

# Profilaktyka uzależnień i promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Modele planowania i działania

Agnieszka Rosińska\*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

## PROPHYLAXIS OF ADDICTIONS AND HEALTH PROMOTION IN A LOCAL COMMUNITY. MODELS OF PLANNING AND ACTION

**The present account attempts to outline the basic strategies and models of action applied in the prophylaxis of addictions and health promotion, considering the evolution of approaches in the field. It also discusses the opportunity for such activities in Poland connected with the model of a balanced development of local communities based on partnership. The article aims at the promotion of a multi-level and long-term approach to the discussed problems, based on scientific research and practitioners' work.**

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę zarysowania podstawowych strategii i modeli działania stosowanych w profilaktyce uzależnień i promocji zdrowia odwołując się do ewolucji podejść w tym obszarze. Poruszono także zagadnienia związane z szansą, jaką stwarza dla tych działań w Polsce formuła zrównoważonego rozwoju środowisk lokalnych oparta na modelu partnerstwa. Celem prowadzonych rozważań jest promowanie opartego na badaniach naukowych oraz dorobku praktyków, wielopoziomowego i długofalowego podejścia do omawianej problematyki.

### WPROWADZENIE

Dbanie o zdrowie i przeciwdziałanie jego zagrożeniom to współcześnie temat obecny zarówno w badaniach naukowych, jak i w codziennej pracy specjalistów zajmujących się problemami społecznymi i rozwojem społeczno-gospodarczym. W obszarze praktyki mamy tu do czynienia zarówno z ogólnopolskimi czy nawet ogólnoeuropejskimi i ogólnoświatowymi przedsięwzięciami, jak i z zakrojonymi na znacznie mniejszą skalę projektami lokalnymi. Prowadzonym oddziaływanom stawia się wymóg profesjonalizmu i efektywności, a ich finansowanie zwykle wiąże się koniecznością precyzyjnego planowania, monitorowania i ewaluacji. W tym kontekście ważne wydaje się analizowanie stosowanych strategii i uzyskiwanych dzięki nim rezultatów. Istotne dla takiej analizy jest formułowanie

pytań dotyczących wzajemnej współzależności profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia adresowanej do osób, grup i lokalnych społeczności. Ważną kwestią jest także zastosowanie we współczesnym podejściu do obu tych działań modeli uwzględniających aktualne ramy i nowe możliwości polityki społeczno-gospodarczej w Polsce i Unii Europejskiej. Uzyskiwane odpowiedzi mogą być pomocne w prowadzeniu dwóch typów ewaluacji:

- sumatywnej – tu szczególnie ważne wydaje się wyodrębnienie czynników istotnych dla zwiększania trafności i skuteczności działań, ale również dla różnicowania efektów osiągniętych w poszczególnych projektach (krótkoterminowe – długoterminowe, odroczone; istotne dla obniżania ryzyka patologii – istotne dla promocji zdrowia; znaczące dla jednostki – ważne dla społeczności),
- oraz formatywnej – w tym punkcie istotne wydaje się integrowanie uzyskanych wyników w celu konstruowania modelu optymalizującego procesy przyszłe działania.

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Agnieszka Rosińska, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskiego 69, 00-000 Poznań.

e-mail: agaros@amu.edu.pl

## EWOLUCJA MODELI I KONCEPCJI W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ – KU PROMOCJI ZDROWIA

Przyglądając się zmianom zachodzącym w podejściu do profilaktyki, można zauważyć stopniowe, lecz niezwykle dynamiczne, przenikanie do współczesnych koncepcji idei zaczerpniętych wprost z obszaru promocji zdrowia. Dotyczy to zwłaszcza transmisji prozdrowotnych wartości, systemowego i długofalowego projektowania oddziaływań a także koncentracji na budowaniu, rozwijaniu i ochronie zasobów człowieka oraz środowiska jego życia.

Szczegółową charakterystykę i ewolucję pierwszych strategii profilaktycznych realizowanych w systemie edukacyjnym opisuje K. Ostaszewski (2003). Autor przedstawia następujące modele profilaktyki wraz z ich założeniami i metodyką pracy:

- oświata zdrowotna
- edukacja humanistyczna
- edukacja społeczna
- edukacja w zakresie umiejętności życiowych
- model alternatywnych form
- promocja zdrowia

Początki działań profilaktycznych w ramach wczesnej profilaktyki uzależnień we wszystkich krajach to tradycyjne podejście do problemu określane jako **model oświaty zdrowotnej**. Cel, jaki stawiano przed profilaktyką, to przede wszystkim przekazywanie ludziom informacji o środkach uzależniających i konsekwencjach, jakie mogą pojawić się w wyniku ich stosowania. Podejście to opierało się na założeniu, że procesy poznawcze, a przede wszystkim zakres wiedzy na temat środków uzależniających i związanych z nimi zagrożeń, kształtują postawy ludzi i wpływają na ich zachowanie (por. Ostaszewski, 2003).

Koncepcja ta jest realizowana poprzez oddziaływanie kładące nacisk na różne aspekty problemu i uwypuklające różne treści. Jednym z nich jest „informowanie” nastawione na rzetelne i dokładne (na poziomie odpowiednio dostosowanym do odbiorcy) przekazywanie wiedzy o specyfice substancji uzależniających i ich wpływie na organizm, psychikę, zachowanie i różne sfery życia człowieka. Inna opcja skupia się głównie na wywołaniu u odbiorcy efektu emocjonalnego. Jest to model określany jako „straszenie”, w którym wykorzystuje się alarmujące dane, przerażające statystyki i prognozy a czasem także celowo szokujące zdjęcia, plakaty czy filmy zawierające budzące grozę obrazy, ukazujące np. ludzi wyniszczonych nalgiem. Kolej-

na metoda to uświadamianie przez „pokazywanie przykładu człowieka uzależnionego”. Zwykle są to spotkania, filmy, audycje radiowe lub pisemne relacje osób uzależnionych, często po przebytym leczeniu, które opisują swoją chorobę i koszty, jakie ponoszą w związku z uzależnieniem. Badania efektywności oddziaływań wykazały, że pozytywne rezultaty uzyskiwane dzięki temu podejściu były krótkotrwałe – zmiana zachowania utrzymywała się np. kilka miesięcy (*ibidem*).

Kolejna koncepcja to **model edukacji humanistycznej** (afektywnej) stawiający sobie za cel prawidłowy rozwój osobowości człowieka (*op. cit.*). Szczególny nacisk kładzie się w nim na te elementy i cechy osobowości czy umiejętności, które mogą mieć wpływ na zmniejszanie ryzyka związanego z korzystaniem ze środków psychoaktywnych. Wymieniamy się tu:

- poczucie własnej wartości,
- umiejscowienie kontroli,
- umiejętności identyfikowania i wyrażania swoich uczuć,
- podejmowanie decyzji,
- radzenie sobie ze stresem.

Za ważne dla prawidłowego rozwoju uznaje się tu: sferę wartości, odpowiedzialność i autentyczność w kontaktach z ludźmi. U podstaw tego podejścia do problemu leży założenie, że zakłócony, nieprawidłowy rozwój poszczególnych składników osobowości może być przyczyną sięgania po substancje psychoaktywne i uzależniania się od nich. Dostarczanie wiedzy na temat środków uzależniających jest tu już tylko jednym z wielu elementów i nie odgrywa większej roli. W edukacji humanistycznej wykorzystuje się głównie metody aktywnej pracy uczestników.

Rezultaty badań ewaluacyjnych tego modelu okazały się lepsze niż w przypadku poprzedniego modelu, lecz nie potwierdziły wpływu tych programów na zmniejszenie zagrożeń związanych ze stosowaniem substancji uzależniających (Cobler, 1986, Botwin, 1990, za: Ostaszewski, 2003).

Kolejny **model – edukacji społecznej**, zwany inaczej modelem wpływów społecznych lub podejściem psychospołecznym, zakładał, że zjawiska występujące w procesie społecznego uczenia się (modelowanie, identyfikacja, społeczne kary i nagrody) mają ogromny wpływ na zachowanie człowieka. W tej koncepcji środowisko jest traktowane jako źródło ważnych wzmocnień, wskazówek i przykładów

do naśladowania. W przypadku dzieci i młodzieży jest to znaczące oddziaływanie rówieśników i grupy rówieśniczej. W tym modelu działania profilaktyczne uwzględniają elementy rozpoznawania presji i radzenia sobie z nią (trening odmawiania), identyfikowanie manipulacji i wpływów ze strony m.in. reklamy na decyzje antyzdrowotne i ćwiczenie nie ulegania im. Za ważne uznaje się umiejętności określania własnej pozycji i roli w grupie a także aktywne poszukiwanie wsparcia i akceptacji w otoczeniu.

Wykorzystywane w tym modelu metody pracy to głównie zajęcia grupowe. Często stosuje się technikę odgrywania ról, podaje się także informacje na temat substancji uzależniających w celu dostarczenia wiedzy i zmiany nieprawdziwych przekonań. Jest to ważny element psychoprofilaktyki. Badania nad skutecznością programów potwierdziły znaczenie wybranych elementów tego podejścia, np. tzw. przekonań normatywnych w procesie modyfikacji zachowań zdrowotnych młodzieży (m.in. Hansen, 1993; Gaś, 1993).

Ciekawą formą pracy z młodzieżą wywodzącą się z tego podejścia jest idea rówieśniczego doradztwa i prowadzenia działań profilaktycznych przez liderów młodzieżowych (por. Gaś, 1993). Planowe wykorzystanie tej idei daje szansę na uruchomienie niedostatecznie wykorzystywanego w szkole obszaru pracy z klasą jako grupą a zarazem społecznością. Uruchamianie i wspieranie liderów w społeczności uczniowskiej sprzyja integracji klas i grup szkolnych, motywuje młodzież do formułowania wspólnych celów i wzmacnia współpracę. Dzięki planowej pracy zgodnej z założeniami modelu edukacji społecznej możliwe staje się wspieranie w klasie naturalnych procesów rozwojowych wynikających z cyklu życia grupy społecznej. Korzystne dla systemu szkolnego może być zwiększenie nacisku na integrację, współpracę i budowanie więzi w klasach, które liczą często trzydziestu i więcej uczniów, co utrudnia naturalny proces nawiązywania pozytywnych relacji. Ograniczeniem tego modelu jest wąskie traktowanie środowiska oddziaływań – ograniczanie go do terenu szkoły.

Większą liczbę różnorodnych czynników uwzględnia **model edukacji w zakresie umiejętności życiowych**. Zakłada on, że etiologia problemów związanych z uzależnieniami jest bardzo złożona. Kluczowe są tu pojęcia: zaspakajanie potrzeb i radzenie sobie z różnymi sytuacjami. Dotyczy to zwłaszcza radzenia sobie z trudnościami i konfliktami występującymi bądź nasilającymi się w okresie dorastania. To podejście, kładąc nacisk

na oddziaływanie przez modelowanie i uczenie się obserwacyjne, a także odgrywanie ról, stawia sobie za cel uczenie takich umiejętności, które sprzyjałyby zaspakajaniu własnych potrzeb, radzeniu sobie z różnymi sytuacjami i osiąganiu własnych celów bez sięgania po substancje psychoaktywne. Umiejętności tych jest bardzo wiele a to, które z nich są ważne i potrzebne konkretnym osobom i grupom, zależy od złożonych czynników indywidualnych i kontekstowych. U podstaw pracy profilaktycznej w ramach tego modelu legły doświadczenia z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej, co zaowocowało szeroką i różnorodną ofertą treningów umiejętności.

Mocną stroną tego podejścia jest uznanie wieloczynnikowej etiologii zagrożenia związanego z używaniem przez młodzież substancji psychoaktywnych. Co się z tym wiąże, programowanie powinno tu być ściślej powiązane z diagnozą. Koncentracja na trenowaniu umiejętności wiąże się z formułowaniem celów i wskaźników ich realizacji w języku konkretnych zachowań. Takie podejście stwarza korzystne warunki dla planowania i prowadzenia ewaluacji. Zagrożeniem, podobnie jak w przypadku modelu edukacji humanistycznej, może być nadmierne akcentowanie pojedynczych umiejętności z pominięciem faktu, że zmiana zachowań jest złożonym, uwarunkowanym wieloma czynnikami procesem. Metodyka zajęć realizowanych w tym podejściu do profilaktyki wymaga od organizatorów dużej wiedzy, plastycznego podejścia i umiejętności pracy z grupą.

Kolejny, całościowy pomysł to **model alternatywnych form**. W jego ramach oferuje się różne pomysły na to, jak można spędzać wolny czas, realizować i rozwijać swe zdolności i umiejętności, zaspakajając własne potrzeby. Alternatywne wobec alkoholu i innych środków psychoaktywnych sposoby spędzania przez dzieci i młodzież wolnego czasu mają zapobiegać uzależnieniom i pojawianiu się tzw. zachowań problemowych (Ostaszewski, 2003). Podejście to umacniają wyniki badań nad motywami sięgania m.in. po alkohol. Potwierdzają one fakt, że nuda, brak pomysłów i możliwości spędzania wolnego czasu, chęć szybkiej poprawy swojego nastroju, pragnienie dobrej zabawy i nawiązania kontaktów z akceptującymi osobami czy grupami to najczęściej wymieniane przez młodzież przyczyny picia alkoholu (por. Pacewicz, 1994; Sierosławski, 2003).

Programy prowadzone zgodnie z założeniami tego modelu okazały się bardziej skuteczne niż inne formy, zwłaszcza w przypadku grup młodzieży

przejawiających symptomy zaburzeń socjalizacyjnych takich, jak problemy w szkole czy nadużywanie substancji psychoaktywnych. Kolejnym, bardzo ważnym elementem tego podejścia, jest wykorzystanie dłuższego i bardziej intensywnego oddziaływania w przeciwieństwie np. do jednorazowych akcji informacyjnych. Dzięki temu, że projekty obejmowały wiele godzin (często do dwustu godzin) zwiększało się spektrum czynników podlegających modyfikacji. Dla wspierania wywoływanych efektów należy uwzględnić marginalizowane w tym modelu założenie, że podejmowanie związanych ze zdrowiem aktywności odbywa się w szerszym otoczeniu społecznym. Oznacza to, że zwiększenie skuteczności jest tu związane z promowaniem alternatyw dla ryzykownych zachowań w całej społeczności.

Za najbardziej wszechstronne podejście w omawianym obszarze uznaje się **model promocji zdrowia**. Poprzez działanie na rzecz promowania zdrowia i zdrowego stylu życia jest ono niezwykle cenne także dla profilaktyki. Adresatem jest w tym

wypadku cała populacja a treści edukacyjne dotyczą nie tylko, jak to miało miejsce w poprzednich modelach, poszczególnych czynników ryzyka lecz zdrowia jako wartości, traktowanego jako całość w jego fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym wymiarze (por. Sęk, 2000). Taki model odnajdujemy we współczesnym myśleniu o rewitalizacji siedlisk lokalnych i wspieraniu zrównoważonego rozwoju (por. Cavazzani, Moseley, 2001; Duriasz-Bułhak, Milewski, 2003). Koncentracja na długofalowej perspektywie animacji społeczności dla poprawy jakości życia mieszkańców i ich dobrostanu to idee najbliższe temu podejściu.

Współczesny obraz strategii i modeli stosowanych w profilaktyce jest efektem wieloletnich doświadczeń przekładających się na proces ewoluowania teorii i praktyki profilaktycznej. W swoim artykule, opisującym ocenę efektywności programów profilaktycznych J.Ł. Grzelak i B. Wolniewicz-Grzelak (1993) przytaczają typologię Stokera obrazującą w uproszczeniu tę ewolucję (Tabela 1). To, co jest istotnym elementem zaobserwowanych zmian, to poszerzanie perspektywy w kierunku systemo-

**Tabela 1**  
Ewolucja modeli i strategii profilaktycznych

Okres	Model	Strategie i metody
lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte	straszenie	profilaktyka oparta na wzbudzaniu lęku podmiotu przed zaburzeniami poprzez wskazywanie na ryzyko, opisywanie rozpowszechnienia i dotkliwości symptomów, opisy przypadków
lata siedemdziesiąte	wartości i uczucia	model odwołujący się do strategii wzmacniania społecznie ważnych wartości oparty na pracy w obszarze postaw, przekonań i potrzeb
lata osiemdziesiąte	model alternatyw i wyborów  sztuka odmowy  angażowanie środowiska	bazujący na tworzeniu alternatywnych dla zagrażających zdrowiu form aktywności i ćwiczeniu umiejętności dokonywania prozdrowotnych wyborów  strategia trenowania zachowań sprzyjających zdrowiu oparta na ćwiczeniu umiejętności rozpoznawania presji przeciwstawiania się jej i odmawiania w sytuacji, gdy naciski są ukierunkowane na podjęcie antyzdrowotnych zachowań  aktywizowanie różnych grup i organizacji istniejących w środowisku lokalnym
lata dziewięćdziesiąte	podejście systemowe	oparte na modelu interakcji pomiędzy różnymi elementami składowymi środowiska lokalnego
przełom wieków	<b>podejście oparte na zintegrowanym rozwoju i szerokiej sieci współpracy</b>	<b>strategie oparte o ponadsektorowe formy współdziałania, odwołujące się do idei zrównoważonego rozwoju danego obszaru kształtowanego w drodze aktywizowania osób, społeczności i instytucji na rzecz rozwiązywania problemów oraz podnoszenia jakości życia ludzi (idea partnerstwa opartego na tworzeniu i realizowaniu długoterminowej strategii rozwoju poprzez projekty)</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie J.Ł. Grzelak i B. Wolniewicz-Grzelak, 1993, s. 73 i Ostaszewski, 2003

wych i zintegrowanych oddziaływań, w założeniu znacznie wyprzedzających pojawianie się symptomów (profilaktyka pierwszorzędowa) czy wręcz nastawionych na promowanie zdrowia.

Na uwagę zasługuje fakt, że, w porównaniu z początkami profilaktyki, w podejściu współczesnym doszło do szeregu przekształceń w obrębie idei, metod i narzędzi działania. Najważniejsze z nich to:

- 1) odchodzenie od „myślenia sektorowego” w planowaniu i finansowaniu profilaktyki na rzecz podejścia ponadsektorowego, co w praktyce oznacza, że na poziomie polityki i ustawodawstwa tworzone są szerokie możliwości współpracy pomiędzy administracją, organizacjami sektora społecznego (pozarządowymi) i biznesem; rdzeń tej współpracy stanowią liderzy lokalni i inne, aktywne podmioty,
- 2) odnoszenie zakładanych zmian do idei zrównoważonego rozwoju, co przekłada się na traktowanie działań profilaktycznych jako jednego z wielu zintegrowanych elementów działań nastawionych na budowanie, restaurację i wzmacnianie podmiotowych oraz środowiskowych zasobów dla zachowania zdrowia,
- 3) większa koncentracja na długofalowym i szeroko zakrojonym planowaniu; profilaktyka ponadsektorowa to działania w dużej mierze oparte na planowaniu strategicznym; w praktyce oznacza to konieczność odniesienia tworzonych koncepcji i projektów do długoterminowej strategii rozwoju danego terytorium oraz uwzględnienia wzajemnych powiązań zachodzących w procesie zmian,
- 4) częściej stosowane zasady i metody profesjonalnego projektowania; planowanie strategiczne i powiązane z nim projekty rozwojowe są nastawione na efektywność działań i ich optymalizowanie w oparciu o uzyskiwane dane ewaluacyjne, co oznacza, że formułowanie celów i kryteriów ich osiągnięcia wymaga od współczesnej profilaktyki profesjonalnego traktowania a także odwołania do modelu zmian konstruowanego w oparciu o aktualny dorobek dyscypliny,
- 5) wzrost dbałości o poprawność metodologiczną badań ewaluacyjnych przejawiający się między innymi stosowaniem sprawdzonych narzędzi,
- 6) tworzenie sieci lokalnych jako efekt międzysektorowego i partnerskiego podejścia do rozwiązywania problemów społecznych, czego

rezultatem jest wypracowywanie rozwiązań systemowych opartych na współpracy osób i instytucji (dobrym przykładem są np. sieci instytucjonalne tworzące się wokół Ośrodków Interwencji Kryzysowej skupionych w systemie pomocy ofiarom i sprawcom przemocy w rodzinie)<sup>1</sup>,

- 7) interdyscyplinarne i zespołowe planowanie, wdrażanie oraz ewaluacja profilaktyki; realizowane obecnie działania wymagają współpracy specjalistów z różnych dziedzin, przestają być traktowane jako domena wąskiego grona specjalistów (np. terapeutów uzależnień); z tym aspektem wiąże się szersze otwarcie pola wymiany doświadczeń i współpracy zarówno w obszarze diagnozy, jak i interwencji oraz ewaluacji,
- 8) szersze zastosowanie modeli i strategii opartych na animacji społecznej; jednym z głównych elementów takiego podejścia do profilaktyki jest realizowanie założenia o uruchamianiu i wspieraniu procesu oddolnej aktywności ludzi ukierunkowanego na obniżanie ryzyka patologii oraz osiąganie dobrostanu,
- 9) traktowanie osób i grup niepełnoletnich oraz w podeszłym wieku, a także niepełnosprawnych jako ważnych „aktorów” i twórców lub współtwórców strategii działania a w mniejszym stopniu jako odbiorców czy adresatów oddziaływań.

Konsekwencją opisanych wyżej zmian jest konieczność dostosowywania polityki edukacyjnej i społecznej w trzech obszarach:

- budowania podmiotowej i społecznej gotowości do przyjmowania a przede wszystkim podejmowania działań profilaktycznych oraz promujących zdrowie,
- przygotowywania twórców i realizatorów takich oddziaływań,
- tworzenia pola oraz metod do budowania i umacniania sieci współpracy a także wymiany doświadczeń.

Tak sformułowane cele korespondują z ideą opartego na działaniach lokalnej społeczności, partnerskiego podejścia do rozwoju i rozwiązywania problemów społecznych.

<sup>1</sup> Na podstawie niepublikowanych materiałów z konferencji „Interwencja kryzysowa” zorganizowanej przez Wielkopolski Urząd Wojewódzki z dnia 19.09.2007.

## PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ I PROMOCJA ZDROWIA W ŚRODOWISKU LOKALNYM – „MODEL POLSKI”

Środowiskowe podejście do profilaktyki uzależnień opiera się m.in. na założeniu, że otoczenie fizyczne i społeczne człowieka częściowo reguluje dostępność środków uzależniających, a zwłaszcza alkoholu, oraz wpływa pośrednio na stopień ryzyka towarzyszącego korzystaniu z nich<sup>2</sup>. Podkreśla się tu ogromny wpływ norm, opinii i wartości, jakie w danej społeczności odnoszą się do tych substancji i kształtują wzorce ich używania. Uzasadnieniem dla działań prewencyjnych prowadzonych szeroko w społeczności lokalnej są także dane, jakie można

ka stosowana w tym obszarze dotyka sprzecznych interesów, co niejako wymusza stosowanie zróżnicowanych strategii działania. W Polsce takie strategie założono i kontynuuje się w kolejnych edycjach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych<sup>3</sup>.

Zaprezentowane w Tabeli 2 strategie i metody oscylują najczęściej wokół bardzo szerokiej i niespecyficznego lub wąskiej i zarazem dość homogenicznej grupy odbiorców. W zaprezentowanym opisie zaznacza się krótkoterminowa optyka podejmowanych działań. Większość z nich lokuje się raczej po stronie prewencji patologii niż promocji zdrowia.

Możliwości działania, tworzone w Polsce przez kolejne akty prawne<sup>4</sup> ogniskowały się wokół in-

**Tabela 2**  
Współczesne strategie wobec problemów alkoholowych w Polsce

Okres	Model	Strategie i metody
polityka antyalkoholowa	realizowana na szczeblu międzynarodowym, krajowym i LOKALNYM	– prawodawstwo fiskalne, – regulacja cen, – przepisy dotyczące reklamy, – granica dozwolonego prawem wieku nabywcy, – regulacja handlu (lokalizacji, ilości miejsc i godzin sprzedaży)
edukacja	obejmująca jednostki, grupy ryzyka, uzależnionych i ich rodziny, SPOŁECZNOŚCI LOKALNE, całe społeczeństwo	– dostarczanie informacji na temat zagrożeń oraz szkód psychologicznych, fizjologicznych i społecznych związanych z pićm alkoholu, – zmiana postaw, – motywowanie do działań ukierunkowanych na zmniejszenie ryzyka
diagnozowanie i internowanie	diagnoza na poziomie jednostki, rodziny, SPOŁECZNOŚCI i całej populacji; interwencja wobec osoby, rodziny, RZADKO W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ	– identyfikacja i diagnoza problemów związanych z pićm alkoholu, – interwencje po wykryciu nadużywania, zagrażającego lub szkodliwego spożycia alkoholu, – leczenie uzależnienia i współuzależnienia
promocja zdrowia	adresowana do jednostek, grup, SPOŁECZNOŚCI LOKALNYCH i całego społeczeństwa	– stwarzanie szansy na zdrowie przez działania wzmacniające i rozwijające zasoby podmiotowe i kontekstowe, – tworzenie formalno-prawnych i instytucjonalnych warunków zdrowego życia ludzi

Źródło: opracowanie własne na podstawie witryna internetowa PARPA, adres strony [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)

znaleźć w literaturze dotyczącej ewaluacji programów profilaktyki uzależnień. Podkreślają one istotną efektywność i odroczone, pozytywne rezultaty takich oddziaływań (Ostaszewski, 2003; Vinck, Oldenburg, von Lengerke, 2004).

Najwięcej miejsca poświęca się tu profilaktyce antyalkoholowej realizowanej z udziałem społeczności lokalnej. Na uwagę zasługuje fakt, że rynek produktów alkoholowych to w krajach rozwiniętych znacząca gałąź gospodarki. Tym samym profilakty-

<sup>2</sup> za: Siódmy Raport Specjalny dla Kongresu USA, (1994). Alkohol i nasze życie. *Nowiny psychologiczne*, 2, 87–127.

<sup>3</sup> por. witryna internetowa PARPA, adres strony: <http://www.parpa.pl>

<sup>4</sup> Wprowadzona w kwietniu 1993 roku nowelizacja Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dała gminom nie tylko możliwość wpływania na dystrybucję alkoholu, ale także nałożyła na nie obowiązek uchwalania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, który stanowi podstawę wszelkich działań profilaktycznych na szczeblu lokalnym. Kolejna, wprowadzona we wrześniu 1996 roku, nowelizacja tej ustawy otworzyła możliwości podejmowania przez administrację rządową i samorząd terytorialny skoordynowanych działań i pozyskiwania przez gminy funduszy (pochodzących od starających się o zezwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych podmiotów gospodarczych) na własną działalność profilaktyczną.

tegracji dwóch nurtów – delegowania uprawnień związanych z prowadzeniem profilaktyki i promocji zdrowia do samorządów oraz animowania społeczności lokalnych wokół rozwiązywania ich własnych problemów. W programie realizowanym w latach 2000–2005<sup>5</sup> podejmowano działania w celu zwiększania współpracy administracji rządowej i samorządowej różnych szczebli. Podkreślano tu zwłaszcza rolę lokalnych społeczności, organizacji pozarządowych i specjalistycznych instytucji oraz grup samopomocowych w tworzeniu programów prewencyjnych. Założenia te wprowadziły tzw. **trójstopniowy model prewencji** (por. Rosińska, 2003) oparty o hierarchiczne, powiązane struktury administracyjne. Dzięki temu modelowi, tworzenie i realizowanie profilaktyki miało towarzyszyć budowaniu lokalnych strategii rozwoju zgodnie z zasadami polityki rządowej. Istnienie takiej struktury stwarzało możliwości udzielania wsparcia i sprawowania kontroli, pozostawiając równocześnie samorządom lokalnym pewną swobodę działania.

**Model polski**, jak go nazwano, został wysoko oceniony przez europejskich ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego. Podkreślono zwłaszcza podjęcie próby stworzenia całościowego i spójnego podejścia do działań w sprawie alkoholu.<sup>6</sup>

Realizowane w Polsce strategie profilaktyczne i promujące zdrowie dotyczą różnych poziomów życia społecznego. Kluczowe znaczenie dla ich powodzenia ma współpraca i integracja prowadzonych działań przy jednoczesnym podziale zadań i odpowiedzialności. Uczni i praktycy zajmujący się prewencją podkreślają, że projektom tworzonemu na poziomie centralnym powinny towarzyszyć programy adresowane do społeczności lokalnej (Brzezińska, 1999; Levine, Perkins, Perkins, 2005).

#### IDEA PARTNERSTWA LOKALNEGO W PROFILAKTYCE UZALEŻNIEŃ I PROMOCJI ZDROWIA

Przytoczone w poprzednim akapicie zalecenia znajdują szerokie potwierdzenie w celach wspólnej polityki Zjednoczonej Europy. W raporcie Komisji Europejskiej dotyczącym Europejskiego Funduszu

Społecznego (1996) znajdujemy następujące odniesienia:

1. „[...] obecne wyzwania i możliwości dotyczące zatrudnienia, integracji społecznej i kształcenia, są zbyt skomplikowane i zbyt powiązane, aby poszczególne instytucje mogły się właściwie do nich odnieść”,
2. „[...] wzrost gospodarczy i umiejętność dostosowania się do zachodzących zmian gospodarczych i społecznych nie zależą tylko od ilości dostępnego kapitału naturalnego i materialnego czy też jakości dostępnego kapitału ludzkiego, lecz także od wypracowanego kapitału społecznego [...]”<sup>7</sup>.

Wyrażone w ten sposób potrzeby – z jednej strony wielopoziomowego, zintegrowanego podejścia, z drugiej strony – stworzenia ram dla prowadzenia wspólnych działań – zaowocowały stworzeniem **modelu działań partnerskich**.

Taka formuła ułatwia różnorodnym podmiotom życia społecznego angażowanie się we współpracę. Ma ona swoje korzenie w podejściu do rozwoju lokalnego, zgodnie z którym animacja społeczności zamieszkującej na danym terenie staje się jednocześnie celem, jak i narzędziem tego rozwoju. Głównym założeniem opisywanego podejścia jest, jak wspomniano wcześniej, wspieranie zrównoważonego rozwoju poprzez tworzenie mechanizmów oraz struktur sprzyjających lokalnej (a także ponadlokalnej) aktywności i współpracy. Polem dla takiej współpracy stają się działania prowadzone przez Grupy Lokalnego Działania (LGD), zwane inaczej Grupami Lokalnej Aktywności (LAG) mające formę partnerstw trójsektorowych. (por. Duriasz-Bulhak, Milewski, 2003; Smykowski, 2006).

Funkcjonowanie tych grup tworzy „trzecią ścieżkę” polityki społecznej uzupełniając model, w którym polityka rządowa przekładała się na projekty wdrażane przez wyznaczone do tego agendy i instytucje lub lokalnych liderów. W podejściu partnerskim dzięki modelowi „regrantingu”, partnerstwo lokalne tworzy całościową strategię rozwoju danego terytorium i decyduje o wdrażaniu konkretnych, lokalnych projektów zmian. Co ważne, grupa partnerska aktywnie wspiera te projekty, a także ich autorów, od momentu diagnozowania potrzeb i tworzenia idei aż do zakończenia oraz ewaluacji. Efektem tego podejścia może być rzetelna diagnoza, lepsza trafność projektu i jego efektywność.

<sup>5</sup> *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*; za: witryna internetowa PARPA, Ustawa i Programy, adres strony: <http://www.parpa.pl>.

<sup>6</sup> Podejście to było zgodne z Europejskim Planem Działania w Sprawie Alkoholu na lata 2000-2005 (EAAP – *European Alcohol Action Plan*), przyjętym pod egidą WHO przez kraje członkowskie Unii Europejskiej.

<sup>7</sup> Por. strona internetowa Komisji Europejskiej, adres strony: <http://www.efs.eu>



Rys. 1. Zasady partnerstwa jako podstawa profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia  
Źródło: Opracowanie własne

Podejście partnerskie, dzięki leżącym u jego podstaw zasadom, może być metodą uruchamiania, ukierunkowywania i wspierania aktywności społecznej podejmowanej wobec pojawiających się symptomów patologii związanej z uzależnieniami (Rysunek 1). W dłuższej perspektywie orientacja tworzonej przez partnerstwo strategii jest najczęściej prozdrowotna.

Efekty działania partnerstwa pożądane z perspektywy profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia to:

- koncentracja wokół potrzeb,
- wielopoziomowa diagnoza stanu i perspektyw,
- zwiększanie uprawnień stron,
- stwarzanie możliwości działania opartego na ryzyku i zasobach (por. Cavazzani, Moseley 2001)
- a także prowadzenie systematycznej ewaluacji i wykorzystanie uzyskanych w niej wyników.

Szczególnie istotnym z perspektywy omawianych zagadnień efektem działań partnerskich jest uruchamianie proaktywnego radzenia sobie z problemami – *proactive coping* i budowanie poczucia własnej skuteczności (por. Schwarzer, Renner, 2000; Levine, Perkins, Perkins, 2005). Proaktywne nastawienie podmiotu zaangażowanego w partnerskie działania oznacza jego zdolność do bycia

kreatorem własnych kompetencji zaradczych w odpowiedzi na napotkane wymagania. Stwarza ono ponadto możliwość przekształcania środowiska i jego wymogów, a także pozwala rozwiązywać jednostkowe problemy i angażować się w rozwiązywanie problemów przez społeczność.

Partnerska formuła działania może być szeroko wykorzystywana w prewencji i promocji zdrowia. Argumenty na rzecz tej tezy przynoszą także badania z zakresu psychologii społecznej, gdzie podkreśla się znaczenie animacji społecznej dla rozwiązywania lokalnych problemów. Psychologowie zajmujący się zagadnieniami społecznej aktywności jednostek podkreślają znaczenie zdolności społeczności do samoorganizowania się. Zdaniem S. Kowalika (1999), zdolność społeczności do działań na rzecz rozwiązywania własnych problemów wzrasta, gdy zostaną spełnione następujące warunki:

- gdy prowadzone w społeczności działania indywidualne mogą się przekształcać w kolektywne, co oznacza nie tylko okazjonalną, (np. związaną z działaniem w sytuacji katastrofy) mobilność sił i aktywności ludzi w kierunku współdziałania dla realizacji wyznaczonych celów,
- gdy dana społeczność potrafi przekształcać działania spontaniczne w zorganizowane, co jest niezwykle ważne w sytuacji, gdy organizowanie się i formalizowanie działań jest



w danym społeczeństwie spostrzegane jako zagrożenie dla aktywności prospołecznej,

- oraz gdy w społeczności jest zachowana zdolność reorganizowania nieskutecznych, wspólnych działań w kierunku ich większej efektywności.

Ostatni aspekt dotyczy zdolności społeczności do monitorowania i ewaluowania efektów podejmowanych inicjatyw. Sukces w tym obszarze wiąże się z dostępnością i uruchomieniem narzędzi ewaluacji, co w obszarze efektów zmian społecznych jest trudnym zadaniem.

Warto podkreślić, że kluczowym założeniem działań partnerskich jest uznanie ważności i roli samego procesu aktywności ludzkiej ukierunkowanej na zmianę zaprojektowaną przez daną społeczność (Levine, Perkins, Perkins, 2005). Za cel nadrzędny tego procesu uznaje się wytworzenie lokalnych mechanizmów działania i takiej struktury, która umożliwi zrównoważony rozwój danego obszaru. Dzięki temu uzyskuje się szerszy efekt, a dodatkowo, w oparciu o te same siły i narzędzia, możliwe jest diagnozowanie i rozwiązywanie problemów danej społeczności. Takie podejście jest tożsame z założeniami promocji zdrowia.

Oznacza to, że partnerstwo jest celem samym w sobie. Jego struktury i zasoby powstające w procesach społecznych mają służyć rozwiązywaniu problemów społeczności (Smykowski, 2006) i zrównoważonemu rozwojowi, którego odpowiednikiem w kategoriach psychologicznych jest szeroko pojęte zdrowie psychofizyczne (Sęk, 2000).

## PODSUMOWANIE

Na koniec rozważań o profilaktyce uzależnień i promocji zdrowia warto jeszcze raz podkreślić, że o ich powodzeniu decyduje działanie oparte na takich elementach jak:

- całościowe podejście do problemu (projektowanie strategii działania uwzględniającej jak najwięcej elementów jednostkowych i kontekstowych, które mogą sprzyjać pozytywnym zmianom bądź je utrudniać a nawet blokować),
- podejście perspektywiczne (projektowanie w przekonaniu, że efekty działań mają z reguły charakter długofalowy i że warto wybiegać daleko w przód swoją wyobraźnią, by takie długofalowe efekty zapewnić),
- podejście wielopoziomowe (zintegrowane projektowanie działań na różnych poziomach – od

globalnych strategii tworzonych dla państwa czy regionu aż po działania lokalne),

- podejście trafne ekologicznie (projektowanie dla określonych odbiorców dopasowane do ich indywidualnych potrzeb, problemów i możliwości, uwzględniające cały kontekst potencjalnych oddziaływań),
- interakcyjne podejście oparte na współpracy (projektowanie i realizacja projektów dla zdrowia we współpracy z odbiorcą, realizatorem, ewaluatorem, sponsorem i środowiskiem, w którym mają zaistnieć zmiany).

Wydaje się, że rola społeczności lokalnych w profilaktyce uzależnień i promocji zdrowia będzie nadal systematycznie wzrastać. Wskazują na zarówno opisane tendencje rozwojowe, jak i decydująca o uruchamianiu i kontynuacji tego typu działań dostępność źródeł finansowania (Vinck, Oldenburg, von Lengerke, 2004; Levine, Perkins, Perkins, 2005). W obszarze badań naukowych zaznacza się także potrzeba uwzględnienia w większym stopniu roli środowiska społecznego w modelach zachowań zdrowotnych. Te modele koncentrują się dotychczas na czynnikach jednostkowych (por. Sęk, 2000), co sprawia, że mogą być stosowane raczej wobec pojedynczych osób niż społeczności i nie stanowią dobrej podstawy dla projektów transgeneracyjnych. Takie wielopokoleniowe projekty są promowane w modelu partnerskim. Realizowane w nich działania są najbliższe idei promocji zdrowia w każdym z jego wymiarów.

## LITERATURA

- Brzezińska A. (1999). Edukacja wobec wyzwań społeczności lokalnych. W: H. Sęk, S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych* (s. 59–80). Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Cavazzani A., Moseley M. (red.), (2001) *The practice of rural development partnerships in Europe*. Pride Research Report. Rubbettino Editore SrL. Soveria Manelli.
- Duriasz-Bulhak J., Milewski R. (red.). (2003). *Partnerstwo w rozwoju lokalnym*. Warszawa: Fundacja Wspomagania Wsi.
- Gaś Z (1993) *Profilaktyka uzależnień*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Grzelak, J., Wolniewicz-Grzelak, B. (1993). Ocena efektywności programów profilaktycznych. *Perspektywa metodologiczna. Alkoholizm i Narkomania*, 13, 70–112.
- Hansen W. (1993) School-based substance prevention programs. *Alcohol, Health & Research World*, 17, 1, 54–50.
- Kowalik S. (1999), Rozwiązywanie problemów społecznych w zbiorowościach zorganizowanych i spontanicznych. W: H. Sęk i S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych* (s. 13–58). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

- Levine M., Perkins D. D., Perkins D. V. (2005). Principles of Community Psychology. *Perspectives and Applications*. New York Oxford: Oxford University Press
- Ostaszewski K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pacewicz, A. (1994). *Jak pomóc dziecku nie pić*. Wawszawa: PARPA.
- Rosińska, A. (2003). Lokalnie i globalnie o profilaktyce uzależnień. *Forum Oświatowe*, 1, 28, 73–86.
- Schwarzer, R., Renner, B. 2000. Social-Cognitive Predictors of Health Behavior: Action Self-Efficacy and Coping Self-Efficacy. *Health Psychology*, 19, 487–495.
- Sęk, H. 2000. Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (tom 3, s. 533–553). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sierosławski J. (2003) Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD – fragmenty dotyczące napojów alkoholowych. W: *Alkohol i młodzi Polacy* (witryna internetowa PARPA; adres strony: <http://www.parpa.pl>).
- Smykowski B. (2006). Partnerstwa lokalne na rzecz rozwiązywania problemów społecznych. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień* (s. 211–226). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Vinck J., Oldenburg B., von Lengerke T. (2004). Editorial: Health Psychology and Public Health – Bridging the Gap. *Journal of Health Psychology*, 9, 1, 5–12.