**. Na realizację rekomendowanych programów profilaktycznych przeznaczono jedynie 8% środków kierowanych do dzieci i młodzieży. Jednocześnie wydano:

- 14% na inne programy niż rekomendowane,
- 43% na pozalekcyjne zajęcia sportowe,
- 15% na kolonie i obozy z programami profilaktycznymi,
- 19% na jednorazowe formy działań profilaktycznych, w tym: imprezy sportowe, prelekcje i pogadanki, festyny, konkursy i spektakle.

Oznacza to, że **zdecydowana większość środków (ponad 70%) przeznaczana jest na działania** o charakterze akcyjnym, rekreacyjnym lub edukacyjnym, **które nie spełniają kryteriów skutecznej interwencji profilaktycznej**. Ponadto ponad połowa samorządów nie realizuje żadnego programu rekomendowanego. Tylko niewielka część budżetu wydawana jest na realizację programów o potwierdzonej skuteczności.

Rys. 1. Struktura wydatków na profilaktykę skierowaną do dzieci i młodzieży w 2024 r.

Wnioski z kontroli działalności profilaktycznej gmin i szkół przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w roku 2019

Ustalenia te są potwierdzone również w raportach Najwyższej Izby Kontroli (2019). Wynika z nich, że:

- **organy samorządowe nie wykonywały rzetelnie zadań** na rzecz poprawy jakości oddziaływań profilaktycznych,
- **w wielu gminach dominowały działania o niepotwierdzonej skuteczności**, w tym festyny, imprezy plenerowe i jednorazowe akcje,
- **w niemal połowie spośród skontrolowanych szkół nie zrealizowano żadnego programu rekomendowanego**,
- **współpraca między gminami a szkołami w obszarze profilaktyki była niewystarczająca**.

Chociaż od kontroli NIK minęło już siedem lat – w polityce władz samorządowych niewiele się zmieniło. W praktyce oznacza to, że mimo dostępności narzędzi o wysokiej jakości (programy rekomendowane) i jasno określonych standardów, system lokalny wciąż preferuje działania widowiskowe, jednorazowe, łatwe do zorganizowania, o niepotwierdzonej skuteczności – zamiast systematycznych, długofalowych programów o udokumentowanej skuteczności.

TRUDNOŚCI SYSTEMOWE

Warto także zwrócić uwagę na inny, nowszy raport Najwyższej Izby Kontroli z 2024 roku, dotyczący systemu pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży. Pokazuje on drugą stronę tego samego problemu – **niewydolność systemu reagowania na już istniejące trudności**. Wskazano w nim m.in. na ograniczoną dostępność specjalistów, braki kadrowe, długi czas oczekiwania na pomoc oraz koncentrację działań na diagnozie zamiast na realnym wsparciu. System pomocy nie jest w stanie adekwatnie odpowiadać na rosnące potrzeby młodych ludzi. Łączne odczytanie obu raportów prowadzi do jednoznacznego wniosku: **system wsparcia dzieci i młodzieży w Polsce jest niespójny i przeciążony**. Z jednej strony nie zapobiega powstawaniu problemów, ponieważ działania profilaktyczne opierają się głównie na nieskutecznych strategiach. Z drugiej zaś strony, nie radzi sobie z ich konsekwencjami. Brak inwestycji w wysokiej jakości, systemową profilaktykę skutkuje narastaniem trudności.



Inwestujmy w **skuteczną profilaktykę**
opartą na **dowodach naukowych**.

METAFORA KOLEJNYCH POZIOMÓW

Z tego powodu tak istotne jest przejście w profilaktyce na wyższy poziom jakości realizowanych działań. Dla zobrazowania tej zmiany można posłużyć się metaforą kolejnych „poziomów”. **Obecny poziom**, na którym od wielu lat funkcjonuje znaczna część działań profilaktycznych, opiera się głównie na **jednorazowych formach aktywności – pogadankach, konkursach, festynach czy spektaklach profilaktycznych**. Są to działania łatwe do zorganizowania i atrakcyjne wizualnie, jednak ich skuteczność w ograniczaniu zachowań ryzykownych jest niepotwierdzona. Są też dowody na nieskuteczność, a czasem szkodliwość tego typu działań.

Kolejny poziom stanowią **działania projektowane w oparciu o diagnozę potrzeb – programy „szyte na miarę”**, lepiej dopasowane do odbiorców i kontekstu lokalnego. Następnie pojawia się **poziom wykorzystania programów znajdujących się w Systemie Rekomendacji nazwanych programami obiecującymi**, czyli takich, które spełniają standardy jakości, choć ich

Rys. 2. Droga rozwoju skutecznej profilaktyki



skuteczność nie została jeszcze w pełni potwierdzona w badaniach. Jeszcze wyższy poziom to **programy określone jako dobre praktyki** – posiadające już wyniki ewaluacji efektów i dostarczające bardziej wiarygodnych przesłanek dotyczących skuteczności. **Najwyższy poziom stanowią programy oparte na dowodach naukowych** (*evidence-based*), których skuteczność została potwierdzona w badaniach spełniających wysokie standardy metodologiczne, a jakość ich realizacji podlega systematycznej kontroli.

Przechodzenie na kolejne poziomy nie polega na zwiększaniu liczby działań, lecz na podnoszeniu ich jakości, trafności i skuteczności. Oznacza to zmianę sposobu myślenia o profilaktyce – od działań intuicyjnych i okazjonalnych do działań planowanych, opartych na dowodach i wpisanych w spójny system oddziaływań.



Nie chodzi o **więcej działań**,
tylko o ich **jakość**

Potrzeba systemowych działań profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności

Analiza wydatków gminnych oraz ustalenia Najwyższej Izby Kontroli wskazują na istotną lukę między wiedzą naukową a praktyką lokalną. Z uwagi na fakt występowania takich zachowań ryzykownych wśród uczniów jak palenie papierosów (zwłaszcza e-papierosów), picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych oraz problemowe korzystanie z Internetu konieczne jest wydawanie środków publicznych na działania oparte na podstawach naukowych i potwierdzonej skuteczności.

W tej sytuacji kluczowe staje się **przejście od działań incydentalnych do rozwiązań systemowych**, w szczególności do upowszechnienia programów opartych na dowodach naukowych. Tylko takie podejście pozwala skutecznie odpowiadać na współczesne wyzwania i realnie wpływać na poprawę zdrowia oraz dobrostanu dzieci i młodzieży.



Kluczowe jest przejście
od działań incydentalnych
do rozwiązań **systemowych**.



CO TO OZNACZA W PRAKTYCE?

Warto podkreślić, że podstawy dla systemowych działań profilaktycznych są już obecne **w obowiązujących regulacjach prawnych**. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii wyznaczają **zadania własne samorządów i zapewniają środki na ich realizację**. Istotną rolę w tym systemie pełnią gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych.

Systemowy charakter mają również działania realizowane w **szkołach**. **Obowiązek opracowywania i realizowania programu wychowawczo-profilaktycznego** zapewnia ciągłość i planowy charakter oddziaływań. Wzmocnieniem tego systemu jest także zwiększenie dostępności specjalistów – pedagogów, psychologów i pedagogów specjalnych – którzy stanowią pierwszą linię wsparcia dla uczniów doświadczających trudności edukacyjnych, rodzinnych czy emocjonalnych. Jest to ważny element profilaktyki selektywnej i wskazującej.

Do systemowych rozwiązań należy zaliczyć także **funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego**, działających na podstawie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, a także **młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych**, które odpowiadają na potrzeby młodzieży zagrożonej niedostosowaniem społecznym. Uzupełnieniem tych działań mógłby stać się wprowadzony do szkół przedmiot „**edukacja zdrowotna**”, w ramach którego są godziny przeznaczone na profilaktykę zachowań ryzykownych i uzależnień oraz rozwijanie kompetencji psychospołecznych.

Szczególne znaczenie ma również sam **System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego**, który stanowi narzędzie podnoszenia jakości i skuteczności działań realizowanych ze środków publicznych.

SKUTECZNA PROFILAKTYKA

Jednocześnie należy podkreślić, że **realizacja programów profilaktycznych** – nawet tych znajdujących się w Bazie programów rekomendowanych – jest tylko jednym z elementów systemu. Skuteczna profilaktyka wymaga równoległego podejmowania działań w wielu obszarach. Obejmuje m.in. **wzmacnianie kompetencji rodziców i nauczycieli, budowanie pozytywnego klimatu w placówkach oświatowych** (już od etapu przedszkolnego), **edukację sprzedawców napojów alkoholowych oraz systematyczne kontrole punktów sprzedaży.**

Kluczowe znaczenie mają także **działania ograniczające dostępność alkoholu na poziomie lokalnym**, takie jak zmniejszanie liczby punktów sprzedaży, wprowadzanie ograniczeń w godzinach sprzedaży (np. zakazu sprzedaży nocnej) czy ustalanie odpowiednich odległości punktów sprzedaży od szkół, placówek sportowych i kulturalnych.

W efekcie profilaktyka powinna być rozumiana jako spójny system długofalowych, zaplanowanych i wzajemnie uzupełniających się działań, opartych na dowodach naukowych i standardach jakości.

Takie podejście wyraźnie odróżnia skuteczną profilaktykę od dominujących obecnie działań przypadkowych, jednorazowych i niespójnych, które – mimo swojej atrakcyjności – nie przynoszą oczekiwanych efektów.



Profilaktyka powinna być rozumiana jako **spójny system** długofalowych, zaplanowanych i wzajemnie uzupełniających się działań, opartych na **dowodach naukowych i standardach jakości.**

1.2. Evidence-based programs – co oznacza „działanie o potwierdzonej skuteczności”?

Agnieszka Pisarska

Programy profilaktyczne o potwierdzonej skuteczności to programy, których pozytywne rezultaty zostały udokumentowane w poprawnie przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych. Jakie warunki należy jednak spełnić, by można było uznać, że badania zostały zrealizowane zgodnie z obowiązującymi standardami metodologicznymi?

Realizacja badań ewaluacyjnych składa się z sześciu etapów (Hawkins, Nederhood, 1994), które zostały omówione niżej w kolejnych punktach na przykładzie fikcyjnego szkolnego programu profilaktyki uniwersalnej „E-papierosy – co nastolatek powinien wiedzieć?” dla uczniów klas VII–VIII.



Programy profilaktyczne o potwierdzonej skuteczności to programy, których pozytywne rezultaty zostały **udokumentowane** w poprawnie przeprowadzonych **badaniach ewaluacyjnych**.

I. Pytania ewaluacyjne i dobór wskaźników

Pytania ewaluacyjne powinny odnosić się do tego, czy udział w programie przyczynia się do oczekiwanych zmian w zachowaniach uczestników. Rodzaj zachowań oraz zakres oczekiwanych zmian określony jest natomiast w **celu głównym** oraz **celach szczegółowych programu**. Celem programu „E-papierosy – co nastolatek powinien wiedzieć?” jest ograniczenie palenia e-papierosów przez młodzież. Podstawowe pytanie ewaluacyjne mogłoby zatem brzmieć:

- ✓ **W jakim stopniu udział w programie wpływa na ograniczenie używania e-papierosów przez nastolatków?**

Poza pytaniem ewaluacyjnym dotyczącym celu głównego należy też sformułować pytania odnoszące się do celów szczegółowych, których osiągnięcie ma przyczynić się do realizacji głównego celu programu. Uzyskanie odpowiedzi na te pytania jest istotne, ponieważ pozwala ustalić możliwe przyczyny niepowodzenia w realizacji celu głównego. W przypadku programu „E-papierosy – co nastolatek powinien wiedzieć?” cele szczegółowe mogłyby odnosić się do takich czynników ryzyka, jak pozytywne postawy młodzieży wobec e-papierosów oraz niedostateczna wiedza na temat konsekwencji ich używania. Pytania ewaluacyjne dotyczące celów szczegółowych można by sformułować następująco:

- ✓ W jakim stopniu udział w programie wpływa na postawy uczestników wobec używania e-papierosów?
- ✓ W jakim stopniu udział w programie wpływa na poprawę poziomu wiedzy uczestników na temat zdrowotnych konsekwencji używania e-papierosów?



Pytania ewaluacyjne powinny odnosić się do tego, czy udział w programie przyczynia się do oczekiwanych zmian w zachowaniach uczestników.

DOBÓR WSKAŹNIKÓW

Sformułowanie pytań ewaluacyjnych wiąże się ściśle z wyborem wskaźników. **Wskaźniki to miary, po których poznajemy, czy udało się osiągnąć zakładane cele programu**, np. używanie e-papierosów w ostatnich 30 dniach przed badaniem (tak/nie). Ważne jest przy tym, aby wskaźniki były **precyzyjnie sformułowane**. Inaczej trudno będzie stwierdzić, czy istotnie działania realizowane w ramach programu zakończyły się sukcesem, wyrażającym się w oczekiwanych zmianach w zachowaniu nastolatków.

Wracając do przykładu programu „E-papierosy – co nastolatek powinien wiedzieć?” podstawowym wskaźnikiem skuteczności programu będzie odsetek uczestników programu, którzy używają e-papierosów (oczekiwane zmniejszenie tego odsetka). Wskaźnikiem dotyczącym postaw może być odsetek uczestników potwierdzających postawy aprobujące używanie e-papierosów (oczekiwane zmniejszenie tego odsetka). W przypadku wiedzy, za wskaźnik skuteczności można przyjąć odsetek poprawnych odpowiedzi na pytania dotyczące zagrożeń związanych z używaniem e-papierosów (oczekiwane zwiększenie tego odsetka).

II. Schemat badawczy i dobór uczestników badania

Następny etap ewaluacji to ustalenie **schematu badawczego**. W badaniach, których celem jest sprawdzenie skuteczności programu w postaci wpływu na zachowania odbiorców, konieczne jest zastosowanie **schematu eksperymentalnego**. W tym schemacie badania prowadzone są **przed (pre-test)** i po zakończeniu oddziaływań profilaktycznych (**post-test**) w dwóch grupach:

1. grupie uczestników programu (nazywanej w badaniach ewaluacyjnych grupą eksperymentalną),
2. grupie, która nie bierze udziału w zajęciach (nazywanej grupą kontrolną).

Osoby badane z jednej grupy docelowej przydzielane są losowo z równym prawdopodobieństwem do obu z tych grup, tj. do eksperymentalnej i kontrolnej (Europejski program profilaktyki, 2022). W przypadku badań prowadzonych w szkołach losowy dobór pojedynczych uczniów jest trudny do zastosowania, ponieważ wymagałby tworzenia tymczasowych zespołów klasowych, które trzeba by „rozwiązać” po zakończeniu realizacji programu oraz badań ewaluacyjnych. Z tego względu w ewaluacji programów adresowanych do szkół wykorzystywany jest zazwyczaj **schemat quasi-eksperymentalny**, gdzie zasada losowego przydziału do grupy badawczej nie obowiązuje. Istnieje kilka wariantów takiego schematu (Hawkins, Nederhood, 1994). W praktyce najczęściej stosowany jest schemat, w którym całe szkoły bądź klasy np. z jakiejś dzielnicy miasta przydzielane są do grupy, w której program będzie realizowany, a z innej dzielnicy miasta – do grupy niebiorącej w nim udziału (nazywanej w schemacie quasi-eksperymentalnym **grupą porównawczą**).

Rys. 3. Schemat ewaluacji programu



Dobłą i rekomendowaną praktyką jest, aby szkoły/klasz z grupy porównawczej miały możliwość wzięcia udziału w programie po zakończeniu badań – oczywiście pod warunkiem, że program przynosi pozytywne efekty.

Pozostaje jeszcze kwestia ustalenia **liczebności grupy eksperymentalnej i porównawczej**. Przyjmuje się, że każda z tych grup powinna liczyć przynajmniej 10 klas szkolnych (ok. 250 uczniów) lub więcej. Trzeba bowiem brać pod uwagę problem „wykruszania się” uczestników spowodowanego absencją uczniów w dniach prowadzenia badań: pre-testu i post-testu. Może się również zdarzyć, że program nie zyska uznania uczestników, w efekcie znacząca grupa wycofa się z udziału w trakcie jego realizacji. W takim przypadku konieczne jest sprawdzenie, jakie są tego przyczyny, np. czy powodem jest sposób prowadzenia zajęć, przekazywane treści czy sam temat, który nie jest adekwatny do potrzeb uczestników (Borucka, Kehl, 2021).

III. Metody zbierania danych

W badaniach ewaluacyjnych programów profilaktycznych stosowane są metody ilościowe oraz jakościowe. **Metody ilościowe są wykorzystywane do oceny skali rozpowszechnienia danego problemu/zjawiska**, któremu ewaluowany program ma zapobiegać. Na przykład ustalenia, jaki odsetek młodzieży w wieku 14-15 lat używa e-papierosów. **Metody jakościowe umożliwiają z kolei uzyskanie informacji na temat potencjalnych powodów, dla których program przyczynił się (bądź nie) do ograniczenia problemu** używania przez młodzież e-papierosów.

W badaniach skuteczności programów profilaktycznych stosuje się przede wszystkim metody ilościowe. **Źródłem danych** są najczęściej osobiste deklaracje uczestników programu, zaś **narzędziem** ankiety wypełniane przez tychże uczestników. Wykorzystywane są ponadto informacje pochodzące od realizatorów programu oraz zawarte w dokumentacji szkolnej (Hawkins, Nederhood, 1994).

Ankiety do samodzielnego wypełnienia przez uczestników programu mogą zawierać pojedyncze pytania oraz skale do pomiaru cech lub zachowań osób badanych, istotnych z punktu widzenia celów programu. Bardzo ważne jest przy tym, aby te narzędzia były **sprawdzone pod względem trafności** (czy mierzą to, co mają mierzyć?) oraz **rzetelności** (na ile dokładnie mierzą to, co mają mierzyć?).

Opracowanie trafnych i rzetelnych narzędzi wymaga wiedzy i doświadczenia. Z tego względu zalecane jest korzystanie ze sprawdzonych wcześniej narzędzi opracowanych w renomowanych ośrodkach badawczych, pod warunkiem uzyskania zgody autorów oraz z podaniem źródła, z którego zostały zaczerpnięte. Jeśli jednak narzędzia niezbędne do planowanych badań ewaluacyjnych jeszcze nie powstały, konieczne będzie opracowanie własnych. W przypadku programu „E-papierosy – co nastolatek powinien wiedzieć?” trzeba by zapewne opracować zestaw pytań dotyczących wiedzy na temat wpływu e-papierosów na zdrowie. **Pytania powinny odnosić się do wiedzy przekazywanej uczestnikom podczas zajęć**. Źródłem inspiracji dla pytań o postawy wobec e-papierosów mogą być badania dotyczące postaw wobec

innych substancji psychoaktywnych¹. Należy też przeprowadzić **badania pilotażowe opracowanego narzędzia w niewielkiej grupie młodzieży** podobnej pod względem wieku, płci itp. do przyszłych odbiorców programu. Pozwoli to upewnić się, czy nowo opracowane pytania są rozumiane przez osoby badane zgodnie z intencjami autorów badań ewaluacyjnych (Hawkins, Nederhooft, 1994). Na przykład, po wstępnym opracowaniu pytań dotyczących używania, postaw i wiedzy na temat e-papierosów należy upewnić się, jak to określenie jest rozumiane przez uczniów, co oni sami nazywają e-papierosami.

IV. Realizacja badań

Kolejny etap, czyli **przeprowadzenie badań ewaluacyjnych**, wymaga spełnienia warunków, które dają gwarancję wiarygodności danych zebranych od uczestników. Osoby badane powinny zostać **poinformowane o celu oraz zakresie badań**, należy też wyjaśnić, w jaki sposób zapewniana jest **anonimowość i poufność** uzyskanych informacji. Konieczne jest również **wyrażenie zgody**



Kluczowe informacje dotyczące ewaluacji programu



Informowanie uczestników: poinformuj o celu i zakresie badań oraz o zapewnieniu anonimowości i poufności.



Zgoda na udział: uzyskaj dobrowolną zgodę na udział w badaniach, a w przypadku niepełnoletnich – zgodę rodziców.



Przygotowanie realizatorów: przygotuj realizatorów do odpowiedzi na pytania i wyjaśnienia przebiegu badań oraz treści ankiety.



Badania prowadzone przez osoby spoza placówki: nauczyciele i pedagodzy szkolni nie powinni prowadzić badań w swojej szkole, by nie budzić obaw o ujawnienie odpowiedzi.

¹ Raporty z takich badań dostępne są na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom: <https://kcpc.gov.pl/statystyki-i-raporty/raporty-z-badan/>

na udział w badaniach, a w przypadku uczniów niepełnoletnich **uzyskanie zgody ich rodziców**. Realizatorzy muszą więc zostać dobrze przygotowani do wyjaśnienia wszelkich wątpliwości dotyczących przebiegu badań oraz rozumienia pytań zamieszczonych w ankiecie. Wszelkie badania, w tym badania ewaluacyjne programu profilaktycznego, powinny być **prowadzone przez osoby spoza placówki**, w której realizowane są badania. W przypadku programów szkolnych ankieterami nie mogą więc być nauczyciele czy pedagodzy szkolni. Może to bowiem wzbudzać wśród uczniów obawy, że ich odpowiedzi zostaną ujawnione personelowi szkoły.

V. Analiza danych

Po zakończeniu prowadzenia badań wśród odbiorców programu należy przygotować **bazę danych gotową do analiz**, a następnie przystąpić do obliczeń. Udokumentowanie skuteczności programu wymaga zastosowania odpowiednich **testów statystycznych**, które pozwalają stwierdzić, że uzyskane wyniki są rzeczywiście rezultatem uczestniczenia w programie. Warto w tej kwestii zasięgnąć porady profesjonalistów z zakresu statystyki.

VI. Prezentacja wyników

Ostatni etap, czyli zaprezentowanie wyników ewaluacji, to również ważny element procesu dokumentowania skuteczności. **Opis wyników** może mieć formę **prezentacji, raportu czy artykułu naukowego lub popularnonaukowego** (*Europejskie standardy jakości...*, 2018). Warto przy tym zadbać o przygotowanie publikacji napisanej z myślą o osobach, które nie są specjalistami w dziedzinie profilaktyki czy ewaluacji. **Przystępnie napisane** informacje o udokumentowanych naukowo korzyściach z programu mogą być zachętą dla adresatów, realizatorów oraz sponsorów, a tym samym sprzyjać upowszechnianiu programu o udokumentowanej skuteczności. Warto też podkreślić, że nawet jeśli ewaluacja nie przyniosła pozytywnych rezultatów, to wyniki mogą posłużyć do modyfikacji i ulepszenia programu.

Kolejna kwestia, którą należy tu omówić, dotyczy „siły” dowodów skuteczności programu profilaktycznego. W przykładzie „E-papierosy – co nastolatek powinien wiedzieć?” opisano ewaluację, która ma dostarczyć **najmocniejszych dowodów skuteczności programu profilaktycznego**, czyli zmiany niepożądanych zachowań, w tym przypadku ograniczenia problemu używania przez młodzież e-papierosów. Uzyskanie takiej zmiany jest najcenniejsze, ale zarazem najtrudniejsze do osiągnięcia. O skuteczności programu mogą jednak świadczyć **nieco słabsze dowody**, tj. zmiany w zakresie czynników ryzyka bądź chroniących powiązanych z określonym zachowaniem, czyli **tzw. zmiennych pośredniczących**. Istotne jest przy tym, aby zmienne pośredniczące były zgodne z teoriami, które wyjaśniają etiologię niepożądanych zachowań. W przypadku używania substancji psychoaktywnych takimi zmiennymi są – między innymi – **postawy** wobec tych substancji, **przekonania normatywne** dotyczące rozpowszechnienia i społecznej aprobaty ich używania czy **umiejętności psychospołeczne** pomocne w radzeniu sobie z wyzwaniami okresu dorastania. **Najsłabszym dowodem skuteczności programu jest wzrost wiedzy**

Rys. 4. Siła dowodów skuteczności programu profilaktycznego



o konsekwencjach i ryzyku związanym z używaniem substancji psychoaktywnych, ponieważ dysponowanie taką wiedzą nie wpływa istotnie na zmianę takich zachowań. Oczywiście nie oznacza to, że przekaz wiedzy jest w programach profilaktycznych zbędny, nie jest natomiast czynnikiem, który automatycznie „przekłada się” na ograniczenie problemu używania substancji psychoaktywnych. Odpowiednio dobrana wiedza o bezpośrednich, psychospołecznych konsekwencjach używania tych substancji, zwłaszcza takich, które młody człowiek obserwuje „tu i teraz” u siebie lub u rówieśników, może mieć wpływ na postrzeganie własnego bilansu korzyści i strat. A to już jest zgodne z teorią kształtowania się postaw wobec danego zachowania, czyli może wpływać na istotne zmienne pośredniczące.

Na koniec należy jeszcze wyraźnie zaznaczyć, że **dowodami skuteczności nie są** takie osiągnięcia jak: **wysoki odsetek uczestników, którzy są zadowoleni z zajęć** oraz poleciliby program swoim rówieśnikom, **frekwencja na zajęciach** czy **entuzjastyczne komentarze** niewielkiej grupy odbiorców.

Podsumowując ten – z konieczności – krótki tekst o ewaluacji trzeba podkreślić, że prowadzenie badań ewaluacyjnych wymaga wiedzy, doświadczenia i różnorodnych kompetencji. Z tego też względu warto zadbać o stworzenie zespołu badawczego ściśle ze sobą współpracującego na każdym etapie ewaluacji.



Prowadzenie badań ewaluacyjnych wymaga wiedzy, doświadczenia i różnorodnych kompetencji. Dlatego warto zadbać o stworzenie zespołu badawczego ściśle ze sobą współpracującego na każdym etapie ewaluacji.

1.3. Ramy polityk publicznych wynikających z Narodowego Programu Zdrowia, strategii UE oraz rekomendacji WHO/EUDA i KCPU

Paweł Filipczak

Podstawą ram polityk publicznych w obszarze profilaktyki uzależnień są dokumenty międzynarodowe, strategię i standardy UE, krajowe programy rządowe oraz rekomendacje instytucji centralnych.

System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego istnieje w Polsce od 2010 r. Obecnie za funkcjonowanie systemu odpowiadają: **Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii** oraz **Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom**. Ekspertki oceniają programy z zakresu promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień oraz innych zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Programy spełniające określone kryteria otrzymują rekomendację. Jednym z kluczowych celów tego systemu jest promowanie standardów jakości². „Źródłem inspiracji dla twórców polskiego systemu był program Exchange Drug Demand Reduction Action (EDDRA) prowadzony przez EMCDDA (Pisarska, 2019, s. 8–9)”³.

Trendy globalne

Działania profilaktyczne oparte na dowodach naukowych są elementem polityk rekomendowanych m.in. przez Światową Organizację Zdrowia czy Agencję Unii Europejskiej ds. Narkotyków (EUDA)⁴. Zatem **system rekomendacji obowiązujący w Polsce wpisuje się w trendy globalne dotyczące konieczności realizowania rekomendowanej profilaktyki opartej na dowodach naukowych.**

² Por. <https://programyrekomendowane.pl/system-rekomendacji/o-systemie-rekomendacji/> (dostęp: 10.02.2026 r.). Na tej stronie znajdują się wartościowe informacje dotyczące m.in. systemu rekomendacji i bazy programów rekomendowanych.

³ Celem programu EDDRA było upowszechnienie informacji o programach ograniczania popytu na narkotyki spełniających kryteria dobrej jakości.

⁴ EUDA zastąpiła Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA).

W „Międzynarodowych Standardach Używania Substancji Psychoaktywnych” eksperci wykazali, jakie działania są, a jakie nie są skuteczne w profilaktyce używania substancji psychoaktywnych. Grono to przygotowało informacje dotyczące „europejskich rejestrów programów profilaktycznych opartych na naukowych dowodach, które (...) mogą być pomocne w znalezieniu i wyborze programu odpowiedniego dla lokalnych potrzeb” (EPC, 2022, s. 42).

Rys. 5. Instytucje odpowiedzialne za funkcjonowanie Systemu Rekomendacji



Kontekst europejski

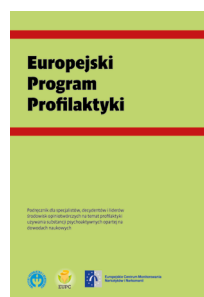
W Europejskich Standardach Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków rekomendowane jest wdrażanie spójnej wizji polityki w obszarze profilaktyki uzależnień. Standardy te „stanowią podsumowanie udokumentowanych rozwiązań w zakresie prowadzenia profilaktyki uzależnień” (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2022, s. 39-40).

Tabela 1. Zestawienie cech skutecznej profilaktyki uzależnień (Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2018, s. 39-40)

Cechy skutecznej profilaktyki uzależnień na podstawie Europejskich Standardów
wysoka jakość (programy oparte na naukowych podstawach)
długofalowe plany działania
wykorzystanie praktycznych metod pracy z młodymi ludźmi
szkolenie wykwalifikowanej kadry realizatorów
odpowiedź na realne potrzeby uczestników
uwzględnianie wymiaru etycznego (np. dobrowolność udziału; osiągnięcie zakładanych korzyści w jak najszerszym zakresie)
posiadanie dowodów dotyczących osiągania założonych celów
brak skutków ubocznych (dany program nie wyrządza szkód)
możliwość realizacji w ramach dostępnych zasobów

Praktyczne narzędzie

Potwierdzenie swojego miejsca na mapie międzynarodowej profilaktyki polski System Rekomendacji znalazł w **Europejskim Programie Profilaktyki**. To właśnie dzięki temu programowi zalecane jest wdrażanie zasad profilaktyki opartej na dowodach naukowych. Dzieje się to m.in. poprzez realizowanie systemu szkoleń na podstawie starannie przygotowanego podręcznika⁵. Dzięki tym działaniom praktycznym profilaktyka oparta na dowodach naukowych ma szansę być realizowana kompleksowo w poszczególnych krajach UE, w tym w Polsce.



⁵ Podręcznik jest dostępny w Internecie zarówno w wersji angielskiej, jak i polskiej. https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en (dostęp: 18 lutego 2026 r.).

Kontekst polski

W „Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025” Rada Ministrów odniosła się do potrzeby realizowania zintegrowanego przeciwdziałania uzależnieniom poprzez „wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, **w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego** (wyróżnienie P.F.)”. Wśród realizatorów zostały wymienione m.in. jednostki samorządu terytorialnego (*Narodowy Program Zdrowia*, 2025, s. 11), co nakłada na samorządy obowiązek wykonywania tego ważnego zadania.

Postulat dotyczący realizowania profilaktyki opartej na naukowych podstawach znajduje się także w „*Rekomendacjach (...)*” KCPU (2025). Czytamy w nich, że **rekomenduje się realizowanie programów profilaktycznych** z zakresu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, które „znalazły się w bazie programów rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji (...)” (*Rekomendacje ...*, 2025, s. 62). Z treści NPZ i *Rekomendacji* KCPU wynika, że System Rekomendacji powinien być kluczowym instrumentem polityki społecznej państwa polskiego w zakresie profilaktyki związanej z używaniem substancji psychoaktywnych.



Przejdź do publikacji:
[System Rekomendacji](#)
[Programów Profilaktycznych](#)
[i Promocji Zdrowia](#)
[Psychicznego](#)



Przejdź do strony:
programyrekomendowane.pl

Jak dobrać program do potrzeb szkoły i gminy?

Wioletta Junik

Profesjonalne podejście do profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży opiera się na założeniu, że **każda interwencja musi być poprzedzona rzetelną diagnozą**. Dotyczy to zarówno działań projektowanych w skali mikro (np. dla szkoły) czy skali makro (np. dla środowiska lokalnego danej gminy). Bez względu na rozmiary obszaru oddziaływań **diagnoza powinna stanowić element zaplanowanej, logicznej struktury projektowanego przedsięwzięcia profilaktycznego i być dostosowana do specyfiki rozwojowej jego odbiorców**. Poprawnie przeprowadzona diagnoza pozwala poznać rozmiary i specyfikę zachowań ryzykownych oraz czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z ich uwarunkowaniami i mechanizmami. Ta wiedza jest niezbędna do wybierania gotowych czy projektowania nowych oddziaływań lub strategii profilaktycznych zarówno w skali mikro, jak i makro. Aktualnie dzięki zaangażowaniu wielu międzynarodowych instytucji **disponujemy kilkoma zestawami standardów**, które należy uwzględnić w procesie opracowania i oceny m.in. programów profilaktycznych. Dotyczy to również etapu projektowania, jakim jest diagnoza.

2.1. Diagnoza potrzeb – źródła danych, czyli skąd czerpać dane o potrzebach?

Skutecznej diagnozie dla celów profilaktycznych mogą posłużyć **różne metody i źródła danych** w celu uzyskania obiektywnego obrazu rzeczywistości. Takie podejście określa się mianem triangulacji (zob. Urbaniak-Zajęc, 2018).

Triangulacja w badaniach społecznych to łączne zastosowanie ilościowych i jakościowych metod badawczych, które służy weryfikacji informacji pochodzących z różnorodnych źródeł. Podejście triangulacyjne umożliwia lepsze dotarcie do danych, co sprawia, że badacze mogą spojrzeć na analizowany problem z wielu perspektyw (Nowińska, 2023).

Dane wykorzystywane do identyfikowania potrzeb, można podzielić na: **dane zastane** (np. statystyki instytucjonalne, raporty z badań naukowych przeprowadzonych przez różne podmioty) oraz **dane wywołane** (np. badania własne).

Tabela 2. Przykładowe źródła danych do diagnozy lokalnych potrzeb

Kategoria danych	Główne źródła pozyskiwania informacji	Przykładowe wskaźniki/parametry
Dane epidemiologiczne	Raporty z badań populacyjnych dotyczących nastolatków i młodzieży: – ESPAD (<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>) – HBSC (<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>) – Badania Mokotowskie	• rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych (odsetek badanych używających poszczególne substancje psychoaktywne kiedykolwiek w życiu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, w ciągu ostatnich 30 dni) • średni wiek inicjacji alkoholowej

Dane epidemiologiczne	Raporty z badań dotyczących nastolatków i młodzieży przeprowadzonych przez takie instytucje, jak np.: – Centrum Badania Opinii Społecznej – Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę – Instytut Matki i Dziecka – Instytut Psychiatrii i Neurologii – Ośrodek Rozwoju Edukacji Statystyki lokalnych instytucji ochrony zdrowia, np. poradnie leczenia uzależnień, poradnie zdrowia psychicznego Statystyki stacji sanepid	• wzory używania narkotyków (rodzaj używanych substancji psychoaktywnych, częstotliwość używania, droga przyjmowania) • liczba osób z określonymi problemami korzystających z usług stacjonarnych PLU • charakterystyka osób zgłaszających się do leczenia z powodu narkotyków • choroby zakaźne związane z narkotykami (w szczególności zakażenia HIV, HCV, HBV, zachorowania na AIDS)
Dane instytucjonalne i administracyjne	System Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom Dane z gmin ze sprawozdań zbieranych przy pomocy formularzy KCPU- G1 Dane z gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych Raporty Policji i Straży Miejskiej Dokumentacja miejskich/ gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej	• liczba niebieskich kart • liczba zezwoleń na sprzedaż alkoholu • liczba interwencji policji wobec osób nietrzeźwych • przestępczość związana z narkotykami, liczba przypadków związanych z łamaniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii • liczba rodzin i osób objętych pomocą społeczną oraz powody przyznania pomocy

Dane z diagnozy środowiska szkolnego	Badania sondażowe wśród uczniów (np. metodą CAWI/ PAPI) Wywiady ze specjalistami szkolnymi, np. pedagogami i psychologami Obserwacje uczestniczące	• poziom klimatu społecznego szkoły • rozmiary przemocy rówieśniczej w szkole • rodzaje czynników ryzyka i czynników chroniących zidentyfikowanych w szkole
Dane na temat potencjału społeczności lokalnej	Inwentaryzacja zasobów gminy Wywiady z przedstawicielami NGO Dane z Centrów Usług Społecznych	• proponowana i realizowana oferta zajęć pozalekcyjnych dla dzieci i młodzieży • aktywność organizacji pozarządowych • formy zaangażowania pracowników organizacji pozarządowych w środowisku

Źródło: Opracowanie własne.

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) rekomenduje, żeby wykorzystywać dane zastane i własne, tak by możliwe było analizowanie tzw. wiązek problemów, czyli współwystępowania różnych zachowań ryzykownych (Rekomendacje, 2025). To pozwala na projektowanie oddziaływań profilaktycznych o szerokim spektrum oddziaływania.

Ważną kwestią jest **wykorzystywanie poprawnych i aktualnych danych**. Dane instytucjonalne powinny pochodzić z ostatnich okresów sprawozdawczych. Natomiast wyniki z badań naukowych **nie powinny być starsze niż pięcioletnie** (Gottlieb, 2003). Jeśli jednak diagnostów będą interesowały trendy w występowaniu określonych zjawisk lub porównania specyfiki zjawisk między sobą, wówczas powinni sięgnąć po starsze dane.

WYBÓR NARZĘDZI BADAWCZYCH

Istotny jest również namysł nad wyborem narzędzi badawczych niezbędnych do pozyskiwania danych. **Zastosowane metody** badawcze, **techniki i narzędzia** badawcze muszą być **dostosowane do celów diagnozy oraz do możliwości organizacyjnych środowiska**, w którym diagnoza będzie prowadzona. **Badania ilościowe** można realizować za pomocą ustrukturyzowanych kwestionariuszy ankiet. Większość szkół posiada pracownie informatyczne, dlatego warto je wykorzystać do przeprowadzania badań wśród uczniów czy kadry szkół. **Zbieranie danych z zastosowaniem komputerów i techniki CAWI** (*Computer-Assisted Web Interview*) polega na wypełnianiu przez respondenta ankiety w formie elektronicznej. CAWI zyskuje na popularności ze względu na niskie koszty i szybkość analiz, które można przeprowadzić przy pomocy gotowych aplikacji. Istotną rolę w środowisku szkolnym nadal odgrywa **technika papier i ołówka** (*Paper and Pencil Interview – PAPI*), która przy zachowaniu odpowiednich procedur gwarantuje uczniom poczucie anonimowości.

Badania jakościowe, takie jak **indywidualne wywiady pogłębione** (*In-depth Interview – IDI*) z kluczowymi respondentami (np. nauczycielami, rodzicami, specjalistami szkolnymi czy środowiskowymi) oraz **zogniskowane wywiady grupowe** (*Focus Group Interview – FGI*), pozwalają na pogłębienie danych ilościowych i zrozumienie lokalnego kontekstu społecznego i kulturowego (Diagnoza, 2024). Przykładowo, jeśli dane ilościowe wskazują na wzrost konsumpcji konkretnej substancji, wywiady z użytkownikami mogą ujawnić przyczyny tego zjawiska oraz specyficzne wzory zachowań (Rekomendacje, 2024).

W procesie diagnozy **etyka odgrywa rolę nadrzędną**. Niedopuszczalne jest wykorzystywanie badań do stygmatyzacji konkretnych osób, klas, szkół czy całych grup. Każde badanie wśród małoletnich **wymaga zgody dyrektora i rodziców**, a proces zbierania danych musi być w pełni **anonimowy i dobrowolny** (Diagnoza, 2023).

Rys. 6. Narzędzia badawcze



NARZĘDZIA BADAWCZE



BADANIA ILOŚCIOWE

pomiary, dane liczbowe, skala zjawiska



Realizowane za pomocą ustrukturyzowanych kwestionariuszy ankiet.

CAWI

(Computer-Assisted Web Interview)



Ankiety online.

- ✓ niskie koszty
- ✓ szybkość analiz
- ✓ gotowe aplikacje

PAPI

(Paper and Pencil Interview)



Ankiety papierowe.

- ✓ przy zachowaniu procedur gwarantuje anonimowość uczniom



Większość szkół posiada pracownię informatyczne – warto je wykorzystać do badań wśród uczniów i kadry.



BADANIA JAKOŚCIOWE

zrozumienie zjawisk, kontekstu, motywacji



Pozwalają na pogłębienie danych ilościowych i zrozumienie lokalnego kontekstu społecznego i kulturowego.

IDI

(In-depth Interview)



Indywidualne wywiady pogłębione z kluczowymi respondentami (np. nauczycielami, rodzicami, specjalistami szkolnymi lub środowiskowymi).

FGI

(Focus Group Interview)



Zogniskowane wywiady grupowe z uczestnikami reprezentującymi różne perspektywy w danej społeczności szkolnej lub lokalnej.



Jeśli dane ilościowe wskazują na wzrost używania substancji, wywiady z użytkownikami mogą ujawnić przyczyny i wzory zachowań.



Etyka odgrywa rolę nadrzędną.



Niedopuszczalne jest wykorzystywanie badań do stygmatyzacji osób, klas, szkół czy całych grup.



Każde badanie wśród małoletnich wymaga zgody dyrekcji i rodziców.



Proces zbierania danych musi być w pełni anonimowy i dobrowolny.

ETYKA W PROCESIE DIAGNOZY

2.2. Standardy jakości w diagnozie potrzeb i zasobów

Obecnie dysponujemy co najmniej kilkoma rozwiązaniami, które są wytycznymi do projektowania i realizacji programów profilaktycznych. Osoba, która planuje realizację programu/projektu profilaktycznego spełniającego **wysokie standardy** jakości, powinna znać przynajmniej jedno z tych narzędzi. Zwykle zalecany jest **cykliczny charakter**, a diagnoza potrzeb i zasobów to dwa pierwsze etapy. Ich **celem jest podnoszenie poziomu profilaktyki uzależnień** w Europie. Pierwsze systemowe rozwiązanie w Unii Europejskiej, to Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień. Powstały one w rezultacie przeglądu i syntezy 19 europejskich i międzynarodowych dokumentów zawierających standardy jakości w profilaktyce uzależnień (Europejskie standardy, 2011, s. 55). **Standardy określają konieczne działania w planowaniu, wdrażaniu i ewaluowaniu programów profilaktycznych** (Europejskie standardy, 2011, s. 35). Profilaktyka uzależnień realizowana na podstawie tych standardów skupia się na początku na **ocenie potrzeb i zasobów**. Te etapy stanowią punkt wyjścia do podejmowania kolejnych 6 z 8 kroków w procesie projektowania, realizacji i ewaluacji oddziaływań profilaktycznych. Są wprowadzeniem do cyrkularnej wizji tego procesu.



Standardy określają **konieczne działania** w planowaniu, **wdrażaniu i ewaluowaniu** programów profilaktycznych.

Ich celem jest **podnoszenie poziomu profilaktyki uzależnień** w Europie.

Rys.7. Cyrkularna wizja etapów tworzenia programów profilaktycznych

Opracowano na podstawie: Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

OCENA POTRZEB

Zgodnie z tym modelem diagnoza odnosi się najpierw do oceny potrzeb, a potem do oceny zasobów. Wyróżnia się **cztery rodzaje potrzeb**: wynikające z zaleceń polityki społecznej, przepisów i regulacji; danej społeczności lokalnej (potrzeby ogólne); wynikające z niedostatków oferty profilaktycznej; populacji docelowej (potrzeby specyficzne) (Europejski Program Profilaktyki, 2022, s. 49). Zwykle punktem wyjścia do oceny potrzeb jest **przegląd antynarkotykowych strategii i ustawodawstwa na szczeblu lokalnym, regionalnym czy państwowym**. Ważne jest też **poznanie dokumentów o charakterze wytycznych, czy zaleceń**. Kolejne działanie diagnostyczne w diagnozie potrzeb polega na **rozpoznaniu zagrożeń** w postaci niekorzystnych zjawisk społecznych i zachowań ryzykownych jednostek. Warto by w diagnozie potrzeb wziąć pod uwagę inne zjawiska, powiązane z nimi. Kolejnym krokiem w diagnozie potrzeb jest **analiza zrealizowanej oferty profilaktycznej w środowisku**. Dostarcza ona argumentów za podjęciem interwencji profilaktycznej. Aby uzasadnienie to było istotne dla danej społeczności, powinno uwzględniać jej punkt widzenia. W tym celu gromadzi się **szczegółowe dane na temat populacji/grupy docelowej**, takie jak: informacje o czynnikach ryzyka i chroniących, wzorach zachowania osób z tej grupy oraz ich życiu codziennym. Dobre zrozumienie populacji/grupy docelowej i realiów, w których funkcjonuje, jest warunkiem wstępnym dla zgodnej z zasadami etyki, skutecznej i efektywnej kosztowo profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (Europejskie standardy, 2011, s. 93).

Wszelkie oddziaływania profilaktyczne muszą być oparte na empirycznej ocenie potrzeb osób lub społeczności, których mają dotyczyć. Pełna charakterystyka potrzeb staje się uzasadnieniem dla konieczności realizacji oddziaływań profilaktycznych. **Koncentrowanie się na „potrzebach”, a nie na „problemach”** może pomóc zaangażować partnerów, bez stygmatyzowania kogokolwiek. Programy profilaktyczne zależą nie tylko od potrzeb populacji docelowej, ale również od zasobów dostępnych dla wsparcia tych działań. Podczas gdy ocena potrzeb wskazuje, co chcemy osiągnąć poprzez realizację programu profilaktycznego lub poprzez regulacje prawne, **badanie zasobów dostarcza ważnych informacji na temat tego, czy i jak można osiągnąć te cele** (zob. Europejskie standardy, 2011, s. 94).

Rys. 8. Ocena potrzeb

OCENA POTRZEB



Ocena potrzeb odpowiada na pytanie:
CO chcemy osiągnąć?
(potrzeby osób i społeczności).



CZTERY RODZAJE POTRZEB

1



POTRZEBY WYNIKAJĄCE
Z ZALECEŃ POLITYKI
SPOŁECZNEJ, PRZEPISÓW
I REGULACJI

2



POTRZEBY DANEJ
SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ
(POTRZEBY OGÓLNE)

3



POTRZEBY WYNIKAJĄCE
Z NIEDOSTATKÓW OFERTY
PROFILAKTYCZNEJ

4



POTRZEBY POPULACJI
DOCELOWEJ
(POTRZEBY SPECYFICZNE)

JAK PRZEBIEGA DIAGNOZA POTRZEB?

1



PRZEGLĄD POLITYKI
I PRZEPISÓW

Analiza strategii, ustaw
i dokumentów wytycznych
na poziomie lokalnym,
regionalnym i krajowym.

2



ROZPOZNANIE ZAGROZEŃ

Identyfikacja niekorzystnych
zjawisk społecznych
i zachowań ryzykownych
oraz innych powiązanych
z nimi zjawisk.

3



ANALIZA OFERTY
PROFILAKTYCZNEJ

Ocena zrealizowanych działań
profilaktycznych w środowisku,
aby określić braki i potrzebę
podjęcia interwencji.

4



POZNANIE POPULACJI
DOCELOWEJ

Zbieranie danych o czynnikach
ryzyka i chroniących, wzorach
zachowań oraz życiu
codziennym – z perspektywy
samej grupy docelowej.



DLACZEGO TO WAŻNE?

Pełna charakterystyka potrzeb stanowi uzasadnienie dla konieczności realizacji działań profilaktycznych. Skupianie się na „potrzebach”, a nie na „problemach” pomaga angażować partnerów bez stygmatyzowania.



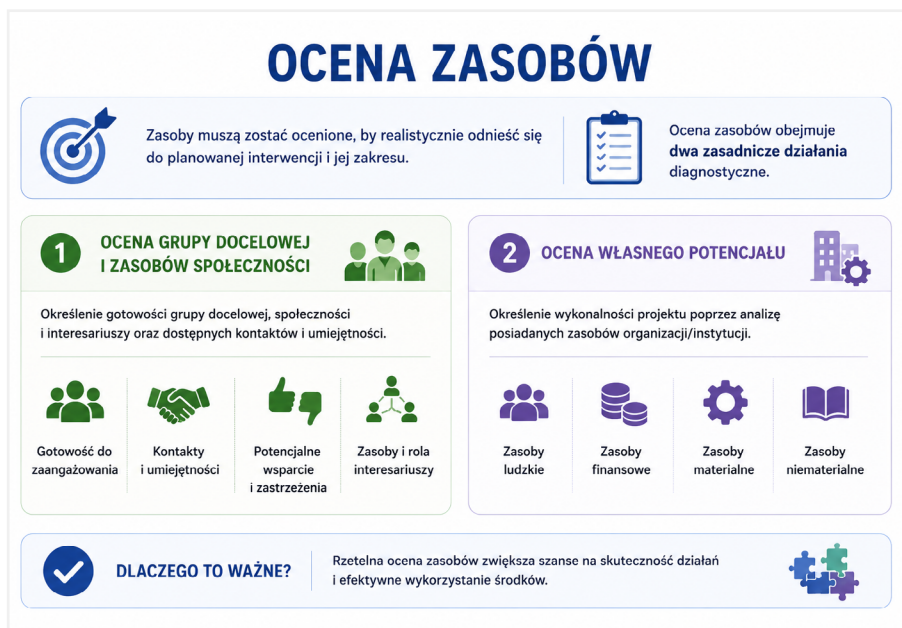
CEL DIAGNOZY POTRZEB

Dobre zrozumienie potrzeb i realiów funkcjonowania populacji docelowej to warunek wstępny dla etycznej, skutecznej i efektywnej kosztowo profilaktyki używania substancji psychoaktywnych.

OCENA ZASOBÓW

Zasoby muszą zostać ocenione, by **realistycznie odnieść się do planowanego rodzaju interwencji i jej zakresu**. Ocena zasobów obejmuje dwa zasadnicze działania diagnostyczne. Pierwsze to **ocena grupy docelowej i zasobów społeczności**. Na tym etapie ważne jest ustalenie gotowości grupy docelowej, społeczności lokalnej czy interesariuszy do włączenia się w projektowaną działalność profilaktyczną. Znaczenie ma również **zidentyfikowanie dostępnych kontaktów i umiejętności**. W ocenie zasobów rekomenduje się także **ocenę i rozważenie potencjalnych zastrzeżeń** oraz wsparcia, a także **analizę zasobów interesariuszy** (Europejskie standardy, 2011, s.114). Drugie działanie diagnostyczne polega na **ocenie własnego potencjału**. Ta analiza pozwala określić wykonalność projektu, ponieważ dostarcza informacji o liczbie personelu, środkach finansowych, i in. zasobach materialnych i niematerialnych (Europejskie standardy, 2011, s.114).

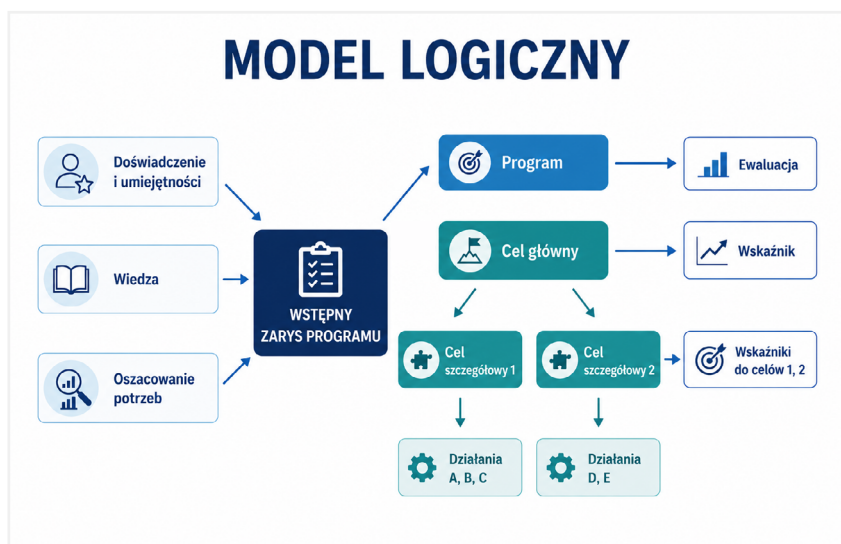
Rys. 9. Ocena zasobów



2.3. Logiczny model programu – narzędzie doboru i projektowania programu profilaktycznego

Powyżej opisane standardy stały się fundamentem do opracowania i wdrożenia **polskiego Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych**. Celem systemu stało się upowszechnienie standardów programów profilaktycznych, krzewienie wiedzy naukowej na temat ewaluacji, popularyzacja programów spełniających kryteria dobrej jakości m.in. poprzez ich promowanie za pośrednictwem **Listy Programów Rekomendowanych** (zob. System rekomendacji, 2010). W polskim Systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych **zaleca się korzystanie z tzw. logicznego modelu programu**, który jest użyteczny w procesie konstruowania programu profilaktycznego. Zdaniem Anny Boruckiej (2017, s. 20) konstrukcja modelu akcentuje znaczenie wszystkich, połączonych w logiczną całość, elementów programu dla osiągnięcia pożądanej, z perspektywy profilaktyki, zmiany u odbiorców.

Rys. 10. Logiczny model programu profilaktycznego



Opracowano na podstawie: <https://programyrekomendowane.pl/system-rekomendacji/logiczny-model-programu/>

W tym modelu **opracowanie programu profilaktycznego rozpoczyna się od oceny** posiadanych przez twórców **zasobów w postaci doświadczeń, umiejętności i wiedzy** przydatnych w procesie projektowania programu **oraz oceny potrzeb**. Chodzi tu w pierwszej kolejności o określenie posiadanego doświadczenia w pracy z grupą docelową, co może okazać się pomocne podczas wyboru treści zagadnień i metod pracy z adresatami programu. Przydatna będzie też diagnoza umiejętności współpracy z innymi, ponieważ takie umiejętności są kluczowe dla przebiegu i sukcesu przedsięwzięcia (Borucka, 2017, s. 20-21). Diagnoza wiedzy obejmuje ustalenie zakresu i poziomu posiadanych informacji na temat niepożądanego zjawiska, jego rozmiarów czy negatywnych skutków, które miałyby ulec ograniczeniu. Chodzi o **wybór problemu, któremu ma przeciwdziałać program**. Precyzyjne jego określenie umożliwia podjęcie właściwych decyzji np. co do precyzyjnego ustalenia czynników ryzyka stanowiących uwarunkowania problemu czy co do czynników chroniących minimalizujących zidentyfikowane problemy (Borucka, 2017, s. 21).

Ostatni etap o charakterze diagnostycznym, to **oszacowanie potrzeb**. Na tym etapie **określany jest adresat** oddziaływań profilaktycznych i **obszar profilaktyki** w obrębie którego oddziaływania powinny/będą realizowane. Wybór odbiorców programu służy **określaniu ich potrzeb**. Należy uwzględnić ich **wiek**, dotychczasowe **doświadczenia, deficyty** czy **posiadane zasoby**. Na tym etapie również chodzi o precyzyjne zidentyfikowanie **czynników ryzyka** i **czynników chroniących** (Borucka, 2017, s. 21).

Po powyższych ustaleniach: wybraniu grupy docelowej, określeniu jej potrzeb i zasobów, które należy wzmacniać, by ograniczać lub redukować problem można przejść do etapu opracowywania zarysu programu.

W procesie diagnozy dla celów profilaktycznych najlepiej posiłkować się narzędziami opracowanymi na gruncie nauki o profilaktyce, ponieważ uwzględniają one jej specyfikę i odpowiadają na potrzeby profilaktyki. Jednak istnieje o wiele więcej rozwiązań opracowanych na gruncie innych dyscyplin, a również możliwych do wykorzystania.

2.4. Matryca „Problem – Cel – Program – Warunki” (MCPW)

Narzędzie, o którym tu mowa to inaczej **Logframe** (*Logical Framework Approach*), czyli **Matryca Logiczna Projektu**. Jest to narzędzie używane przez organizacje międzynarodowe (np. UE, ONZ) do planowania i zarządzania projektami. Matryca powstała w 1969 roku w USA na zlecenie agencji USAID. Jej twórcami byli Leon Rosenberg i Lawrence Posner z firmy Fry Consultants.

Zebrany materiał diagnostyczny pozwala określić potrzeby oraz problemy środowiska szkolnego lub lokalnego. **Analiza tych potrzeb i problemów powinna prowadzić do sformułowania głównego celu oraz celów szczegółowych programu.** Następnym krokiem jest ustalenie sposobów osiągnięcia celów, czyli **wskazanie działań**. Proces ten nazywany jest **operacjonalizacją**. Polega on na przekładaniu zidentyfikowanych w diagnozie potrzeb społeczności na konkretne, mierzalne działania interwencyjne. Przydatna w tym procesie jest **matryca MCPW (Problem – Cel – Program – Warunki)**. Matryca MCPW to narzędzie służące do logicznego powiązania diagnozy sytuacji z konkretnymi działaniami (Rokita, 1995).



Operacjonalizacja to przekładanie zidentyfikowanych w diagnozie potrzeb społeczności na **konkretne, mierzalne działania interwencyjne**.



Matryca MCPW (Problem – Cel – Program – Warunki) to narzędzie służące do **logicznego powiązania** diagnozy sytuacji z **konkretnymi działaniami**.

Tabela 3. Elementy składowe matrycy MCPW w projektowaniu oddziaływań profilaktycznych

Problem (P)	To precyzyjny opis deficytu lub zagrożenia (czynnika ryzyka) zidentyfikowanego w diagnozie. Nie może być zdefiniowany ogólnie (np. narkomania). Musi wskazywać na konkretną grupę, substancję lub zachowanie oraz mechanizm jego powstawania. W opisie problemu należy uwzględnić czynniki ryzyka (np. brak więzi z rodzicami, łatwa dostępność alkoholu) i czynniki chroniące, które uległy osłabieniu (Infor.pl).
Cel (C)	Określa pożądaną zmianę, która ma nastąpić w wyniku interwencji/oddziaływań profilaktycznych. Cele muszą być sformułowane zgodnie z zasadą SMART: być specyficzne, mierzalne, osiągalne, realne i osadzone w czasie (Ostaszewski, 2021). W profilaktyce cele najczęściej dotyczą zmian w poziomie wiedzy, przekonaniach, umiejętnościach psychospołecznych lub bezpośrednio w zachowaniach (np. opóźnienie wieku inicjacji w używaniu substancji psychoaktywnych) (Wojcieszek i Szymańska, 2003).
Program (P)	Oznacza dobór konkretnej interwencji lub zestawu działań, które doprowadzą do osiągnięcia celu. KCPU oraz standardy europejskie jednoznacznie wskazują na konieczność korzystania z programów rekomendowanych o potwierdzonej skuteczności naukowej (Rekomendacje, 2024). Wybór programu powinien opierać się na jego adekwatności do zdiagnozowanego problemu i grupy docelowej (Pisarska, 2025).
Warunki (W)	Obejmują wszystkie zasoby niezbędne do realizacji programu, w tym finansowanie (środki z tzw. korkowego lub małpek), kadrę (realizatorzy z odpowiednimi certyfikatami), czas trwania, miejsce oraz infrastrukturę (Rekomendacje, 2024).

Źródło: Opracowanie własne.

PRZYKŁADOWE ZASTOSOWANIE MATRYCY

Poniższy przykład ilustruje zastosowanie matrycy w odniesieniu do profilaktyki uniwersalnej w środowisku szkolnym, nakierowanej na problem używania substancji psychoaktywnych w okresie wczesnej adolescencji.

Tabela 4. Przykład praktycznego wypełnienia matrycy MCPW dla celów profilaktycznych

Element matrycy	Opis dla potrzeb profilaktyki szkolnej
Problem (P)	Wysoki odsetek uczniów klas VII, którzy mają za sobą inicjację w picie alkoholu (45% badanych piło alkohol w ciągu ostatniego roku), przy jednoczesnym niskim poziomie wiedzy o wpływie alkoholu na rozwój mózgu i wysokim wpływie norm rówieśniczych promujących picie.
Cel (C)	Zmniejszenie o 15% liczby uczniów deklarujących spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni oraz wzrost o 30% umiejętności odmawiania w sytuacjach presji rówieśniczej do końca roku szkolnego.
Program (P)	Realizacja programu rekomendowanego „X” opartego na modelu edukacji normatywnej i treningu umiejętności życiowych. Cykl 12 warsztatów interaktywnych prowadzonych przez przeszkolonych nauczycieli.
Warunki (W)	Finansowanie z Gminnego Programu Profilaktyki (łączny koszt: X zł); realizacja w trakcie godzin wychowawczych; zapewnienie materiałów dla uczniów i rodziców; ewaluacja procesu i wyników w schemacie badawczym quasi-eksperymentalnym (pre-test/post-test).

Źródło: Opracowanie własne.

Stosowanie matrycy MCPW wymusza na koordynatorach lub innych osobach odpowiedzialnych za profilaktykę w środowisku lokalnym **dyscyplinę myślenia projektowego** i pozwala na **łatwą identyfikację luk w planowaniu**. Jeśli wybrany program nie ma logicznego związku ze zdiagnozowanym problemem (np. organizowanie konkursu plastycznego o szkodliwości narkotyków w odpowiedzi na wzrost używania marihuany), interwencja z dużym prawdopodobieństwem zakończy się niepowodzeniem (*Rekomendacje*, 2024).

2.5. Jak dopasować program do wieku uczniów i etapu edukacyjnego?

Skuteczność profilaktyki zależy od adekwatności oddziaływań do możliwości poznawczych, emocjonalnych i społecznych odbiorców. Nie ma programów uniwersalnych, odpowiednich dla wszystkich grup wiekowych. Każda faza rozwoju wymaga innych strategii i akcentów tematycznych. Zgodnie ze standardami UNODC i WHO, profilaktyka powinna być procesem ciągłym, wspierającym jednostkę na każdym etapie rozwoju. **Warunkiem koniecznym w konstruowaniu programów profilaktycznych jest włączanie wiedzy z psychologii rozwojowej w podstawy teoretyczno-empiryczne programu.** Dlatego wszystkie rekomendowane programy profilaktyczne uwzględniają wiedzę o prawidłowościach i specyfice fazy rozwoju, w której znajdują się odbiorcy programów.



W konstruowaniu programów profilaktycznych kluczowe jest **włączanie wiedzy z psychologii rozwojowej** w podstawy teoretyczno-empiryczne programu.

Tabela 5. Okres rozwojowy a specyfika oddziaływań profilaktycznych

Okres rozwojowy	Charakterystyka pożądanej interwencji profilaktycznej
Okres prenatalny i niemowlęcy	Interwencje mają charakter profilaktyki uniwersalnej, selektywnej lub wskazującej. Adresatem są przede wszystkim kobiety w ciąży z grup ryzyka. Celem oddziaływań jest wsparcie w budowaniu bezpiecznej więzi matka-dziecko oraz edukacja zdrowotna (zapobieganie FASD). Działania mają formę wizyt domowych wykwalifikowanego personelu (pielęgniarek, pracowników socjalnych).
Okres przedszkolny (2-5 lat)	Działania profilaktyczne mają charakter profilaktyki uniwersalnej. Adresatem są dzieci najmłodsze i ich rodzice. Głównym celem jest stymulowanie rozwoju umiejętności społecznych i poznawczych oraz rozwijanie samoregulacji. Skuteczne programy na tym etapie są prowadzone systematycznie i są zintegrowane z edukacją prowadzoną w placówce. Działania adresowane do rodziców mają charakter edukacyjny (warsztaty umiejętności wychowawczych, wykłady). Wśród dzieci realizowane są programy profilaktyczne i zajęcia edukacyjne.

Okres wczesnoszkolny (6-11 lat):	Profilaktyka najczęściej ma charakter uniwersalny i koncentruje się na budowaniu pozytywnego klimatu szkoły oraz wzmacnianiu umiejętności psychospołecznych uczniów. Ważnym elementem są programy doskonalące umiejętności wychowawcze rodziców oraz zajęcia integracyjne ułatwiające adaptację w klasie pierwszej.
Okres adolescencji (11-19 lat):	To czas najwyższego ryzyka eksperymentowania z substancjami i podejmowania innych zachowań ryzykownych. Wykorzystuje się oddziaływania zarówno z zakresu profilaktyki uniwersalnej, jak również w przypadku potrzeb o charakterze profilaktyki selektywnej i wskazującej. Adresatem jest ogół populacji młodzieży, jak i grupy zwiększonego i wysokiego ryzyka. Najskuteczniejsze są programy edukacji normatywnej (np. korygowanie przekonania, że „wszyscy biorą”, krytyczna analiza przekazów medialnych) oraz treningi umiejętności życiowych (np. asertywności, radzenie sobie ze stresem).
Młodzi dorośli (powyżej 20 lat):	Nadal znaczenie ma profilaktyka uniwersalna realizowana poprzez działania edukacyjne, np. w postaci kampanii społecznych. W przypadku osób zagrożonych uzależnieniami działania przesuwają się w stronę profilaktyki środowiskowej i minimalizacji szkód, obejmując m.in. bezpieczną rekreację w miejscach wypoczynku czy zabawy oraz politykę ograniczania fizycznej dostępności substancji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Ostaszewski (2016).

W doborze metod pracy należy kierować się zasadą aktywizacji. Standardy jakości **zabraniają stosowania strategii opartych na wzbudzaniu lęku (straszeniu)**. Zbyt szczegółowe informacje o sposobach przyjmowania substancji lub ich nazwach handlowych mogą wzbudzić ciekawość lub posłużyć jako instruktaż. Przekaz powinien być rzetelny, dostosowany do poziomu percepcji i koncentrować się na pozytywnych alternatywach oraz wzmacnianiu zasobów osobistych ucznia (zob. Ostaszewski, 2017).

2.6. Rola rodziców i środowiska lokalnego w diagnozie potrzeb

Profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży nie może być prowadzona w izolacji od środowiska rodzinnego i lokalnego. Rodzice/opiekunowie są nie tylko prawnymi opiekunami, ale przede wszystkim najważniejszymi „realizatorami” oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych. Włączenie rodziców/opiekunów do procesu diagnozowania potrzeb społeczności szkolnej i lokalnej jest kluczowe z kilku powodów. Po pierwsze, rodzice/opiekunowie dysponują wiedzą o zachowaniach dzieci w sytuacjach pozaszkolnych, która nie zawsze jest dostępna dla nauczycieli. Po drugie, ich udział w diagnozie zwiększa akceptację dla planowanych działań profilaktycznych i buduje poczucie współodpowiedzialności.

Skuteczne metody włączania rodziców/opiekunów to np.:

- **Konsultacje społeczne i warsztaty diagnostyczne** – wykorzystanie technik partycypacyjnych, takich jak np. World Café, co umożliwia zebranie opinii rodziców w atmosferze dialogu i wzajemnego szacunku (*Diagnoza*, 2020).
- **Wywiady z przedstawicielami rady rodziców** – pogłębione rozmowy z liderami rodzicielskimi pozwalają zidentyfikować specyficzne potrzeby i obawy charakterystyczne dla danej społeczności (*Diagnoza*, 2020).
- **Techniki sondażowe (ankieta, wywiad)** dedykowane rodzicom/opiekunom – badanie postaw rodzicielskich oraz postrzegania zagrożeń przez dorosłych mieszkańców gminy umożliwia dopasowanie programów wspierających funkcję wychowawczą rodziny (*Diagnoza*, 2023).

Ważne jest, aby rodzice/opiekunowie nie czuli się oceniani w trakcie diagnozy. Powinni zrozumieć, że diagnoza nie jest rozliczaniem z posiadanych kompetencji wychowawczych, lecz jedynie stanowi konieczny krok na drodze do uzyskiwania wsparcia w radzeniu sobie z wyzwaniami rozwojowymi dziecka (Skubisz, 2022).

Rys. 11. Włączanie rodziców/opiekunów do diagnozy społeczności szkolnej i lokalnej

WŁĄCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DO DIAGNOZY POTRZEB SPOŁECZNOŚCI SZKOLNEJ I LOKALNEJ



Profilaktyka dzieci i młodzieży nie może być prowadzona w izolacji od środowiska rodzinnego i lokalnego.

Rodzice/opiekunowie są nie tylko prawnymi opiekunami, ale przede wszystkim najważniejszymi „realizatorami” oddziaływań wychowawczych i profilaktycznych.

DLACZEGO TO WAŻNE?



Rodzice/opiekunowie dysponują wiedzą o zachowaniach dzieci poza szkołą – wiedzą cenną i często niedostępną dla nauczycieli.



Ich udział w diagnozie zwiększa akceptację dla działań profilaktycznych i buduje poczucie współodpowiedzialności.



SKUTECZNE METODY WŁĄCZANIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW



KONSULTACJE SPOŁECZNE I WARSZTATY DIAGNOSTYCZNE

Techniki partycypacyjne, np. World Cafe, umożliwiają zebranie opinii rodziców w atmosferze dialogu i wzajemnego szacunku.



WYWIADY Z PRZEDSTAWICIELAMI RADY RODZICÓW

Pogłębione rozmowy z liderami rodzicielskimi pozwalają zidentyfikować specyficzne potrzeby i obawy społeczności.



TECHNIKI SONDAŻOWE (ANKIETA, WYWIAD)

Badanie postaw rodzicielskich i postrzegania zagrożeń przez dorosłych mieszkańców gminy umożliwia dopasowanie programów wspierających funkcję wychowawczą rodziny.

Dla koordynatorów i pedagogów **kluczowe powinno być budowanie trwałych struktur współpracy**, w których diagnoza jest procesem ciągłym, a nie jednorazowym obowiązkiem ustawowym (*Europejskie standardy*, 2015). Jedynie poprzez rzetelne planowanie z użyciem modeli logicznych (jak matryca MCPW), dbałość o dostosowanie oddziaływań do potrzeb uczniów i etapu ich rozwoju oraz autentyczne włączenie rodziców w proces profilaktyczny, możliwe jest osiągnięcie mierzalnych efektów w poprawie bezpieczeństwa i zdrowia psychicznego młodego pokolenia.

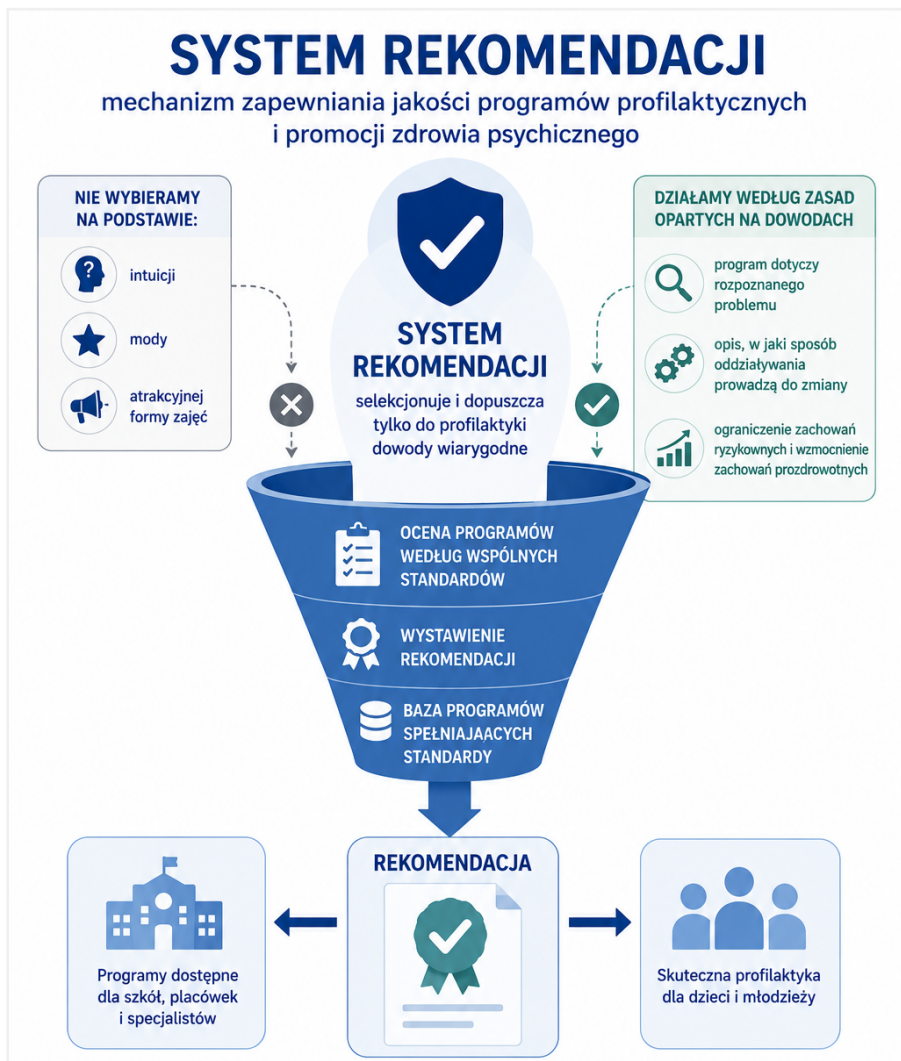
System Rekomendacji – instrukcja obsługi

Jakub Kołodziejczyk

3.1. Architektura Systemu Rekomendacji: podział na profilaktykę uniwersalną, selektywną, wskazującą

System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego to **krajowy, sformalizowany mechanizm zapewniania jakości** programów z obszaru **promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień oraz profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży**. W ramach systemu dokonywana jest ocena programów według wspólnych standardów, wystawianie rekomendacji oraz prowadzenie bazy programów, które te standardy spełniają. System działa jak mechanizm, który selekcjonuje i dopuszcza tylko do profilaktyki dowody wiarygodne. Zamiast wybierać działania profilaktyczne na podstawie intuicji, mody lub atrakcyjnej formy zajęć, mechanizm rekomendacji wymusza logikę typową dla programów opartych na dowodach: program ma dotyczyć **rozpoznanego problemu**, zawierać **opis, w jaki sposób oddziaływania prowadzą do zmiany** oraz w jaki sposób przyczyniają się do **ograniczenia zachowań ryzykownych i wzmocnienia zachowań prozdrowotnych**. Mowa o tym w standardach opisu programu: pomiędzy charakterystyką zjawiska, zdefiniowanym problemem i mechanizmami zmian ma istnieć logiczny związek, a program powinien prowadzić do ograniczania wpływu czynników ryzyka i wzmocniania czynników chroniących u osób, których dotyczy problem.

Rys. 12. System rekomendacji



POZIOMY SYSTEMU REKOMENDACJI

System rekomendacji nie sprowadza się jednak do deklaracji „program jest sensowny”. To **procedura oceny** – program jest weryfikowany pod kątem zgodności ze standardami i kwalifikowany do określonego **poziomu jakości**. Programy znajdujące się w systemie są przypisane do jednego z trzech poziomów: **program obiecujący, dobra praktyka i program modelowy**.

Program obiecujący to propozycja, która spełnia podstawowe standardy jakości: ma poprawnie opisany problem i grupę docelową, a także uzasadnienie teoretyczne lub empiryczne stanowiące podstawę do logicznego powiązania celów z działaniami oraz minimalne elementy oceny (ewaluację procesu). Dzięki temu jest wiarygodną propozycją do stosowania i dalszego doskonalenia, choć „twardych” dowodów skuteczności jeszcze nie ma.

Dobra praktyka oznacza wyższy stopień dojrzałości: program jest osadzony w uznanych koncepcjach teoretycznych, wykorzystuje skuteczne strategie profilaktyczne, jest zbudowany zgodnie z zasadami **modelu logicznego**: problem → czynniki ryzyka/chroniące → działania → rezultaty **oraz został poddany ewaluacji, która potwierdza zmiany w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych), jednak nie ma jeszcze dowodów, że program przyczynia się do zmian zachowań odbiorców lub nie spełnia wszystkich standardów metodologicznych wymaganych do uzyskania najwyższego poziomu oceny**.

Z kolei **program modelowy** to najwyższa kategoria – program, który nie tylko spełnia standardy programu obiecującego czy dobrej praktyki oraz zawiera dobrze opisany sposób, **w jaki ma prowadzić do zmiany**, ale jest też najlepiej udokumentowany pod względem efektów i jakości; posiada mocne dowody skuteczności i może być szeroko upowszechniany.

Standardy opisu programu wymagają uzasadnienia, dlatego zastosowano określone metody przeciwdziałania danemu problemowi, jakie czynniki ryzyka/chroniące będą przedmiotem oddziaływań, jakie wybrano strategie profilaktyczne, a więc odwołania do wiedzy naukowej i logicznego modelu programu⁶. W praktyce oznacza to, że rekomendacja ma wspierać decyzje szkół,

⁶ <https://programyrekomendowane.pl/system-rekomendacji/logiczny-model-programu/>

Rys. 13. 3 poziomy Systemu Rekomendacji

3 POZIOMY SYSTEMU REKOMENDACJI

Programy w systemie są przypisane do jednego z trzech poziomów jakości – w oparciu o ocenę zgodności ze standardami i dowody skuteczności.

1 PROGRAM OBIECUJĄCY

Wiarygodna propozycja do stosowania i dalszego doskonalenia.
„Twardych” dowodów skuteczności jeszcze nie ma.



PROBLEM I GRUPA DOCELOWA

Poprawnie opisany problem i grupa docelowa.



UZASADNIENIE TEORETYCZNE / EMPIRYCZNE

Uzasadnienie teoretyczne lub empiryczne stanowiące podstawę do logicznego powiązania celów z działaniami.



EWALUACJA PROCESU

Minimalne elementy oceny (ewaluacja procesu).



PODSTAWOWE STANDARDY JAKOŚCI

Spełnia podstawowe standardy jakości.

2 DOBRA PRAKTYKA

Wyższy stopień dojrzałości.
Dowody na zmiany czynników pośredniczących (celów szczegółowych), ale nie na zmiany zachowań.



PODSTAWA TEORETYCZNA

Osadzony w uznanych koncepcjach teoretycznych.



SKUTECZNE STRATEGIE

Wykorzystuje skuteczne strategie profilaktyczne.

MODEL LOGICZNY



Zbudowany zgodnie z modelem logicznym: problem → czynniki ryzyka/chroniące → działania → rezultaty.



EWALUACJA EFEKTÓW POŚREDNICZĄCYCH

Ewaluacja potwierdza zmiany w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych).



KIERUNEK ZMIANY

Nie ma jeszcze dowodów na zmiany zachowań odbiorców lub nie spełnia wszystkich standardów metodologicznych wymaganych do uzyskania najwyższego poziomu.

3 PROGRAM MODELOWY

Najwyższa kategoria.
Mocne dowody skuteczności.
Gotowy do szerokiego upowszechniania.



SPEŁNIA STANDARDY

Spełnia standardy programu obiecującego i dobrej praktyki.



DOBRCZE OPISANY SPOSÓB ZMIANY

Zawiera dobrze opisany sposób, w jaki ma prowadzić do zmiany.



NAJLEPIEJ UDOKUMENTOWANY

Najlepiej udokumentowany pod względem efektów i jakości.



MOCNE DOWODY SKUTECZNOŚCI

Posiada mocne dowody skuteczności – wpływa na zmiany zachowań odbiorców.



GOTOWY DO UPOWSZECZNIANIA

Może być szeroko upowszechniany i rekomendowany.



NIŻSZY POZIOM DOWODÓW

ROSĄCY POZIOM DOWODÓW JAKOŚCI I SKUTECZNOŚCI



WIĘKSZY WPŁYW NA ZDROWIE I ROZWÓJ

samorządów i instytucji finansujących w taki sposób, by wybierane działania były maksymalnie zbliżone do programów, które mają podstawy teoretyczne, są spójnie opisane oraz możliwe do oceny w ramach badań ewaluacyjnych (a więc pozwalają na gromadzenie i aktualizowanie dowodów skuteczności w kolejnych wdrożeniach).

RODZAJE PROFILAKTYKI

Warto dodać, że system rekomendacji porządkuje działania także według klasycznego podziału na **profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą**, co ma duże znaczenie dla doboru programu do realnych potrzeb odbiorców.

Profilaktyka uniwersalna jest kierowana do całych populacji (np. wszystkich uczniów w danym wieku lub całej społeczności szkolnej) niezależnie od poziomu ryzyka – jej celem jest wzmacnianie zasobów i kompetencji oraz ograniczanie rozpowszechniania zachowań problemowych „zanim się pojawią”.

Profilaktyka selektywna adresowana jest do grup o podwyższonym ryzyku (np. wynikającym z warunków środowiskowych, rodzinnych czy szkolnych), gdzie uzasadnione jest intensywniejsze wsparcie, choć u odbiorców programu nie obserwuje się jeszcze symptomów problemów związanych, na przykład, z używaniem substancji psychoaktywnych.

Z kolei **profilaktyka wskazująca** dotyczy osób, u których występują już **wczesne symptomy** albo sygnały ostrzegawcze zachowań problemowych – działania są wtedy najbardziej celowane, wymagają większej precyzji, często bliżej im do interwencji niż do edukacji ogólnej.

Taki podział pomaga uniknąć typowego błędu wdrożeniowego: stosowania programów „dla wszystkich” tam, gdzie potrzebne jest wsparcie celowane, albo odwrotnie – nadmiernego „klinicznego” podejścia w populacjach, w których lepiej sprawdzają się działania uniwersalne budujące zasoby, którymi mogą dysponować odbiorcy.

Rys. 14. Poziomy profilaktyki ze względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych

SYSTEM REKOMENDACJI PORZĄDKUJE DZIAŁANIA

według klasycznego podziału na profilaktykę:
UNIWERSALNĄ, SELEKTYWNĄ i WSKAZUJĄCĄ



Dobry program do realnych potrzeb odbiorców = skuteczna profilaktyka

PROFILAKTYKA UNIWERSALNA

Kierowana do całych populacji
(np. wszystkich uczniów,
całej społeczności szkolnej)



Niezależnie od poziomu ryzyka.

Cel:

wzmocnianie zasobów i kompetencji
oraz ograniczanie rozpowszechniania
zachowań problemowych
„zanim się pojawią”.

KIEDY?



Dla wszystkich,
w całej populacji,
zanim pojawią się
problemy.

PROFILAKTYKA SELEKTYWNA

Adresowana do grup
o podwyższonym ryzyku
(np. wynikającym z warunków
środowiskowych, rodzinnych
czy szkolnych)



Uzasadnione jest intensywniejsze
wsparcie, choć u odbiorców
programu nie obserwuje się jeszcze
symptomów problemów.

KIEDY?



Dla grup z podwyższonym
ryzykiem, zanim pojawią się
problemy.

PROFILAKTYKA WSKAZUJĄCA

Dotyczy osób, u których
występują już wczesne symptomy
lub sygnały ostrzegawcze
zachowań problemowych



Działania są najbardziej celowane,
wymagają większej precyzji,
często bliżej im do interwencji
niż do edukacji ogólnej.

KIEDY?



Gdy występują wczesne
symptomy lub sygnały
ostrzegawcze problemów.

3.2. Jak czytać kartę programu: cele, grupa docelowa, metody, wymagania, koszty

Opis programu w bazie **programyrekomendowane.pl** jest przede wszystkim narzędziem do podjęcia decyzji: pomaga sprawdzić, **czy dany program będzie pasował do sytuacji** (problemu w szkole/gminie), czy jest przeznaczony dla właściwych odbiorców oraz czy da się go wdrożyć w takich warunkach, jakimi dysponuje szkoła/gmina. W opisie programu znaleźć można odpowiedzi na pięć praktycznych pytań: **czy to jest program odpowiadający na mój problem, dla mojej grupy, w moich realiach organizacyjnych, w moim czasie i budżecie** – i czy w tych warunkach ma szansę zadziałać zgodnie z logiką profilaktyki opartej na dowodach.

1) Cele programu – „czy to jest program odpowiadający na nasz problem i jaką zmianę ma wywołać u uczestników?”

Czytanie zaczyna się od celów, bo one są najbardziej podstawowym filtrem: jeśli cele nie odpowiadają potrzebom, dalsza analiza traci sens. W praktyce chodzi o to, aby z opisu programu dowiedzieć się, **jaką zmianę program ma wywołać u uczestników**, a nie tylko „jakie zajęcia przeprowadzić”. Dobre dopasowanie to takie, w którym cele programu są zgodne z problemem zdiagnozowanym lokalnie (np. kompetencjami, postawami, zachowaniami, dobrostanem).

NA CO NALEŻY ZWRACAĆ UWAGĘ PRZY WYBORZE PROGRAMU:

- czy cele programu precyzują, jakie zmiany u uczestników mają zostać osiągnięte (w zakresie wiedzy, umiejętności, przekonań lub zachowań)?
- czy cele są zgodne z problemem (np. agresja, używanie substancji, cyberbezpieczeństwo, dobrostan),
- czy jesteś w stanie sensownie monitorować realizację programu.

2) Grupa docelowa – „czy program jest dla tych osób, z którymi pracujemy?”

Drugi krok to dopasowanie programu do odbiorców. W praktyce oznacza to nie tylko wiek, ale **etap edukacyjny** (przedszkole, klasy 1–3, 4–6, 7–8, szkoła ponadpodstawowa), a także kontekst (np. szkoła, świetlica, internat, MOS/MOW). Programy są projektowane ze względu na etapy rozwojowe dzieci i młodzieży. To, co sprawdza się u dzieci młodszych, nie musi sprawdzić się u nastolatków i odwrotnie.

Równolegle trzeba dopasować **typ profilaktyki**:

- **uniwersalna** – dla całej populacji (np. całe klasy/roczniki),
- **selektywna** – dla grup podwyższonego ryzyka (wyłonionych według określonych kryteriów),
- **wskazująca** – dla osób z wczesnymi symptomami problemów.

NA CO NALEŻY ZWRACAĆ UWAGĘ PRZY WYBORZE PROGRAMU:

- czy program jest dostosowany do etapu edukacyjnego (np. „klasy 4–6”, a nie ogólnie „młodzież”),
- czy typ profilaktyki odpowiada grupie, w której planowana jest realizacja programu (uniwersalny ≠ wskazujący),
- czy program nie jest „przenoszony” na inną grupę niż docelowa (np. ze szkoły podstawowej do MOS/MOW lub program profilaktyki uniwersalnej do realizacji w klasie szkolnej do świetlicy socjoterapeutycznej). Jeśli zmiana grupy docelowej jest nieuprawniona, bywa częstym powodem spadku skuteczności lub nieskuteczności, a czasem szkodliwości.

3) Metody i działania – „czy sposób pracy daje szansę na osiągnięcie celów?”

Jeśli program jest odpowiedni do problemu i grupy, dopiero wtedy warto analizować metody. Na tym etapie należy ocenić, czy to, co będzie robione (warsztaty, ćwiczenia, praca w grupie, trening umiejętności, scenariusze), jest adekwatne do celu i realiów placówki.

NA CO NALEŻY ZWRACAĆ UWAGĘ PRZY WYBORZE PROGRAMU:

- czy metody są spójne z celami (np. realizacja celów odnoszących się do umiejętności wymaga ćwiczeń, nie tylko tworzenia okazji do refleksji i wymiany opinii),
- czy są materiały, które ułatwiają zachowanie spójności realizacji programu (scenariusze, podręczniki).

4) Wymagania wdrożeniowe – „czy mamy warunki, żeby wdrożyć program dobrze?”

W kartach programów znajdują się informacje o standardach realizacji: kto może prowadzić program, czy wymagane jest szkolenie/certyfikacja, czy potrzebna jest superwizja, ile osób powinno prowadzić zajęcia i jakie są minimalne warunki organizacyjne. To jest kluczowe, bo w profilaktyce **jakość wdrożenia** ma ogromny wpływ na efekty – dobry program zrealizowany „po łebkach” traci sens.

NA CO NALEŻY ZWRACAĆ UWAGĘ PRZY WYBORZE PROGRAMU:

- czy potrzebni są przeszkoleni/certyfikowani realizatorzy i czy realnie można ich zapewnić,
- czy liczba prowadzących i warunki (sale, czas, wsparcie kadry) są „do udźwignięcia”,
- czy jest możliwe utrzymanie podstawowej „wierności realizacji”: liczby spotkań, struktury, kluczowych komponentów.

5) Koszty/nakłady – „czy stać nas na to w zasobach, nie tylko w złotych?”

Na końcu analizuje się koszty, rozumiane szeroko jako nakłady: czasowe, osobowe i rzeczowe. Pozwala to oszacować, ile kosztuje wdrożenie w praktyce. Dla decyzji ważniejsze od „ile kosztuje zakup” bywa to, **czy placówka ma zasoby, żeby program zrealizować.**

NA CO NALEŻY ZWRACAĆ UWAGĘ PRZY WYBORZE PROGRAMU:

- nakłady osobowe: kto prowadzi, ile godzin (prowadzenie + przygotowanie + koordynacja),
- nakłady czasowe: liczba sesji, długość spotkań, cały cykl, ewentualne moduły dla rodziców,
- nakłady rzeczowe: materiały, podręczniki/licencje, narzędzia, szkolenia/superwizje,
- koszty organizacyjne: rekrutacja, zgody rodziców, logistyka, komunikacja, minimum ewaluacji.



LISTA 10 PYTAŃ KONTROLNYCH

– JAK CZYTAĆ KARTĘ PROGRAMU?



A. CELE

1

☐

Jaka zmiana ma zajść u uczestników?

(wiedza, umiejętności, przekonania, zachowania, dobrostan
– nie tylko „przeprowadzenie zajęć”)

2

☐

Czy cele są mierzalne i realistyczne w czasie trwania programu?

(czy da się sprawdzić efekt)



B. GRUPA DOCELOWA

3

☐

Dla kogo dokładnie jest program?

(wiek/klasy/środowisko, ewentualne kryteria rekrutacji)

4

☐

Jaki to typ profilaktyki: uniwersalna, selektywna czy wskazująca?

- jeśli „dla wszystkich” → zwykle uniwersalna
- jeśli „dla grup ryzyka” → selektywna
- jeśli „dla osób z symptomami/już obserwowanym problemem” → wskazująca

5

☐

Czy typ profilaktyki odpowiada realnym potrzebom odbiorców?



C. METODY I PRZEBIEG

6

☐

Co konkretnie znajduje się w programie?

(liczba spotkań, czas, struktura, tematy)

7

☐

Czy metody pasują do celów?

(np. trening umiejętności wymaga ćwiczeń praktycznych)

8

☐

Czy są materiały do realizacji?

(scenariusze/podręcznik – czy program da się wdrożyć „tak samo”
w różnych miejscach)



D. WYMAGANIA WDROŻENIOWE

9

☐

Kto może prowadzić program i jakie są wymagania jakościowe?

(szkolenia, certyfikacja, supervizja, liczba prowadzących)

10

☐

Jakie są warunki organizacyjne wdrożenia?

(czas w planie lekcji, sale, współpraca z kadrą,
zgody rodziców/opiekunów, rekrutacja)



E. KOSZTY I NAKŁADY

☐

Ile to naprawdę kosztuje w zasobach?

ludzie
ile godzin pracy
(prowadzenie +
przygotowanie +
koordynacja)



szkolenia/
certyfikacja/
supervizja



materiały/
licencje/
narzędzia



logistyka
• rekrutacja
• komunikacja
z rodzicami
• ewaluacja

3.3. Najczęstsze błędy użytkowników Systemu Rekomendacji i sposoby ich uniknięcia

Użytkownicy systemu rekomendacji (szkoły, samorządy, organizacje i realizatorzy) zwykle popełniają podobne błędy: wybierają program „z nazwy” lub „z polecenia”, a dopiero później próbują dopasować go do problemu, grupy i realiów wdrożeniowych. Efekt bywa taki, że nawet program o wysokiej jakości traci skuteczność, bo został użyty w niewłaściwym kontekście albo zrealizowany poniżej standardu. Poniżej zestaw najczęstszych potknięć wraz z praktycznymi wskazówkami, jak ich unikać.



1) Traktowanie „rekomendacji” jak marketingowego znaczka lub samej nazwy programu, a nie jako potwierdzenia jakości określonej wersji i sposobu realizacji.

Błąd polega na tym, że program z oferty uznaje się za „z definicji dobry” bez czytania opisu oraz standardów realizacji.

Jak uniknąć: opis programu traktuj jak specyfikację warunków, na jakich program został rekomendowany: cele, grupa docelowa, typ profilaktyki, wymagania realizacyjne, kwalifikacje realizatorów, liczba i długość zajęć, materiały oraz nakłady. Sprawdzaj nie tylko nazwę programu, ale także zgodność konkretnej oferty lub planu wdrożenia z opisem w Systemie Rekomendacji. Program traci sens rekomendacji, jeśli jest realizowany w zmienionej wersji, np. ze skróconym czasem zajęć, bez wymaganych materiałów, przez nieprzygotowanych realizatorów albo dla innej grupy niż przewidziana w opisie. Jeśli w organizacji wyboru dokonuje więcej osób, użyj jednolitej checklisty (np. 10 pytań) i zapisuj uzasadnienie wyboru.



2) Niedopasowanie programu do problemu (wybór „bo jest popularny”).

Cele programu rozmiągają się z realną potrzebą, gdy problem w szkolnej lub gminnej diagnozie jest opisany zbyt ogólnie („uzależnienia”, „kryzys psychiczny”), a program dobierany bez diagnozy i wskaźników.

Jak uniknąć: warto zacząć od jednego zdania diagnozy i wskaźnika (nawet prostego). Dopasuj program do tego, co ma się zmienić: wiedza, umiejętności, przekonania, zachowania, dobrostan. Jeżeli cele programu nie odpowiadają na problem — program nie powinien być realizowany, niezależnie od poziomu rekomendacji.



3) Błąd „zła grupa”: wiek, etap edukacyjny albo poziom ryzyka.

Programy są adresowane do określonej populacji (np. przedszkole, klasy 1–3, 4–6, 7–8, szkoły ponadpodstawowe) i odbiorców o zróżnicowanym narażeniu na czynniki ryzyka (profilaktyka uniwersalna/selektywna/wskazująca). Realizacja programu w innej grupie wiekowej niż ta, dla której powstał, albo używanie programu uniwersalnego jako odpowiedzi na problemy wymagające profilaktyki wskazującej może nie przynieść spodziewanych efektów lub wręcz być szkodliwa.

Jak uniknąć: sprawdź w opisie programu: wiek/klasy, warunki wdrożenia i typ profilaktyki. Jeżeli grupa odbiorców różni się istotnie od tej z opisu — należy wybrać inny program.



4) Skracanie programu lub „miksowanie” go z innymi pomysłami

Zdarza się, że brakuje czasu, więc na części spotkań łączymy tematy albo „doklejamy” własne moduły. To narusza rdzeń programu i zmienia mechanizm działania.

Jak uniknąć: traktuj minimalną liczbę sesji i strukturę zajęć jako warunek skuteczności. Jeśli nie masz czasu na pełną wersję – lepiej wybierz program krótszy, ale w całości. Jeśli konieczne jest wprowadzenie zmian, należy wprowadzać je ostrożnie: mogą dotyczyć formy organizacyjnej, ale nie kluczowych komponentów programu.



5) Brak przygotowania realizatorów

Program może wymagać szkolenia, certyfikacji, superwizji, określonej liczby prowadzących czy specyficznych kompetencji. Pominięcie tych warunków często kończy się „zrobieniem zajęć”, ale bez efektu.

Jak uniknąć: przed wyborem programu zrób szybki audyt zasobów: kto poprowadzi, czy mamy czas na szkolenie, czy zapewnimy wsparcie (np. superwizję), czy są materiały i warunki organizacyjne. Jeśli wymogi są poza zasięgiem – wybierz program, który da się wdrożyć dobrze, a nie „byle jak”.



6) Mylenie „kosztu programu” z całkowitym kosztem wdrożenia.

Często patrzy się tylko na cenę zakupu lub szkolenia, pomijając koszty pracy ludzi, koordynacji, komunikacji z rodzicami, logistyki, materiałów i ewaluacji. To prowadzi do niedoszacowania i chaotycznej realizacji.

Jak uniknąć: licz CKW (całkowity koszt wdrożenia): czas realizatorów + koordynacja + szkolenia + materiały + organizacja + minimalna ewaluacja. Przelicz koszt na klasę/grupę/uczestnika, żeby porównywać programy uczciwie.



7) Brak planu rekrutacji i kwalifikacji (zwłaszcza w profilaktyce selektywnej i wskazującej).

W programach selektywnych/wskazujących kluczowe jest to, kto trafia do programu i dlaczego. Bez kryteriów łatwo o nietrafną rekrutację: osoby, które nie potrzebują interwencji, albo odwrotnie – osoby wymagające wsparcia specjalistycznego, którego program nie zapewnia.

Jak uniknąć: ustal kryteria kwalifikacji, sposób kierowania (kto zgłasza, kto decyduje, jak dokumentujemy), procedury bezpieczeństwa i ścieżkę dalszej pomocy, jeśli ujawnią się poważniejsze problemy.



8) Traktowanie ewaluacji jako „papierologii” albo rezygnowanie z niej całkiem.

Bez ewaluacji nie wiadomo, czy program został zrealizowany zgodnie z planem (proces) i czy przyniósł zmianę (wyniki). Brak danych utrudnia też przedłużanie działań i obronę budżetu.

Jak uniknąć: zaplanuj minimalną ewaluację procesu (frekwencja, realizacja sesji, trudności), bo ona szybko pokazuje, dlaczego coś działa lub nie.



9) Brak zakotwiczenia w polityce szkoły/gminy i zbyt słaba komunikacja z rodzicami.

Program traktowany jako jednorazowa akcja często nie przyjmuje się w społeczności. Bez wsparcia dyrekcji, wychowawców i zrozumienia rodziców rośnie opór i spada frekwencja.

Jak uniknąć: powiąż program z dokumentami i celami placówki (np. program wychowawczo-profilaktyczny), zaplanuj komunikację z rodzicami (po co, w jaki sposób, jakie informacje będą przekazywane) i przygotuj prosty harmonogram oraz zasady uczestnictwa.



10) Brak ciągłości: „wdrożyliśmy raz i koniec”.

W profilaktyce liczy się powtarzalność i utrzymanie standardu. Jednorazowe wdrożenie bez kontynuacji, sesji przypominających lub planu utrzymania kompetencji realizatorów często daje krótkotrwały efekt.

Jak uniknąć: myśl o wdrożeniu jako cyklu: przygotowanie → realizacja → krótkie podsumowanie danych → decyzja o kontynuacji/rozszerzeniu realizacji o nowe grupy. Zapewnij szkolenie dla kolejnych realizatorów i plan powtórzeń w kolejnych rocznikach.

Kompetencje realizatorów programów profilaktycznych

Wiesław Poleszak i Jolanta Terlikowska

Kompetencja profesjonalna to zdolność do stosowania lub wykorzystywania zestawu powiązanych umiejętności, wiedzy i zdolności wymaganych do skutecznego wykonywania kluczowych funkcji lub zadań w określonym środowisku pracy (*Substance Abuse and Mental Prevention Core Competencies*, 2021). Szersze ujęcie kompetencji zakłada, że to zbiór obserwowalnych charakterystyk: **wiedzy, umiejętności, postaw** oraz **zdolności i cech osobowości**, które umożliwiają człowiekowi skuteczne działanie. **Wiedza** to ugruntowane informacje dotyczące konkretnych obszarów tematycznych umożliwiające wykonywanie zadań i osiąganie celów określonych w zakresie obowiązków. **Umiejętności** są definiowane jako cechy, które dana osoba musi posiadać, aby wykonywać zadania związane z danym stanowiskiem pracy (w tym umiejętność wykonywania tych zadań w różnych sytuacjach). **Postawy** są wyrazem osobistego zaangażowania, stosowania etyki związanej z daną profesją i przestrzeganie standardów zawodowych.

Tak rozumiane kompetencje (w większym lub mniejszym stopniu) **można mierzyć, rozwijać i doskonalić** poprzez nabywanie doświadczenia, trening, coaching, szkolenie lub inną formę rozwoju (Talík, Poleszak, 2017).



Kompetencja to zbiór **obserwowalnych** charakterystyk: **wiedzy, umiejętności, postaw** oraz **zdolności i cech osobowości**, które umożliwiają człowiekowi **skuteczne działanie**.

4.1. Wymagania wobec realizatorów programów rekomendowanych

Wiesław Poleszak

Dbanie o kompetencje realizatorów programów profilaktycznych służy szeroko rozumianemu **dobru odbiorców** (zapewniamy im wysoką jakość działań i bezpieczeństwo), **realizatorów** (rozwijają profesjonalne kompetencje), jak i **całemu systemowi** oddziaływań profilaktycznych (praktyka profilaktyczna spełnia wysokie standardy i jest efektywna). Troska o odpowiedni poziom kompetencji realizatorów oddziaływań **wynika z odpowiedzialności za zdrowie osób korzystających z profilaktyki** i oczekiwań instytucji publicznych finansujących profilaktykę. Wysokie kompetencje realizatorów programów profilaktycznych przekładają się na skuteczność profilaktyki (Flay i in., 2005). **Nieodpowiednio przygotowane programy profilaktyczne mogą być nie tylko nieskuteczne, ale też szkodliwe dla ich odbiorców.** Niedostosowane do potrzeb odbiorców działania profilaktyczne nie wspierają młodych ludzi w rozwiązywaniu ich trudności, co prowadzi do realnie doświadczanego cierpienia i szukania dysfunkcyjnych sposobów rozwiązywania problemów. W dłuższej perspektywie prowadzić to może do uzależnień, łamania prawa i utraty zdrowia. Zdrowie i rozwój jednostki są wartością społeczną, stąd też wymóg ich ochrony przed działaniami profilaktycznymi, które nie mają podstaw naukowych ani dowodów skuteczności.

Ważnym **argumentem dla stosowania standardów jest też finansowanie profilaktyki ze środków publicznych.** Jak podaje B. R. Flay i współautorzy (2005, s. 1), standardy są po to, aby „pomóc praktykom, decydentom i administratorom w określeniu, które interwencje są efektywne, które są skuteczne, a które są gotowe do rozpowszechnienia”.



Wysokie **kompetencje**
realizatorów programów profilaktycznych
przekładają się na **skuteczność profilaktyki.**

W niżej zamieszczonej tabeli zamieszczono **podstawowe wymagania dotyczące kompetencji osób zajmujących się profilaktyką zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży** (Brammer, 1984; Ostaszewski, 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021; Kusztal, Piasecka, 2023).

Tabela 6. Charakterystyka kompetencji realizatorów profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży

WIEDZA	Opis kompetencji
	Przekrojowa wiedza na temat miejsca profilaktyki w relacji do innych dyscyplin wiedzy o zdrowiu i rozwoju człowieka Wiedza na temat psychologii rozwoju człowieka, wychowania i zdrowia publicznego.
	Wiedza o podstawach prawnych realizacji działań profilaktycznych Znajomość podstawowych dokumentów prawnych regulujących profilaktykę na poziomie krajowym, jednostek samorządu terytorialnego, jak i oświaty.
	Podstawy wiedzy o profilaktyce Rozumienie podstawowych pojęć dotyczących profilaktyki (profilaktyka, zachowania problemowe, czynniki ryzyka i czynniki chroniące, program profilaktyczny, ewaluacja, itp.) Znajomość typologii rodzajów interwencji profilaktycznych: – Profilaktyka uniwersalna - interwencje profilaktyczne, skierowane do osób z ogółu populacji, które nie zostały zidentyfikowane na podstawie indywidualnego ryzyka. – Profilaktyka selektywna - interwencje profilaktyczne, skierowane do podgrupy o znacznie wyższym niż przeciętnie ryzyku rozwoju używania substancji psychoaktywnych. – Profilaktyka wskazująca - interwencje profilaktyczne, skierowane do osób z grupy wysokiego ryzyka, u których zidentyfikowano wczesne oznaki lub objawy zapowiadające używanie substancji psychoaktywnych.

WIEDZA	Podstawy wiedzy o ryzykownych zachowaniach dzieci i młodzieży Znajomość głównych teorii i modeli zachowań problemowych opartych na badaniach naukowych Aktualna wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących związanych z zachowaniami problemowymi/ ryzykownymi/ antyspołecznymi dzieci i młodzieży. Rozumienie jaką rolę wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących w projektowaniu działań profilaktycznych.
	Wiedza o zasadach konstruowania i ewaluacji programów profilaktycznych Znajomość sposobów prowadzenia diagnozy zachowań problemowych z uwzględnieniem czynników chroniących i czynników ryzyka. Wiedza o wykorzystywaniu wyników diagnozy w projektowaniu działań profilaktycznych. Znajomość zasad przechodzenia od wyników diagnozy do celów działań profilaktycznych, od celów do sposobów ich osiągania. Wiedza o projektowaniu i przeprowadzaniu ewaluacji działań profilaktycznych.
	Skutki używania substancji psychoaktywnych i uzależnienia od substancji Świadomość, że skutki używania i nadużywania substancji psychoaktywnych mają charakter kumulacyjny i w znacznym stopniu przyczyniają się do kosztownych problemów społecznych, fizycznych, psychicznych i związanych ze zdrowiem publicznym.
	Wiedza o systemie rekomendacji i programach profilaktycznych w tym systemie Wiedza o tym, w jaki sposób działa system programów rekomendowanych. Jakie są zasady przyjęcia programu profilaktycznego do bazy programów rekomendowanych.

Szeroko pojęte umiejętności komunikowania się

Znajomość podstawowych zasad efektywnej komunikacji. Umiejętność aktywnego słuchania, unikania barier komunikacyjnych opanowane na poziomie wykonawczym i edukacyjnym.

Umiejętność budowania i podtrzymywania konstruktywnych relacji pomocowych z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi

Umiejętność zbudowania takich relacji z uczestnikami działań profilaktycznych, które:

- pozwalają im swobodnie wyrażać swoje emocje, odczucia i potrzeby;
- sprawiają, że stają się one spotkaniem dwóch osób opartym na otwartości, zaufaniu i autentyczności oraz empatii.

Umiejętności prowadzenia grupy

Większość zajęć profilaktycznych prowadzona jest w grupie, ze względu na rodzaj profilaktyki, albo dostępność odbiorców. Niezbędne umiejętności to: nawiązywanie kontaktu z grupą, zawieranie kontraktu, prowadzenie grupy – w tym kierowanie procesem grupowym oraz przeprowadzanie interwencji w grupie.

Umiejętność stosowania podstawowych strategii profilaktycznych

Opanowanie kilku wiodących strategii profilaktycznych: informacyjnej, edukacyjnej, alternatyw, interwencyjnej, zmiany środowiska i zmiany przepisów.

UMIEJĘTNOŚCI	Znajomość podstawowych metod i technik oddziaływań profilaktycznych Stosowanie aktywizujących metod pracy z jednostką i grupą ukierunkowana jest na podniesienie zaangażowania uczestników zajęć profilaktycznych, a jednocześnie tworzy warunki do wzbogacania osobistych doświadczeń i odkrywania nowych treści. Stąd, konieczność dysponowania szerokim repertuarem takich metod i technik takich jak: – techniki ułatwiające kontakt i wymianę informacji, – techniki aktywizujące, – techniki budujące zaufanie, – techniki projekcyjne, – bajki terapeutyczne, – techniki zmuszające do konfrontacji, – techniki obrazujące strukturę grupy, – przełamywanie nawyków i schematów, – praca społecznością, – wykorzystanie procesu grupowego w pracy z grupą profilaktyczną.
POSTAWY	Przekonanie o wyjątkowym znaczeniu profilaktyki (misja) w życiu człowieka Profilaktyka, ze względu na swoją naturę, to nie tylko praca, ale styl życia. Bliskość tego obszaru z wychowaniem (oraz wiele teorii wyjaśniających mechanizm zachowań problemowych) wskazuje na istotne znaczenie modelowania w zmianie postaw i zachowań odbiorców profilaktyki. Znajomość i kierowanie się zasadami oraz normami etycznymi w pracy profilaktycznej z drugim człowiekiem Znajomość praw uczestników i umiejętność rozpoznawania granic ich prywatności. Umiejętność doboru technik i metod pracy właściwych do potrzeb i etapu rozwoju uczestników. Wiedza o technikach, które mogłyby przynieść negatywne skutki lub zagrazić bezpieczeństwu psychologicznemu uczestników.

Świadomość siebie, w tym swoich mocnych stron i ograniczeń w pracy z drugim człowiekiem

Praca z drugim człowiekiem, a zwłaszcza z grupą prowadzi do dużych przeciążeń psychicznych. Stąd, u psychoprofilaktyków konieczna wydaje się wysoka świadomość siebie i swoich procesów psychicznych. Szczególnie ważne jest to wtedy, gdy pracujemy z osobami, które stosują opór w relacji.

Dojrzały system wartości

Usystematyzowana hierarchia wartości decydująca o zachowaniach realizatora profilaktyki, z którego potrafi on wyprowadzić sens życia. W systemie tym powinny znaleźć się wartości kluczowe dla profilaktyki: rozwój i zdrowie.

Cechy osobowościowe ważne w pracy z drugim człowiekiem

Do cech wspomagających realizowanie działań profilaktycznych należy akceptacja drugiej osoby, otwartość na doświadczenia, elastyczność w reagowaniu.

Wysoki poziom zarządzania emocjami

U podstaw tych wymagań stoją dwa założenia. Pierwsze sprowadza się do możliwości pracy z osobami niedojrzałymi emocjonalnie, które reagują w kontakcie w sposób nieadekwatny. Stąd, potrzeba znaczących umiejętności reagowania emocjonalnego, a nawet umiejętności pracy z oporem. Drugi argument przemawiający za wysokimi kompetencjami emocjonalnymi to konieczność modelowania takich reakcji w kontakcie indywidualnym, jak i w pracy z grupą.

Reasumując, aby zweryfikować kompetencje realizatorów profilaktyki zachowań ryzykownych adresowanej do dzieci i młodzieży **należy wymagać uprawnień lub zadać pytania o następujące kwestie:**

- **jakim formalnym wykształceniem legitymuje się realizator?** – czy jest on przygotowany do pracy dziećmi i młodzieżą oraz gwarantuje wiedzę i umiejętności potrzebne do pracy z grupą?
- **w jakich szkoleniach z zakresu profilaktyki realizator działań profilaktycznych uczestniczył?** – czy posiada kompetencje z zakresu metodyki pracy profilaktycznej?
- **jakim doświadczeniem w prowadzeniu zajęć profilaktycznych** (zwłaszcza z dziećmi/młodzieżą) **legitymuje się realizator?** – ile zajęć tego typu przeprowadził i w jakich środowiskach (warto poprosić o zaświadczenia i rekomendacje z tych realizacji)?
- **czy realizator ma uprawnienia do realizacji programów rekomendowanych?** – większość programów rekomendowanych wymaga specjalistycznego przygotowania do realizacji i wydaje odpowiednie zaświadczenia uprawniające do ich realizacji (warto poprosić o przedstawienie takich dokumentów).
- **jakie są dotychczasowe dokonania i doświadczenia w dziedzinie profilaktyki** (np. programy, projekty, publikacje)? – ten zakres weryfikacji kompetencji dotyczy zwłaszcza realizatorów, którzy samodzielnie konstruują programy profilaktyczne i je wdrażają.

4.2 Polska Rama Kwalifikacji i ścieżki rozwoju zawodowego w profilaktyce

Jolanta Terlikowska

Jednym z najważniejszych narzędzi porządkujących system kompetencji zawodowych w Polsce jest **Polska Rama Kwalifikacji (PRK)**. Umożliwia ona opis i porównywanie kwalifikacji jako formalnie potwierdzonych efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych – niezależnie od miejsca ich zdobycia (edukacja formalna, studia podyplomowe, kursy, szkolenia, doświadczenie zawodowe). Każda kwalifikacja przypisana jest do jednego z ośmiu poziomów PRK zgodnych z Europejską Ramą Kwalifikacji, co **zapewnia przejrzystość i porównywalność kompetencji w skali krajowej i europejskiej**.

W obszarze profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia psychicznego PRK ma szczególne znaczenie dla jednostek samorządu terytorialnego oraz szkół, które odpowiadają za jakość działań profilaktycznych i racjonalne wydatkowanie środków publicznych. Włączenie kwalifikacji rynkowych do **Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK)** pozwala jasno określić, jakie kompetencje powinny posiadać osoby realizujące programy profilaktyczne.

Aktualnie w systemie funkcjonują dwie kwalifikacje odnoszące się do:

- **prowadzenia programów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uniwersalnej** w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych (Monitor Polski, 29 lipca 2024 r., poz. 693; obwieszczenie Ministra Zdrowia z 12 lipca 2024 r.)
- **prowadzenia programów selektywnej i wskazującej profilaktyki** w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych oraz minimalizowania problemów związanych z tymi zachowaniami (Monitor Polski, 19 lipca 2024 r., poz. 676; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 11 lipca 2024 r.).

Posiadanie kwalifikacji w zakresie profilaktyki uniwersalnej świadczy o przygotowaniu do samodzielnego planowania, realizowania i ewaluowania programów kierowanych do całych populacji (np. uczniów, rodziców, nauczycieli). Oznacza również umiejętność analizowania czynników ryzyka

i czynników chroniących, dobierania adekwatnych metod pracy, stosowania standardów jakości oraz działania zgodnie z zasadami *evidence-based practice* i etyką zawodową.

Z kolei **kwalifikacje w zakresie profilaktyki selektywnej i wskazującej** oznaczają przygotowanie do pracy z grupami podwyższonego ryzyka lub osobami wykazującymi pierwsze symptomy problemów. Posiadanie takich kwalifikacji wskazuje, że dana osoba dysponuje pogłębioną wiedzą o mechanizmach rozwoju zachowań ryzykownych, umiejętnością diagnozy potrzeb oraz prowadzenia interwencji opartych na dowodach naukowych we współpracy z instytucjami wsparcia i systemem pomocy.

Z perspektywy samorządów lokalnych, które przeznaczają środki finansowe na realizację działań profilaktycznych, jak i szkół, **upowszechnienie kwalifikacji przypisanych do PRK sprzyja profesjonalizacji systemu profilaktyki**. Umożliwia określenie minimalnych standardów kompetencyjnych dla realizatorów programów, zwiększa transparentność wyboru wykonawców oraz wzmacnia bezpieczeństwo merytoryczne i finansowe działań. W praktyce oznacza to przejście od modelu opartego na deklaracjach i incydentalnych szkoleniach do systemu opartego na zweryfikowanych kompetencjach i jasno określonych standardach jakości.

Należy jednak zaznaczyć, że do chwili przygotowania niniejszej publikacji **potwierdzanie kwalifikacji** w zakresie profilaktyki uniwersalnej oraz selektywnej/wskazującej **nie funkcjonuje w praktyce**. Nie zgłosił się bowiem żaden podmiot, który chciałby uzyskać uprawnienia instytucji certyfikującej. Proces nadawania kwalifikacji rozpocznie się dopiero w momencie pojawienia się instytucji spełniającej odpowiednie kryteria i jej zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Wówczas możliwe będzie uruchomienie procesu walidacji i formalnego potwierdzania kwalifikacji.

Przykłady wdrożeń z gmin i szkół

Paweł Filipczak, Wiesław Poleszak

5.1. Wnioski z doświadczeń we wprowadzaniu programów rekomendowanych w gminach miejskich

Paweł Filipczak

Gmina miejska, na której terenie znajduje się większa liczba placówek edukacyjnych, jest ważnym miejscem stosowania programów rekomendowanych w praktyce. Justyna Pajko z Urzędu Miasta Ełk wskazuje, że **realizacji programów sprzyja m.in. wykwalifikowana kadra, dostępność sprawdzonych materiałów czy wsparcie organizacyjne zajęć ze strony Urzędu Miasta**. Realizację programów rekomendowanych utrudniają wysokie koszty organizacyjne, przeciążenie uczniów podstawą programową, obawy kadry kierowniczej związane z realizacją zajęć profilaktycznych kosztem przedmiotów z podstawy programowej i brak rzetelnej diagnozy problemów („nas ten problem/to zachowanie ryzykowne nie dotyczy”).

Z doświadczenia Mariusza Winiarza, dyrektora Ośrodka Pomocy Społecznej w Dusznikach-Zdroju i Przewodniczącego Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że w realizacji programów rekomendowanych kluczowa jest **postawa dyrektora danej szkoły** oraz stworzenie „właściwego klimatu” do realizacji takich zajęć wśród nauczycieli, uczniów, ale również rodziców. Z uwagi na dużą liczbę klas na jednym poziomie istotne jest **wsparcie realizatorów zewnętrznych** oraz **powołanie koordynatora ds. profilaktyki w każdej placówce edukacyjnej**. W realiach szkolnych w Dusznikach-Zdroju, podobnie jak w Ełku, wdrażanie programów utrudnia brak miejsca w planie zajęć na długofalową profilaktykę. Inną przyczyną jest m.in. brak zaangażowania

nauczycieli i rodziców oraz brak odpowiednich zasobów, np. realizatorów zewnętrznych i zaplecza.

Tabela 7. Opinie na temat czynników sprzyjających i barier w stosowaniu rekomendowanych programów profilaktycznych w gminach miejskich

Co sprzyja realizacji?	Co utrudnia realizację?
Posiadanie wykwalifikowanych specjalistów , przeszkolonych w realizacji danego programu rekomendowanego.	Wysokie koszty realizacji programów rekomendowanych w porównaniu do innych programów profilaktycznych (nierekomendowanych).
Właściwe dopasowanie programu do potrzeb danej szkoły.	Przeciążenie podstawą programową i napięty program zajęć , który utrudnia wprowadzenie działań cyklicznych.
Wsparcie przez realizatorów zewnętrznych.	Preferowanie jednorazowych, łatwych do rozliczenia działań profilaktycznych (np. spektakle profilaktyczne, pogadanki itp.).
Przekonanie nauczycieli i rodziców o potrzebie realizacji programu rekomendowanego.	Niskie zainteresowanie rodziców działaniami profilaktycznymi wspierającymi rozwój ich kompetencji wychowawczych.
Zaangażowanie dyrektora danej placówki edukacyjnej.	Diagnozy problemów oparte na deklaracjach (np. „ u nas nie ma takich problemów ”), które utrudniają wybór właściwych działań profilaktycznych w danym środowisku.

Wsparcie organizacyjne ze strony Urzędu Miasta i Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.	Obawa kadry kierowniczej przed dodatkowymi obowiązkami oraz odpowiedzialnością związaną z realizacją programu.
Powołanie koordynatora ds. profilaktyki w każdej placówce edukacyjnej.	Brak osoby odpowiedzialnej za współpracę między Miejską Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych a placówkami edukacyjnymi.

5.2. Jak efektywnie współpracować w gminie wiejskiej?

Paweł Filipczak

Współpraca w gminie wiejskiej pomiędzy Gminną Komisją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (GKRPA) a szkołą dotycząca realizacji programów rekomendowanych niesie ze sobą wiele wyzwań.

Z doświadczeń Teresy Nowackiej, dyrektora OPS i przewodniczącej GKRPA w Pieckach wynika, że bardzo istotny jest **poziom wiedzy lokalnych decydentów** (samorządowców, dyrektorów i nauczycieli), **dotyczący potrzeby realizowania profilaktyki opartej na dowodach naukowych**. Z osobami mającymi wiedzę w tej dziedzinie zdecydowanie łatwiej się współpracuje w obszarze profilaktyki i nie trzeba poświęcać wielu godzin na przekonywanie, że program rekomendowany jest skuteczniejszy niż jednorazowa pogadanka. W Pieckach sprawdził się system zainicjowany przez GKRPA dotyczący przeszkolenia realizatorów programów rekomendowanych pracujących w lokalnych placówkach edukacyjnych. Kluczowe w realizacji programów rekomendowanych w Pieckach jest **zagwarantowanie funduszy**. Teresa Nowacka zauważa, że łatwiej realizuje się programy

rekomendowane w mniejszej placówce edukacyjnej (mniej klas na jednym poziomie; dyrektorzy mniejszych szkół są bardziej otwarci na współpracę).

W przypadku gminy Piecki ważna jest także **współpraca pomiędzy GKRPA a miejscowym OPS**, dzięki czemu zajęcia np. programu „Szkoła dla rodziców i wychowawców” mogły się odbywać w miejscach udostępnionych przez miejscowy OPS. Ważne w promocji rekomendowanej profilaktyki – zdaniem dyrektor Nowackiej – jest **wsparcie medialne** tych **działań** (artykuły w lokalnej prasie, wywiady w radio). W takich publikacjach i audycjach prezentowano dobre praktyki, co inspirowało do realizacji programów rekomendowanych w kolejnych szkołach, a także poszerzało wiedzę lokalnej społeczności na temat czynników chroniących.

Zdaniem lokalnych specjalistów wdrażanie programów rekomendowanych w szkole w gminie wiejskiej utrudnia m.in. nierozumienie przez osoby odpowiadające za profilaktykę terminu „rekomendacja”, brak wiedzy na temat profilaktyki opartej na dowodach naukowych oraz presja rodziców na dyrektorów, aby dzieci nie traciły zajęć szkolnych.

Tabela 8. Opinie na temat czynników sprzyjających i barier w stosowaniu rekomendowanych programów profilaktycznych w gminie wiejskiej

Co sprzyja realizacji?	Co utrudnia realizację?
Wiedza decydentów dotycząca rekomendowanej profilaktyki.	Decydenci nie mają wiedzy na temat profilaktyki opartej na naukowych podstawach:
Wsparcie wójta gminy; włączenie dyrektora szkoły do GKRPA.	Brak zaangażowania GKRPA, specjalistów lokalnych.
Przekonanie dyrektorów i rodziców , że dzięki realizacji programów rekomendowanych uczniowie osiągną lepsze wyniki w nauce.	Presja rodziców na dyrektorów, aby dzieci nie traciły zajęć szkolnych.

Przeszkoleni realizatorzy – specjaliści lokalni.	Brak realizatorów.
Zaplecze lokalowe.	Brak odpowiedniego zaplecza.
Mniejsza placówka edukacyjna.	Duża szkoła z wieloma klasami na jednym poziomie.
Promocja w lokalnych mediach.	Zaniedbanie edukacji publicznej.
Zapewnienie funduszy.	Brak zabezpieczenia funduszy na realizację programu.

5.3. Doświadczenia w realizacji programów rekomendowanych na poziomie szkoły średniej

5.3.1. Jak realizować programy rekomendowane w szkołach ponadpodstawowych?

Paweł Filipczak

Szkoły ponadpodstawowe są nie tylko ważnym miejscem kształcenia, ale również rozwijania umiejętności życiowych przez młodzież wkraczającą w dorosłość.

Zdaniem pani Magdaleny Bylicy-Pawlak, psycholożki realizującej rekomendowane programy w Żyrardowie, **kluczowa dla realizacji programów rekomendowanych w szkole ponadpodstawowej jest postawa dyrektora szkoły**. Jeśli dyrektor jest świadomy potrzeb emocjonalnych i społecznych swoich uczniów wspiera realizatorów programów o potwierdzonej skuteczności. Podczas całego okresu trwania programu **ułatwia organizację zajęć, udostępnia sale warsztatowe, pomaga w dotarciu do uczniów i rodziców** z zaproszeniami na zajęcia itp.

Ważnym aspektem jest zapewnienie **finansowania zajęć** (wynagrodzenie dla realizatorów, zakup materiałów itp.) z funduszy Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, z budżetu szkolnego bądź z dotacji zewnętrznej.

Pomocne w zwiększeniu efektywności zajęć jest **przeszkolenie większej liczby nauczycieli w danej placówce**. Dzięki temu **uczniowie spotykają się na terenie szkoły ze spójnym przekazem**, co tworzy w szkole klimat sprzyjający korzystaniu przez uczniów z nabytych umiejętności.

Bardzo istotne jest ustalenie standardów realizacji danego programu z władzami danej placówki edukacyjnej. **Określenie liczebności grup warsztatowych i zasad współpracy** zapewnia realizatorowi poczucie bezpieczeństwa i komfort pracy.

W systemie szkolnym **rola i postawa wychowawców klas** także w kontekście profilaktyki jest bardzo ważna. Jeśli dany wychowawca zachęca uczniów i ich rodziców do udziału w zajęciach przekłada się to na zwiększenie frekwencji podczas warsztatów.

Warty podkreślenia jest fakt, że realizatorzy nie mieli większych problemów z naborem rodziców do kameralnych grup warsztatowych. Ponadto wspomniano, że należy objąć **superwizją, mentoringiem osoby prowadzące programy o potwierdzonej skuteczności**.

Wśród czynników, które **utrudniają realizację programów rekomendowanych** w szkołach ponadpodstawowych realizatorzy wymieniają **trudność** związaną **z zaangażowaniem nauczycieli w szkolenia**. Niektórzy pedagodzy odmawiają udziału w zajęciach dedykowanych specjalnie dla nich. Jest to powszechniejsze w przypadku nauczycieli z dłuższym stażem pracy.

W szkołach ponadpodstawowych **nauczyciele są skupieni na podstawie programowej** i możliwie jak najlepszym **przygotowaniu uczniów do egzaminu maturalnego**. Wielu z nich nie czuje się przygotowanymi do prowadzenia zajęć ważnych z punktu widzenia profilaktyki uzależnień (obejmujących umiejętności społeczne, regulowanie emocji, przeciwdziałanie czynnikom ryzyka itp.).

Znamienny jest fakt, że zbyt mało jest realizatorów programów rekomendowanych w ponadpodstawowych placówkach edukacyjnych. Osoby

prowadzące zajęcia **postulują przygotowanie wykazu realizatorów w każdej gminie**, dzięki czemu dyrektorzy i osoby odpowiadające za profilaktykę mogliby współpracować z realizatorami posiadającymi wymagane kwalifikacje.

Tabela 9. Opinie na temat czynników sprzyjających i barier w stosowaniu rekomendowanych programów profilaktycznych w szkole średniej w gminie miejskiej

Co sprzyja realizacji?	Co utrudnia realizację?
Otwartość i wiedza merytoryczna dyrektora placówki edukacyjnej dotycząca realizowania profilaktyki opartej na naukowych podstawach.	Władze szkoły nie zauważają potrzeby realizacji programów rekomendowanych.
Pozyskanie finansowania zajęć (GKRPA, grant zewnętrzny, budżet szkolny).	Brak funduszy na prowadzenie zajęć (np. brak zgody GKRPA na finansowanie warsztatów).
Dyrektor i wychowawcy wspierają organizację i realizację zajęć.	Grono pedagogiczne nie widzi potrzeby realizowania programu rekomendowanego kosztem zajęć z podstawy programowej argumentując to potrzebą należytego przygotowania uczniów do egzaminów maturalnych.
Przeszkolenie większej grupy nauczycieli w danej szkole.	Niektórzy nauczyciele nie chcą brać udziału w szkoleniach i podnosić swoich kompetencji w obszarze profilaktyki uzależnień.
Odpowiednie przygotowanie realizatora programu i staranna realizacja zgodna ze standardami.	Realizowanie programu wbrew standardom (np. skracanie zajęć; zbyt duża liczebność grupy).

Superwizja, mentoring dla osób realizujących programy rekomendowane.	Brak wsparcia realizatorów programu.
Dobre warunki lokalowe .	Zbyt mała liczba realizatorów programów rekomendowanych.

5.3.2. Współpraca samorządu lokalnego i szkoły średniej we wdrażaniu rekomendowanych programów

Wiesław Poleszak

Jak informuje Anna Nowosadzka, dyrektor Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 2 w Puławach, **realizacja programów rekomendowanych odbywa się dzięki wsparciu Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Puławy.**

Realizacja programu zawsze rozpoczyna się z inicjatywy Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Puławy. Szkoła otrzymuje propozycję realizacji programów rekomendowanych na dany rok. Dlatego **kluczowa jest dobra współpraca pomiędzy liceum a tym wydziałem.**

Dotychczas szkoła skorzystała z jednego z rekomendowanych programów profilaktycznych. Początkowo był on realizowany dla uczniów jednego liceum. W kolejnej edycji było to już wspólne spotkanie dla uczniów z różnych szkół i do tego sposobu wdrażania programu odnosimy się w tej ocenie. W opinii Anny Nowosadzkiej **łącznie w jednej grupie uczestników z różnych szkół utrudnia realizację programu.** Przedstawiając czynniki oceniane przez siebie jako **sprzyjające realizacji** Anna Nowosadzka podkreśliła fakt angażowania uczestników do udziału poprzez **różnorodność form (wykład, warsztat, dialog, osobiste świadectwa innych ludzi) oraz zachęty do refleksji nad sobą.** Ważne okazało się też proponowanie działań związanych z poruszoną tematyką po zakończeniu spotkania z realizatorami programu. Kolejny czynnik sprzyjający realizacji programu to **praca z Radą Pedagogiczną szkoły oraz z rodzicami.**

Bibliografia

- Borucka, A. (2017). Logiczny model programu profilaktycznego. *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, 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. <https://dziekokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/8081>
- Brammer, L.M. (1984). *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R. (2015). *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień – prace w ramach drugiego etapu*. W: A. Malczewski, *Europejskie standardy – prace w ramach drugiego etapu*. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.
- Diagnoza lokalnych zagrożeń społecznych Gminy Nieporęt, zawierająca tematykę uzależnień oraz tematykę przemocy wraz z raportem i rekomendacjami na przyszłe lata oraz analizę SWOT i ESPAD (2023)*. <https://www.nieporet.pl/wp-content/uploads/2025/03/Diagnoza-Nieporet.pdf>
- Diagnoza potrzeb i potencjału społeczności lokalnej w zakresie usług społecznych (2020)*. Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. https://www.prezydent.pl/storage/file/core_files/2021/8/5/40042170f738f8f703391e00d7c8c4d7/cus_broszura_2_web.pdf
- Diagnoza Problemu Uzależnień. Miasto Chełm (2024)*. Fundacja Centrum Badań Profilaktycznych. <https://samorząd.gov.pl/attachment/949b6545-a960-423f-b6be-9a1064040db9>
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od Narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2018.

- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022). *Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie <https://www.ipin.edu.pl/pro-m>
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków* (2018). Krajowe Centrum Przeciwdziałania uzależnieniom. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/europejskie_standardy_jakosci-2019.pdf
- E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., and Ji, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151–175. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y>
- Gottlieb, L. N. (2003). Ageism of Knowledge: Outdated Research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(3), <https://escholarship.mcgill.ca/downloads/vh53x1558>
- Hawkins, J.D., Nederhood, B. (1994). *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Pracownia Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kusztal, J., Piasecka, M., (2023). Kompetencje do prowadzenia działań profilaktycznych jako kontekst profesjonalizacji zawodu profilaktyka. *Resocjalizacja Polska*, 25, 83–95. <http://resocjalizacjapolska.pl/index.php/rp/issue/view/20/27>
- Mapy potrzeb zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia. (dostęp, 20.02.2026) <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>
- Najwyższa Izba Kontroli (2019). *Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków – przygotowanie i realizacja gminnych programów profilaktyki*. Raport z kontroli P/19/O94. <http://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/O94/>
- Najwyższa Izba Kontroli (2024). *Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży*. Raport z kontroli 12/2024/P/O76/LPO. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,29683,vp,32542.pdf>

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, (załącznik nr 1), w: Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2021/642>
- Nowińska, K. (2023). Czym jest triangulacja w badaniach społecznych. <https://das.pw.edu.pl/Raporty/Zrozumiec-badania-spoleczne/Czym-jest-triangulacja-w-badaniach-spolecznych>
- Ostaszewski, K. (2014). Kompetencje zawodowe profilaktyka. *Serwis informacyjny narkomania*, 4 (68), 8–13.
- Ostaszewski, K. (2016). *Standardy profilaktyki*. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/standardy-profilaktyki.pdf>
- Ostaszewski, K. (2017). *Na jakich podejściach teoretycznych są oparte najskuteczniejsze działania profilaktyczne i jak je wykorzystać w Polsce*. Lublin: WSEI, 16.05.2017, prezentacja, [online]: https://www.profilaktycy.pl/images/zasoby_pliki/panel04/zalnr6a_profOstaszewski.pdf
- Ostaszewski, K. (2021). Różnice między promocją zdrowia psychicznego i profilaktyką problemów zdrowia psychicznego. Wskazania dla praktyki i ewaluacji. W: L. Zabłocka-Żytko, J.C. Czabała (red.), *Promocja zdrowia psychicznego – od teorii do praktyki* (s. 31–46). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Piasecka, M., Kuszał, J., Szwejka, Ł., Piątek, K. (2023). *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pisarska, A. (2019) System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w Polsce. *Serwis Informacyjny UZALEŻNIENIA*, nr 1/2019 (85), s. 8–9. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/serwis-informacyjny-uzaleznienia-2019-1-85.pdf>

Pisarska, A. (2025) Standardy w profilaktyce. *Remedium*, 11, 2-7. https://remedium-psychologia.pl/standardy-w-profilaktyce_219.html

Profilaktyka i rozwiązywanie problemów uzależnień w Polsce w samorządach lokalnych w 2024 roku. Zestawienia statystyczne. Na podstawie sprawozdań KCPU-G1 (2025). KCPU.

Programy Rekomendowane <https://programyrekomendowane.pl/system-rekomendacji/o-systemie-rekomendacji/>

Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2025 roku (2024). Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/12/Rekomendacje_2025.pdf

Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2026 roku (2025). Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom <https://kcpu.gov.pl/rekomendacje-dla-gmin-na-2026r/>

Rokita, J. (1995). *Systemy zarządzania*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.

Sierosławski, J. (2025). *Używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024 r.* Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf>

Skubisz, J. (2019). *O profilaktyce na rzecz bezpieczeństwa szkolnego teoria i praktyka*. Wyższa Szkoła Menedżerska w Warszawie. https://mans.org.pl/wp-content/uploads/2022/05/4_monografia_skubisz.pdf

Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych. (2015). Ośrodek Rozwoju Edukacji. https://ore.edu.pl/wp-content/uploads/phocadownload/pracownie/standardy_jakosci_11.pdf

- System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego* (2010). Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. (dostęp, 15.02.2026) <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/system-rekomendacji-programow-profilaktycznych-i-promocji-zdrowia-psychicznego.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2021). *Prevention Core Competencies*. Publication No. PEP20-03-08-001. Rockville. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep20-03-08-001.pdf>
- Talik W., Poleszak W. (2017). Zastosowanie ComPM jako narzędzia do pomiaru kompetencji menedżera projektów. *Organizacja i Kierowanie*, Nr 4 (178), s. 121-138, SGH Warszawa
- Urbaniak-Zajęc, D. (2018). O łączeniu badań ilościowych i jakościowych – oczekiwania i wątpliwości, *Przegląd Badań Edukacyjnych* 26(1), 121–138. <https://polona.pl/item-view/fcf34194-a3ff-4559-842c-0663db1527af?page=4>
- Wojcieszek, K., Szymańska, J. (2003). *Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych*. Ośrodek Rozwoju Edukacji. https://ore.edu.pl/wp-content/uploads/phocadownload/pracownie/standardy_jakosci_11.pdf
- World Health Organization (2024). *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: A focus on adolescent health and well-being in Europe, Central Asia and Canada. International Report from the 2021/2022 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-\(hbhc\)-study](https://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-(hbhc)-study)

Niniejsza publikacja ma służyć jako praktyczne wsparcie w planowaniu i realizacji skutecznych działań profilaktycznych wobec dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania zachowaniom ryzykownym. Jest adresowana do przedstawicieli samorządów, dyrektorów szkół, nauczycieli, pedagogów, psychologów oraz wszystkich osób zaangażowanych w działania profilaktyczne.

W broszurze przedstawiono najważniejsze założenia profilaktyki opartej na dowodach naukowych i standardach jakości, zasady diagnozowania potrzeb społeczności lokalnej oraz projektowania skutecznych działań profilaktycznych. Czytelnik znajdzie także praktyczne wskazówki dotyczące korzystania z Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego oraz przykłady doświadczeń praktyków realizujących profilaktykę w szkołach i samorządach.

Publikacja przygotowana przez Instytut Nowej Kultury powstała w ramach projektu „Promocja rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” realizowanego na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026.



ISBN 978-83-970079-6-3



9 788397 007963