



Małgorzata Piasecka
Justyna Kusztal
Karolina Piątek

EWALUACJA

W PROFILAKTYCE I TERAPII

ZABURZEŃ

BEHAVIORALNYCH


impuls

Małgorzata Piasecka, Justyna Kuształ, Karolina Piątek

Ewaluacja w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych

impuls

Kraków 2022

© Copyright by Minister Zdrowia,
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, 2022

Recenzenci:
dr hab. Hubert Kupiec, prof. UŚ
dr Magdalena Rowicka

Redakcja wydawnicza:
Danuta Porębska

Opracowanie typograficzne:
Katarzyna Kerschner

Projekt okładki:
Anna M. Damasiewicz

Fotografia wykorzystana na okładce:
© Artur Verkhovetskiy | Depositphotos.com

Publikacja jest dofinansowana ze środków
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu
przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

ISBN 978-83-8294-192-0

Oficyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2022

Spis treści

Wstęp	9
1. Ewaluacja – jej użyteczność, definiowanie oraz obszary zastosowania (Małgorzata Piasecka)	11
1.1. Refleksja wokół motywacji do prowadzenia ewaluacji	12
1.1.1. Ewaluacja jako działanie zgodne z celami i wartościami zawodowymi	13
1.1.2. Ewaluacja jako działanie możliwe do wdrożenia w praktyce profilaktyczno-terapeutycznej	18
1.2. Definiowanie ewaluacji	21
1.3. Ewolucja ewaluacji, czyli jak zmienia się myślenie o ewaluacji	25
1.4. Rodzaje, modele ewaluacji oraz standardy jej jakości	30
Bibliografia	36
2. Zaburzenia behawioralne – trudności definiowania, typologie i koncepcje wyjaśniające powstawanie zaburzeń (Karolina Piątek)	39
2.1. Zaburzenia behawioralne a uzależnienia – granice pojęciowe	39
2.2. Typologie uzależnień behawioralnych w literaturze przedmiotu	43
2.3. Zaburzenia uprawiania hazardu i zaburzenia związane z graniem w świetle międzynarodowych klasyfikacji chorób	45
2.4. Zaburzenia behawioralne w świetle koncepcji teoretycznych	49
2.5. Przeciwdziałanie zaburzeniom behawioralnym jako cel działań profilaktycznych i terapeutycznych	53
Bibliografia	55
3. Profilaktyka i psychoterapia zaburzeń behawioralnych (Justyna Kusztal)	59
3.1. Profilaktyka zaburzeń behawioralnych w perspektywie pedagogicznej	59

3.2. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w profilaktyce zaburzeń behawioralnych	63
3.3. Poziomy i strategie w profilaktyce zaburzeń behawioralnych	67
3.4. Psychoterapia osób z zaburzeniami behawioralnymi	74
3.5. Profilaktyka i psychoterapia zaburzeń behawioralnych jako problem zdrowia publicznego	80
Bibliografia	82
4. Metodologia badań własnych w zakresie ewaluacji w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych (Małgorzata Piasecka, Justyna Kusztal, Karolina Piątek)	87
4.1. Podstawowe założenia, cele oraz problematyka badawcza	87
4.2. Metody gromadzenia i opracowania danych dotyczących badań ewaluacyjnych	90
4.3. Metody gromadzenia i opracowania danych dotyczących wytycznych zawartych w regulacjach prawnych w Polsce w zakresie prowadzenia ewaluacji	96
Bibliografia	99
5. Prawne i organizacyjne aspekty ewaluacji w profilaktyce i terapii uzależnień behawioralnych (Justyna Kusztal)	101
5.1. Ewaluacja działań profilaktycznych i terapeutycznych w pionie ochrony zdrowia	101
5.2. Ewaluacja działań profilaktycznych w świetle regulacji prawa oświatowego	110
5.3. Kompetencje profilaktyka i terapeuty w zakresie ewaluacji	113
5.4. Rekomendacje dla praktyki legislacyjnej i organizacji procesu ewaluacji w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych	117
Bibliografia	120

6. Ewaluacja programów profilaktycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem (Małgorzata Piasecka)	123
6.1. Ewaluacja w profilaktyce zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem w świetle przeglądu systematycznego	124
6.2. Rekomendacje dla planowania i realizacji ewaluacji w profilaktyce zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem	139
Bibliografia	141
7. Ewaluacja w terapii osób z zaburzeniami behawioralnymi (Karolina Piątek)	145
7.1. Ewaluacja programów terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu w świetle przeglądu systematycznego	146
7.2. Ewaluacja programów terapeutycznych w zakresie zaburzeń związanych z graniem w świetle przeglądu systematycznego	162
7.3. Rekomendacje dla planowania i realizacji ewaluacji w terapii zaburzeń behawioralnych	171
Bibliografia	173
Zakończenie	179
Spis tabel	183

Wstęp

Rozwiązania z zakresu profilaktyki i psychoterapii zaburzeń behawioralnych są skuteczne, jeśli opierają się na dowodach naukowych i jednocześnie są dostosowane do potrzeb i kontekstu społeczno-kulturowego ich odbiorcy oraz środowiska, w którym są wdrażane. Wzmacnianie jakości proponowanych działań zakłada konieczność prowadzenia ewaluacji. W praktyce obserwuje się jednak znaczny deficyt w tej dziedzinie.

Celem niniejszej publikacji jest przybliżenie wiedzy dotyczącej ewaluacji i tym samym wzrost kompetencji u osób realizujących działania profilaktyczno-terapeutyczne w zakresie jej prowadzenia.

Bliskie nam, jako autorkom, jest postrzeganie ewaluacji w kontekście jej użyteczności dla osób prowadzących oddziaływanie, a przede wszystkim klientów, którzy z ich usług korzystają. Publikacja adresowana jest do realizatorów programów profilaktycznych, terapeutów uzależnień, lekarzy, a także do innych pracowników ochrony zdrowia, pracowników socjalnych, pedagogów i psychologów. Odbiorcami publikacji mogą być także studenci kierunków pedagogicznych, kierunku lekarskiego, psychologii i pracy socjalnej.

Kwestią szczególnie trudną przy przygotowywaniu tej książki okazała się terminologia związana z określeniem zjawisk, które mogą prowadzić do powstania znacznego cierpienia jednostki oraz jej najbliższego otoczenia. Mowa o zjawisku nazywanym: uzależnieniem, zaburzeniem, problemowym korzystaniem czy podejmowaniem określonych czynności w sposób zaburzony. Terminologia dotycząca tzw. zaburzeń behawioralnych jest obecnie w naszym kraju przedmiotem ożywionej i dynamicznie się rozwijającej dyskusji. Wynika to z braku ścisłych ram pojęciowych związanych ze zjawiskiem tzw. zaburzeń/uzależnień behawioralnych. Pojawiają się liczne, często ze sobą sprzeczne poglądy. Analiza dyskursu naukowego i społecznego w tym obszarze skłoniła nas do przyjęcia terminu „zaburzenia behawioralne”, zgodnie z klasyfikacjami chorób, czyli klasyfikacją chorób Światowej Organizacji Zdrowia – ICD-11 oraz klasyfikacją chorób Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5. Jednocześnie nie negujemy stosowania terminu „uzależnienie” dla

określenia zjawiska związanego ze znacznym nasileniem symptomów danego zaburzenia uznanego za jednostkę nozologiczną. Uzależnienie behawioralne stało się bowiem terminem prawnym znajdującym swoje miejsce w regulacjach normatywnych w naszym kraju, stąd uzasadnione jest posługiwanie się nim w opracowaniach naukowych.

Publikacja podzielona została na siedem rozdziałów. W pierwszym przedstawiono zagadnienia dotyczące współczesnego spojrzenia na ewaluację i jej miejsce w pracy zawodowej profilaktyka i terapeuty uzależnień. Kolejno zaprezentowano treści odnoszące się do zaburzeń behawioralnych, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń uprawiania hazardu i zaburzeń związanych z graniem, oraz trudności w ich definiowaniu. Rozdział trzeci publikacji opisuje zagadnienia definicyjne z obszaru profilaktyki i psychoterapii zaburzeń behawioralnych.

Dalsza część książki ma charakter empiryczny. W rozdziale czwartym zawarty jest opis metodologii badań opartych na analizie danych zastanych. Zostały przedstawione podstawowe założenia badań własnych, cele i problematyka badawcza oraz metody gromadzenia i analizy zebranego materiału badawczego. W badaniach wykorzystano dwa źródła danych. Pierwszym były akty prawne (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia, uchwały i orzecznictwo sądowe). Drugie źródło danych stanowiły najnowsze anglojęzyczne publikacje naukowe, których przedmiotem jest ewaluacja w profilaktyce i psychoterapii zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem.

Wyselekcjonowane dane poddano syntezie jakościowej, która wraz z wynikami została przedstawiona w kolejnych rozdziałach. Na podstawie wyróżnionych kategorii w trakcie syntezy sformułowano następujące rozdziały: rozdział piąty dotyczący poprawności przebiegu ewaluacji w świetle obowiązujących przepisów prawnych, rozdział szósty prezentujący treści na temat ewaluacji w profilaktyce i rozdział siódmy przedstawiający zagadnienia odnoszące się do ewaluacji w terapii zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem. Poszczególne rozdziały uwzględniają także rekomendacje dla praktyki profilaktyczno-terapeutycznej w zakresie prowadzenia badań ewaluacyjnych.

Publikację kończy podsumowanie, w którym zawarto odpowiedź na pytanie: jak prowadzić rzetelną ewaluację pracy profilaktycznej i terapeutycznej w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem, mając na uwadze troskę o jakość pracy z klientem i skuteczność oddziaływań?

Małgorzata Piasecka, Justyna Kusztal, Karolina Piątek

1. Ewaluacja – jej użyteczność, definiowanie oraz obszary zastosowania (Małgorzata Piasecka)

Czym jest ewaluacja? Jakie są jej rodzaje i obszary zastosowania? Dlaczego warto, aby ewaluacja była jednym z etapów wdrażanych interwencji profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń używania substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń behawioralnych? Dlaczego tylko część osób prowadzi ewaluację własnych działań? Co zrobić, aby ewaluacja stała się przystępna i pożądana w pracy zawodowej profilaktyków i terapeutów uzależnień? Niniejszy rozdział stanowi próbę odpowiedzi na postawione powyżej pytania. Zanim jednak podejmiemy refleksję nad tym, czym jest ewaluacja, zastanówmy się, dlaczego dla części osób jest ona niechcianym obowiązkiem, a dla innych działaniem, które warto wdrażać.

Dla porządku wywodu warto jednak wyjaśnić, jak będzie rozumiany termin „ewaluacja”. Jak zauważa Henryk Mizerek:

Z ewaluacją jest tak, że z racji skomplikowanej, często paradoksalnej natury opisywanych przez nią zjawisk, z trudem poddaje się próbom ujęcia w ramy jednej, niebudzącej wątpliwości definicji¹.

Według wspomnianego autora można mówić o ewaluacji w dwóch znaczeniach: jako specyficznym rodzaju badań społecznych oraz jako refleksji nad wartością działania². Idąc za tą myślą, zanim podejmiemy próbę przyjrzenia się ewaluacji szerzej, na ten moment przyjmijmy nieco roboczą jej definicję. Wyjdziemy od spojrzenia na ewaluację jako na proces obejmujący ogół działań polegających na systematycznym gromadzeniu wiedzy w postaci różnych danych. Wiedza ta posłuży sformułowaniu wniosków i rekomendacji dotyczących wartości wprowadzanej interwencji.

¹ H. Mizerek, *Dyskretny urok ewaluacji* [w:] G. Mazurkiewicz (red.), *Jak być jeszcze lepszym? Ewaluacja w edukacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 37.

² Tamże.

1.1. Refleksja wokół motywacji do prowadzenia ewaluacji

Ewaluacja może być postrzegana przez osoby prowadzące różnorodne interwencje³ na rzecz drugiego człowieka jako zadanie, które należy wykonać, gdyż jest ona wymagana przez inne osoby, podmioty czy instytucje. Często jej realizacja wynika właśnie z oczekiwań instytucji finansującej dane działanie. Jakie są powody takiego stanu rzeczy? Dlaczego część osób zawodowo zajmujących się wsparciem innych traktuje ewaluację jako niewygodny, narzucony element działań? Jak to możliwe, iż inne osoby z zapałem prowadzą ewaluację wdrażanych interwencji?

W tym miejscu warto odwołać się do założeń podejścia motywującego Williama R. Millera i Stephena Rollnicka. Koncepcja ta może być pomocna w wyjaśnieniu różnorodnego, nawet skrajnego stosunku do ewaluacji. W pracy zawodowej profilaktyka czy terapeutyczne uzależnień⁴ w momentach rozmowy z klientem na temat zmiany zdarza się, iż ów profesjonalista odwołuje się do rozumienia motywacji zgodnie ze spojrzeniem twórców podejścia motywującego⁵. Zastanówmy się, jak ten sposób rozumienia wdrażania zmian możemy wykorzystać do spojrzenia na ewaluację i trudności z jej planowaniem oraz implementacją.

W naszym przypadku zmiana może polegać na przejściu od spojrzenia na ewaluację jako uciążliwy obowiązek do postrzegania jej jako działania pożądanego i realizowanego ze względu na wewnętrzną motywację danej osoby. William R. Miller oraz Stephen S. Rollnick definiują motywację wewnętrzną (*intrinsic motivation*) jako „dyspozycję do zachowania się ze względu na osobiste cele i wartości”⁶. W ślad za tym możemy postawić tezę, iż prawdopodobne jest, że profilaktycy i terapeuci uzależnień, którzy traktują ewaluację jako

3 Interwencja rozumiana jako szeroko pojęte działanie skierowane do odbiorców programów w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień.

4 W celu określenia osób zawodowo zajmujących się profilaktyką i/lub terapią uzależnień, jak również uniknięcia powtórzeń będą stosowane zamiennie także takie terminy, jak „specjaliści”, „profesjoniści” itp.

5 Por. W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, tłum. S. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014; W.R. Miller, S. Rollnick, *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, tłum. A. Pokojska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010; H. Arkowitz, W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*, tłum. M. Kapera, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017; D.B. Rosengren, *Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym. Podręcznik praktyka z ćwiczeniami*, tłum. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.

6 W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący...*, dz. cyt., s. 526.

niewygodne zadanie, mogą nie postrzegać jej jako działania zbieżnego z ich celami i wartościami, a w konsekwencji przejawiają niechęć do jej projektowania i/lub prowadzenia. To jednak nie jedyna możliwość. Zatrzymajmy się na chwilę w tym miejscu, aby przyjrzeć się temu, co może być potencjalnym celem oraz jakimi wartościami mogą kierować się specjaliści w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień w swojej pracy zawodowej.

1.1.1. Ewaluacja jako działanie zgodne z celami i wartościami zawodowymi

We wstępie do Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień, który został opracowany na podstawie Kodeksu Etycznego Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychologa, czytamy:

Dobro drugiego człowieka jest naczelną wartością terapeuty uzależnień [...]. Terapeuta uzależnień szanuje godność, podmiotowość i autonomię pacjenta. Celem jego zawodowej działalności jest udzielanie profesjonalnej pomocy [...] ⁷.

Dodatkowo w zasadach ogólnych tegoż kodeksu pojawia się zapis: „Terapeuta uzależnień udziela świadczeń zgodnie z obowiązującymi standardami [...]” ⁸.

Idąc za tym, z pewnością większość z nas zgodzi się, iż udzielanie szeroko pojętej pomocy innym osobom jest celem wdrażanych interwencji w profilaktyce i terapii uzależnień. Aby tę pomoc realizować, specjaliści korzystają z różnych narzędzi. Jednak już nie wszyscy z dużą ochotą prowadzą ewaluację owych działań. Co może leżeć u podłoża takiego stanu rzeczy?

Wróćmy do kontekstu pracy zawodowej specjalistów w dziedzinie profilaktyki i/lub terapii uzależnień. Zdarzają się klienci, którzy wprowadzając w życie zmianę, chcą wdrożyć tylko te elementy, które uznają za istotne oraz jednocześnie nie widzą potrzeby zmiany innych obszarów swojego życia. Za Williamem R. Millerem i Stephenem Rollnickiem możemy stwierdzić, iż osoby nie widzą potrzeby zmiany w danym obszarze, gdyż jej ważność jest dla nich na niskim poziomie⁹. Możemy to odnieść do osób w roli profilaktyka i/lub terapeuty uzależnień, którzy chcą profesjonalnie pomagać innym i doskonałą w tym zakresie swoje kompetencje, chociażby uczestnicząc w róż-

⁷ Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień, <http://www.kodeksetyki.pl/kodeks-etyki-terapeuty-uzaleznienn> (dostęp: 4.10.2022).

⁸ Tamże.

⁹ Por. W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący...*, dz. cyt., s. 284.

nych szkoleniach rozwijających umiejętności niezbędne w skutecznej pracy profilaktycznej i/lub terapeutycznej. Jednocześnie osoby te mogą nie widzieć potrzeby ewaluacji wdrażanych przez siebie rozwiązań. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy może być to, że nie postrzegają ewaluacji jako działania wzmacniającego profesjonalną pomoc. Taki sposób myślenia może być wyrażony na przykład za pomocą zdania: „Z jednej strony chcę nieść profesjonalną pomoc służącą dobru drugiego człowieka, z drugiej strony jednak nie widzę potrzeby prowadzenia ewaluacji wdrażanych przeze mnie rozwiązań”. Stwierdzenie to może być wyrazem postrzegania ewaluacji jako zbędnego elementu, a co się z tym wiąże, jej ważność jest znikoma. Część osób może widzieć korzyści związane z prowadzeniem ewaluacji w celu wzmocnienia skuteczności udzielanego wsparcia innym ludziom, ale jednocześnie nadal doświadczać ambiwalentnego¹⁰ stosunku do jej prowadzenia.

Istotną kwestią przy kształtowaniu intencji podjęcia działania jest postrzeganie zbieżności pomiędzy nim a celami i wyznawanymi wartościami. W jaki sposób specjaliści, prowadząc ewaluację, mogą się przybliżyć do realizacji celów i wartości istotnych z punktu widzenia wykonywanej pracy na rzecz drugiego człowieka? Na czym owa zbieżność celów miałaby polegać? Opierając się na celach, wartościach i zadaniach wskazanych w Kodeksie Etyki Terapeuty Uzależnień, dokonano próby odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób ewaluacja może wspierać lub wzmacniać wyżej wymienione cele, wartości i zadania? Warto zauważyć, że wskazane cele i wartości nie obejmują dodatkowych, indywidualnych dla każdego profesjonalisty celów i wartości, którymi kieruje się on w pracy zawodowej. Próba takiego zestawienia została zaprezentowana w tabeli 1.

Tabela 1. Wzmacnianie celów, wartości i zadań wynikających z Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień poprzez prowadzenie ewaluacji

Cele, wartości i zadania wynikające z Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień	Wzmacniająca rola ewaluacji
Dobro drugiego człowieka jako naczelna wartość w pracy z nim	Ewaluacja jest prowadzona w celu wartościowania wdrażanych rozwiązań w kontekście szeroko rozumianego dobra osoby, do której działania są kierowane.

¹⁰ Ambivalencja rozumiana jako „równoczesna obecność rywalizujących motywacji do zmiany i przeciwko niej”. W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący...*, dz. cyt., s. 523.

	Ma ona pomóc w doskonaleniu proponowanych form rozwiązań w taki sposób, aby służyły one dobru drugiego człowieka i były dla niego użyteczne
Poszanowanie godności, podmiotowości i autonomii klienta	Ewaluacja może przybierać postać badań, których celem będzie m.in. diagnoza poziomu satysfakcji klienta z udziału w prowadzonej formie pomocy/wsparcia, poznanie opinii klienta na temat proponowanej mu formy pomocy/wsparcia, określenie poziomu zrozumienia i adekwatności przekazywanych materiałów. Poprzez tego typu działania dbamy o to, aby to, co proponujemy drugiemu człowiekowi, było zgodne z jego potrzebami, co bez wątpienia wzmacnia poczucie godności, podmiotowości oraz autonomii
Udzielanie profesjonalnej pomocy	W ostatnim czasie także w profilaktyce i terapii uzależnień dominuje podejście, w którym opiera się działania na dowodach naukowych*, czyli praktyce udokumentowanej jako skuteczna w toku badań. Dzięki wdrażaniu badań ewaluacyjnych osoba je prowadząca zwiększa swoją wiedzę na temat skuteczności proponowanych rozwiązań (np. w jakim zakresie interwencje przyczyniają się do ustalonych z klientem celów). Jednocześnie ewaluacja daje możliwość doskonalenia lub zmiany tych elementów interwencji, które wymagają modyfikacji lub rezygnacji z nich na rzecz innych rozwiązań
Udzielanie świadczeń zgodnie z obowiązującymi standardami	Ewaluacja jest wpisana jako jeden z etapów cyklu projektowego konstruowania programów, a jej prowadzenie wynika z obecnie obowiązujących standardów jakości zarówno w profilaktyce, jak i terapii uzależnień
Rozwijanie własnych kompetencji zawodowych	Kształcenie czy samokształtowanie w zakresie ewaluacji nie tylko daje możliwość rozwoju kompetencji w tym zakresie, ale także wskazuje, jakie rozwiązania/przyjęte interwencje warto doskonalić, a jakie są na wysokim poziomie

Źródło: opracowanie M. Piasecka.

* Por. A. Barczykowska, S. Dzierżyńska-Breś, *Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice)*, „Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)” 2013, nr 4, s. 131–152; K. Ostaszewski, *W kierunku profilaktyki opartej na wiedzy* [w:] Z.B. Gaś (red.), *Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce*, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Lublin 2019, s. 35–50; J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.

W kontekście ważności wprowadzenia danego rozwiązania/zmiany istotne jest także postrzeganie zysków i nakładów wynikających z jego projekto-

wania i/lub wdrażania. Próba takiego zestawienia została przedstawiona w tabeli 2. Oczywiście perspektywa korzyści i nakładów lub strat wynikających z prowadzenia ewaluacji jest sprawą indywidualnej oceny.

Tabela 2. Korzyści i nakłady wynikające z prowadzenia ewaluacji

Korzyści wynikające z prowadzenia ewaluacji	Nakład potrzebny do prowadzenia ewaluacji
– Wzmacnianie skuteczności prowadzonych działań. – Bieżąca ocena prowadzonych interwencji wraz z możliwością ewentualnych modyfikacji tych rozwiązań, które są nieskuteczne lub niedostosowane do potrzeb odbiorców. – Pozyskanie informacji dotyczących odbioru prowadzonych działań przez ich uczestników. – Wzmacnianie kompetencji w zakresie ewaluacji w trakcie kształcenia lub samokształtowania. – Podniesienie standardów proponowanych usług w zakresie profilaktyki i/lub terapii uzależnień	– Prowadzenie ewaluacji wymaga czasu i środków finansowych. – Udział w szkoleniach dotyczących projektowania i wdrażania ewaluacji lub też samodoskonalenie w tym zakresie

Źródło: opracowanie M. Piasecka.

Wśród zaprezentowanych w powyższej tabeli korzyści pojawia się zysk związany z podniesieniem standardów usług profilaktycznych i/lub terapeutycznych. Korzyść ta będzie miała miejsce pod warunkiem, że ewaluacja będzie prowadzona zgodnie z obowiązującymi standardami w metodologii badań społecznych oraz będzie użyteczna. Użyteczność ewaluacji polega na tym, iż jej wyniki są wykorzystywane do doskonalenia praktyki profilaktycznej i/lub terapeutycznej. Jeśli udajemy, że prowadzimy ewaluację, staje się ona działaniem pozorowanym.

Sylwia Jaskuła, pisząc o ewaluacji w szkolnictwie wyższym, postawiła tezę, iż ewaluacja w tym sektorze często przybiera postać pozorną. Pozorna postać ewaluacji przejawia się w jej metodologii poprzez ograniczanie badań ewaluacyjnych do przeprowadzenia ankiet wśród studentów oraz w niewykorzystywaniu wyników badań ewaluacyjnych w dalszej pracy. Tak prowadzone badania ewaluacyjne stają się nieużyteczne i równocześnie są przedsięwzięciem

rytualnym, czyli takim, które „musi się odbyć, ale nic więcej nie musi z niego wynikać”¹¹.

W jaki sposób działania pozorne realizowane w postaci rytualnej ewaluacji mogą być szkodliwe? Według Jana Lutyńskiego wśród potencjalnych konsekwencji działań pozornych można wymienić obniżenie moralności postaw społecznych oraz podważenie wiary w autentyczność istotnych społecznie wartości. Ponadto wszyscy uczestnicy tych działań zdają sobie sprawę z ich pozorności i tym samym rozpowszechniają wzorzec bylejakości¹². Bolesław Niemierko wyróżnił kilka typów ewaluacji pozornej. Część z nich wynika z ignorancji ewaluatora, a wśród nich są: 1) ewaluacja tandetna – polega na pośpiesznym zebraniu danych wątpliwej jakości i jednoczesnym interpretowaniu ich w sposób pozytywny i/lub korzystny; 2) ewaluacja masowa – polega na powielaniu informacji uzyskanych podczas badania; 3) ewaluacja towarzyska – charakteryzuje się brakiem obiektywizmu; 4) ewaluacja wydumana – polega na formułowaniu wniosków mimo braku danych mogących te wnioski poprzeć; 5) ewaluacja przelotna – prowadzona na podstawie powierzchownych wrażeń. Kolejne typy ewaluacji pozornej wynikają z nieetycznego działania, a wśród nich są: 6) ewaluacja wybielająca – polegająca na ukrywaniu braków; 7) ewaluacja torpedująca – mająca na celu zniszczenie danego działania; 8) ewaluacja spychająca – sprowadzająca się do prowadzenia badania w celu odłożenia w czasie decyzji o zmianie; 9) ewaluacja rytualna – wykonana bez zainteresowania, bez przekonania, z przymusu¹³.

Warto się zastanowić, czy owa pozorność nie towarzyszy także ewaluacji na gruncie profilaktyki i terapii uzależnień. Refleksja wyrażona w następujących pytaniach powinna towarzyszyć osobom świadczącym usługi na rzecz drugiego człowieka: „Na ile to, co robię, cechuje właśnie bylejakość i powielanie szkodliwego wzorca pozorowanych działań ewaluacyjnych, które w konsekwencji szkodzą osobom, którym chcę pomagać?”; „Na ile moje myślenie o ewaluacji jest użyteczne dla wzmacniania jakości świadczonych usług w zakresie profilaktyki i/lub terapii uzależnień?”.

11 S. Jaskuła, *Społeczne funkcje ewaluacji w środowisku akademickim* [w:] J. Wyleżalek (red.), *Społeczne funkcje Uniwersytetu w czasach dynamicznych zmian. 200 lat tradycji SGGW, 10 lat istnienia Wydziału Nauk Społecznych*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2017, s. 203–204.

12 J. Lutyński, *Nauka i polskie problemy. Komentarz socjologa*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1990, cyt. za: S. Jaskuła, *Społeczne funkcje ewaluacji...*, dz. cyt., s. 205.

13 B. Niemierko, *Kształcenie szkolne. Podręcznik skutecznej dydaktyki*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 312–313, cyt. za: Z. Sury, *Ewaluacja w pracy nauczyciela. Konteksty zawodowe i tożsamościowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2020, s. 36.

Jak zauważa Ewa Marynowicz-Hetka, ewaluacja, jako ocena wartościująca, będzie pełniła funkcję kształtującą,

[...] jeśli nie jest obarczona błędami uproszczenia czy generalizacji i jeśli znajduje odbiorcę, który nie odczytuje tych komunikatów w sposób powierzchowny, ale próbuje odnaleźć w wypowiedziach/ocenach sens i istotę¹⁴.

Autentyczna ewaluacja jest prowadzona zgodnie ze standardami metodologii badań społecznych i jest użyteczna dla praktyki. Jest przeciwieństwem ewaluacji pozorowanej. Autentyczna ewaluacja podnosi jakość usług profilaktycznych i/lub terapeutycznych. Tym samym przyczynia się do realizacji głównego celu zawodowego profilaktyka i terapeuty uzależnień, czyli działania na rzecz dobra drugiego człowieka poprzez udzielanie mu profesjonalnej pomocy zgodnie z obowiązującymi standardami oraz z poszanowaniem jego godności, podmiotowości i autonomii.

Opierając się na podejściu motywującym oraz na powyższych rozważaniach, można stwierdzić, że ludzie podejmują działania, jeśli uznają, iż są one dla nich ważne, w tym zbieżne z ich celami i wartościami, oraz dostrzegają korzyści z nich wynikające. Jednak czy jest to warunek wystarczający? Na to pytanie postaramy się odpowiedzieć w kolejnym podrozdziale.

1.1.2. Ewaluacja jako działanie możliwe do wdrożenia w praktyce profilaktyczno-terapeutycznej

Zgodnie z podejściem motywującym zauważamy, iż zdarza się, że osoba dostrzega i uznaje ważność działania/zmiany (w naszym przypadku jest nią wdrażanie ewaluacji w ramach prowadzonych działań), ale brakuje jej pewności siebie¹⁵. Zarówno przekonanie osoby o ważności zmiany, jak i jej pewność siebie w zakresie możliwości jej wprowadzenia są głównymi składnikami motywacji do zmiany¹⁶. Elementy te zostały ujęte w tabeli 3.

14 E. Marynowicz-Hetka, *Ewaluacja działania w polu praktyki edukacyjnej – istota i sens* [w:] G. Michalski (red.), *Ewaluacja a jakość edukacji. Koncepcje – doświadczenia – kierunki praktycznych rozwiązań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 26.

15 Por. W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący...*, dz. cyt., s. 283.

16 Tamże, s. 283–285.

Tabela 3. Przekonanie o ważności ewaluacji i pewność siebie w jej planowaniu i/lub prowadzeniu

Pewność siebie w planowaniu/ lub prowadzeniu ewaluacji	Postrzeganie ewaluacji jako istotnej – ważność ewaluacji	
	Duża	Mała
Duża	<i>Sytuacja 1</i> Postrzeganie ewaluacji jako ważnej oraz wysokie poczucie pewności siebie w zakresie jej planowania i/lub prowadzenia	<i>Sytuacja 2</i> Postrzeganie ewaluacji jako mało ważnej lub nieważnej oraz wysokie poczucie pewności siebie w zakresie jej planowania i/lub prowadzenia
Mała	<i>Sytuacja 3</i> Postrzeganie ewaluacji jako ważnej oraz niskie poczucie pewności siebie w zakresie jej planowania i/lub prowadzenia	<i>Sytuacja 4</i> Postrzeganie ewaluacji jako mało ważnej lub nieważnej oraz niskie poczucie pewności siebie w zakresie jej planowania i/lub prowadzenia

Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący...*, dz. cyt., s. 284.

Zatem kolejnym istotnym elementem motywacji do podjęcia działania, o określonym poziomie jakości, będzie postrzeganie tego, czy jednostka jest w stanie dane rozwiązanie wdrożyć, czyli poczucie jej skuteczności¹⁷ w danym obszarze. Brak ufności w możliwość prowadzenia ewaluacji w ogóle lub prowadzenia jej na wysokim poziomie jakości może znajdować wyraz w przykładowym myśleniu: „Z jednej strony chcę nieść profesjonalną pomoc służącą dobru drugiego człowieka i doskonalić ją poprzez prowadzenie ewaluacji wdrażanych przeze mnie rozwiązań, ale z drugiej strony nie potrafię planować i prowadzić badań ewaluacyjnych”.

Wzmacnianie kompetencji istotnych dla planowania i/lub wdrażania ewaluacji może się odbywać w różnorodnej formie, zależnie od rodzaju pożądanych kompetencji. Kompetencje opierają się na takich elementach, jak: wiedza, umiejętności i postawa (wyrażona w formie stosunku lub gotowości do...) ¹⁸.

Jedną z propozycji w kształtowaniu pewności siebie w prowadzeniu ewaluacji jest wzmacnianie kompetencji właśnie poprzez rozwój wiedzy i umiejętności dotyczących ewaluacji i sposobów jej prowadzenia. Z kolei wzmacnianie

17 Poczucie skuteczności możemy rozumieć jako postrzeganą zdolność do osiągnięcia wyznaczonego celu lub wykonania danego zadania, za: W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący...*, dz. cyt., s. 527.

18 Por. A. Męczkowska, *Kompetencja* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, G-Ł, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003, s. 693–696, cyt. za: A. Sajdak, *Kształtowanie kompetencji pedagogicznych pedagogów* [w:] A. Sajdak, D. Skulicz (red.), *Paradygmaty akademickiego kształcenia pedagogów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 129–143.

kompetencji może się odbywać na drodze kształcenia¹⁹ lub samokształtowania²⁰ człowieka. W toku takiego rozwoju istotne będzie nie tylko nabywanie wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia ewaluacji, ale przede wszystkim wzmacnianie gotowości do jej prowadzenia, a zatem kształtowanie postawy sprzyjającej jej planowaniu i/lub wdrażaniu.

Brak gotowości do prowadzenia ewaluacji, w rozumieniu priorytetów, jakie dana jednostka jej nada²¹, może także, zgodnie z ujęciem Williama R. Millera oraz Stephena Rollnicka, rodzić ambiwalentny stosunek do wdrażania danego rozwiązania w życie i w konsekwencji do wycofania się z niego. Ów ambiwalentny stosunek do ewaluacji może znaleźć wyraz w myśleniu o następującej treści: „Z jednej strony chcę nieść profesjonalną pomoc służącą dobru drugiego człowieka i doskonalić ją poprzez prowadzenie ewaluacji wdrażanych przeze mnie rozwiązań, ale z drugiej strony teraz jest dla mnie ważniejsza koncentracja na obszarze X niż na prowadzeniu ewaluacji”.

Podsumowując powyższe rozważania, warto podkreślić, iż ewaluacja to przede wszystkim działanie wzmacniające rozwój i samorozwój, gdyż

[...] spośród różnych funkcji, jakie przypisujemy badaniom ewaluacyjnym o aplikacyjnym charakterze, wspieranie i inspirowanie do rozwoju to najcenniejsze rezultaty ich realizacji²².

Powróćmy do pytania: kiedy zatem profilaktycy i terapeuci uzależnień prowadzą autentyczną ewaluację programów lub innych rozwiązań profilaktycznych i/lub terapeutycznych oraz wykorzystują jej wyniki w taki sposób, aby cechowały się użytecznością? W kontekście powyższej refleksji możemy postawić tezę, iż specjaliści w zakresie profilaktyki i/lub terapii uzależnień mogą mieć większą skłonność do prowadzenia ewaluacji w pracy zawodowej, kiedy:

- mają poczucie, że to jest ważne z punktu widzenia ich celów i wartości;
- widzą więcej korzyści niż strat/nakładów z tego działania wynikających;

19 „Kształcenie obejmuje: • nauczanie, czyli kierowanie procesem uczenia się związanym z opanowaniem wiadomości i umiejętności, • wychowanie intelektualne, przede wszystkim rozwijanie zdolności poznawczych [...] oraz kształtowanie postaw poznawczych”; S. Palka, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 8.

20 Samokształtowanie rozumiane za Stanisławem Palką jako „[...] samokształcenie, [...] samowychowanie, autokreację, świadome układanie toku życia według przyjętego systemu wartości”; tamże.

21 Por. W.R. Miller, S. Rollnick, *Wywiad motywujący...*, dz. cyt., s. 15.

22 L. Korporowicz, *W poszukiwaniu ewaluacji rozwojowej* [w:] G. Mazurkiewicz (red.), *Jak być jeszcze lepszym? Ewaluacja w edukacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 67.

- mają poczucie, iż potrafią to zrobić;
- jest to dla nich kwestia priorytetowa²³.

Zakładając, iż część czytelników sięgnęła po niniejszą publikację, w celu wzmocnienia własnych kompetencji w zakresie ewaluacji, w dalszej kolejności podjęta zostanie refleksja nad tym, czym ewaluacja jest oraz kiedy i jak ją prowadzić.

1.2. Definiowanie ewaluacji

W ostatnich latach ewaluacja staje się coraz bardziej popularna. Powodem tego stanu rzeczy jest po pierwsze rosnące pragnienie badaczy społecznych wpływania na rzeczywistość. Drugim powodem są wzrastające wymagania władz centralnych odnośnie do obecności ewaluacji przy wdrażanych programach oraz związana z tym dostępność środków finansowych na ten cel²⁴. W Polsce szczególny wzrost liczby przeprowadzanych badań ewaluacyjnych możemy odnotować w sektorze administracyjnym, co wynika z potrzeby poszerzenia umiejętności prowadzenia ewaluacji działań finansowanych z funduszy unijnych. Drugim sektorem, w którym odnotowujemy ów wzrost, jest edukacja. Przyczyną jest wprowadzenie w 2009 roku (nieobowiązującego już) Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie nadzoru pedagogicznego²⁵. Wówczas też ewaluacja stała się obligatoryjnym elementem w edukacji²⁶.

We wstępie do niniejszego rozdziału zostały przywołane dwa znaczenia ewaluacji w rozumieniu Henryka Mizerka: ewaluacja jako rodzaj stosowanych badań społecznych oraz ewaluacja jako refleksja²⁷. W myśl za tym możemy wyróżnić dwa rodzaje definicji, które właśnie wpisują się w te dwa spojrzenia

23 Rozważania zawarte w tym podrozdziale zostały oparte na założeniach zaczerpniętych z rozumienia wdrażania zmiany w życie zgodnie z podejściem motywującym W.R. Millera i S. Rollnicka. Nie zostały zweryfikowane empirycznie.

24 E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, tłum. W. Betkiewicz i in., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 390; por. J. Nowotniak, *Ewaluacja edukacyjna. Społeczne światy ewaluatorów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2019, s. 7.

25 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 października 2009 r. w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. z 2009 r. nr 168, poz. 1324, akt uznany za uchylony, obecnie nadzór pedagogiczny jest regulowany w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, Dz.U.2021.1082 t.j., art. 55 oraz w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. z 2020 r., poz. 1551 oraz z 2021 r., poz. 1618, tekst ujednolicony na 12.09.2022.

26 S. Jaskuła, *Społeczne funkcje ewaluacji...*, dz. cyt., s. 199.

27 Zob. H. Mizerek, *Dyskretny urok ewaluacji*, dz. cyt., s. 41–48.

na ewaluację. I tak ewaluacja może być rozumiana jako: zorganizowana i systematyczna analiza oraz określenie stopnia realizacji stawianych organizacji lub danej grupie osób wymagań, wynikających z założonych celów, przypisanych zadań i oczekiwań²⁸; systematyczne gromadzenie danych dotyczących wdrażanego rozwiązania w celu podejmowania decyzji o jego przyszłości²⁹;

[...] proces zbierania informacji o przebiegu działania i uzyskiwanych efektach oraz ich analizowania w celu udoskonalenia przebiegu tego procesu i osiągnięcia zamierzonych efektów³⁰.

Ewaluację z perspektywy badań społecznych definiuje także Earl Babbie. Badaniami ewaluacyjnymi (*evaluation research*) określa on

[...] badania, których celem jest ocena oddziaływania danej interwencji społecznej (na przykład programu mającego rozwiązać jakiś problem społeczny)³¹.

Jednocześnie zaznaczając, że: „[...] badania ewaluacyjne są procesem ustalania, czy dana interwencja społeczna osiągnęła zakładany skutek”³², a ich celem jest wpływanie na otaczającą nas rzeczywistość³³.

W podobny sposób badania ewaluacyjne określają Peter H. Rossi, Mark W. Lipsey oraz Howard E. Freeman, którzy zdefiniowali ewaluację jako wykorzystanie procedur badań społecznych do systematycznego pomiaru skuteczności programów interwencji społecznej³⁴. Ponadto autorzy ci wskazali, jaki rodzaj badań może być uznany za ewaluację kompleksową danego programu/działania/interwencji. Według nich ewaluacja kompleksowa odnosi się do pięciu obszarów, dzięki którym będzie można zrozumieć, co działa, dla kogo i w jakich warunkach. Obszary te dotyczą planowania i wdrażania różnorodnych programów. Zostały one zaprezentowane w tabeli 4.

28 E. Bogacz i in., *Dialog obywatelski w Krakowie. Ewaluacja Centrum Obywatelskiego*, Wydawnictwo ToC, Nowy Targ – Kraków 2017, s. 17.

29 *Ewaluacja*, <https://programyrekommendowane.pl/strony/artykuly/ewaluacja,8#ewaluacja> (dostęp: 10.07.2022).

30 A. Brzezińska, *Miejsce ewaluacji w procesie kształcenia* [w:] A. Brzezińska, J. Brzeziński (red.), *Ewaluacja procesu kształcenia w szkole wyższej*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, s. 94.

31 E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, dz. cyt., s. 545.

32 Tamże, s. 391.

33 Tamże s. 390.

34 P.H. Rossi, H.E. Freeman, M.W. Lipsey, *Evaluation: A systematic approach*, 6th ed., Sage Publication, Thousand Oaks [etc.] 1999, cyt. za: E. Bowen, E. Gilchrist, *Comprehensive evaluation: A holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology” 2004, 48(2), s. 217.

Tabela 4. Obszary programu i cele ich charakterystyki

Obszar programu	Cele
Potrzeba	Identyfikacja problemu/trudności wymagających rozwiązania wraz z określeniem osób mających być potencjalną grupą docelową zaprojektowanych działań
Teoria	Analiza ukrytych i jawnych założeń programu dotyczących problemu społecznego oraz metod, za pomocą których zostanie on rozwiązany
Proces	Dokumentowanie kluczowych aspektów działań realizowanych w ramach danego programu, które wskazują, czy program przebiega zgodnie z jego założeniami lub zgodnie z odpowiednimi standardami
Wpływ	Pomiar stopnia osiągania pożądanych rezultatów
Efektywność	Określenie nakładów związanych z realizacją programu w stosunku do uzyskanych korzyści

Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: E. Bowen, E. Gilchrist, *Comprehensive evaluation...*, dz. cyt., s. 218.

Jeszcze inną definicję ewaluacji proponują John David Hawkins oraz Britt Nederhood, pisząc, iż

[...] ewaluacja to zbieranie i wykorzystywanie informacji w celu odpowiedzi na pytania dotyczące Twojego programu³⁵.

Z takiej perspektywy jest ona rozpatrywana jako narzędzie ułatwiające podejmowanie decyzji oraz pomagające w rozwiązaniu trudności, będąc jednocześnie częścią wdrażanego programu³⁶.

Ewaluacja w drugim znaczeniu może być także pojmowana jako „proces odkrywania wartości (często ukrytych) w ludzkim działaniu”³⁷, którego częścią jest refleksja³⁸. W rdzeniu pojęcia *evaluation* mieści się *value* – wartość³⁹. Ewaluacja w takim rozumieniu jest:

[...] uspołecznioną refleksją nad działaniami lub wytworami tych działań, dokonaną [...] na drodze dialogicznego i demokratycznego ustalenia hierarchii wartości.

35 J.D. Hawkins, B. Nederhood, *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne*, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Pracownia Wydawnicza, Warszawa – Olsztyn 1994, s. 14.

36 Tamże, s. 14–17.

37 H. Mizerek, *Dyskretny urok ewaluacji*, dz. cyt., s. 47.

38 Tamże.

39 S. Jaskuła, *Spoleczne funkcje ewaluacji...*, dz. cyt., s. 200.

Tym samym ewaluacja [...] stanowi element wspierający rozwój konkretnego działania, które realizowane jest w konkretnym kontekście społecznym⁴⁰.

W interesujący sposób definiuje ewaluację piątej generacji⁴¹ Leszek Korporowicz, nadając jej perspektywę rozwojową i określając ją jako „systematyczne »zaproszenie do rozwoju«”. Autor ten stwierdza:

Ewaluacja to refleksyjne rozpoznanie wartości konkretnego działania lub obiektu na podstawie przyjętej metody i kryteriów, w wyniku uspołecznionego procesu, którego celem jest jego poznanie, zrozumienie i rozwój⁴².

W innym ujęciu ewaluacja może być rozpatrywana z trzech różnych perspektyw. Pierwsza z nich to perspektywa odpowiedzialności/rozliczalności (*accountability*). Celem ewaluacji z tej perspektywy będzie dostarczenie danych dotyczących osiągnięć oraz ich efektywności, czyli stosunku nakładów do rezultatów. Druga perspektywa – poznawcza – nakłada na ewaluację cel związany z dostarczeniem wiedzy na temat realizacji działań. Perspektywa rozwojowa, jako trzecia, wyznacza cele dotyczące wzmocnienia potencjału instytucji w zakresie „oddolnych” inicjatyw, usprawniających jej działanie i podnoszenie jakości świadczonych usług⁴³.

W zależności od perspektywy, z jakiej dokonywane jest definiowanie ewaluacji, nacisk położony jest na różne jej elementy. Uogólniając, możemy stwierdzić, że jest ona po pierwsze rodzajem badań społecznych, po drugie badaniem wartościującym dany program/interwencję/podmiot świadczący usługi na rzecz innych ludzi, po trzecie badaniem o walorach użyteczności wyrażonych w potrzebie doskonalenia i rozwoju tego, co jest jej przedmiotem.

Możemy zatem przyjąć, iż ewaluacja programów profilaktycznych i/lub terapeutycznych jest rodzajem badań społecznych, polegających na celowym i systematycznym gromadzeniu danych, niezbędnych do określenia wartości wdrażanych programów, czy też funkcjonujących podmiotów, w celu dokonania ich opisu, wyjaśnienia, a tym samym wzmacniania potencjału i ukierunkowania na rozwój.

40 S. Jaskuła, *Społeczne funkcje ewaluacji...*, dz. cyt., s. 202.

41 Por. podrozdział 1.3. „Ewolucja ewaluacji, czyli jak zmienia się myślenie o ewaluacji”.

42 L. Korporowicz, *W poszukiwaniu ewaluacji rozwojowej...*, dz. cyt., s. 64.

43 J. MacBeath, A. McGlynn, *Self-evaluation. What's in it for schools?*, Routledge, London – New York 2002, s. 13, cyt. za: H. Mizerek, *Dyskretny urok ewaluacji*, dz. cyt., s. 52.

1.3. Ewolucja ewaluacji, czyli jak zmienia się myślenie o ewaluacji

Myślenie o ewaluacji i jej rozumieniu może być warunkowane paradygmatem, z którego się wywodzi. Paradygmat, pojmowany jako model czy schemat służący do obserwacji i interpretacji, kształtuje zarówno nasze spojrzenie, jak i to, jak je rozumiemy⁴⁴. Paradygmaty czasem trudno rozpoznać, gdyż

[...] są głęboko ukryte, milcząco zakładane, traktowane jako oczywiste. Przypominają bardziej stwierdzenie „tak już po prostu jest” niż jeden z wielu możliwych punktów widzenia⁴⁵.

W swojej strukturze przypominają to, co w rozumieniu człowieka Aaron T. Beck nazywa przekonaniami podstawowymi⁴⁶. I tak, jak od przekonań podstawowych danej osoby często zależą jej myśli automatyczne pojawiające się na co dzień, które z kolei generują określony stan emocjonalny i zachowanie, tak określony paradygmat będzie kształtował sposób postrzegania ewaluacji i będzie wpływał na podejmowane zgodnie z tym ujęciem kroki w jej planowaniu i realizacji.

Paradygmaty odgrywają w nauce zasadniczą rolę. W naukach społecznych oferują różne perspektywy, uwzględniając wiele aspektów życia społecznego. U ich podstaw leżą założenia co do natury rzeczywistości społecznej, co powoduje, iż ostatecznie żaden z nich nie jest ani fałszywy, ani prawdziwy, a jedynie mniej lub bardziej użyteczny. Dlatego też warto zwracać uwagę na sposoby ich wykorzystania, gdyż każdy może stworzyć inną perspektywę patrzenia na dane zjawisko⁴⁷.

Możemy wyróżnić cztery paradygmaty, wedle których prowadzona jest ewaluacja: postpozytywistyczny, pragmatyczny, konstruktywistyczny oraz transformatywny, nawiązujący do teorii krytycznej⁴⁸.

Paradygmat postpozytywistyczny skupia się na mierzeniu skuteczności i wydajności programów. Podejście to wymaga, aby cele i zadania były precy-

44 E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, dz. cyt., s. 549.

45 Tamże, s. 48.

46 Por. A.T. Beck i in., *Terapia poznawcza uzależnień*, tłum. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.

47 E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, dz. cyt., s. 49.

48 H. Mizerek, *Ewaluacja edukacyjna. Interdyskursywne dialogi i konfrontacje*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2017, s. 42.

zyjnie określone i mierzalne przy zastosowaniu badań eksperymentalnych⁴⁹. Założenia tego paradygmatu nawiązują do Arystotelesa, Francisa Bacona, Johna Locke’a, Auguste’a Comte’a oraz Immanuela Kanta. W rozumieniach ewaluacji uważany jest za paradygmat dominujący zarówno historycznie, jak i współcześnie⁵⁰.

Paradygmat pragmatyczny zakłada, że istnieje jedna obiektywna rzeczywistość, a każdy z nas ma jej indywidualne interpretacje. Ewaluacje prowadzone zgodnie z tym paradygmatem akcentują potrzeby osób zainteresowanych wynikami ewaluacji, tym samym badacze starają się wyzbyć własnej subiektywnej perspektywy. Korzysta się tu z wielu różnorodnych metod (ilościowych i jakościowych) i źródeł danych, a kryterium ich doboru jest podyktowane ich użytecznością z punktu widzenia celów i zadań zawartych w projekcie badawczym⁵¹. Przykładem jest model CIPP (*Context* – kontekst, *Input* – wkład, *Process* – proces, *Product evaluations* – produkt ewaluacji), który został opracowany w celu zaangażowania w proces ewaluacji decydentów. Jego intencją jest zapewnienie wsparcia dla wydajnego i skutecznego zarządzania programem poprzez dostarczanie ciągłych informacji decydentom⁵². W ewaluacjach prowadzonych w ramach tego paradygmatu możemy wyróżnić trzy nurty: 1) koncentrujący się na badaniu kultury organizacyjnej – ewaluacja ma za zadanie dostarczyć danych w celu poprawy efektywności działania organizacji; 2) model *utilization – focused evaluation* (UFE) stworzony w 1978 roku przez Michaela Q. Pattona; ewaluacja ma użytkowy charakter, a zebrane w jej toku rzetelne i trafne dane mają służyć podstawą do podejmowania decyzji; 3) *real world evaluation* – nurt powstały w 2006 roku w reakcji na umiędzynarodowienie rynku badań ewaluacyjnych⁵³.

Paradygmat konstruktywistyczny wywodzi się z fenomenologii Edmunda Husserla i hermeneutyki Wilhelma Diltheya. Zgodnie z tym paradygmatem każda z osób zaangażowanych w proces ewaluacji ma subiektywny pogląd na

49 J.C. Greene, *Qualitative program evaluation: Practice and promise* [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA 1994, s. 530–544, cyt. za: D. Guyadeen, M.L. Seasons, *Evaluating theory and practice: Comparing program evaluation and evaluation in planning*, „Journal of Planning Education and Research” 2016, 38(1), s. 99–100.

50 Z. Sury, *Ewaluacja w pracy nauczyciela...*, dz. cyt., s. 34.

51 H. Mizerek, *Ewaluacja edukacyjna...*, dz. cyt., s. 44–45.

52 J.C. Greene, *Qualitative program evaluation: Practice and promise*, dz. cyt., cyt. za: D. Guyadeen, M.L. Seasons, *Evaluating theory and practice...*, dz. cyt., s. 99–100.

53 H. Mizerek, *Ewaluacja edukacyjna...*, dz. cyt., s. 45.

badane zjawisko⁵⁴. Zapoczątkował on wyraźne zmiany w zakresie formułowania celów i zadań ewaluacji, jak również w metodologii prowadzonych badań. Zgodnie z założeniami konstruktywizmu wiedza jest traktowana jako społecznie wytwarzany konstrukt, a zadaniem badacza jest zrozumienie subiektywnej perspektywy podmiotów, które tworzą rzeczywistość⁵⁵. Kładzie nacisk na pluralizm i zrozumienie różnych interesariuszy zaangażowanych w ewaluację. Interesariusze są postrzegani jako mający bezpośredni udział (np. pieniądze i partykularne interesy) w ewaluacji, a metody jakościowe są często stosowane w celu lepszego zrozumienia programów właśnie z ich perspektywy⁵⁶.

Czwarty paradygmat transformatywny nawiązuje do teorii krytycznej, teorii feministycznych, marksistowskich oraz założeń radykalnego humanizmu. Ewaluacja służy szeroko pojętej zmianie społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb mniejszości narodowych, religijnych, osób z niepełnosprawnościami itd.⁵⁷ Akcentuje się współpracę i negocjacje pomiędzy interesariuszami (np. decydentami, odbiorcami programu i ewaluatorami) podczas procesu ewaluacji. W ewaluacji badania są prowadzone w ramach takich podejść, jak między innymi ewaluacja uczestnicząca, inkluzyjna, demokratyczna, a ostatnio ewaluacja rozwojowa⁵⁸.

Widzimy zatem, iż myślenie o ewaluacji zmienia się w zależności od perspektywy, która także związana jest z umiejscowieniem w czasie danego sposobu myślenia. Współczesne rozumienie ewaluacji jest wynikiem ewolucji w tym zakresie. Odniesienie obecnego stanu rzeczy do korzeni wydaje się czynnością niezbędną w procesie poznania, rozumienia i oszacowania wartości ewaluacji. Proces zmian ewaluacji możemy przedstawić także przy pomocy opisu jej rozumienia w kolejnych jej generacjach⁵⁹. Próba takiego opisu została poczyniona przez Egona G. Gubę i Yvonne S. Lincoln w książce *Fourth generation evaluation*⁶⁰, którzy podzielili historię ewaluacji na cztery generacje, wskazując na istotne cechy różnicujące poszczególne etapy i charakterystyczne cechy

54 Z. Sury, *Ewaluacja w pracy nauczyciela...*, dz. cyt., s. 34.

55 H. Mizerek, *Ewaluacja edukacyjna...*, dz. cyt., s. 44.

56 J.C. Greene, *Qualitative program evaluation: Practice and promise*, dz. cyt., cyt. za: D. Guyadeen, M.L. Seasons, *Evaluating theory and practice...*, dz. cyt., s. 99–100.

57 Z. Sury, *Ewaluacja w pracy nauczyciela...*, dz. cyt., s. 35.

58 J.C. Greene, *Qualitative program evaluation: Practice and promise*, dz. cyt., cyt. za: D. Guyadeen, M.L. Seasons, *Evaluating theory and practice...*, dz. cyt., s. 99–100.

59 S. Jaskuła, *Metodologia procesu ewaluacyjnego* [w:] *Ewaluacja programów operacyjnych. Aspekty teoretyczne, metodologiczne i praktyczne. Ewaluacja RPO WK-P*, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, Toruń 2013, s. 56–57.

60 E.G. Guba, Y.S. Lincoln, *Fourth generation evaluation*, Sage Publication, Newbury Park [etc.] 1989.

dla każdego z nich. Odmienne rozumienie ewaluacji pociągało za sobą różnorodne sposoby jej stosowania⁶¹. Proces ten został przedstawiony w tabeli 5.

Tabela 5. Rozumienie ewaluacji z punktu widzenia poszczególnych jej generacji według Egona G. Guby i Yvonne S. Lincoln

Generacje ewaluacji	Rozumienie ewaluacji
Pierwsza generacja ewaluacji – generacja pomiaru	W pierwszej generacji ewaluacja jest rozumiana jako pomiar, czyli najczęściej czynność polegająca na mierzeniu efektów. Dominowały wówczas ilościowe metody badań. Największa jej popularność przypada na pierwsze czterdziestolecie XX wieku
Druga generacja ewaluacji – generacja opisu	Druga generacja ewaluacji nadal jest zainteresowana pomiarem, ale jednocześnie uwzględnia także opis praktyki interwencyjnej w celu usprawnienia programu oraz uchwycenia tego, co jest niemierzalne. Ma charakter jakościowy, a także jest powiązana ze społecznym kontekstem konkretnego działania. Stąd też obok pomiaru pojawił się opis mocnych i słabych stron programów – początki myślenia procesualnego. Ten rodzaj myślenia o ewaluacji został zapoczątkowany po drugiej wojnie światowej
Trzecia generacja ewaluacji – ewaluacja wyjaśniająca/oceniająca	Trzecia generacja ewaluacji, podobnie jak poprzednia, rozumie ewaluację jako pomiar i opis, ale dodatkowo zadaniem ewaluacji staje się także ocena. Możemy zatem stwierdzić, iż ewaluator, posługując się pomiarem i opisem, dokonuje oceny badanych zjawisk. Ten etap wprowadza systematyczność prowadzonych badań ewaluacyjnych. Początki tak rozumianej ewaluacji przypadają na koniec lat pięćdziesiątych XX wieku
Czwarta generacja ewaluacji – ewaluacja dialogiczna/demokratyczna	Czwarta generacja ewaluacji wnosi elementy partycypacji i demokratyzacji i tym samym tworzy możliwości rozwoju modelu ewaluacji społecznej. Dominuje podejście ilościowe i jakościowe oraz nacisk na identyfikowanie różnorodnych aspektów rzeczywistości, które wpływają na całokształt procesu wartościowania. Ewaluator pełni rolę współpracownika i pomocnika w usprawnianiu działania. Ewaluacja polega na gromadzeniu informacji z różnych źródeł przy współpracy z różnymi grupami interesariuszy. Istotna jest identyfikacja wszystkich grup zaangażowanych w prowadzone działanie. Następuje dążenie do stworzenia interaktywnego modelu ewaluacji. Początki ewaluacji czwartej generacji to lata sześćdziesiąte XX wieku, natomiast na przełomie XX i XXI wieku tak rozumiana ewaluacja stała się dojrzałym nurtem

Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: S. Jaskuła, *Ewaluacja społeczna w edukacji*, dz. cyt., s. 50–52; S. Jaskuła, *Metodologia procesu ewaluacyjnego*, dz. cyt., s. 56–62; Z. Sury, *Ewaluacja w pracy nauczyciela...*, dz. cyt., s. 23–24.

61 S. Jaskuła, *Ewaluacja społeczna w edukacji*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2018, s. 50.

Opisane w tabeli powyżej historyczne ujęcie ewaluacji pochodzi z końca lat osiemdziesiątych XX wieku. Dlatego też nie wszystkie podejmowane współcześnie działania ewaluacyjne mieszczą się w tej formule. Nie sposób dziś mówić o ewaluacji z pominięciem kontekstu rewolucji informacyjnej, która spowodowała powstanie nowego typu społeczeństwa, tak zwanego globalnego społeczeństwa informacyjnego. Oznacza to, że ewaluacja musi się opierać na sprawdzonych strategiach badań, jak i interaktywnymi sposobami postrzegania, rozumienia, przeżywania przy uwzględnieniu komunikowania się z ludźmi w różnych środowiskach społeczno-kulturowych. Zatem poza osiągnięciami poprzednich generacji przed ewaluacją stają dodatkowe zadania związane z uwzględnieniem kontekstu prowadzonych analiz oraz szybkim reagowaniem na zmieniające się uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne. Ewaluacja rozwojowa (*developmental evaluation*) staje się propozycją ewaluacji piątej generacji⁶².

Model ewaluacji rozwojowej opracowany został przez Michaela Q. Pattona. Eksponuje on jedną z najistotniejszych funkcji ewaluacji, czyli nastawienie na rozwój. Ten rodzaj ewaluacji ma charakter więcej niż tylko formatywny. Ewaluacja formatywna (*formative evaluation*) towarzyszy realizacji danego działania, wspierając je, korygując i formułując jego przebieg. Identyfikuje doświadczenia, oczekiwania, zasoby i trudności osób będących uczestnikami programu, czynniki stojące na przeszkodzie we wdrażaniu przyjętych rozwiązań, a także najlepsze sposoby usunięcia przeszkód. Jej celem jest także wskazanie, w jakim stopniu badane działanie winno być zmodyfikowane oraz jakich dziedzin powinna ta modyfikacja dotyczyć. Natomiast ewaluacja rozwojowa wykracza poza poprawienie działania i dokonuje korekty samej siebie. Ewaluacja formatywna stanowi podstawę myślenia o ewaluacji rozwojowej. Zasadnicza różnica pomiędzy ewaluacją formatywną a ewaluacją rozwojową polega na tym, że w ewaluacji rozwojowej zarówno jej proces, jak i cały projekt badawczy ulega korekcie podczas wdrażania procesu ewaluacyjnego w reakcji na potrzeby działania ewaluacyjnego⁶³. Tak pojmowana ewaluacja jest wyjściem poza tylko i wyłącznie badawcze rozumienie procedur ewaluacyjnych, z jednej strony poszerza jej funkcje, a z drugiej strony wymaga również wielokierunkowego przygotowania ewaluatorów. Ci zaś powinni dysponować nie tylko znajomością warsztatu badawczego, ale także odpowiednią wyobraźnią

62 S. Jaskuła, *Ewaluacja społeczna w edukacji*, dz. cyt., s. 53–59.

63 Tamże.

społeczną, umiejętnościami interakcyjnymi, animacyjnymi i komunikacyjnymi⁶⁴. Ewaluacja rozwojowa odbiega od tradycyjnego paradygmatu. Zakłada, że rozwiązanie problemu nie jest procesem liniowym, a także wymaga adaptacyjności, co z kolei zmusza do zweryfikowania przyjętych założeń lub postawienia alternatywnych hipotez. Interesuje się zarówno oczekiwanymi i pożądanymi skutkami i efektami działań, jak i tymi niechcianymi i zaskakującymi⁶⁵.

Perspektywa rozumienia ewaluacji pociąga za sobą określony sposób jej planowania i wdrażania. W zależności od przyjętego punktu widzenia będziemy inaczej postrzegali jej cele i zadania, a tym samym będziemy wybierać różne sposoby gromadzenia, analizy i interpretacji danych. W myśl tego, iż ewaluacja jest działaniem celowym, warto, aby taka refleksja towarzyszyła osobom wyrażającym gotowość do ewaluowania danego programu profilaktycznego i/lub terapeutycznego. Perspektywa spojrzenia na ewaluację czyni różnicę w jej późniejszej realizacji.

1.4. Rodzaje, modele ewaluacji oraz standardy jej jakości

Przy planowaniu badań ewaluacyjnych warto zastanowić się także, jaki rodzaj informacji chcemy odkryć poprzez prowadzenie ewaluacji. Refleksja ta jest istotna w trakcie świadomego wyboru rodzaju ewaluacji. Możemy wyróżnić wiele jej rodzajów, biorąc pod uwagę różne kryteria podziału. Próba ich zestawienia została zawarta w tabeli 6.

Tabela 6. Rodzaje badań ewaluacyjnych

Kryterium podziału	Rodzaj badań ewaluacyjnych
Rodzaj ewaluatora	1. Ewaluacja zewnętrzna – prowadzona przez podmiot zewnętrzny, czyli osoby niezwiązane z określonym działaniem. 2. Ewaluacja wewnętrzna – prowadzona przez podmiot realizujący ewaluowane działanie. Najczęściej dokonywana przez instytucję, która jest twórcą i realizatorem danego przedsięwzięcia. 3. Autoewaluacja – szczególny rodzaj ewaluacji wewnętrznej polegający na prowadzeniu badań przez osobę zajmującą się danym działaniem

64 L. Korporowicz, *W poszukiwaniu ewaluacji rozwojowej*, dz. cyt., s. 58.

65 B. Jankowski, *Ewaluacja rozwojowa. Wspieranie innowacyjności w sytuacji niepewności* [w:] *Ewaluacja programów operacyjnych...*, dz. cyt., s. 46–47.

Czas realizacji badań ewaluacyjnych	1. Ewaluacja wstępna – <i>ex ante</i> lub <i>a priori</i> – realizowana przed rozpoczęciem programu w celu określenia zapotrzebowania na zaprojektowane działania. Zwana jest także ewaluacją diagnostyczną lub prognostyczną. 2. Ewaluacja okresowa, określana także jako bieżąca i formatywna – <i>mid-term</i> – prowadzona w połowie trwania programu, <i>on-going</i> – wykonywana w trakcie trwania programu. 3. Ewaluacja <i>ex post</i>, podsumowująca, sumatywna, zbiorcza, konkluzyjna – realizowana po zakończeniu programu. Ma na celu sprawdzenie rezultatów podejmowanych działań, przeprowadzona natychmiast po działaniu lub w określonym odstępie czasu od jego zakończenia – wówczas nazywać się będzie ewaluacją odroczoną. 4. Ewaluacja <i>front-end</i> – odbywa się w różnych momentach trwania programu, jest badaniem porównawczym wykonanym przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu. Opiera się na modelu eksperymentalnym
Pełniona funkcja ewaluacji	1. Ewaluacja reaktywna – odbywa się po zakończeniu działania. Jest często nazywana ewaluacją konkluzyjną. Jej charakter reaktywny wynika z tego, iż jej wyników nie można już wykorzystać w celu doskonalenia wdrażanego rozwiązania. 2. Ewaluacja proaktywna – poprzedza wprowadzenie programu, co umożliwia dostosowanie go do przyjętych kryteriów oraz dokonanie zmian w planach. 3. Ewaluacja formatywna – szersza kategoria niż ewaluacja proaktywna. Odnosi się do badań przeprowadzanych przed rozpoczęciem wdrożenia programu oraz podczas jego realizacji. Funkcja formatywna polega na tym, iż jest możliwe wdrożenie zmian w trakcie realizacji działania
Przedmiot ewaluacji	1. Ewaluacja całościowa – obejmuje wszystkie obszary działań. 2. Ewaluacja szczegółowa – obejmuje wybrane obszary działań. 3. Ewaluacja tematyczna (rodzaj ewaluacji szczegółowej) – obejmuje wybrany obszar tematyczny w ramach jednego lub kilku działań. 4. Metaewaluacja – ocena procesu zaplanowanej lub przeprowadzonej innej ewaluacji
Cele ewaluacji	1. Ewaluacja formatywna – służy ulepszeniu realizowanych działań, prowadzona w trakcie ich trwania. 2. Ewaluacja sumatywna – stanowi podsumowanie i jest nastawiona na ocenę całego działania w celu podjęcia decyzji o kontynuowaniu lub zaniechaniu realizacji działania

Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: S. Jaskuła, *Ewaluacja społeczna w edukacji*, dz. cyt., s. 100–101; D. Guyadeen, M. Seasons, *Evaluating theory and practice...*, dz. cyt., s. 100; Z. Sury, *Ewaluacja w pracy nauczyciela...*, dz. cyt., s. 41–42; A. Brzezińska, *Miejsce ewaluacji w procesie kształcenia*, dz. cyt., s. 165; A. Borucka, B. Kehl, *Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2021; 20(3), s. 37–52; por. M. Piasecka, J. Kusztal, *Ewaluacja programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły* [w:] J. Kusztal i in., *Wzmacnianie współpracy podmiotów edukacji w zakresie profilaktyki szkolnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2021, s. 59–60.

Wśród najczęściej realizowanych rodzajów ewaluacji w praktyce profilaktyczno-terapeutycznej wyróżniamy dwa rodzaje ewaluacji: ewaluację procesu oraz ewaluację wyniku. Ewaluacja wyniku odpowiada na pytanie o to, w jakim zakresie zostały osiągnięte zaplanowane cele. Ewaluacja procesu pozwala zrozumieć, jak doszło do tego, iż owe cele udało się zrealizować⁶⁶. Wnioski z ewaluacji wyniku warto zatem interpretować w kontekście wyników ewaluacji procesu, której celem jest doskonalenie jakości wdrażania samego programu poprzez dokumentowanie realizacji programu oraz jego jakości i użyteczności w kontekście zasięgu, stopnia dotarcia do grupy docelowej, akceptacji i poziomu satysfakcji uczestników, poziomu zgodności realizacji z wcześniejszym planem oraz wykorzystania zasobów⁶⁷.

Na podstawie ewaluacji wyniku możemy zatem stwierdzić, czy wdrażane interwencje są skuteczne, a ewaluacja procesu wskazuje, w jakim stopniu zostały one wdrożone zgodnie z założeniami oraz jaki jest odbiór programu przez jego uczestników.

Poza wyborem rodzaju ewaluacji warto się zastanowić, jaki model ewaluacji jest najbardziej użyteczny, biorąc pod uwagę to, co ma być celem ewaluacji, jej przedmiotem, oraz jaką funkcję ma ona pełnić, czyli jaki rodzaj wiedzy ma nam dostarczać.

Możemy wyróżnić następujące modele ewaluacji: 1) model ewaluacji proaktywnej (*proactive evaluation*); 2) model ewaluacji wyjaśniającej (*clarificative evaluation*); 3) model ewaluacji interaktywnej (*interactive evaluation*); 4) model ewaluacji monitorującej (*monitoring evaluation*); 5) model ewaluacji typu *impact* (*impact evaluation*)⁶⁸. Charakterystyka wyróżnionych modeli znajduje się w tabeli 7.

Tabela 7. Charakterystyka modeli ewaluacji

Model ewaluacji	Charakterystyka modelu
Model ewaluacji proaktywnej (<i>proactive evaluation</i>)	Model ten w głównej mierze służy rozpoznaniu potrzeb podmiotów ewaluowanych. Znajduje on zastosowanie wtedy, gdy istnieje potrzeba gromadzenia wiedzy dotyczącej oczekiwań i potrzeb jednostek, grup czy całych badanych społeczności.

66 A. Brotherhood, H.R. Sumnall, *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków – krótki przewodnik*, tłum. P. Nowocien, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2015, s. 26.

67 Tamże, s. 33.

68 S. Jaskuła, *Ewaluacja społeczna w edukacji...*, dz. cyt., s. 102.

	Stanowi to podstawę do zaprojektowania konkretnego działania lub programu (w tym przypadku przedmiot ewaluacji jest dopiero konstruowany). Model ten może być stosowany także w przypadku przeprowadzania ewaluacji <i>ex ante</i> , obejmując działania jeszcze nie wdrożone, ale już wstępnie zaplanowane. Wynika on wówczas z potrzeby zgromadzenia wiedzy, na podstawie której podjęta będzie decyzja dotycząca kontynuacji lub zmian projektowania danego działania w celu jego udoskonalenia i rozwoju
Model ewaluacji wyjaśniającej (<i>clarificative evaluation</i>)	Celem ewaluacji opartej na tym modelu jest wyjaśnienie wewnętrznej struktury i funkcjonowania określonego programu. Dzięki tak prowadzonej ewaluacji możliwe jest zrozumienie przyczyn oraz skutków podejmowanych działań w ramach danego programu. Model ten inaczej nazywany jest modelem ewaluacji projektującej
Model ewaluacji interaktywnej (<i>interactive evaluation</i>)	Celem ewaluacji realizowanej zgodnie z tym modelem jest identyfikacja potencjalnych potrzeb związanych z modyfikacjami i zmianami, jakie warto wprowadzić w programie, zarówno na etapie jego przygotowania, jak i w fazie realizacji. Ewaluacja ta dąży do zapewnienia ciągłego rozwoju ewaluowanego programu. Gromadzenie informacji jest podstawą do podejmowania decyzji dotyczących przyszłości danego programu. Ewaluacja koncentruje się na procesie realizacji programu, uwzględniając wszystko to, co może wpłynąć na jego przebieg. Ten model jest określany także jako model ewaluacji procesu
Model ewaluacji monitorującej (<i>monitoring evaluation</i>)	Model ten pozwala zgromadzić informacje na temat funkcjonowania danego programu w celu opracowania strategii jego zmiany oraz identyfikacji skuteczności podjętych działań. Wykorzystywany jest do zarządzania programami, co różni go od wcześniejszych modeli. Systematyczne badania związane z wdrażaną ewaluacją realizowane są w celu zwiększenia możliwości wprowadzania procedur, które poprawią funkcjonowanie programu
Model ewaluacji typu <i>impact</i> (<i>impact evaluation</i>)	Podstawowym celem ewaluacji prowadzonej zgodnie z tym modelem jest określenie wartości ewaluowanego działania. Zgromadzone w toku ewaluacji dane dają podstawę do podjęcia decyzji o ewentualnej modyfikacji programu, jego udoskonaleniu i dostosowaniu do kontekstu społeczno-kulturowego, w którym jest wdrażany. Pozwala także zebrać informacje, które będą służyć procesowi zarządzania programem. Ewaluacja prowadzona zgodnie z tym modelem jest określana jako ewaluacja końcowa (sumaryczna, podsumowująca, finalna)

Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: S. Jaskuła, *Ewaluacja społeczna w edukacji*, dz. cyt., s. 102–107.

Jedną z najszerzej stosowanych ram do planowania i oceny wdrażania interwencji dotyczących zdrowia publicznego i zmiany zachowań zdrowotnych jest model RE-AIM (*Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance*). Ramy RE-AIM składają się z pięciu obszarów: zasięg (*reach*), skuteczność (*effectiveness*), przyswojenie (*adoption*), implementacja (*implementation*) i utrzymanie (*maintenance*), które można uwzględnić zarówno na etapie planowania, jak i oceny wdrożenia. Autorzy modelu RE-AIM stworzyli witrynę internetową, która ma wspierać badaczy i praktyków w zrozumieniu i stosowaniu programu⁶⁹. Wymienione obszary modelu RE-AIM obejmują następujące aspekty: 1) zasięg – to bezwzględna liczba, proporcja i reprezentatywność osób uczestniczących w danym programie; 2) skuteczność – wpływ interwencji na ważne wyniki, w tym potencjalne negatywne skutki, jakość życia i wyniki ekonomiczne; 3) przyswojenie – bezwzględna liczba, proporcje i reprezentatywność placówek oraz ludzi, którzy realizują program, którzy chcą wdrożyć program, oraz powody, dla których chcą go wdrożyć; 4) implementacja – odnosi się do wierności wdrażania programu zgodnie z różnymi elementami protokołu interwencji, w tym spójności realizacji z zamierzeniami, czasem i kosztem interwencji; 5) utrzymanie – stopień, w jakim program lub polityka zostają zinstytucjonalizowane lub stanowią część rutynowych praktyk i polityk organizacyjnych⁷⁰. Wcześniej wspomniana strona internetowa, stworzona przez autorów modelu, zawiera szereg wskazówek dotyczących możliwości zastosowania modelu, a także gotowych rozwiązań, instrukcji czy narzędzi⁷¹.

Wybór rodzaju i modelu ewaluacji w znacznej mierze podyktowany jest tym, czemu mają służyć badania ewaluacyjne. Świadomość celu zbierania danych jest zatem elementem istotnym, gdyż ma zasadniczy wpływ na to, jaki rodzaj badań ewaluacyjnych będzie najbardziej użyteczny z punktu widzenia postawionych pytań badawczych.

Poza wyborem dotyczącym rodzaju badań ewaluacyjnych ważne jest, aby procedura zbierania danych nie była przypadkowa, lecz oparta na jasnych wytycznych zgodnych z metodologią badań społecznych oraz standardami jakości badań ewaluacyjnych.

69 D. D'Lima, T. Soukup, L. Hull, *Evaluating the application of the RE-AIM planning and evaluation framework: An updated systematic review and exploration of pragmatic application*, „Frontiers in Public Health” 2022, 9, s. 2.

70 *What is RE-AIM?*, <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/> (dostęp: 20.07.2022).

71 Tamże.

Zgodnie z *Europejskimi standardami jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków* ewaluacja to systematyczne zbieranie, przetwarzanie i analizowanie danych potrzebnych do oceny stopnia oraz sposobów osiągnięcia celów danej interwencji⁷². Jest ona integralnym i istotnym elementem w zapewnianiu jakości programu⁷³. Standardy te wskazują poszczególne elementy, jakimi powinny się odznaczać badania z zakresu ewaluacji procesu oraz ewaluacji wyniku na poziomie podstawowym i poziomie specjalistycznym⁷⁴.

Kolejnym przykładem standardów ewaluacji są te opracowane przez Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne, którego misją jest „[...] popularyzowanie ewaluacji oraz budowanie kultury ewaluacyjnej w Polsce jako demokratycznego i społecznego procesu”⁷⁵. Standardy te „[...] mają na celu wsparcie osób zaangażowanych w proces ewaluacji w zapewnieniu jak najwyższej jakości prowadzonych ewaluacji. [...] Standardy ewaluacji mają charakter ogólny i traktują ewaluację jako instrument zarządzania w ramach demokratycznego ładu społecznego”⁷⁶. Zawierają wytyczne dotyczące planowania i realizacji ewaluacji oraz komunikowania i wykorzystania jej wyników, stanowiąc tym samym drogowskaz dla osób planujących i wdrażających badania ewaluacyjne.

Autentyczna ewaluacja służy zarówno odbiorcom programów profilaktyczno-terapeutycznych, jak i ich realizatorom. Prowadzenie badań ewaluacyjnych przyczynia się do wzmacniania usług profilaktyczno-terapeutycznych poprzez wzrost ich skuteczności, a także dostosowanie do potrzeb ich odbiorców, jednocześnie dając możliwość planowania i realizacji działań z poszanowaniem ich podmiotowości, godności i autonomii. Autentyczna ewaluacja staje się także podstawą do świadomej refleksji nad własnym działaniem, na podstawie której powstaje przestrzeń do rozwoju.

72 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, red. pol. J. Węgrzecka-Giluń, A. Malczewski, tłum. P. Nowocień, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2011, s. 259.

73 A. Brotherhood, H.R. Sumnall, *Europejskie standardy jakości...*, dz. cyt., s. 27.

74 Por. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, *Europejskie standardy jakości...*, dz. cyt.; A. Brotherhood, H.R. Sumnall, *Europejskie standardy jakości...*, dz. cyt.

75 B. Ciężka, A. Rybińska (red.), *Ewaluacja w działaniach edukacyjnych*, Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa 2020, s. 4; zob. *Baza wiedzy*, <https://pte.org.pl/baza-wiedzy/> (dostęp: 10.07.2022).

76 *Standardy ewaluacji*, Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne, Warszawa 2008, s. 3, https://pte.org.pl/wp-content/uploads/2022/03/Standardy_ewaluacji_PTE.pdf (dostęp: 10.07.2022).

Bibliografia

- Arkowitz H., Miller W.R., Rollnick S. (red.), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*, tłum. M. Kapera, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
- Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, tłum. W. Betkiewicz i in., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Barczykowska A., Dzierżyńska-Breś S., *Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice)*, „Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)” 2013, nr 4, s. 131–152.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., *Terapia poznawcza uzależnień*, tłum. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Bogacz E., Góral E., Wrona S., Meisel-Dobrzański J., *Dialog obywatelski w Krakowie. Ewaluacja Centrum Obywatelskiego*, Wydawnictwo ToC, Nowy Targ – Kraków 2017.
- Borucka A., Kehl B., *Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2021, 20(3), s. 37–52.
- Bowen E., Gilchrist E., *Comprehensive evaluation: A holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes*, „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology” 2004, 48(2), s. 215–234.
- Brotherhood A., Sumnall H.R., *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków – krótki przewodnik*, tłum. P. Nowocień, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2015.
- Brzezińska A., *Miejsce ewaluacji w procesie kształcenia* [w:] A. Brzezińska, J. Brzeziński, (red.), *Ewaluacja procesu kształcenia w szkole wyższej*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000, s. 93–116.
- Brzezińska A., *Miejsce ewaluacji w procesie kształcenia* [w:] A. Brzezińska, J. Brzeziński, A. Eliaz (red.), *Ewaluacja a jakość kształcenia w szkole wyższej*, Wydawnictwo SWPS „Academica”, Warszawa 2004, s. 163–186.
- D’Lima D., Soukup T., Hull L., *Evaluating the application of the RE-AIM planning and evaluation framework: An updated systematic review and exploration of pragmatic application*, „Frontiers in Public Health” 2022, 9, s. 1–15.
- Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, red. pol. J. Węgrzecka-Giluń, A. Malczewski, tłum. P. Nowocień, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2011.
- Ewaluacja*, <https://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/ewaluacja,8#ewaluacja> (dostęp: 10.07.2022).
- Ciężka B., Rybińska A. (red.), *Ewaluacja w działaniach edukacyjnych*, Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa 2020.
- Greene J.C., *Qualitative program evaluation: Practice and promise* [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (eds.), *Handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA 1994, s. 530–544.

- Guba E.G., Lincoln Y.S., *Fourth generation evaluation*, Sage Publication, Newbury Park [etc.] 1989.
- Guyadeen D., Seasons M.L., *Evaluating theory and practice: Comparing program evaluation and evaluation in planning*, „Journal of Planning Education and Research” 2016, 38(1), s. 98–110.
- Hawkins J.D., Nederhood B., *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne*, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Pracownia Wydawnicza, Warszawa – Olsztyn 1994.
- Jankowski B., *Ewaluacja rozwojowa. Wspieranie innowacyjności w sytuacji niepewności* [w:] *Ewaluacja programów operacyjnych. Aspekty teoretyczne, metodologiczne i praktyczne. Ewaluacja RPO WK-P*, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, Toruń 2013.
- Jaskuła S., *Ewaluacja społeczna w edukacji*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2018.
- Jaskuła S., *Metodologia procesu ewaluacyjnego* [w:] *Ewaluacja programów operacyjnych. Aspekty teoretyczne, metodologiczne i praktyczne. Ewaluacja RPO WK-P*, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, Toruń 2013, s. 55–75.
- Jaskuła S., *Społeczne funkcje ewaluacji w środowisku akademickim* [w:] J. Wyleżałek (red.), *Społeczne funkcje Uniwersytetu w czasach dynamicznych zmian. 200 lat tradycji SGGW, 10 lat istnienia Wydziału Nauk Społecznych*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2017, s. 199–207.
- Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień, <http://www.kodeksetyki.pl/kodeks-etyki-terapeuty-uzaleznienn> (dostęp: 4.10.2022).
- Korporowicz L., *W poszukiwaniu ewaluacji rozwojowej* [w:] G. Mazurkiewicz (red.), *Jak być jeszcze lepszym? Ewaluacja w edukacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 55–68.
- Kusztal J., Piasecka M., Nastazjak A., *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
- Latkowska J., *Ewaluacja krok po kroku. Podręcznik ewaluacji wewnętrznej programów profilaktycznych*, Fundacja Praesterno, Warszawa 2014.
- Lutyński J., *Nauka i polskie problemy. Komentarz socjologa*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1990.
- MacBeath J., McGlynn A., *Self-evaluation. What's in it for schools?*, Routledge, London – New York 2002.
- Marynowicz-Hetka E., *Ewaluacja działania w polu praktyki edukacyjnej – istota i sens* [w:] G. Michalski (red.), *Ewaluacja a jakość edukacji. Koncepcje – doświadczenia – kierunki praktycznych rozwiązań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 13–28.
- Matera J., Czapska J., *Zarys metody przeglądu systematycznego w naukach społecznych*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.
- Męczkowska A., *Kompetencja* [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 2, G–Ł, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003, s. 693–696.

- Miller W.R., Rollnick S., *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, tłum. S. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Miller W.R., Rollnick S., *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, tłum. A. Pokojka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Mizerek H., *Dyskretny urok ewaluacji* [w:] G. Mazurkiewicz (red.), *Jak być jeszcze lepszym? Ewaluacja w edukacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 37–54.
- Mizerek H., *Ewaluacja edukacyjna. Interdyskursywne dialogi i konfrontacje*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2017.
- Niemierko B., *Kształcenie szkolne. Podręcznik skutecznej dydaktyki*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Nowotniak J., *Ewaluacja edukacyjna. Społeczne światy ewaluatorów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2019.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 maja 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo oświatowe, Dz.U. z 2021 r., poz. 1082.
- Olejniczak K., *Ewaluacja jako narzędzie zarządzania w sektorze publicznym* [w:] G. Gorzelak, A. Tucholska (red.), *Rozwój, region, przestrzeń*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego. Departament Informacji i Promocji, Warszawa 2007, s. 361–396.
- Ostaszewski K., *W kierunku profilaktyki opartej na wiedzy* [w:] Z.B. Gaś (red.), *Profilaktyka zachowań ryzykownych w teorii i praktyce*, Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Lublin 2019, s. 35–50.
- Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Piasecka M., Kusztal J., *Ewaluacja programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, M. Piec, *Wzmacnianie współpracy podmiotów edukacji w zakresie profilaktyki szkolnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2021, s. 56–66.
- Rosengren D.B., *Rozwijanie umiejętności w dialogu motywującym. Podręcznik praktyka z ćwiczeniami*, tłum. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
- Rossi P.H., Freeman H.E., Lipsey M.W., *Evaluation: A systematic approach*, 6th ed., Sage Publication, Thousand Oaks [etc.] 1999.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 października 2009 r. w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. z 2009 r. nr 168, poz. 1324.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. z 2017 r., poz. 1658.
- Sajdak A., *Kształtowanie kompetencji pedagogicznych pedagogów* [w:] A. Sajdak, D. Skulicz (red.), *Paradygmaty akademickiego kształcenia pedagogów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 129–143.
- Standardy ewaluacji*, Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne, 2008, https://pte.org.pl/wp-content/uploads/2022/03/Standardy_ewaluacji_PTE.pdf (dostęp: 10.07.2022).
- Sury Z., *Ewaluacja w pracy nauczyciela. Konteksty zawodowe i tożsamościowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2020.
- What is RE-AIM*, <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/> (dostęp: 20.07.2022).

2. Zaburzenia behawioralne – trudności definiowania, typologie i koncepcje wyjaśniające powstawanie zaburzeń (Karolina Piątek)

Chcąc prowadzić skuteczną ewaluację w profilaktyce oraz terapii zaburzeń behawioralnych, należy przede wszystkim zastanowić się nad zdefiniowaniem tego rodzaju zaburzeń. W niniejszej publikacji rozważania nad najbardziej adekwatnym opisaniem i wyjaśnieniem tych zjawisk są elementem kluczowym. W kontekście prowadzonych działań ewaluacyjnych w zakresie przeciwdziałania zaburzeniom behawioralnym ważne jest bowiem określenie stanu pożądanego – celu działań profilaktycznych lub terapeutycznych. Inaczej mówiąc, istotne jest uzyskanie odpowiedzi na pytania: czemu mamy zapobiegać i co mamy konkretnie leczyć?

2.1. Zaburzenia behawioralne a uzależnienia – granice pojęciowe

Obecnie na rodzimym gruncie toczą się dynamiczne dyskusje w środowiskach naukowych i środowiskach praktyków nad wyborem najtrafniejszego określenia dla wzorca zachowań, którego nadmierne podejmowanie może prowadzić do powstania znacznego cierpienia jednostki oraz jej najbliższego otoczenia.

Do niedawna w literaturze przedmiotu, ale obecnie też w nomenklaturze prawnej, dominował termin „uzależnienia behawioralne”¹, ewentualnie

¹ Por. J. Jarczyńska, *Zaangażowanie w hazard młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej. Diagnoza zjawiska i jego wybranych uwarunkowań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2016; M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015; J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący. Praca z osobami*

„nałogi behawioralne”². Stąd też dokonując analizy literatury naukowej, odnajdujemy głównie takie określenie. W kontekście zmian zachodzących w klasyfikacjach chorób³, w ramach dyskusji prowadzonych w kraju w środowisku praktyków oraz badaczy, pojawiają się poglądy, iż to termin „zaburzenie” jest odpowiedniejszy do nazwania zjawiska wcześniej określanego jako „uzależnienie behawioralne”. Analiza dyskursu naukowego i społecznego w zakresie opisu zjawiska tzw. zaburzeń behawioralnych / uzależnień behawioralnych skłoniła nas do przyjęcia terminu „zaburzenia behawioralne”, podążając za klasyfikacją chorób Światowej Organizacji Zdrowia – ICD-11 oraz klasyfikacją chorób Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5. Jednocześnie uznajemy, że termin „uzależnienie behawioralne” jest trafny w opisie zjawisk związanych ze znacznym nasileniem symptomów danego zaburzenia uznanego za jednostkę chorobową. Dodatkowo, jak zostało wspomniane wyżej, termin „uzależnienie behawioralne” stał się terminem prawnym funkcjonującym w naszym kraju w regulacjach normatywnych.

Dla porządku wywodu przyjrzyjmy się rozumieniu zjawiska tzw. uzależnień behawioralnych zarówno w kontekście historycznym, jak i współczesnym.

Pojęcie uzależnień behawioralnych funkcjonuje w opracowaniach naukowych i terminologii wykorzystywanej przez praktyków w profilaktyce i psychoterapii. Mimo że termin ten stosowany jest powszechnie, podkreślić należy jego nieprecyzyjność w aspekcie diagnostycznym. Wszelkiego rodzaju „-izmy” (pracoholizm, zakupoholizm itd.) weszły do języka stosowanego na co dzień⁴. Pojawia się pytanie: czy rzeczywiście w wielu przypadkach możemy mówić o uzależnieniu?

Dla określenia opisywanego zjawiska używa się także terminu „uzależnienia czynnościowe”. Za twórcę tego pojęcia uważany jest Otto Fenichel. Autor użył go po raz pierwszy w swoim dziele *The psychoanalytic theory of neurosis*

uzależnionymi behawioralnie, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej, Warszawa 2015; Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. z 2009 nr 201, poz. 1540.

2 Por. B. Habrat, *Koncepcje teoretyczne i pozycja nozologiczna tak zwanych nałogów behawioralnych* [w:] B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Instytut Neurologii i Psychiatrii, Warszawa 2016, s. 18; A. Dodziuk, L. Kapler, *Nałogowy człowiek*, Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2007.

3 Por. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 5th ed., American Psychiatric Publishing, Washington – London 2013, cyt. za: J. Jarczyńska, *Zaangażowanie w hazard młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej...*, dz. cyt.

4 Por. I. Grzegorzewska, L. Cierpiątkowska, *Uzależnienia behawioralne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018, s. 20.

(1945). Była to wówczas rewolucyjna idea – istnienie uzależnień od pewnych zachowań. Została ona spopularyzowana przez Stantona Peele’a oraz Archiego Brodsky’ego, którzy w roku 1975 opublikowali książkę *Love and addiction*⁵. Autorzy nie podali jednak nigdy precyzyjnych kryteriów uzależnienia od czynności.

Jeden z badaczy uzależnień behawioralnych Mark Griffiths zauważa, że wielu osobom termin „uzależnienia” kojarzy się z braniem narkotyków⁶. Stwierdza jednak, że coraz więcej autorów traktuje również pewne zachowania jako potencjalnie uzależniające⁷. Warta uwagi jest definicja Judith R. Gordon, G. Alana Marlatta i współpracowników⁸, którzy definiują uzależnienie jako powtarzający się nawyk, który zwiększa ryzyko choroby i/lub wystąpienia problemów społecznych. Zachowania uzależniające są często odczuwane subiektywnie jako upośledzenie kontroli, co oznacza, że zachowanie jest kontynuowane pomimo dobrowolnych prób powstrzymania się lub jego ograniczania. Ten wzorzec zachowania zazwyczaj charakteryzuje się natychmiastową satysfakcją (nagrodą krótkoterminową), często w połączeniu z opóźnionymi szkodliwymi skutkami (kosztami długoterminowymi). Próby zmiany zachowania uzależniającego są zazwyczaj oznaczone wysokimi wskaźnikami nawrotów.

Część polskich badaczy, wśród nich Anna Dodziuk i Leszek Kapler⁹, jest zdania, że uzależnić się można od każdego zachowania, nawet tego pożądanego i zdrowego. W swoich rozważaniach używają oni terminu „nałóg”¹⁰, definiując go jako

[...] nawyk, który przeszkadza, ogranicza, niszczy, a jednak nie sposób się z nim rozstać; przyzwyczajenie, które mimo postanowień o zaprzestaniu nie daje się zmniejszyć ani wykorzenić [...]¹¹.

-
- 5 S. Peele, A. Brodsky, *Love and addiction*, Broadrow Publication, Watertown, Massachusetts 2015.
 - 6 M. Griffiths, A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework, „Journal of Substance Use” 2005, 10(4), s. 191.
 - 7 Por. W.R. Miller (ed.), *The addictive behaviours*, Pergamon Press, Oxford 1980; J. Orford, *Excessive appetites: A psychological view of the addictions*, John Wiley & Sons, Chichester 2001.
 - 8 G.A. Marlatt, J.R. Gordon, *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Guilford Press, New York 1985; G.A. Marlatt et al., *Addictive behaviors: Etiology and treatment*, „Annual Review of Psychology” 1988, 39, s. 223–252.
 - 9 A. Dodziuk, L. Kapler, *Nałogowy człowiek*, dz. cyt.
 - 10 Obecnie w Polsce odchodzi się od używania słowa „nałóg” w profilaktyce oraz psychoterapii uzależnień. Por. M. Bujalski, J. Klingemann, *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, https://www.kbnp.gov.pl/porta/?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).
 - 11 A. Dodziuk, L. Kapler, *Nałogowy człowiek*, dz. cyt., s. 21.

Ponadto charakteryzuje go: przymus wykonywania; sztywny schemat postępowania; system przekonań, który utrwała nałogowe zachowania; niepowodzenia przy próbach samodzielnej zmiany; wzrost tolerancji; destrukcyjność; objawy odstawienia; realne korzyści¹². Z polskich badaczy cechy wspólne uzależnień behawioralnych wskazywał także Jerzy Mellibruda¹³. Wymienił on między innymi: uporczywe dążenie do wykonywania określonych czynności (przymus wewnętrzny); uporczywe powtarzanie tych czynności mimo szkód, jakie wywołują w życiu; doświadczenie niepowodzenia i załamывania kontroli nad zachowaniem w momencie prób powstrzymania się od niego; bardzo przykre stany psychiczne i dolegliwości fizyczne w sytuacji zaprzestania zachowania; silne odczucie ulgi po powrocie do jego wykonywania¹⁴.

Ogólną kategorię odnoszącą się do zachowań, które potencjalnie mogą skutkować uzależnieniem, określać będziemy zachowaniami uzależniającymi. Uzależnienia behawioralne (uzależnienia od czynności) będą to zaburzenia zachowania niezwiązane z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych¹⁵.

Stosunkowo nowy jest termin „zaburzenia behawioralne”. Zaburzenia te są definiowane jako szkodliwy wzorzec podejmowania czynności. Mogą mieć (podobnie jak zaburzenia używania substancji psychoaktywnych) różny stopień nasilenia. Pomimo braku medycznego statusu uzależnienia behawioralnego (rozumianego jako jednostka chorobowa uwzględniona w klasyfikacjach chorób) wiele zjawisk w tym obszarze nazywanych jest uzależnieniami behawioralnymi. Dzieje się tak, gdyż określenie „zaburzenia behawioralne” jest na tyle szerokie i jednocześnie nieprecyzyjne, iż w jego zakres można włączać zarówno zachowania uzależniające, jak i niektóre zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne czy zaburzenia kontroli impulsów¹⁶.

12 A. Dodziuk, L. Kapler, *Nałogowy człowiek*, dz. cyt., s. 21.

13 Por. M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka...*, dz. cyt.; B. Lelonek-Kuleta, *Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne*, https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/7064/Uzależnienia_behawioralne_podstawy_teoretyczne.pdf (dostęp: 29.07.2022); I. Grzegorzewska, L. Cierpiąłkowska, *Uzależnienia behawioralne*, dz. cyt.; J. Jarczyńska (red.), *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2014.

14 J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, s. 10.

15 M. Bujalski, J. Klingemann, *Słownik uzależnień*, dz. cyt., s. 17.

16 Tamże.

2.2. Typologie uzależnień behawioralnych w literaturze przedmiotu

Brak spójności i wielowymiarowość ujęcia zjawiska uzależnień behawioralnych są widoczne w literaturze przedmiotu. Autorzy na różne sposoby podchodzą do klasyfikowania uzależnień behawioralnych¹⁷. Mark Griffiths jest zdania, że wszystkie nadmierne zachowania mają wiele cech wspólnych. W związku z tym postuluje on eklektyczne podejście do badań nad tymi zjawiskami¹⁸. By zrozumieć istotę uzależnienia, sugeruje połączenie w definicjach roli nagród (fizjologicznych i psychologicznych) oraz środowisk (fizycznego, społecznego i kulturowego), które związane z jakimkolwiek szczególnym zachowaniem, będą miały zasadniczy wpływ na określenie prawdopodobieństwa nadmiernego zaangażowania w jakąkolwiek konkretną aktywność¹⁹. By móc ustalić, czy możemy mówić o danym zachowaniu w kategoriach uzależnienia, warto odnieść się do kryteriów, które proponuje wymieniony autor, a są to: emocjonalne przyporządkowanie / dominacja / zaabsorbowanie (*salience*) – konkretna czynność staje się najistotniejsza w życiu człowieka i dominuje w jego myśleniu (absorbuje umysł, powodując zniekształcenia poznawcze), w uczuciach (wywołuje pożądanie) oraz w zachowaniu (zniekształca interakcje społeczne); zmiana nastroju / modyfikacja nastroju (*mood modification*) – subiektywne doświadczenie, osoby uzależnione uznają je za konsekwencję swoich działań, konkretne zachowanie może być postrzegane jako strategia radzenia sobie z emocjami poprzez podekscytowanie bądź ożywienie; tolerancja (*tolerance*) – konieczność zwiększania częstotliwości lub/i intensywności danego zachowania w celu uzyskania określonego efektu; objawy odstawienia/abstynencyjne (*withdrawal symptoms*) – nieprzyjemne uczucia i/lub objawy fizjologiczne pojawiające się w chwili przerwania bądź nagłego ograniczenia pożądanej aktywności; konflikt (*conflict*) – dyskomfort wewnętrzny (konflikt intrapsychiczny), konflikt między osobą uzależnioną a innymi osobami (konflikt interpersonalny); nawrót (*relaps*) – powracanie do wcześniejszych wzorców postępowania po okresach remisji²⁰.

17 Por. J.M. Jaraczewska, A.M. Derwich, *Elementy pracy psychologicznej z osobami uzależnionymi behawioralnie na przykładzie terapii schematów i terapii dialektyczno-behawioralnej w praktyce lekarskiej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2021.

18 M. Griffiths, *A 'components' model of addiction...*, dz. cyt., s. 191.

19 Tamże, s. 192.

20 Tamże, cyt. za: L. Wawryk, *Uz@ależnienia w dyskursie behawioralnym*, „Dyskursy Młodych Andragogów” 2019, nr 20, s. 305–316; por. M. Rowicka, *E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018.

W polskiej literaturze odnajdujemy m.in. propozycje Bogusława Habrata, który wśród tzw. uzależnień behawioralnych (określając je nałogami) wymienia²¹: problemowe korzystanie z nowych mediów, patologiczną hiperseksualność, pracoholizm, kompulsywne kupowanie, nałogowe uprawianie ćwiczeń fizycznych, nałogowe opalanie, pierwotne patologiczne zbieractwo oraz inne zachowanie o prawdopodobnej naturze nałogowej, tj.: nałóg studiowania, nałogowe korzystanie z usług wróżbiarskich, impulsywna przemoc, nałogowe podejmowanie prób samobójczych, nałóg aktywności ulicznej, tak zwane uzależnienie od miłości, cyberchondria, ortoreksja, dysmorfia mięśniowa, zespół Kleinego-Levina, zespół deregulacji dopaminergicznej²².

Z kolei Magdalena Rowicka wskazuje wśród uzależnień behawioralnych: hazard (zaburzenia uprawiania hazardu, e-hazard), zespół uzależnienia od internetu (komputer i internet, granie w gry, cyberseks), inne zachowania kompulsywne (kompulsywne kupowanie, pracoholizm, uzależnienie od ćwiczeń fizycznych, ortoreksja, tanoreksja)²³.

Natomiast Iwona Grzegorzewska i Lidia Cierpiałkowska proponują włączyć do tej kategorii: uzależnienie od hazardu, uzależnienie związane z korzystaniem z nowych technologii i „światem wirtualnym”, szkodliwe zachowania dotyczące kształtowania ciała, szkodliwe jedzenie wysokokalorycznych posiłków, szkodliwe zachowania odnoszące się do robienia zakupów, model uzależnienia od seksu i pornografii, szkodliwe i nałogowe wykonywanie pracy²⁴. Istnieje zatem wielość zjawisk zaliczanych do kategorii uzależnień/zaburzeń behawioralnych.

Warto wrócić do postawionego na początku rozdziału pytania: czy rzeczywiście możemy w przypadku każdego z nich mówić o uzależnieniu, czy być może problemowym korzystaniu lub zaburzeniu? Zgodnie z przyjętym tu stanowiskiem termin „zaburzenie” będzie szerszy niż „uzależnienie”. Uzależnienie będzie określało nasilony wzorzec zaburzenia, które jednocześnie występuje w uznanej klasyfikacji chorób, tj. DSM-5 lub ICD-11.

Aviel Goodman, uważany za współczesnego pioniera w opracowaniu kryteriów diagnostycznych uzależnienia, stwierdził, że pojęcie to jest mało precyzyjne²⁵. Wyróżnił on następujące objawy/kryteria charakteryzujące uzależnienia behawioralne: przymus powtarzania określonych czynności, które w istotny sposób zaburzają życie osoby je wykonującej; doświadczanie

21 Autor używa terminu „nałogi behawioralne”.

22 Por. B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu...*, dz. cyt.

23 Por. M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka...*, dz. cyt.

24 Por. I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, *Uzależnienia behawioralne*, dz. cyt.

25 A. Goodman, *Addiction: Definition and implications*, „British Journal of Addiction” 1990, 85(11), s. 1403–1408.

przyjemności lub wyciszenie cierpienia (efekt autoterapeutyczny); poczucie, że nie ma się kontroli nad danym zachowaniem. Należy przy tym pamiętać, iż wyznaczniki te nie są uważane za oficjalne kryteria diagnostyczne²⁶.

Jak wskazano wyżej, całe spektrum różnorodnych zachowań może skutkować uzależnieniem, warto więc odwołać się do uznawanych oficjalnie klasyfikacji chorób.

2.3. Zaburzenia uprawiania hazardu i zaburzenia związane z graniem w świetle międzynarodowych klasyfikacji chorób

Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 za jednostkę nozologiczną przyjmuje się jedynie zaburzenia uprawiania hazardu. Zaburzenia grania w gry hazardowe mogą mieć różny stopień nasilenia (w zależności od liczby spełnianych kryteriów diagnostycznych). Objawami tych zaburzeń, wyróżnionymi przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, są: angażowanie się w coraz większym stopniu w hazard w celu uzyskania satysfakcji; występowanie frustracji i rozdrażnienia w sytuacji braku możliwości lub utrudnienia realizacji zachowania; podejmowanie kolejnych prób kontrolowania lub powstrzymywania się od hazardu; zaabsorbowanie hazardem i/lub zdobywaniem środków na jego uprawianie; angażowanie się w gry hazardowe jako szkodliwy sposób rozwiązywania problemów czy poprawienia złego nastroju; utrata pieniędzy na gry i próba „odegrania się”; ukrywanie prawdy na temat problemu i/lub jego rozmiarów; utrata lub narażenie na szwank, z powodu zaangażowania w hazardowe granie, ważnych związków emocjonalnych, możliwości edukacyjnych, zawodowych itp.; szukanie u innych osób pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji finansowej spowodowanej hazardowym graniem. W zależności od liczby zidentyfikowanych u danej osoby kryteriów możliwe jest określenie nasilenia zaburzenia hazardowego. Przy spełnieniu: 4–5 kryteriów – łagodne; 6–7 kryteriów – umiarkowane; 8–9 kryteriów – znaczne²⁷.

Obszarem, który rozpatrywano jako możliwy do włączenia do kategorii zaburzeń behawioralnych, był ten związany z zaburzeniem korzystania

26 B. Lelonek-Kuleta, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 17–19.

27 American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 5th ed., American Psychiatric Publishing, Washington – London 2013, cyt. za: J. Jarczyńska, *Zaangażowanie w hazard młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej...*, dz. cyt., s. 30–31.

z internetu (*internet addiction disorder*). Stwierdzono jednak brak wystarczających danych empirycznych. Zjawiskiem wymagającym dalszych badań jest zaburzenie dotyczące grania w gry internetowe (*internet gaming disorder*)²⁸.

Jedenasta wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-11) wyróżnia zaburzenie używania hazardu (*gambling disorder* – 6C50) oraz zaburzenie związane z graniem (*gaming disorder* – 6C51)²⁹.

Zaburzenie uprawiania hazardu według ICD-11 odnosi się do wzorca hazardu, który znacznie zwiększa ryzyko szkodliwych konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego danej osoby lub innych osób z jej otoczenia. Zwiększone ryzyko może wynikać z częstotliwości grania, ilości czasu poświęconego na te czynności lub kontekstu samego zachowania, zaniedbania innych czynności i priorytetów, ryzykownych zachowań związanych z graniem lub jego kontekstem, z negatywnych konsekwencji hazardu i zakładów lub z ich kombinacji. Wzorzec taki często utrzymuje się pomimo świadomości zwiększonego ryzyka wyrządzenia krzywdy jednostce lub innym³⁰.

Drugim uznanym przez Światową Organizację Zdrowia oraz umieszczonym w klasyfikacji chorób ICD-11 zaburzeniem jest to związane z graniem, które charakteryzuje się wzorem uporczywych lub nawracających zachowań w grach (gry cyfrowe lub gry wideo), które mogą być online (tj. przez internet) lub offline. Objawami są: upośledzona kontrola nad grami (może dotyczyć np. początku, częstotliwości, intensywności, czasu trwania, zakończenia, kontekstu); zwiększenie priorytetu nadanego graniu w taki sposób, że gra ma pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami żywymi i codziennymi czynnościami; kontynuacja lub eskalacja gry pomimo wystąpienia negatywnych konsekwencji³¹. Warto również przyrzeć się niektórym wymaganiom diagnostycznym zaburzeń związanych z graniem. Zaprezentowane zostały w tabeli 8.

28 I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, *Uzależnienia behawioralne*, dz. cyt., s. 7; por. B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu...*, dz. cyt.

29 P. Krawczyk, Ł. Święcicki, *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020, 54(1), s. 16.

30 *QE21 Hazardous gambling or betting*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/233747706> (dostęp: 21.08.2022).

31 *6C51 Gaming disorder*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1448597234> (dostęp: 21.08.2022).

Tabela 8. Wymagania diagnostyczne zaburzeń związanych z graniem

Niezbędne (wymagane) cechy kliniczne do postawienia diagnozy zaburzenia	Dodatkowe cechy kliniczne	Kryteria wykluczające z diagnozy zaburzenia
1. Trwały wzorzec zachowań w grach (gry cyfrowe lub gry wideo), który ma charakter online (tj. za pośrednictwem internetu lub podobnych sieci elektronicznych) lub offline, objawiający się wszystkimi następującymi cechami: a) upośledzona kontrola, b) zwiększenie priorytetu zachowania w grach, c) kontynuacja lub eskalacja zachowań pomimo negatywnych konsekwencji. 2. Wzorzec zachowania w grach może być ciągły, epizodyczny, nawracający, ale przejawia się w dłuższym okresie czasu (np. 12 miesięcy). 3. Zachowania w grach nie da się wytłumaczyć innym zaburzeniem psychicznym ani nie jest ono spowodowane działaniem substancji lub leku. 4. Wzorzec zachowań związanych z grami powoduje znaczny stres lub upośledzenie w ważnych obszarach funkcjonowania	1. Objawy i poważne konsekwencje zachowań związanych z graniem (np. zachowania takie utrzymują się przez kilka dni bez wytchnienia lub mają poważny wpływ na funkcjonowanie lub zdrowie) oraz spełnienie wszystkich innych wymagań diagnostycznych może być podstawą postawienia diagnozy zaburzenia grania po okresie krótszym niż 12 miesięcy (np. 6 miesięcy). 2. Podejmowanie wielu nieudanych prób kontrolowania lub znacznego ograniczenia zachowań związanych z grami, niezależnie od tego, czy zostały zainicjowane przez siebie, czy narzucone przez innych. 3. Wydłużanie czasu trwania lub częstotliwości zachowań związanych z grami albo odczuwanie potrzeby angażowania się w gry o coraz większym stopniu złożoności lub wymagających coraz większych umiejętności czy strategii, aby utrzymać lub przekroczyć poprzedni poziom podekscytowania lub uniknąć nudy. 4. Odczuwana chęć lub pragnienie angażowania się w gry podczas innych czynności.	1. Nie powinno się diagnozować zaburzenia związanego z graniem na podstawie powtarzających się lub uporczywych gier (online lub offline) w przypadku braku innych charakterystycznych cech tego zaburzenia. 2. W przypadku braku innych wymaganych cech nie jest wystarczającą podstawą do diagnozy: codzienne zachowanie w grach w ramach rutyny lub korzystanie z gier w celach, takich jak: rozwijanie umiejętności i biegłości w grach, zmiana nastroju, łagodzenie nudy lub ułatwianie interakcji społecznych. 3. Przy stawianiu diagnozy należy wziąć pod uwagę normy kulturowe, subkulturowe i rówieśnicze

Tabela 8. Wymagania diagnostyczne zaburzeń związanych z graniem cd.

Niezbędne (wymagane) cechy kliniczne do postawienia diagnozy zaburzenia	Dodatkowe cechy kliniczne	Kryteria wykluczające z diagnozy zaburzenia
	5. Doświadczanie dysforii oraz przejawianie zachowań agresywnych. 6. Występujące zakłócenia w diecie, śnie, ćwiczeniach i innych zachowaniach związanych ze zdrowiem, które mogą przynieść negatywne skutki dla zdrowia fizycznego i psychicznego, szczególnie w przypadku bardzo długich okresów grania. 7. Współwystępowanie m.in. zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych	

Źródło: opracowanie K. Piątek na podstawie: 6C51 *Gaming disorder*, dz. cyt.

Podsumowując, aktualnie najobszerniejszą kategorię omawianych zjawisk będziemy nazywać zaburzeniami behawioralnymi (np. zaburzenia związane z uprawianiem hazardu, zaburzenia związane z graniem). Wśród nich znajdują się zachowania, które mogą się wiązać z upośledzeniem kontroli i kontynuowaniem zachowania mimo jego szkodliwych następstw, ale niekoniecznie są jednostką nozologiczną (np. zaburzenia związane z odżywianiem)³². Dla jasności wyводу należy jednak zaznaczyć, że prowadzenie badań naukowych, których przedmiotem jest zaburzenie niesklasyfikowane, wiąże się z wieloma trudnościami tak merytorycznymi, jak i metodologicznymi. Dowolność w akcentowaniu kryteriów diagnostycznych powoduje bowiem nieporównywalność analiz, co widoczne jest nagminnie w literaturze przedmiotu. Stąd publikacja niniejsza w części empirycznej koncentrować się będzie na zaburzeniach, których status w świetle współczesnej wiedzy i praktyki profilaktycznej i terapeutycznej jest jednoznaczny.

2.4. Zaburzenia behawioralne w świetle koncepcji teoretycznych

Autorzy wyjaśniający zaburzenia behawioralne wzorują się przeważnie na modelach uzależnień od substancji³³. Zwolennicy takiego stanowiska twierdzą, że w obydwu kategoriach obserwuje się takie same lub co najmniej zbliżone objawy, do których można zaliczyć m.in.: poczucie utraty kontroli nad swoim zachowaniem, zmienną tolerancję³⁴, kontynuowanie zachowania pomimo jego negatywnych konsekwencji³⁵. Ponadto uzależnienia niezwiązane z substancjami i te od substancji mają podobne podłoże neurobiologiczne³⁶.

Wielu badaczy kwestionuje jednak takie proste przełożenie, twierdząc, że modele wyjaśniające uzależnienia od substancji psychoaktywnych są zbyt skoncentrowane właśnie na substancji, która w zaburzeniach behawioralnych nie występuje³⁷.

32 M. Bujalski, J. Klingemann, *Słownik uzależnień*, dz. cyt.

33 B. Lelonek-Kuleta, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 16.

34 Mechanizmy powstawania tolerancji nie są do końca znane. Por. *Tolerancja*, Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 6.05.2010, <https://www.kbpn.gov.pl/porta1?id=112763> (dostęp: 6.10.2022).

35 R. Rosenthal, H. Lesieur, *Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling*, „The American Journal on Addiction” 1992, 1, s. 150–154.

36 C.S. Bhatia, F. Petty, T. Gabel, *Substance and non substance related addiction disorders: Diagnosis and treatment*, Bentham Science Publishers, Sharjah, UAE, 2017.

37 B. Lelonek-Kuleta, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 16–17.

Wśród modeli wyjaśniających zaburzenia behawioralne wyróżnia się modele poznawczo-behawioralne, modele neuropsychologiczne, modele behawioralne oraz modele psychologiczne³⁸. Obecnie za najbardziej kompleksowe przyjmuje się modele bio-psycho-społeczne uzależnień³⁹. Zgodnie z nimi na proces powstawania zaburzeń behawioralnych składa się wiele czynników, tj.: czynniki biologiczne – genetyka, neurobiologia; czynniki psychologiczne – elementy emocjonalne, poznawcze, behawioralne; czynniki społeczne – środowisko rodzinne, rówieśnicze, społeczne⁴⁰.

Wart szczególnej uwagi jest heurystyczny model zaburzeń uprawiania hazardu Louise Sharpe i Nicholasa Tarriera. Model ten opisuje rozwój i utrzymywanie się zaburzeń uprawiania hazardu. Jego autorzy mieli na celu wskazanie kierunku w postępowaniu klinicznym i przyszłych badaniach. Uważają, że podczas grania hazardowego powstają pewne reakcje fizjologiczne, które są przez graczy interpretowane jako ekscytacja. Są one początkowo wzmacniane zyskiem pieniężnym. Następnie hazard zaczyna się graczowi kojarzyć ze stanem pobudzenia, który mu towarzyszy. Do tego stanu dochodzą zniekształcenia poznawcze. Istotną rolę pełnią również wyzwalacze, które mogą być zewnętrzne (np. sytuacje, miejsca, godziny) lub wewnętrzne (np. myśli, uczucia skojarzone z graniem). Zetknięcie z wyzwalaczem zewnętrznym lub pojawienie się wyzwalacza wewnętrznego prowadzi do automatycznej reakcji wzmożonego pobudzenia autonomicznego, a temu z kolei towarzyszą błędy poznawcze specyficzne dla zaburzeń uprawiania hazardu (np. czuję dziś szczęście, wiem, że potrafię wygrać)⁴¹. Prawdopodobieństwo podjęcia gry hazardowej między innymi zależy od posiadania przez daną osobę umiejętności samokontroli. Obejmują one umiejętność kontrolowania bodźców wewnętrznych, czyli zdolność kontrolowania pobudzenia autonomicznego⁴² i podważenia irracjonalnych przekonań (np. mam szczęście, dziś mam dobrą passę)⁴³.

38 N. Raylu, T.P. Oei, *Pathological gambling: A comprehensive review*, „Clinical Psychology Review” 2002, 22(7), s. 1037–1042.

39 M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka...*, dz. cyt., s. 11.

40 M. Rowicka, *E-uzależnienia...*, dz. cyt., s. 19–20.

41 L. Sharpe, N. Tarrier, *Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling*, „The British Journal of Psychiatry: The journal of mental science” 1993, 162, s. 407.

42 Układ autonomiczny człowieka, w zależności od sytuacji, przygotowuje ciało do reakcji walki lub ucieczki w sytuacjach zagrożenia.

43 Por. N. Raylu, T.P. Oei, *Program terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hazardu problemowego. Podręcznik terapeuty*, tłum. M. Jastrzębski, Wydawnictwo Fundacja Dolce Vita, Zamość 2016, s. 106–108.

Autorzy modelu wyróżniają też inne umiejętności służące radzeniu sobie w sytuacjach trudnych, takie jak umiejętność opóźniania podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów oraz zdolność do odraczania gratyfikacji. Osoby o słabych umiejętnościach radzenia sobie prawdopodobnie będą uprawiać hazard po napotkaniu wyzwacza. Dodatkowo, jeśli gracz wygrywa, wzmacnia to jego przekonania dotyczące prawdopodobieństwa wygranej (np. miałem dzisiaj szczęście; wygrana jest po prostu za rogiem; mam zwycięską passę, mogę wygrać więcej, jeśli będę grać dalej). Kiedy zaś gracz przegra początkową stawkę, może wierzyć, że wygrana jest w pobliżu, że im więcej przegra, tym większa wygrana go czeka. Annete Leopard stwierdziła, że 60% hazardystów obstawia intensywniej po przegranej niż po wygranej, padając ofiarą „błędu hazardzisty”, czyli im więcej przegranych, tym większe prawdopodobieństwo, że wygrają w kolejnych zakładach⁴⁴.

Model ten opisuje również zachowanie polegające na ciągłych próbach odbierania strat, z równoczesnym ryzykowaniem coraz większych stawek. Utracenie w ten sposób pieniądze powodują problemy w innych obszarach życia osoby uzależnionej (np. ciągły stres i napięcie, konflikty małżeńskie), a to motywuje do ponownej próby odzyskania pieniędzy. I tak do momentu, w którym gracz posiada jeszcze na to środki. Jest to wzorzec zachowania, który sprawia, że osoby te rzadko opuszczają miejsce, w którym uprawiają hazard, niezależnie od tego, czy wygrywają, czy przegrywają⁴⁵. Kolejnym ważnym założeniem omawianego modelu jest twierdzenie, iż osoby potrafiące kontrolować swoje hazardowe granie różnią się od osób, które tego nie potrafią na płaszczyźnie umiejętności radzenia sobie. Znaczy to, że problem hazardowy rozwija się, gdy u jednostki występuje słaba umiejętność rozwiązywania problemów w sposób konstruktywny, słaba umiejętność samokontroli i/lub gdy czynniki środowiskowe obniżają umiejętności jednostki. Inną zmienną wpływającą na częstotliwość grania jest stres. Im częściej on występuje, tym częściej osoba podejmuje zachowania hazardowe⁴⁶.

Podsumowując, opisany model zawiera szereg założeń, które mogą stanowić przewodnik dla badaczy i klinicystów zajmujących się zaburzeniem uprawiania hazardu, tj.: pobudzenie autonomiczne jest związane z wyzwalaczami grania hazardowego; podniecenie związane z grą zależy od przekonań

44 A. Leopard, *Risk preference in consecutive gambling*, „Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance” 1978, 4(3), s. 521–528, cyt. za: L. Sharpe, N. Tarrier, *Towards a cognitive-behavioural theory...*, dz. cyt., s. 409.

45 L. Sharpe, N. Tarrier, *Towards a cognitive-behavioural theory...*, dz. cyt., s. 407–412.

46 Tamże, s. 411.

dotyczących hazardu; przekonania związane z hazardem są powiązane z wyzwalaczami; osoby zaangażowane w grę hazardową mają przekonania dotyczące prawdopodobieństwa wygranych, które z kolei zwiększają prawdopodobieństwo powtarzania zachowań związanych z graniem; wygrana zwiększa częstotliwość występowania tych przekonań; przegrana prowadzi do pogoni za stratami; autonomiczna odpowiedź na stres jest równoważna z autonomiczną reakcją na hazard⁴⁷.

Autorzy modelu podkreślają, że do wystąpienia zaburzeń uprawiania hazardu nie wystarczą cechy jednostki, ale konieczna jest reakcja między jednostką a środowiskiem, przez którą problem się utrzymuje.

Kolejnym modelem, o którym warto wspomnieć, jest model Stanton'a⁴⁸. Jego przewodnią tezę jest twierdzenie, że przyczyną powstania uzależnienia jest nie substancja⁴⁹, a osobiste doświadczenie jednostki powstałe w kontakcie z nią⁵⁰. Uważa on, że uzależnienie to odpowiedź na potrzebę doświadczania pewnych doznań lub stanów psychofizjologicznych, która jest uwarunkowana osobowościowo i społecznie. Zdaniem autora ważnym czynnikiem, który chroniłby przed uzależnieniami wszelkiego rodzaju, byłoby „uwarunkowanie” społeczeństwa na dążenie ku pozytywnym, konstruktywnym doświadczeniom. Innymi słowy, człowiek miałby na tyle rozbudowany wgląd, samoświadomość i wolność wyboru, a także byłby na tyle świadomy negatywnych konsekwencji poddawania się nałogowym czynnościom, że w sposób wolny wybierałby zachowania i czynności przynoszące mu prawdziwe korzyści. Stanton Peele uważa, że uzależnienie jest cechą ludzi, a nie czynników rzekomo je wywołujących. Inaczej mówiąc, uzależnienie jest odpowiedzią na uwarunkowaną społecznie, ale i osobowościowo potrzebę uzyskania specyficznych doznań lub stanów psychofizjologicznych⁵¹.

Warto również zwrócić uwagę na model zaburzenia korzystania z internetu Matthiasa Branda i in. (I-PACE), który kompleksowo ujmuje mechanizmy powstawania zaburzenia⁵². Model ten zakłada występowanie zestawu czyn-

47 L. Sharpe, N. Tarrier, *Towards a cognitive-behavioural theory...*, dz. cyt.

48 O autorze była już mowa na początku niniejszego rozdziału.

49 Autor stanął w opozycji do badaczy twierdzących, że modele uzależnień behawioralnych i od substancji są tożsame.

50 S. Peele, A. Brodsky, *Love and addiction*, dz. cyt., cyt. za: B. Lelonek-Kuleta, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 20.

51 S. Peele, *The meaning of addiction. An unconventional view*, John Wiley & Sons, New York 1998.

52 M. Brand et al., *Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews” 2016, 71, s. 252–266.

ników podstawowych (m.in. osobowość czy psychopatologia) stanowiących czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń, ale tylko gdy współistnieją inne zmienne, na przykład brak kompetencji radzenia sobie ze stresem. Zgodnie z tym modelem, gdy istnieją pewne predyspozycje – w tym psychopatologia (depresja albo dystymia, zaburzenia lękowe, tu głównie fobie społeczne czy ADHD); dysfunkcyjne cechy osobowości (impulsywność, neurotyczność, niska samoocena); podatność na stres – i w obecności emocjonalnych i poznawczych reakcji na bodźce wewnętrzne i zewnętrzne, dochodzi do zaburzenia kontroli poznawczej i podejmowania decyzji, czego wynikiem jest (nad)używanie internetu i związane z tym konsekwencje⁵³. Autorzy modelu zaznaczają, że wskazane powyżej predyspozycje mogą nie mieć ścisłego związku z zaburzeniem⁵⁴. Wyróżnili zmienne o charakterze mediującym między predyspozycjami a zaburzeniami korzystania z internetu, które mogą wzmacniać dane zachowania. Są to: zniekształcenia poznawcze związane z używaniem internetu, oczekiwania wobec internetu oraz style i strategie radzenia sobie (ze stresem, z negatywnym afektem, z trudnymi sytuacjami itp.)⁵⁵.

Szczegółowe poznanie specyfiki każdego zaburzenia behawioralnego jest nadal wyzwaniem, dlatego też powinno się weryfikować przyjmowane założenia w toku badań naukowych. Poznanie mechanizmów leżących u podstaw ich powstawania pozwoli na projektowanie trafnych oddziaływań z zakresu zarówno profilaktyki, jak i terapii, którym z kolei powinna towarzyszyć ewaluacja weryfikująca ich skuteczność i użyteczność, a także dostosowanie do kontekstu społeczno-kulturowego, w którym rozwiązania są wdrażane.

2.5. Przeciwdziałanie zaburzeniom behawioralnym jako cel działań profilaktycznych i terapeutycznych

Do tej pory zdefiniowane zostały podstawowe terminy związane z zaburzeniami behawioralnymi oraz koncepcje wyjaśniające ich powstawanie. Równie istotne dla niniejszej publikacji staje się doprecyzowanie efektu od-

53 Tamże, cyt. za: M. Rowicka, *Przegląd i analiza badań z zakresu e-uzależnień wśród dzieci i młodzieży w Polsce wraz z wnioskami i rekomendacjami w zakresie profilaktyki e-uzależnień*, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjnzP2vho_7AhUEmIsKHWPbDvAQFnoECAkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.pl%2Fattachment%2F76b38334-5195-4698-b099-0eb3a5c67c8a&usg=AOvVaw18KvC8y2rmlL4RCgy4AAdHM (dostęp: 2.11.2022), s. 24–25.

54 Tamże, s. 26

55 Tamże, s. 27.

działań profilaktycznych oraz terapeutycznych. Stąd też należy przywrócić się potencjalnym celom tych działań, gdyż mogą one stanowić przedmiot badań ewaluacyjnych⁵⁶.

Cele działań profilaktycznych zależne będą od poziomu, na którym odbywają się działania. I tak kolejno w profilaktyce uniwersalnej celem jest przeciwdziałanie inicjacji zachowań ryzykownych, wzmacnianie czynników chroniących i redukcja czynników ryzyka, w profilaktyce selektywnej zapobieganie, ograniczenie lub zaprzestanie podejmowania przez jednostkę zachowań ryzykownych, natomiast profilaktyka wskazująca ma na celu zapobieganie pogłębianiu się zaburzeń i zachowań destrukcyjnych oraz umożliwienie powrotu do prawidłowego funkcjonowania społecznego⁵⁷.

W oddziaływaniach terapeutycznych cele mogą być zależne od indywidualnych ustaleń terapeuty z klientem lub od dostosowanego do indywidualnego planu klienta określonego rodzaju terapii⁵⁸. W niektórych modelach uzależnień jedynym akceptowalnym celem terapii jest abstynencja⁵⁹. Wiele podejść terapeutycznych akceptuje jednak fakt, że cele terapii powinny być dopasowane do problemów czy potrzeb pacjenta. Okazuje się także, że ludzie bardziej wierzą w cele, które sami sobie określą⁶⁰. Cele będą zależne także od nurtu, w którym odbywa się dany rodzaj oddziaływań terapeutycznych. I tak w psychoterapii psychoanalitycznej celem jest zmiana właściwości wewnętrznych człowieka⁶¹. Wytworzenie konstruktywnych reakcji na bodźce, które spowodowały objawy chorobowe, będzie celem terapii poznawczo-be-

56 Oddziaływania profilaktyczne i terapeutyczne zostały opisane w rozdziale 3.

57 Por. *Programy rekomendowane*, programyrekomendowane.pl (dostęp: 6.10.2022); Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, kbpn.gov.pl (dostęp: 6.10.2022); *Profilaktyka*, Ministerstwo Edukacji i Nauki, <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/profilaktyka> (dostęp: 6.10.2022).

58 Na przykład w terapii poznawczo-behawioralnej celem może być rozpoznanie negatywnych myśli i przekonań, zaobserwowanie ich negatywnego wpływu na emocje i wpływu emocji na zachowanie, a następnie takie przeformułowanie przekonań, aby w ich następstwie pojawiały się zdrowsze emocje, a pacjent nie zachowywał się w bolesny dla siebie i innych sposób. Por. A.T. Beck i in., *Terapia poznawcza uzależnień*, tłum. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007; W.R. Miller, S. Rollnick, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, tłum. S. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 167.

59 A.T. Beck i in., *Terapia poznawcza uzależnień*, dz. cyt., s. 25; por. M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne* [w:] J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący...*, dz. cyt., s. 57.

60 Tamże; por. J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

61 J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, dz. cyt., s. 22.

hawioralnej⁶². W terapii humanistycznej Carla Rogersa celem będzie zmiana osobowości klienta polegająca na uwolnieniu posiadanej przez niego tendencji do samoaktualizacji poprzez usunięcie rozbieżności w zakresie własnego Ja⁶³. Terapia systemowa rodzin za cel wyznacza wielowymiarowe spojrzenie na problem. Polega ono na zauważeniu celowości wystąpienia pewnych symptomów i ich znaczenia tak dla osoby będącej jego nosicielem, na przykład dziecka, jak i dla całego systemu rodzinnego⁶⁴.

W prowadzeniu oddziaływań profilaktycznych oraz terapeutycznych niezmienne ważne jest jasne i precyzyjne określenie celu, gdyż to ono przekłada się na efekty. Na tej podstawie możliwe jest rzetelne zaplanowanie ewaluacji. Warto więc mieć świadomość, dokąd zmierzamy w swoich działaniach i czemu mają one służyć. Wyzwaniem może być to, że wciąż napotykamy szereg trudności związanych chociażby z precyzyjnym opisaniem zjawisk nazywanych zaburzeniami/uzależnieniami behawioralnymi. Brakuje także kryteriów określających rozpoznania większości z nich. Przypomnijmy: spośród różnych zaburzeń behawioralnych Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-5) za jednostkę nozologiczną przyjmuje jedynie zaburzenia uprawiania hazardu. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia do 11. rewizji ICD włącza, obok wcześniej już umieszczonego zaburzenia uprawiania hazardu, zaburzenia związane z gramami. Pozostałe zjawiska, niesklasyfikowane, wciąż wymagają badań.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 5th ed., American Psychiatric Publishing, Washington – London 2013.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S., *Terapia poznawcza uzależnień*, tłum. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007.
- Bhatia C.S., Petty F., Gabel T., *Substance and non substance related addiction disorders: Diagnosis and treatment*, Bentham Science Publishers, Sharjah, UAE 2017.
- Brand M., Young K.S., Laier C., Wölfling K., Potenza M.N., *Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance*

62 Por. tamże.

63 Tamże, s. 49; por. M. Derc, *O przedmiocie psychologii humanistycznej*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Filozofia” 1995, (16)279, s. 37–49.

64 E. Grzesiak, *Terapia systemowa rodzin jako jeden ze sposobów rozwiązywania problemów dzieci i młodzieży*, „Wychowanie w Rodzinie” 2021, t. 25(2), s. 283.

- of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model*, „Neuroscience & Biobehavioral Reviews” 2016, 71, s. 252–266.
- Bujalski M., Klingemann J., *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).
- 6C51 *Gaming disorder*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1448597234> (dostęp: 21.08.2022).
- Czabała J.C., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Derc M., *O przedmiocie psychologii humanistycznej*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Filozofia” 1995, (16)279, s. 37–49.
- Dodziuk A., Kapler L., *Nałogowy człowiek*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2007.
- Griffiths M., *A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework*, „Journal of Substance Use” 2005, 10(4), s. 191–197.
- Goodman A., *Addiction: Definition and implications*, „British Journal of Addiction” 1990, 85(11) s. 1403–1408.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L., *Uzależnienia behawioralne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018.
- Grzesiak E., *Terapia systemowa rodzin jako jeden ze sposobów rozwiązywania problemów dzieci i młodzieży*, „Wychowanie w Rodzinie” 2021, t. 25(2), s. 273–286.
- Habrat B., *Koncepcje teoretyczne i pozycja nozologiczna tak zwanych nałogów behawioralnych* [w:] B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Instytut Neurologii i Psychiatrii, Warszawa 2016.
- Habrat B. (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Instytut Neurologii i Psychiatrii, Warszawa 2016.
- Jaraczewska J.M., Adamczyk-Zientara M. (red.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej, Warszawa 2015.
- Jaraczewska J.M., Derwich A.M., *Elementy pracy psychologicznej z osobami uzależnionymi behawioralnie na przykładzie terapii schematów i terapii dialektyczno-behawioralnej w praktyce lekarskiej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2021.
- Jarczyńska J. (red.), *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2014.
- Jarczyńska J., *Zaangażowanie w hazard młodzieży gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej. Diagnoza zjawiska i jego wybranych uwarunkowań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2016.
- Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, kbnp.gov.pl (dostęp: 6.10.2022).
- Krawczyk P., Święcicki L., *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020, 54(1), s. 7–20.
- Lelonek-Kuleta B., *Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne*, https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/7064/Uzależnienia_behawioralne_podstawy_teoretyczne.pdf (dostęp: 29.07.2022).

- Leopard A., *Risk preference in consecutive gambling*, „Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance” 1978, 4(3), s. 521–528.
- Lindmeier C., *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)*, World Health Organization, 18 June 2018, [https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)) (dostęp: 21.08.2022).
- Marlatt G.A., Baer J.S., Donovan D.M., Kivlahan D.R., *Addictive behaviors: Etiology and treatment*, „Annual Review of Psychology” 1988, 39, s. 223–252.
- Marlatt G.A., Gordon J.R., *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, Guilford Press, New York 1985.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006.
- Miller W.R. (ed.), *The addictive behaviours*, Pergamon Press, Oxford 1980.
- Miller W.R., Rollnick S., *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, tłum. S. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Morrison J., *DSM-5° bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, tłum. S. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Orford J., *Excessive appetites: A psychological view of the addictions*, John Wiley & Sons, Chichester 2001.
- Peele S., Brodsky A., *Love and addiction*, Broadrow Publication, Watertown, Massachusetts 2015.
- Peele S., *The meaning of addiction. An unconventional view*, John Wiley & Sons, New York 1998.
- Profilaktyka*, Ministerstwo Edukacji i Nauki, <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/profilaktyka> (dostęp: 6.10.2022).
- Programy rekomendowane*, programyrekomendowane.pl (dostęp: 6.10.2022).
- QE21 Hazardous gambling or betting*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/233747706> (dostęp: 21.08.2022).
- Raylu N., Oei T.P., *Pathological gambling: A comprehensive review*, „Clinical Psychology Review” 2002, 22(7), s. 1009–1061.
- Raylu N., Oei T.P., *Program terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hazardu problemowego. Podręcznik terapeuty*, tłum. M. Jastrzębski, Wydawnictwo Fundacja Dolce Vita, Zamość 2016.
- Rosenthal R., Lesieur H., *Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling*, „The American Journal on Addiction” 1992, 1, s. 150–154.
- Rowicka M., *E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018.
- Rowicka M., *Przegląd i analiza badań z zakresu e-uzależnień wśród dzieci i młodzieży w Polsce wraz z wnioskami i rekomendacjami w zakresie profilaktyki e-uzależnień*, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjnzP2vho_7AhUEmIsKHWpbDvAQFnoECAkQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.pl%2Fattachment%2F76b38334-5195-4698-b099-0eb3a5c67c8a&usg=AOvVaw18KvC8y2rml4RCgy4AAAdHM (dostęp: 2.11.2022).

- Rowicka M., *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.
- Rowicka M., *Uzależnienia behawioralne* [w:] J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej, Warszawa 2015, s. 53–71.
- Sharpe L., Tarrier N., *Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling*, „The British Journal of Psychiatry: The journal of mental science” 1993, 162, s. 407–412.
- Tolerancja*, Krajowe Biuro Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 6.05.2010, <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=112763> (dostęp: 6.10.2022).
- Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. z 2009 nr 201, poz. 1540.
- Wawryk L., *Uz@leżnienia w dyskursie behawioralnym*, „Dyskursy Młodych Andragogów” 2019, nr 20, s. 305–316.

3. Profilaktyka i psychoterapia zaburzeń behawioralnych (Justyna Kuształ)

W trzecim rozdziale publikacji poruszono zagadnienia wprowadzające w tematykę profilaktyki i psychoterapii zaburzeń behawioralnych, a także zawarto analizę ich czynników ryzyka i czynników chroniących. Kolejne podrozdziały dotyczą szczegółowych założeń profilaktyki, poziomów, strategii i programów, a także zagadnień psychoterapii/terapii, w których akcentuje się rolę czynników leczących. Ostatni podrozdział przedstawia zagadnienia profilaktyki i psychoterapii w perspektywie zdrowia publicznego.

Jak wskazano już we wstępie i we wcześniejszych rozdziałach, ciągle borykamy się z niejednorodną terminologią w obszarze zaburzeń/uzależnień behawioralnych i jej konsekwencjami. W rozdziale piątym posługujemy się terminem „uzależnienia behawioralne”, gdyż występuje on w regulacjach prawnych, które były przedmiotem analiz i syntezy jakościowej.

3.1. Profilaktyka zaburzeń behawioralnych w perspektywie pedagogicznej

Zapobieganie zaburzeniom behawioralnym może się odbywać poprzez wychowanie człowieka oraz działania profilaktyczne realizowane w rodzinie, szkole i placówkach oświatowych, w środowisku jego życia na każdym etapie jego rozwoju. Wychowanie jest intencjonalnym procesem wspierania w rozwoju ku osiągnięciu dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej¹, realizowanym w rodzinie i instytucjach wychowawczych, takich jak przedszkola, szkoły i placówki oświatowe.

¹ Por. art. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, Dz.U. z 2021 r., poz. 1082 oraz z 2022 r., poz. 655, 1079, 1116 i 1383 z późn. zm.: „[...] wychowanie rozumiane

W pedagogice społecznej środowiska wychowawcze określa się tradycyjnie szerzej jako kręgi środowiskowe, czyli rodzinę, sąsiedztwo, grupę rówieśniczą i społeczność lokalną². Jedną z funkcji wychowania jest funkcja profilaktyczna, przy czym w literaturze nie ma jednolitego stanowiska dotyczącego relacji między wychowaniem a profilaktyką, gdyż profilaktyka bywa określana jako interwencja wzmacniająca, korygująca i uzupełniająca wychowanie³. Stąd trudno jednoznacznie przyjąć, że zakresy znaczeniowe wychowania i profilaktyki są rozłączne. W innej, obecnej w literaturze przedmiotu perspektywie, profilaktyka jest częścią, elementem oddziaływań wychowawczych, a jedną z funkcji wychowania jest funkcja profilaktyczna⁴.

Pedagogiczna perspektywa w profilaktyce uwzględnia dwa kierunki myślenia i działania profilaktycznego. Nie są one rozłączne, ale inaczej ujmują sposoby działań profilaktycznych. Pierwszy z nich – profilaktyka społeczna – koncentruje się na systemowym, instytucjonalnym podejściu do zapobiegania pojawianiu się symptomów marginalizacji jednostek i ich skutków, na przykład niedostosowania społecznego. Drugie podejście akcentuje działania prewencyjne wobec szkodliwych społecznie zjawisk (np. zaburzeń behawioralnych) poprzez postępowanie wychowawcze: kształtowanie, edukowanie, wspieranie i wspomaganie rozwoju zarówno konkretnej jednostki, jak i całej społeczności⁵.

W historycznym rozwoju refleksji profilaktycznej w polskiej pedagogice społecznej pojawia się rozumienie profilaktyki jako zapobiegania klęskom społecznym czy zjawiskom szkodliwym dla jednostki poprzez wychowanie traktowane jako narzędzie czy element prewencyjny⁶. U klasyka polskiej pe-

jako wspieranie dziecka w rozwoju ku pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, duchowej i społecznej, wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży”.

- 2 S. Kawula, *Pedagogika społeczna w początkach XXI wieku – perspektywa koncepcji społeczeństwa ryzyka*, „Chowanna” 2003, nr 2, s. 25–43; J. Kusztal, *Social pedagogy as a source of social prophylactics and social rehabilitation theory and practice*, „Polska Myśl Pedagogiczna” 2021, t. 7, nr 7, s. 139–157.
- 3 Z.B. Gaś, W. Poleszak, *Opracowujemy i ewaluujemy program wychowawczo-profilaktyczny szkoły*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2017, s. 3.
- 4 R. Czerniachowska, *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, opieka, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi* [w:] E. Marynowicz-Hetka (red.), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 115; T. Aleksander, *Funkcje edukacji dorosłych*, „Edukacja Dorosłych” 1997, s. 27–36.
- 5 S. Śliwa, *Profilaktyka pedagogiczna*, Wydawnictwa Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole 2015, s. 13, cyt. za: K. Ostaszewski, *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2003, s. 18.
- 6 Z.B. Gaś, *Profilaktyka uzależnień*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993, s. 13–14.

dagogiki społecznej Aleksandra Kamińskiego profilaktyka społeczna chroni przed nieakceptowanymi zachowaniami, przyczyniając się do redukcji zjawisk patologii społecznej⁷. W rezultacie zapobiega stanom zagrożenia w obszarze społecznym, kulturalnym, moralnym, ale też zdrowotnym. Dotyczy to także występowania uprzedzeń, nieakceptacji społecznej wobec zjawiska wykołajenia jednostki niedostosowanej społecznie⁸. Profilaktyka widziana w perspektywie nauk pedagogicznych i praktyce edukacyjnej ujmowana jest jako zapobieganie zachowaniom ryzykownym, stanom i zjawiskom, które są nieakceptowane i nie są pożądane społecznie w określonym środowisku. Tak rozumiane działania profilaktyczne koncentrują się na interwencji już na wczesnym etapie kształtowania się zachowań ryzykownych. Jest to możliwe dzięki poznaniu, zdiagnozowaniu, czyli tzw. identyfikacji potrzebujących tych działań osób i grup społecznych⁹.

„Klasyczna”, historycznie pierwotna, jest profilaktyka zaburzeń używania substancji psychoaktywnych, zarówno legalnych, jak i nielegalnych, która w Polsce pojawiła się w latach osiemdziesiątych XX wieku, a później od kolejnej dekady ewoluowała w kierunku profilaktyki zachowań problemowych¹⁰, takich jak występujące obok uzależnień zachowania z użyciem przemocy, zaburzenia odżywiania, problemowe korzystanie z internetu czy inne zaburzenia behawioralne.

Jak wspomniano wyżej, działania profilaktyczne kierowane są do wszystkich jednostek i grup społecznych. Dla klaryfikacji zaś wyróżnia się następujących adresatów: społeczeństwo jako całość, osoby dorosłe, liderzy społeczni,

7 Pojęcie patologii społecznych we współczesnym dyskursie naukowym bywa zastępowane terminem „kategoria problemów społecznych”, podkreśla się też liczne kontrowersje i nieścisłości w definiowaniu zjawisk określanych jako patologiczne. Por. I. Pospiszyl, *Patologie społeczne i problemy społeczne*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2021, s. 18–33.

8 A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974, s. 80.

9 K. Jakubczyk, *Rola i zadania współczesnej profilaktyki – przyczynek do budowania szkolnych programów profilaktycznych*, „Nauczyciel i Szkoła” 2015, nr 1(57), s. 286, cyt. za: K. Jeż, *Zapobieganie odrzuceniu rówieśniczemu w oparciu o analizę rekomendowanych programów profilaktycznych*, niepublikowana praca magisterska, Akademia Ignatianum w Krakowie, Kraków 2022, s. 48; por. także K. Ostaszewski, *Czym jest a czym nie jest profilaktyka?*, <https://programyrekomendowane.pl/strony/wstep,265> (dostęp: 9.11.2021).

10 S. Śliwa, *Profilaktyka...*, dz. cyt., s. 12; J. Szymańska, J. Zamecka, *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki* [w:] G. Świątkiewicz (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, s. 19–25.

dzieci i młodzież oraz środki masowego przekazu, które mogą być też rozumiane jako narzędzie w profilaktyce zaburzeń behawioralnych¹¹.

Współczesny model działań profilaktycznych akcentuje kształtowanie i rozwijanie kompetencji społecznych, czyli narzędzi radzenia sobie z trudnościami przezwyciężania sytuacji ryzykownych. Kompetencje te powinny być kształtowane od początku życia człowieka, jeszcze zanim pojawią się pierwsze zachowania ryzykowne¹².

W szerszej perspektywie profilaktyka jest istotnym zagadnieniem społecznym, pojawia się na wielu płaszczyznach funkcjonowania człowieka, a więc w obszarze rodziny, edukacji, pracy, środowiska lokalnego czy nawet globalnego, ale i na każdym etapie rozwojowym, od okresu prenatalnego po okres starzenia się. Na profilaktykę składają się więc planowane działania podejmowane w celu zabezpieczenia rozwoju zagrożonej jednostki poprzez: redukcję czynników ryzyka, które oddziałują na dezorganizację życia, wspieranie i wspomaganie człowieka, aby radził sobie z problemami i trudnościami zagrażającymi prawidłowemu funkcjonowaniu oraz uruchamianie i wzmacnianie czynników chroniących odpowiedzialnych za zdrowie i prawidłowy rozwój psychospołeczny¹³. Należy wyraźnie zaznaczyć, że profilaktyka ma charakter uprzedzający, a nie korekcyjny, naprawczy czy następczy, przypisany oddziaływaniom terapeutycznym, rehabilitacyjnym czy resocjalizacyjnym. Oczywiście jest, że interwencja profilaktyczna może sięgać do działań z obszaru pomocy psychologicznej, socjoterapii, poradnictwa rodzinnego, doradztwa czy wykorzystywać elementy modeli, na których bazują oddziaływania terapeutyczne, na przykład podejścia poznawczo-behawioralnego czy dialogu motywacyjnego, ważne jednak, aby nie zapominać o celu tych działań, jakim jest zapobieganie przyszłym zaburzeniom.

11 Z.B. Gaś, *Szkolny program profilaktyki. Istota, konstruowanie, ewaluacja. Poradnik metodyczny*, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2003, s. 26.

12 Por. S. Śliwa, *Profilaktyka...*, dz. cyt., s. 10; L. Pytka, T. Zacharuk, *Zaburzenia przystosowania społecznego dzieci i młodzieży. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*, Wydawnictwa Uczelniane Wyższej Szkoły Rolniczo-Pedagogicznej, Siedlce 1995, s. 136.

13 L. Maculewicz, *Realizacja programów profilaktycznych w szkołach*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2007, nr 4, s. 218.

3.2. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w profilaktyce zaburzeń behawioralnych

Jeśli przyjmiemy, że profilaktyka to zapobieganie problemom lub minimalizowanie szkód związanych z podejmowaniem zachowań ryzykownych¹⁴, to w odniesieniu do zaburzeń behawioralnych jest to szereg działań uprzedzających wystąpienie lub minimalizujących czynniki ryzyka i wzmacniających czynniki chroniące przed ich rozwojem. Dostępność i akceptowalność czynności, których podejmowanie może prowadzić do zaburzonego wzorca zachowania, stawia przed współczesnymi specjalistami z obszaru profilaktyki wiele wyzwań i trudności.

„Czynniki ryzyka” i „czynniki chroniące” to pojęcia uniwersalne we współczesnej profilaktyce¹⁵, aczkolwiek w odniesieniu do zaburzeń behawioralnych trudno ująć je w sposób raz na zawsze określony i jednolity. Ich przedstawienie zależy od przyjętej koncepcji teoretycznej wyjaśniającej powstawanie konkretnego zaburzonego wzorca zachowania. Ponadto należy doprecyzować, że rzadko w literaturze opisywane są wyniki badań czynników ryzyka i/lub czynników chroniących zaburzeń behawioralnych traktowanych łącznie czy zbiorczo. Częściej przedmiotem opracowań naukowych są czynniki ryzyka i/lub chroniące dotyczące jednego rodzaju zaburzeń lub we współwystępowaniu z innymi zaburzeniami (lękowymi, depresyjnymi)¹⁶.

W profilaktyce, poniekąd już klasycznie, można uporządkować czynniki ryzyka i czynniki chroniące na wewnętrzne i zewnętrzne względem jednostki lub na czynniki jednostkowe i środowiskowe¹⁷.

Ze względu na specyfikę okresu dzieciństwa i okresu dojrzewania w profilaktyce zaburzeń behawioralnych dzieci i młodzieży uwzględnia się czynniki ryzyka i czynniki chroniące właściwe dla tych okresów rozwojowych. Niektóre z nich mają charakter specyficzny (korelaty specyficznych zachowań ryzykownych lub zaburzeń) i niespecyficzny (korelaty zachowań ryzykownych lub

14 M. Piasecka, *Profilaktyka w szkole* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, M. Piec, *Wzmacnianie współpracy podmiotów edukacji w zakresie profilaktyki*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2021, s. 38.

15 K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, *Profilaktyka i wczesna interwencja* [w:] A. Hejda, K. Okulicz-Kozaryn (red.), *Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Podręcznik dla samorządów i społeczności lokalnych*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007, s. 69.

16 Por. B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016, s. 44.

17 Tamże, s. 45.

zaburzeń w ogóle)¹⁸. Magdalena Rowicka uporządkowała, na podstawie analizy literatury przedmiotu, najczęściej wskazywane w badaniach empirycznych czynniki ryzyka i czynniki chroniące, ale stwierdza, że

[...] w przypadku uzależnień behawioralnych badania na temat czynników chroniących i czynników ryzyka są ograniczone, choć wyniki ewaluacji programów wykorzystujących strategie edukacyjne sugerują istotny wpływ deficytów psychospołecznych na angażowanie się w zachowania problemowe (w tym uprawianie hazardu, nadużywanie komputera, kompulsywne kupowanie czy kompulsywne ćwiczenia)¹⁹.

Częściej badania obejmują dzieci i młodzież, stąd relatywnie łatwiej o zestawienia dotyczące tej właśnie grupy rozwojowej²⁰. Wyodrębnione czynniki ryzyka i czynniki chroniące uzależnień behawioralnych korespondują z innymi ujęciami obecnymi w literaturze, co pozwala na uporządkowanie ich w poniższym zestawieniu.

Tabela 9. Czynniki ryzyka uzależnień behawioralnych u młodzieży

Czynniki ryzyka rozwoju uzależnień behawioralnych	
Czynniki osobowościowe/indywidualne	Niskie poczucie własnej wartości, niedojrzałość emocjonalna i społeczna, trudności w zarządzaniu emocjami i stresem, dowartościowywanie siebie poprzez posiadanie określonych przedmiotów, nastawienie się na „bycie najlepszym”, „trendy”, silna potrzeba poszukiwania stymulacji i podejmowania ryzyka, impulsywność, zapotrzebowanie na stymulację (np. w przypadku hazardu), niska samoocena, przekonania akceptujące zachowania problemowe
Czynniki związane z rodzicami i rodziną / czynniki w obszarze rodziny	Brak rodziny, zaburzenia w zakresie więzi i relacji z bliskimi osobami, brak adekwatnego wsparcia emocjonalnego w rodzinie, problemy w komunikacji pomiędzy opiekunami a dziećmi, brak lub niski poziom zaangażowania opiekunów w sprawy dziecka, przemoc w rodzinie lub występowanie w niej innej dysfunkcji (w tym zachowań nałogowych), nadmierne przywiązywanie wagi do wartości materialnych przez opiekunów, doznawanie (lub poczucie) odrzucenia ze strony opiekunów, zaburzenia w pełnionych rolach rodzicielskich (brak konsekwencji, nadmierna kontrola, brak granic), osłabienie więzi rodzinnych, brak wsparcia, konflikty w rodzinie, zachowania dysfunkcyjne jednego z rodziców

18 M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015, s. 77.

19 Tamże.

20 Por. np. K. van Leare, K. Sochocka, E. Biaduń-Korulczyk, *Profilaktyka uzależnień behawioralnych wśród młodzieży gimnazjalnej*, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2017, s. 4.

Czynniki społeczno-kulturowe / w obszarze kontaktów rówieśniczych / w obszarze relacji szkoła – uczeń	Lansowany w mediach konsumpcyjny sposób życia, nastawienie na posiadanie pewnych dóbr, propagowanie określonego wyglądu, przyzwolenie otoczenia na wybrane formy spędzania wolnego czasu – komputer, hazardowe gry liczbowe czy tzw. zdraпки, zachęcanie do uczestniczenia w grach o charakterze rywalizacyjnym, nagradzanie i okazywanie uczuć poprzez kupowanie drogich prezentów, akceptacja zachowań problemowych, negacja norm społecznych, presja ze strony rówieśników, niepowodzenia w nauce, niskie zaangażowanie w życie szkoły i relacje z kolegami/koleżankami
Dostępność	Łatwy dostęp do automatów z gramami, komputera itp.

Źródło: opracowanie J. Kuszał na podstawie: M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 77; K. van Leare, K. Sochocka, E. Biaduń-Korulczyk, *Profilaktyka uzależnień behawioralnych...*, dz. cyt., s. 3.

Czynniki chroniące określane są jako właściwości jednostki i środowiska jej życia, które wzmacniają potencjał człowieka oraz powodują zwiększenie odporności na czynniki ryzyka²¹. W odniesieniu do uzależnień behawioralnych ujęto je za pomocą tabeli 10.

Tabela 10. Czynniki chroniące uzależnień behawioralnych u młodzieży

Czynniki chroniące w uzależnieniach behawioralnych	
Czynniki związane z jednostką / w obszarze indywidualnym	Poziom inteligencji, zdolności werbalne, umiejętność uczenia się, zarządzania emocjami i rozwiązywania problemów, pozytywny obraz siebie, stabilne poczucie własnej wartości, posiadanie planów i celów życiowych, poczucie sensu życia, zaangażowanie w działania prospołeczne, negatywne postawy wobec zachowań problemowych, przekonania o ważności nauki, kompetencje psychospołeczne
Czynniki związane z pozytywnym wpływem środowiska rodzinnego / w obszarze relacji w rodzinie	Bezpieczna więź z opiekunem, okazywanie dziecku wsparcia emocjonalnego, monitorowanie zachowań dziecka, zaangażowanie rodzica w sprawy dziecka, wyznaczanie zasad dotyczących obowiązujących norm, kontrola rodzicielska, ale i zaangażowanie rodziców w życie dziecka, jasne zasady i standardy zachowania w rodzinie, poczucie zaufania
Czynniki związane z klimatem szkoły i jakością nauczania / w obszarze relacji szkoła – uczeń	Pozytywny obraz szkoły, wspierający nauczyciele, jasno wyznaczone zasady zachowania w szkole oraz konsekwencje ich nieprzeżegania, angażowanie dziecka w sprawy szkoły, przejrzysty system motywowania do nauki, organizowanie zajęć kształtujących umiejętności życiowe oraz rozwijających zdolności i zainteresowania uczniów, dbanie o dobrą atmosferę w klasie itp.,

21 K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, *Profilaktyka i wczesna interwencja...*, dz. cyt., s. 69.

Tabela 10. Czynniki chroniące uzależnień behawioralnych u młodzieży cd.

Czynniki chroniące w uzależnieniach behawioralnych	
	wsparcie ze strony nauczycieli, wzmacnianie zachowań pożądanых, brak akceptacji dla zachowań niepożądanych, rozwijanie zainteresowań (organizowanie kół zainteresowań), wzmacnianie umiejętności społecznych, jak również dojrzałość nauczycieli (w tym m.in. poziom ich umiejętności psychospołecznych)
Zasoby wynikające ze środowiska lokalnego i miejsca zamieszkania / w obszarze kontaktów z rówieśnikami	Wsparcie ze strony profesjonalistów, zdrowe formy aktywności, bezpieczne sąsiedztwo, dostęp do świetlic, klubów dla młodzieży itp., przyjaźnie, przestrzeganie norm społecznych, pozytywny stosunek do nauki

Źródło: opracowanie J. Kusztal na podstawie K. van Leare, K. Sochocka, E. Biaduń-Korulczyk, *Profilaktyka uzależnień behawioralnych...*, dz., cyt., s. 4.

Analiza zebranych wyżej uporządkowanych czynników ryzyka i czynników chroniących pozwala na sformułowanie wniosku o ich uniwersalności w różnych grupach wiekowych czy środowiskach. Rzadko jednak prowadzi się badania ich dotyczące w ramach działań profilaktycznych adresowanych do osób dorosłych, na przykład koncentrujących się na miejscu pracy osoby dorosłej. Wyniki badań nad czynnikami ryzyka zaburzeń uprawiania hazardu opisywane w publikacji pt. *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*²² pozwoliły na sformułowanie wniosku o specyficznych czynnikach ryzyka zaburzeń związanych z hazardem, charakterystycznych tylko dla osób dorosłych. Analiza danych uzyskanych w wyniku przeglądu systematycznego pozwoliła na syntetyczne ujęcie czynników ryzyka zaburzeń uprawiania hazardu w trzech kategoriach: czynniki indywidualne (genetyczne, biologiczne, osobowościowe), czynniki środowiskowe oraz czynniki sytuacyjno-strukturalne²³. Wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących pozwala na projektowanie skutecznych oddziaływań profilaktycznych. Ich identyfikacja w badaniach empirycznych i weryfikacja hipotez dotyczących ich związków z występowaniem czy utrwalaniem zaburzeń behawioralnych umożliwiają dobór właściwych strategii nakierowanych na wybrane grupy adresatów o określonym stopniu ryzyka.

22 J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.

23 Tamże, s. 228–230.

3.3. Poziomy i strategie w profilaktyce zaburzeń behawioralnych

Profilaktyka zaburzeń behawioralnych obejmuje wiele rodzajów interwencji, które można uporządkować w perspektywie systemowej czy środowiskowej, w tym zakresie można wskazać na przykład redukcję dostępności środków czy możliwości technicznych wykonywania czynności, oraz w perspektywie indywidualnej, rozumianej na przykład jako wspieranie rozwoju emocjonalnego jednostki i usprawnianie jej środowiska społecznego²⁴. Jak wspomniano wyżej, pierwsze koncepcje profilaktyki uzależnień z lat osiemdziesiątych XX wieku dotyczyły zmiany norm prawnych regulujących używanie substancji, później zaś pojawiły się wykorzystywane do dziś obszary działań profilaktycznych: przekazywanie wiedzy, wspieranie potencjału osobistego, rozwijanie umiejętności radzenia sobie z problemami²⁵. Ogólnie celem działań profilaktycznych jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym. Działania profilaktyczne porządkuje się w teorii i praktyce według stopnia ryzyka i specyfiki grupy ich odbiorców. I tak za Geraldem Caplanem, w ujęciu już historycznym, działania profilaktyczne mogą być realizowane jako profilaktyka pierwszorzędowa, drugorzędowa i trzeciorzędowa²⁶, przy czym współcześnie podział ten nie jest już stosowany i został zastąpiony przez stanowiska Patricii J. Mrazek i Roberta J. Haggerty'ego, którzy wyodrębnili profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą²⁷.

Dla porządku wywodu, choć ta nomenklatura nie jest już obowiązująca, profilaktyka pierwszorzędowa określana była jako działania kierowane do ogółu społeczeństwa. Zakładała ona promocję zdrowia i podnoszenie jakości życia, zwiększanie kompetencji społecznych, jeszcze zanim pojawią się jakiegokolwiek symptomy zachowań ryzykownych. Profilaktyka drugorzędowa obejmowała jednostki i grupy zagrożone, u których zidentyfikowano pierwsze symptomy zaburzeń. Profilaktyka trzeciorzędowa określana była właściwie

24 Por. M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 67; Z.B. Gaś, *Szkolny program profilaktyki...*, dz. cyt.

25 M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 69; Z.B. Gaś, *Szkolny program profilaktyki...*, dz. cyt.

26 J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 34–35.

27 P.J. Mrazek, R.J. Haggerty (eds.), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington 1994, cyt. za: K. Kutash, A.J. Duchnowski, N. Lynn, *School-based mental health: An empirical guide for decision-makers*, University of South Florida, Florida 2006, s. 9.

jako terapia, rehabilitacja i readaptacja jednostek i grup o wysokim stopniu ryzyka uzależnienia, czyli minimalizowanie szkód powstałych w wyniku uzależnienia²⁸. Współcześnie jednak podział ten uważany jest za nieadekwatny do obecnej wiedzy opartej na wynikach badań naukowych²⁹.

Ze względu na grupy odbiorców działań profilaktycznych wyróżniono profilaktykę uniwersalną, wskazującą i selektywną³⁰. Profilaktyka uniwersalna jest adresowana do całej populacji lub do określonej globalnie grupy wiekowej i jej celem jest opóźnienie podejmowania zachowań ryzykownych, umacnianie czynników chroniących i redukowanie bądź eliminowanie czynników ryzyka. Podstawą tych działań są raporty z badań przesiewowych czy badań dotyczących rozpowszechnienia zjawiska w całej populacji, statystyki z obszaru zdrowia publicznego³¹. Często profilaktyka uniwersalna realizowana jest poprzez kampanie społeczne czy szkolne programy profilaktyczne.

Profilaktyka selektywna kierowana jest do grupy zwiększonego ryzyka, szczególnie narażonej na działanie czynników ryzyka, na przykład dzieci z trudnościami szkolnymi, a działania profilaktyczne zakładają podjęcie interwencji ze względu na sam fakt przynależności jednostki do danej grupy. Działania w ramach profilaktyki selektywnej to często zajęcia socjoterapeutyczne, trening umiejętności społecznych czy terapia pedagogiczna³².

Profilaktyka wskazująca jest adresowana do jednostek i grup prezentujących już zachowania ryzykowne. Formy działań w ramach profilaktyki wskazującej to różnego rodzaju interwencje profilaktyczne, pomoc psychologiczna czy medyczna. Celem działań w zakresie profilaktyki wskazującej jest zapobieganie dalszemu rozwojowi zaburzenia³³.

28 J. Szymańska, *Programy profilaktyczne...*, dz. cyt., s. 38; K. Ostaszewski, *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium” 2015, nr 8, s. 149–150.

29 J. Szymańska, *Programy profilaktyczne...*, dz. cyt., s. 36–37.

30 Tamże, s. 38–39; J. Łazuga-Koczurowska, M. Grondas, M.J. Sochocki, *Niezbędny poradnik szkolnego profilaktyki*, Stowarzyszenie MONAR, Warszawa 2017, s. 8; S. Kania, *Ewolucja poziomów profilaktyki zachowań ryzykownych – stan i kierunki rozwoju w perspektywie profilaktyki pozytywnej*, „Ogrody Nauk i Sztuk” 2018, nr 8, s. 472.

31 *Strategie*, <https://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/strategie,9> (dostęp: 15.11.2021); K. Borzucka-Sitkiewicz, K. Kowalczevska-Grabowska, *Profilaktyka społeczna. Aspekty teoretyczno-metodyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013, s. 76.

32 *Strategie*, dz. cyt.; K. Borzucka-Sitkiewicz, K. Kowalczevska-Grabowska, *Profilaktyka społeczna...*, dz. cyt., s. 76.

33 Tamże.

Adekwatnie do poziomów profilaktyki można wyróżnić strategie działań profilaktycznych³⁴, wśród których najczęściej wymieniane są strategie: informacyjne, edukacyjne, działań alternatywnych, interwencyjne, zmian środowiskowych oraz zmian przepisów społecznych³⁵. Programy profilaktyczne z kolei to już konkretne zaplanowane, ustrukturyzowane działania profilaktyczne opierające się najczęściej na kilku strategiach wiodących lub uzupełniających się³⁶. Podział ten jest ważny w perspektywie ewaluacji w profilaktyce zaburzeń behawioralnych. Strategie wiodące charakteryzują się tym, że ich skuteczność, czyli pozytywny wpływ na zmianę postaw i zachowania odbiorców, została udowodniona w badaniach naukowych. Natomiast strategie uzupełniające wzmacniają działanie strategii wiodących, same jednak nie zmieniają w istotnym stopniu zachowania odbiorców. Wśród nich wyróżnia się na przykład strategię informacyjną³⁷. Rola danej strategii w konkretnym programie profilaktycznym jest pochodną przyjętej koncepcji profilaktyki, co oznacza, że programy oparte na przykład na podejściu poznawczo-behawioralnym będą akcentować strategie edukacyjne czy strategie nastawione na kształtowanie umiejętności życiowych³⁸. W tradycyjnym ujęciu wśród strategii profilaktycznych wyróżnia się strategie: informacyjną, edukacyjną, alternatyw, interwencyjną, a także zmian środowiskowych, zmian przepisów oraz strategię zmniejszania szkód przypisaną do nieaktualnej już profilaktyki trzeciorzędowej. Natomiast współcześnie w ramach strategii wiodących wymieniana się: rozwijanie umiejętności życiowych, edukację normatywną, rozwijanie umiejętności wychowawczych, wsparcie mentorów, budowanie więzi ze szkołą, charakterystyczne dla profilaktyki adresowanej do dzieci i młodzieży³⁹. Wśród strategii uzupełniających znajdują się: strategia edukacji rówieśniczej,

34 K. Ostaszewski, *Kompendium wiedzy o profilaktyce* [w:] K. Węgrzecka-Giluń, K. Okulicz-Kozaryn (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzczak, na zlec. ETOH Fundacji Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych, Warszawa 2010, s. 85.

35 Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2006, s. 40–42; zob. J. Szymańska, *Programy profilaktyczne...*, dz. cyt., s. 40–41.

36 A. Borucka, *Zrozumieć profilaktykę. Krótki przewodnik dla nauczycieli*, Instytut Nagrody Zaufania Złoty OTIS, Warszawa 2016, s. 8–12.

37 Tamże, s. 9–12.

38 Tamże, s. 8–9; A. Borucka, A. Pisarska, K. Bobrowski, *ABC szkolnej profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży*, „Świat Problemów” 2014, 22(1), s. 6; K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, *Profilaktyka i wczesna interwencja*, dz. cyt., s. 69–75.

39 A. Borucka, *Zrozumieć profilaktykę...*, dz. cyt., s. 9.

strategia przekazu informacji, strategia alternatyw, a także strategia rozwoju zasobów środowiskowych⁴⁰.

Strategia rozwijania umiejętności życiowych

[...] opiera się na wzmacnianiu indywidualnych zasobów jednostki jako istotnego czynnika chroniącego. W trakcie warsztatów umiejętności psychospołecznych odbiorcy uczą się i trenują umiejętności, które są wykorzystywane w budowaniu satysfakcjonujących związków z innymi ludźmi oraz radzenia sobie z codziennymi trudnościami oraz wyzwaniem w zdrowy sposób⁴¹.

Strategia edukacji normatywnej

[...] stwarza możliwość podjęcia rozważań nad normami, postawami i oczekiwaniami odnoszącymi się do zachowań problemowych. Celem jest korygowanie błędnych przekonań na temat rozpowszechnienia, społecznego przyzwolenia oraz bilansu zysków i strat odnośnie do podejmowania danych zachowań problemowych⁴².

Strategia rozwijania umiejętności wychowawczych ma na celu wsparcie rodziców i opiekunów w lepszym wypełnianiu roli rodzica czy opiekuna poprzez działania ukierunkowane na wzrost kompetencji w tym zakresie (promowanie ciepłego stylu wychowania, opartego na bliskości, poczuciu bezpieczeństwa wynikającego z jasności i przejrzystości zasad i granic, poprawa jakości relacji, komunikacji pomiędzy członkami rodziny)⁴³.

Strategia określana jako wsparcie mentorów obejmuje włączanie naturalnych mentorów w działania profilaktyczne. Strategia ta dotyczy relacji pomiędzy młodymi ludźmi a dorosłymi niebędącymi członkami rodziny (np. nauczycielami, trenerami) i stosowana jest głównie w profilaktyce selektywnej⁴⁴.

Strategia budowania więzi ze szkołą polega na wzmacnianiu relacji między uczniami i nauczycielami oraz zwiększaniu ich udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących szkoły. Jej celem jest też wzmocnienie zaangażowania

40 Tamże, s. 9–12.

41 A. Nastazjak, *Skuteczna profilaktyka uzależnienia od hazardu w ujęciu rozwojowym* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu...*, dz. cyt., s. 146–147; K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, *Profilaktyka i wczesna interwencja*, dz. cyt., s. 73; A. Borucka, *Zrozumieć profilaktykę...*, dz. cyt., s. 9–12.

42 A. Nastazjak, *Skuteczna profilaktyka uzależnienia od hazardu w ujęciu rozwojowym*, dz. cyt., s. 147.

43 K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, *Profilaktyka i wczesna interwencja*, dz. cyt., s. 70 i n.

44 Tamże.

uczniów w życie szkoły i ochrona przed zachowaniami sprzecznymi z normami społecznymi⁴⁵.

Strategia edukacji rówieśniczej to, najkrócej mówiąc, włączanie naturalnych i odpowiednio przygotowanych liderów rówieśniczych w realizację określonych działań profilaktycznych⁴⁶.

Strategia przekazu informacji polega na dostarczeniu wiedzy dotyczącej skutków zachowań ryzykownych czy uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych, a opiera się na założeniu, że zachowania ryzykowne są związane z niskim poziomem wiedzy o nich i ich skutkach, stąd adresowane są często do dzieci i młodzieży. Strategia ta zakłada, że posiadanie wiedzy z tego zakresu pociągnie za sobą zmianę zachowania. Strategia ta korzysta z metod podających, wykładów, prelekcji, prezentacji, filmów dydaktycznych. Co interesujące, strategia ta okazuje się w badaniach nieskuteczna, gdyż wiedza adresatów nie przekłada się na zmianę ich przekonań czy postaw w sytuacjach ekspozycji na czynniki ryzyka⁴⁷.

Celem strategii alternatyw jest zaspokojenie ważnych potrzeb życiowych, takich jak potrzeba sukcesu czy akceptacji, przynależności czy też potrzeba intensywnych doznań i emocji. Jako że zaspokojenie tych potrzeb w warunkach naturalnych nie jest dla wszystkich możliwe w sposób akceptowany, strategia ta proponuje alternatywne metody ich zaspokajania i stwarza warunki umożliwiające osiąganie satysfakcji życiowej poprzez zaangażowanie w różne działalności o charakterze konstruktywnym. Strategia sięga do takich form pracy, jak: harcerstwo, kluby sportowe, koła zainteresowań, zajęcia teatralne⁴⁸.

Strategia rozwoju zasobów środowiskowych to

[...] różnego rodzaju działania środowiskowe o zróżnicowanym zakresie, które zmierzają do modyfikacji systemu organizacji życia społecznego oraz postaw społecznych i standardów obyczajowych, które nie sprzyjają prawidłowemu rozwojowi jednostki⁴⁹.

45 M. Piasecka, *Profilaktyka w szkole*, dz. cyt., s. 45; A. Borucka, *Zrozumieć profilaktykę...*, dz. cyt., s. 11.

46 A. Borucka, *Zrozumieć profilaktykę...*, dz. cyt., s. 9–12.

47 Zob. S. Śliwa, *Profilaktyka...*, dz. cyt., s. 59–61; A. Borucka, *Zrozumieć profilaktykę...*, dz. cyt., s. 11.

48 Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, dz. cyt., s. 41–42, A. Borucka, *Zrozumieć profilaktykę...*, dz. cyt., s. 12.

49 K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, *Profilaktyka i wczesna interwencja*, dz. cyt., s. 74; por. także M. Piasecka, *Środowiskowe strategie profilaktyczne jako obszar zainteresowania pedagogiki społecznej. Ewolucja teorii i praktyki pedagogicznej* [w:] A. Kamińska-Małek, P. Oleśniewicz (red.), *Edukacja jutra. Współczesny stan etapów i dziedzin edukacji w Polsce*, Oficyna Wydawnicza „Humanitas”, Sosnowiec 2021, s. 39–49.

Głównym celem tej strategii jest identyfikacja i modyfikacja czynników środowiska społecznego i fizycznego sprzyjających rozwojowi zachowań niepożądanych. Modyfikacje te dotyczyć mogą samego środowiska, miejsc, w których przebywają osoby przejawiające tego typu zachowania, zabezpieczenia społeczeństwa oraz postaw społecznych wobec samych zachowań⁵⁰. Strategia ta może być realizowana na poziomie jednostkowym, na przykład poprzez zmniejszenie dostępności do mediów w domu rodzinnym, czy na poziomie polityk publicznych, wtedy może dotyczyć stworzenia bezpiecznych przestrzeni czy przestrzeni wolnych od mediów, co ma chronić przed niekorzystnymi zachowaniami osób czy zjawiskami dysfunkcyjnymi⁵¹. Elementem szczególnie istotnym w tej strategii są istniejące w danej społeczności normy, najczęściej szeroko rozpowszechnione i mające duży wpływ na zachowania. Jeśli uzależnienie behawioralne bądź problemowe korzystanie z sieci czy gier jest zjawiskiem typowym, spodziewanym i jeszcze wzmacnianym przez media, akceptowanym w rodzinach, w szkole i wśród rówieśników, to oczywiste jest, że może się nasilić. Jeśli zatem

[...] funkcjonujące normy nie zachęcają do bezpiecznych zachowań i nie promują zdrowych, bezpiecznych relacji, programy ukierunkowane na wprowadzenie zmiany na poziomie jednostki nie doprowadzą do ugruntowania bezpiecznych zachowań, o ile nie zmieniają się także szersze normy społeczne⁵².

Zmiana norm co do zaburzeń behawioralnych jest więc koniecznym warunkiem zapobiegania im. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku zaburzeń związanych z graniem czy problemowym korzystaniem z internetu zmiana norm jest trudna, jako że na ogół ludzie mają pozytywny stosunek do korzystania z sieci i akceptują to, a przecież modyfikacja norm i postaw ma służyć promowaniu zdrowego stylu życia i niwelować czynniki ryzyka w rodzinie, szkole i społeczności lokalnej⁵³.

Wśród strategii profilaktycznych na poziomie uniwersalnym wymienia się także strategię zmiany przepisów, obejmującą przepisy prawa powszechnego i prawo miejscowe. Przejawem takich inicjatyw są ograniczenia

50 Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, dz. cyt., s. 42; M. Piasecka, *Środowiskowe strategie profilaktyczne...*, dz. cyt.

51 Z.B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, dz. cyt., s. 42; S. Śliwa, *Profilaktyka...*, dz. cyt., s. 61.

52 A. Lyles, L. Cohen, M. Brown, *Transformacja społeczności lokalnych mająca na celu zapobieganie krzywdzeniu i wykorzystywaniu seksualnemu dzieci. Podejście oparte na profilaktyce pierwszorzędowej*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2015, t. 14, nr 2, s. 55.

53 Por. M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 76.

w otrzymywaniu koncesji na alkohol czy dotyczące rozmieszczenia sklepów z alkoholem. Regulacja podaży i popytu poprzez hamowanie dostępności i możliwości dystrybucji oraz ograniczenia reklamy i promocji przez regulacje administracyjne lub nawet karne są powszechnie wykorzystywane w wielu krajach, a także w Polsce⁵⁴.

Strategia zmian przepisów służących minimalizowaniu możliwości wystąpienia zaburzeń uprawiania hazardu wpisuje się w nurt tak zwanego odpowiedzialnego hazardu, widzianego w kontekście problemu zdrowia publicznego, i sięga do takich działań, jak: umieszczanie lokali z grami hazardowymi na odludziach, zmniejszanie ilości reklam, ograniczenia czasowe w korzystaniu z portali internetowych, a przede wszystkim reglamentacje administracyjne, takie jak konieczność posiadania koncesji czy wymagania lokalowe oraz ustalenie limitu liczby lokali z tego typu działalnością w zależności od liczby mieszkańców. Strategia ta koncentruje się też na ochronie dzieci i młodzieży przed ekspozycją na hazard poprzez regulacje zawarte między innymi w ustawie o grach hazardowych z 2009 roku⁵⁵ i regulacjach prawa miejscowego w poszczególnych gminach.

Podsumowując, można stwierdzić, że zarówno podziały działań w ramach profilaktyki zaburzeń behawioralnych według specyfiki adresatów, jak i strategie w niej wykorzystywane w zasadzie opierają się na modelu zapożyczonym od zaburzeń używania substancji w zakresie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Profilaktyka zaburzeń behawioralnych wykorzystuje więc najbardziej skuteczne, w świetle współczesnej wiedzy naukowej, modele oddziaływań. Niezmiennie jednak w literaturze podkreśla się konieczność podpierania wszelkich działań profilaktycznych na dowodach naukowych:

Profilaktyka uzależnień to zadanie niewątpliwie wspierające zdrowie psychiczne drugiego człowieka. Stąd tak ważne jest, by w jego realizacji podejmować działania oparte na wiedzy klinicznej i sposobach pracy popartych badaniami⁵⁶.

⁵⁴ Tamże, zob. cytowana tam literatura.

⁵⁵ Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. z 2009 r. nr 201, poz. 1540, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2094, z późn. zm.

⁵⁶ J.M. Jaraczewska, A.M. Derwich, *Zastosowanie elementów terapii dialektyczno-behawioralnej i terapii schematów w profilaktyce uzależnień behawioralnych*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2021, s. 84.

3.4. Psychoterapia osób z zaburzeniami behawioralnymi

Leczenie uzależnień lub szerzej: zaburzeń używania substancji psychoaktywnych czy zaburzeń behawioralnych, obejmuje psychoterapię i farmakoterapię oraz inne dodatkowe formy wsparcia psychospołecznego⁵⁷. Trudno znaleźć na polskim rynku wydawniczym publikacje, które całościowo traktowałyby o terapii zaburzeń behawioralnych, częściej natomiast pojawiają się prace, których przedmiotem jest terapia wybranego typu zaburzenia⁵⁸. W świetle współczesnej wiedzy nie można jednoznacznie formułować twierdzeń o skuteczności bądź nieskuteczności terapii ani w odniesieniu do zaburzeń behawioralnych ujmowanych łącznie jako szeroka kategoria, ani w odniesieniu do jednego konkretnego zaburzenia. Zdecydowanie częściej badania naukowe nad skutecznością podejść terapeutycznych prowadzone są w obrębie jednego zaburzenia, na przykład zaburzeń uprawiania hazardu.

Na początku warto jednak podjąć próbę uporządkowania pojęć z zakresu leczenia zaburzeń behawioralnych, gdyż kategorie, takie jak terapia czy psychoterapia, używane są w wielu kontekstach, a liczne zmiany regulacji normatywnych w tym obszarze w ostatnich latach⁵⁹ można ocenić jako próby

57 M. Bujalski, J. Klingemann, *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, s. 70, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).

58 Por. *Publikacje, Uzależnienia behawioralne*, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/publikacje/> (dostęp: 18.08.2021); por. także B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu...*, dz. cyt., s. 45.

59 Obecnie w Polsce trwa proces reformowania systemu ochrony zdrowia w zakresie psychiatrii i psychoterapii. Proces ten obejmuje zmiany regulacji prawnych także w odniesieniu do leczenia uzależnień. W kontekście rozważań nad psychoterapią uzależnień behawioralnych warto wskazać na Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. z 2021 r., poz. 2400, które zmieniło ustalenia Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 i 1640 oraz z 2020 r., poz. 456, 1641, 1785 i 2155. Rozporządzenie wprowadza definicję legalną psychoterapeuty i terminu „psychoterapia”, wprowadza też (aczkolwiek katalog nie jest zamknięty) pięć grup podejść psychoterapeutycznych, tj. psychoanalityczno-psychodynamicznych, humanistyczno-doświadczeniowych, poznawczo-behawioralnych, systemowych, integracyjnych. Rozporządzenie to określa między innymi status prawny: psychoterapeuty (osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty), instruktora terapii uzależnień, specjalisty psychoterapii uzależnień/specjalisty terapii uzależnień. Załącznik nr 2 do niniejszego rozporządzenia definiuje rodzaje świadczeń, między innymi: leczenie uzależnień, które obejmuje, oprócz uzależnienia od substancji, także uzależnienie od hazardu (F63.0) i inne zaburzenia nawyków i popędów (F63.8), w rozporządzeniu odnaleźć można definicję sesji psychoterapii (indywidualne, grupowe, rodzinne). Warto podkreślić, że podstawy prawne leczenia i profilaktyki uzależnień behawioralnych są rozproszone w wielu ustawach i rozporządzeniach, a często praktyka

wyjścia z chaosu pojęciowego w tym zakresie praktyki. W literaturze przedmiotu zamiennie używa się terminów „terapia”, „psychoterapia” czy „leczenie”. Natomiast w pojęciu terapii mieszczą się oddziaływania w kontakcie pacjent/klient (względnie grupa) – terapeuta oraz farmakoterapia.

Klasyczna definicja Jana C. Czabały ujmuje psychoterapię jako

[...] metodę leczenia zaburzeń psychicznych, które mogą występować jako określone zespoły objawów, wobec których psychoterapia będzie podstawową metodą leczenia, np. zaburzenia nerwicowe. Psychoterapia może też być wskazana jako metoda pomocnicza w leczeniu innych chorób: uzależnień, psychoz, chorób somatycznych⁶⁰.

Jan C. Czabała stwierdza ponadto, że niezależnie od definiowania psychoterapii w literaturze przedmiotu jako: perswazji, edukacji, technologii behawioralnej, przewodnictwa duchowego, metody modyfikacji zachowań, właściwości poznawczych czy metody usuwania zaburzeń czy chorób, należy

odwołuje się do aktów prawnych regulujących leczenie uzależnień od substancji. Jak wskazuje Polska Rada Psychoterapii, podstawy prawne psychoterapii uzależnień regulują następujące akty prawne: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1373; Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 2277; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, Dz.U. z 2018 r., poz. 2410; Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Dz.U. z 2019 r., poz. 786; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Dz.U. z 2017 r., poz. 1217; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. z 2019 r., poz. 1285; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.; Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. z 2019 r., poz. 866; Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wraz z uzasadnieniem, https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/293/7116/1/2020_7_dsoz.zip (dostęp: 6.08.2022); Zarządzenie Nr 78/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/293/7186/1/2020_78_dsoz.zip (dostęp: 6.08.2022).

60 J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016, s. 9.

zauważyć, że pojęcie psychoterapii jest bardzo szerokie, a można je zobrazować na linii

[...] od towarzyszenia ludziom w zmianach, które im się wydają pożądane, poprzez pomoc w modyfikacji postaw utrudniających rozwiązywanie trudnych sytuacji, aż do niemal eksperckiego wyznaczania zakresu zmian i potrzebnych do ich osiągnięcia procedur⁶¹.

Współcześnie natomiast trafnie definiują psychoterapię James O. Prochaska i John C. Norcross jako

[...] świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany⁶².

Trudno jednoznacznie stwierdzić, jakie podejście terapeutyczne jest najczęściej stosowane w terapii zaburzeń behawioralnych, gdyż wydaje się, że dominuje podejście zintegrowane, łączące ze sobą różne szkoły terapeutyczne, oraz podejście interdyscyplinarne, spajają one bowiem ze sobą terapię indywidualną, grupową, systemową (rodzinną) i równocześnie farmakoterapię, a także korzystają z grup samopomocowych oraz treningów *mindfulness*. W raportach badawczych w literaturze przedmiotu najczęściej wymieniane są podejście poznawczo-behawioralne i dialog motywujący⁶³.

Należy wyraźnie podkreślić, że współcześnie nie można wyróżnić jednego najskuteczniejszego podejścia w terapii zaburzeń behawioralnych. Zaburzenia te są jeszcze stosunkowo nową kategorią, zróżnicowaną wewnętrznie, dotychczas w literaturze przedmiotu funkcjonują zaburzenia uprawiania hazardu⁶⁴ czy zaburzenia związane z grami⁶⁵. Jako że pozostałe zaburzenia mieszczące się w kategorii zaburzeń behawioralnych nie mają precyzyjnie określonych kryteriów diagnostycznych, trudno więc prowadzić badania naukowe⁶⁶. Jak zaakcentowano już wyżej, niełatwo też wskazać takie badania,

61 J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, dz. cyt., s. 15.

62 J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, s. 5.

63 M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 89; B. Habrat (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu...*, dz. cyt., s. 45–46; por. L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

64 J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu...*, dz. cyt.

65 J.M. Jaraczewska, A.M. Derwich, *Zastosowanie elementów terapii dialektyczno-behawioralnej...*, dz. cyt.

66 M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 89.

które jednoznacznie pozwalałyby wnioskować o większej skuteczności jednego z podejść terapeutycznych od innych, choć współcześnie podkreśla się efektywność między innymi terapii opartej na podejściu poznawczo-behawioralnym⁶⁷.

Zdecydowanie najwięcej raportów badawczych dotyczy zaburzeń uprzedzenia hazardu / uzależnienia od hazardu, co wynika z faktu, że zaburzenie to zostało jasno sklasyfikowane⁶⁸. Pomimo że nie udaje się wyróżnić dominującego podejścia w psychoterapii uzależnień behawioralnych, można na podstawie analizy literatury przedmiotu zidentyfikować czynniki leczące o charakterze uniwersalnym, niezależne od szkoły psychoterapeutycznej. Czynniki leczące w psychoterapii w klasycznym ujęciu Jana C. Czabały to „[...] te elementy procesu psychoterapii, które pomagają pacjentowi w usuwaniu przyczyn jego objawów”⁶⁹. Nie muszą one być zróżnicowane w zależności od szkoły psychoterapeutycznej (wymieniając choćby najbardziej znane: psychodynamiczną, poznawczo-behawioralną, systemową czy humanistyczną, ale mają właśnie charakter uniwersalny, jako że według tego autora

[...] szkoły psychoterapii różnią się tym, że zwracają uwagę na taki, a nie inny rodzaj doświadczeń pacjenta. Różnią się także technologią stosowaną do usuwania przyczyn zaburzeń pacjenta⁷⁰.

Wydaje się istotne także twierdzenie, że stosowanie psychoterapii

[...] wymaga wiedzy odwołującej się do wyników badań naukowych i umiejętności, których nabycie jest możliwe w wyniku uczenia się⁷¹.

Przy czym warto zdawać sobie sprawę z niejednorodności jej definiowania nie tylko w zależności od podejścia, ale także wewnątrz niego, gdyż szkoły psychoterapeutyczne różnią się między sobą także celami psychoterapii, czyli rodzajem oczekiwanej zmiany, która jest z kolei najważniejszym elementem psychoterapii i kluczowym czynnikiem efektywności.

67 Por. np. J.S. Beck, *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, tłum. M. Cierpisz, R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012; W.R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, tłum. M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 47.

68 ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021), <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1041487064> (dostęp: 15.08.2021).

69 J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, dz. cyt., s. 9.

70 Tamże, s. 10.

71 Tamże, s. 14.

Według cytowanego już wielokrotnie Jana C. Czabały, przytaczającego współczesne mu (a obecnie historyczne) badania naukowe z lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku, najczęściej wymieniane w literaturze przedmiotu czynniki wspólne dla wszystkich ówczesnych szkół terapeutycznych to: związek terapeutyczny, nowe doświadczenia emocjonalne przeżywane przez pacjenta, nowa wiedza zdobywana w czasie psychoterapii i nowe zachowania⁷². Relacja terapeutyczna odgrywa znaczącą rolę w procesie zmiany przez cały czas trwania psychoterapii, ale na każdym z etapów psychoterapii powinna ulegać modyfikacjom i adekwatnie do danego etapu stymulować zachodzące przemiany.

Jakość relacji terapeutycznej, a także motywacja klienta do podjęcia terapii należą do tak zwanych niespecyficznych czynników terapii, występujących zawsze, niezależnie od podejścia terapeutycznego. Natomiast wśród czynników determinujących przebieg procesu leczenia wyróżnia się także czynniki specyficzne, czyli zależne od zastosowania danej metody terapeutycznej (np. inne dotyczą terapii poznawczo-behawioralnej, inne zaś dialogu motywującego)⁷³. James O. Prochaska i John C. Norcross uważają, że wspólne dla terapii czynniki leczące to pozytywne nastawienie klienta oraz pomocna relacja terapeutyczna. Relacja terapeutyczna określana jest jako naładowana emocjonalnie i oparta na zaufaniu. Autorzy ci wymieniają także warunki terapii: zbiór jej założeń, koncepcję i rytuał terapeutyczny; ciepły, inspirujący i budzący społeczną aprobatę terapeuty; możliwość odreagowania; uczenie się i praktykowanie nowych zachowań; eksploracja wewnętrznego świata klienta; sugestie i uczenie się od innych⁷⁴.

Co interesujące,

[...] istnieją dane, z których wynika, że skutki terapii mogą być w większym stopniu wyznaczone przez czynniki niespecyficzne niż przez względną skuteczność określonych modeli interwencji i szkół terapeutycznych jako takich⁷⁵.

Inaczej mówiąc, wiele szkół czy podejść terapeutycznych daje podobne rezultaty, mimo że szkoły znacznie się od siebie różnią. W obszarze zaburzeń behawioralnych, które są stosunkowo nowe w terapii, nie znaleziono dotychczas

72 J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, dz. cyt., s. 81.

73 T.C. Wilde, J. Wolfe, *Badanie procesu terapii uzależnień. Rola niespecyficznych czynników terapii* [w:] P.M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013, s. 41.

74 J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, dz. cyt., s. 4–25.

75 T.C. Wilde, J. Wolfe, *Badanie procesu terapii uzależnień...*, dz. cyt., s. 42.

jednoznacznie określonych czynników specyficznych, ale w badanym już od początków leczenia uzależnień uzależnieniu od alkoholu można wskazać na wiele prób uporządkowania tych zmiennych wpływających na przebieg i efekty terapii⁷⁶. Warto też podkreślić istotność wyróżnionych w toku badań trzech grup czynników niespecyficznych: kontakt terapeuty z klientem, zachowania klienta poza ośrodkiem terapeutycznym oraz samo środowisko zewnętrzne osoby uzależnionej. Wśród czynników niespecyficznych ważne miejsce, obok tych indywidualnych, takich jak już wymieniona motywacja do podjęcia terapii, występują też specyficzne, jakimi są bariery związane z systemem leczenia uzależnień. Uzależnienia, w tym uzależnienia behawioralne, stają się więc problemem zdrowia publicznego oraz instytucjonalnego systemu leczenia uzależnień.

Instytucjonalne leczenie zaburzeń behawioralnych w naszym kraju jest prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz przez podmioty prywatne w formie stacjonarnej (szpitale, ośrodki „zamknięte”) oraz w formie ambulatoryjnej w publicznych i prywatnych poradniach ochrony zdrowia oraz w szpitalnych oddziałach dziennych. Klientami tych placówek są nie tylko osoby, u których występuje uzależnienie, pomocą i terapią mogą być objęte także ich rodziny i bliscy. Ponadto osoby z zaburzeniami behawioralnymi (tak jak osoby z uzależnieniami od substancji) mogą korzystać z różnych form pomocy postterapeutycznej⁷⁷. Formy pracy oferowane przez podmioty publiczne i prywatne w zakresie terapii zaburzeń behawioralnych są zróżnicowane (psychoterapia indywidualna i grupowa, treningi umiejętności, grupy wsparcia), ale zależne od specyfiki konkretnego podmiotu, bo nie zawsze można mówić o specjalizacji programów terapeutycznych czy samych psychoterapeutów w odniesieniu do konkretnego zaburzenia. Osoby z zaburzeniami behawioralnymi mogą szukać wsparcia w formach niebezpośrednich poprzez kontakty internetowe: poradnie online czy telefony zaufania, zamieszczone na powszechnie dostępnych stronach internetowych⁷⁸. Dla osób potrzebujących wsparcia postterapeutycznego we wszystkich większych, ale i powiatowych, miastach w Polsce prowadzone są także grupy samopomocowe, najczęściej oczywiście są to grupy anonimowych alkoholików czy anonimowych hazardzistów, aczkolwiek funkcjonują również te zrzeszające osoby z innymi zaburzeniami/uzależnieniami.

⁷⁶ Tamże, s. 43.

⁷⁷ *Informator o placówkach udzielających pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych*, III edycja, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2020.

⁷⁸ *Uzależnienia behawioralne*, dz. cyt.

3.5. Profilaktyka i psychoterapia zaburzeń behawioralnych jako problem zdrowia publicznego

Działania profilaktyczne i terapia zaburzeń behawioralnych opierają się na wyborze adekwatnych do zagrożenia strategii⁷⁹ i programów adresowanych do określonych jednostek lub grup.

W literaturze ujmuje się profilaktykę i terapię jako systemowe odpowiedzi na zjawiska uznawane za zagrożenia zdrowia publicznego, zatem działania profilaktyczne i terapeutyczne lokowane są głównie w systemie ochrony zdrowia. Działania profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży sytuowane są ponadto w systemie oświaty i wychowania. Skuteczne działania profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży mogą zmniejszać koszty leczenia / psychoterapii zaburzeń behawioralnych w dorosłości oraz obniżać tym samym wydatki publiczne ponoszone przez społeczeństwo i państwo na naprawienie szkód powstałych w wyniku uzależnienia, takich choćby jak: koszty leczenia, koszty opieki nad rodzinami osób z uzależnieniem niemogących realizować swoich funkcji rodzinnych, a także długi i konsekwencje zaniedbań zdrowotnych, edukacyjnych czy społecznych. Raporty badawcze obejmujące skalę zaburzeń behawioralnych w naszym kraju czy Europie opisują skalę zjawisk i ich liczne korelaty, a na ich podstawie tworzy się strategie i programy profilaktyczne⁸⁰. Ich podstawą, oprócz wyników badań rozpowszechnienia konkretnego zaburzenia, są analizy czynników ryzyka, rzadziej czynników chroniących przed występowaniem danego problemu, czasem w zawężeniu do określonej grupy wiekowej czy pewnego środowiska.

W podejściu nazywanym zdrowiem publicznym, w którym swoje miejsce znajduje i profilaktyka, i leczenie, czynniki ryzyka grupuje się w trzech kategoriach: kategorii czynnika (substancja bądź zachowanie uzależniające), kategorii jednostki (cechy osoby z uzależnieniem bądź zagrożonej uzależnieniem), kategorii środowiska. W uzależnieniach ujmowanych w perspektywie zdrowia publicznego uwzględnia się wszystkie te kategorie i wzajemne zależności między

⁷⁹ Por. podrozdział 3.3.

⁸⁰ Por. np. J. Moskaiewicz i in., *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Raport z badań*, Projekt badawczy zrealizowany przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej, współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2019.

nimi. Należy więc brać pod uwagę charakter konkretnego zaburzenia behawioralnego (np. zaburzenie uprawiania hazardu), cechy indywidualne jednostki, czyli czynniki ryzyka, czynniki chroniące samej jednostki oraz czynniki środowiska wspierające, wzmacniające czy podtrzymujące uzależnienie oraz blokujące utrwalanie się uzależnienia behawioralnego. Perspektywa zdrowia publicznego jest uniwersalna, pozwala widzieć zapobieganie i leczenie uzależnień szeroko i wieloaspektowo jako problem społeczny, w którym oprócz wiedzy o samym uzależnieniu behawioralnym i uwarunkowaniach jednostki/człowieka (płeć, wiek, zaburzenia emocjonalne), uwzględnia się czynniki środowiskowe. Można tu, analogicznie jak w profilaktyce zaburzeń używania substancji psychoaktywnych, ująć środowiskowe czynniki ryzyka następująco:

Środowiskiem jest szersza społeczność oraz obowiązujące w niej prawa [...], uwarunkowania ekonomiczne (ceny, podatki, promocje), a także przyjęte normy (postawy społeczne i przekonania na temat wybranych substancji). Do środowiska należą fizyczne aspekty otoczenia – sceneria czy kontekst, w którym pojawiają się zachowania związane z alkoholem lub innymi substancjami [tu: zachowaniami uzależniającymi, przyp. J.K.]. Do środowiska zaliczamy ludzi w otoczeniu jednostki, w tym rodzinę, przyjaciół i znajomych, współpracowników i rówieśników, będących źródłem wpływów natury etnicznej, religijnej i edukacyjnej⁸¹.

Na czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane ze środowiskiem powinny być nakierowane programy profilaktyki i promocji zdrowia, a także programy terapeutyczne, w tym programy psychiatrii środowiskowej.

Profilaktyka i psychoterapia w obszarze zaburzeń behawioralnych odpowiadają na problem społeczny, którego rozwiązanie nie jest możliwe poprzez wysiłek samej jednostki, wymagają one bowiem działań systemowych i zorganizowanych. Działania te przypisane są do systemu oświaty i wychowania, do wymiaru sprawiedliwości, systemu pomocy społecznej, w których funkcjonują powołane instytucje publiczne, rządowe i samorządowe oraz organizacje społeczne. Jeśli profilaktyka dzieci i młodzieży koncentruje się na szkole i placówkach oświatowych, to terapia/psychoterapia zaburzeń behawioralnych pozostaje bardziej w obszarze ochrony zdrowia. W leczeniu chorób współcześnie obserwuje się zmianę orientacji z tej skoncentrowanej na chorobie, zaburzeniu, na orientację skoncentrowaną na pacjencie (*patient-centered medicine*).

81 W.R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben, *Terapia uzależnień...*, dz. cyt., s. 47.

Wielu ekspertów wskazuje, że decydenci powinni wspomóc lekarzy, przede wszystkim zapewniając im wsparcie psychologów, rehabilitantów, dietetyków czy tłumaczy. [...] To podejście stawia na pierwszym miejscu oczekiwania chorego. Ono w Polsce jeszcze raczkuje, ale taka jest przyszłość medycyny⁸².

W perspektywie zdrowia publicznego od lat postulowane jest wprowadzenie rejestrów medycznych umożliwiających ocenę wyników leczenia, na przykład grupujących oddziały szpitalne według wskaźników wyleczalności, przeżywalności czy poziomu zadowolenia pacjentów⁸³, co jest niewątpliwie krokiem w stronę większej przejrzystości i konieczności prowadzenia ewaluacji w pionie ochrony zdrowia publicznego.

Bibliografia

- Aleksander T., *Funkcje edukacji dorosłych*, „Edukacja Dorosłych” 1997, nr 1, s. 27–36.
- Beck J.S., *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, tłum. M. Cierpisz, R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Borucka A., Pisarska A., Bobrowski K., *ABC szkolnej profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży*, „Świat Problemów” 2014, 22(1), s. 5–11.
- Borucka A., *Zrozumieć profilaktykę. Krótki przewodnik dla nauczycieli*, Instytut Nagrody Zaufania Złoty OTIS, Warszawa 2016.
- Borzucka-Sitkiewicz K., Kowalczevska-Grabowska K., *Profilaktyka społeczna. Aspekty teoretyczno-metodyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.
- Bujalski M., Klingemann J., *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).
- Czabała J.C., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.
- Czerniachowska R., *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, opieka, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi* [w:] E. Marynowicz-Hetka (red.), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 112–121.
- Gaś Z.B., Poleszak W., *Opracowujemy i ewaluujemy program wychowawczo-profilaktyczny szkoły*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2017.
- Gaś Z.B., *Profilaktyka uzależnień*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993.
- Gaś Z.B., *Profilaktyka w szkole*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2006.

82 W. Szczeklik, M. Müller, *Pacjencie, posłuchaj mnie*, „Tygodnik Powszechny” 2022, nr 31(3812), s. 16, <https://www.tygodnikpowszechny.pl/pacjencie-posluchaj-mnie-176903> (dostęp: 11.10.2022).

83 Tamże.

- Gaś Z.B., *Szkolny program profilaktyki. Istota, konstruowanie, ewaluacja. Poradnik metodyczny*, Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu, Warszawa 2003.
- Grzebiuk L. (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Habrat B. (red.), *Zaburzenia uprawiania hazardu i inne tak zwane nałogi behawioralne*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2016.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021), <https://icd.who.int/browse11/lm/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1041487064> (dostęp: 15.08.2021).
- Informator o placówkach udzielających pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych*, III edycja, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2020, <https://www.fundacjalotto.pl/wp-content/themes/fundacjalotto/assets/pdf/informator-o-placowkach-udzielajacych-pomocy-w-zakresie-uzaleznien%20behawiornych.pdf> (dostęp: 7.10.2022).
- Jakubczyk K., *Rola i zadania współczesnej profilaktyki – przyczynek do budowania szkolnych programów profilaktycznych*, „Nauczyciel i Szkoła” 2015, nr 1(57), s. 285–297.
- Jaraczewska J.M., Derwich A.M., *Zastosowanie elementów terapii dialektyczno-behawioralnej i terapii schematów w profilaktyce uzależnień behawioralnych*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń 2021.
- Jeż K., *Zapobieganie odrzuceniu rówieśniczemu w oparciu o analizę rekomendowanych programów profilaktycznych*, niepublikowana praca magisterska, Akademia Ignatianum w Krakowie, Kraków 2022.
- Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1974.
- Kania S., *Ewolucja poziomów profilaktyki zachowań ryzykownych – stan i kierunki rozwoju w perspektywie profilaktyki pozytywnej*, „Ogrody Nauk i Sztuk” 2018, nr 8, s. 468–475.
- Kawula S., *Pedagogika społeczna w początkach XXI wieku – perspektywa koncepcji społeczeństwa ryzyka*, „Chowanna” 2003, nr 2, s. 25–43.
- Kusztal J., *Social pedagogy as a source of social prophylactics and social rehabilitation theory and practice*, „Polska Myśl Pedagogiczna” 2021, t. 7, nr 7, s. 139–157.
- Kusztal J., Piasecka M., *Metodologia badań nad skuteczną profilaktyką uzależnienia od hazardu* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 161–180.
- Kusztal J., Piasecka M., Nastazjak A., *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
- Kutash K., Duchnowski A.J., Lynn N., *School-based mental health: An empirical guide for decision-makers*, University of South Florida, Florida 2006.
- Leare K. van, Sochocka K., Biaduń-Korulczyk E., *Profilaktyka uzależnień behawioralnych wśród młodzieży gimnazjalnej*, Fundacja Poza Schematami, Warszawa 2017.
- Lyles A., Cohen L., Brown M., *Transformacja społeczności lokalnych mająca na celu zapobieganie krzywdzeniu i wykorzystywaniu seksualnemu dzieci. Podejście oparte na profilaktyce pierwszorzędowej*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2015, t. 14, nr 2, s. 47–71.

- Lazuga-Koczurowska J., Grondas M., Sochocki M.J., *Niezbędny poradnik szkolnego profilaktyka*, Stowarzyszenie MONAR, Warszawa 2017.
- Maculewicz L., *Realizacja programów profilaktycznych w szkołach*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2007, nr 4, s. 215–224.
- Miller W.R., Forcehimes A.A., Zweben A., *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, tłum. M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Moskalewicz J., Badora B., Feliksiak M., Głowacki A., Gwiazda M., Herrmann M., Kawalec I., Roguska B., *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących hazardu i innych uzależnień behawioralnych – edycja 2018/2019. Raport z badań*, Projekt badawczy zrealizowany przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej, współfinansowany ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2019.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (eds.), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington 1994.
- Nastazjak A., *Skuteczna profilaktyka uzależnienia od hazardu w ujęciu rozwojowym* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 143–157.
- Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., *Profilaktyka i wczesna interwencja* [w:] A. Hejda, K. Okulicz-Kozaryn (red.), *Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Podręcznik dla samorządów i społeczności lokalnych*, Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007, s. 69–73.
- Ostaszewski K., *Czym jest a czym nie jest profilaktyka?*, <https://programyrekomendowane.pl/strony/wstep,265> (dostęp: 9.11.2021).
- Ostaszewski K., *Kompendium wiedzy o profilaktyce* [w:] K. Węgrzecka-Gilul, K. Okulicz-Kozaryn (red.), *Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*, Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzczak, na zlec. ETOH Fundacji Rozwoju Profilaktyki, Edukacji i Terapii Problemów Alkoholowych, Warszawa 2010, s. 85.
- Ostaszewski K., *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium” 2015, nr 8, s. 149–150.
- Ostaszewski K., *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2003.
- Piasecka M., *Profilaktyka w szkole* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, M. Piec, *Wzmacnianie współpracy podmiotów edukacji w zakresie profilaktyki*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2021, s. 35–66.
- Piasecka M., *Środowiskowe strategie profilaktyczne jako obszar zainteresowania pedagogiki społecznej. Ewolucja teorii i praktyki pedagogicznej* [w:] A. Kamińska-Małek, P. Oleśniewicz (red.), *Edukacja jutra. Współczesny stan etapów i dziedzin edukacji w Polsce*, Oficyna Wydawnicza „Humanitas”, Sosnowiec 2021, s. 39–49.
- Pospiszyl I., *Patologie społeczne i problemy społeczne*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2021.

- Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006.
- Pytko L., Zacharuk T., *Zaburzenia przystosowania społecznego dzieci i młodzieży. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*, Wydawnictwa Uczelniane Wyższej Szkoły Rolniczo-Pedagogicznej, Siedlce 1995.
- Raylu N.T., Oei T.P., *Pathological gambling: A comprehensive review*, „Clinical Psychology Review” 2002, 22.
- Rowicka M., *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.
- Strategie*, <https://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/strategie,9> (dostęp: 15.11.2021).
- Szczeklik W., Müller M., *Pacjencie, posłuchaj mnie*, „Tygodnik Powszechny” 2022, nr 31(3812), <https://www.tygodnikpowszechny.pl/pacjencie-posluchaj-mnie-176903> (dostęp: 11.10.2022).
- Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
- Szymańska J., Zamecka J., *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki* [w:] G. Świątkiewicz (red.), *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2002, s. 19–25.
- Śliwa S., *Profilaktyka pedagogiczna*, Wydawnictwa Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu, Opole 2015.
- Uzależnienia behawioralne*, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/> (dostęp: 18.08.2022).
- Wilde T.C., Wolfe J., *Badanie procesu terapii uzależnień. Rola niespecyficznych czynników terapii* [w:] P.M. Miller (red.), *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, tłum. E. Józefowicz, red. nauk. pol. przekładu G. Świątkiewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013, s. 41–62.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz.U. z 2019 r., poz. 866.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, Dz.U. z 2017 r., poz. 1217.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, Dz.U. z 2018 r., poz. 2410.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. z 2019 r. poz. 1285 i 1640, z 2020 r., poz. 456, 1641, 1785 i 2155, z 2021 r., poz. 2400.

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 2277.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1373.
- Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, Dz.U. z 2009 r. nr 201, poz. 1540, t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 2094, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe, Dz.U. z 2021 r., poz. 1082 oraz z 2022 r., poz. 655, 1079, 1116 i 1383 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 786.
- Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wraz z uzasadnieniem, https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/293/7116/1/2020_7_dsoz.zip (dostęp: 6.08.2022).
- Zarządzenie Nr 78/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/293/7186/1/2020_78_dsoz.zip (dostęp: 6.08.2022).

4. Metodologia badań własnych w zakresie ewaluacji w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych (Małgorzata Piasecka, Justyna Kusztal, Karolina Piątek)

W niniejszym rozdziale zostały zaprezentowane podstawowe założenia badań własnych, ich cele oraz problematyka badawcza. Określono także metody gromadzenia oraz analizy materiału badawczego.

4.1. Podstawowe założenia, cele oraz problematyka badawcza

Badania opisane w niniejszej publikacji opierają się na metodzie analizy danych zastanych, obejmujących stan dotychczasowej wiedzy teoretycznej i empirycznej dotyczącej ewaluacji w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych¹. *Desk research* jest jedną z metod, obok analizy treści i wtórnej analizy statystycznej (metaanalizy), pracy nad/z danymi zastanymi. Polega ona „[...] na poszukiwaniu danych jakościowych lub ilościowych, które mogą być przydatne z punktu widzenia poruszanej tematu”². W analizie tej wykorzystuje się dane zastane „[...] zawarte w publikacjach, raportach, biuletynach, katalogach, bazach danych lub stronach internetowych”³. Ich gromadzenie, opracowanie, analizy i interpretacje odbywają się przy zachowaniu ściśle określonych procedur.

1 Por. A. Maksymowicz, *Bezpieczne Miasteczko. O potrzebie badań socjologicznych*, „Biuletyn Informacyjny Pracowników AGH” 2004, nr 135, s. 9, http://www.biuletyn.agh.edu.pl/archiwum_bip/archiwum_bip_pdf/pdf_135/_135.pdf (dostęp: 11.10.2022).

2 M. Makowska (red.), *Analiza danych zastanych. Przewodnik dla studentów*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2013, s. 18.

3 Tamże, s. 82.

Zaletą, ale i zarazem trudnością prowadzenia metodologicznie poprawnego badania *desk research*, jest połączenie wszystkich wydobytych danych w jeden spójny raport badawczy, który szczegółowo, rzetelnie i wiarygodnie opisywałby daną problematykę⁴. Badania *desk research* mogą być nazywane przeglądem literatury⁵. Przy pomocy tej metody można opisywać praktykę społeczną, w tym problematykę ewaluacji działań profilaktycznych czy terapeutycznych, a także sytuację prawną jakiegoś podmiotu, wykorzystując przy tym akty normatywne regulujące część życia społecznego.

Dane zastane to wszystkie wytwory powstałe w wyniku produkowania i przetwarzania informacji. Gromadzenie ich i analizowanie to badania niereaktywne. Można je uznać za badania zachowań społecznych niewpływające na te zachowania⁶. Dane zastane pochodzić mogą z różnych źródeł. W metodologii badań społecznych rozumiane są bardzo szeroko, gdyż obejmują właściwie wszystkie, zarówno współczesne, jak i historyczne, dokumenty, archiwa, sprawozdania oraz zestawienia⁷.

W przyjętej koncepcji metodologicznej dane zastane stanowią publicznie dostępne źródła wtórne. Obejmują one publikacje naukowe oraz polskie regulacje normatywne (ustawy, rozporządzenia, zarządzenia, uchwały, inne akty prawa miejscowego) i ich opracowania dotyczące problematyki ewaluacji działań profilaktycznych i terapeutycznych zaburzeń behawioralnych, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem. Zostały wyselekcjonowane za pomocą przeglądu systematycznego. Precyzyjne określenie źródeł danych zastanych jest ważnym założeniem *desk research*.

W trakcie prowadzonych badań wykorzystano dwa źródła: cyfrową bazę publikacji naukowych oraz cyfrową bazę aktów prawnych. Ich wspólnym z kolei źródłem jest przestrzeń internetu. Internet, a właściwie zróżnicowane rodzaje danych ulokowanych w sieci, to źródło danych, do których można dotrzeć za pomocą różnego typu wyszukiwarek. W toku prowadzonych badań wykorzystano wyszukiwarkę EBSCO oraz Lex – polski system informacji prawnej, zawierający kompletne i aktualne informacje ze wszystkich dziedzin prawa.

4 M. Makowska (red.), *Analiza danych zastanych...*, dz. cyt., s. 100–101.

5 Tamże, s. 81; R. Lenart-Gansiniec, *Systematyczny przegląd literatury w naukach społecznych. Przewodnik dla studentów, doktorantów i nie tylko*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2021, s. 30–31.

6 M. Makowska (red.), *Analiza danych zastanych...*, dz. cyt., s. 10.

7 A. Maksymowicz, *Bezpieczne Miasteczko...*, dz. cyt., s. 9, cyt. za: M. Makowska, *Analiza danych zastanych...*, dz. cyt., s. 10.

Inaczej mówiąc, jest to elektroniczna baza profesjonalnej informacji prawniczej, zawierająca akty prawne oraz komentarze, monografie, procedury oraz linie orzecznicze⁸.

Celem poznawczym przeprowadzonych badań była identyfikacja sposobów ewaluacji działań profilaktycznych i terapeutycznych w obszarze zaburzeń behawioralnych, a ściślej: opis i wyjaśnienie procesów badań ewaluacyjnych prowadzonych w obszarze profilaktyki i terapii zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem. Jako że celem badań prowadzonych metodą analizy danych zastanych często bywa też wstępne rozpoznanie „terenu badań” przed przystąpieniem do badań właściwych, w tym miejscu warto zwrócić uwagę, że wyniki analiz podjętych w niniejszych badaniach mogą zostać wykorzystane przez adresatów publikacji do prowadzenia własnych badań ewaluacyjnych. Cel poznawczy jest więc wyraźnie zorientowany na przyszłość, rozpoznanie, opisanie i wyjaśnienie możliwych sposobów prowadzenia ewaluacji interwencji profilaktycznych i terapeutycznych w obszarze zaburzeń behawioralnych.

Celem praktycznym badań prowadzonych w tym projekcie było sformułowanie rekomendacji dla praktyki profilaktyczno-terapeutycznej w zakresie prowadzenia ewaluacji wdrażanych interwencji. Przedmiotem badań były zatem założenia, sposoby, procedury, warunki prowadzenia ewaluacji w obszarze profilaktyki oraz psychoterapii zaburzeń behawioralnych.

Sformułowano następujące pytanie przeglądowe: „W jaki sposób prowadzone są badania ewaluacyjne programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem?”. Pytanie to poddano uszczegółowieniu w następującej kolejności:

1. Jakie rodzaje ewaluacji są prowadzone w odniesieniu do programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem?
2. Jaka jest procedura badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem?
3. Jakie są wytyczne dotyczące obowiązku realizacji ewaluacji zawarte w regulacjach prawnych w Polsce?

W celu znalezienia odpowiedzi na wyżej postawione pytania dokonano przeglądu systematycznego publikacji naukowych oraz aktów prawnych.

8 *Baza informacji prawnej*, Wolters Kluwer, <https://www.wolterskluwer.com/pl-pl/solutions/lex/baza-informacji-prawnej> (dostęp: 30.08.2022).

4.2. Metody gromadzenia i opracowania danych dotyczących badań ewaluacyjnych

W celu znalezienia odpowiedzi na pytania dotyczące rodzajów i procedury prowadzonej ewaluacji programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem dokonano przeglądu systematycznego najnowszych anglojęzycznych publikacji naukowych. Przegląd ten zrealizowano zgodnie ze standardami PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis)⁹. Standardy te służą podnoszeniu jakości metodologicznej i wiarygodności uzyskiwanych i opracowanych danych empirycznych¹⁰.

W przeglądzie systematycznym wykorzystano wyszukiwarkę EBSCO Discovery Service (EDS)¹¹ oraz użyto następującego zestawów słów/fraz kluczowych: *evaluation prevention program addictive behaviours, evaluation prevention program behavioral addiction, outcome evaluation prevention program gambling, outcome evaluation prevention program gaming disorder, process evaluation prevention program gaming, process evaluation prevention program gambling, evaluation methods prevention program gambling, evaluation methods prevention program gaming, evaluation therapy program addictive behaviours, evaluation therapy program behavioral addiction, outcome evaluation therapy program gambling, outcome evaluation therapy program gaming, process evaluation therapy program gaming, process evaluation therapy program gambling*¹², *evaluation methods therapy program gambling, evaluation methods therapy program gaming*. Zastosowano także kryteria kwalifikacji, w tym kryteria włączenia (obejmujące publikacje zakwalifikowane do analizy) oraz kryteria wyłączenia (dyskwalifikujące publikacje z analizy):

-
- 9 Standardy PRISMA są opartym na dowodach naukowych zestawem pozycji podlegających raportowaniu m.in. w przeglądach systematycznych. Zob. PRISMA, <http://prisma-statement.org/> (dostęp 14.05.2022); por. J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 164–169.
 - 10 D. Moher et al., *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement*, „Journal of Clinical Epidemiology” 2009, 62(10), s. 1, <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535> (dostęp: 1.08.2021).
 - 11 Baza o wysokim wskaźniku relewancji zawierająca szeroki zakres publikacji z obszaru nauk społecznych. Zawiera m.in. następujące bazy: Taylor & Francis, SAGE Premier, Wiley Online Library, Springer Link. Zob. *Wykaz unikalnych cech i funkcji wyszukiwarki naukowej EBSCO Discovery Service (EDS)*, s. 1, https://www.weif.uwb.edu.pl/uploads/tiny//Aktualno-%C5%9Bci%20nauka/EDS_wykaz_unikalnych_funkcji.pdf (dostęp: 3.06.2022).
 - 12 Ze względu na dominujące w Polsce rodzaje ewaluacji procesu i wyniku, co po części wynika z ich wskazania i szczegółowego opisu w *Europejskich standardach jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków*, zostały one dodatkowo wyróżnione w słowach/frazach kluczowych poprzez ich bezpośrednie wyszukiwanie.

- kryteria formalne włączenia: artykuły naukowe w recenzowanych czasopi-
smach, książki lub e-booki; artykuły w języku angielskim; publikacje po-
wstałe w latach 2013–2022 (przyjęto rok początkowy 2013 ze względu na
powstanie w tym czasie klasyfikacji chorób DSM-5);
- kryteria merytoryczne włączenia: artykuły, książki, e-booki dotyczące ewa-
luacji programów profilaktycznych i/lub terapeutycznych w zakresie zabu-
rzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem skierowane
do dzieci, młodzieży i osób dorosłych.

Przyjęty zakres czasowy wyszukiwania raportów podstawowych to 1 stycz-
nia 2013 – 22 sierpnia 2022 roku.

W pierwszej kolejności przeprowadzono wyszukiwanie i selekcję materia-
łu badawczego z uwzględnieniem kryteriów kwalifikacji oraz z wykorzysta-
niem wyżej wymienionych słów kluczowych. Otrzymano łącznie 1494 rekordy.
Liczbę rekordów dla poszczególnych słów kluczowych przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Liczba rekordów dla poszczególnych fraz

Słowa kluczowe	Multiwyszukiwarka EBCSO
<i>evaluation prevention program addictive behaviours</i>	142
<i>evaluation prevention program behavioral addiction</i>	419
<i>outcome evaluation prevention program gambling</i>	65
<i>outcome evaluation prevention program gaming disorder</i>	32
<i>process evaluation prevention program gaming</i>	16
<i>process evaluation prevention program gambling</i>	29
<i>evaluation methods prevention program gambling</i>	43
<i>evaluation methods prevention program gaming</i>	53
<i>evaluation therapy program addictive behaviours</i>	57
<i>evaluation therapy program behavioral addiction</i>	449
<i>outcome evaluation therapy program gambling</i>	31
<i>outcome evaluation therapy program gaming</i>	52
<i>process evaluation therapy program gaming</i>	17
<i>process evaluation therapy program gambling</i>	9
<i>evaluation methods therapy program gambling</i>	28
<i>evaluation methods therapy program gaming</i>	52
Razem	1494

Źródło: opracowanie M. Piasecka.

Później dokonano dwukrotnego usunięcia powtórzeń dla poszczególnych
słów/fraz kluczowych, w tym pierwsze zostało zrealizowane automatycznie

przez wyszukiwarke, drugiego natomiast dokonał zespół badawczy. W wyniku usunięcia powtórzeń dla poszczególnych słów/fraz kluczowych otrzymano 929 rekordów (podział na poszczególne zestawy słów kluczy został zaprezentowany w tabeli 12).

Tabela 12. Liczba rekordów dla poszczególnych fraz po dwukrotnym usunięciu powtórzeń

Słowa kluczowe	Liczba rekordów zakwalifikowanych do analizy po usunięciu powtórzeń
<i>evaluation prevention program addictive behaviours</i>	94
<i>evaluation prevention program behavioral addiction</i>	244
<i>outcome evaluation prevention program gambling</i>	24
<i>outcome evaluation prevention program gaming disorder</i>	20
<i>process evaluation prevention program gaming</i>	9
<i>process evaluation prevention program gambling</i>	11
<i>evaluation methods prevention program gambling</i>	24
<i>evaluation methods prevention program gaming</i>	35
<i>evaluation therapy program addictive behaviours</i>	45
<i>evaluation therapy program behavioral addiction</i>	301
<i>outcome evaluation therapy program gambling</i>	20
<i>outcome evaluation therapy program gaming</i>	30
<i>process evaluation therapy program gaming</i>	13
<i>process evaluation therapy program gambling</i>	8
<i>evaluation methods therapy program gambling</i>	18
<i>evaluation methods therapy program gaming</i>	33
Razem	929

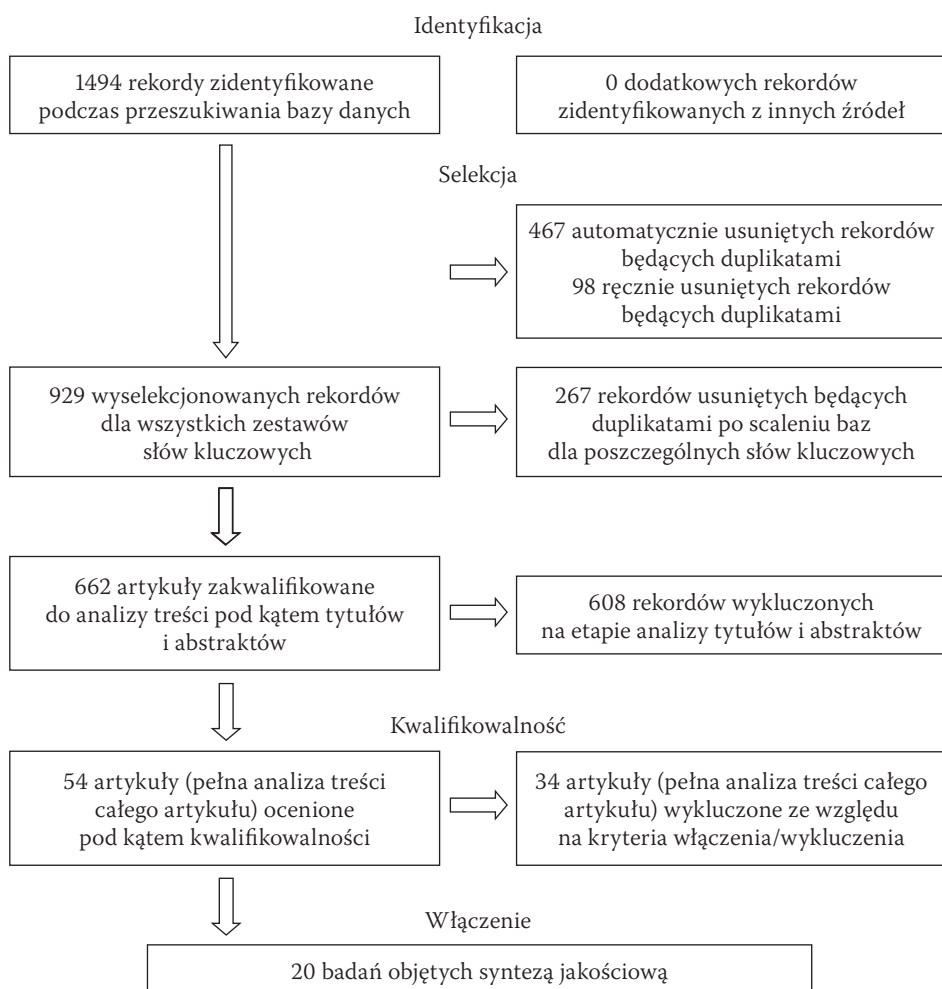
Źródło: opracowanie M. Piasecka.

Następnie połączono bazy dla wszystkich zestawów słów kluczowych i usunięto powtórzenia występujące w poszczególnych bazach, tym samym uzyskując 662 pozycje zakwalifikowane do analizy w zakresie tytułów i streszczeń.

Potem dokonano analizy zgodności tytułów oraz abstraktów z kryteriami włączenia/wyłączenia. Na tym etapie raportowane były dane dotyczące: autora/autorów, roku, źródła publikacji, tytułu, słów kluczy, abstraktu, cyfrowego identyfikatora dokumentu elektronicznego. Do kolejnego etapu zakwalifikowano 54 artykuły spełniające kryteria włączenia.

W dalszym kroku przeprowadzono selekcję pełnych treści artykułów za względu na kryteria włączenia/wyłączenia. Raportowane były: cel badań, pytania/hipotezy badawcze, model badań, grupa badawcza, rodzaj wdrażanej interwencji, wyniki badań, wnioski i implikacje dla praktyki. Z dalszych analiz wykluczono 34 pozycje, w tym 2 artykuły ze względu na brak bezpłatnego dostępu do pełnej wersji oraz 32 niespełniające merytorycznych kryteriów kwalifikacji. Tym samym do syntezy zostało zakwalifikowanych 20 pozycji. Poniżej zamieszczono diagram przepływu informacji przez kolejne etapy przeglądu systematycznego (diagram 1).

Diagram 1. Przepływ danych



Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: D. Moher *et al.*, *Preferred reporting items...*, dz. cyt., s. 1006–1012.

W następnym kroku, ze względu na przyjętą procedurę opracowania danych, zostały wyłonione kategorie wynikające z pogrupowania zebranych danych. Tak stworzono dwie główne kategorie: pierwsza obejmowała ewaluację programów/interwencji profilaktycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem; druga dotyczyła ewaluacji programów terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem.

Zgromadzony materiał poddano syntezie jakościowej ze względu na jego dużą różnorodność. Cechą syntezy jakościowej jest to, że przyjmuje opisowe podejście, aby „opowiedzieć historię” ustaleń z badań. Określenie „synteza jakościowa” odnosi się do procesu syntezy, który może być wykorzystany w przeglądach systematycznych skupiających się na szerokiej gamie pytań, nie tylko tych związanych ze skutecznością konkretnej interwencji¹³. Autorzy publikacji *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme* zidentyfikowali i opisali jej cztery główne elementy: 1) opis konkretnych raportów włączonych do syntezy; 2) opracowanie wstępnej syntezy wyników badań (dotyczy identyfikacji części wspólnych dla poszczególnych raportów, a także identyfikacji rodzajów badań, które były realizowane); 3) rozpoznanie trudności z wdrażaniem badań i ich realizacją dla konkretnych interwencji; 4) konkluzja z syntezy jakościowej materiału, który został zgromadzony oraz rekomendacje dla praktyki¹⁴.

Mając na uwadze wyżej wymienione elementy, niniejsza synteza prowadzona była zgodnie z następującymi etapami. W pierwszej kolejności wykonano opis poszczególnych raportów włączonych do syntezy. Potem została przeprowadzona wstępna synteza wyników badań poprzez identyfikację części wspólnych dla poszczególnych raportów, w tym rozpoznanie rodzajów i procedury badań ewaluacyjnych, które były realizowane. Następnie dokonano rozpoznania trudności związanych z wdrażaniem poszczególnych badań i ich realizacją. Na etapie końcowym podjęto próbę sformułowania konkluzji z syntezy jakościowej zgromadzonego materiału badawczego wraz z opracowaniem

13 J. Popay et al., *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme*, s. 5, April 2006, <https://www.lancaster.ac.uk/media/lancaster-university/content-assets/documents/fhm/dhr/chir/NSsynthesisguidanceVersion1-April2006.pdf> (dostęp: 7.06.2022).

14 Por. tamże; M. Piasecka, Ł. Szwejka, A. Nastazjak, *Systemowe ograniczanie zaburzeń uprawiania hazardu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2022.

rekomendacji dla praktyki profilaktyczno-terapeutycznej w zakresie realizacji badań ewaluacyjnych wdrażanych interwencji¹⁵.

W celu podniesienia jakości analiz pozyskany różnicowany materiał badawczy został poddany syntezie na podstawie wytycznych przeglądu badań jakościowych (Qualitative Research Review Guidelines – RATS: *relevance* – trafność, *appropriateness* – adekwatność, *transparency* – przejrzystość, *soundness* – rzetelność)¹⁶. Zgodnie z tymi wytycznymi powstała lista kontrolna w celu wzmocnienia jakości prowadzonych analiz (tabela 13).

Tabela 13. Wytyczne do przeglądów badań jakościowych – lista kontrolna

Kryterium	Przykładowe pytania kontrolne
Trafność projektu badania	Czy pytanie badawcze dotyczy praktyki klinicznej, zdrowia publicznego lub polityki?
Adekwatność metody jakościowej	Czy metodologia jakościowa jest najlepszym podejściem do celów badania?
Przejrzystość procedur	Czy wybrani uczestnicy badania są najbardziej odpowiednimi osobami, aby zapewnić dostęp do poszukiwanej w badaniu wiedzy? Czy strategia doboru grupy badawczej jest odpowiednia? Rekrutacja Czy rekrutację przeprowadzono z zastosowaniem odpowiednich metod? Czy mógł wystąpić błąd w doborze grupy badawczej? Zbieranie danych Czy gromadzenie danych było systematyczne i kompleksowe? Dlaczego i kiedy przerwano zbieranie danych i czy jest to uzasadnione? Rola badaczy Czy osoby prowadzące badania były odpowiednie? W jaki sposób mogą wpływać na przebieg badania i wyniki? Etyka Czy zwrócono się o świadomą zgodę uczestników na przeprowadzenie badania i czy została ona udzielona? Czy zapewniono anonimowość i poufność uczestnikom? Czy otrzymano zgodę odpowiedniej komisji etyki?

15 Zgodnie z etapami wyróżnionymi w: J. Popay *et al.*, *Guidance on the conduct of narrative synthesis...*, dz. cyt.

16 J.P. Clark, *How to peer review a qualitative manuscript* [w:] F. Godlee, T. Jefferson (eds.), *Peer review in health sciences*, 2 ed., BMJ Books, London 2003, s. 219–235.

Tabela 13. Wytyczne do przeglądów badań jakościowych – lista kontrolna cd.

Kryterium	Przykładowe pytania kontrolne
Rzetelność podejścia interpretacyjnego	Analiza Czy rodzaj analizy jest odpowiedni do rodzaju badania? Czy interpretacje są rzetelnie przedstawione i odpowiednio poparte dowodami? Czy używane są cytaty i czy są one odpowiednie? Czy sprawdzono wiarygodność danych i interpretacji? Dyskusja i prezentacja Czy ustalenia są wystarczająco ugruntowane w ramach teoretycznych lub koncepcyjnych? Czy odpowiednio uwzględniono współczesną wiedzę i wyniki dotychczasowych badań? Czy pojawiające się przeszkody/ograniczenia są przemyślane?

Źródło: opracowanie K. Piątek, M. Piasecka na podstawie: J.P. Clark, *How to peer review a qualitative manuscript*, dz. cyt., s. 219–235; *Qualitative research review guidelines – RATS*, https://bmjopen.bmj.com/content/suppl/2012/01/12/bmjopen-2011-000138.DC1/BMJ_Open_IMG_Physician_Migration_RATS_Checklist.pdf (dostęp: 10.07.2022).

4.3. Metody gromadzenia i opracowania danych dotyczących wytycznych zawartych w regulacjach prawnych w Polsce w zakresie prowadzenia ewaluacji

W celu znalezienia odpowiedzi na postawione trzecie pytanie badawcze: „Jakie są wytyczne dotyczące obowiązku realizacji ewaluacji zawarte w regulacjach prawnych w Polsce?”, dokonano przeglądu systematycznego z wykorzystaniem wyszukiwarki Lex. Wyszukiwanie przeprowadzono 30 sierpnia 2022 roku przy użyciu następującego zestawu słów/fraz kluczowych: „ewaluacja profilaktyki uzależnień”, „ewaluacja terapii uzależnień”, „ewaluacja programu/programów profilaktyki uzależnień”, „ewaluacja programu/programów terapii uzależnień”, „ewaluacja programu/programów profilaktyki i terapii uzależnień”, „profilaktyka uzależnień behawioralnych”, „terapia uzależnień behawioralnych”. Słowa kluczowe zostały dobrane w ten sposób, aby były „czytelne” dla wyszukiwarki aktów normatywnych. Narzędzia, jakie oferuje system Lex, są wrażliwe na terminy charakterystyczne dla języka prawnego, przy czym można również uzyskać zadowalające rezultaty, posługując się słowami z języka potocznego. Kategoria „uzależnienia behawioralne” pojawia się we frazach kluczowych aktów prawnych (nie tylko w ich tytułach) stosunkowo rzadko (dopiero ustawa o zdrowiu publicznym z 2015 roku wprowadziła

formalnie określenie „uzależnienia behawioralne”), termin „ewaluacja” jest zaś wskazywany najczęściej w aktach prawnych dotyczących ewaluacji w resorcie nauki i szkolnictwa wyższego.

Zastosowano kryteria kwalifikacji, w tym kryteria włączenia (obejmujące akty prawne zakwalifikowane do analizy) oraz kryteria wyłączenia (dyskwalifikujące akty prawne z analizy):

- kryteria formalne włączenia: akty prawne w języku polskim obowiązujące na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zarówno powszechnie obowiązujące, jak i należące do prawa miejscowego, akty prawne obowiązujące na dzień 30 sierpnia 2022 roku;
- kryteria merytoryczne włączenia: akty prawne regulujące obowiązek lub zasady dotyczące ewaluacji programów profilaktycznych i/lub terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych skierowane do dzieci, młodzieży i osób dorosłych.

Tabela 14. Liczba rekordów dla poszczególnych fraz – Lex

Słowa kluczowe	Lex – system informacji prawnej
Ewaluacja profilaktyki uzależnień	178
Ewaluacja terapii uzależnień	196
Ewaluacja programu/programów profilaktyki uzależnień	172
Ewaluacja programu/programów terapii uzależnień	176
Ewaluacja programu/programów profilaktyki terapii uzależnień	194
Profilaktyka uzależnień behawioralnych	34
Terapia uzależnień behawioralnych	49
Razem	999

Źródło: opracowanie J. Kusztal.

Tak dobrane słowa/frazy kluczowe oraz specyfika narzędzia gromadzenia zbioru aktów prawnych do analizy zagadnienia obowiązku i warunków ewaluacji działań z obszaru profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych pozwoliły na „ręczne” usunięcie powtórzeń w rezultatach wyszukiwania i uporządkowanie ich zgodnie z hierarchią aktów prawnych.

Analiza formalna umożliwiła wskazanie aktów prawnych w randze ustawy lub rozporządzenia publikowanych w Dzienniku Ustaw RP, zarządzeń ogłaszanych w Monitorze Polskim oraz Dziennikach Urzędowych Ministra Zdrowia, aktów prawa miejscowego drukowanych w dziennikach urzędowych

poszczególnych województw. Ostatecznie po identyfikacji włączono do analizy akty prawne różnej rangi. Po selekcji i etapie kwalifikacji włączono do analizy 14 aktów prawnych powszechnie obowiązujących i trzy akty prawa miejscowego oraz dodatkowo włączono dwa dokumenty formalne, stanowiące zbiory standardów określających sposoby postępowania. Tak zgromadzony zbiór danych pozwolił na opis i interpretację prawem określonych warunków, zasad i procedur ewaluacji działań profilaktycznych i terapeutycznych w obszarze uzależnień behawioralnych.

W analizie i interpretacji podstaw prawnych ewaluacji działań profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych zastosowano praktyczne i użyteczne podejście, a dokonywana wykładnia miała charakter naukowy, niewiążący i ograniczony jedynie do ram niniejszej publikacji. Analiza i interpretacja są niezbędne w procesie stosowania prawa, a podstawą jest tu język prawny (nienaturalny). Język prawny jest językiem sztucznym, dlatego konieczne jest „przełożenie go” na zrozumiały „język naturalny”. Stąd dokonano wykładni gramatycznej. Ponadto w analizie i interpretacji zastosowano także wykładnię systemową i funkcjonalną, co jest wyrazem przyjęcia założenia o racjonalności ustawodawcy, niesprzeczności wewnętrznej systemu prawa oraz jednoznaczności¹⁷.

W prowadzonej analizie wykorzystano założenia realizmu prawnego, przyjmując, że prawo nie jest tylko zbiorem reguł i norm, a raczej zbiorem „[...] faktów, które można zaobserwować u funkcjonariuszy systemu prawnego (urzędników, sędziów i innych)”¹⁸, wydających decyzje administracyjne lub orzeczenia sądowe. Analiza, a w konsekwencji synteza jakościowa¹⁹, której przedmiotem jest problematyka ewaluacji w profilaktyce i terapii uzależnień behawioralnych, przyjmuje za teren badań nie tylko „prawo w księgach” (*law in books*), ale i analizowanie mechanizmów podejmowania decyzji administracyjnych oraz wpływających na nie czynników. Do analizy włączono więc akty prawne powszechne (ustawy i rozporządzenia), uchwały prawa miejscowego, a także statuty szkół i placówek oświatowych, odzwierciedlające praktykę prowadzenia ewaluacji działań profilaktycznych lub terapeutycznych (prawo

17 M. Budyn-Kulik, *Wykładnia* [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Wolters Kluwer, Kraków 2006, s. 92–93.

18 M. Grabarczyk, *Amerykański realizm prawniczy, czyli law in action zamiast law in book* [w:] Ł. Bartosik i in. (red.), *Amerykańska myśl polityczna, ekonomiczna i prawna – zagadnienia wybrane*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe Archae Graph, Poznań – Łódź 2021, s. 109.

19 J. Matera, J. Czapska, *Zarys metody przeglądu systematycznego w naukach społecznych*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014, s. 246–247.

w działaniu – *law in action*)²⁰. Analizę wzbogacają rekomendacje agencji rządowej, odnoszące się do gminnych programów profilaktyki oraz wybrane zapisy kodeksu etycznego psychoterapeuty, czyli katalog standardów zachowań etycznych określających sposób postępowania i zachowania przedstawicieli określonej grupy zawodowej.

Kolejne rozdziały niniejszej publikacji zawierają wyniki badań przeprowadzonych metodą analizy danych zastanych na podstawie przeglądu systematycznego. Zostały one ujęte w formie trzech rozdziałów prezentujących treści dotyczące zagadnień ewaluacji w świetle obowiązujących przepisów prawnych, a także ewaluacji w profilaktyce oraz terapii zaburzeń behawioralnych.

Bibliografia

- Baza informacji prawnej*, Wolters Kluwer, <https://www.wolterskluwer.com/pl-pl/solutions/lex/baza-informacji-prawnej> (dostęp: 30.08.2022).
- Budyn-Kulik M., *Wykładnia* [w:] M. Mozgawa (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Wolters Kluwer, Kraków 2006, s. 92–93.
- Clark J.P., *How to peer review a qualitative manuscript* [w:] F. Godlee, T. Jefferson (eds.), *Peer review in health sciences*, 2 ed., BMJ Books, London 2003, s. 219–235.
- Grabarczyk M., *Amerykański realizm prawniczy, czyli law in action zamiast law in book* [w:] Ł. Bartosik, D. Szlingiert, A. Demenko, J.P. Higgins (red.), *Amerykańska myśl polityczna, ekonomiczna i prawna – zagadnienia wybrane*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe Archae Graph, Poznań – Łódź 2021, s. 105–118.
- Kusztal J., Piasecka M., Nastaszak A., *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
- Lenart-Gansiniec R., *Systematyczny przegląd literatury w naukach społecznych. Przewodnik dla studentów, doktorantów i nie tylko*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2021.
- Makowska M., *Analiza danych zastanych. Przewodnik dla studentów*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa 2013.
- Maksymowicz A., *Bezpieczne Miasteczko. O potrzebie badań socjologicznych*, „Biuletyn Informacyjny Pracowników AGH” 2004, nr 135, s. 9, http://www.biuletyn.agh.edu.pl/archiwum_bip/archiwum_bip_pdf/pdf_135/_135.pdf (dostęp: 11.10.2022).
- Matera J., Czapska J., *Zarys metody przeglądu systematycznego w naukach społecznych*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.
- Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D.G., PRISMA Group, *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement*, „Journal of Clinical Epidemiology” 2009, 62(10), s. 1006–1012, <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2535> (dostęp: 1.08.2021).

20 Por. M. Grabarczyk, *Amerykański realizm prawniczy, czyli law in action zamiast law in book*, dz. cyt., s. 109.

- Piasecka M., Szwejka Ł., Nastazjak A., *Systemowe ograniczanie zaburzeń uprawiania hazardu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2022.
- Popay J., Roberts H., Sowden A., Petticrew M., Arai L., Rodgers M., Britten N., Roen K., Duffy S., *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme*, April 2006, <https://www.lancaster.ac.uk/media/lancaster-university/content-assets/documents/fhm/dhr/chir/NSsynthesisguidanceVersion1-April2006.pdf> (dostęp: 7.06.2022).
- PRISMA, <http://prisma-statement.org/> (dostęp: 14.05.2022).
- Qualitative research review guidelines – RATS*, https://bmjopen.bmj.com/content/suppl/2012/01/12/bmjopen-2011-000138.DC1/BMJ_Open_IMG_Physician_Migration_RATS_Checklist.pdf (dostęp: 10.07.2022).
- Wykaz unikalnych cech i funkcji wyszukiwarki naukowej EBSCO Discovery Service (EDS)*, https://www.weif.uwb.edu.pl/uploads/tiny//Aktualno%C5%9Bci%20nauka/EDS_wykaz_unikalnych_funkcji.pdf (dostęp: 3.06.2022).

5. Prawne i organizacyjne aspekty ewaluacji w profilaktyce i terapii uzależnień behawioralnych (Justyna Kuształ)

Rozdział obejmuje analizę i syntezę jakościową regulacji prawnych dotyczących obowiązku i zasad prowadzenia ewaluacji działań profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych. Akty prawne zostały wyselekcjonowane i włączone do analizy w wyniku przeglądu systematycznego prowadzonego za pomocą narzędzi systemu informacji prawnej Lex. Synteza jakościowa, której przedmiotem są analizowane i zinterpretowane przepisy, została wzbogacona o rekomendacje agencji rządowej oraz zapisy kodeksów etyki psychoterapeuty. Treść podrozdziałów stanowią analizy i syntezy aktów prawnych obowiązujących w pionie ochrony zdrowia, w systemie oświaty oraz w kształceniu specjalistów. Rozdział kończą rekomendacje dla praktyki legislacyjnej w zakresie uregulowań prawnych ewaluacji w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych.

5.1. Ewaluacja działań profilaktycznych i terapeutycznych w pionie ochrony zdrowia

Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym, czyli profilaktyka i terapia, nie jest w RP uregulowana w sposób klarowny i jednoznaczny, co jest naturalną konsekwencją wprowadzenia terminu „uzależnienia behawioralne” do języka prawnego dopiero w ostatnich latach.

Ustawa o zdrowiu publicznym z 2015 roku¹ wymienia uzależnienia behawioralne w rozdziale 2a „Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami”, w którym zadania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom

¹ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1608.

behawioralnym powierza Krajowemu Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (dalej: Centrum)². Na mocy ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym³ wśród zadań Centrum wymienia się

[...] dokonywanie okresowych ocen programów profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych pod względem ich skuteczności w zakresie ograniczenia używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych⁴.

Choć ustawa nie wymienia uzależnień behawioralnych, należy w perspektywie systemowej i funkcjonalnej rozszerzyć to zadanie także i na nie. Ponadto wśród zadań Centrum, na podstawie których można wnioskować o obowiązku ewaluacji, warto wskazać na: prowadzenie działań, które zmierzają do podnoszenia jakości oddziaływań profilaktycznych kierowanych do dzieci i młodzieży; opracowywanie standardów i rekomendacji w zakresie profilaktyki używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych, a także leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych; monitorowanie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzależnień oraz monitorowanie i inicjowanie działań, które zwiększają skuteczność i dostępność leczenia uzależnień⁵.

Istotne miejsce w perspektywie profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych zajmuje Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych (dalej: FRPH)⁶. Środki finansowe FRPH przeznaczone są na: prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej; różnorodne działania w ramach profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu i innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych; „prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych”; „zwiększanie kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia

2 „Art. 8a. 1. Działalność w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami prowadzi Centrum. 2. Centrum jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia”. Tamże.

3 Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2021 r., poz. 2469.

4 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, dz. cyt., art. 8b, pkt 21.

5 Tamże, art. 4 ust 2 pkt 7 i 8b pkt 5, 6, 10, 11, 19.

6 Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 888, poz. 1301, poz. 1751, art. 88 ust. 4; Ustawa z dnia 26 maja 2011 r. o zmianie ustawy o grach hazardowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. nr 134, poz. 779, art. 1 pkt 26.

uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych [behawioralnych, przyp. aut.] dla osób uzależnionych lub ich bliskich”⁷. Wyżej wymieniony akt prawny wśród zadań realizowanych ze środków FRPH nie wymienia ewaluacji lub nadzoru nad prowadzoną ewaluacją działań profilaktycznych czy terapeutycznych realizowanych przez podmioty ubiegające się o finansowanie swoich działań ze środków Funduszu, natomiast standardy jakości profilaktyki uzależnień zalecają ewaluację działań profilaktycznych⁸. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnień zaś ma na uwadze podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych i służących temu standardów, o czym niejednokrotnie przekonują się wnioskodawcy. Obowiązek ewaluacji nie jest zatem wpisany do ustawy, ale wnioski o realizację zadań z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych zawierają wymóg opisanie sposobów ewaluacji.

Można uznać, że obowiązek ewaluacji działań profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych regulowany jest przez prawo. Jednakże regulacje prawne obowiązujące w Polsce nie zawsze bezpośrednio wskazują na obowiązek danego podmiotu realizującego zadania profilaktyczne czy terapeutyczne. Czasem instytucja lub podmiot prowadzący praktykę profilaktyczną lub terapeutyczną będzie się stosował do zasad prowadzenia skutecznych programów profilaktyki i ochrony zdrowia przyjętych w danym obszarze, choćby uwzględniając standardy jakości programów profilaktycznych⁹.

Profilaktyka uzależnień behawioralnych jest jednym z zadań w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025¹⁰, w którym określono profilaktykę uzależnień jako cel operacyjny programu. Już Narodowy Program Zdrowia (dalej: NPZ) na lata 2016–2020 wśród celów operacyjnych wymieniał zapobieganie uzależnieniom behawioralnym obok zapobiegania uzależnieniom od substancji (nikotyna, alkohol, narkotyki). W „Wykazie zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień” wymieniono między innymi „[p]rowadzenie badań dotyczących uzależnień behawioralnych oraz monitorowanie i ewaluację podejmowanych działań”¹¹. Podmioty odpowie-

7 Por. Ustawa z dnia 26 maja 2011 r. o zmianie ustawy o grach hazardowych..., dz. cyt., art. 1 pkt 26.

8 *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, red. pol. J. Węgrzecka-Giluiń, A. Malczewski, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2011.

9 Tamże.

10 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz.U. z 2021 r., poz. 642.

11 Tamże, rozdział VIII.

działne za realizację tego zadania to Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz podmioty wybrane przez jednostkę podległą Ministerstwu Zdrowia właściwą w sprawie uzależnień – obecnie Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, jako zadanie własne, dofinansowane w trybie konkursowym ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Ponadto wśród zadań wspierających cele operacyjne NPZ ustawa wymienia:

Gromadzenie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku oraz sporządzanie raportów z realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w oparciu o dane gromadzone od realizatorów tych zadań, wraz z ewaluacją¹².

W rozdziale XI Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 określono wskaźniki i sposób monitorowania i ewaluacji NPZ, należy więc wnioskować o obowiązku prowadzenia tych czynności w związku z realizacją zadań w zakresie profilaktyki uzależnień behawioralnych. Podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ewaluacja jest prowadzona w trakcie całego czasu realizacji NPZ. Program przewiduje, że monitorowanie zadań i ich efektów będzie prowadzone na podstawie wskaźników gromadzonych w ramach systemu statystyki publicznej, systemu monitorowania rozwoju, danych dotyczących chorobowości szpitalnej, danych o przyczynach zgonu, a także informacji gromadzonych przez realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych w NPZ. Zaproponowane wskaźniki powinny być gromadzone i prezentowane w rozbiciu na wiek i płeć w przypadku dostępności danych¹³.

Na mocy wymienionej ustawy o zdrowiu publicznym zadania z zakresu zdrowia publicznego realizowane są przez organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne (w tym agencje wykonawcze), a także jednostki samorządu terytorialnego¹⁴. Zadania z zakresu zdrowia publicznego są też wykonywane przez organizacje pozarządowe i inne podmioty publiczne lub indywidualne. Jednostki samorządu terytorialnego w wypełnianiu zadań z zakresu zdrowia publicznego są zobowiązane do współpracy na przykład z wojewodą czy samorządem województwa oraz Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w spełnianiu zadań w ramach profilaktyki uzależnień, które wynikać mogą z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu

12 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia, dz. cyt., rozdział X.

13 Tamże, rozdział XI.

14 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, dz. cyt., art. 3 ust 1.

alkoholizmowi¹⁵, w zgodzie z gminnym lub regionalnym programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii¹⁶. Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii określone w NPZ. Jego elementem mogą być zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym. Gminny program jest realizowany przez ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych¹⁷.

Przykładem takiego programu może być krakowski Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2022¹⁸. Wśród zadań szczegółowych realizujących cele operacyjne programu w ramach celu nr 1 znajdują się: prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii i przemocy w rodzinie, informowanie o dostępności usług terapeutycznych i pomocowych dla osób uzależnionych i ich rodzin oraz prowadzenie powszechnej edukacji o szkodliwości alkoholu i innych substancji uzależniających oraz zagrożeniu uzależnieniami behawioralnymi (hazard, internet). Za realizację tego zadania odpowiedzialne jest Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie oraz inne organizacje, instytucje i jednostki, niewymienione podmiotowo w programie. Wskaźnikami realizacji tego zadania są zgodnie z programem: liczba programów/kampanii, liczba odbiorców, ilość wykonanych materiałów, ilość zakupionych materiałów. Program nie zawiera informacji o obowiązku czy sposobach ewaluacji wykonania zadań składających się na cele operacyjne programu, aczkolwiek, zakładając, że realizacja programu podlega formalnemu nadzorowi i kontroli ze względu na wydatkowanie środków publicznych, wymaga raportów i sprawozdań. Wskaźniki ewaluacji, określone jako liczba programów czy liczba uczestników, są właśnie przykładem na konieczność dokonania ewaluacji działań określonych w gminnym programie¹⁹.

15 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1119 z późn. zm.

16 Tamże, art. 4(1).

17 Tamże, art. 4(1) ust. 2.

18 Uchwała Nr LXXXI/2299/22 Rady Miasta Krakowa z dnia 30 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2022, https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=167&sub_dok_id=167&sub=uchwala&query=id%3D26369%26typ%3Du (dostęp: 3.09.2022).

19 Załącznik do Uchwały NR LXXXI/2299/22 Rady Miasta Krakowa..., dz. cyt., s. 73.

Analiza zgromadzonych, w wyniku przeglądu systematycznego, aktów prawnych nie pozwoliła na sformułowanie wniosków o obecności zapisów o ewaluacji działań prowadzonych w zakresie uzależnień behawioralnych. Jest to konsekwencją obecnego stanu prawnego, gdyż uzależnienia behawioralne wpisane zostały do NPZ na lata 2021–2025, projekty zaś gminnych programów powstawały wcześniej, a same gminne strategie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalane mogą być na dłuższe okresy. Tym samym dostępne akty prawne, takie jak przyjmowane uchwałą organów władzy lokalnej gminne czy miejskie programy, tworzone na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi²⁰, ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie²¹ czy ustawy o zapobieganiu narkomanii²², nie zawierają zapisów dotyczących ewaluacji działań profilaktycznych w zakresie uzależnień behawioralnych. Natomiast *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2022 roku*²³, wydane przez funkcjonującą jeszcze wówczas Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, które nie są aktem normatywnym, zawierają wskazania do konstruowania i realizowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Rekomendacje wydane w 2021 roku (obecnie już nieaktualne ze względu na zmianę stanu prawnego) zawierały wyjaśnienie:

Należy jednak pamiętać, że finansowanie z powyższych środków zadań wynikających z art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (wpisanych lub niewpisanych do gminnego programu) może dotyczyć tylko działań związanych z przeciwdziałaniem negatywnym skutkom spożywania alkoholu, a zatem ani zadania związane z przeciwdziałaniem narkomanii, ani z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym (jeśli w życie wejdzie projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 1631, przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym będzie mogło stać się elementem gminnych programów) nie będą mogły być z tych środków finansowane²⁴.

20 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, dz. cyt.

21 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1249.

22 Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2050 z późn. zm.

23 Por. podrozdział 5.3.

24 *Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2022 roku*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2021, s. 134, <https://www.parpa.pl/images/file/Rekomendacje2022.pdf> (dostęp: 12.10.2022).

Wyselekcjonowane w przeglądzie systematycznym akty prawa miejscowego jedynie w niewielu miejscach zawierają zapisy o obowiązku prowadzenia ewaluacji działań profilaktycznych. Przykładem na obecność obowiązku ewaluacji działań profilaktycznych jest Gminny Program Wspierania Rodziny w Piasecznie, w którym – w rozdziale dotyczącym sposobu monitorowania programu i ewaluacji – wskazano:

W ramach jego realizacji będą gromadzone informacje oraz dane, które pozwolą na ocenę postępów, wskażą dalsze potrzeby i zweryfikują działania, które mają dać informację zwrotną, pozwalającą na określenie i wprowadzenie dodatkowych zmian w programie²⁵.

Natomiast Gminny Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie, obejmujący również zapobieganie problemom związanym z przemocą w rodzinie, a wśród nich uzależnieniom i uzależnieniom behawioralnym, zawiera zapisy dotyczące monitoringu i ewaluacji:

[...] monitorowaniem realizacji Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie na lata 2019–2022 zajmuje się Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Policznie. Monitoring Programu ma służyć sprawdzeniu, czy planowane rezultaty i działania zostały zrealizowane, a także umożliwi opracowanie dalszych przedsięwzięć oraz działań korygujących. Program ma charakter otwarty i długofalowy i będzie podlegał ewaluacji w zależności od rozpoznanych potrzeb. Ewaluacja Programu powinna dostarczyć odpowiedzi na pytania: jaka jest jego trafność, skuteczność, użyteczność i efektywność²⁶.

Obowiązek prowadzenia ewaluacji wynika też z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷. Program polityki zdrowotnej²⁸, którego przedmiotem może być między innymi profilaktyka lub

25 Uchwała Nr 1010/L/2022 Rady Miejskiej w Piasecznie z dnia 23 marca 2022 r. w sprawie uchwalenia Gminnego Programu Wspierania Rodziny, Dz. Urz. Województwa Mazowieckiego z 2022 r., poz. 3729.

26 Uchwała nr IV/24/2018 Rady Gminy Policzna z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie na lata 2019–2022, Dz.Urz. Województwa Mazowieckiego z 2019 r. poz. 87.

27 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.

28 „[...] program polityki zdrowotnej – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej

terapia uzależnień behawioralnych, powinien określać sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej, wymagany zaś ustawą raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej powinien zawierać między innymi wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej oraz koszty realizacji programu polityki zdrowotnej²⁹. Przykładem takiego programu jest pilotażowy program oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych i ich rodzin³⁰. Rozporządzenie dotyczy dzieci i młodzieży przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia. Program taki jest wdrażany, finansowany, monitorowany i poddawany ewaluacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia (jako projekt badawczy ze środków FRPH na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom). Końcowy raport, który zostanie przedstawiony ministrowi zdrowia, powinien uwzględniać analizę i ocenę wskaźników realizacji programu pilotażowego a także wyniki badania ewaluacyjnego tego programu, prowadzonego przez podmiot zewnętrzny na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom³¹.

Kolejnym przykładem jest program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego³², który reguluje kwestie dotyczące planu terapii i zdrowienia w ramach świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i dziennych, obejmujących między innymi świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne czy konsultacje specjalistyczne czy działania edukacyjno-konsultacyjne³³. W programie tym określono zasady wdrażania planu terapii i zdrowienia³⁴, który podlega obowiązkowej ewaluacji przynajmniej raz

grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego". Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej..., dz. cyt., art. 5 pkt 29a.

29 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej..., dz. cyt., art. 48a pkt 2.

30 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, Dz.U. z 2021 r., poz. 2253, z 2022 r., poz. 1487.

31 Tamże, § 15.

32 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2086 z późn. zm., § 15 ust. 1 pkt 1a, § 15a.

33 Tamże, § 8, 9, 10.

34 Tamże, § 15a. W § czytamy:

„1. Plan terapii i zdrowienia, o którym mowa w § 15 ust. 1 pkt 1a:

1) sporządza się na potrzeby określenia indywidualnego postępowania terapeutycznego i innych związanych z nim oddziaływań na rzecz świadczeniobiorcy;

w roku. Podmiotem odpowiedzialnym za proces okresowej ewaluacji jest koordynator opieki, którego zadania reguluje wymienione rozporządzenie. Nie określono jednak ani warunków, ani trybu ewaluacji programu.

Mając na uwadze dynamiczny stan prawny w przedmiocie terapii uzależnień behawioralnych i wynikającą z niego nieobecność uzależnień behawioralnych w aktach prawnych, warto wskazać na zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu³⁵. W rozporządzeniu określono zadania wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia i współuzależnienia³⁶ (dalej: WOTUW), do których należy:

- 1) monitorowanie funkcjonowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w zakresie dostępności świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu na terenie województwa;
- 2) ocena jakości świadczeń stacjonarnych i całodobowych oraz ambulatoryjnych w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu udzielanych na terenie województwa oraz przygotowanie wniosków i zaleceń w tym zakresie, w tym dotyczących podjęcia doskonalenia zawodowego pracowników placówek³⁷.

W praktyce terapeutycznej obecnie WOTUW realizować może świadczenia z zakresu leczenia uzależnień behawioralnych, stąd należy wnioskować o jego zobowiązaniach dotyczących prowadzenia działań w celu podnoszenia jakości świadczeń terapeutycznych. Takim działaniem jest monitorowanie i ocena jakości tych świadczeń. Zapisy rozporządzenia zobowiązują podmioty lecznicze (wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu) do

-
- 2) zawiera w szczególności listę podstawowych problemów zdrowotnych i społecznych, celów podejmowanych działań oraz planowanych metod ich osiągnięcia;
 - 3) sporządza zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, w skład którego wchodzi co najmniej lekarz i koordynator opieki, o którym mowa w § 17 ust. 1;
 - 4) jest dołączany do dokumentacji medycznej, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 3, albo do historii zdrowia i choroby prowadzonej przez podwykonawcę;
 - 5) podlega okresowej ewaluacji przez zespół, o którym mowa w pkt 3, nie rzadziej jednak niż raz w roku”.
- 35 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, Dz.U. z 2018 r., poz. 2410, t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1862 z późn. zm.
- 36 Tamże, w związku z art. 22 ust. 1 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, dz. cyt.
- 37 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów..., dz. cyt., § 11.

[...] wdrażania standardów i procedur terapeutycznych oraz podnoszenia kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń medycznych, a także monitorowania efektów terapii³⁸.

Otwarte pozostaje pytanie o ewaluację programów terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych realizowanych w ramach indywidualnej praktyki terapeutycznej. O obowiązku ewaluowania swoich działań terapeutycznych można wnioskować na podstawie zapisów kodeksów etycznych³⁹. Związek Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii gromadzi pochodzące z kodeksów etycznych zrzeszonych szkół psychoterapeutycznych zasady etyczne pracy psychoterapeuty, a wśród nich ważne, ze względu na ewaluację działań terapeutycznych, wydaje się szczególnie „[p]rzyczynianie się do podnoszenia standardów w prowadzeniu psychoterapii i upowszechniania rzetelnej wiedzy na jej temat”⁴⁰.

5.2. Ewaluacja działań profilaktycznych w świetle regulacji prawa oświatowego

Do analizy w wyniku przeglądu systematycznego zostały włączone akty prawne regulujące ewaluację w obszarze prawa oświatowego.

Szkoły i placówki oświatowe na mocy ustawy Prawo oświatowe z 2016 roku w swojej działalności edukacyjnej, wychowawczej i opiekuńczej mają obowiązek stwarzać uczniom warunki do harmonijnego rozwoju psychofizycznego poprzez aktywne działania prozdrowotne⁴¹. Wśród tych działań mieści się działalność profilaktyczna, przy czym ustawa nie precyzuje sposobu jej prowadzenia. Jednocześnie w ustawie wyraźnie akcentuje się obowiązek podjęcia przez szkołę działań zabezpieczających uczniów przed dostępem do

38 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów..., dz. cyt., § 13 ustęp 3.

39 „Kodeks Zasad Etycznych Związku Stowarzyszeń Polska Rada Psychoterapii (PRP) to zbiór podstawowych wytycznych dla organizacji zrzeszonych w PRP. Każda z organizacji posiada własny szczegółowy kodeks etyczny uwzględniający zasady sformułowane w niniejszym kodeksie”. *Zasady etyczne*, Polska Rada Psychoterapii, <https://prp.org.pl/zasady-etyczne/> (dostęp: 3.09.2022); por. rozdział 1 publikacji.

40 Tamże; por. podrozdział 1.1.

41 Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, Dz.U. z 2021 r., poz. 1082 z późn. zm. art. 10.

treści internetowych, które mogą stanowić zagrożenie dla prawidłowego rozwoju uczniów⁴².

Funkcja profilaktyczna szkoły jest opisana w podstawie programowej⁴³, wskazującej na treści profilaktyczne w kształceniu i wychowaniu. Jak pokazano wyżej, obowiązek działań profilaktycznych w szkole zawiera ustawa Prawo oświatowe z 2016 roku, która zobowiązuje szkoły i placówki oświatowe do prowadzenia programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły lub placówki oświatowej. Program taki, oparty na corocznej diagnozie potrzeb uczniów, czynników ryzyka i czynników chroniących, zawierać powinien treści i działania skierowane do uczniów, ich rodziców i nauczycieli, przy czym ustawa nie dookreśla, czy i w jaki sposób program winien być poddawany ewaluacji. Co interesujące „wzór programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły”, dostępny w Systemie Informacji Prawnej Lex i na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej i Szkolnictwa Wyższego, a także schemat arkusza sprawozdawczego (tam zamieszczony) nie zawierają informacji o ewaluacji programu profilaktycznego. Strona internetowa ministerstwa zawiera jedynie zapis, że wnioski z ewaluacji programu z poprzedniego roku szkolnego powinny być uwzględnione w programie wychowawczo-profilaktycznym w danym roku szkolnym⁴⁴. Dokument ten nie jest źródłem prawa, aczkolwiek wobec inflacji aktów normatywnych różnej rangi w prawie oświatowym nie dziwi fakt umieszczenia takiej informacji na stronie internetowej zamiast w akcie prawa oświatowego.

Obowiązek ewaluacji programu wychowawczo-profilaktycznego może być opisany w statucie szkoły lub placówki oświatowej⁴⁵. Statut może zawierać regulacje, które odnoszą się do obowiązku prowadzenia przez szkołę lub placówkę oświatową programu wychowawczo-profilaktycznego. Analiza aktów prawa miejscowego, na przykładzie wyselekcjonowanej w przeglądzie systematycznym uchwały w sprawie przyjęcia statutu szkoły podstawowej, zawiera opis zadań nauczycielskiego zespołu problemowo-zadaniowego, wśród

42 Tamże, art. 27.

43 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej, Dz.U. z 2017 r., poz. 356 z późn. zm.

44 *Ramowy schemat programu wychowawczo-profilaktycznego*, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.gov.pl/web/cea/ramowy-schemat-programu-wychowawczo-profilaktycznego> (dostęp: 27.10.2022).

45 Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, dz. cyt., art. 98.

których znajduje się opracowanie i ewaluacja programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły⁴⁶.

Działania profilaktyczne prowadzone są w szkołach i placówkach oświatowych obok działań wychowawczych, edukacyjnych i informacyjnych na mocy obowiązującego do dziś Rozporządzenia 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 narkomanii⁴⁷. Działania te winny być realizowane w ramach profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej w różnych przewidzianych prawem formach⁴⁸, przy czym ten akt prawny nie zawiera żadnych zapisów odnoszących się do konieczności bądź dobrowolności prowadzenia ewaluacji takich działań. Można wnioskować na podstawie brzmienia art. 1 ust. 2 rozporządzenia, że skoro działalność edukacyjna, wychowawcza, informacyjna i profilaktyczna

[...] obejmuje działania uprzedzające oparte na naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności mające 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 społecznego⁴⁹,

to powinna ona być poddawana ewaluacji, gdyż tego wymaga oparcie na podstawach naukowych lub oparcie na programach o potwierdzonej skuteczności⁵⁰. W sytuacji gdy szkoły i placówki oświatowe korzystają z rekomendowanych programów profilaktycznych, można przyjąć, że programy te, realizowane przez podmioty zewnętrzne lub specjalistów z danej szkoły

46 Uchwała Nr XXXV-291-2018 Rady Gminy Sułoszowa z dnia 2 lutego 2018 roku w sprawie przyjęcia statutu Szkoły Podstawowej nr 2 im. Batalionów Chłopskich w Sułoszowej, Dz. Urz. Województwa Małopolskiego z dnia 5 marca 2018 r., poz. 1542.

47 Rozporządzenie 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, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1449.

48 Tamże, § 5 i 7.

49 Tamże, § 1 pkt 2.

50 A. Barczykowska, S. Dzierżyńska-Breś, *Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice)*, „Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)” 2013, nr 4, s. 132.

czy placówki, poddawane są ewaluacji zgodnie z ich założeniami⁵¹. Autorzy *Rekomendacji dla realizacji i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2022 roku* wskazują, że podczas rozpatrywania różnych ofert, wniosków konkursowych lub próśb ze strony placówek oświatowych nie należy sugerować się jedynie ceną, wielkością grupy objętej oddziaływaniem, ale przede wszystkim jakością oferty. Wskaźnikiem najważniejszym decydującym o jakości programu powinna być bowiem jego skuteczność, która została udowodniona w przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych. Jednakże niewiele dostępnych powszechnie programów może się legitymować wnioskami z ewaluacji wyniku, należy wziąć pod uwagę inne kryteria, takie jak: czas trwania zajęć, przygotowanie osób prowadzących, udział rodziców oraz jakość materiałów wykorzystywanych w programie profilaktycznym⁵².

5.3. Kompetencje profilaktyka i terapeuty w zakresie ewaluacji

W przeglądzie systematycznym wyselekcjonowano i zakwalifikowano do analizy regulacje prawne dotyczące nabywania wiedzy i umiejętności prowadzenia ewaluacji wśród nauczycieli i specjalistów w szkołach i placówkach oświatowych. Zagadnienia te są obecne w prawie oświatowym.

Od wielu lat w środowisku profilaktyków i terapeutów uzależnień, a także pedagogów trwają dyskusje nad usankcjonowaniem prawnym kwalifikacji specjalisty w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych. W kontekście zmian dotyczących statusu prawnego psychoterapeuty⁵³ uregulowania statusu specjalisty profilaktyka wydają się naturalną konsekwencją. Autorzy *Rekomendacji dla realizacji i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2022 roku* stwierdzają jednoznacznie, że obecnie nie ma żadnych prawnych standardów określających kompetencje realizatorów programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży.

51 *Programy rekomendowane*, www.programyrekomendowane.pl (dostęp: 3.09.2022); por. także: *Bank Programów Profilaktycznych*, 20.07.2022, <https://www.ore.edu.pl/2011/03/bank-programow-profilaktycznych/> (dostęp: 3.09.2022); M. Borkowska-Żebrowska i in., *Bezpieczny uczeń w Krakowie – analiza zasobów środowiskowych w zakresie profilaktyki w szkole*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2020, rozdział 3 i 4, s. 89–150.

52 Por. *Rekomendacje dla realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki...*, dz. cyt., s. 66.

53 Por. podrozdział 3.4. publikacji.

W celu poprawy jakości wprowadzanych programów i ustalenia kompetencji uniwersalnych i specjalistycznych⁵⁴ w zakresie profilaktyki podejmowane są prace nad programem potwierdzania kwalifikacji zawodowych, które mogłyby zmierzać do wdrożenia procedur certyfikacji w zakresie profilaktyki uzależnień⁵⁵.

Wśród działań rekomendowanych do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych autorzy rekomendacji wymieniają

[p]rowadzenie działań związanych z ewaluacją (wewnętrzną i zewnętrzną) programów pomocy dla dzieci z rodzin alkoholowych oraz programów badawczych dotyczących psychospołecznego funkcjonowania dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Stała refleksja nad prowadzonymi działaniami i korzystanie z wiedzy pochodzącej z badań zwiększa szansę na ich dobrą jakość⁵⁶.

Programy profilaktyki, które zostały zaplanowane do realizacji w celu ograniczania zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży w świetle rekomendacji z 2021 roku, powinny zawierać jasne informacje,

[...] na jakim poziomie jest to oddziaływanie, jaka jest grupa docelowa (wiek), jakie są jego zakładane cele, wykorzystywane strategie oraz sposób ewaluacji⁵⁷.

W przypadku realizacji programów autorzy rekomendacji zalecają prowadzenie badań, zwłaszcza związanych z diagnozą zachowań problemowych, używaniem substancji psychoaktywnych i ewaluacją ich skuteczności. W dokumencie stwierdza się, że

[...] podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań i wyeliminowanie ewentualnych błędów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jedynie jako instrument kontroli instytucji nadzorujących, ale jako wsparcie realizatorów. Trzeba ją dostosować do możliwości i potrzeb szkoły czy innych realizatorów programu. Warto wykorzystywać jakościowe metody zbierania danych (i ograniczać nadmierne ankietowanie uczniów), czyli informacje i refleksje na temat odbioru działań profilaktycznych poprzez jego realizatorów i odbiorców (uczniowie, rodzice)⁵⁸.

54 Por. J. Kusztal, *Prawne podstawy profilaktyki uzależnienia od hazardu w Polsce* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 82–98.

55 Por. *Rekomendacje dla realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki...*, dz. cyt., s. 66.

56 Tamże, s. 49.

57 Tamże, s. 58.

58 Tamże, s. 72.

Ponadto autorzy rekomendacji wyrażają następujące stanowisko:

Ze względu na podnoszenie jakości prowadzonych działań władze samorządowe powinny zachęcać autorów programów profilaktycznych do przeprowadzania badań ewaluacyjnych, ułatwiać ich realizację w wymiarze finansowym i organizacyjnym czy też zachęcać do zgłaszania programów do bazy programów rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego. Dla zapewnienia wysokiej jakości badań ewaluacyjnych wskazane jest nawiązywanie współpracy z ośrodkami naukowymi i profesjonalnymi badaczami⁵⁹.

Rekomendacje do realizacji i finansowania gminnych programów dotyczą też kandydatów na członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, i tak wiedza o skutecznych strategiach profilaktycznych, wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących, wiedza z zakresu profilaktyki szkolnej, środowiskowej i rodzinnej, standardach programów profilaktycznych oraz ich ewaluacji powinna stanowić treści podstawowego szkolenia dla kandydatów na członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych⁶⁰.

Wracając do regulacji prawnych dotyczących obowiązku prowadzenia ewaluacji w profilaktyce czy terapii uzależnień behawioralnych, należy wskazać jeszcze na standardy kształcenia nauczycieli z 2019 roku⁶¹ wyselekcjonowane w przeglądzie systematycznym aktów prawnych przy wykorzystaniu wyszukiwarki Lex. Nauczyciele i pedagodzy prowadzący zajęcia zobowiązani są do realizowania działań profilaktycznych w ramach programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły lub placówki oświatowej na mocy wymienionej ustawy Prawo oświatowe z 2016 roku⁶² oraz rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii⁶³. Akty te nie regulują kompetencji nauczycieli czy specjalistów szkolnych (pedagogów, psychologów, socjoterapeutów) do prowadzenia ewaluacji tych działań. Wiedza o ewaluacji

⁵⁹ Tamże, s. 71.

⁶⁰ Tamże, s. 121.

⁶¹ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 890.

⁶² Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, dz. cyt., art. 26.

⁶³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2015 r. w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej..., dz. cyt.

w profilaktyce znajduje się w efektach uczenia się w zakresie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela. W ogólnych efektach uczenia się w zakresie umiejętności standardy zakładają, że absolwent potrafi

[...] projektować i realizować programy wychowawczo-profilaktyczne w zakresie treści i działań wychowawczych i profilaktycznych skierowanych do uczniów, ich rodziców lub opiekunów i nauczycieli⁶⁴.

Natomiast w zakresie szczegółowych efektów uczenia się standardy zakładają, że absolwent zna i rozumie

[...] rolę profilaktyki i promocji zdrowia: sposoby konstruowania szkolnych programów profilaktycznych, zasady promocji i ochrony zdrowia uczniów, edukacji zdrowotnej oraz udzielania pierwszej pomocy, zagadnienia związane z promowaniem rozwoju fizycznego i zdrowia psychicznego (kształtowanie odporności emocjonalnej, prowadzenie treningów interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem, zarządzania własnymi emocjami), profilaktyką uzależnień, zapobieganiem zjawiskom dyskryminacji, agresji i przemocy oraz sposoby interwencji w sytuacjach konfliktowych (prowadzenie mediacji) i kryzysowych (interwencja kryzysowa)⁶⁵.

Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela pedagoga specjalnego, nauczyciela logopedy i nauczyciela prowadzącego zajęcia wczesnego wspomagania rozwoju dziecka⁶⁶ w zakresie ogólnego przygotowania pedagogicznego zakłada, że absolwent zna i rozumie

[...] działania profilaktyczne w szkole: konstruowanie klasowych i szkolnych programów wychowawczo-profilaktycznych, promocję i ochronę zdrowia uczniów; diagnozę nauczycielską w kontekście działań profilaktycznych⁶⁷; [...] potrafi [...] zaprojektować działania profilaktyczne w przedszkolu, szkole lub placówce systemu oświaty⁶⁸.

Standardy kształcenia nauczycieli nie wskazują na szczególne umiejętności absolwentów w zakresie prowadzenia ewaluacji zajęć profilaktycznych, koncentrują się jedynie na prowadzeniu ewaluacji pracy szkoły, monitorowaniu i ewaluacji procesu wychowania, ewaluacji zajęć edukacyjnych, autoewaluacji pracy nauczyciela. W perspektywie systemowej i funkcjonalnej wydaje się, że

64 Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia..., dz. cyt., zał. nr 1, III, 1.2, pkt 5.

65 Tamże, zał. nr 1, standard F.2.W.8.

66 Tamże, zał. nr 3.

67 Tamże, zał. nr 3, standard B.2.W.9.

68 Tamże, zał. nr 3, standard B.2.U.4.

uprawnione jest rozszerzenie wiedzy o ewaluacji i sposobach jej prowadzenia, a także umiejętności podejmowania ewaluacji na wszystkie działania szkoły i placówki oświatowej, także na działania profilaktyczne w zakresie uzależnień behawioralnych, prowadzone na wszystkich poziomach w szkole czy placówce oświatowej. Warto też zauważyć, że wiedza o uzależnieniach czy programach profilaktycznych w zakresie uzależnień, czy wstępnej diagnozy dotyczącej zagrożenia uzależnieniem, określona jest jako efekt uczenia się w odniesieniu do standardów kształcenia nauczyciela pedagoga specjalnego, nauczyciela logopedy i nauczyciela prowadzącego zajęcia. Kompetencje do prowadzenia ewaluacji działań profilaktycznych realizowanych w ramach programów wychowawczo-profilaktycznych w szkołach i placówkach oświatowych oraz w ramach autorskich lub rekomendowanych programów profilaktycznych wymagają kompetentnych specjalistów do przeprowadzenia ewaluacji w trosce o jakość pracy szkoły czy placówki oświatowej. Stąd w programach kształcenia w wielu polskich uczelniach zagadnienia ewaluacji w profilaktyce uzależnień są przedmiotem kursów obligatoryjnych lub fakultatywnych⁶⁹. Warto, aby – jako dobre praktyki edukacyjne – stały się także prawnie określonym standardem kształcenia nauczycieli, pedagogów specjalnych czy psychologów szkolnych.

5.4. Rekomendacje dla praktyki legislacyjnej i organizacji procesu ewaluacji w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych

Analiza i synteza jakościowa wyselekcjonowanych w wyniku przeglądu systematycznego aktów prawnych pozwala na sformułowanie ogólnego wniosku, że ewaluacja działań profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych w naszym kraju pozostaje problemem w dużej mierze prawnie irrelevantnym. Ewaluacja jest uregulowana w niewielu zapisach ustawowych i w nielicznych aktach prawa miejscowego. Przyczyny tego stanu prawnego wynikają przede wszystkim z faktu, że termin „uzależnienia behawioralne” pojawił się w regulacjach prawnych w naszym kraju niedawno (2015 rok), co z kolei jest spowodowane umieszczeniem tej jednostki

69 Por. na przykład program studiów na kierunku pedagogika, studia II stopnia, <https://syllabus.uj.edu.pl/pl/5/1/3/15/63> (dostęp: 3.09.2022).

chorobowej w zapisach międzynarodowych klasyfikacji chorób (DSM i ICD)⁷⁰. Ponadto sama ewaluacja działań profilaktycznych czy terapeutycznych jest raczej traktowana jako wymóg „kontrolny” w celu sprawdzenia, czy zgodnie z prawem i zasadami racjonalności ekonomicznej zostały rozdysponowane publiczne środki finansowe. Dotyczy to szczególnie pionu ochrony zdrowia. Natomiast w obszarze prawa oświatowego ustawy o obowiązkach prowadzenia przez szkoły i placówki oświatowe programów wychowawczo-profilaktycznych sprawił, że ten zakres zadań szkoły i placówki podlega zasadom ewaluacji pracy szkoły. Tym samym program wychowawczo-profilaktyczny nastawiony na zapobieganie uzależnieniom behawioralnym prowadzony w szkole czy placówce oświatowej wymaga ewaluacji jak każde działanie szkoły⁷¹.

W świetle analizy i syntezy zgromadzonych źródeł prawa można sformułować następujące rekomendacje.

Ewaluacja działań profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych domaga się wyraźniejszych i precyzyjniejszych uregulowań prawnych, gdyż obecny stan prawny tylko w niewielu miejscach uwzględnia ten obowiązek i to wyłącznie w celach kontroli racjonalności i legalności wydatkowania publicznych środków finansowych. A zatem ewaluacja lokuje się w sferze pozanormatywnej, jej obecność i zasady jej prowadzenia leżą w gestii profesjonalistów, związanych kodeksami etyki czy standardami jakości, i nie doczekała się ona definicji legalnych ani procedur lub wymogów formalnych jej przeprowadzania. Podmioty odpowiedzialne za finansowanie zadań z obszaru profilaktyki czy psychoterapii uzależnień behawioralnych (np. Centrum), w ramach swoich kompetencji ustawowych, nakładają obowiązek realizacji ewaluacji, w co najmniej minimalnym zakresie obejmującej ewaluację procesu⁷².

Wprowadzenie jasnych wymogów formalnych odnośnie do ewaluacji programów, o których finansowanie te podmioty (publiczne, a także organizacje

70 Por. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych jest zbiorem kryteriów umożliwiających ustalanie diagnoz w obszarze zdrowia psychicznego i jest powszechnie używana na całym świecie; International statistical classification of diseases and related health problems – ICD-10, 10th revision, vol. 1, Tabular list, World Health Organization, Geneva 2016, <https://w2.med.cmu.ac.th/medrec/files/download/icd10.pdf> (dostęp: 12.10.2022); Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: international version with ICD-10 codes., 4th ed., The American Psychiatric Association, Washington 1995.

71 Por. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie wymagań wobec szkół i placówek, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2198.

72 Por. *Ogłoszenia/Konkursy*, 28.09.2022, <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=111285> (dostęp: 16.09.2022).

pozarządowe i społeczne) wnioskuja, zdecydowanie przyczyniłoby się do podniesienia jakości pracy profilaktycznej w obszarze uzależnień behawioralnych.

Psychoterapia uzależnień behawioralnych prowadzona poza pionem ochrony zdrowia, czyli w sferze usług prywatnych, jest obszarem prawie całkowicie prawnie irrelevantnym, a specjaliści związani są kodeksami etyki psychoterapeuty poszczególnych szkół terapeutycznych. Kodeksy te nie zawierają zaleceń co do prowadzenia autoewaluacji. Zalecenia te można wywodzić z zapisów ogólnych, na przykład dotyczących obowiązku podnoszenia kwalifikacji psychoterapeuty w trosce o jakość jego pracy. Służy temu niewątpliwie supervision, ale nie można jej utożsamiać z ewaluacją. Postuluje się więc wprowadzenie trafniejszych i precyzyjniejszych zapisów dotyczących konieczności ewaluacji pracy psychoterapeutycznej w zakresie uzależnień behawioralnych.

W obszarze prawa miejscowego, takim jak zapisy o planowanych działaniach w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, problemów narkomanii czy uzależnień behawioralnych⁷³, powinno się regulować konieczność prowadzenia ewaluacji działań profilaktycznych. Zagadnienie to często opisywane jest poprzez wskaźniki uczestnictwa. Rzadko wymaga się opisanie wniosków co do skuteczności podejmowanych działań. Stąd wynika też postulat o konieczności objęcia osób odpowiedzialnych (funkcjonariuszy samorządowych) za przygotowanie gminnych programów i realizację poszczególnych działań opisanych w programach systemowymi szkoleniami w zakresie ewaluacji.

W obszarze regulacji prawa oświatowego postuluje się doprecyzowanie zakresu i warunków prowadzenia ewaluacji programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły i placówki oświatowej. Powyższa rekomendacja związana jest z kompetencjami realizatorów programów wychowawczo-profilaktycznych lub dodatkowych programów profilaktycznych, realizowanych w szkołach przez inne, zewnętrzne względem szkoły podmioty⁷⁴. Kompetencje profilaktyczne, tak uniwersalne, jak i specjalistyczne, wymagają bowiem dookreślenia lub przełożenia na wymagane prawem kwalifikacje zawodowe profilaktyka, analogicznie jak w regulacjach dotyczących psychoterapii⁷⁵.

73 Dynamiczny stan prawny w tym obszarze sprawił, że niewiele gminnych programów w przedmiocie przeciwdziałania uzależnieniom przewiduje w 2022 roku finansowanie działań z zakresu uzależnień behawioralnych.

74 Na przykład agendy gminne, takie jak Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień w Krakowie, czy organizacje społeczne i pozarządowe realizujące na zlecenie samorządów działania profilaktyczne.

75 Por. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. z 2019 r. poz. 1285 i 1640, z 2020 r., poz. 456, 1641, 1785 i 2155, z 2021 r., poz. 2400.

W zakresie kształcenia przyszłych nauczycieli i pedagogów rekomenduje się akcentowanie w programach studiów treści kształcenia dotyczących procesu ewaluacji działań wychowawczo-profilaktycznych. Wiedza i umiejętności na temat zasad i warunków prowadzenia ewaluacji, opisane w treściach kształcenia, powinny prowadzić do wypracowania postawy (gotowości do) przeprowadzania ewaluacji w obszarze działań profilaktycznych nauczyciela czy specjalisty szkolnego. Stąd w programach kształcenia powinno się akcentować zajęcia kształcące umiejętności praktyczne w zakresie prowadzenia ewaluacji różnego typu i diagnozowania potrzeb i zasobów dotyczących profilaktyki uzależnień behawioralnych.

Podsumowując, rekomenduje się stworzenie (lub w niektórych obszarach doprecyzowanie) regulacji prawnych dotyczących obowiązku ewaluacji działań profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie uzależnień behawioralnych. Uregulowania formalne będą stanowić podstawy opracowania procedur działań ewaluacyjnych, o większym lub mniejszym stopniu ogólności, adekwatnie do rodzaju świadczeń terapeutycznych czy poziomu oddziaływań profilaktycznych i – co oczywiste – do celów i zadań programów profilaktycznych lub terapeutycznych. Opisane wyżej standardy jakości programów profilaktyki uzależnień, stosowane także odpowiednio w obszarze terapii, nie mają charakteru wiążącego. Mimo uwzględniania ich przez instytucje, takie jak Centrum, jak wskazują wnioski z powyższej analizy i syntezy jakościowej, ich obecność w sferze stosowania prawa jest mocno dyskusyjna. Doprecyzowanie zasad prowadzenia ewaluacji w aktach prawnych i egzekwowanie wniosków z ewaluacji w sprawozdaniach i raportach przyczyni się niewątpliwie do podniesienia jakości świadczeń terapeutycznych i działań profilaktycznych w obszarze uzależnień behawioralnych.

Bibliografia

- Bank Programów Profilaktycznych*, 20.07.2022, <https://www.ore.edu.pl/2011/03/bank-programow-profilaktycznych/> (dostęp: 3.09.2022).
- Barczykowska A., Dzierżyńska-Breś S., *Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice)*, „Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation)” 2013, nr 4, s. 131–152.
- Borkowska-Żebrowska M., Czachuń K., Kusztal J., Piasecka M., Turczyk M., *Bezpieczny uczeń w Krakowie – analiza zasobów środowiskowych w zakresie profilaktyki w szkole*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2020.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: international version with ICD-10 codes*, 4th ed., The American Psychiatric Association, Washington 1995.

Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień, red. pol. J. Węgrzecka-Gilui, A. Malczewski, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2011.

International statistical classification of diseases and related health problems – ICD-10, 10th revision, vol. 1, Tabular list, World Health Organization, Geneva 2016, <https://w2.med.cmu.ac.th/medrec/files/download/icd10.pdf> (dostęp: 12.10.2022).

Kusztal J., *Prawne podstawy profilaktyki uzależnienia od hazardu w Polsce* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 55–118.

Ogłoszenia/Konkursy, 28.09.2022, <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=111285> (dostęp: 16.09.2022).

Program studiów na kierunku pedagogika, studia II stopnia, <https://syllabus.uj.edu.pl/pl/5/1/3/15/63> (dostęp: 3.09.2022).

Programy rekomendowane, www.programyrekomendowane.pl (dostęp: 3.09.2022).

Ramowy schemat programu wychowawczo-profilaktycznego, Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.gov.pl/web/cea/ramowy-schemat-programu-wychowawczo-profilaktycznego> (dostęp: 27.10.2022).

Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2022 roku, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2021, s. 134, <https://www.parpa.pl/images/file/Rekomendacje2022.pdf> (dostęp: 12.10.2022).

Rozporządzenie 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, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1449.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej, Dz.U. z 2017 r., poz. 356 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie wymagań wobec szkół i placówek, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2198.

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 lipca 2019 r. w sprawie standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 890.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2086 z późn. zm.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, Dz.U. z 2018 r., poz. 2410, t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1862 z późn. zm.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. z 2019 r. poz. 1285 i 1640, z 2020 r., poz. 456, 1641, 1785 i 2155, z 2021 r., poz. 2400.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Dz.U. z 2021 r., poz. 642.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, Dz.U. z 2021 r., poz. 2253, z 2022 r., poz. 1487.
- Uchwała Nr XXXV-291-2018 Rady Gminy Sułoszowa z dnia 2 lutego 2018 roku w sprawie przyjęcia statutu Szkoły Podstawowej nr 2 im. Batalionów Chłopskich w Sułoszowej, Dz. Urz. Województwa Małopolskiego z dnia 5 marca 2018 r., poz. 1542.
- Uchwała nr IV/24/2018 Rady Gminy Policzna z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz Ochrony Ofiar Przemocy w Rodzinie na lata 2019–2022, Dz.Urz. Województwa Mazowieckiego z 2019 r. poz 87.
- Uchwała Nr 1010/L/2022 Rady Miejskiej w Piasecznie z dnia 23 marca 2022 r. w sprawie uchwalenia Gminnego Programu Wspierania Rodziny, Dz. Urz. Województwa Mazowieckiego z 2022 r., poz. 3729.
- Uchwała Nr LXXXI/2299/22 Rady Miasta Krakowa z dnia 30 marca 2022 r. w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii na rok 2022, https://www.bip.krakow.pl/?dok_id=167&sub_dok_id=167&sub=uchwala&query=id%3D26369%26typ%3Du (dostęp: 3.09.2022).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1119 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 2050 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1249.
- Ustawa z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych, t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 888, poz. 1301, poz. 1751.
- Ustawa z dnia 26 maja 2011 r. o zmianie ustawy o grach hazardowych oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2011 r., nr 134, poz. 779.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, t.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1608.
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, Dz.U. z 2021 r., poz. 1082 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2021 r., poz. 2469.
- Zasady etyczne*, Polska Rada Psychoterapii, <https://prp.org.pl/zasady-etyczne/> (dostęp: 3.09.2022).

6. Ewaluacja programów profilaktycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem (Małgorzata Piasecka)

Spośród tzw. zaburzeń behawioralnych¹ dwa z nich zostały uznane przez Światową Organizację Zdrowia w klasyfikacji chorób ICD-11 za jednostki nozologiczne. Wśród nich wyróżniamy zarówno utrzymane jako jednostka chorobowa zaburzenia związane z uprawianiem hazardu (*gambling disorder*), jak i dodane później zaburzenia odnoszące się do grania (*gaming disorder*)². Oba rodzaje zaburzeń zostały scharakteryzowane w rozdziale drugim niniejszej publikacji.

Na gruncie rodzimym i zagranicznym podejmuje się wiele działań skierowanych do osób z zaburzeniami uprawiania hazardu. Z kolei programy z obszaru profilaktyki zaburzeń związanych z hazardem wśród osób dorosłych nadal są w niskim stopniu rozpowszechnioną formą oddziaływań. W ostatnich latach hazard staje się także przedmiotem zainteresowania w kontekście profilaktyki realizowanej wśród dzieci i młodzieży. Dlatego też wzrasta zapotrzebowanie na badania naukowe, a być może także i rozwój działań profilaktyczno-terapeutycznych w tym zakresie skierowanych nie tylko do osób dorosłych, ale także do młodszych grup wiekowych. Granie hazardowe w tej grupie wiekowej zaczyna stawać się problemem zdrowia publicznego. Dodatkowo młodzież stanowi grupę podatną na rozwój trudności wynikających z grania hazardowego. Chociaż istnieją badania naukowe dotyczące

1 Por. M. Bujalski, J. Klingemann, *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, s. 17, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).

2 Por. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021), <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentify%2f1041487064> (dostęp: 15.08.2021).

czynników ryzyka uzależnienia od hazardu wśród młodzieży³, rygorystyczne badania pomiaru skuteczności programów profilaktycznych nadal należą do rzadkości⁴ i raczej dotyczą programów projektowanych, wdrażanych i ewaluowanych ze względu na ich skuteczność poza granicami naszego kraju⁵. Gra hazardowa winna być przedmiotem badań i praktyki profilaktycznej także w odniesieniu do młodzieży⁶, w przypadku zaś osób dorosłych przedmiotem zainteresowania zarówno osób zajmujących się psychoterapią, jak i profilaktyką. Odwrotną tendencję obserwujemy w zakresie działań ograniczających zaburzenia związane z graniem. Zaburzenia te raczej stają się obszarem zainteresowania w oddziaływaniach profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży. Rzadko pojawiają się w kontekście osób dorosłych. Bez wątpienia jest to tematyka, która wymaga w pierwszej kolejności rozpoznania w kontekście rozpowszechnienia, a kolejno projektowania systemowych oddziaływań mających na celu ograniczanie zaburzeń w tym zakresie.

6.1. Ewaluacja w profilaktyce zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem w świetle przeglądu systematycznego

Do syntezy jakościowej włączono trzy artykuły dotyczące ewaluacji programów profilaktyki w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu, a przedmiotem dwóch z nich są oddziaływania kierowane do młodzieży, natomiast jeden zawiera opis szerszych rozwiązań prowadzących do ograniczania zaburzeń uprawiania hazardu. Ponadto włączono także dwa artykuły na temat

-
- 3 Por. J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastaszak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
 - 4 F. Calado et al., *The efficacy of a gambling prevention program among high-school students*, „Journal of Gambling Studies” 2021, 36(2), s. 573.
 - 5 Por. N. Canale et al., *The efficacy of a web-based gambling intervention program for high school students: A preliminary randomized study*, „Computers in Human Behavior” 2016, 55, s. 946–954; M.A. Donati, C. Primi, F. Chiesi, *Prevention of problematic gambling behaviour among adolescents: Testing the efficacy of an integrative intervention*, „Journal of Gambling Studies” 2014, 30(4), s. 803–818; I.R. Todirita, V. Lupu, *Gambling prevention program among children*, „Journal of Gambling Studies” 2013, 29(1), s. 161–169; R.J. Williams, R.T. Wood, S.R. Currie, *Stacked Deck: An effective, school-based program for the prevention of problem gambling*, „Journal of Primary Prevention” 2010, 31(3), s. 109–125.
 - 6 Por. B. Walther, R. Hanewinkel, M. Morgenstern, *Short-term effects of a school-based program on gambling prevention in adolescents*, „Journal of Adolescent Health” 2013, 52(5), s. 599.

programów profilaktycznych wdrażanych w Chinach. Jeden z nich dotyczył zaburzeń związanych z grami, a drugi wielu zaburzeń zarówno wynikających z przyjmowania substancji psychoaktywnych, jak i podejmowania innych zachowań, takich jak granie hazardowe. Zostały one wykazane w tabeli 15. Włączone artykuły poddano kategoryzacji ze względu na: cel prowadzonych badań, rodzaj interwencji profilaktycznych poddanych ewaluacji, procedurę badawczą, dobór grupy badawczej, narzędzia badawcze, wyniki badań.

Tabela 15. Raporty podstawowe włączone do analizy dotyczącej profilaktyki zaburzeń uprawiania hazardu oraz profilaktyki zaburzeń związanych z graniem

Lp. badania	Dane bibliograficzne
1.	B. Walther, R. Hanewinkel, M. Morgenstern, <i>Short-term effects of a school-based program on gambling prevention in adolescents</i> , „Journal of Adolescent Health” 2013, 52(5), s. 599–605
2.	F. Calado, J. Alexandre, L. Rosenfeld, R. Pereira, M.D. Griffiths, <i>The efficacy of a gambling prevention program among high-school students</i> , „Journal of Gambling Studies” 2020, 36(2), s. 573–595
3.	K. Kolandai-Matchett, M. Bellringer, J. Landon, M. Abbott, <i>A process evaluation of the ‘Aware’ and ‘Supportive Communities’ gambling harm-minimisation programmes in New Zealand</i> , „European Journal of Public Health” 2018, 28(2), s. 369–376
4.	C.-I. Chau, Y.Y.-y. Tsui, C. Cheng, <i>Gamification for Internet gaming disorder prevention: Evaluation of a Wise IT-Use (WIT) Program for Hong Kong primary students</i> , „Frontiers in Psychology” 2019, 10, s. 1–13
5.	D.T.L. Shek, L. Yu, H. Leung, F.K.Y. Wu, M.Y.M. Law, <i>Development, implementation, and evaluation of a multi-addiction prevention program for primary school students in Hong Kong: the B.E.S.T. Teen Program</i> , „Asian Journal of Gambling Issues and Public Health” 2016, 6(1), s. 1–17

Źródło: opracowanie M. Piasecka.

Celem pierwszego badania autorstwa Birte Walther, Reinera Hanewinkela, Matthisa Morgensterna była ocena krótkoterminowych rezultatów szkolnego programu edukacji medialnej (*media education program*) dla młodzieży z szóstej i siódmej klasy (około 12. r.ż.) w zakresie zmian w wiedzy o hazardzie, problemowych postaw i przekonań oraz rzeczywistych zachowań związanych z hazardem. Zagadnienia dotyczące hazardu zostały włączone w edukację medialną⁷. Program o nazwie: *Vernetzte www.Welten (networked www.worlds)* to szkolny program profilaktyczny, który składa się z czterech dziesięciu-

⁷ Tamże.

minutowych bloków obejmujących następujące tematy: korzystanie z internetu (jednostka 1), komunikacja online (jednostka 2), gry komputerowe (jednostka 3) i hazard (jednostka 4). Szczegółowe treści merytoryczne zostały zaprezentowane w tabeli 16. Wszystkie jednostki dydaktyczne opierają się na następujących metodach i formach pracy: dyskusji, wymianie poglądów i refleksji nad własnym zachowaniem związanym z poruszaniem zagadnieniami oraz na wzmacnianiu świadomości na temat zachowań uzależniających. Program profilaktyczny był realizowany przez przeszkolonych (w trakcie czterogodzinnego szkolenia) nauczycieli podczas lekcji szkolnych. Nauczyciele wcześniej otrzymali podręcznik szczegółowo opisujący działania, cele i metody dydaktyczne każdej lekcji⁸.

Tabela 16. Treści merytoryczne programu *Vernetzte www.Welten*

Jednostka	Zawartość merytoryczna
Internet	Refleksja nad własnymi zachowaniami w sieci. Wiarygodność informacji w sieci. Wiedza na temat wyszukiwania informacji w internecie
Komunikacja online	Refleksja nad własnymi zachowaniami w zakresie komunikacji online. Możliwości, ograniczenia i potencjalne zagrożenia komunikacji cyfrowej. Ochrona danych w sieci
Gry komputerowe	Refleksja nad własnymi zachowaniami użytkowników w zakresie grania. Fascynacja i zagrożenia związane z grami komputerowymi/konsolowymi/grami online. Problemowe granie. Zawartość i rodzaje gier
Hazard	Charakterystyka hazardu, w tym cechy odróżniające hazard od innych gier. Rozwój i objawy zaburzeń związanych z hazardem. Realne prawdopodobieństwo wygranej. Popularne błędy w myśleniu dotyczące hazardu. Informacje dotyczące branży hazardowej

Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: *Ziele und Inhalte*, <http://www.vernetztewelten.ift-nord.de/das-program/ziele-und-inhalte/> (dostęp: 10.08.2022); B. Walther, R. Hanewinkel, M. Morgenstern, *Short-term effects...*, dz. cyt., s. 600.

Celem programu było zapobieganie problemowemu korzystaniu z komputera i graniu w gry hazardowe wśród młodych ludzi, a także podnoszenie

⁸ Tamże, s. 600.

ich umiejętności medialnych. Założono, że niski poziom kompetencji medialnych, czyli niski poziom krytycznej refleksji i niski poziom wiedzy o możliwych zagrożeniach to czynniki ryzyka rozwoju szkodliwych zachowań. Dzięki ustrukturyzowanemu podręcznikowi, atrakcyjnym materiałom i scenariuszom lekcji nauczyciele mogli korzystać z programu w klasie bez czasochłonnych przygotowań⁹. Lekcja dotycząca hazardu obejmowała trzy elementy: 1) pierwszy oparto na eksperymencie rzucania monetą, w którym uczniowie gromadzili osobiste doświadczenia losowe, a następnie nauczyciel informował o popularnych błędnych w myśleniu na temat hazardu, prawdziwych szansach na wygraną oraz o tym, kto czerpie zyski z gier hazardowych; 2) drugi oparto na ćwiczeniu, w którym uczniowie omawiali rozwój zaburzeń uprawiania hazardu, zilustrowanych w krótkim studium przypadku. W celu utrwalenia informacji uczniowie wypełniali uproszczoną wersję narzędzia dla młodzieży (SOGS-RA) w odniesieniu do osoby opisanej we wcześniej analizowanym studium przypadku; 3) ostatni element związany był z cechami hazardu, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń (np. szybkie następowanie po sobie gier)¹⁰.

Pomiar skuteczności wdrażanej i opisanej wyżej interwencji poprzedzony był zatwierdzeniem procedury badań przez Komisję Etyki Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w Kilonii, Ministerstwo Edukacji oraz Komisarza Ochrony Danych Szlezwika-Holsztynu. Badanie skuteczności programu przeprowadzono, wykorzystując model eksperymentalny z randomizacją (*randomized controlled trial*) w planie z powtarzanym pomiarem (pretest i posttest po siedmiu miesiącach od interwencji). Ostateczna wielkość próby składała się z 2109 uczniów. Zachowanie związane z hazardem zostało ocenione na podstawie dwóch pytań: 1. Czy kiedykolwiek uprawiałeś hazard dla pieniędzy (np. loteria, zdraпки, automaty, poker online, zakłady online)? 2. Jak często grasz obecnie? (kategorie odpowiedzi: 0 = wcale; 1 = mniej niż raz w miesiącu; 2 = raz w miesiącu; 3 = kilka razy w miesiącu; 4 = raz w tygodniu; 5 = kilka razy w tygodniu; 6 = codziennie). W dalszych analizach, ze względu na częstotliwość podejmowania gier hazardowych przez badaną młodzież, wyróżniono dwie kategorie: osoby niegrające (wynik 0) i aktualnych graczy hazardowych (wyniki 1–6). W celu określenia problematycznego grania hazardowego wykorzystano niektóre itemy Skali Postaw i Przekonań Hazardowych (Gambling

9 *Ziele und Inhalte*, <http://www.vernetzteswelten.ift-nord.de/das-program/ziele-und-inhalte/> (dostęp: 10.08.2022).

10 B. Walther, R. Hanewinkel, M. Morgenstern, *Short-term effects...*, dz. cyt., s. 600.

Attitudes and Beliefs Scale). Ponadto monitorowano zmienne demograficzne, które są często kojarzone z zachowaniami hazardowymi, takie jak: wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, pochodzenie oraz dostęp do komputera i internetu. Średni wiek uczestników badania wynosił 12 lat. Prawie jedna trzecia uczniów (30,0%, $n = 628$) przyznała, że grała przynajmniej raz w życiu w gry hazardowe, a 6,7% ($n = 139$) podało, że obecnie gra. Wyniki badań pokazały, że uczniowie, którzy uczestniczyli w programie, mieli większą wiedzę na temat hazardu i mniej problematycznych postaw oraz przekonań związanych z hazardem w porównaniu do uczniów z grupy kontrolnej. Ponadto program doprowadził do nieznacznego zmniejszenia liczby obecnych graczy hazardowych w okresie posttestu. Choć efekty są niewielkie, są obiecujące, biorąc pod uwagę fakt, że dziewięćdziesięciminutowa krótkoterminowa interwencja miała wpływ na postawy i zachowania związane z hazardem. Ponadto włączenie treści dotyczących hazardu do szerszego zakresu edukacji medialnej może być sposobem na zwiększenie akceptacji wśród rodziców i nauczycieli. W dalszej kolejności należy dokonać pomiaru odroczonych wyników oraz zidentyfikować elementy programu powodujące zmianę zachowań¹¹.

Celem badań zawartych w drugim raporcie podstawowym autorstwa Filipy Calado, Joany Alexandre, Liah Rosenfeld, Rafaeli Pereira, Marka D. Griffithsa była ocena krótkoterminowych oraz długoterminowych wyników programu profilaktyki zaburzeń uprawiania hazardu skierowanego do młodzieży. Założono, iż uczniowie, którzy uczestniczą w programie, w porównaniu z grupą kontrolną: zwiększą swoją wiedzę na temat hazardu i zmniejszą błędne wyobrażenia związane z hazardem; uzyskają niższe wskaźniki nasilenia problemowego grania hazardowego, mniejszą ilość wydawanych pieniędzy; spędzą mniejszą liczbę godzin na graniu hazardowym w tygodniu; wzmocnią realistyczne nastawienie do hazardu; osiągną niższy poziom poszukiwania doznań. Ponadto oczekiwano, iż zmiany te utrzymają się po sześciu tygodniach od ukończenia programu¹².

Program w założeniach opiera się na wiedzy dotyczącej czynników zwiększających prawdopodobieństwo podjęcia zachowań hazardowych i rozwoju problemów związanych z hazardem w tej grupie wiekowej oraz na podejściu poznawczo-behawioralnym. Interwencja miała na celu zwiększenie rzetelnej wiedzy i zmniejszenie błędnych sposobów myślenia o hazardzie, a także ukierunkowanie na inne czynniki związane z podejmowaniem zachowań

11 B. Walther, R. Hanewinkel, M. Morgenstern, *Short-term effects...*, dz. cyt., s. 602–604.

12 F. Calado et al., *The efficacy of a gambling prevention program...*, dz. cyt., s. 578.

ryzykownych przez młodzież (w tym zmniejszenie potrzeby poszukiwania doznań, kształtowanie umiejętności podejmowania decyzji w sytuacjach trudnych). Zastosowano różne metody i techniki prowadzenia zajęć dla uczniów, w tym: zajęcia integracyjne, quizy, metody interaktywne, zachęcanie do krytycznego myślenia, praca zespołowa – w parach, trójkach, małych grupach, budowanie pozytywnej atmosfery. Program składał się z pięciu lekcji, które odbywały się w klasie w standardowym czasie szkolnym. Interwencja miała miejsce co tydzień, a każda sesja trwała około jednej godziny. Średnia wieku uczestników wynosiła 17 lat¹³. Opis każdej jednostki dydaktycznej przedstawiono w tabeli 17.

Tabela 17. Treści merytoryczne programu profilaktyki zaburzeń uprawiania hazardu skierowanego do młodzieży autorstwa F. Calado *et al.*

Jednostka dydaktyczna	Zawartość merytoryczna
„Gry czy hazard”?	Sesja ta rozpoczęła się od ćwiczeń wstępnych w celu przedstawienia programu oraz wzmocnienia komfortu pracy z trenerem. Uczestnicy zostali następnie poproszeni o utworzenie zespołów i pracę w grupach. Potem przeprowadzono ćwiczenie, które miało pomóc uczestnikom odróżnić hazard od innych gier. Każdemu zespołowi przedstawiono obrazy gier i działań związanych z hazardem oraz poproszono o wskazanie, które z nich to hazard. Drużyny rywalizowały ze sobą w przedstawianiu poprawnych odpowiedzi. Następnie wprowadzono pojęcie hazardu. Poinformowano, że hazard polega na obstawianiu pieniędzy lub czegoś o wartości materialnej na wydarzenie o niepewnym wyniku, którego nie da się kontrolować
Zniekształcenia poznawcze związane z hazardem	Sesja rozpoczęła się quizem podsumowującym główne pojęcia, które omówiono w poprzedniej sesji. Następnie uczestnik, który został losowo wybrany, został poproszony o zagranie w ruletkę i pokazanie grupie zwycięskiego numeru. Pozostałych uczestników poproszono o utworzenie zespołów składających się z czterech lub pięciu członków. Ten sam uczestnik został poproszony o ponowne zagranie w ruletkę i ponowne pokazanie grupie zwycięskiego numeru. Każda drużyna (na podstawie wyniku dwóch pierwszych zakładów) miała wskazać kolejny wynik poprzez zapisanie go na kartce. Następnie prowadzący przekazał kartkę graczowi, którego poprosił o odczytanie na głos zakładu każdej drużyny i ponowne zagranie w ruletkę, aby sprawdzić, czy liczby, które obstawiły drużyny, zostaną wylosowane w którejś z gier. Po tym działaniu nastąpiła dyskusja

13 Tamże, s. 580–581.

Tabela 17. Treści merytoryczne programu profilaktyki zaburzeń... cd.

Jednostka dydaktyczna	Zawartość merytoryczna
Postawy wobec hazardu i pieniędzy	Sesja rozpoczęła się quizem w celu podsumowania poprzednio omawianych treści. Uczestnikom pokazano zdjęcie młodej osoby grającej w gry hazardowe, która pojechała do Las Vegas. Po obejrzeniu zdjęcia uczniowie otrzymali krótki opis młodzieńca. Powiedziano im, że jest nim Portugalczyk, który uprawiał hazard w wolnym czasie i twierdził, że hazard jest bardzo ekscytującą rozrywką. Uczniów poproszono następnie, aby w grupach zapisali na kartce swoje opinie, myśli i odczucia na temat osób uprawiających hazard, a także wyrazili opinię na temat tego, czy osoby, które grają, mają specyficzne cechy, których nie mają osoby nieuprawiające hazardu. Kiedy każdy zespół zapisał swoje przemyślenia i opinie, trener zebrał kartki i przeczytał na głos notatki uczniów. Potem odbyła się krótka dyskusja, podczas której omawiano refleksje uczniów na temat hazardu. Zauważono, że istniały pewne stereotypy dotyczące osób grających hazardowo, takie jak bycie świetnym lub posiadanie pewnych cech. Następnie uczestnikom pokazano inne zdjęcie tego samego młodego mężczyzny i powiedziano im, że wygrał 500 euro jednego wieczoru w kasynie. Uczniom zadano następujące pytania: „Czy uważasz, że dobrze jest wygrać 500 euro w jeden wieczór?; „Czy sądzisz, że ludzie, którzy wygrywają bardzo dużo pieniędzy w bardzo krótkim czasie, są szczęśliwsi?; „Czy myślisz, że są w życiu inne rzeczy, które mogą uszczęśliwić ludzi?”. Po tych pytaniach uczniowie otrzymali drugi arkusz papieru i poproszono ich, aby napisali o tym, jak wygląda dzień szczęśliwej osoby. W dyskusji końcowej stwierdzono, że poza pieniędzmi są inne ważne rzeczy w życiu i że czasami ludzie grający chcą wygrać pieniądze w bardzo łatwy sposób, ale w większości przypadków tak się nie stanie (bo nie jest możliwe przewidywanie wyników hazardu). Pod koniec sesji uczniowie otrzymali kwestionariusz na temat postaw wobec hazardu, aby mogli zastanowić się nad własnymi postawami
Poszukiwanie wrażeń	Sesja rozpoczęła się quizem podsumowującym pojęcia, które zostały omówione w poprzedniej sesji. Po quizie uczniowie, w zespołach składających się z trzech lub czterech członków, mieli uszeregować czynności, które zostały zaprezentowane na slajdzie przygotowanym w programie PowerPoint, ze względu na poziom poszukiwania doznań, jakie wywołuje każda czynność, w skali od 1 (działanie nie powoduje poszukiwania doznań) do 5 (aktywność wywołuje wysoki poziom poszukiwania doznań i podniecenia).

	Pokazywane aktywności to: skoki na bungee; podróż bez zaplanowanych tras; wspinaczka na Mount Everest; jazda pod wpływem alkoholu; spanie; spacery ciemną ulicą, na której nie ma ludzi; wychodzenie z ludźmi, których dopiero się poznało; rozmowa przez telefon komórkowy; wagary; palenie papierosów; kupowanie losu na loterię; gra w bingo; hazard w kasynie online. Zespoły oceniały każdą aktywność, trener zapisywał rankingi zespołów na osobnym arkuszu papieru, a na koniec tego ćwiczenia uczniom powiedziano, które zajęcia uzyskały najwyższy wynik. Następnie poproszono uczniów o wypełnienie arkusza zawierającego spis aktywności, które uzyskały najwyższy wynik pod względem podniecenia, adrenaliny i poszukiwania doznań, a także trzech aktywności związanych z hazardem. Na tej kartce uczniowie musieli zapisać bodźce, myśli, uczucia, konsekwencje krótko- i długoterminowe oraz ostateczną decyzję o zaangażowaniu się w to zachowanie. Wreszcie odbyła się dyskusja, w której wyjaśniono, że istnieją pewne działania powodujące wysoki poziom adrenaliny i podniecenia, ale te uczucia są krótkotrwałe. Rozmawiano też o tym, że kiedy podejmujemy decyzję czy angażujemy się w jakąś konkretną działalność, musimy myśleć zarówno o długoterminowych, jak i krótkoterminowych konsekwencjach. Na koniec trener przekazał uczniom kolejny arkusz, w którym nakreślono etapy, które muszą się pojawić podczas podejmowania dojrzałych i świadomych decyzji dotyczących zaangażowania się w daną aktywność
Problem z hazardem	Sesja rozpoczęła się quizem, aby krótko podsumować pojęcia, które zostały omówione w poprzedniej sesji. Uczniom pokazano następnie scenę z filmu, w której aktor, uzależniony od hazardu, siedzi przy stole pokerowym i po raz kolejny przegrywa. Po obejrzeniu nagrania uczniom przedstawiono artykuł w gazecie, który informował, że hazardowe zachowania aktora wpłynęły na jego małżeństwo. Tekst donosił, że para pojechała do Las Vegas, gdzie aktor postawił tysiące dolarów, nie zważając na to, że jego żona była bardzo zdenerwowana jego zachowaniem. Aktor twierdził, że nie mógł powstrzymać się przed tym działaniem. Według tego źródła aktor wspominał, że czuł się źle, gdy próbował ograniczyć swoje hazardowe zachowania, oraz że został oskarżony o oszustwo, ponieważ próbował liczyć karty, aby wygrać w blackjacka. Po obejrzeniu filmu i przeczytaniu artykułu w gazecie uczniów zapytano, jakie symptomy wskazywały na zaburzenia uprawiania hazardu u aktora. Po tym ćwiczeniu odbyła się dyskusja, podczas której uczniom pokazano na slajdzie przygotowanym w programie PowerPoint kryteria zaburzeń uprawiania hazardu według DSM.

Tabela 17. Treści merytoryczne programu profilaktyki zaburzeń... cd.

Jednostka dydaktyczna	Zawartość merytoryczna
Problem z hazardem	Podczas tego ćwiczenia wyjaśniono, że jeśli ktoś jest uważany za osobę przejawiającą zaburzenia w zakresie grania hazardowego, musi spełnić określoną liczbę kryteriów. Następnie uczniowie zostali ponownie poproszeni o pracę w grupach. Każda grupa otrzymała dokument przedstawiający przypadki nastolatków z problemami związanymi z hazardem. Uczestników poproszono o zidentyfikowanie kryteriów zaburzeń uprawiania hazardu, które występowały w każdym z przypadków. Na zakończenie tej sesji uczniowie otrzymali wskazówki na temat odpowiedzialnego hazardu oraz uzyskali kontakty do odpowiednich instytucji, które wspierają osoby zaangażowane w hazard w Portugalii

Źródło: opracowanie M. Piasecka na podstawie: F. Calado *et al.*, *The efficacy of a gambling prevention program...*, dz. cyt., s. 582–585.

Badania ewaluacyjne programu przeprowadzono na próbie 111 uczniów szkół zawodowych w Lizbonie w Portugalii. Przed rozpoczęciem badań uczniowie oraz ich rodzice, gdy uczniowie byli nieletni, zostali poproszeni o wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniach. Poza zadaniem pytań o wiek i płeć uczniów poproszono także o wskazanie, jak często grali w gry hazardowe w ciągu ostatnich dwóch miesięcy, ile godzin grali w ciągu tygodnia oraz jaką największą kwotę pieniędzy wydali na gry hazardowe¹⁴. Ponadto w trakcie badań zastosowano następujące narzędzia: 1) Questionnaire of Misconceptions and Knowledge About Gambling – kwestionariusz składający się z dwóch skal dotyczących: wiedzy o hazardzie oraz błędnych wyobrażeń o hazardzie i nieporozumień związanych z hazardem; 2) DSM-IV-Multiple Response-Juvenile – narzędzie przesiewowe do badania zaburzeń uprawiania hazardu wśród młodzieży; 3) Attitudes Towards Gambling Scale – narzędzie do badania przekonań związanych z hazardem; 4) Brief Sensation Seeking Scale – narzędzie do oceny potrzeby poszukiwania doznań¹⁵.

Badanie skuteczności programu przeprowadzono, wykorzystując model eksperymentalny z randomizacją z powtarzanym pomiarem (pretest – tydzień przed interwencją; posttest – na koniec ostatniej sesji programu; oraz *follow-up* – sześć tygodni po zakończeniu interwencji). W badaniu wzięło udział sześć klas, które zostały losowo przydzielone do grupy eksperymental-

¹⁴ F. Calado *et al.*, *The Efficacy of a gambling prevention program...*, dz. cyt., s. 582–585.

¹⁵ Tamże, s. 579.

nej i kontrolnej. Uzyskano także akceptację uniwersyteckiej komisji do spraw etyki¹⁶. Wyniki pokazały, że uczniowie, którzy uczestniczyli w programie, poszerzyli swoją wiedzę na temat hazardu i skorygowali swoje błędne wyobrażenia związane z hazardem. Uczestnictwo w programie miało także wpływ na postawy wobec hazardu i całkowitą liczbę godzin spędzanych na grze hazardowej w tygodniu¹⁷.

Trzeci raport z badań autorstwa Komathi Kolandai-Matchett, Marii Belringer, Jasona Landona i Maxa Abbotta dotyczył ewaluacji procesu dwóch programów zdrowia publicznego wdrażanych w Nowej Zelandii: *Aware Communities* oraz *Supportive Communities*. Programy te opierały się na działaniu społeczności (wymagały zaangażowania społeczności w planowanie i realizację programów) i tym samym różniły się od powszechnych inicjatyw promocji zdrowia, takich jak kampanie medialne lub edukacyjne¹⁸. W Nowej Zelandii ustawa o hazardzie z 2003 roku¹⁹ uznaje zaburzenia uprawiania hazardu za kwestię zdrowia publicznego i nakazuje zintegrowaną strategię zdrowia publicznego, która obejmuje także minimalizację szkód. Ministerstwo Zdrowia, odpowiedzialne za tę strategię, finansuje pięć programów zdrowia publicznego: *Policy Development and Implementation*, *Safe Gambling Environments*, *Effective Screening Environments*, *Aware Communities* i *Supportive Communities*. Programy te są wdrażane na szczeblu krajowym przez podmioty publiczne świadczące usługi zdrowotne²⁰. Dwa ostatnie stały się przedmiotem badań ewaluacyjnych opisanych w raporcie. Chociaż oba programy miały różne cele, działania były podobne, a mianowicie zaangażowanie mediów, facylitacja dyskusji publicznej i zaangażowanie społeczności. Dziewiętnastu realizatorów zostało zakontraktowanych dla programu *Aware Communities*, z których 18 przeprowadzało również program *Supportive Communities*. Wykonawcy planowali i wdrażali działania w sposób zintegrowany, aby osiągnąć cele obu programów.

Powyższe badania²¹ miały w głównej mierze charakter jakościowy i obejmowały analizę ponad stu raportów z wdrożenia programów w całym kraju na przestrzeni trzech lat, przeprowadzono także badania za pomocą anoni-

16 Tamże, s. 580.

17 Tamże, s. 589.

18 K. Kolandai-Matchett *et al.*, *A process evaluation...*, dz. cyt., s. 369.

19 Zob. New Zealand Government, Gambling Act 2003 (Public Act 2003 No 51), <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0051/latest/DLM207497.html> (dostęp: 14.10.2022).

20 K. Kolandai-Matchett *et al.*, *A process evaluation...*, dz. cyt., s. 370.

21 Tamże, s. 369–376.

mowego kwestionariusza ewaluacyjnego online ($n = 35$) oraz zogniskowany wywiad grupowy z pracownikami organizacji wprowadzających w życie programy ($n = 8$). Celem badań było określenie poziomu wdrażania programów oraz zebranie informacji o ich ulepszeniu i przyszłym planowaniu poprzez dostarczanie informacji na temat mocnych stron i ograniczeń w strukturze programu lub procesach wdrażania²².

Dwa kolejne raporty z badań dotyczą interwencji wdrażanych w Hongkongu, zatem w kontekście społeczno-kulturowym odmiennym od naszego. Dotyczą one badań ewaluacyjnych programu profilaktyki zaburzeń związanych z graniem oraz programu profilaktyki ukierunkowanego na ograniczenie wielu różnych zaburzeń, w tym związanych z sięganiem po substancje psychoaktywne oraz podejmowaniem ryzykownych zachowań w zakresie hazardu.

Raport autorstwa Chor-lam Chau, Yvonne Yin-yau Tsui, Cecili Cheng dotyczył badań ewaluacyjnych programu profilaktyki uniwersalnej w zakresie zaburzeń związanych z graniem w gry online. Zachowania te stały się poważnymi problemami w erze cyfrowej, a wskaźniki występowania zaburzeń w tym zakresie wahają się od 4 do 40% na całym świecie, przy czym Azja jest jednym z najbardziej dotkniętych regionów²³. Cele wdrażanego programu ukierunkowane były na: zwiększenie świadomości uczniów na temat zaburzeń związanych z grami online i innych ryzykownych zachowań online oraz wyposażenie ich w wiedzę na temat radzenia sobie z takimi trudnościami. Aby zwiększyć motywację uczniów i ich zaangażowanie, program *Wise IT-use* (WIT) został oparty na zasadach grywalizacji (*gamification*)²⁴ i teorii przepływu (*flow theory*). Teoria przepływu zakłada, że proces uczenia się przebiega na wysokim poziomie, gdy uczniowie czerpią radość z podejmowanej aktywności edukacyjnej i są przez nią całkowicie pochłonięci, co zwiększa ich wewnętrzną motywację i aktywne zaangażowanie w naukę²⁵. Program WIT trwał trzy miesiące. Składał się z części realizowanej online i części

22 K. Kolandai-Matchett *et al.*, *A process evaluation...*, dz. cyt., s. 370.

23 C.-I. Chau, Y.Y.-y. Tsui, C. Cheng, *Gamification for Internet gaming disorder prevention...*, dz. cyt., s. 1.

24 Grywalizacja to wykorzystanie mechanizmów i technik gier w kontekście niezwiązanym z grami, w tym do motywowania, angażowania, zmiany nawyków itp. Inne nazwy tego zjawiska to „gamifikacja” i „gryfikacja”. Zob. M. Złotek, *Grywalizacja – wykorzystanie mechanizmów gier jako motywatora do zmiany zachowań ludzi. Autorski projekt zgrywalizowanych zajęć z „psychologii reklamy i zachowań konsumenckich”*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków 2017, s. 21–22.

25 C.-I. Chau, Y.Y.-y. Tsui, C. Cheng, *Gamification for Internet gaming disorder prevention...*, dz. cyt., s. 1.

odbywającej się w bezpośrednim kontakcie. Część online składała się z elementów dotyczących: problemów związanych z zaburzeniami grania online i innymi ryzykownymi zachowaniami w sieci; konsekwencji tych zaburzeń czy zachowań; skutecznych sposobów radzenia sobie z wcześniej poznanymi trudnościami. Wszystkie moduły szkoleniowe online zawierały prezentacje multimedialne, gry edukacyjne, turnieje międzyklasowe, animacje, quizy i dyskusje online. Część realizowana w kontakcie bezpośrednim była oparta na pracy warsztatowej²⁶.

W badaniach ewaluacyjnych programu uczestniczyło 248 uczniów z czterech szkół podstawowych, z których każda znajduje się w jednym z głównych regionów metropolitalnych Hongkongu. Przed przystąpieniem do badań uzyskano zgodę komisji do spraw etyki badań oraz poproszono rodziców o wyrażenie zgody na udział w nich dziecka, o zgodę na udział w badaniu zapytano także uczniów. Średni wiek badanej młodzieży wynosił 10,16 lat ($SD = 0,97$), przy czym zakres wieku mieścił się w przedziale 7–13 lat. Aby ocenić potencjalne zmiany w zaburzeniach związanych z grami internetowymi, ryzykownych zachowaniach w sieci oraz wpływ programu na poszczególne obszary funkcjonowania młodych ludzi, zaplanowano badania w schemacie pretest (miesiąc przed rozpoczęciem programu) – posttest (dwa miesiące po wdrożeniu programu WIT). Ponieważ program WIT trwał trzy miesiące, okres między pomiarami wynosił sześć miesięcy. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: 1) Korean Internet Addiction Proneness Scale – narzędzie zastosowano w celu identyfikacji objawów zaburzeń związanych z grami, aby ten cel osiągnąć, zmodyfikowano to narzędzie przez zastąpienie wyrażenia „korzystanie z internetu” terminem „granie w gry”; 2) Risky Online Behavior Inventory – kwestionariusz mający na celu identyfikację sześciu najczęstszych rodzajów ryzykownych zachowań w internecie: cyberprzemoc, wiktymizacja, kontakt z pornografią online, kontakt z przemocą w internecie, spotkanie nieznanym w internecie i udostępnianie danych online; 3) The Positive and Negative Affect Schedule for Children – Short Form – narzędzie wykorzystano do pomiaru pozytywnego i negatywnego afektu; 4) Social Anxiety Scale for Children – narzędzie służyło do identyfikacji poziomu lęku społecznego; 5) The Children’s Loneliness Questionnaire – został zastosowany do pomiaru poczucia osamotnienia i poczucia nieadekwatności społecznej²⁷.

²⁶ Tamże, s. 6.

²⁷ Tamże, s. 5.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że zarówno objawy zaburzeń związanych z grami online, jak i odsetek uczniów zagrożonych zaburzeniem uległy zmniejszeniu po zakończeniu programu. Zmiany obserwowane u uczniów dotyczyły także wyższego poziomu afektu pozytywnego i niższego poziomu afektu negatywnego²⁸. Ograniczeniem badań było to, że uczestnicy programu profilaktycznego byli jednorodną grupą uczniów szkół podstawowych mieszkających w Hongkongu. W dłuższej perspektywie warto byłoby ocenić korzyści wynikające z udziału w programie w okresie od 12 do 36 miesięcy²⁹.

Kolejny raport, autorstwa Daniela T.L. Sheka, Lu Yu, Hildie Leung, Florence K.Y. Wu, Moon Y.M. Law, zawiera opis badań ewaluacyjnych zarówno w kontekście ewaluacji wyniku w schemacie pretest – postest, jak i subiektywnej oceny uczestników programu. Program *BEST Teen* został opracowany w celu przeciwdziałania różnym formom zaburzeń wśród młodzieży w Hongkongu. Program ten miał na celu przekazanie uczniom wiedzy na temat uzależnień i zachowań uzależniających oraz promowanie kompetencji intrapersonalnych (np. poznawczych i emocjonalnych) i interpersonalnych (np. społecznych i behawioralnych) wśród uczniów. Kompetencje te były traktowane jako czynniki chroniące przed ryzykownymi zachowaniami. Program *BEST Teen* składał się z pięciu elementów, z których każda jednostka trwała 30 minut, łącznie do pięciu godzin: 1) wyposażenie uczniów w wiedzę na temat uzależnień oraz modyfikacja błędnych przekonań w tym zakresie; 2) wzmacnianie kompetencji poznawczych; 3) wzmacnianie kompetencji emocjonalnych; 4) wzmacnianie kompetencji społecznych; 5) wzmacnianie kompetencji behawioralnych. Ze względu na różnice w rozwoju poznawczym uczniów stworzono różne materiały dla uczniów szkół podstawowych klasy 5 i 6 (średni wiek 11–12 lat)³⁰. Po opracowaniu programu dwóch nauczycieli szkół podstawowych i dwóch pracowników socjalnych zostało zaproszonych do udziału w grupie fokusowej, podczas której dzielili się uwagami na jego temat. Zespół opracowujący program następnie dokonał dalszych zmian, opierając się na tych uwagach. W celu weryfikacji skuteczności programu wykorzystano różne metody. Na pierwszym etapie przeprowadzono badania

28 C.-I. Chau, Y.Y.-y. Tsui, C. Cheng, *Gamification for Internet gaming disorder prevention...*, dz. cyt., s. 1.

29 Tamże, s. 10–11.

30 D.T.L. Shek *et al.*, *Development, implementation, and evaluation of a multi-addiction prevention program for primary school students in Hong Kong: the B.E.S.T. Teen Program*, „Asian Journal of Gambling Issues and Public Health” 2016, 6(1), s. 4.

z powtarzanym pomiarem: pretest (przed pierwszą sesją programu) – posttest (po zakończeniu ostatniej sesji). Dodatkowo w celu poznania opinii uczniów na temat programu po zakończeniu ostatniej sesji uczestnicy otrzymali formularz oceny programu. W badaniu zastosowano również jakościowe metody oceny³¹. Badania zrealizowano za pomocą dwóch autorskich kwestionariuszy ankiet. Pierwszy kwestionariusz nakierowany był na pomiar skuteczności i składał się z 57 pozycji podzielonych na 5 obszarów: 1) zachowania uzależniające (*addictive behavior*) – uczestnicy zostali poproszeni o wskazanie częstości występowania różnych rodzajów zachowań uzależniających w ciągu ostatniego miesiąca, w tym: palenia papierosów, picia alkoholu, zażywania leków na kaszel bez zalecenia lekarza, używania rozpuszczalników, przyjmowania ketaminy czy heroiny, grania w gry hazardowe i problemowego korzystania z internetu; 2) intencja behawioralna – określająca prawdopodobieństwo, że mogą zaangażować się w powyższe osiem zachowań w ciągu najbliższych dwóch lat; 3) kompetencje psychospołeczne – uczestników poproszono o opisanie umiejętności związanych z różnymi kompetencjami (np. poznawczymi, emocjonalnymi, społecznymi i behawioralnymi); 4) wiedza o uzależnieniu; 5) przekonania na temat uzależnienia. Drugi kwestionariusz miał na celu pomiar subiektywnej oceny programu przez uczestników w trzech wymiarach: 1) atrybuty programu (obejmowały cele programu, treść, interakcje uczniów, atmosferę w klasie i zachęty otrzymane podczas lekcji); 2) atrybuty realizatora (przygotowanie realizatorów, profesjonalne nastawienie, wiedza i interakcje z uczestnikami); 3) skuteczność. Ponadto w formularzu subiektywnej oceny programu przez uczestników uwzględniono dwie pozycje w celu zbadania, czy (1) uczniowie poleciliby program swoim przyjaciołom oraz czy (2) będą uczestniczyć w podobnych programach w przyszłości. Zapytano uczniów także o ogólną satysfakcję z udziału w programie³². Chociaż wyniki zarówno obiektywnej, jak i subiektywnej oceny potwierdziły skuteczność programu *BEST Teen*, niniejsze badanie miało kilka ograniczeń: nie wszyscy uczniowie biorący udział w programie uczestniczyli w ewaluacji; zachowania uzależniające mierzono niewystandaryzowanymi narzędziami; dokonano pomiaru przy pomocy metod samoopisowych przez uczniów szkół podstawowych, co jest nieuzasadnione³³.

³¹ Tamże, s. 6.

³² Tamże, s. 7–8.

³³ Tamże, s. 14–15.

Ze względu na zebrany różnorodny materiał badawczy możliwa była jedynie jakościowa jego synteza. Trzy z pięciu włączonych do syntezy raportów podstawowych dotyczyły ograniczania zaburzeń uprawiania hazardu. Dwa z tych raportów zawierały pomiar skuteczności wdrażanych interwencji. Celem obu badań była ocena rezultatów szkolnych programów w zakresie zmian w wiedzy, przekonaniach oraz postawach związanych z hazardem. Dodatkowo jeden z programów zakładał obniżenie poziomu poszukiwania doznań w sposób zagrażający zdrowiu uczestników, a zatem pomiar objął także ten obszar. W obu przypadkach uzyskano opinie komisji etyki do spraw badań. Również w obu użyto pytań przesiewowych lub narzędzia przesiewowego w celu identyfikacji grupy uczestników, którzy są zaangażowani w gry hazardowe. Badania odnosiły się do wdrażanych interwencji w szkołach, jednak w różnych grupach wiekowych, pierwsza z nich dotyczyła młodzieży dwunastoletniej i był to dziewięćdziesięciminutowy blok na temat hazardu w szerszym programie edukacji medialnej. Druga interwencja skierowana była do młodzieży około siedemnastoletniej i była samodzielnym programem realizowanym w trakcie standardowego toku procesu edukacji w szkole w wymiarze pięciu lekcji. Treści wdrażane w ramach poszczególnych interwencji dostosowane były do wieku ich odbiorców.

Trzeci z analizowanych raportów zawierał opis badań sposobu wdrażania szerszych programów angażujących daną społeczność w celu pozyskania danych, na podstawie których możliwe będzie ich doskonalenie. W ramach badań opisanych w raporcie nie dokonano pomiaru skuteczności wdrażanych rozwiązań.

Pozostałe dwa z pięciu raportów włączonych do syntezy jakościowej dotyczyły badań przeprowadzonych w schemacie pretest – posttest w grupie eksperymentalnej oraz grupie kontrolnej. Różna była jednak wdrażana interwencja. W jednym przypadku odnosiła się ona do profilaktyki zaburzeń związanych z gramami, w drugim profilaktyki różnych zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodzież.

Wszystkie podlegające syntezie raporty, w których dokonano pomiaru skuteczności wdrażanych interwencji, obejmowały programy skierowane do młodzieży, żaden z nich nie był adresowany do osób dorosłych. Większość analizowanych badań ewaluacyjnych opierała się na pomiarze skuteczności wdrażanych interwencji. Badania te prowadzone były najczęściej z wykorzystaniem modelu eksperymentalnego z randomizacją w planie z powtarzanym pomiarem (pretest – posttest). Przed przystąpieniem do badań większość zespołów badawczych zwracała się po opinię na temat planowanych badań

do komisji do spraw etyki badań naukowych oraz pozyskiwano zgodę osób badanych lub w przypadku osób niepełnoletnich ich prawnych opiekunów na udział w badaniu.

6.2. Rekomendacje dla planowania i realizacji ewaluacji w profilaktyce zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem

Profilaktyka zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z grami nie jest obszarem zagospodarowanym w naszym kraju na wystarczającym poziomie, w porównaniu do działań w zakresie ograniczania zaburzeń używania substancji psychoaktywnych, zarówno w kontekście planowania i wdrażania interwencji skierowanych do dzieci i młodzieży oraz dorosłych, jak i realizacji badań ewaluacyjnych³⁴. Zdecydowanie częściej zaburzenia uprawiania hazardu stają się przedmiotem refleksji w kontekście psychoterapii niż profilaktyki. Jeśli już jednak podejmujemy rozważania nad profilaktyką zaburzonego wzorca grania hazardowego, to znacznie częściej w obszarze pracy z osobami dorosłymi, chociażby tak jak w przypadku profilaktyki w miejscu pracy, realizując szkolenia dla pracowników branży hazardowej, czy też w szerszym kontekście, takim jak koncepcja odpowiedzialnego hazardu³⁵. Natomiast w ramach profilaktyki zaburzeń związanych z grami działania takie będą częściej skierowane do dzieci i młodzieży niż osób dorosłych. Wyprowadzając rekomendacje dla prowadzenia badań ewaluacyjnych interwencji profilaktycznych zaburzeń uprawiania hazardu czy zaburzeń związanych z grami, warto wyjść od zaleceń odnoszących się do szerszych potrzeb dotyczących oddziaływań ograniczających te zaburzenia w Polsce.

Po pierwsze ważne jest wdrożenie systemowych rozwiązań w zakresie zapobiegania zaburzeniom uprawiania hazardu na każdym etapie rozwoju człowieka, w tym: 1) rozwiązań skierowanych do dzieci i młodzieży, również ukierunkowanych na wzmacnianie wiedzy dotyczącej hazardu, a przede wszystkim zdrowych przekonań oraz postaw; 2) rozwiązań adresowanych do osób dorosłych, uwzględniając przy tym różne miejsca ich funkcjonowania, (np. profilaktyka w miejscu pracy), a także specyfikę poszczególnych okresów

34 Sytuacja ta jednak dynamicznie ulega zmianie dzięki wdrażanym działaniom zlecanym przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

35 Por. M. Piasecka, Ł. Szwejka, A. Nastazjak, *Systemowe ograniczanie zaburzeń uprawiania hazardu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2022.

życia, na przykład działania wobec seniorów, u których będą występowały specyficzne dla tego okresu życia czynniki ryzyka³⁶, czy też rozwiązania uwzględniające szerszy kontekst i składające się z wielu różnych narzędzi, na przykład koncepcja odpowiedzialnego hazardu³⁷. W kontekście profilaktyki zaburzeń związanych z grami ważne jest rozpoznanie skali zjawiska nie tylko wśród dzieci i młodzieży, ale także wśród osób dorosłych w Polsce, aby na tej podstawie móc planować systemowe rozwiązania. W przypadku zaburzeń uprawiania hazardu obszarem do diagnozowania jest skala podejmowania tego typu zachowań w młodszych grupach wiekowych.

Po drugie przy wdrażaniu rozwiązań mających na celu ograniczenie zaburzeń uprawiania hazardu czy zaburzeń związanych z graniem istotne jest planowanie oraz realizacja badań ewaluacyjnych wprowadzanych w życie rozwiązań/interwencji.

Po trzecie planowane badania ewaluacyjne, szczególnie obejmujące innowacyjne rozwiązania, powinny uwzględniać szerszy kontekst oddziaływań. Kontekst ten może obejmować badania mające na celu diagnozę obecnego stanu rzeczy, identyfikację implementacji zaprojektowanych rozwiązań w zakresie ich dostosowania do potrzeb, odbioru przez interesariuszy, a także pomiar ich skuteczności (poziomu osiągnięcia celów) czy efektywności (stosunku nakładów do osiągniętych rezultatów)³⁸.

Po czwarte istotne jest, aby planowane badania ewaluacyjne (przed ich wdrożeniem) uzyskały akceptację komisji do spraw etyki badań naukowych oraz pisemną zgodę uczestników badań lub ich prawnych opiekunów na udział w badaniu, po wcześniejszym zapoznaniu się z pełną informacją na temat zarówno interwencji, jak i samych badań.

Po piąte planując pomiar skuteczności lub efektywności rozwiązań/interwencji, warto zastosować schemat badań eksperymentalnych lub quasi-eksperymentalnych, na przykład w schemacie z powtórzoną pomiarem: pretest – przed rozpoczęciem programu, posttest – po zakończeniu programu, *follow up* – w okresie odroczonym od ukończenia programu. Tym samym należy wziąć pod uwagę wydłużony czas trwania badań i wzrost ich kosztów.

36 Por. M. Piasecka, *Czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń uprawiania hazardu u osób starszych – jakościowa synteza badań* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu...*, dz. cyt.

37 Por. M. Piasecka, A. Nastazjak, *Strategia odpowiedzialnego hazardu* [w:] M. Piasecka, Ł. Szwejka, A. Nastazjak, *Systemowe ograniczanie zaburzeń uprawiania hazardu*, dz. cyt., s. 95–97.

38 Założenia modelu RE-AIM zob. w: *What is RE-AIM?*, <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/> (dostęp: 20.07.2022).

Ponadto istotny jest dobór wskaźników skuteczności oddziaływań profilaktycznych i odpowiednich do nich narzędzi badawczych (w tym także wystandaryzowanych)³⁹.

Po szóste ważna jest identyfikacja w toku planowania badań ewaluacyjnych tych elementów programów/interwencji, które wpływają na rzeczywistą zmianę zachowań, aby w przyszłości móc planować interwencje oparte na dowodach naukowych.

Po siódme uwzględnienie w planowanej ewaluacji zarówno pomiaru skuteczności programu profilaktycznego, jak i ich pozostałych istotnych elementów, takich jak: jego zasięg, przyswojenie, implementację oraz utrzymanie⁴⁰, spowoduje, iż program będzie oparty na dowodach naukowych w zakresie jego skuteczności, a także dostosowany do potrzeb odbiorców oraz kontekstu społeczno-kulturowego, w którym jest wdrażany.

Bibliografia

Raporty podstawowe wykorzystane w syntezie jakościowej

- Calado F., Alexandre J., Rosenfeld L., Pereira R., Griffiths M.D., *The efficacy of a gambling prevention program among high-school students*, „Journal of Gambling Studies” 2020, 36(2), s. 573–595.
- Chau C.-I., Tsui Y.Y.-y., Cheng C., *Gamification for Internet gaming disorder prevention: Evaluation of a Wise IT-Use (WIT) Program for Hong Kong primary students*, „Frontiers in Psychology” 2019, 10, 1–13.

39 Por. Ł. Wieczorek, K. Dąbrowska, *Zaburzenia hazardowe – rozpowszechnienie, oferta terapeutyczna, dostępność leczenia i predyktory podjęcia leczenia. Przegląd literatury*, „Alcoholism and Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania” 2015; K. Dąbrowska i in., *Raport z realizacji badania: Adaptacja i walidacja czterech testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – badania pilotażowe*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2016, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=7554950 (dostęp: 8.08.2021); Ł. Wieczorek, K. Dąbrowska, J. Sierosławski, *Polska adaptacja i walidacja dwóch testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) oraz Kwestionariusz Lie/Bet*, „Serwis Informacyjny Uzależnienia” 2021, nr 1(93), s. 25–32; Ł. Wieczorek et al., *Psychometric properties of the Polish version of two screening tests for gambling disorders: The Problem Gambling Severity Index and Lie/Bet Questionnaire*, „Psychiatry, Psychology and Law” 2021, 28(4), s. 585–598; I. Niewiadomska i in., *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem*, Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie Natanaelum, Lublin 2014; M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015, s. 26–27; M. Rowicka, *E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018.

40 Założenia modelu RE-AIM zob. w: *What is RE-AIM?*, dz. cyt.

- Kolandai-Matchett K., Bellringer M., Landon J., Abbott M., *A process evaluation of the 'Aware' and 'Supportive Communities' gambling harm-minimisation programmes in New Zealand*, „European Journal of Public Health” 2018, 28(2), s. 369–376.
- Shek D.T.L., Yu L., Leung H., Wu F.K.Y., Law M.Y.M., *Development, implementation, and evaluation of a multi-addiction prevention program for primary school students in Hong Kong: the B.E.S.T. Teen Program*, „Asian Journal of Gambling Issues and Public Health” 2016, 6(1), s. 1–17.
- Walther B., Hanewinkel R., Morgenstern M., *Short-term effects of a school-based program on gambling prevention in adolescents*, „Journal of Adolescent Health” 2013, 52(5), s. 599–605.

Literatura uzupełniająca

- Bujalski M., Klingemann J., *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).
- Canale N., Vieno A., Griffiths M.D., Marino C., Chieco F., Disperati F., Adriolo S., Santinello M., *The efficacy of a web-based gambling intervention program for high school students: A preliminary randomized study*, „Computers in Human Behavior” 2016, 55, s. 946–954.
- Dąbrowska K., Sierosławski J., Wieczorek Ł., *Raport z realizacji badania: Adaptacja i walidacja czterech testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – badania pilotażowe*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2016, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=7554950 (dostęp: 8.08.2021).
- Donati M.A., Primi C., Chiesi F., *Prevention of problematic gambling behaviour among adolescents: Testing the efficacy of an integrative intervention*, „Journal of Gambling Studies” 2014, 30(4), s. 803–818.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021), <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcid%2fentity%2f1041487064> (dostęp: 15.08.2021).
- Kusztal J., Piasecka M., Nastazjak A., *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021.
- New Zealand Government, Gambling Act 2003 (Public Act 2003 No 51), <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0051/latest/DLM207497.html> (dostęp: 14.10.2022).
- Niewiadomska I., Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A., Bartczuk R.P., Wiechetek M., Chwaszcz J., *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem*, Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie Natanaelum, Lublin 2014.
- Piasecka M., *Czynniki zwiększające prawdopodobieństwo zaburzeń uprawiania hazardu u osób starszych – jakościowa synteza badań* [w:] J. Kusztal, M. Piasecka, A. Nastazjak, *Profilaktyka uzależnienia od hazardu oparta na dowodach naukowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2021, s. 236–246.

- Piasecka M., Nastazjak A., *Strategia odpowiedzialnego hazardu* [w:] M. Piasecka, Ł. Szwejka, A. Nastazjak, *Systemowe ograniczanie zaburzeń uprawiania hazardu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2022, s. 95–97.
- Piasecka M., Szwejka Ł., Nastazjak A., *Systemowe ograniczanie zaburzeń uprawiania hazardu*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2022.
- Rowicka M., *E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018.
- Rowicka M., *Uzależnienia behawioralne. Terapia i profilaktyka*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.
- St-Pierre R.A., Derevensky J.L., *Youth gambling behavior: Novel approaches to prevention and intervention*, „Current Addiction Reports” 2016, 3(2), s. 157–165.
- Todirita I.R., Lupu V., *Gambling prevention program among children*, „Journal of Gambling Studies” 2013, 29(1), s. 161–169.
- What is RE-AIM?, <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/> (dostęp: 20.07.2022).
- Wieczorek Ł., Biechowska D., Dąbrowska K., Sierosławski J., *Psychometric properties of the Polish version of two screening tests for gambling disorders: The Problem Gambling Severity Index and Lie/Bet Questionnaire*, „Psychiatry, Psychology and Law” 2021, 28(4), s. 585–598.
- Wieczorek Ł., Dąbrowska K., *Zaburzenia hazardowe – rozpowszechnienie, oferta terapeutyczna, dostępność leczenia i predyktory podjęcia leczenia. Przegląd literatury*, „Alcoholism and Drug Addiction / Alkoholizm i Narkomania” 2015, 28.
- Wieczorek Ł., Dąbrowska K., Sierosławski J., *Polska adaptacja i walidacja dwóch testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) oraz Kwestionariusz Lie/Bet*, „Serwis Informacyjny Uzależnienia” 2021, nr 1(93), s. 25–32.
- Williams R.J., Wood R.T., Currie S.R., *Stacked Deck: An effective, school-based program for the prevention of problem gambling*, „Journal of Primary Prevention” 2010, 31(3), s. 109–125.
- Ziele und Inhalte*, <http://www.vernetzteswelten.ift-nord.de/das-programm/ziele-und-inhalte/> (dostęp: 10.08.2022).
- Złotek M., *Grywalizacja – wykorzystanie mechanizmów gier jako motywatora do zmiany zachowań ludzi. Autorski projekt zgrywalizowanych zajęć z „psychologii reklamy i zachowań konsumenckich”*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2017.

7. Ewaluacja w terapii osób z zaburzeniami behawioralnymi (Karolina Piątek)

Osoba z zaburzeniami behawioralnymi, podejmując się leczenia, chciałaby wybrać najlepszą dla siebie metodę terapii. Nie jest zazwyczaj świadoma wielości podejść terapeutycznych. To na terapeutach spoczywa odpowiedzialność związana z proponowanym rodzajem terapii i sposobem jej prowadzenia. Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ wśród przedstawicieli różnych szkół toczy się spór o to, które podejście jest najbardziej efektywne¹. Trudno się także rozeznąć w literaturze przedmiotu poświęconej badaniom nad skutecznością różnych programów terapeutycznych². Do najczęściej wymienianych podejść terapeutycznych należy terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioral therapy*, CBT) i podejście motywujące³. Nierzadkim zjawiskiem jest prezentowanie przez autorów własnej metody jako najlepszej. Z tego właśnie powodu istnieje potrzeba przeglądu literatury, który uporządkuje badania nie tylko pod kątem wyboru najodpowiedniejszej metody, ale także pozwoli skoncentrować się na tym, co działa oraz co jest skuteczne w interwencjach skierowanych do osób z zaburzeniami behawioralnymi, a przede wszystkim pokaże, jak prowadzić ewaluację interwencji terapeutycznych.

1 Por. podrozdział 3 „Profilaktyka i psychoterapia zaburzeń behawioralnych”.

2 R. Modrzyński, *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnień od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, t. 25, nr 4, s. 417–426.

3 M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015, s. 89.

7.1. Ewaluacja programów terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu w świetle przeglądu systematycznego

Szacuje się, że 2,3% światowej populacji to osoby z zaburzeniami uprawiania hazardu, a tylko 5–12% z tej grupy chce podjąć terapię⁴. Interwencje skierowane do osób z zaburzeniami uprawiania hazardu, mimo iż są skuteczne, wiążą się ze słabym przestrzeganiem zaleceń i niechęcią do leczenia⁵, wstydem i piętnem, poczuciem porażki lub okazaną słabością⁶. Spośród osób, które szukają leczenia, wiele przedwcześnie rezygnuje.

Warto zadbać o to, by decydujący się na terapię mogli skorzystać ze skutecznych, dostosowanych do ich potrzeb rozwiązań. Dlatego też należy nieustannie poddawać programy terapeutyczne ewaluacji.

W niniejszym rozdziale zostaną zaprezentowane sposoby prowadzenia ewaluacji interwencji terapeutycznych skierowanych do osób z zaburzeniami uprawiania hazardu. Do syntezy jakościowej włączono wyselekcjonowane dwanaście artykułów i poddano je kategoryzacji ze względu na: cel prowadzonych badań, rodzaj programów terapeutycznych poddanych ewaluacji, procedurę badawczą, dobór grupy badawczej, narzędzia badawcze, wyniki badań oraz ich ograniczenia.

Spośród analizowanych raportów trzy dotyczyły pomiaru skuteczności wdrażanych interwencji, cztery kolejne porównania skuteczności różnych rodzajów oddziaływań terapeutycznych, dwa inne pomiaru skuteczności korzystania z przewodników/podręczników samopoznania. Ponadto w trzech pozostałych raportach znalazły się dane na temat: wzmacniania skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej przez elementy aktywności fizycznej; oceny wyników programu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) oferowanej

4 R.J. Williams, R.A. Volberg, R.M.G. Stevens, *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*, University of Lethbridge, Lethbridge 2012, cyt. za: A. Nilsson et al., *Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: A randomized controlled trial*, „Addiction” 2020, 115(7), s. 1330–1342.

5 H. Suurvali et al., *Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature*, „Journal Gambling Study” 2009, 25(3), s. 407–424; por. D. Clarke et al., *An overview of help seeking by problem gamblers and their families including barriers to and relevance of services*, „International Journal of Mental Health Addiction” 2007, 5, s. 292–306.

6 K.M. Melville, L.M. Casey, D.J. Kavanagh, *Psychological treatment dropout among pathological gamblers*, „Clinical Psychology Review” 2007, 27(8), s. 944–958, cyt. za: A. Nilsson et al., *Behavioral couples therapy...*, dz. cyt.

graczom poszukującym leczenia w miastach i na wsi oraz ewaluacji stacjonarnego programu leczenia różnych zaburzeń/uzależnień.

Dane bibliograficzne niniejszych artykułów zamieszczono w tabeli 18.

Tabela 18. Raporty podstawowe włączone do analizy interwencji terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu

Lp. badania	Dane bibliograficzne
1.	H. Myrseth, G.S. Brunborg, M. Eidem, S. Pallesen, <i>Description and pre-post evaluation of a telephone and Internet based treatment programme for pathological gambling in Norway: A pilot study</i> , „International Gambling Studies” 2013, 13(2), s. 205–220
2.	B. Tolchard, <i>Outcome of treatment seeking rural gamblers attending a nurse-led cognitive-behaviour therapy service: A pilot study</i> , „International Journal of Nursing Sciences” 2016, 3(1), s. 89–95
3.	F.I. Matheson, S. Hamilton-Wright, T. Hahmann, A. McLuhan, G. Tacchini, A. Wendaferew, P. Dastoori, <i>Filling the GAP: Integrating a gambling addiction program into a shelter setting for people experiencing poverty and homelessness</i> , „PLoS ONE” 2022, 17(3), s. 1–19
4.	A. Nilsson, K. Magnusson, P. Carlbring, G. Andersson, C. Hellner, <i>Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: A randomized controlled trial</i> , „Addiction” 2020, 115(7), s. 1330–1342
5.	S.C. Pasche, H. Sinclair, P. Collins, A. Pretorius, J.E. Grant, D.J. Stein, <i>The effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for pathological gambling: A country-wide study</i> , „Annals of Clinical Psychiatry” 2013, 25(4), s. 250–256
6.	C.C. McIntosh, R.D. Crino, K. O'Neill, <i>Treating problem gambling samples with cognitive behavioural therapy and mindfulness-based interventions: A clinical trial</i> , „Journal of Gambling Studies” 2016, 32(4), s. 1305–1325
7.	B. Jonas, F. Leuschner, A. Eiling, C. Schoelen, R. Soellner, P. Tossmann, <i>Web-based intervention and email-counseling for problem gamblers: Results of a randomized controlled trial</i> , „Journal of Gambling Studies” 2020, 36(4), s. 1341–1358
8.	T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, <i>Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers: A randomised controlled trial</i> , „Journal of Gambling Studies” 2018, 34(2), s. 581–595
9.	A. Luquiens, M.L. Tanguy, M. Lagadec, A. Benyamina, H.J. Aubin, M. Reynaud, <i>The efficacy of three modalities of Internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: A randomized controlled trial</i> , „Journal of Medical Internet Research” 2016, 18(2), s. 1–14
10.	D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, <i>Evaluation of a physical activity program for pathological gamblers in treatment</i> , „Journal of Gambling Studies” 2013, 29(3), s. 589–599

Tabela 18. Raporty podstawowe włączone do analizy interwencji terapeutycznych... cd.

Lp. badania	Dane bibliograficzne
11.	L.M. Casey, T.P.S. Oei, N. Raylu, K. Horriggan, J. Day, M. Ireland, B.A. Clough, <i>Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy compared to monitoring, feedback and support for problem gambling: A randomised controlled trial</i> , „Journal of Gambling Studies” 2017, 33(3), s. 993–1010
12.	M.L.E. Chan, W.T.N. Cheung, N.Y.D. Yeung, F.P.A. Kwok, H.Y.R. Wong, <i>An evaluation study of the „RESTART” program – Short-term residential treatment for addiction</i> , „International Journal of Mental Health and Addiction” 2018, 16(6), s. 1357–1372

Źródło: opracowanie K. Piątek.

Pierwszy raport, autorstwa Helgi Myrseth, Greira S. Brunborga, Magnusa Eidema i Ståle Pallesen, dotyczy wstępnej oceny programu leczenia osób z zaburzeniami uprawiania hazardu, które odbywało się telefonicznie oraz online⁷. Procedura obejmowała pretest i posttest. Dane zebrane zostały bezpośrednio po terapii oraz po trzech miesiącach od jej zakończenia. Procedura badań rozpoczynała się od rejestracji internetowej klienta, w trakcie której przekazano informacje o programie terapii oraz o czynnościach, jakie należy wykonać, by się na nią zarejestrować. Po wypełnieniu przez klientów arkuszy następujących narzędzi dotyczących ich problemu z graniem hazardowym: South Oaks Gambling Screen, Gamblers Belief Questionnaire oraz kwestionariusza dotyczącego ogólnego stanu zdrowia psychicznego – Symptom Checklist-90-Revised, odbywały się cotygodniowe konsultacje telefoniczne trwające 15–45 minut. Klienci mieli również możliwość korzystania z internetowego forum dyskusyjnego. Wykonywali też zadania pomiędzy rozmowami telefonicznymi. Po zakończeniu programu klienci ponownie wypełniali wyżej wymienione kwestionariusze. Treść programu leczenia podobna była do tradycyjnych programów terapii poznawczo-behawioralnej, a szczegółowe cele były indywidualnie ustalane dla każdego klienta. Zalecana była abstynencja⁸.

Psychoterapie z wykorzystaniem internetowych programów leczenia mogą znacznie skrócić czas oczekiwania na terapię. Omawiany program obejmował dziewięć konsultacji telefonicznych trwających od 15 do 45 minut, dlatego leczenie było wydajne czasowo. Internetowe programy zapewniają większą dostępność leczenia, ponieważ jest ono dostarczane online i można

7 H. Myrseth *et al.*, *Description and pre-post evaluation...*, dz. cyt.

8 Tamże.

z nich skorzystać w dowolnym miejscu. Dla osób, które nie mają dostępu do internetu w domu, interwencje te są łatwo dostępne z innych miejsc, takich jak szkoły, biblioteki czy kafejki internetowe. Omawiane badanie miało charakter pilotażowy, wyniki należy więc interpretować z ostrożnością i traktować jako wstępne. W badaniu brakowało grupy porównawczej, zatem poprawę u osób poddanych terapii można przypisać innym czynnikom. Przyszłe badania powinny uwzględniać grupę kontrolną. Cenne również byłoby porównanie terapii w bezpośrednim kontakcie z terapeutą z terapią online w celu zbadania skuteczności różnych form terapii⁹.

Podsumowując, u uczestników programu, z którymi prowadzono terapię przez telefon, zaobserwowano zmniejszenie objawów związanych z graniem hazardowym, które utrzymywało się od trzech do sześciu miesięcy po ukończonej terapii. Wykazywali również mniej objawów ogólnego stresu psychicznego oraz mniej zniekształceń poznawczych związanych z hazardem. Na podstawie tego pilotażowego badania można przypuszczać, że terapia poznawczo-behawioralna ma znaczny potencjał w działaniu poprzez interwencje internetowe¹⁰.

Kolejny raport, autorstwa Barry'ego Tolcharda¹¹, dotyczy pilotażowego badania mającego na celu ocenę wyników programu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) oferowanej graczom poszukującym leczenia w miastach i na wsi. Do udziału w badaniu zaproszono osoby, które zgłosiły się na leczenie w prowadzonym przez pielęgniarki ośrodku leczenia hazardu. Osoby uczestniczące w badaniu wypełniły serię kwestionariuszy podczas oceny wstępnej, po ukończeniu terapii, po miesiącu i po trzech miesiącach po jej zakończeniu. Zastosowane narzędzia to: The Beck Anxiety Inventory (BAI) – inwentarz lęku; The Beck Depression Inventory (BDI) – inwentarz depresji; Work & Social Adjustment Scale (WSAS) – kwestionariusz przystosowania do pracy i społeczeństwa. Dodatkowo każda osoba wypełniała Victorian Gambling Screen – narzędzie do pomiaru ryzyka i zaburzeń uprawiania hazardu, jak również Diagnostic and Statistical Manual for Mental¹² – do diagnozy zaburzeń uprawiania hazardu.

9 Tamże, s. 216–217.

10 Tamże, s. 205–220.

11 B. Tolchard, *Outcome of treatment seeking rural gamblers attending a nurse-led cognitive-behaviour therapy service...*, dz. cyt., s. 89–95.

12 American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 5th ed., American Psychiatric Publishing, Washington – London 2013, cyt. za: B. Tolchard, *Outcome of treatment seeking rural gamblers attending a nurse-led cognitive-behaviour therapy service...*, dz. cyt., s. 89–95.

Wyniki badań wykazały różnice między osobami z zaburzeniami uprawiania hazardu z obszarów miejskich i wiejskich. Badanie to sugeruje, że osoby z zaburzeniami uprawiania hazardu pochodzące z obszarów wiejskich doświadczają różnych poziomów współwystępującego lęku i depresji przeważnie w wyższym stopniu niż te z miast. Stwierdzono, że podejście poznawczo-behawioralne jest skuteczne w leczeniu osób z zaburzeniami uprawiania hazardu na obszarach wiejskich. Ważne jest zapewnienie lepszej dostępności do takiego leczenia na tych terenach¹³.

Rekomenduje się dalsze badania, aby ustalić, czy wczesne wykrycie zaburzeń lękowych lub depresyjnych u mieszkańców wsi może pomóc zmniejszyć potrzebę uprawiania hazardu¹⁴.

Badanie miało ograniczenia, choćby takie jak uwzględnienie jedynie osób, które same poszukiwały terapii. Aby zapewnić powtarzalność tych wyników, konieczne są dalsze badania na większych próbach, które są dopasowane do populacji wiejskiej i miejskiej. Chociaż podejście do leczenia było spójne dla wszystkich uczestników, alternatywne metody leczenia nie zostały przetestowane – nie uwzględniono terapii łączonych, w tym zastosowania farmakoterapii¹⁵.

Celem raportu autorstwa Flory I. Matheson *et al.* było przedstawienie wyników ewaluacji programu przeciwdziałania zaburzeniom uprawiania hazardu dla osób doświadczających ubóstwa i bezdomności o nazwie *Gambling Program*¹⁶.

Do programu zakwalifikowano osoby, które miały co najmniej umiarkowany problem z graniem hazardowym, zidentyfikowany na skali PGSI¹⁷. Program składał się z pracy grupowej nad zagadnieniami związanymi z hazardem oraz spotkań indywidualnych z każdą osobą. Poszczególne spotkania dotyczyły identyfikacji problemów, przyczyn i konsekwencji związanych z grą hazardową, opracowywania indywidualnych planów powrotu do zdrowia oraz zaspokojenia dodatkowych potrzeb uczestników. Obejmowały również naukę różnego rodzaju umiejętności życiowych. Stosowano techniki terapii poznawczo-behawioralnej¹⁸.

13 B. Tolchard, *Outcome of treatment seeking rural gamblers attending a nurse-led cognitive-behaviour therapy service...*, dz. cyt., s. 93.

14 Tamże.

15 Tamże, s. 94.

16 F.I. Matheson *et al.*, *Filling the GAP...*, dz. cyt.

17 S.R. Currie, D.C. Hodgins, D.M. Casey, *Validity of the Problem Gambling Severity Index interpretive categories*, „Journal of Gambling Studies” 2013, 29(2), s. 311–327, cyt. za: F.I. Matheson *et al.*, *Filling the GAP...*, dz. cyt.

18 F.I. Matheson *et al.*, *Filling the GAP...*, dz. cyt.

Przeprowadzono jakościową analizę treści wywiadów z odbiorcami programu, aby ocenić, jak odebrali program i jak na niego zareagowali. Jakościowa analiza treści obejmowała interpretacje zawartości danych tekstowych poprzez proces systematycznej klasyfikacji polegający na kodowaniu i identyfikowaniu tematów lub wzorców. Wyniki uzyskane na podstawie opinii uczestników wskazują, że dzięki programowi lepiej zrozumieli oni swoje zachowania związane z hazardem i uświadomili sobie wpływ tych zachowań na inne obszary ich życia. Uczestnicy wskazywali również na poprawę sytuacji finansowej między innymi dzięki umiejętności opracowywania strategii ograniczania szkód finansowych¹⁹.

Celem badania opisanego w raporcie Andersa Nilssona, Kristoffera Magnussona, Pera Carlbringa, Gerharda Anderssona, Clary Hellner²⁰ było: po pierwsze porównanie skuteczności terapii, stanu zdrowia psychicznego, zadowolenia ze związku²¹ w dwóch modelach – terapii behawioralnej dla par (BCT) oraz terapii poznawczo-behawioralnej tylko dla osoby z zaburzeniami uprawiania hazardu; po drugie porównanie wpływu tych terapii na osoby bliskie osób z zaburzeniami uprawiania hazardu (CSO²²) pod względem zdrowia psychicznego i zadowolenia ze związku. Przeprowadzono badanie na początku terapii oraz pomiary po jej zakończeniu, a także po trzech, sześciu i 12 miesiącach od zakończenia.

Oba rodzaje terapii (BCT i CBT) prowadzone były online z cotygodniowym wsparciem telefonicznym i e-mailowym terapeuty. W badaniach wykorzystano następujące narzędzia: Time-Line Follow-Back For Gambling (TLFB-G) – narzędzie do pomiaru straty w związku z graniem hazardowym; Diagnostic Screen for Gambling Problems (NODS) – skala oceniająca ryzyko zaburzeń związanych z hazardem; Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) –

¹⁹ Tamże, s. 6–8.

²⁰ A. Nilsson et al., *Behavioral couples therapy...*, dz. cyt.

²¹ W skrócie będziemy używać sformułowania „osoba znacząca”, gdyż najczęściej są to osoby, które również mają wpływ na życie osoby uzależnionej. W literaturze przedmiotu oraz praktyce psychoterapeutycznej często spotyka się termin „osoba współuzależniona”, które coraz częściej zastępowane jest wyrażeniem „bliski osoby z uzależnieniem”. Por. M. Bujalski, J. Klingemann, *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, s. 56, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).

²² B.C. Goodwin et al., *A typical problem gambler affects six others*, „International Gambling Study” 2017, 17(2), s. 276–289; por. C. Downs, R. Woolrych, *Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life*, „Community, Work & Family” 2010, 13(3), s. 311–328, cyt. za: A. Nilsson et al., *Behavioral couples therapy...*, dz. cyt.; E. Li et al., *Breaking bad: Comparing gambling harms among gamblers and affected others*, „Journal of Gambling Study” 2017, 33(1), s. 223–428.

kwestionariusz dotyczący depresji; Generalized Anxiety Disorder seven-item scale (GAD-7) – kwestionariusz dotyczący depresji; Relation Assessment Scale Generic (RAS-G); Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) – narzędzie identyfikacji zaburzeń związanych z używaniem alkoholu; Inventory of Consequences of Gambling for the Gambler and CSO – Inwentarz Konsekwencji Hazardu dla osoby z zaburzeniem uprawiania hazardu i jego osoby bliskiej²³.

Wyniki wskazują na brak dowodów świadczących o różnicach w skuteczności obu badanych rodzajów terapii. Aczkolwiek osoby biorące udział w terapii behawioralnej dla par miały wyższe wyniki pod względem liczby ukończonych modułów. Poważnym problemem był niski poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych²⁴.

Raport Sonji C. Pasche, Heidi Sinclair, Petera Collinsa, Adele Pretorius, Jona E. Granta, Dana J. Steina²⁵ dotyczy oceny programu leczenia, który obejmował elementy terapii poznawczo-behawioralnej, dialogu motywującego i ekspozycji wyobraźniowej (*imaginal exposure*). Uczestnikami było 128 osób, u których zdiagnozowano zaburzenia związane z hazardem. Zostali zrekrutowani za pośrednictwem infolinii. Aby zakwalifikować się do programu, musieli spełnić kryteria DSM-IV ocenione przez ustrukturyzowany wywiad kliniczny – The Structured Clinical Interview for Pathological Gambling (SCI-PG). Następnie porównano wyniki uzyskane przed i po leczeniu w The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (PG-YBOCS) przystosowanej do zaburzeń uprawiania hazardu oraz The Sheehan Disability²⁶.

W wyniku udziału w terapii objawy zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu zostały znacznie zmniejszone u jej uczestników²⁷.

Raport Cameron McIntosh, Rocco D. Crino i Katy O'Neill²⁸ przedstawiał badanie sprawdzające skuteczność trzech interwencji w leczeniu osób z zaburzeniami uprawiania hazardu: dwa rodzaje terapii poznawczo-behawioralnej oraz trening uważności (*case formulation driven Cognitive Behaviour Therapy*, CBT; *manualised CBT*; *mindfulness-based treatment*). Do udziału zaproszono wszystkie osoby szukające leczenia w specjalistycznej klinice leczenia hazardu

23 A. Nilsson *et al.*, *Behavioral couples therapy...*, dz. cyt., s. 1332–1334.

24 K.M. Melville, L.M. Casey, D.J. Kavanagh, *Psychological treatment dropout among pathological gamblers*, dz. cyt.

25 S.C. Pasche *et al.*, *The effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for pathological gambling...*, dz. cyt.

26 Tamże.

27 Tamże.

28 C.C. McIntosh, R.D. Crino, K. O'Neill, *Treating problem gambling samples...*, dz. cyt.

w śródmieściu w Sydney w Australii. Kryteria wykluczające z udziału w badaniach stanowiły: przyjmowanie leków psychotropowych, bycie równolegle w innym procesie psychoterapeutycznym, nadużywanie substancji lub uzależnienie od nich, doświadczanie ciężkich zaburzeń nastroju, psychozy i (lub) ostre myśli samobójcze²⁹.

Zastosowano następujące narzędzia do oceny zachowań hazardowych: The South Oaks Gambling Screen (SOGS); Diagnostic and Statistics Manual-V; Kwestionariusz autorski dotyczący m.in.: czasu, jaki upłynął od rozpoczęcia grania hazardowego przez każdego uczestnika; czasu, przez jaki każdy uczestnik doświadczał problemów z hazardem.

Ponadto wykorzystano narzędzia, takie jak: Psychological distress. The summed total of The Depression Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21); Five Facet Mindfulness Questionnaire: Short Form (FFMQ-SF); Thought suppression and rumination The White Bear Suppression Index (WBSI); Quality of life The 12-Item Short Form Health Survey (SF-12); Treatment satisfaction and homework and effectiveness of treatment The Client Satisfaction Questionnaire³⁰.

Wszystkie trzy poddane pomiarowi interwencje przyniosły dużą poprawę zachowania po siedmiu sesjach, po zakończeniu terapii oraz po trzech i sześciu miesiącach od ukończenia. Badanie to wykazało, że interwencje oparte na uważności wydają się skuteczne w zmniejszaniu zachowań hazardowych i związanego z nimi stresu. Krótka interwencja uważności przeprowadzona po psychoedukacji i krótka interwencja poznawczo-behawioralna mogą być użytecznym uzupełnieniem tradycyjnych terapii poznawczo-behawioralnych poprzez zajęcie się procesami transdiagnostycznymi³¹.

W kolejnym omawianym w tej kategorii raporcie autorstwa Benjaminą Jonasa *et al.*³² zbadano skuteczność dwóch interwencji dla osób z zaburzeniami uprawiania hazardu udostępnionych online przez Niemieckie Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej (BZgA). Pierwsza interwencja to program z przewodnikiem *Check Out* (CO), druga to doradztwo e-mailowe (*email counselling*, EC). Przeprowadzono internetowe randomizowane badanie z pomiarami na początku i końcu interwencji oraz po trzech, sześciu i dwunastu miesiącach.

29 Tamże, s. 1307–1308.

30 Tamże, s. 1311.

31 Tamże, s. 1305–1323.

32 B. Jonas *et al.*, *Web-based intervention and email-counseling for problem gamblers...*, dz. cyt.

Uczestnicy zostali przydzieleni do jednej z dwóch grup lub wpisani na listę oczekujących (*waitlist* – WL)³³.

Do badania włączono 167 osób. Aby wziąć udział w badaniu, osoby musiały mieć co najmniej 18 lat i po raz pierwszy korzystać z jakiegokolwiek formy poradnictwa. Kryterium wykluczenia było zaburzenie używania alkoholu. Osoby, które wskazywały na tendencje samobójcze, otrzymały szczegółowe informacje na temat odpowiednich ofert wsparcia psychologicznego. Uczestnicy zostali przydzieleni do internetowej interwencji CO, do EC lub WL. Pomiar odroczone po trzech miesiącach po badaniach podstawowych przeprowadzono ze wszystkimi grupami badawczymi, natomiast pomiary po sześciu i dwunastu miesiącach po badaniach podstawowych tylko z użytkownikami CO i EC³⁴. Stopień nasilenia zaburzenia uprawiania hazardu mierzono za pomocą Problem Gambling Severity Index (PGSI).

W odniesieniu do oceny procesu akceptowalność programu CO i EC oraz jakość współpracy między klientem a doradcą mierzono za pomocą Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)³⁵ oraz Working Alliance Inventory (WAI-sr)³⁶. Aby uzyskać wgląd w przebieg interwencji, prześledzono ponadto liczbę dni, w których wykorzystano każdą interwencję oraz czas spędzony przez doradców w każdym przypadku. Ponadto pytano uczestników, czy korzystają aktualnie z innych form pomocy³⁷.

W porównaniu z osobami z listy oczekujących użytkownicy CO ograniczyli uprawianie hazardu i poprawili swoje subiektywne samopoczucie. Dowody na skuteczność EC są słabsze, ponieważ osoby, które brały udział w tej interwencji jedynie zredukowały uprawianie hazardu. Wnioski wskazują jednak, że CO pomaga osobom poszukującym leczenia w limitowaniu hazardu i poprawie ogólnego samopoczucia³⁸. Ważnym mankamentem badania jest brak danych z kolejnych pomiarów kontrolnych³⁹.

33 B. Jonas *et al.*, *Web-based intervention and email-counseling for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 1341.

34 Tamże, s. 1344.

35 D.L. Larsen *et al.*, *Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale*, „Evaluation and Program Planning” 1979, 2(3), s. 197–207, cyt. za: B. Jonas *et al.*, *Web-based intervention and email-counseling for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 1344.

36 A.O. Horvath, L.S. Greenberg, *Development and validation of the Working Alliance Inventory*, „Journal of Counseling Psychology” 1989, 36(2), s. 233, cyt. za: B. Jonas *et al.*, *Web-based intervention and email-counseling for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 1344.

37 B. Jonas *et al.*, *Web-based intervention and email-counseling for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 1345–1346.

38 Tamże, s. 1351–1352.

39 Tamże, s. 1352.

Ósmy raport podstawowy, autorstwa Tian P. Oei, Namrata Raylu i Wei Wei Lai⁴⁰, dotyczył oceny skuteczności programu *Self-Help Cognitive Behavioural Treatment* u osób z zaburzeniami uprawiania hazardu⁴¹.

Uczestnikami były osoby, które zgłosiły się z własnej inicjatywy do udziału w programie w związku z doświadczaniem problemów z hazardem. Rekrutację przeprowadzono za pomocą ogłoszeń w radiu i prasie oraz poprzez infolinię. Kryteria włączenia obejmowały: zgodę na losowe przydzielenie do programu, zgodę na wypełnienie i odesłanie kwestionariuszy na początku i na końcu programu oraz wiek powyżej 18 lat. Kryteria wykluczenia były następujące: myśli samobójcze, udział w postępowaniu sądowym wymagającym udokumentowania leczenia, bycie uczestnikiem innej terapii w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu lub równoległego leczenia innych problemów psychiatrycznych, które mogą mieć wpływ na badanie, niewystarczająca znajomość języka angielskiego.

W toku badań wykorzystano następujące narzędzia: Canadian Problem Gambling Index (CPGI) – narzędzie do pomiaru zaburzeń związanych z hazardem; Gambling Related Cognitions Scale⁴² (GRCS) – kwestionariusz do oceny przekonań związanych z hazardem, podzielony na pięć podskal: kontrola interpretacyjna, iluzja kontroli, kontrola predykcyjna, oczekiwania związane z hazardem i postrzegana niezdolność do zaprzestania grania hazardowego; Gambling Urge Scale (GUS)⁴³ – narzędzie do badania skłonności do hazardu; The Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS)⁴⁴ – narzędzie pomiaru poziomu depresji, lęku i stresu; Gambling Refusal Self-Efficacy Questionnaire

40 T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers...*, dz. cyt.

41 W raporcie podstawowym używane są określenia „patologiczny hazard”, „patologiczny hazardzista”, gdyż powstał on w okresie funkcjonowania Klasyfikacji DSM-IV. Aktualnie posługujemy się inną terminologią, która została przytoczona na początku niniejszej publikacji.

42 N. Raylu, T.P.S. Oei, *The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties*, „Addiction” 2004, 99(6), s. 757–769, cyt. za: T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 584–586.

43 Tamże.

44 S.H. Lovibond, P.F. Lovibond, *Manual for the depression anxiety stress scales*, Psychology Foundation of Australia, Sydney 1995, cyt. za: T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 584–586.

(GRSEQ)⁴⁵ – kwestionariusz oceny poziomu pewności w odmowie hazardu; Satisfaction with Life Scale (SWLS)⁴⁶ – narzędzie oceniające ogólną satysfakcję z życia; Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)⁴⁷ – kwestionariusz do oceny wzorca spożywania alkoholu; World Health Organisation Quality of Life – BREF Version (WHOQOL-BREF)⁴⁸ – narzędzie oceniające zmiany jakości w ciągu życia na podskalach zdrowia fizycznego, dobrostanu psychologicznego, relacji społecznych i środowiska.

Ponadto wszyscy uczestnicy zostali zapytani o częstotliwość grania i kwotę wydawaną dziennie na hazard w różnych grach (tj. automatach do gier, grach stołowych, wyścigach i innych formach hazardu) za pomocą ośmioelementowego autorskiego kwestionariusza. W badaniach zastosowano schemat pretest – posttest. Przeprowadzono analizy w celu zbadania, czy osoby, które ukończyły program, różnią się zachowaniami związanymi z hazardem od osób, które z programu wypadły⁴⁹.

Wyniki badań wykazały, że u osób, które ukończyły program SHCBT, stwierdzono znaczną poprawę, w tym między innymi zmniejszyła się częstotliwość grania hazardowego oraz ogólnie zmniejszyła się liczba zachowań związanych z hazardem⁵⁰.

Ograniczenia badania dotyczą paru kwestii. Po pierwsze nie dokonano pomiaru odroczonego wyników leczenia. Autorzy badania podają jako ograniczenie również to, że osoby badane były w większości rasy kaukaskiej,

45 L.M. Casey *et al.*, *Measuring self-efficacy in gambling: The gambling refusal self-efficacy questionnaire*, „Journal of Gambling Studies” 2008, 24(2), s. 229–246, cyt. za: T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment...*, dz. cyt., s. 584–586.

46 E. Diener *et al.*, *The satisfaction with life scale*, „Journal of Personality Assessment” 1985, 49(1), s. 71–75, cyt. za: T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 584–586.

47 J.B. Saunders *et al.*, *Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II*, „Addiction” 1993, 88(6), s. 791–804, cyt. za: T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 584–586.

48 *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. WHOQOL Group*, „Psychological Medicine” 1998, 28(3), s. 551–558, cyt. za: T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 584–586.

49 T.P.S. Oei, N. Raylu, W.W. Lai, *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers...*, dz. cyt., s. 586.

50 Tamże, s. 588.

podkreślając, że wcześniejsze badania wskazywały na różnice w zachowaniach hazardowych między różnymi grupami kulturowymi⁵¹.

Celem kolejnego badania Amandine Luquiens *et al.*⁵² była ocena skuteczności trzech rodzajów psychoterapii internetowych w porównaniu do grupy kontrolnej, wśród osób z zaburzeniami uprawiania hazardu, którzy grają w pokera online. Uczestnicy zostali podzieleni na cztery grupy: 1 – grupa kontrolna (lista oczekujących); 2 – osoby otrzymujące informację zwrotną na temat swojego grania pocztą e-mail; 3 – grupa, która otrzymała pocztą e-mail podręcznik samopomocy w nurcie poznawczo-behawioralnym do pobrania, bez wskazówek; 4 – grupa, która otrzymywała ten sam program wysyłany im co tydzień przez psychologa wraz ze spersonalizowanymi wskazówkami. Wszystkie osoby z zaburzeniami związanymi z graniem były kwalifikowane do udziału w badaniu. Skuteczność została oceniona na podstawie zmiany w PGSI od początku leczenia do sześciu i dwunastu tygodni po jego zakończeniu. Nie odnotowano znaczących różnic w skuteczności oddziaływań⁵³.

W raporcie autorstwa Daniela L. Angelo, Hermano Tavaresa, Moniki Levit Zilberman⁵⁴ przedstawiono badania skuteczności programu, do którego – oprócz sesji terapeutycznych – wprowadzono aktywność fizyczną u 33 osób z zaburzeniami uprawiania hazardu.

Badani zostali zrekrutowani spośród osób poszukujących leczenia z powodu problemów z hazardem. Wszyscy badani spełniali kryteria DSM-IV dla rozpoznania patologicznego hazardu⁵⁵. Terapia składała się z następujących elementów: wstępna ocena psychiatryczna, cotygodniowe grupowe sesje terapii poznawczo-behawioralnej (przez 12–15 tygodni) oraz program edukacyjny, w którym klientom zaprezentowano treści dotyczące zaburzeń w zakresie

51 Tamże, s. 592–593.

52 A. Luquiens *et al.*, *The efficacy of three modalities of Internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers...*, dz. cyt.

53 Tamże.

54 D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, *Evaluation of a physical activity program...*, dz. cyt.

55 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, uznając uprawianie hazardu za jednostkę chorobową, zdefiniowało ją jako hazard patologiczny i umieściło w kategorii zaburzeń kontroli impulsów (*Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified*, DSM-IV). W obowiązującej obecnie piątej wersji klasyfikacji DSM (DSM-V) hazard patologiczny został określony jako „zaburzenie uprawiania hazardu” (*Gambling Disorder*, DSM-V) i znalazł się w nowo powstałej kategorii „zaburzenia używania substancji i nałogów” (*Substance-Related and Addictive Disorders* – DSM-V), w podkategorii „zaburzenia niezwiązane z substancjami” (*Non-Substance Related Disorders* – DSM-V); za: M. Rowicka, *Uzależnienia behawioralne...*, dz. cyt., s. 20.

uprawiania hazardu. Kryteria włączenia do badań były następujące: ukończone 18 lat, co najmniej cztery lata nauki oraz bycie wystarczająco sprawnym fizycznie, aby angażować się w ćwiczenia o umiarkowanej intensywności. Wykluczeni zostali pacjenci z niepełnosprawnością intelektualną, którzy nie byli w stanie ćwiczyć z powodu choroby, osoby z poważnymi obrażeniami oraz osoby z objawami psychiatrycznymi. Wyłoniono dwie grupy: osoby uprawiające aktywność fizyczną i osoby, które aktywności fizycznej nie uprawiają⁵⁶.

Program aktywności fizycznej składał się z ośmiu sesji pięćdziesięciminutowych (10 minut rozciągania oraz 40 minut biegania), prowadzonych przez okres od czterech do ośmiu tygodni. Aktywność była monitorowana przez trenerów za pomocą indywidualnych pomiarów tętna. Przed i po programie oceniono zachowania hazardowe, objawy depresyjne, lęk, poziomy hormonów stresu, a także przymus grania⁵⁷. Stan kliniczny oceniano za pomocą 10-punktowej wersji skali do oceny zachowań hazardowych – Gambling Follow-up Scale (GFS)⁵⁸. Skala składa się z trzech podskal: *fgambling* – związana z określonymi zachowaniami hazardowymi; *fstress* – związana z długami, niepokojem emocjonalnym; *fsocial* – związana z relacjami rodzinnymi, spędzaniem czasu wolnego. Depresję oceniono za pomocą Beck Depression Inventory⁵⁹. Na początku każdego tygodnia i na jego koniec pacjenci wypełniali także następujące narzędzia: Pennsylvania Craving Scale (PCS)⁶⁰ – narzędzie do pomiaru głodu w ciągu ostatnich siedmiu dni; Craving Questionnaire (CQ)⁶¹ – ocenia głód

56 D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, *Evaluation of a physical activity program...*, dz. cyt., s. 591.

57 Tamże.

58 V. Castro, D. Fuentes, H. Tavares, *The Gambling Follow-up Scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment*, „Canadian Journal of Psychiatry” 2005, 50, s. 81–86, cyt. za: D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, *Evaluation of a physical activity program...*, dz. cyt.

59 A.T. Beck *et al.*, *An inventory for measuring depression*, „Archives of General Psychiatry” 1961, 4, s. 561–571, cyt. za: D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, *Evaluation of a physical activity program...*, dz. cyt.

60 B.A. Flannery, J.R. Volpicelli, H.M. Pettinati, *Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1999, 23(8), s. 1289–1295, cyt. za: D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, *Evaluation of a physical activity program...*, dz. cyt.

61 R.D. Weiss *et al.*, *Early prediction of initiation of abstinence from cocaine: Use of a craving questionnaire*, „The American Journal on Addictions” 1997, 6(3), s. 224–231, cyt. za: D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, *Evaluation of a physical activity program...*, dz. cyt.

(w tym jego intensywność) oraz zdolność do opierania się pokusom w ciągu ostatnich 24 godzin; Visual Craving Scale⁶².

W grupie, w której odbywała się aktywność fizyczna, a także w drugiej grupie (w której tej aktywności nie było) zaobserwowano zmniejszenie poziomu lęku, depresji oraz zachowań hazardowych. W pierwszej grupie te zmiany były bardziej spójne i wyraźniejsze. Sugeruje to, że dodanie programu aktywności fizycznej do leczenia osób, u których zdiagnozowano zaburzenie uprawiania hazardu, może być korzystne.

Raport Leanne M. Casey *et al.*⁶³ przedstawia wyniki badań skuteczności internetowego programu terapii poznawczo-behawioralnej *The Improving the Odds* w leczeniu zaburzeń związanych z uprawianiem hazardu w porównaniu z grupą kontrolną z listy oczekujących oraz osób uczestniczących w terapii indywidualnej. Uczestnicy zostali zrekrutowani za pośrednictwem internetu, ogłoszeń prasowych i radiowych. Program zaprezentowano jako darmowy, realizowany online, skierowany do osób mających problemy z hazardem. Aby wziąć udział w programie, uczestnicy musieli mieć ukończone 18 lat, mieszkać w Australii i spełniać wymagania diagnostyczne według DSM⁶⁴. Z badania wykluczono osoby, które otrzymywały dodatkowo pomoc w związku z ich zachowaniami hazardowymi, miały aktualnie postępowanie sądowe z powodu problemu z hazardem, nie mówiły biegle w języku angielskim, miały wysoki poziom ryzyka samobójstwa, miały objawy psychotyczne lub ich zachowania hazardowe miały miejsce w kontekście epizodu maniakalnego⁶⁵.

Celem programu było wsparcie w ograniczeniu lub zaprzestaniu uprawiania hazardu. Uczestnicy brali udział w sześciu sesjach online raz w tygodniu (sesje miały na celu m.in. wzrost świadomości uczestników na temat czynników, które mogą być istotne w zachowaniach hazardowych, identyfikację oraz racjonalizację błędów myślowych, ekspozycję wyobrażeń czy naukę relaksacji)⁶⁶.

Podstawowym wskaźnikiem osiągnięcia celu programu był wynik uzyskany w badaniu za pomocą kwestionariusza Gambling Symptom Assessment

62 D.L. Angelo, H. Tavares, M.L. Zilberman, *Evaluation of a physical activity program...*, dz. cyt., s. 592.

63 L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt.

64 C. Reilly, N. Smith, *The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5*, National Center for Responsible Gaming. White Paper, s. 1–6, https://icrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white_papers/ncrg_wpdsm5_may2013.pdf (dostęp: 19.10.2022), cyt. za: L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 995.

65 L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 995–996.

66 Tamże, s. 1000–1001.

Scale (GSAS)⁶⁷. Jest to skala mierząca skłonności do hazardu. Do oceny zachowań związanych z hazardem wykorzystano również inne wystandaryzowane narzędzia, takie jak: South Oaks Gambling Screen (SOGS)⁶⁸, Gambling Urge Scale (GUS)⁶⁹, Gambling Refusal Self-Efficacy Questionnaire (GRSEQ)⁷⁰, Gambling Related Cognitions Scale (GRCS)⁷¹.

Wyniki wskazują, że terapie online mogą być cennym narzędziem zwiększającym zaangażowanie w poszukiwanie pomocy i leczenie⁷².

Ostatnim raportem w tej grupie jest badanie autorstwa Mei L.E. Chana *et al.*⁷³ dotyczące ewaluacji programu „RESTART” – krótkoterminowego, stacjonarnego programu leczenia uzależnień. Autorzy programu oparli się na założeniu, że pomimo różnych przejawów zachowania uzależnieniowi mają wiele cech wspólnych pod względem etiologii i związanych z nią konsekwencji. Do programu zrekrutowano 44 uczestników z różnymi rodzajami uzależnienia, w tym zaburzeniem uprawiania hazardu, zaburzeniem grania w gry internetowe, uzależnieniem od seksu, kompulsywnym kupowaniem, kompulsywną kradzieżą, uzależnieniem od alkoholu i papierosów⁷⁴.

Ewaluacja programu skupiła się na sześciu obszarach, w tym na: świadomości zdrowotnej, motywacji do budowania zdrowego życia, dystresu psychologicznego, postrzeganiu doświadczanego zaburzenia emocjonalnego oraz poczuciu własnej skuteczności w radzeniu sobie z trudnościami. Przyjęto projekt quasi-eksperymentalny, aby porównać grupę eksperymentalną (uczestnicy programu) i grupę kontrolną o podobnym podłożu demograficznym i rodzaju

67 S.W. Kim *et al.*, *Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling*, „Biological Psychiatry” 2001, 49(11), s. 914–921, cyt. za: L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 998.

68 H.R. Lesieur, S.B. Blume, *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers*, „American Journal of Psychiatry” 1987, 144(9), s. 1184–1188, cyt. za: L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 998.

69 N. Raylu, T.P. Oei, *The Gambling Urge Scale: Development, confirmatory factor validation, and psychometric properties*, „Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors” 2004, 18(2), s. 100, cyt. za: L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 998.

70 L.M. Casey *et al.*, *Measuring self-efficacy in gambling...*, dz. cyt., cyt. za: L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 998.

71 N. Raylu, T.P. Oei, *The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS)...*, dz. cyt., s. 757–769, cyt. za: L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 998.

72 L.M. Casey *et al.*, *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy...*, dz. cyt., s. 1008–1009.

73 M.L.E. Chan *et al.*, *An evaluation study of the „RESTART” Program...*, dz. cyt.

74 Tamże, s. 1357.

zaburzenia. Badano ich w czterech interwałach, w których przeprowadzano pretest przed rozpoczęciem programu stacjonarnego w celu porównania z posttestem w punkcie końcowym programu oraz dwa pomiary uzupełniające w ciągu trzech miesięcy po programie⁷⁵.

Na podstawie syntezy raportów podstawowych możemy wskazać, że celem badań w głównej mierze był pomiar skuteczności implementowanych interwencji terapeutycznych.

Raporty z badań uwzględniały różne rodzaje wdrażanych i poddawanych pomiarowi interwencji terapeutycznych. Część badań skupiała się na pomiarze skuteczności programów poznawczo-behawioralnych (trzy raporty). Jeden z programów prowadzony był online oraz przez telefon. Wykazał on dużą skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w ograniczaniu grania hazardowego. Dwa raporty dotyczyły wdrażania podręcznika/przewodnika do samodzielnej pracy osób z zaburzeniami, a celem badań było określenie skuteczności korzystania z nich. W trzech raportach odnaleźć można było porównanie skuteczności różnych metod terapii (m.in. dwóch rodzajów terapii poznawczo-behawioralnej z treningiem uważności). Jeden raport opisywał wyniki ewaluacji programu pilotażowego. Inny wyróżniający się projekt badawczy dotyczył porównania skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej z udziałem tylko osoby uzależnionej i terapii poznawczo-behawioralnej z udziałem osoby uzależnionej i jej/jego partnera/partnerki. Znaczna część wdrażanych interwencji odbywała się przez internet.

Większość włączonych do syntezy raportów z badań opierała się na schemacie badań z pomiarem powtórzonym, często także odroczonym w określonym czasie po ukończeniu interwencji (w okresie od sześciu tygodni do dwunastu miesięcy w zależności od programu).

Badania rozpoczynały się od rekrutacji uczestników. Dobór do grupy badawczej/grup badawczych odbywał się najczęściej według kryteriów włączenia i wykluczenia. Wśród najczęstszych kryteriów włączenia możemy wyróżnić: wiek powyżej 18. roku życia, zdiagnozowane zaburzenia uprawiania hazardu, znajomość języka, w którym prowadzone były oddziaływania. Kryteria wykluczenia obejmowały m.in. równoczesny udział w innych formach pomocowych, występowanie myśli samobójczych, udział w postępowaniu sądowym wymagającym udokumentowania leczenia.

W celu określenia skuteczności prowadzonych interwencji badano następujące zmienne: nasilenie zaburzeń uprawiania hazardu, przymus grania, poziom strat poniesionych w związku z graniem hazardowym, poziom lęku,

75 Tamże, s. 1360–1361.

poziom ryzyka wystąpienia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, nasilenie objawów depresji, przystosowanie do pracy i społeczeństwa, poziom ogólnej satysfakcji z życia. W jednym programie przeprowadzono także jakościową analizę treści wywiadów z odbiorcami, aby ocenić, jak odebrali program i jak na niego zareagowali.

Wszystkie badania wykorzystywały zestawy wystandaryzowanych narzędzi mających określić skuteczność wdrażanych rozwiązań, dodatkowo w nielicznych pojawiały się także narzędzia autorskie powstałe na potrzeby realizacji badań zawartych w raportach. Najczęściej korzystano z następujących narzędzi: South Oaks Gambling Screen, Gamblers Belief Questionnaire, Symptom Checklist-90-Revised, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Diagnostic and Statistics Manual-V, Gambling Symptom Assessment Scale.

Wyniki badań zawartych w raportach potwierdziły skuteczność badanych interwencji w zakresie nasilenia zaburzeń uprawiania hazardu oraz innych wskaźników podlegających pomiarowi.

Ograniczeniami zidentyfikowanymi w badaniach był m.in. brak grup kontrolnych, a także brak pomiarów odroczonych, dzięki którym możliwe byłoby określenie, czy efekty oddziaływań utrzymują się także w czasie późniejszym po ukończeniu interwencji.

7.2. Ewaluacja programów terapeutycznych w zakresie zaburzeń związanych z graniem w świetle przeglądu systematycznego

Gry cyfrowe stały się popularną na całym świecie aktywnością rekreacyjną dla osób w każdym wieku⁷⁶. Ludzie grają w gry z różnych powodów. Magdalena Rowicka, analizując modele teoretyczne, przytacza m.in. następujące motywy związane z graniem: chęć spełnienia celów dotyczących gry, potrzebę poznania wirtualnego świata, potrzebę spotkań z innymi graczami i zawierania przyjaźni, chęć wywołania u innych strachu lub popsucia gry⁷⁷. Nie każdy rodzaj grania będzie niepokojący. Gry dostarczają użytkownikom

76 O. Király *et al.*, *Assessment of problematic Internet use and online video gaming* [w:] E. Aboujaoude, V. Starcevic (eds.), *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise*, Oxford University Press, New York 2015, s. 46–68.

77 M. Rowicka, *E-uależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018, s. 52–53.

także pozytywnych efektów. Niekiedy jednak wzorzec grania może przynosić szkody i prowadzić do powstania zaburzenia w tym zakresie.

W 2013 roku termin „zaburzenia związane z grami/zaburzenie grania w gry” został po raz pierwszy ujęty w załączniku klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 jako zjawisko wymagające dalszych badań. Zgodnie z tą wstępną propozycją Światowa Organizacja Zdrowia w 11. rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób uznała zaburzenie grania w gry (*games disorder*) za jednostkę nozologiczną⁷⁸. Według ICD-11 zaburzenie związane z graniem jest to wzorzec uporczywych lub powtarzających się zachowań w grach online (tj. przez internet) lub offline, który charakteryzuje się: upośledzoną kontrolą nad graniem w gry; zwiększeniem priorytetu nadanego graniu w takim stopniu, że granie ma pierwszeństwo przed innymi zainteresowaniami i codziennymi czynnościami. Wzorzec grania jest kontynuowany pomimo wystąpienia niekorzystnych konsekwencji i powoduje znaczny stres oraz upośledzenie aktywności w ważnych obszarach funkcjonowania człowieka⁷⁹. Skala występowania tego zaburzenia jest zróżnicowana w zależności od populacji, w której jest szacowana, i waha się od 0,7 do 27,5%⁸⁰, natomiast w odniesieniu do zaburzeń uprawiania gier online (*Internet gaming disorder*, IGD) globalny wskaźnik występowania wynosi 1,96%⁸¹. Istnieje potrzeba projektowania i wdrażania oddziaływań z zakresu terapii, które będą dedykowane osobom z zaburzeniami grania w gry. W Polsce obszar ten jest dopiero zagospodarowywany. Dlatego też implementowane działania winny być poddawane ewaluacji.

Do syntezy jakościowej włączono trzy artykuły mieszczące się w kategorii interwencji terapeutycznych w zakresie zaburzeń związanych z grami. Poddano je kategoryzacji ze względu na: cel prowadzonych badań, rodzaj programów terapeutycznych poddanych ewaluacji, procedurę badawczą, dobór grupy badawczej, narzędzia badawcze, wyniki badań oraz ich ograniczenia.

Dane bibliograficzne niniejszych artykułów zamieszczono w tabeli 19.

78 World Health Organisation, *International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11)*, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>, cyt. za: N. Männikkö et al., *Effectiveness of a brief group intervention program for young adults with gaming-related problems*, „International Journal of Mental Health and Addiction” 2021, 6(14), s. 1–17.

79 6C50 *Gambling disorder*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1041487064> (dostęp: 2.11.2022).

80 J.B. Saunders et al., *Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention*, „Journal of Behavioral Addictions” 2017, 6(3), s. 271–279.

81 M.W. Stevens et al., *Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis*, „Australian & New Zealand Journal of Psychiatry” 2020, 55(6), s. 553–568.

Tabela 19. Raporty podstawowe włączone do analizy interwencji terapeutycznych w zakresie zaburzeń grania w gry

Lp. badania	Dane bibliograficzne
1.	J.J. Park, N. Booth, K.L. Bagot, S.N. Rodda, <i>A brief Internet-delivered intervention for the reduction of gaming-related harm: A feasibility study</i> , „Computers in Human Behavior Reports” 2020, 2, s. 1–10
2.	N. Männikkö, T. Mustonen, N. Tanner, H. Vähänikkilä, M. Kääriäinen, <i>Effectiveness of a brief group intervention program for young adults with gaming-related problems</i> , „International Journal of Mental Health and Addiction” 2022, 20, s. 2956–2972
3.	M.K. Sharma, N. Anand, A. Tadpatrikar, P. Marimuthu, G. Narayanan, <i>Effectiveness of multimodal psychotherapeutic intervention for Internet gaming disorder</i> , „Psychiatry Research” 2022, 314, s. 1–10

Źródło: opracowanie K. Piątek.

Raport autorstwa Jennifer J. Park *et al.* dotyczył krótkiej interwencji internetowej *Change Strategies 4 Gaming* skierowanej do osób z zaburzeniami związanymi z graniem. Cele badania zakreślone są bardzo szeroko: określenie możliwości wdrożenia interwencji za pośrednictwem internetu i potencjalnych barier, ze szczególnym uwzględnieniem rekrutacji uczestników i ich utrzymania w programie; poznanie opinii uczestników na temat ich satysfakcji z programu oraz jego użyteczności; pomiar skuteczności interwencji w zakresie skrócenia czasu i częstotliwości grania, poprawy w nasileniu objawów zaburzeń związanych z grami oraz samopoczuciu, relacjach i poziomie stresu⁸².

Change Strategies 4 Gaming to program online oparty na teorii samostanowienia (*self-determination theory*). Jego celem było wzmocnienie: autonomii (spersonalizowane cele i plany działania), kompetencji (radzenie sobie, samokontrola i zapobieganie nawrotom) i umiejętności utrzymywania relacji z ludźmi. Ponadto istotne było wzmacnianie intencji zmiany (chęć zaprzestania grania) oraz podejmowania zachowań zgodnych z tą intencją (rzeczywiste zaprzestanie grania). Program obejmował szereg działań związanych z ustalaniem celów i planowaniem działań, radzeniem sobie z trudnościami i barierami wdrożenia zmiany, samokontrolą i zapobieganiem nawrotom. Dodatkowo program uzupełniał kontakt z trenerem (student studiów podyplomowych w zakresie zdrowia populacyjnego, który przeszedł intensywne szkolenie

82 J.J. Park *et al.*, *A brief Internet-delivered intervention for the reduction of gaming-related harm...*, dz. cyt., s. 2.

w zakresie wdrażania interwencji i przeprowadził sesję z zastosowaniem dialogu motywującego)⁸³.

Rekrutacja do badań trwała trzy miesiące. Była realizowana na terenie Nowej Zelandii za pośrednictwem reklam w mediach społecznościowych, ulotek oraz „przekazu szeptanego”. Kryteria włączenia osób do badań obejmowały: wiek od 18 lat, nieuczestniczenie w żadnej z form terapii zaburzeń związanych z grami oraz chęć ograniczenia grania w ciągu najbliższych 30 dni. Z potencjalnymi uczestnikami przeprowadzono krótki ustrukturyzowany wywiad za pośrednictwem czatu online oraz poproszono o wypełnienie ankiety. Celem wywiadu było zbadanie przyczyn chęci zmian oraz wyjaśnienie struktury i treści programu. Badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Etyki Uniwersytetu w Auckland. Do badania zrekrutowano 50 osób. Wykonano trzy pomiary: początkowy, do 30 dni po interwencji i po trzech miesiącach od interwencji⁸⁴.

W trakcie pomiarów zbierano informacje dotyczące danych demograficznych uczestników, takie jak: rok urodzenia, pochodzenie, płeć, zatrudnienie, status studenta i całkowity dochód gospodarstwa domowego za ostatnie dwanaście miesięcy. Wykorzystano narzędzia do pomiaru: intensywności grania, stresu, poczucia własnej skuteczności, samopoczucia, zadowolenia z relacji i intencji zmiany. W badaniach użyto następujących kwestionariuszy: The Game Addiction Scale (GAS)⁸⁵ – służy do pomiaru nasilenia grania; The 9-item Orzack Time-Intensity Scale⁸⁶ – określa częstotliwość czasu spędzanego online, a także wpływ na sen, nastrój, relacje i dbanie o siebie; Time-Line Followback (TLFB)⁸⁷ – mierzy częstotliwość i czas trwania gry przy użyciu systemu opartego na kalendarzu; Time Line Follow Forward – narzędzie autorskie opracowane w celu pomiaru precyzji w wyznaczaniu celów (zamiast typowego szerokiego celu, jakim jest zaprzestanie lub ograniczenie grania). Jest to zgodne zarówno z teorią samostanowienia (wspieranie autonomii), jak

83 Tamże, s. 2–3.

84 Tamże, s. 2.

85 J.S. Lemmens, P.M. Valkenburg, J. Peter, *Development and validation of a game addiction scale for adolescents*, „Media Psychology” 2009, 12(1), s. 77–95.

86 M.H. Orzack et al., *An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior*, „Cyberpsychology & Behavior: The impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society” 2006, 9(3), s. 348–360.

87 L.C. Sobell, M.B. Sobell, *Timeline Follow-Back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption measuring alcohol consumption* [w:] R.Z. Litten, J.P. Allen (eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods*, Humana Press, Totowa, NJ 1992, s. 41–72, cyt. za: J.J. Park et al., *A brief Internet-delivered intervention for the reduction of gaming-related harm...*, dz. cyt.

i wspieraniem intencji osiągnięcia celu⁸⁸; Kessler 6 (K6) – narzędzie do pomiaru niespecyficznego stresu psychologicznego (np. pobudzenia); The 10-item General Self-Efficacy (GSE)⁸⁹ – narzędzie do pomiaru przekonania na temat osobistych kompetencji do radzenia sobie z sytuacją stresującą; The 16-item Internet Evaluation and Utility Questionnaire (UQ)⁹⁰ – bada percepcję i doświadczenia związane z graniem; natomiast intencja, motywacja i oczekiwania odnoszące się do ograniczenia grania zostały ocenione za pomocą trzech dodatkowych itemów (tj.: zamierzam ograniczyć granie; spodziewam się zmniejszenia grania; ograniczę granie)⁹¹.

Badania kontrolne po trzech miesiącach wykazały, że zaplanowana interwencja cechowała się szybką rekrutacją, zaangażowaniem w program (86% osób skorzystało z programu) i wysoką satysfakcją uczestników⁹². Wyniki badań przedstawiają także w obiecującym świetle efekty krótkich interwencji internetowych dotyczących osób z zaburzeniami w zakresie grania. Dodatkowo wykazano, że interwencja prowadzona przez internet nie jest czynnikiem zachęcającym do używania go w celach szkodliwych dla osoby z zaburzeniem uprawiania gier. Badanie to nie jest jednak pozbawione ograniczeń, na przykład było to badanie ze stosunkowo małą liczebnością grupy⁹³.

Celem badań opisanych w raporcie autorstwa Niko Männikköi *et al.* była identyfikacja przebiegu i efektów interwencji grupowej pod nazwą *Limitless Gaming Bootcamp*⁹⁴. Głównym celem interwencji było zapobieganie rozwojowi zaburzeń związanych z grami i promowanie ogólnego dobrostanu graczy. Program obejmował 10 trzygodzinnych sesji i trwał około trzy miesiące. Każda sesja grupowa była prowadzona przez doświadczonego pracownika opieki społecznej lub zdrowotnej oraz przeszkolonego trenera rówieśniczego. Trenerami rówieśniczymi byli wolontariusze z osobistą historią zaburzeń grania w gry, którzy zostali wcześniej przeszkoleni. Spotkania obejmowały m.in. następujące

88 J.J. Park *et al.*, *A brief Internet-delivered intervention for the reduction of gaming-related harm...*, dz. cyt.

89 U. Scholz *et al.*, *Is general self-efficacy a universal construct?: Psychometric findings from 25 countries*, „European Journal of Psychological Assessment” 2002, 18(3), s. 242.

90 F.P. Thorndike *et al.*, *Development and perceived utility and impact of an Internet intervention for insomnia*, „E-journal of Applied Psychology: Clinical and Social Issues” 2008, 4(2), s. 32, cyt. za: J.J. Park *et al.*, *A brief Internet-delivered intervention for the reduction of gaming-related harm...*, dz. cyt., s. 4.

91 J.J. Park *et al.*, *A brief Internet-delivered intervention for the reduction of gaming-related harm...*, dz. cyt., s. 4.

92 Tamże, s. 2.

93 Tamże, s. 8.

94 N. Männikkö *et al.*, *Effectiveness of a brief group intervention program...*, dz. cyt.

zagadnienia: wyznaczenie indywidualnych celów dotyczących grania, dobre samopoczucie i gry, moja historia grania, motywy grania, codzienne zarządzanie czasem, umiejętności społeczne, zdrowie fizyczne i ergonomia gier, zdrowa dieta, hobby⁹⁵. Interwencja ta wpisuje się w idee bio-psycho-społecznej teorii uzależnienia, w której problemy związane z grami są uważane za konsekwencje różnych czynników indywidualnych (np. czynniki społeczne i poznawcze, dobrostan), sytuacyjnych (np. środowisko gry) i strukturalnych (np. gatunki gier), które wzajemnie na siebie oddziałują⁹⁶. Założono, że udział w programie *Limitless Gaming Bootcamp* wiąże się z poprawą w następujących obszarach: świadome zachowanie podczas grania; subiektywne samopoczucie; równowaga między graniem a innymi zajęciami w czasie wolnym⁹⁷.

Do badania włączono 37 osób. Uczestnicy zostali zrekrutowani z pięciu miast w różnych regionach geograficznych Finlandii. W trakcie rekrutacji wysłano zaproszenia z informacją i zarysem programu poprzez e-mail lub przekazano je bezpośrednio do różnych organizacji opieki zdrowotnej i społecznej. Docierano także do osób z grupy docelowej za pomocą plakatów i ulotek oraz za pośrednictwem stron internetowych i reklam na portalach społecznościowych. Kryteriami włączenia były: wiek od 18 do 29 lat; zidentyfikowane nadmierne granie; chęć uzyskania wsparcia w monitorowaniu własnego zachowania w grach; biegła znajomość fińskiego. Uczestnicy ukończyli dziesięciosesijną interwencję grupową (każda sesja trwała trzy godziny) zaprojektowaną w celu poprawy świadomego zachowania podczas grania i dobrego samopoczucia. Każda sesja grupowa obejmowała dyskusje grupowe prowadzone przez instruktora, trening umiejętności i/lub zadania mające na celu zmiany zachowania i naukę współpracy⁹⁸.

Procedura badań zawierała pomiar w schemacie pretest (przed pierwszą sesją grupową) – posttest (po ostatniej sesji grupowej) oraz pomiar po sześciu miesiącach od zakończenia interwencji (w formie tradycyjnego zbierania danych z wykorzystaniem poczty). Na żadnym z etapów badań nie było grupy kontrolnej. Do pomiaru zmiennych środowiskowych, tendencji do zaburzeń w grach, czasu spędzanego na różnych zajęciach rekreacyjnych oraz subiektywnego samopoczucia wykorzystano następujące narzędzia: Problematic

95 Tamże, s. 5.

96 Por. M. Griffiths, A „components” model of addiction within a biopsychosocial framework, „Journal of Substance Use” 2005, 10(4), s. 191–197, cyt. za: N. Männikkö et al., *Effectiveness of a brief group intervention program...*, dz. cyt., s. 2959.

97 N. Männikkö et al., *Effectiveness of a brief group intervention program...*, dz. cyt., s. 2959.

98 Tamże.

Online Gaming Questionnaire (POGQ) oraz Short Form of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-SF/A)⁹⁹.

Wyniki badań wykazały, że nasilenie objawów zaburzeń grania uległo znacznemu zmniejszeniu w stosunku do stanu wyjściowego. Jednak uczestnictwo w programie nie przyniosło istotnych zmian w codziennych niezwiązanych z grami zajęciach w czasie wolnym¹⁰⁰. Ograniczenia tego badania są związane ze stosunkowo małą próbą, z pomiarem bez grupy kontrolnej oraz faktem, że dane po interwencji zostały zebrane przy użyciu tradycyjnego formularza odpowiedzi wysyłanego pocztą, co może wyjaśniać małą liczbę zwrotnych odpowiedzi¹⁰¹.

W raporcie, którego autorem jest Manoj Kumar Sharma *et al.*, badano skuteczność multimodalnego programu leczenia psychoterapeutycznego zastosowanego wobec uczestników ze zdiagnozowanymi zaburzeniami związanymi z grami internetowymi (*Internet gaming disorder*, IGD)¹⁰². Program został opracowany zgodnie z założeniami opartymi na dowodach naukowych interwencji, takimi jak podejście motywujące, terapia poznawczo-behawioralna i terapia rodzinna. Na podstawie ekspertyz i dyskusji przygotowano dziesięciosesyjny (każda sesja trwała 60 minut i odbywała się raz w tygodniu) multimodalny program psychoterapii i jego podręcznik. Interwencje obejmowały strategie wzmacniania motywacji, restrukturyzację poznawczą, strategie behawioralne i zapobieganie nawrotom¹⁰³.

Uczestnicy zostali zrekrutowani na podstawie kryteriów włączenia i wykluczenia. Były to osoby w wieku od 18 do 30 lat, które szukały pomocy w klinice w Indiach w związku z problematycznymi zachowaniami związanymi z grami. Ponadto warunkiem uczestnictwa była umiejętność porozumiewania się, czytania i pisanie w języku angielskim i/lub hinduskim. W programie wzięło udział 40 uczestników, z których 33 ukończyło wszystkie 10 sesji. Badania zostały przeprowadzone w schemacie z powtórzoną pomiarem: pretest (na początku interwencji), posttest (po zakończeniu interwencji) i po 8, 10 tygodniach od zakończenia interwencji. W pomiarach zastosowano następujące narzędzia: Internet Addiction Test (IAT) – jako narzędzie przesiewowe; Internet Gaming Disorder Test (IGD-20) – jako narzędzie przesiewowe;

99 N. Männikkö *et al.*, *Effectiveness of a brief group intervention program...*, dz. cyt., s. 2961–2962.

100 Tamże, s. 2965–2966.

101 Tamże, s. 2967.

102 M.K. Sharma *et al.*, *Effectiveness of multimodal psychotherapeutic intervention for internet gaming disorder*, dz. cyt.

103 Tamże, s. 4.

World Health Organization – Quality of Life – BREF Version (WHOQOL-BREF) – do porównania jakości życia; Mini International Personality Item Pool (Mini-IPIP)¹⁰⁴. Ponadto zbierano dane socjodemograficzne związane z graniem, takie jak: częstotliwość, używane urządzenia i czas spędzony na graniu, posiadanie przyjaciela poza internetem oraz dane dotyczące wpływu gier na funkcje biologiczne i wyniki w nauce¹⁰⁵.

Wyniki badań wykazały znaczną poprawę w zakresie zaburzeń korzystania z internetu i zaburzeń związanych z grami internetowymi. Ponadto uczestnicy wykazali znaczną poprawę jakości życia, w tym zdrowia fizycznego i psychicznego po zakończeniu programu¹⁰⁶.

Analiza zgromadzonego w toku przeglądu systematycznego materiału pozwoliła na włączenie do syntezy jedynie trzech raportów, których przedmiotem była procedura badań ewaluacyjnych wdrożona i opisana na tyle klarownie, aby móc zrekonstruować jej przebieg. Na początku warto zaznaczyć, że programy poddawane procedurom ewaluacyjnym skierowane były tylko do osób dorosłych, co może być związane z wieloma zmiennymi. Na ogół programy adresowane do młodszych grup wiekowych dotkniętych zaburzeniami związanymi z graniem są zdecydowanie rzadziej opisywane w literaturze przedmiotu, równie rzadko są prowadzone badania nad skutecznością programów terapeutycznych stosowanych wobec młodych uczestników. Istotne jest wyrażenie przez uczestnika zgody na udział w programie. Osoby niepełnoletnie uczestniczą w takich interwencjach oraz badaniach wyłącznie za zgodą rodziców lub opiekunów. Podsumowując, wszystkie trzy włączone do syntezy raporty podstawowe opisujące sposoby ewaluacji dotyczyły ograniczania zaburzeń związanych z graniem wśród osób dorosłych.

Celem pierwszego włączonego do syntezy raportu badawczego była identyfikacja przebiegu i skuteczności interwencji grupowej, co pozwala zakwalifikować prezentowane tam procedury jako ewaluację procesu i ewaluację wyniku. Celem drugiego raportu była z kolei ocena skuteczności multimodalnego programu leczenia psychoterapeutycznego. Trzeci raport był bardzo szeroko zakrojony, podobnie jak pierwszy, bo dotyczył ewaluacji procesu oraz ewaluacji wyniku. W zasadzie dotyczył głównie określenia możliwości wdrożenia interwencji za pośrednictwem internetu, ale jego celem było również poznanie opinii uczestników na temat ich satysfakcji z programu oraz jego

104 Tamże, s. 3.

105 Tamże, s. 5.

106 Tamże, s. 1–10.

użyteczności, a także pomiar skuteczności interwencji w zakresie m.in. skrócenia czasu i częstotliwości grania. Zatem wszystkie trzy badania ewaluacyjne miały zmierzyć skuteczność wdrażanych interwencji, a dodatkowo dwa z nich identyfikowały też przebieg procesu jej wdrażania.

Dobór do badanej grupy odbywał się według jasno opisanych w programie kryteriów włączenia i wykluczenia, a warto zauważyć, że w dwóch programach kryterium to stanowiły myśli samobójcze lub zachowania samobójcze oraz prowadzone w czasie programu postępowanie sądowe. Tak określone kryteria wykluczenia mają za zadanie wyeliminować z badań osoby obciążone takimi zaburzeniami, które mogą istotnie wpłynąć na przebieg badań, a ponadto mogą być wskaźnikiem rodzaju i stopnia motywacji. Objęcie postępowaniem sądowym może bowiem mocno determinować postawy uczestników programu terapeutycznego zobowiązanych przez sąd do udziału w nim. Co do zasady badaniami objęto osoby przejawiające jakiegokolwiek problemy w związku z graniem obserwowane w różnych sferach życia.

Programy, które poddano ewaluacji, były bardzo zróżnicowane pod względem rodzaju interwencji: program realizowany w całości online, oparty na teorii samostanowienia (*self-determination theory*); interwencja grupowa pod nazwą *Limitless Gaming Bootcamp* oraz multimodalny program leczenia psychoterapeutycznego.

Wszystkie opisywane procedury ewaluacyjne były wykonane w schemacie z powtórzonymi pomiarami w trzech odcinkach czasowych: przed interwencją, po interwencji oraz poprzez pomiar odroczony (w okresie od ośmiu tygodni do sześciu miesięcy w zależności od programu). We wszystkich podlegających syntezie raportach pomiar oparto na wystandaryzowanych narzędziach oraz dodatkowo na narzędziach autorskich, takich jak choćby ustrukturalizowany wywiad indywidualny.

Wszystkie trzy opisy procedur ewaluacyjnych wskazują na wyniki świadczące o skuteczności interwencji. Zatem można mówić o korzystnym oddziaływaniu wszystkich trzech interwencji. W wynikach badań uzyskano zmniejszenie nasilenia objawów grania oraz poprawę u pacjentów w zakresie zaburzeń związanych z graniem w gry i innych zaburzeń towarzyszących.

Niestety badania ewaluacyjne prowadzone podczas programów terapeutycznych miały swoje ograniczenia, a wydaje się, że największym z nich była liczba uczestników (30, 50 i 44 uczestników, z których nie wszyscy objęci byli odroczonym pomiarem). Bardzo istotne były ograniczenia metodologiczne, gdyż trudno mówić, że badania opierały się na „złotym standardzie metodologicznym”, gdy w badaniach nie wykorzystano grupy kontrolnej obok grupy

eksperymentalnej oraz nie skorzystano z doboru losowego. Wszyscy bowiem uczestnicy dobierani byli celowo, choć ich rekrutacja był wieloetapowa i prowadzona z wykorzystaniem testu przesiewowego.

Warto podkreślić, że opisane badania ewaluacyjne, ich procedura, wykorzystanie praktyki opartej na dowodach, a także, co najistotniejsze, uzyskane wyniki, mogą stanowić poniekąd instrukcję, jak prawidłowo pod względem merytorycznym i metodologicznym przeprowadzić badania ewaluacyjne programów terapeutycznych nakierowanych na zaburzenia związane z grami.

7.3. Rekomendacje dla planowania i realizacji ewaluacji w terapii zaburzeń behawioralnych

Przedmiotem badań w kontekście psychoterapii zdecydowanie częściej stają się zaburzenia uprawiania hazardu aniżeli zaburzenia związane z graniem. Fakt ten może wynikać z tego, iż zaburzenia uprawiania hazardu zostały wcześniej zakwalifikowane jako jednostka nozologiczna zarówno w klasyfikacji chorób Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5), jak i Światowej Organizacji Zdrowia (ICD). Natomiast zaburzenia grania w gry włączono do 11. rewizji ICD. Zgodnie z DSM-5 zaburzenie związane z graniem w gry internetowe (*Internet gaming disorder*) jest zjawiskiem wymagającym dalszych badań. Planując przyszłe badania, dobrze jest skupić się również na rozpoznaniu tego obszaru w Polsce.

Ewaluacja oddziaływań terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń grania w gry ma niebagatelne znaczenie głównie dlatego, iż są to często programy, które nie mają tak bogatej tradycji jak programy adresowane do osób z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych. Oferta terapeutyczna w Polsce skierowana do osób z zaburzeniami behawioralnymi poszerza się w ostatnich latach. Nadal jednak osoby zmagające się z tym rodzajem zaburzenia często korzystają z programów, które nie są dedykowane im jako bezpośredniej grupie odbiorców. Czy włączanie osób z zaburzeniami behawioralnymi do programów kierowanych do osób z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych jest zasadne? Czy osoby z zaburzeniami behawioralnymi powinny uczestniczyć w programach uwzględniających specyfikę tego rodzaju zaburzeń? Jaki rodzaj oddziaływań terapeutycznych jest najskuteczniejszy w naszym kontekście społeczno-kulturowym? Jaki rodzaj oddziaływań wzmacnia motywację i chęć udziału w terapii?

Tylko odpowiedzi na te i inne pytania dotyczące psychoterapii osób z zaburzeniami behawioralnymi, oparte na dowodach naukowych, mogą dostarczyć cennych wskazówek odnośnie do skuteczności proponowanych rozwiązań. Ewaluacja programów terapeutycznych bez wątpienia nie tylko wzmacnia ich skuteczność, ale także pozwala na odpowiednie ich dostosowanie do potrzeb ich odbiorców.

Opierając się na syntezie jakościowej zgromadzonego materiału badawczego, możemy wysnuć wnioski, jak prowadzić badania ewaluacyjne programów terapeutycznych. Warto jednak zaznaczyć, iż głównym celem analizowanych badań był pomiar skuteczności implementowanych interwencji. Zatem przeważały metody ilościowe zbierania danych. Tylko w nielicznych raportach celem badań było także zweryfikowanie procesu wdrożenia programu lub identyfikacja opinii czy poziomu satysfakcji uczestników programów.

Po pierwsze przy planowaniu pomiaru skuteczności wdrażanych rozwiązań terapeutycznych powinien towarzyszyć namysł nad:

- wyborem schematu badań eksperymentalnych lub quasi-eksperymentalnych;
- określeniem wskaźników skuteczności programu, czyli identyfikacją tych obszarów, w których oczekujemy konkretnej zmiany (w raportach podstawowych wśród wskaźników skuteczności znalazły się m.in.: nasilenie zaburzeń uprawiania hazardu, przymus/pragnienie grania, poziom strat poniesionych w związku z graniem hazardowym, poziom ryzyka wystąpienia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, nasilenie objawów depresji, poziom lęku, przystosowanie do pracy i społeczeństwa, poziom ogólnej satysfakcji z życia);
- doбором narzędzi do założonych wskaźników skuteczności programu, w tym narzędzi wystandaryzowanych, ale także autorskich służących pogłębionej analizie informacji zebranych od respondentów;
- kryteriami włączenia osób do badań i ich wykluczenia z nich, w tym sposobem identyfikacji osób z zaburzeniami behawioralnymi, na przykład z zastosowaniem narzędzi powstałych według kryteriów zaburzeń zgodnie z klasyfikacją chorób (w raportach z badań podstawowych w tym celu m.in. stosowano następujące narzędzia: South Oaks Gambling Screen, Gambling Symptom Assessment Scale, Gambling Urge Scale);
- uwzględnieniem kontekstu społeczno-kulturowego, w którym odbywają się badania, jak również realizowany jest cały program terapeutyczny.

Po drugie warto w badaniach ewaluacyjnych brać pod uwagę nie tylko kontekst skuteczności programów terapeutycznych, ale także – zgodnie z mo-

delem RE-AIM¹⁰⁷ – jego zasięg, przyswojenie, implementację oraz utrzymanie, co będzie szczególnie ważne przy wdrażaniu nowych interwencji.

Analizowane raporty z badań podstawowych w niewielkim wymiarze uwzględniały inne obszary ewaluacji poza skutecznością wdrażanych interwencji, stąd też nie jest możliwe wyprowadzenie rekomendacji w zakresie wyżej wskazanych obszarów.

Bibliografia

Raporty podstawowe wykorzystane w syntezie jakościowej

- Angelo D.L., Tavares H., Zilberman M.L., *Evaluation of a physical activity program for pathological gamblers in treatment*, „Journal of Gambling Studies” 2013, 29(3), s. 589–599.
- Casey L.M., Oei T.P.S., Raylu N., Horrigan K., Day J., Ireland M., Clough B.A., *Internet-based delivery of cognitive behaviour therapy compared to monitoring, feedback and support for problem gambling: A randomised controlled trial*, „Journal of Gambling Studies” 2017, 33(3), s. 993–1010.
- Chan M.L.E., Cheung W.T.N., Yeung N.Y.D., Kwok F.P.A., Wong H.Y.R., *An evaluation study of the „RESTART” program – Short-term residential treatment for addiction*, „International Journal of Mental Health and Addiction” 2018, 16(6), s. 1357–1372.
- Jonas B., Leuschner F., Eiling A., Schoelen C., Soellner R., Tossmann P., *Web-based intervention and email-counseling for problem gamblers: Results of a randomized controlled trial*, „Journal of Gambling Studies” 2020, 36(4), s. 1341–1358.
- Luquiens A., Tanguy M.L., Lagadec M., Benyamina A., Aubin H.J., Reynaud M., *The efficacy of three modalities of Internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: A randomized controlled trial*, „Journal of Medical Internet Research” 2016, 18(2), s. 1–14.
- Männikkö N., Mustonen T., Tanner N., Vähäniikkilä H., Kääriäinen M., *Effectiveness of a brief group intervention program for young adults with gaming-related problems*, „International Journal of Mental Health and Addiction” 2022, 20, s. 2956–2972.
- Matheson F.I., Hamilton-Wright S., Hahmann T., McLuhan A., Tacchini G., Wenderferew A., Dastoori P., *Filling the GAP: Integrating a gambling addiction program into a shelter setting for people experiencing poverty and homelessness*, „PLoS ONE” 2022, 17(3), s. 1–19.
- McIntosh C.C., Crino R.D., O'Neill K., *Treating problem gambling samples with cognitive behavioural therapy and mindfulness-based interventions: A Clinical trial*, „Journal of Gambling Studies” 2016, 32(4), s. 1305–1325.

107 What is RE-AIM?, <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/> (dostęp: 20.07.2022).

- Myrseth H., Brunborg G.S., Eidem M., Pallesen S., *Description and pre-post evaluation of a telephone and Internet based treatment programme for pathological gambling in Norway: A pilot study*, „International Gambling Studies” 2013, 13(2), s. 205–220.
- Nilsson A., Magnusson K., Carlbring P., Andersson G., Hellner C., *Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: A randomized controlled trial*, „Addiction” 2020, 115(7), s. 1330–1342.
- Oei T.P.S., Raylu N., Lai W.W., *Effectiveness of a self help cognitive behavioural treatment program for problem gamblers: A randomised controlled trial*, „Journal of Gambling Studies” 2018, 34(2), s. 581–595.
- Park J.J., Booth N., Bagot K.L., Rodda S.N., *A brief Internet-delivered intervention for the reduction of gaming-related harm: A feasibility study*, „Computers in Human Behavior Reports” 2020, 2, s. 1–10.
- Pasche S.C., Sinclair H., Collins P., Pretorius A., Grant J.E., Stein D.J., *The effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for pathological gambling: A country-wide study*, „Annals of Clinical Psychiatry” 2013, 25(4), s. 250–256.
- Sharma M.K., Anand N., Tadpatrikar A., Marimuthu P., Narayanan G., *Effectiveness of multimodal psychotherapeutic intervention for Internet gaming disorder*, „Psychiatry Research” 2022, 314, s. 1–10.
- Tolchard B., *Outcome of treatment seeking rural gamblers attending a nurse-led cognitive-behaviour therapy service: A pilot study*, „International Journal of Nursing Sciences” 2016, 3(1), s. 89–95.

Literatura uzupełniająca

- American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 5th ed., American Psychiatric Publishing, Washington – London 2013.
- Andersson G., *Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy*, „Behaviour Research and Therapy” 2009, 4(3), s. 175–180.
- Antony M.M., Bieling P.J., Cox B.J., Enns M.W., Swinson R.P., *Psychometric properties of 42-item and 21-item version of the Depression, Anxiety and Stress Scale in clinical groups and a community sample*, „Psychological Assessment” 1998, 10(2), s. 176–181.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J., *An inventory for measuring depression*, „Archives of General Psychiatry” 1961, 4, 561–571.
- Bujalski M., Klingemann J., *Słownik uzależnień*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021, https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=12651113 (dostęp: 22.07.2022).
- Casey L.M., Oei T.P.S., Melville K.M., Bourke E., Newcombe P.A., *Measuring self-efficacy in gambling: The gambling refusal self-efficacy questionnaire*, „Journal of Gambling Studies” 2008, 24(2), s. 229–246.
- Castro V., Fuentes D., Tavares H., *The Gambling Follow-up Scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment*, „Canadian Journal of Psychiatry” 2005, 50, s. 81–86.

- Clarke D., Abbott M., DeSouza R., Bellringer M., *An overview of help seeking by problem gamblers and their families including barriers to and relevance of services*, „International Journal of Mental Health Addiction” 2007, 5, s. 292–306.
- Currie S.R., Hodgins D.C., Casey D.M., *Validity of the Problem Gambling Severity Index interpretive categories*, „Journal of Gambling Studies” 2013, 29(2), s. 311–327.
- Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*. WHOQOL Group, „Psychological Medicine” 1998, 28(3), s. 551–558.
- Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S., *The satisfaction with life scale*, „Journal of Personality Assessment” 1985, 49(1), s. 71–75.
- Downs C., Woolrych R., *Gambling, and debt: The hidden impacts on family and work life*, „Community, Work & Family” 2010, 13(3), s. 311–328.
- Flannery B.A., Volpicelli J.R., Pettinati H.M., *Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale*, „Alcoholism: Clinical and Experimental Research” 1999, 23(8), s. 1289–1295.
- 6C50 *Gambling disorder*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1041487064> (dostęp: 2.11.2022).
- Gollwitzer P.M., Sheeran P., *Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes*, „Advances in Experimental Social Psychology” 2006, 38(6), s. 69–119.
- Goodwin B.C., Browne M., Rockloff M., Rose J., *A typical problem gambler affects six others*, „International Gambling Study” 2017, 17(2), s. 276–289.
- Griffiths M., *A „components” model of addiction within a biopsychosocial framework*, „Journal of Substance Use” 2005, 10(4), s. 191–197.
- Horvath A.O., Greenberg L.S., *Development and validation of the Working Alliance Inventory*, „Journal of Counseling Psychology” 1989, 36(2), s. 223–233.
- Hsieh H.-F., Shannon S.E., *Three approaches to qualitative content analysis*, „Quality of Health Research” 2005, 15(9), s. 1277–1288.
- Kim S.W., Grant J.E., Adson D.E., Shin Y.C., *Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling*, „Biological Psychiatry” 2001, 49(11), s. 914–921.
- Király O., Nagygyörgy K., Koronczi B., Griffiths M.D., Demetrovics Z., *Assessment of problematic Internet use and online video gaming* [w:] E. Aboujaoude, V. Starcevic (eds.), *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise*, Oxford University Press, New York 2015, s. 46–68.
- Kourgiantakis T., Saint-Jacques M.-C., Tremblay J., *Problem gambling and families: A systematic review*, „Journal of Social Work Practice in the Addictions” 2013, 13(4), s. 353–372.
- Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves W.A., Nguyen T.D., *Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale*, „Evaluation and Program Planning” 1979, 2(3), s. 197–207.
- Lesieur H.R., Blume S.B., *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers*, „American Journal of Psychiatry” 1987, 144(9), s. 1184–1188.

- Li E., Browne M., Rawat V., Langham E., Rockloff M., *Breaking bad: Comparing gambling harms among gamblers and affected others*, „Journal of Gambling Study” 2017, 33(1), s. 223–248.
- Lemmens J.S., Valkenburg P.M., Peter J., *Development and validation of a game addiction scale for adolescents*, „Media Psychology” 2009, 12(1), s. 77–95.
- Lovibond S.H., Lovibond P.F., *Manual for the depression anxiety stress scales*, Psychology Foundation of Australia, Sydney 1995.
- Melville K.M., Casey L.M., Kavanagh D.J., *Psychological treatment dropout among pathological gamblers*, „Clinical Psychology Review” 2007, 27(8), s. 944–958.
- Mihara S., Higuchi S., *Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: A systematic review of the literature*, „Psychiatry and Clinical Neurosciences” 2017, 71(7), s. 425–444.
- Modrzyński R., *Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnień od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” 2012, t. 25, nr 4, s. 417–426.
- Orford J., Wardle H., Griffiths M., Sproston K., Erens B., *PGSI and DSM-IV in the 2007 British Gambling Prevalence Survey: Reliability, item response, factor structure and inter-scale agreement*, „International Gambling Studies” 2010, 10(1), s. 31–44.
- Orzack M.H., Voluse A.C., Wolf D., Hennen J., *An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior*, „Cyberpsychology & Behavior: The impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society” 2006, 9(3), s. 348–360.
- Raylu N., Oei T.P., *The Gambling Urge Scale: Development, confirmatory factor validation, and psychometric properties*, „Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors” 2004, 18(2), s. 100–105.
- Raylu N., Oei T.P.S., *The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties*, „Addiction” 2004, 99(6), s. 757–769.
- Reilly C., Smith N., *The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5*, National Center for Responsible Gaming. White Paper, s. 1–6, https://icrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white_papers/ncrg_wpdsms5_may2013.pdf (dostęp: 19.10.2022).
- Rowicka M., *E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2018.
- Rowicka M., *Uzależnienia behawioralne. Profilaktyka i terapia*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Fundacja Praesterno, Warszawa 2015.
- Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., Puente J.R., Grant M., *Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II*, „Addiction” 1993, 88(6), s. 791–804.
- Saunders J.B., Hao W., Long J., King D.L., Mann K., Fauth-Bühler M., Rumpf H.J., Bowden-Jones H., Rahimi-Movaghar A., Chung T., Chan E., Bahar N., Achab S., Lee H.K., Potenza M., Petry N., Spritzer D., Ambekar A., Derevensky J., Griffiths M.D., Pontes H.M., Kuss D., Higuchi S., Mihara S., Assangangkornchai S., Sharma M., Kashef A.E., Ip P., Farrell M., Scafato E., Carragher N., Poznyak V., *Gaming disorder:*

- Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention*, „Journal of Behavioral Addictions” 2017, 6(3), s. 271–279.
- Scholz U., Doña B.G., Sud S., Schwarzer R., *Is general self-efficacy a universal construct?: Psychometric findings from 25 countries*, „European Journal of Psychological Assessment” 2002, 18(3), s. 242–251.
- Sobell L.C., Sobell M.B., *Timeline Follow-Back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption measuring alcohol consumption* [w:] R.Z. Litten, J.P. Allen (eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods*, Humana Press, Totowa, NJ 1992, s. 41–72.
- Stevens M.W., Dorstyn D., Delfabbro P.H., King D.L., *Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis*, „Australian & New Zealand Journal of Psychiatry” 2020, 55(6), s. 553–568.
- Suurvali H., Cordingley J., Hodgins D.C., Cunningham J., *Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature*, „Journal Gambling Study” 2009, 25(3), s. 407–424.
- Thorndike F.P., Saylor D.K., Bailey E.T., Gonder-Frederick L., Morin C.M., Ritterband L.M., *Development and perceived utility and impact of an Internet intervention for insomnia*, „E-journal of Applied Psychology: Clinical and Social Issues” 2008, 4(2), s. 32–42.
- Weiss R.D., Griffin M.L., Hufford C., Muenz L.R., Najavits L.M., Jansson S.B., Kogan J., Thompson H.J., *Early prediction of initiation of abstinence from cocaine: Use of a craving questionnaire*, „The American Journal on Addictions” 1997, 6(3), s. 224–231.
- What is RE-AIM?*, <https://re-aim.org/learn/what-is-re-aim/> (dostęp: 20.07.2022).
- World Health Organisation, *International classification of diseases, 11th revision (ICD-11)*, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (dostęp: 1.11.2022).
- Williams R.J., Volberg R.A., Stevens R.M.G., *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*, University of Lethbridge, Lethbridge 2012.

Zakończenie

Autorki niniejszej publikacji postawiły sobie za cel przybliżenie czytelnikom wiedzy dotyczącej ewaluacji i tym samym założyły, że lektura pociągnie za sobą wzrost kompetencji do prowadzenia ewaluacji u osób realizujących działania profilaktyczne czy terapeutyczne w zakresie zaburzeń behawioralnych. Z uwagi na zróżnicowanie zawodowe adresatów publikacji zrealizowanie wyżej określonego celu stanowiło poważne wyzwanie dla autorek. Realizatorzy programów profilaktycznych, psychoterapeuci uzależnień, lekarze, a także inni pracownicy pionu ochrony zdrowia, pracownicy socjalni, pedagodzy i psychologowie oraz studenci kierunków pedagogicznych, kierunku lekarskiego, psychologii i pracy socjalnej to grupa zróżnicowana, jeśli chodzi o przygotowanie zawodowe.

Autorki postanowiły odwołać się przede wszystkim do praktyki opartej na dowodach naukowych, stąd publikacja sięga do naukowej metody analizy danych zastanych i wykorzystuje założenia przeglądu systematycznego literatury¹. Celem poznawczym badań opisanych w publikacji było głównie dostarczenie wiedzy o najnowszych i ugruntowanych naukowo sposobach prowadzenia ewaluacji w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych. Obok celu poznawczego postawiono też cel praktyczny badań opisanych w publikacji, czyli sformułowanie rekomendacji dla praktyki profilaktyczno-terapeutycznej w zakresie prowadzenia ewaluacji wdrażanych interwencji.

Zgodnie z założeniami zadano pytanie przeglądowe dotyczące sposobu prowadzenia badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem w świetle analizy i syntezy zawartości najnowszych artykułów naukowych i standardów prawnych². Badaniu poddano więc założenia, metody, procedury, warunki prowadzenia ewaluacji w obszarze profilaktyki oraz tera-

1 Por. rozdział 4. „Metodologia badań własnych w zakresie ewaluacji w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych”.

2 Wyjaśnienie dotyczące ograniczenia kryteriów merytorycznych i formalnych przeglądu systematycznego literatury zawarto w rozdziale 4 niniejszej publikacji.

pii zaburzeń behawioralnych. Pytania szczegółowe postawione w przeglądzie obejmowały: rodzaje ewaluacji programów profilaktycznych i terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem; procedurę badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych i terapeutycznych w odniesieniu do zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń związanych z graniem; wytyczne dotyczące obowiązku realizacji ewaluacji zawarte w regulacjach prawnych w Polsce.

Analiza zgromadzonego w toku przeglądu materiału badawczego – czyli najnowszych czasopism naukowych zawierających opisy badań ewaluacyjnych w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych oraz regulacje w aktach prawnych – i synteza wniosków pozwoliły na uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Rekomendacje kończące rozdziały 5., 6. i 7. publikacji realizują cel praktyczny badań tutaj opisanych. Rekomendacje dotyczą stanu prawnego realizacji świadczeń w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych w placówkach ochrony zdrowia oraz obowiązku prowadzenia ewaluacji programów wychowawczo-profilaktycznych i profilaktycznych w szkołach i placówkach systemu oświaty. Istotne wytyczne odnośnie do kształcenia profilaktyków i terapeutów w ramach prowadzenia profesjonalnej ewaluacji wyprowadzono też ze standardów kształcenia nauczycieli i zaleceń agendy Ministerstwa Zdrowia kierowanych do organów administracji samorządowej i twórców gminnych programów.

Rekomendacje wynikające z syntezy wniosków wyprowadzonych z analizy zawartości najnowszych czasopism anglojęzycznych w obszarze profilaktyki zaburzeń behawioralnych koncentrują się na procesie planowania ewaluacji każdej interwencji profilaktycznej. Proces ten powinien być niezbędnym elementem każdego programu opartego na działaniach sprawdzonych pod względem skuteczności. Ewaluacja powinna być dostosowana do każdej grupy adresatów interwencji, a także opierać się na badaniach eksperymentalnych lub quasi-eksperymentalnych z losowym doбором grupy i akcentować aspekt czasowy, co oznacza, że pomiar powinien obejmować nie tylko stan na zakończenie programu, ale i odroczony w czasie. Ewaluacja działań interwencyjnych w zakresie zaburzeń behawioralnych musi być zgodna z prawem i obowiązującymi standardami jakości działań profilaktycznych i terapeutycznych, co wiąże się z etyką badań naukowych, która zakłada pełną świadomość adresatów i wyrażenie zgody na objęcie pomiarem.

Rekomendacje dotyczące ewaluacji w terapii zaburzeń uprawiania hazardu oraz zaburzeń grania w gry korespondują z rekomendacjami wyprowadzonymi

z syntezy dotyczącej ewaluacji programów profilaktycznych. Ponadto można wskazać na postulat ścisłego określania wskaźników skuteczności programów terapeutycznych, takich jak nasilenie zaburzeń czy nasilenie objawów depresji czy lęku. Ważnym zaleceniem jest też konieczność adekwatności zarówno projektowanej ewaluacji, jak i całego programu terapeutycznego do kontekstu społeczno-kulturowego, w którym program jest realizowany i oceniany.

Autorki mają nadzieję, że publikacja ta będzie służyć nie tylko specjalistom – praktykom w obszarze profilaktyki i psychoterapii zaburzeń behawioralnych, ale także adeptom zawodów pomocowych i wszystkim osobom zainteresowanym skutecznym działaniem na rzecz drugiego człowieka potrzebującego wsparcia na trudnej drodze rozwoju osobowego, wolnego od zachowań ryzykownych i zaburzeń behawioralnych.

Spis tabel¹

Tabela 1. Wzmacnianie celów, wartości i zadań wynikających z Kodeksu Etyki Terapeuty Uzależnień poprzez prowadzenie ewaluacji	14
Tabela 2. Korzyści i nakłady wynikające z prowadzenia ewaluacji	16
Tabela 3. Przekonanie o ważności ewaluacji i pewność siebie w jej planowaniu i/lub prowadzeniu	19
Tabela 4. Obszary programu i cele ich charakterystyki	23
Tabela 5. Rozumienie ewaluacji z punktu widzenia poszczególnych jej generacji według Egona G. Guby i Yvonne S. Lincoln	28
Tabela 6. Rodzaje badań ewaluacyjnych	30
Tabela 7. Charakterystyka modeli ewaluacji	32
Tabela 8. Wymagania diagnostyczne zaburzeń związanych z graniem	47
Tabela 9. Czynniki ryzyka uzależnień behawioralnych u młodzieży	64
Tabela 10. Czynniki chroniące uzależnień behawioralnych u młodzieży	65
Tabela 11. Liczba rekordów dla poszczególnych fraz	91
Tabela 12. Liczba rekordów dla poszczególnych fraz po dwukrotnym usunięciu powtórzeń	92
Tabela 13. Wytyczne do przeglądów badań jakościowych – lista kontrolna	95
Tabela 14. Liczba rekordów dla poszczególnych fraz – Lex	97
Tabela 15. Raporty podstawowe włączone do analizy dotyczącej profilaktyki zaburzeń uprawiania hazardu oraz profilaktyki zaburzeń związanych z graniem	125
Tabela 16. Treści merytoryczne programu <i>Vernetzte www.Welten</i>	126
Tabela 17. Treści merytoryczne programu profilaktyki zaburzeń uprawiania hazardu skierowanego do młodzieży autorstwa F. Calado <i>et al.</i>	129

¹ Na stronie 93 znajduje się również diagram dotyczący przepływu danych w ramach procedury przeglądu systematycznego.

Tabela 18. Raporty podstawowe włączone do analizy interwencji terapeutycznych w zakresie zaburzeń uprawiania hazardu	147
---	-----

Tabela 19. Raporty podstawowe włączone do analizy interwencji terapeutycznych w zakresie zaburzeń grania w gry	164
---	-----

Książka stanowi bardzo potrzebne opracowanie, ponieważ nie tylko podkreśla znaczenie samej ewaluacji w podnoszeniu jakości świadczonych usług, ale także dostarcza wskazówek odnośnie do sposobów jej przeprowadzania, które są zgodne z zasadami postępowania naukowego. Zapewne z tego względu stanowić będzie cenne źródło wiedzy w procesie kształcenia studentów, wykorzystywane także przez praktyków oraz inspirujące naukowców do konstruowania coraz doskonalszych procedur ewaluacyjnych, co przyczynić się może do realizacji założonego przez autorki celu praktycznego.

Z recenzji dra hab. Huberta Kupca, prof. US

Monografia *Ewaluacja w profilaktyce i terapii zaburzeń behawioralnych* jest bardzo ważną pozycją zarówno ze względu na stosowanie w niej najnowszej terminologii, jak i zawarty zakres tematyczny.

[...] mocną stroną publikacji jest opisanie programów profilaktycznych i terapeutycznych o potwierdzonej w ewaluacji skuteczności. [...] opisy programów niewątpliwie zainspirują praktyków do nowych działań. A to z pewnością przyczyni się do poszerzenia oferty profilaktycznej i terapeutycznej.

Z recenzji dr Magdaleny Rowickiej



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



**KC
PCP**
Krajowe Centrum
Przeciwdziałania Uciążliwieniom



Pomorski
U



impuls

Oficyna Wydawnicza „Impuls” – Dział Handlowy
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
www.impulsoficyna.com.pl

Egzemplarz bezpłatny