

Dbłość o to, by praktyka profilaktyczna opierała się na dowodach, stanowi właściwe podejście do jakości w profilaktyce i wydatkowania środków publicznych na realizację celów polityki społecznej z zakresu profilaktyki, w tym tej ukierunkowanej na zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży. W Polsce nadal takie podejście jest ogromnym wyzwaniem dla praktyki.

SZANSA NA PRZYŚPIESZENIE ROZWOJU PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH OPARTYCH NA NAUKOWYCH PODSTAWACH LUB DOWODACH W PRAKTYCE EDUKACYJNEJ

Maria Deptuła, Wioletta Junik
Wydział Pedagogiki
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Karina Porębska
Diagmatic

Wprowadzenie

Na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego stulecia nastąpił znaczny rozwój badań naukowych nad zaburzeniami psychicznymi i metodami interwencji profilaktycznych. Wzrósł także poziom wiedzy na temat związków pomiędzy tymi zaburzeniami a czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi (zob. Coie i in., 1996). Te osiągnięcia przyczyniły się do ukonstytuowania się profilaktyki naukowej na styku psychopatologii, kryminologii, epidemiologii psychiatrycznej, psychologii rozwojowej i pedagogiki, z której wyłoniła się nowa dyscyplina badawcza nazywana **nauką o profilaktyce** (ang. *prevention science*) (Coie i in., 1996). Ten postęp wpłynął na zmiany w sposobie myślenia o realizowaniu działań profilaktycznych w praktyce społecznej. Stało się oczywiste, że wyniki badań naukowych powinny być uwzględniane przy projektowaniu tych działań, ponieważ zrozumienie natury i skali zjawisk zagrażających człowiekowi stanowi warunek skuteczności profilaktyki. Takie podejście do praktyki społecznej, w tym profilaktycznej, nazwano **praktyką opartą na dowodach** (ang. *evidence-based practice*). Praktyka ta definiowana jest jako: *systematyczny proces podejmowania decyzji lub świadczenia usług, o udokumentowanym w dostępnych badaniach naukowych stałym pozytywnym wpływie na odbiorców. Zamiast działań tradycyjnych, instynktownych reakcji lub pojedynczych badań jako*

podstawy podejmowania decyzji, praktyka oparta na dowodach opiera się na danych zebranych dzięki badaniom eksperymentalnym, w których kontrolowane są indywidualne cechy odbiorców oraz uwzględniana jest wiedza specjalistów¹.

Dbłość o to, by praktyka profilaktyczna opierała się na dowodach, stanowi właściwe podejście do jakości w profilaktyce i wydatkowania środków publicznych na realizację celów polityki społecznej z zakresu profilaktyki, w tym tej ukierunkowanej na zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży. W Polsce nadal takie podejście jest ogromnym wyzwaniem dla praktyki. Zdaniem Krzysztofa Ostaszewskiego (2019) oprócz istniejącego w naszym kraju potencjału naukowego, niezbędne są także odpowiednia infrastruktura naukowa i polityka grantowa, które umożliwiłyby zaawansowane badania ewaluacyjne praktyk profilaktycznych. Z kolei ich wyniki ułatwiłyby projektowanie oddziaływań profilaktycznych dopasowanych do potrzeb dzieci i młodzieży, a tym samym poszerzenie oferty zweryfikowanych naukowo praktyk. Pomimo wspomnianych ograniczeń powstał polski System rekomendacji programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki², za sprawą którego do praktyki profilaktycznej trafiły propozycje oddziaływań w postaci programów profilaktycznych. Aktualnie na liście znajduje się 28 programów. Część z nich to przykłady **praktyki opartej na dowodach** (ang. *evidence-based*

practice), które w praktyce profilaktycznej nazywane są **programami opartymi na naukowych dowodach skuteczności** (ang. *evidence-based prevention*). W systemie znajdują się także **programy zbudowane na wiedzy naukowej**, które są przykładem **profilaktyki opartej na efektach poznania naukowego** (ang. *science-based prevention*). Od takich programów nie oczekuje się posiadania twardych dowodów o ich skuteczności, potwierdzonych w rygorystycznych badaniach ewaluacyjnych. Wymaga się, by ich konstrukcja opierała się na empirycznie potwierdzonych lub teoretycznie uzasadnionych czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących. Oczekuje się też, by oddziaływania były ukierunkowane na mechanizmy opisane i uzasadnione w teorii dotyczącej powstawania zachowań ryzykownych (zob. Ostaszewski, 2019).

Obecnie realizacja **oddziaływań profilaktycznych opartych na dowodach lub podstawach naukowych**³ stanowi spore wyzwanie dla praktyki społecznej, pomimo popularyzowania, od ponad dwudziestu lat, wiedzy z zakresu nauki o profilaktyce. Zdaniem Ostaszewskiego (2019) wynika to z tego, że w profilaktyce brakuje mechanizmów ekonomicznych, które wymuszałyby wdrażanie osiągnięć nauki, jak również łatwo mierzalnych wskaźników jej skuteczności. Te ostatnie dostarczałyby informacji zwrotnej o jakości realizowanych działań niezbędnej do ich popularyzowania i doskonalenia. Dostępne są jedynie krajowe i międzynarodowe standardy profilaktyki upowszechniane jako zalecenia lub rekomendacje. Stąd w praktyce społecznej nadal dominują działania intuicyjne i nieskuteczne, pomijające aktualny stan wiedzy o profilaktyce, która jest niedostatecznie rozpowszechniona wśród kadr odpowiedzialnych za realizację działalności profilaktycznej, zwłaszcza w edukacji.

Zadania przed szkołami w zakresie diagnozy rozmiarów i uwarunkowań zachowań ryzykownych

Próba zmiany tego stanu rzeczy w systemie edukacji było wdrożenie w 2015 roku rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej⁴, nakładającego na szkoły i placówki systemu oświaty obowiązek realizacji **działalności profilaktycznej opartej na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności** mającej na celu **przeciwdziałanie pojawianiu się zachowań ryzykownych**

związanych z używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych przez uczniów i wychowanków, charakteryzujących się nieprzestrzeganiem przyjętych dla danego wieku zwyczajowych norm i wymagań, niosących ryzyko negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego ucznia lub wychowanka oraz jego otoczenia społecznego (zob. Dz.U. z 2015 r. poz.1249, § 1.2). Podstawą podejmowania takiej działalności musi być przeprowadzana na początku każdego roku szkolnego **diagnoza w zakresie występujących w środowisku szkolnym czynników chroniących i czynników ryzyka**, uwzględniająca wymienione wyżej zachowania ryzykowne i dotycząca **uczniów/wychowanków, rodziców/opiekunów, nauczycieli/wychowawców i innych pracowników szkoły/placówki** oraz przeprowadzana we współpracy z podmiotami państwowymi realizującymi zadania z zakresu profilaktyki (zob. Dz.U. z 2015 r. poz.1249, § 6.1). Diagnoza ma służyć między innymi sformułowaniu celu profilaktycznego, od którego zależeć będzie dobór odpowiednich do potrzeb indywidualnych i grupowych dzieci, młodzieży i dorosłych form i metod oddziaływań np. programów zalecanych w ramach Systemu rekomendacji, opracowaniu programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły lub placówki (zob. Dz.U. z 2015 r. poz. 1249, § 5.3.1; § 6.5; § 7.8).

Oczywiście wdrażanie do praktyki edukacyjnej naukowych standardów profilaktyki to powód do zadowolenia. Jednak, czy wymóg przeprowadzania diagnozy nakreślonej tak szeroko jak w rozporządzeniu, nie stanowi zbyt dużego, a zarazem nieadekwatnego do zasobów i możliwości szkół i placówek wyzwania? Analiza obszarów diagnozy wskazanych w rozporządzeniu nasuwa odpowiedź twierdzącą na to pytanie. Bowiem diagnoza ryzyka i ochrony powinna obejmować identyfikację indywidualnych cech i zachowań uczniów/wychowanków, cech środowiska społecznego i efektów ich wzajemnego oddziaływania, które z jednej strony wiążą się z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia zachowań ryzykownych, stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju, zdrowia, bezpieczeństwa lub funkcjonowania społecznego, a z drugiej wzmacniają ogólny potencjał zdrowotny uczniów/wychowanków i zwiększają ich odporność na działanie czynników ryzyka (zob. Dz.U. z 2015 r. poz. 1249, § 6.2).

Zaprojektowanie i zrealizowanie tak obszernej diagnozy oraz operacjonalizacja wyprowadzonych z niej celów profilaktycznych wymaga od jej wykonawców wysokiego poziomu wiedzy i kompetencji z zakresu nauki o profilaktyce, metodologii badań społecznych i innych nauk społecznych, których kadry nie posiadają i w zasadzie posiadać nie muszą. Ponieważ instytucje edukacyjne mają zupełnie inne zadania niż prowadzenie badań naukowych (zob. Ostaszewski, Borucka 2005, s. 3). Ambitny plan decydentów, by opartą na naukowych podstawach i dowodach profilaktykę zaczęto realizować w praktyce na szeroką skalę, nie ziszcza się od lat i nie może się ziścić bez odpowiedniego wsparcia potrzeb praktyków.

Uważamy, że środowiska edukacyjne w wytyczaniu głównych celów działań profilaktycznych czy wychowawczo-profilaktycznych powinny korzystać z dorobku naukowego w postaci powszechnie dostępnych wyników badań reprezentatywnych dotyczących rozmiarów, specyfiki i uwarunkowań zachowań ryzykownych⁵. Natomiast diagnoza przeprowadzana na terenie danej szkoły czy placówki powinna być tylko uzupełnieniem danych pochodzących z badań na próbach ogólnopolskich. Jej celem może być pogłębienie wiedzy o zagrożeniach i zasobach oraz związkach pomiędzy nimi występującymi w tym środowisku, dla którego ma powstać kompleksowy program działań. Dzięki profesjonalnemu wsparciu dla szkół w zakresie bardziej szczegółowego poznania zasobów i potrzeb nauczyciele zyskają czas i energię, które można spożytkować na realizowanie działań profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży.

Ustawodawca od ponad 20 lat⁶ stawia przed każdą szkołą i placówką oświatową wymóg przeprowadzania diagnozy, by jak to ujęli Ostaszewski i Borucka (2005, s. 1), odkryć niepowtarzalny splot czynników i uwarunkowań, na podstawie którego zaprojektuje się unikalny program. Pomimo tak długiej obecności w prawie oświatowym obowiązku prowadzenia diagnozy nadal jest ona zadaniem trudnym. Dlatego instytucjom oświatowym potrzebne jest wsparcie informacyjne, instrumentalne i materialne. Wsparcie informacyjne powinno polegać na dostarczaniu i wymianie informacji pomiędzy instytucjami edukacyjnymi, wspomagającymi merytorycznie pracę szkół oraz ośrodkami naukowymi na temat właściwego rozumienia roli szkoły w prowadzeniu działalności profilaktycznej,

w tym przeprowadzania diagnozy. Z kolei wsparcie instrumentalne powinno obejmować popularyzowanie wiedzy z zakresu nauki o profilaktyce niezbędnej do zrozumienia idei profilaktyki opartej na naukowych podstawach i dowodach wśród kadr pedagogicznych⁷ i istocie diagnozy do celów profilaktycznych. Natomiast wsparcie materialne powinno obejmować wszelką pomoc o charakterze materialnym, rzeczowym czy finansowym, by zabezpieczyć środki niezbędne do sprostania przez szkoły i placówki oświatowe nałożonym na nie zadaniom w związku z działalnością profilaktyczną.

Przykładem potrzebnego szkołom i placówkom oświatowym wsparcia w zakresie prowadzenia działalności profilaktycznej w odniesieniu do jednostek i grup jest oferowanie im na etapie przygotowywania diagnozy gotowych rozwiązań ułatwiających jej przeprowadzenie.

Do czego potrzebne są profesjonalne narzędzia diagnostyczne?

Barierą w rozwoju profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży jest deficyt narzędzi diagnostycznych o ustalonych właściwościach psychometrycznych, a więc dostarczających rzetelnych danych o rozmiarach i specyfice zjawisk zagrażających rozwojowi dzieci, a czasem nawet ich życiu. Dotyczy to zwłaszcza narzędzi, które mogliby wykorzystać pedagodzy i nauczyciele pracujący z uczniami w szkołach w ramach profilaktyki uniwersalnej lub selektywnej oraz wychowawcy placówek oświatowych i innych instytucji opiekuńczo-wychowawczych, profilaktycznych czy socjoterapeutycznych. Wszędzie tam, gdzie świadczona jest pomoc psychologiczno-pedagogiczna dzieciom, nastolatkom mającym problemy w realizacji zadań życiowych lub żyjącym w warunkach niesprzyjających ich prawidłowemu rozwojowi i funkcjonowaniu na miarę posiadanego potencjału.

Rzetelna diagnoza zasobów dziecka, nastolatka, czyli czynników chroniących oraz czynników ryzyka istniejących w jego środowisku (w rodzinie, w grupie rówieśniczej, w szkole), a także występujących w jego osobistych kompetencjach, przekonaniach, odczuciach i zachowaniach przyczynia się do lepszego rozumienia występujących problemów w realizacji zadań życiowych czy zachowań ryzykownych (takich jak np. picie alkoholu, używanie

narkotyków, nadmierne korzystanie z urządzeń ekranowych, niewłaściwe odżywianie, niewystarczająca aktywność fizyczna itp.). Lepsze rozumienie przyczyn zagrożeń, ale też zespołu czynników sprzyjających prawidłowemu rozwojowi zwiększa szanse dorosłych na udzielenie dzieciom i nastolatkom pomocy na miarę ich potrzeb. Oznacza to formułowanie adekwatnych do ich potrzeb celów oddziaływań oraz wybieranie programu z listy programów rekomendowanych⁸. Z uwagi na to, że mimo rozwoju Systemu rekomendacji programów

działania o sprawdzonej skuteczności nie obejmują swoim zakresem wszystkich celów, jakie można wyprowadzić z rzetelnej diagnozy, konieczne bywa opracowywanie nowych programów opartych na naukowych podstawach (najlepiej poddawanych procedurze recenzowania przez specjalistów), a następnie ich realizowanie w pracy z dzieckiem/nastolatkiem, z grupami dzieci o podobnych potrzebach lub w pracy z klasą oraz przeprowadzanie ich ewaluacji. Ewaluacja praktyk profilaktyczno-wychowawczych to kolejne zadanie, którego realizacja wymaga

Tabela 1. Obszary kwestionariuszy Diagmatic.

BATERIA KWESTIONARIUSZY DO BADANIA CZYNNIKÓW CHRONIĄCYCH – 15 czynników	BATERIA KWESTIONARIUSZY DO BADANIA CZYNNIKÓW RYZYKA – 18 czynników
Czynniki chroniące w środowisku życia ucznia	Czynniki ryzyka w środowisku życia ucznia
<ul style="list-style-type: none"> • Wsparcie społeczne • Wsparcie nauczycieli • Wsparcie rówieśników • Wsparcie rodziców 	<ul style="list-style-type: none"> • Doświadczenie cyberprzemocy (<i>skala dla uczniów od 12. do 16. roku życia</i>) • Odrzucenie przez rówieśników • Zagrożenie ze strony rówieśników
Czynniki chroniące – zasoby indywidualne ucznia przekonania, odczucia, zachowania i kompetencje ucznia wspierające radzenie sobie z zadaniami szkolnymi i dobre relacje z innymi ludźmi	Czynniki ryzyka – deficyty ucznia przekonania, odczucia, zachowania i kompetencje ucznia utrudniające radzenie sobie z zadaniami szkolnymi i dobre relacje z innymi ludźmi
<ul style="list-style-type: none"> • Motywy uczenia się • Kompetencje i przekonania wspierające radzenie sobie z zadaniami i rozwój • Konstrukttywne radzenie sobie z zadaniami • Nadzieja na sukces • Poczucie własnej skuteczności • Poczucie własnej wartości • Nastawienie na rozwój (transgresyjne) • Kompetencje i przekonania wspierające dobre relacje z innymi ludźmi • Wrażliwość na potrzeby innych ludzi i pomaganie • Umiejętność asertywnego zachowania się • Rozumienie emocji innych ludzi • Umiejętność współpracy • Pozytywny stosunek do nauki • Pozytywny stosunek do szkoły 	<ul style="list-style-type: none"> • Kondycja psychiczna • Niepokojące objawy wegetatywne • Objawy stanów depresyjnych i tendencji suicydalnych • Symptomy lęku • Motywy nieuczenia się • Samoregulacja – zdolność kierowania swoim zachowaniem • Koordynacja działania • Nadrucliwość i impulsywność • Radzenie sobie z zadaniami i w trudnych sytuacjach • Trudności w nauce i niechęć do szkoły • Odczucia i przekonania utrudniające pozytywną adaptację • Pesymistyczne myśli o sobie i swojej przyszłości • Przekonania na temat norm społecznych i zachowań innych ludzi • Stosunek do rówieśników i przekonania na ich temat • Poczucie odmienności i osamotnienia wśród rówieśników • Przekonania i zachowania utrudniające wypełnianie roli członka rodziny • Negatywne postawy wobec obowiązków domowych • Przekonania dotyczące akceptowalnej kontroli rodzicielskiej • Unikanie kontroli rodzicielskiej
BATERIA KWESTIONARIUSZY DO BADANIA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH – 4 rodzaje	
<ul style="list-style-type: none"> • Zachowania wskazujące na odmowę podporządkowania się zasadom i dorosłym oraz trudności w kontrolowaniu złości • Nadmierne korzystanie z internetu • Stosowanie przemocy w sieci • Przekonania i zachowania sprzyjające zaburzeniom odżywiania 	
Dodatkowe obszary diagnozy:	
<ul style="list-style-type: none"> • Motywy pomagania lub niepomagania innym ludziom • Motywy spędzania lub niespędzania czasu wolnego z rówieśnikami • Motywy uprawiania lub nieuprawiania sportu 	

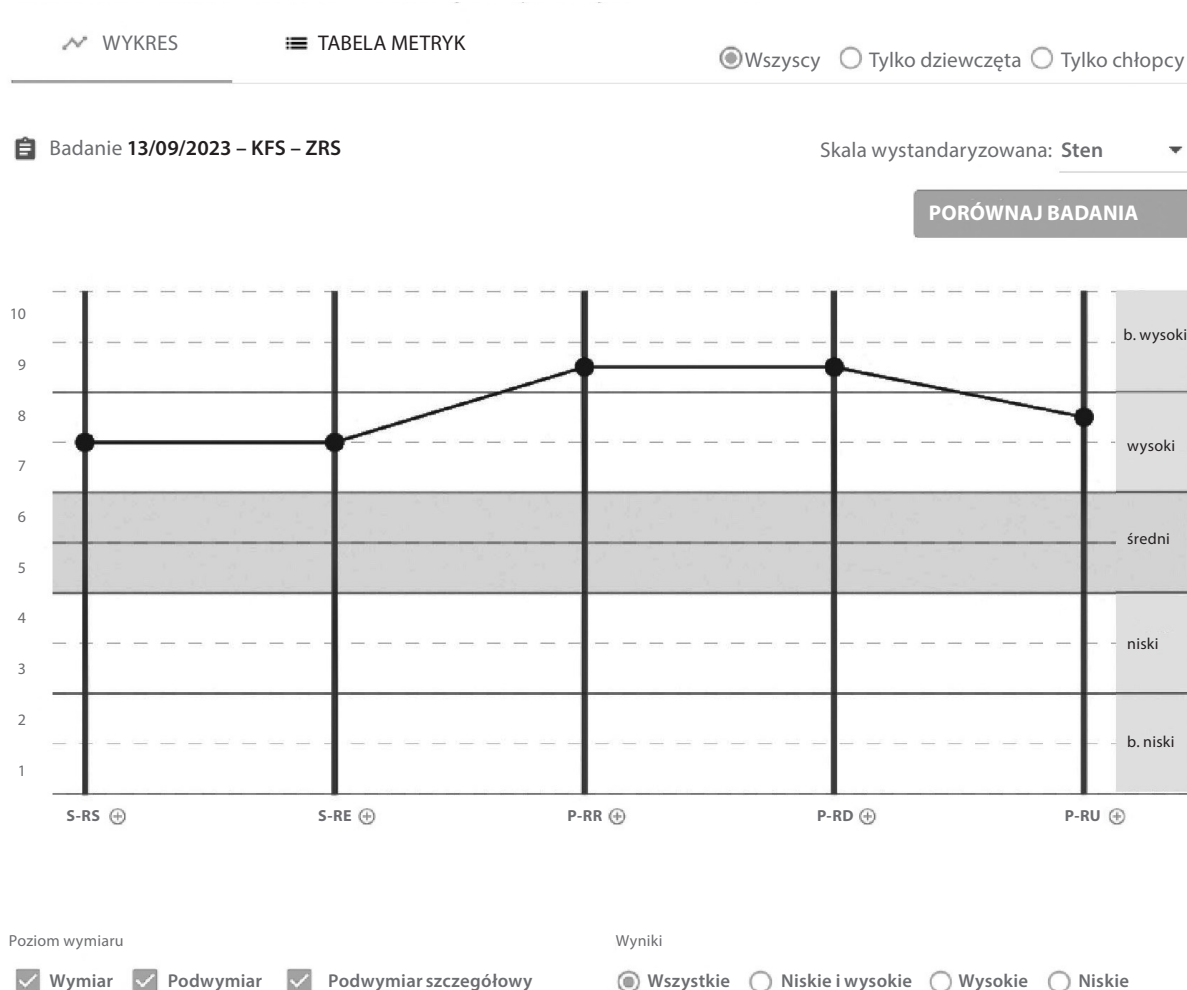
dostępu do sprawdzonych narzędzi diagnostycznych. Takiej profilaktyce wychodzą naprzeciw narzędzia oferowane przez Diagmatic⁹.

Czym charakteryzują się kwestionariusze Diagmatic?

Narzędzia umożliwiają psychologom i pedagogom badanie uczniów klas IV-VIII szkoły podstawowej, nie młodszych niż 9 lat i nie starszych niż 16 lat. Zostały przygotowane przez polskich naukowców z Uniwersytetu Śląskiego, Uniwersytetu Jagiellońskiego i Polskiej Akademii Nauk oraz psychologów i pedagogów praktyków. Ich teoretyczną podstawą są uznane na świecie teorie odzwierciedlające aktualny stan wiedzy z zakresu psychologii zdrowia, psychologii motywacji, psychologii klinicznej. Kwestionariusze uwzględniają specyfikę polskiej populacji. Standaryzacja narzędzi została przeprowadzona na ogólnopolskiej grupie dzieci i mło-

dzieży, co oznacza, że wyniki uzyskane w badaniach prowadzonych przy ich pomocy można porównać do norm ustalonych na próbie ogólnopolskiej. Kwestionariusze mają formę samoopisu, co oznacza, że uczniowie wypowiadają się na temat swoich odczuć, przekonań i zachowań, wybierając jedną z pięciu proponowanych odpowiedzi. Badanie może być przeprowadzone indywidualnie z uczniem w obecności psychologa czy pedagoga w szkole lub w poradni. Może też odbyć się grupowo, np. z całą klasą szkolną. Uczniowie udzielają odpowiedzi na komputerze lub tablecie. Cały proces diagnostyczny odbywa się w środowisku cyfrowym. Oznacza to, że odpowiedzi uczniów rejestrowane są na platformie Diagmatic, a osoba prowadząca badanie może analizować jego przebieg, np. oceniając, czy w danym czasie uczeń zdążył naprawdę przeczytać pozycję w kwestionariuszu i zastanowić się nad odpowiedzią. Otrzymuje gotowy wynik dla każdej osoby badanej i danego zespołu klasowego w wybranej przez siebie

Ryc. 1. Przykładowy wynik badania grupowego.



postaci. Diagnosta może otrzymać wynik osoby badanej na każdej z trzech wystandaryzowanych skal (sten, stanin, ten)¹⁰ oraz w oparciu o rangę centylową¹¹, który prezentowany jest na 5-stopniowej skali kategorialnej (wynik bardzo niski, niski, średni, wysoki, bardzo wysoki). Jedną z możliwości prezentowania wyników przedstawiono na rycinie 1.

Możliwe jest także zapisanie wyniku danej osoby w Systemie Diagnoz i po ponownym przeprowadzeniu badania po jakimś czasie śledzenie zmian poprzez porównanie wyników pierwszego i kolejnego pomiaru. Dzięki takim rozwiązaniom można szybko uzyskać odpowiedź na pytanie, czy działania podjęte na podstawie wyników pierwszego pomiaru przyniosły zakładane rezultaty. Zaprojektowane w Diagmatic cyfrowe środowisko diagnostyczne daje wiele możliwości, między innymi istotne skrócenie czasu potrzebnego na uzyskanie wyniku.

Dzięki zastosowaniu zaawansowanych metod obliczania wyników pomiaru, kwestionariusze dostarczają trafnej i rzetelnej wiedzy o badanych zjawiskach przy jednoczesnym mniejszym obciążeniu badanego poprzez istotne ograniczenie liczby pozycji kwestionariusza. Warto wiedzieć, że System Diagnoz jest pierwszym w Polsce systemem posiadającym zaawansowany i elastyczny konfigurator psychometryczny, umożliwiający osadzenie w nim narzędzi diagnostycznych budowanych zarówno na bazie metodyki IRT (Item Response Theory)¹², jak również narzędzi normalizowanych metodą ekwikutylową¹³ – nie tylko autorstwa Diagmatic, ale także innych wydawców testów psychoedukacyjnych.

Przykładowy sposób korzystania z baterii kwestionariuszy

Osoba korzystająca z baterii kwestionariuszy może sama planować postępowanie diagnostyczne, wybierając czynniki chroniące, czynniki ryzyka czy zachowania ryzykowne, które chce lepiej poznać w przypadku danego dziecka lub nastolatka, klasy szkolnej lub grupy, z którą pracuje. Możliwe jest dokonywanie wyboru stopniowo – jeśli zastanawia się nad tym, czy w danej klasie relacje rówieśnicze tworzą każdemu uczniowi środowisko sprzyjające rozwojowi, może zastosować najpierw z baterii czynników związanych ze środowiskiem kwestionariusz do badania *wsparcia ze strony rówieśników* (czynnik chroniący) oraz kwestionariusze

do badania *odrzućenia przez rówieśników i poczucia zagrożenia ze strony rówieśników* (czynniki ryzyka). Po analizie otrzymanych wyników więcej danych dla zrozumienia obrazu relacji rówieśniczych w klasie dostarczy wypełnienie przez uczniów kwestionariusza badającego *kompetencje i przekonania wspierające dobre relacje z innymi ludźmi* oraz kwestionariusza badającego *odczucia i przekonania utrudniające pozytywną adaptację*, w tym zwłaszcza części dotyczących *stosunku do rówieśników i przekonań na ich temat* i *poczucia odmienności i osamotnienia wśród rówieśników*.

Inny plan etapowej diagnozy może obejmować *motywy uczenia się* i *motywy nieuczenia się*. Następnie można zastosować kwestionariusz do badania *wsparcia ze strony nauczycieli i rodziców* oraz także z baterii czynników chroniących kwestionariusz do badania *kompetencji i przekonań wspierających radzenie sobie z zadaniami i rozwój*. Dopełnieniem obrazu będzie wypełnienie przez uczniów kwestionariuszy badających *samoregulację* oraz *kondycję psychiczną*.

Możliwości planowania diagnozy etapami jest więcej. Jeśli jednak decydujemy się na dzielenie postępowania diagnostycznego na etapy realizowane w toku więcej niż jednego spotkania z uczniami, konieczne jest zastosowanie procedury losowania kodu, np. złożonego z 7 cyfr, którym posłuży się uczeń wypełniając wszystkie ankiety. To jest ważne także wtedy, jeśli planuje się powtórzenie badań za jakiś czas, by ocenić efekty zrealizowanych oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych. W badaniach grupowych nie wydaje się celowe posługiwanie się przez uczniów symbolami, które mogą budzić podejrzenie, że nauczyciel i tak będzie wiedział, kto i w jaki sposób odpowiedział na dane pytania. Jeśli planuje się pracę z klasą, ważne są wyniki całego zespołu, ale też pojedynczych uczniów. Ważniejsze jest jednak, naszym zdaniem, zachowanie anonimowości, co zwiększa szanse na udzielanie przez uczniów prawdziwych odpowiedzi, bo to pozwala formułować adekwatne do potrzeb zespołu cele dalszych działań. Jeśli wychowawcę czy pedagoga szkolnego niepokoją wyniki jakiegoś ucznia lub uczniów, można poprosić na forum klasy osoby, które źle się czują w klasie, znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji itp. (w zależności od tego, czego dotyczył kwestionariusz) o zgłoszenie się do wychowawcy lub pedagoga szkolnego, nie ujawniając danych, które mogłyby doprowadzić do odkrycia tożsamości danej osoby przez kogoś z klasy. Diagmatic udostępnia procedurę etycznego prowadzenia

badania, uwzględniając także takie sytuacje, w tym przechowywanie kodów uczniów w czasie między pierwszym a kolejnymi badaniami.

Bateria kwestionariuszy została poddana wnikliwym recenzjom ekspertów w zakresie psychometrii i zdrowia psychicznego. Ponadto posiada rekomendację Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Psychoterapii Dzieci i Młodzieży oraz Ministerstwa Sprawiedliwości do stosowania w opiniowaniu sądowo-psychologicznym. Opracowane narzędzia dają empiryczne podstawy do realizacji zadań wynikających z omówionego w artykule rozporządzenia MEiN w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii oraz rozporządzenia MEiN w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach.

Przypisy

- Definicja Instytutu Praktyki Opartej na Dowodach Uniwersytetu w Waszyngtonie (*Evidence-Based Practice Institute of the University of Washington*, 2012) zamieszczona w: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022). *Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- System opracowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (obecnie obie te instytucje tworzą Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom), Ośrodek Rozwoju Edukacji oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.
- W literaturze poświęconej profilaktyce, kiedy opisuje się oddziaływanie profilaktyczne, których skuteczność została udowodniona w spełniających rygorystyczne wymogi metodologiczne badaniach naukowych używa się najczęściej terminu profilaktyka oparta na dowodach, zaś w odniesieniu do tych, które opierają się na wiedzy o przyczynach, mechanizmach rozwojowych zachowań ryzykownych oraz na wiedzy o czynnikach ryzyka i chroniących profilaktyka oparta na naukowych podstawach.
- Mowa o Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. z 2015 r. poz. 1249).
- Badania empiryczne dowodzą, że np. większość szkół ma podobne problemy i potrzeby, stąd ich wyniki mogłyby być wystarczającą podstawą do formułowania celów do pracy profilaktycznej.
- Obowiązek dokonywania diagnozy pojawił się w prawie oświatowym wraz z obowiązkiem przygotowania i wdrożenia Szkolnego Programu Profilaktyki i został zapisany w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dn. 26.02.2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. Nr 51, poz. 458 z 2002 r.). Rozporządzenie to zostało zniesione Rozporządzeniem MEN z 2015 r., ale utrzymano w nim obowiązek przeprowadzania diagnozy.
- Rozporządzenie było pierwszym aktem normatywnym dotyczącym działalności profilaktycznej w oświacie, w którym wykorzystano tę wiedzę. Widać to chociażby w zastosowanej terminologii, takiej jak na przykład: zachowania ryzykowne, czynniki ryzyka, czynniki chroniące, profilaktyka uniwersalna, selektywna

i wskazująca, działania oparte na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności. Przyjęty w Rozporządzeniu język wywodzący się z nauk o zdrowiu, a nie jak dotąd o wychowaniu, był czymś zupełnie nowym dla kadr pedagogicznych. Kształcenie akademickie nauczycieli/wychowawców nie obejmowało nauki o profilaktyce, co umożliwiłoby im lepsze rozumienie specyfiki działań profilaktycznych opartych na naukowych podstawach lub dowodach.

- <https://www.programyrekomentowane.pl/>
- Diagnostyczne to pracownia testów psychologicznych i pedagogicznych opracowanych w ramach projektu współfinansowanego ze środków NCBiR. Powstały one z myślą o diagnozach wykonywanych między innymi w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Mogą jednak służyć także profilaktyce opartej na dowodach dzięki dopasowaniu pozycji kwestionariuszowych do diagnozy czynników chroniących, czynników ryzyka i zachowań ryzykownych.
- Trzy najczęściej stosowane skale standardowe, wykorzystujące odpowiednio 10, 9 lub 100 jednostek skali do prezentacji wyniku.
- Wskazuje, jak wiele osób w tej samej grupie, do której należy badana osoba, ma natężenie mierzonej cechy nie większe niż badana osoba.
- Teoria Odpowiadania na Pozycje Testowe pozwala różnicować jakość poszczególnych pozycji testowych i ich wpływ na określenie poziomu natężenia badanej cechy
- Klasyczna Teoria Testów.

Bibliografia

- Coie J.D., Watt N.F., West S.G., Hawkins J.D., Asarnow J.R., Markman H.J., Ramey S.L., Shure M.B., Long B. (1996), „Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego” (przeł. H. Grzegółowska-Klarkowska), *Nowiny Psychologiczne*, 2, 15-37.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022), „Europejski Program Profilaktyki. Podręcznik dla specjalistów, decydentów i liderów środowisk opiniotwórczych na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych opartej na dowodach naukowych”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- MEN (2015), Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii, Dz.U. z 2015 r. poz.1249.
- MEN (2017), Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. z 2017 r. poz.1591.
- MENiS (2002), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26.02.2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. Nr 51, poz. 458.
- Ostaszewski K. (2017), „W poszukiwaniu systemowych rozwiązań dla integracji w szkole celów dydaktycznych, wychowawczych i profilaktycznych. (w:) Z.B. Gaś (red.), „Profilaktyka szkolna wobec wyzwań współczesności – koncepcje, badania, propozycje rozwiązań”, Lublin: Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, 45-60.
- Ostaszewski K. (2019), „W kierunku profilaktyki opartej na wiedzy” (w:) Z.B. Gaś (red.), „Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce”, Lublin: Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, 35-50.
- Ostaszewski K., Borucka A. (2005), „Obszary diagnozy w szkole”, *Remedium*, 9, 1-3.