**DIAGNOZA LOKALNYCH ZASOBÓW I PROBLEMÓW JAKO PUNKT WYJŚCIA DO OPRACOWANIA GMINNYCH PROGRAMÓW ORAZ MONITOROWANIA PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ[[1]](#footnote-1)**

**1.1. Potrzeba** **lokalnej diagnozy**

Zbieranie informacji na temat skali i rodzaju problemów związanych z al­koholem wynika z konieczności podejmowania działań w oparciu o analizę sy­tuacji i diagnozę potrzeb. Diagnoza wskazuje nie tylko rodzaje problemów, ale pozwala także określić zasoby i sprawdzić zapotrzebowanie na różnego typu działania, natomiast prowadzona systematycznie pozwala na monitorowanie problemów alkoholowych i staje się punktem wyjścia do ewaluacji. Dodatkową korzyścią z diagnozy jest dysponowanie argumentami na rzecz uzyskania po­parcia lokalnych władz w zakresie wdrażania skutecznych strategii rozwiązy­wania problemów alkoholowych.

Mimo, że problemy związane z alkoholem mają w pewnym sensie charak­ter uniwersalny, bo przecież w każdej gminie są osoby uzależnione od alko­holu i dzieci wychowujące się w takich rodzinach, w każdej szkole jest pew­na grupa nastolatków sięgających po alkohol i sprzedawcy nieprzestrzegający prawa i każdy samorząd zajmuje się przemocą w rodzinie, to jednak natężenie tych problemów może w każdym samorządzie wyglądać nieco inaczej. Proble­my alkoholowe są na tyle zróżnicowane pomiędzy społecznościami lokalnymi, że należy je rozpoznawać i monitorować, a rezultaty wykorzystywać w prakty­ce budowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Celem diagnozy jest więc uzyskanie możliwie pełnego rozeznania w zakre­sie rozmiarów poszczególnych problemów, zaś monitorowanie dodatkowo po­zwala na uchwycenie dynamiki zjawisk i na udzielenie odpowiedzi, czy podjęte działania przyczyniły się do osiągnięcia zakładanych celów[[2]](#footnote-2) . Nawet jeśli diagnozą nie uda się objąć wszystkich aspektów lokalnego zjawiska, to i tak warto dane możliwe do uzyskania gromadzić i analizować, jednocze­śnie starając się, by w kolejnych latach doskonalić zakres zebranych informa­cji. Zwykle większość informacji do diagnozy pozyskujemy z instytucji, które gromadzą różne przydatne dla nas statystyki, jednak warto też, o ile nie jest to bardzo mała społeczność lokalna, w której zachowanie anonimowości nie bę­dzie możliwe, przeprowadzić badania ilościowe np. na grupie młodzieży lub do­rosłej populacji gminy.

Wydaje się, że argumentem na rzecz przeprowadzania lokalnych diagnoz jest również art. 12 ust. 7 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziała­niu alkoholizmowi, który wymaga, aby maksymalna liczba zezwoleń na sprze­daż napojów alkoholowych, usytuowanie miejsc sprzedaży, podawania i spoży­wania napojów alkoholowych oraz godziny sprzedaży napojów alkoholowych uwzględniały postanowienia gminnych programów profilaktyki i rozwiązy­wania problemów alkoholowych, a te powinny być uzasadnione rozpoznaniem lokalnych problemów oraz oceną, czy problemy te mają charakter nasilający się czy słabnący. W sytuacji, w której z diagnozy zawartej w gminnym programie wynika, że problemy alkoholowe narastają, np. zwiększa się odsetek młodzie­ży upijającej się albo wzrasta liczba osób zatrzymanych przez straż miejską/gminną w związku z zakłócaniem porządku publicznego pod wpływem alko­holu, są to dodatkowe argumenty, żeby zaostrzyć przepisy dotyczące ograni­czania dostępności alkoholu albo żeby ich przynajmniej dalej nie liberalizować.

**1.2 Kto przeprowadza diagnozę?**

Do realizacji lokalnej diagnozy możemy zatrudnić ekspertów zewnętrznych, nawiązując współpracę np. z uniwersytetem czy agencją badawczą, albo możemy przeprowadzić diagnozę opierając się na własnych zasobach i zaprosić do tego przedsięwzięcia wszystkie osoby/instytucje, które są włączone w obszar profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na terenie gminy.

Jednak nawet w tym drugim podejściu będziemy potrzebowali kogoś, kto ma pewne przygotowanie metodologiczne, potrafi analizować dane, zarządzał ich zbieraniem i będzie odpowiadał za jakość merytoryczną przygotowanego raportu. Przy samodzielnym opracowywaniu diagnozy potrzebni nam będą współpracownicy, czyli poszczególne instytucje, które w ramach swoich działań statutowych gromadzą interesujące nas dane, np. policja, OPS, punkt konsultacyjny.

Pierwszym krokiem powinno być sporządzenie listy instytucji wraz z opisem, jakimi danym dysponują, np. policja gromadzi dane na temat interwencji w sprawach przemocy domowej, uruchomionych procedur „Niebieskich Kart”, podejrzanych o popełnienie przestępstw w związku z alkoholem, wypadków drogowych z udziałem nietrzeźwych itp. Często kontakt z instytucjami ogranicza się do wysłania pism z prośbą o nadesłanie danych, jednak dużo lepszym rozwiązaniem jest zorganizowanie spotkania, na którym przedstawimy cele diagnozy, przedyskutujemy, czy oczekiwane przez nas dane są możliwe do pozyskania i jaka jest ich wartość dla diagnozy, przekonamy naszych współpracowników, że stanowią dla nas ważną grupę odbiorców wyników monitorowania.

Z takiego spotkania wyjaśniającego nie rezygnujmy nawet wtedy, kiedy diagnozę prowadzi dla nas firma zewnętrzna. Osobiste kontakty z przedstawicielami interesujących nas podmiotów zwiększają szanse na ich prawdziwe zaangażowanie i stworzenie w gminie stałego systemu zbierania informacji.

Z kolei zlecając realizację badań na zewnątrz, warto postawić firmie badawczej konkretne pytania, na które chcemy uzyskać odpowiedzi, np. jak młodzież ocenia dostępność poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych? Czy rodzice przyzwalają swoim dzieciom na picie poszczególnych rodzajów alkoholu? Należy też pamiętać, że firmy badawcze mogą nie mieć doświadczenia w budowie specjalistycznych kwestionariuszy np. dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez młodzież czy innych zachowań ryzykownych, dlatego możliwym rozwiązaniem jest zlecenie przygotowania takiego kwestionariusza ekspertom zajmującym się badaniami naukowymi w tym obszarze (ewentualnie wymaganie tego od firmy zewnętrznej), a dopiero potem wyłonienie firmy, która zrealizuje takie badania na naszym terenie. Podobnie do etapu przygotowania wniosków i rekomendacji warto zaprosić profilaktyka, aby formułowane na podstawie wyników badań zalecenia oparte były na współczesnej wiedzy z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży.

**1.3 Wskaźniki**

Poszczególne zjawiska obserwujemy za pomocą wskaźników. Czyli moż­na w pewnym uproszczeniu powiedzieć, że monitorowanie to gromadzenie wskaźników, które informują nas o danym zjawisku problemowym[[3]](#footnote-3). Przykła­dowy wskaźnik to liczba interwencji policji w sprawach przemocy domowej. W badaniach społecznych wskaźnik jest definiowany jako „wybrana obserwa­cja, którą traktujemy jako odzwierciedlenie zmiennej, którą chcemy badać np. udział w nabożeństwie można traktować jako wskaźnik religijności”[[4]](#footnote-4) . Takie pomiary stosowane są w różnych dziedzinach nauki, np. w ekonomii wskaźnikiem rozwoju gospodarczego kraju jest produkt krajowy brutto − PKB na jednego mieszkańca, a jednym ze wskaźników uzależnienia jest występowanie objawów abstynencyjnych. Zwykle, żeby zbadać jakieś zja­wisko społeczne, potrzebujemy więcej wskaźników i tak jest też przy opisie problemów alkoholowych. Z jednej strony zależy nam na jak największej liczbie wskaźników, ponieważ pozwala to uchwycić możliwie dużo różnych proble­mów alkoholowych, ale z drugiej strony nasz projekt badawczy musi być moż­liwy do przeprowadzenia i uzyskanie dostępu do zbyt wielu wskaźników może się okazać zbyt trudne. Zwłaszcza gdy zaczynamy diagnozę, warto się skoncentrować nie na skomplikowanych wskaźnikach, ale wybrać te podstawowe, które pozwolą nam uchwycić najistotniejsze przejawy problemów alkoholowych. Wskaźniki do monitorowania problemów alkoholowych możemy zbierać w sposób ciągły, corocznie, np. liczba założonych przez pomoc społeczną „Niebieskich Kart”, liczba pierwszorazowych pacjentów lecznictwa odwykowego. Zwykle są to dane pochodzące ze statystyk poszczególnych instytucji. Natomiast wskaźniki pochodzące z badań ankietowych będą miały charakter kilkuletni, ponieważ tego rodzaju badań (np. badania dotyczące skali używania alkoholu przez młodzież, wzorów spożywania alkoholu w dorosłej populacji itp.) nie przeprowadza się każdego roku, bo po pierwsze, byłoby to zbyt kosztowne, a po drugie, interesujące nas zjawiska badane przy pomocy ankiet zmieniają się zwykle w okresie 3-4 lat i po prostu nie ma sensu sprawdzać ich częściej. Dodatkowo ze względów etycznych nie jest wskazane zbyt częste prowadzenie badań wśród dzieci i młodzieży, unikamy wtedy tzw. nadmiernego ankietyzowania.

Duża część danych statystycznych do diagnozy będzie dosyć łatwo dostępna, ponieważ będzie pochodziła z dokumentacji instytucji, np. dane z policji, z pomocy społecznej, z placówek lecznictwa odwykowego. Jeżeli w gminie zasoby finansowe nie pozwalają na przeprowadzenie badań ankietowych, nie należy rezygnować z diagnozy i monitorowania, wtedy korzystamy z tych wszystkich miar, które są dostępne, a ich zgromadzenie i analiza nie wymaga dużych nakładów finansowych.

Sporządzenie pierwszej diagnozy może ujawnić braki w dostępie do da­nych lub inne słabe strony diagnozy. Może się okazać, że instytucje gromadzą dane w odmienny sposób, np. jedne placówki odwykowe dokonują podziału na kategorie wiekowe pacjentów, a inne tego nie robią, co uniemożliwia łączenie danych do analiz. Warto omówić wyniki diagnozy wśród wszystkich interesariuszy, ponieważ może to być okazja do wspólnego zastanowienia się, w jakim stopniu dane mogą zostać zbierane według tego samego schematu.

**1.4. Obszary diagnozy i monitorowania**

W ramach lokalnej diagnozy można gromadzić informacje w następujących

obszarach:

1) Rozmiary problemów alkoholowych, w tym wzory spożywania alkoholu.

2) Dostępność napojów alkoholowych.

3) Zasoby w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych na poziomie lokalnym.

4) Postawy wobec problemów alkoholowych i polityki wobec alkoholu.

**Ad. 1**

Przykładem informacji, które mogą być zebrane w ramach diagnozy pro­blemów alkoholowych są:

* Rozpowszechnienie picia alkoholu przez młodzież.

Standardowym przedmiotem pomiaru jest picie alkoholu i upijanie się w przedziałach czasowych – kiedykolwiek, w czasie 12 miesięcy przed bada­niem i w czasie ostatnich 30 dni. Badania młodzieży szkolnej zwykle obejmują również takie kwestie, jak: ocena dostępności poszczególnych rodzajów napo­jów alkoholowych, dokonywanie zakupów, ilość spożywanego alkoholu, ocze­kiwania wobec alkoholu, uczestnictwo w programach profilaktycznych i ich ocena itp. W badaniach młodzieży szkolnej warto ująć tematykę używania wszystkich substancji psychoaktywnych, a nie tylko alkoholu.

Przykładowymi wskaźnikami ilustrującymi problem używania alkoholu przez młodzież będą:

– odsetek młodzieży pijącej piwo/wino/wódkę w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem,

– odsetek młodzieży, która upiła się w czasie ostatnich 12 miesięcy,

– średnia ilość alkoholu wypijana przy jednej okazji,

– częstotliwość picia piwa/wina/wódki.

Dane należy analizować zarówno w podziałach na klasy, jak i osobno dla dziewcząt i chłopców.

* Rozpowszechnienie i wzory konsumpcji alkoholu w populacji dorosłych.

Jeśli nie prowadzimy tego rodzaju badań w gminie, możemy dokonać pew­nego pośredniego oszacowania na podstawie badań ogólnopolskich. Z ostat­nich takich badań[[5]](#footnote-5) wynika, że 11,9% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym, czyli między 18. a 64. rokiem ży­cia, należy do grona nadużywających alkoholu[[6]](#footnote-6), natomiast 2,4% w tym prze­dziale wiekowym spełnia kryteria diagnostyczne uzależnienia. Przeniesienie tych wyników na populację całej Polski daje nam ok 2,5 mln nadużywających i ponad 600 tys. uzależnionych. Podobnie można dokonać szacunkowych wyli­czeń, znając liczbę mieszkańców swojego miasta w wieku produkcyjnym. Owszem, nie jest to diagnoza danej społeczności, ale często w małych gminach nie ma wystarczających środków na tego rodzaju badania ankietowe i lepsze są takie szacunki niż zupełny brak informacji albo pokazanie tylko skali ogólnopolskiej. Konsekwencje zdrowotne i społeczne związane z alkoholem, w tym uzależnienie.

Przydatnymi wskaźnikami będą np.:

– liczba pacjentów placówek lecznictwa odwykowego z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu, picia szkodliwego oraz innych zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (kategoria F10 w ICD-10), w tym pacjentów pierwszorazowych oraz ich charakterystyka (wiek, wykształcenie), Dostęp do tych informacji nie oznacza dostępu do danych wrażliwych, a więc chronionych. Placówki udostępniają dane w ujęciu statystycznym, a nie jednostkowym.

– Interwencje pogotowia ratunkowego wobec nietrzeźwych pacjentów (w tym nieletnich).

– Liczba osób przyjętych do szpitala z powodu zatrucia alkoholowego.

– Liczba interwencji straży miejskiej dotyczących spożywania alkoholu w miejscach, w których jest to zabronione.

– Liczba rodzin korzystających z pomocy OPS z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny.

– Wielkość środków finansowych przeznaczonych przez OPS średnio na jedną rodzinę z problemem alkoholowym.

– Liczba osób, z którymi gminna komisja przeprowadziła rozmowy interwencyjno-motywujące w związku z nadużywaniem alkoholu.

– Liczba osób, wobec których gminna komisja wystąpiła z wnioskiem do sądu o zobowiązanie do leczenia odwykowego.

– Liczba interwencji domowych przeprowadzonych przez policję ogółem i w związku z alkoholem.

– Liczba wypełnionych „Niebieskich Kart” przez każdą z instytucji zobowiązanych do wszczęcia tej procedury.

– Liczba podejrzanych sprawców przemocy domowej znajdujących się pod wpływem alkoholu.

– Liczba osób, z którymi spotykała się grupa robocza.

– Liczba klientów izb wytrzeźwień ogółem i pierwszorazowych.

Liczba osób zatrzymanych przez policję w związku z podejrzeniem popeł­nienia przestępstwa/wykroczenia ogółem i znajdujących się pod wpły­wem alkoholu.

**Wykres 11 str 61 do wstawienia**

**Ad. 2**

Opis dostępności napojów alkoholowych będzie zawierał dane na temat lo­kalnego rynku alkoholowego, ale może także uwzględniać dostępność alkoholu z punktu widzenia młodzieży, np. sposoby zdobywania alkoholu, zakupy napo­jów alkoholowych itp.

* Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych ogółem, do spożycia w miejscu sprzedaży i poza miejscem oraz w podziale na poszczególne kategorie zezwoleń.

Poniżej przykład danych zbieranych w obszarze rynku alkoholowego na przestrzeni kilkunastu lat. Z wykresu tego wyraźnie widać, że w gminie X na przestrzeni obserwowanych lat najbardziej dynamicznie wzrasta dostępność najmocniejszych napojów alkoholowych, co należy uznać za zjawisko nieko­rzystne i sprzeczne z założeniami ustawy.

**Wykres 12**

Przykład diagnozy w zakresie trendów w liczbie punktów sprze­daży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprze­daży w podziale na poszczególne kategorie zezwoleń.

* Liczba zezwoleń na sprzedaż poszczególnych rodzajów napojów alkoholo­wych osobno do spożycia w miejscu i poza miejscem sprzedaży.
* Liczba punktów sprzedaży przypadających na jednego mieszkańca.
* Liczba cofniętych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz ich przyczyny.
* Liczba kontroli przeprowadzonych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych w zakresie przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych.

**Ad. 3**

Wskaźniki w tym obszarze powinny zmierzać do zebrania następujących przykładowych informacji:

Realizowane rekomendowane programy profilaktyczne (ich liczba, ro­dzaj, liczba uczniów biorących w nich udział, rodziców, nauczycieli, po­niesione wydatki).

* Realizowane pozostałe programy profilaktyczne (ich liczba, rodzaj, licz­ba uczniów biorących w nich udział, rodziców, nauczycieli, poniesione wy­datki).
* Liczba klientów punktów konsultacyjnych oraz ich charakterystyka (ten wskaźnik będzie nas też informował o skali problemów związanych z alkoholem).

W przypadku punktów konsultacyjnych należy gromadzić informacje na temat liczby osób uzależnionych korzystających z pomocy, członków ich rodzin a także, jeśli punkt udziela takich porad, to także osób doświadczających przemocy i stosujących przemoc.

* Liczba dzieci uczęszczających do świetlic socjoterapeutycznych i opiekuńczo- wychowawczych.
* Oferta lecznictwa odwykowego (jakie programy, kwalifikacje kadry, godziny

otwarcia itp.).

* Środki finansowe przeznaczone na poszczególne zadania gminnego programu.
* Liczba organizacji pozarządowych zaangażowanych w rozwiązywanie problemów alkoholowych.
* Zasoby ludzkie (liczba, kwalifikacje np. liczba nauczycieli przeszkolonych w zakresie realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych, liczba policjantów przeszkolonych w zakresie realizacji procedury „Niebieskie Karty”.
* Liczba zorganizowanych szkoleń/konferencji oraz liczba uczestników.

**Ad. 4**

Wskaźniki możliwe do wykorzystania w tym obszarze to:

* Wiedza i stereotypy na temat alkoholu i uzależnienia.
* Przyzwolenie dorosłych na używanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie.
* Postawy wobec osób uzależnionych/dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
* Rekcje społeczne i gotowość do interwencji np. w przypadku przemocy w rodzinie/bicia dzieci, sprzedaży alkoholu nieletnim.
* Poziom akceptacji dla poszczególnych strategii stosowanych w gminnym

programie.

* Ocena i widoczność działań podejmowanych w gminie na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym znajomość dostępnych miejsc pomocy.
* Oczekiwania wobec gminy w zakresie polityki wobec alkoholu, np. czy zmniejszyć liczbę punktów sprzedaży, zmienić zasady usytuowania punk­tów sprzedaży itp.
* Ocena ważności problemów alkoholowych na tle innych problemów spo­łecznych.

Poziom wiedzy o dostępnych formach i miejscach pomocy z zakresu pro­blemów alkoholowych i przemocy.

Tam, gdzie jest to możliwe (a jest to możliwe w przypadku większości infor­macji o charakterze sprawozdawczym, gromadzonych rutynowo, przez insty­tucje), starajmy się przedstawiać dane w przedziale czasowym przynajmniej 3-4 lat. Pozwoli to na obserwację trendów i wnioskowanie o kierunku zmian. Wnioski należy wyciągać z rozwagą np. wzrost liczby klientów punktów kon­sultacyjnych nie musi wynikać ze wzrostu populacji osób uzależnionych, może być efektem kampanii informacyjnej promującej działalność punktu. Podob­nie spadek liczby „Niebieskich Kart” uruchamianych przez policję nie musi być dowodem na zmniejszenie się skali przemocy, może być konsekwencją nieko­rzystnej zmiany polityki szefa policji, który zmodyfikował nadawany wcześniej priorytet interwencjom w sprawach przemocy domowej.

**1.5 Źródła danych i metody ich zbierania**

Pierwszy krok to opracowanie tzw. mapy informacyjnej, czyli zrobienie listy wszystkich możliwych źródeł, z których możemy pozyskać informacje (dane) na temat poszczególnych problemów alkoholowych.

Poniżej możliwe źródła pozyskania danych:

* urząd gminy,
* gminna komisja,
* policja,
* pomoc społeczna,
* straż gminna,
* ochrona zdrowia (placówki odwykowe, pogotowie ratunkowe, szpitale psychiatryczne),
* organizacje pozarządowe (zwłaszcza jeśli prowadzą działania w ramach gminnego programu),
* szkoły (nauczyciele, uczniowie, rodzice),
* sprzedawcy napojów alkoholowych,
* punkty konsultacyjne,
* ośrodki interwencji kryzysowej

**1.6 Metody zbierania danych**

Metody ilościowe opisują badane zjawisko przy pomocy liczb i należą do nich badania ankietowe (wśród np. mieszkańców gminy, młodzieży), analizy danych statystycznych (np. z dokumentacji instytucji), obserwacje terenowe, w których dane rejestrujemy przy pomocy formularza obserwacji (np. obser­wujemy zachowania klientów w sklepie i notujemy liczbę osób, które podjęły interwencje w sytuacji, w której sprzedawca zamierzał sprzedać alkohol osobie wyglądającej na niepełnoletnią). Metody ilościowe dobrze nadają się do mie­rzenia wzorów spożycia alkoholu w populacji, zjawiska picia alkoholu przez młodzież, postaw, opinii, przedstawiania danych liczbowych ze sprawozdań poszczególnych instytucji itp. Przy badaniach ilościowych należy pamiętać, że tylko reprezentatywny dobór próby pozwala odnosić wyniki na całą populację gminy. Poza tym, żeby dokonać porównań danych pochodzących z badań an­kietowych, należy przeprowadzać je według tej samej metodologii, i przy uży­ciu tego samego kwestionariusza, a w przypadku młodzieży również w tym samym czasie (jeśli raz badania prowadzimy w danej klasie we wrześniu, a ko­lejna edycja jest realizowana, to nasi respondenci są 7-8 miesięcy starsi co w przypadku nastolatków ma duże znaczenie). Podczas konstrukcji nowego narzędzia badawczego zawsze należy przeprowadzić pilotaż; pozwoli to nam upewnić się, czy pytania są zrozumiałe.

Metody jakościowe pozwalają na pogłębiony opis rzeczywistości i poszuki­wanie jakichś wspólnych cech oraz przyczyn. Można np. pogłębić wnioski z ba­dań ilościowych dodatkowymi rozmowami. Wyniki te nie są reprezentatywne (nie można ich odnosić do całej populacji), ale pozwalają na uzyskanie infor­macji niemożliwych do pozyskania drogą ankiety. Należą do nich indywidual­ne lub grupowe wywiady (z młodzieżą, z rodzicami, nauczycielami czy repre­zentantami poszczególnych instytucji). Wywiad to po prostu rozmowa. Może ona być bardziej lub mniej ustrukturalizowana, ale zawsze muszą być wskaza­ne przynajmniej dyspozycje do wywiadu. Metody jakościowe są bardziej ade­kwatne do wykorzystania w mniejszych społecznościach lokalnych, w których badania ankietowe nie zapewniłyby wystarczającej anonimowości, bo np. znaj­duje się tylko jedna druga klasa szkoły gimnazjalnej i byłoby oczywiste, że uzy­skane wyniki ankietowe dotyczą tej konkretnej grupy.

Metody jakościowe najczęściej stosowane to wywiady indywidualne oraz wywiady grupowe. Te drugie zwykle liczą od 6 do 12 osób. Wywiady grupowe mogą być pomocne na etapie budowy gminnego programu lub na etapie formu­łowania wniosków z lokalnej diagnozy. Taka grupa focusowa może objąć przed­stawicieli instytucji zaangażowanych w rozwiązywanie problemów alkoholo­wych, którzy mając różne doświadczenie i różne perspektywy pracy, mogą wnieść wartościowe obserwacje, postulaty i wnioski.

**1.7. Publikacja wyników monitoringu**

**Po opracowaniu wstępnej wersji raportu powinniśmy spotkać się z przed­stawicielami instytucji, od których dane pozyskiwaliśmy oraz innymi osoba­mi, które z racji wykonywanych funkcji czy zawodów mają do czynienia z pro­blemami alkoholowymi, aby przedyskutować z nimi wnioski i rekomendacje. Włączanie tego grona w prace nad wnioskami jest szczególnie istotne wtedy, gdy badanie jest przeprowadzane przez ekspertów zewnętrznych, którzy nie znają specyfiki środowiska lokalnego. Sama byłam kiedyś świadkiem sytu­acji, w której z danych policji wynikało, że spada liczba interwencji domowych w sprawach przemocy w rodzinie, podczas gdy informacje uzyskane z innych miejsc (OPS, badania ankietowe, gminna komisja) nie potwierdzały zmniejsza­jącej się skali zjawiska. Dopiero wspólna i wnikliwa dyskusja między badacza­mi a lokalnymi przedstawicielami pokazała, że przyczyną zmniejszającej się liczby interwencji policyjnych oraz zakładanych „Niebieskich Kart” jest zmia­na na stanowisku komendanta i jego niewłaściwa polityka wobec interwencji dotyczących przemocy w rodzinie. Rzecz jasna taka diagnoza zmotywowała pełnomocnika ds. problemów alkoholowych do osobistego spotkania z komen­dantem. Jest to przykład bardzo praktycznego wykorzystania informacji uzy­skanych z lokalnej diagnozy.**

Ostatecznie wyniki diagnozy powinny zostać przekazane wójtom/burmi­strzom, a także radnym. Jeśli raport jest obszerny, warto przygotować wersję skróconą, zawierającą najważniejsze wnioski i rekomendacje. Podobnie ele­mentem gminnego programu powinny być najważniejsze wnioski z diagnozy, jako uzasadnienie podejmowanych działań. Warto starać się o prezentację wy­ników diagnozy na sesji rady gminy, a także przygotować informację prasową dla lokalnych dziennikarzy. Upowszechniając wyniki, należy wybrać najistot­niejsze informacje i nie podawać za wiele szczegółów, ponieważ będzie to zbyt duże przeciążenie dla odbiorców, którzy w rezultacie niewiele zapamiętają.

**1.8. Kwestie etyczne**

Prowadząc jakiekolwiek badania, należy przestrzegać podstawowej zasa­dy − badania nie mogą szkodzić osobom badanym, a wszelki dyskomfort psy­chiczny należy minimalizować. Niezależnie od tego, kto prowadzi badania i czego one dotyczą, zawsze trzeba uzyskać świadomą zgodę osoby badanej. Zasada ta dotyczy także dzieci i młodzieży, a w ich przypadku zgodę musi wy­razić także rodzic/opiekun prawny. Zawsze należy jasno przedstawić cel bada­nia i wskazać osoby odpowiedzialne za ich realizację. W przypadku badań mło­dzieży szkolnej niedopuszczalne jest analizowanie wyników w odniesieniu do konkretnej klasy, a także porównywanie wyników między szkołami/klasami. Dobrym przykładem troski o etyczną stronę badań i anonimowość jest projekt ESPAD. Badania są prowadzone przez osoby spoza szkoły, a wypełnione ankie­ty uczniowie wkładają w koperty, które zaklejają i oddają realizatorowi.

1. Powyższy artykuł stanowi przedruk za zgodą Wydawcy z publikacji autorstwa Katarzyny Łukowskiej pt. „Rozwiązywanieproblemów alkoholowych oraz ograniczanie dostępności alkoholu w gminach i miastach – przewodnik dlasamorządowców” wyd. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018, s. 55–68Cyt. za: Katarzyna Łukowska, *Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz ograniczanie dostępności alkoholu w gminach i miastach - przewodnik dla samorządowców*, wyd.  Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018, s. 55-68. [↑](#footnote-ref-1)
2. B. Bukowska, *Rola i zadania monitoringu*. W: Sierosławki J, Bukowska B., Jabłoński P., Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym. Krajowe Biuro ds. Przeciwdzialania Narkomanii, Warszawa 2007. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wskaźniki są też wykorzystywane bezpośrednio w budowie gminnego programu; są wtedy miarami, po których poznajemy, że cel został osiągnięty (przykładowy wskaźnik: odsetek młodzieży sięgającej po alkohol), a działanie zostało wykonane (np. liczba udzielonych porad w punkcie konsultacyjnym). Więcej o tym w cześci dotyczącej gminnego programu. [↑](#footnote-ref-3)
4. E. Babbie, Badania społeczne w praktyce, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 553. [↑](#footnote-ref-4)
5. J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski.* Raport z badań “Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012. [↑](#footnote-ref-5)
6. Nadużywanie byłodiagnozowane, jeśli potwierdzono, że picie alkoholu spowodowało jakieś szkody somatyczne lub psychologiczne z listy opracowanej na podstawie badania. [↑](#footnote-ref-6)