

Prof. dr hab. Kazimierz Jacek Zabłocki

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej im Alcide De Gasperi

w Józefowie

O ZAGROŻENIACH ZDROWIA MŁODZIEŻY SZKOLNEJ? – CZY BEZPIECZNA SZKOŁA?

Wstęp

Mówiąc o bezpiecznej szkole, należy zdać sobie sprawę z tego, co tak dokładnie rozumiemy pod pojęciem „bezpieczeństwo”. W słownikowych opracowaniach odnajdujemy takie terminy jak, bezpieczeństwo osobiste, poczucie bezpieczeństwa, bezpieczeństwo kraju, czuwać nad czymś bezpieczeństwem, zapewnić komuś bezpieczeństwo. Tak, więc pojęcie to odnosi się do wielu aspektów życia indywidualnego człowieka, jego zbiorowości, także do systemów instytucjonalno – prawnych państwa.

W swoim wystąpieniu chciałbym skoncentrować się na aspektach indywidualnych, tzn. podzielić się z państwem tymi zachowaniami dzieci i młodzieży szkolnej, które wyrażają pewien styl, czy nawet jakość życia sprzeczne z ich naturalnym prawidłowym rozwojem, zachowania zagrażające ich zdrowiu, jak i co zrozumiałe mogą prowadzić do naruszania wartości zdrowia ich rówieśników.

Ten aspekt bezpieczeństwa byłby, zatem bliższy rozumienia indywidualnym bezpiecznym zachowaniem osobistym oraz czuwaniem przez szkołę nad bezpieczeństwem swych uczniów. Takie ujęcie implikuje nie tylko interakcyjny charakter relacji rówieśniczych pomiędzy uczniami i nauczycielami a uczniami, ale wskazuje na poszukiwanie systemowych ujęć tych relacji. Bowiernie wieloaspektowość relacji opisywana w literaturze jako poszczególne relacje, owszem dają niewątpliwą wiedzę, ale rozproszone nie stwarzają możliwości ich całościowego, systemowego ujęcia. Tak, więc opisując pewne interakcyjne formy zachowań uczniów będziemy się jednocześnie starać opisać je tak, jak to możliwe w krótkim referacie, holistycznie – systemowo.

1. Alkoholizm i narkomania jako zjawiska dewiacyjne – przegląd literatury

Zapoczątkowane po 1989 roku transformacje systemu politycznego, gospodarczego i społeczno – kulturowego przyniosło obok wielu korzyści, również skutki uboczne – bezrobocie, rozwarstwienie społeczne, przestępczość i inne. Jednym z tych negatywnych zjawisk jest także tzw. wolność społeczno – obyczajowa, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

Obserwuje się szczególne nasilenie występowania zachowań agresywnych, autoagresyjnych, alkoholizmu, narkomanii, prostytucji. Nasilenie się tych zachowań dewiacyjnych może być symptomem zmniejszania się skuteczności procesów socjalizacji i wychowania ostatnich lat. Związane może być także z dezorganizacją społeczną, tzn. upadkiem tradycyjnych wartości i norm,

osłabieniem kontroli społecznej, rozprężeniem moralnym, itp. Ten stan rzeczy określany jest także pojęciem anomii - występuje w okresie intensywnych przemian społecznych i wynika z osłabienia kontroli społecznej.

Według Mortona (za: A. Siemaszko, 1993) załamanie, zdarzające się w strukturze kulturowej, występuje zwłaszcza wtedy, kiedy istnieje silna rozbieżność pomiędzy normami i celami kulturowymi a społecznie strukturalizowanymi możliwościami działania członków grupy zgodnie z tymi normami, stąd jednostka znajduje się w trudnej adaptacyjnej sytuacji, ponieważ musi „wybierać” pomiędzy konformizmem, rytualizmem, innowacją, wycofaniem się, agresją, autoagresją itp.

Czynnikiem sprzyjającym zachowaniom dewiacyjnym jest także występowanie kryzysu życia rodzinnego, przede wszystkim brak wzajemnej miłości, brak czasu dla siebie i dzieci, pogoń za dobrami materialnymi i pieniędzmi, dążenie do sukcesu zawodowego, awansu, upadek instytucji wspierających rodzinę, dezintegracja uznawanych wartości społecznych, likwidacja infrastruktury instytucji edukacyjnych i kultury oraz ochrony zdrowia, niefunkcjonalność i niedostatek mieszkań, pauperyzacja rodzin i wiele innych. I jeżeli przyjmie się, że rodzina jest swoistym zwierciadłem mikrospołecznym, to możemy założyć, iż mechanizmy adaptacyjne, stosowane przez dzieci w celu przystosowania się do rodziny i społeczności przypominają mechanizmy adaptacyjne społeczeństwa do anomii – konformizm, rytualizm, bunt, wycofanie się, autoagresja itp. Łatwo wyobrazić sobie, iż młody człowiek, wychowujący się w takiej rodzinie nie będzie umiał pokonywać trudności – a dla uzyskania poczucia bezpieczeństwa będzie sięgał do narkotyków lub innych substytutów i że zareaguje buntem, agresją lub wycofaniem się, gdy zabroni mu się tych narkotyków lub innych substytutów.

Badania K. Zajączkowskiego (1997) wskazują, że oprócz przyczyn rodzinnych wśród młodzieży olbrzymią rolę odgrywa grupa rówieśnicza, np. odtrącenie przez grupę, wyśmiewanie itp. może powodować bezkrytyczne szukanie jakichkolwiek kontaktów i w konsekwencji poddanie się grupie, charakteryzującej się dewiacyjnymi zachowaniami. Również szkoła stanowi czynnik, wywierający poważny wpływ na poziom funkcjonowania młodzieży – najpierw trudności w uczeniu się, potem wagary, ucieczki itp.

Na powstawanie zachowań dewiacyjnych u dzieci i młodzieży oprócz rodziny, szkoły i grupy rówieśniczej duży wpływ mają również czynniki biologiczne – genetyczne np. tzw. „chromosom zbrodni”, paragenetyczne, np. zaburzenia hormonalne matki w czasie ciąży, czy anomalie endokrynologiczne, np. nadmiar testosteronu podnosi poziom agresji.

Niekwestionowanym faktem jest to, że (B. Woronowicz, 1994) na szybkość powstawania uzależnienia olbrzymi wpływ ma stopień dojrzałości organizmu, szczególnie CUN, z badań bowiem wynika, iż wiek życia ma tu rozstrzygające znaczenie – pijąc intensywnie przed 20 rokiem życia można uzależnić się po kilku miesiącach, między 20 a 25 rokiem życia potrzeba na to średnio 3-4 lata, po 25 roku życia proces uzależniania trwa kilka a nawet kilkanaście lat.

To krótkie ukazanie czynników, wpływających na dewiacyjność dzieci i młodzieży oraz czas uzależnienia wymaga jednak głębszych analiz - zostaną one przedstawione w skrócie.

2. Modele i teorie uzależnień

1. Model filozoficzny. Do czasu wyodrębnienia się psychologii z filozofii, filozofowie próbowali wyjaśniać zjawisko alkoholizmu i uzależnień następująco:

A. *Teoria egzystencjalna.* Teoria ta zakłada wewnętrzny konflikt człowieka – jego życie doczesne jest skończone, zaś dusza dąży nieustannie do nieskończoności, wieczności. Ten konflikt rodzi wiele cierpień, od których człowiek nie może się uwolnić. Bezsilność człowieka prowadzi do dramatu egzystencji – stąd tylko krok do alkoholu, czy narkotyków (Z.Płużak, 1991).

B. *Teoria sensualistyczna.* U jej postaw leży doznanie zmysłowe, prowadzące do tworzenia wrażeń, które zapisywane są w pamięci. Z kolei dzięki pamięci wrażenia porównywane są do wspomnień. Alkoholizm, uzależnienia psychoaktywne mogą, więc powstawać na zasadzie powodowania silnych wrażeń, zapisywanych w pamięci (G.Brett, 1969).

C. *Teoria intelektualistyczna.* Człowiek jako byt duchowo – cielesny przejawia się w rozumności i wolności. W człowieku, jako osobie jego główną władzą jest intelekt, będący zarazem duchową władzą poznawczą (M. Gogacz, 1991), a więc w przypadku powstawania uzależnień teoria ta obarcza odpowiedzialnością za ten fakt tylko intelekt.

2. Model moralny. W modelu moralnym do rozróżniania zachowań, uważanych za normalne lub nie służyły ideały religijne, filozoficzne i społeczne. Człowiek, który zachowywał się w inny sposób, niezgodny z owymi normami, np. nadmiernie pił alkohol, uważany był za dewianta, a więc taki osobnik powinien ponosić różnorakie kary – jako konsekwencje zachowań. Zwolennicy tego modelu twierdzą, że osoby nadużywające alkoholu, czy narkotyków są „grzesznikami z wyboru” – picie, czy używki są oznaką słabości moralnej (R.Tarter, 1976).

3. Model medyczny. W modelu tym uzależnienia ujmowane są jako choroba. Model ten obarcza lekarzy opieką nad osobami uzależnionymi.

A. *Teoria natłogowego picia Jelinka.* Jelinek po raz pierwszy opisał uzależnienie od alkoholu jako chorobę. Wyróżnił on cztery stadia uzależnienia od alkoholu: - alfa-alkoholizm – jest to uzależnienie psychologiczne, służące do uwolnienia się od różnych dolegliwości fizycznych lub emocjonalnych; - beta-alkoholizm – na tym etapie występuje wiele powikłań fizycznych; - gamma-alkoholizm – charakteryzuje się wzrostem tolerancji na alkohol, zależnością fizyczną i psychiczną od alkoholu, utratą kontroli nad piciem, objawami zespołu abstynenckiego; - delta-alkoholizm – ten etap obejmuje objawy gamma oraz pojawiają się w nim ciągi picia (E.Jelinek, 1960).

B. *Teoria genetyczna* – próbuje wyjaśniać uzależnienia, jako chorobę wrodzoną i dziedziczną (R.Tarter, 1976).

C. *Teoria fizjologiczna* – funkcjonowanie osób uzależnionych przypomina wzorzec zachowań hiperaktywnych dzieci. Nadmierną aktywność przypisuje się defektom mechanizmów pobudzania. Aby mogło funkcjonować w sposób przystosowawczy, dziecko nadmiernie aktywne potrzebuje wyższego poziomu pobudzenia. Stwierdzono np, iż działanie alkoholu podtrzymuje autonomiczne pobudzenie, ale zmniejsza reaktywność (R.Tarter, 1984)

4. Model socjalizacyjny. Głównym założeniem, leżącym u postaw tego modelu jest to, że istnieje związek pomiędzy oddziaływaniami środowiska na biologiczną strukturę jednostki a uzależnieniem.

W gruncie rzeczy w modelu tym uzależnienie określane jest w kategoriach psychologicznych – jako nagroda za przyjemne subiektywne odczucia. Innymi słowy – uzależnienie powstaje wówczas, gdy pozytywne, subiektywne wzmocnienie efektu działania (euforia) jest silniejsze niż negatywne skutki – fizyczne i psychiczne dolegliwości.

A. *Teoria substrukturalna* – zakłada, że uzależnienia powstają w wyniku struktur społecznych, w jakich dana jednostka żyje. Pierwsza z nich to struktura rodziny – model, wzorce zachowań, wartości itp.

B. *Teoria zachowań dewiacyjnych*. Zachowania dewiacyjne powstają w wyniku oddziaływań społeczno – psychologicznych, a wśród nich pierwsze – to struktura społeczno – demograficzna rodziny, drugie to rodzaj socjalizacji rodziców, następne to osobowość i motywacja jednostki oraz system spostrzegania środowiska. W wyniku wzajemnego oddziaływania różnorodnych zmiennych powstają różnorakie zachowania, a o tym, czy są one dewiacyjne czy nie rozstrzygają normy społeczne lub autorytety (Z.Gaś, 1994).

C. *Teoria dostępności alkoholu lub narkotyków*, jest teorią, która opiera się na obserwacjach i eksperymentach – należą do nich m.in. fakty, iż ilość spożywanego alkoholu, czy używania narkotyków wzrasta wraz z ich dostępnością, koreluje z ilością osób, uważanych za jednostki wysokiego ryzyka a uzależnienie powiązane jest z problemami społecznymi m.in. wypadkami przy pracy i przestępczością, rozwiązłością seksualną, pedofilią itd. Teoria ta zakłada również, że zmniejszenie dostępności używek ma zmniejszać ilość spożywanie. Zalecane formy to ograniczenia wiekowe, ograniczenie lub zakaz reklamy, ograniczona ilość punktów sprzedaży np. alkoholu. Jak widać, teoria ta koncentruje się przede wszystkim na skutkach, a nie na przyczynach uzależnień. Jednakże z punktu widzenia polityki społecznej i oświatowej ukazuje ona czynniki determinujące nadużywanie środków uzależnień.

Na koniec prezentacji teorii i modeli uzależnień przedstawię model psychologiczny, bliższy pedagogom i psychologom.

5. Model psychologiczny – w modelu tym najbardziej istotnym elementem rozstrzygającym o piciu alkoholu czy czy sięganie po różne środki narkotyczne, są cechy indywidualne i osobowościowe jednostki. W ramach tego modelu można wyróżnić dwie następujące teorie :

A. *Teoria psychoanalityczna* – Z.Freud, H.Adler, R.Levy i inni psychoanalizy podkreślają pozytywny charakter wpływu alkoholu, bądź środków narkotycznych na psychikę – np. pozwalają one łagodzić konflikty między strukturą osobowości „ja” a „superego”, pozwalają zaspokoić potrzebę bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia, że np. alkoholizm jest fiksacją zaburzeń rozwojowych w sferze oralnej, analnej i fallicznej, że piją lub narkotyzują się ci ludzie, którzy mają potrzebę władzy, siły i wartości, ale jednocześnie mogą być objawem silnego poczucia winy, a środki psychoaktywne są sposobem na rozładowanie tego stanu poprzez samokaranie, co w konsekwencji może prowadzić do samookaleczeń i stopniowej degradacji w sferze społecznej i psychologicznej.

B. *Teorie uczenia się* – podkreślają, że uzależnienia nie są chorobą, lecz wynikiem długiego, częstego i intensywnego używania środków psychoaktywnych. Prowadzi to do pewnych wyuczonych zachowań, które dostarczają określonych korzyści – nawet utrata kontroli nad piciem alkoholu, czy używaniem środków narkotycznych jest traktowana jako reakcja na wyuczone zachowanie. Te ogólne

założenia „wycuczenia się picia alkoholu” nie są zbyt popularne, niemniej wiele z tych założeń odnajdujemy w mechanizmach psychoaktywnych np. w teorii stresu Bandury (1969), gdzie np. picie alkoholu redukuje napięcia (uczenie się) pozytywnych zachowań.

Ten krótki przegląd modeli i teorii uzależnień, jak już wspomniano, ukazuje złożoność zjawiska, a tym samym pewną trudność badawczą i interpretacyjną. Wydaje się jednak, że zaproponowanie teorii dostępności alkoholu, czy narkotyków, a tym samym jej interpretacje ilościowe, wskazują bardziej na jej powiązania z polityką społeczną i oświatową i rozwiązaniami administracyjno – formalnymi, jako mechanizmami zapobiegającymi uzależnieniu.

Niezaprzeczalne jest, więc wieloaspektowe podejście do badań nad uzależnieniami. Adekwatne rozeznanie różnorodnych czynników, dotyczących osób uzależnionych przed i po leczeniu uzależnienia pozwala na bardziej efektywne prognozowanie terapii i profilaktyki uzależnień.

3. Przegląd badań nad uzależnieniem i efektywnością postępowania terapeutycznego

1. Predyspozycje do uzależnień od alkoholu. Ten problem sprowadza się do pytania o cechy osobowościowe, decydujące o uzależnieniu od używek. W przeglądzie literatury możemy odnaleźć pewne wspólne cechy, wskazujące na związek uzależnienia i cech osobowościowych. Przede wszystkim są to : bierność, wysoki poziom lęku i napięcia, nieprzystosowanie do trudnych sytuacji społecznych, karalność, poszukiwanie wrażeń, unikanie stresu, zależność od aprobaty otoczenia, duża impulsywność i skłonność do unikania rygorów, neurotyzm, ubóstwo materialne w dzieciństwie, niski stopień kontroli popędów i inne. Przytoczone powyżej cechy – czynniki nie oznaczają jednak, że istnieje jakiś specyficzny typ osobowości, która prowadzi do uzależnień.

2. Alkoholizm i narkomania w polskich badaniach CBOS-u.

Picie alkoholu

Badania CBOS z lat 1999- 2003 (a także 1992) pomimo, że analizy były prowadzone w Instytucie Psychiatrii i Neurologii¹⁹², pominięto w nich kwestię picia wina, zaś skupiono się na piciu piwa i wódki.

W przypadku spożycia piwa – nastąpił znaczny wzrost konsumpcji – w 1992 r 50% uczniów przyznawało się do jego picia, zaś w r. 2003 już 80%. Podobnie w ciągu minionych 11 lat wzrosło spożycie wódki i innych napojów spirytusowych. W 1992r picie wódki deklarowało 30% badanej młodzieży, zaś w 2003 ponad 60%.

Płeć jest zmienną różnicującą abstynencje i używanie alkoholu. W 2003r 11% chłopców i 22% dziewcząt w ogóle nie piło piwa, zaś regularne picie deklarowało 48% chłopców i 26% dziewcząt. Zjawisko regularnego picia piwa wśród chłopców w latach 90-tych nie zmieniło się, zaś wśród dziewcząt wzrosło o ponad 7 punktów.

Abstynencja piwa w liceach w latach 90-tych wynosiła około 42%, zaś w zasadniczych szkołach zawodowych 27%. W roku 2003 odsetek abstynentów zmaleł w szkołach ponadgimnazjalnych do 19%, zaś w szkołach zawodowych do 16%. Dane te świadczą o tym, że typ

¹⁹² W niniejszym opracowaniu wykorzystano materiały CBOS i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z 2003r i Instytutu Psychiatrii i Neurologii z 1999r. Badania te mają charakter porównawczy a zestawienia i analiza została dokonana w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w opracowaniu G.Świątkiewicz.

szkoły już nie różnicuje abstynencji a zjawisko unifikacji picia staje się regułą. Ciekawe, iż w badaniach z 2003 r wśród uczniów z liceów ogólnokształcących 46% uczniów zadeklarowało picie piwa przy 37% ze szkół zawodowych i 34% z liceów publicznych.

Podobnie układa się proporcja picia i abstynencji alkoholu w porównaniu do picia piwa i typu szkoły. W LO publicznym 36% nie sięgało po alkohol, zaś z szkołach zawodowych 32%, ale różnice te zmniejszyły się w ciągu dekady – odpowiednio: 70% i 48%. Najniższe odsetki abstynentów odnotowano w liceach zawodowych – 22% i prywatnych LO – 25%.

Prawdopodobnie największym ryzykiem sięgania po piwo obarczeni są ci uczniowie, których rodzice mają wyższe wykształcenie (szczególnie matki) oraz żyją w dobrych warunkach materialnych. Te same zmienne mniej różnicują zarówno abstynencję, jak i regularne picie wódki. Warunki materialne nieznacznie tylko różnicują abstynentów od używających alkoholu. Wyższe wykształcenie matki zwiększa prawdopodobieństwo abstynencji, jak i picia wódki. Poziom wykształcenia ojca nie wpływa na żadne z tych zachowań.

Podobnie jak w przypadku zmiennej „typ szkoły” osłabła również moc różnicująca czynnika, jakim jest „miejsce zamieszkania”, który jeszcze w 1994 roku miał istotny wpływ w tym zakresie – wśród młodzieży wiejskiej było więcej abstynentów - 44%, podczas gdy w miastach – 26%. Obecnie proporcje wynoszą 17% do 19%.

Zmienną silnie różnicującą abstynentów od pijących była przynależność religijna. Szczególnie różnice te były widoczne w badaniach z 1996r. Wśród tych, którzy uczestniczyli w praktykach religijnych cotygodniowo, odnotowano 68% abstynentów., zaś wśród tych, którzy praktyki religijne odbywali kilka razy w roku odsetek ten wynosił 17% i był on podobny do wskaźnika wśród osób, które w ogóle nie uczestniczyły w praktykach religijnych. W roku 2003 badania wykazały, iż głęboka religijność chroniła abstynentów u 32% badanej młodzieży.

Zmienna status ucznia w szkole (osiągnięcia szkolne) – to znaczący uczeń o niskim statusie „dwójkowy” i „trójkowy” oraz dobrym „4” i wysokim „5”, jeszcze w roku 1996 różnicowała proporcje abstynentów – liczba ta wynosiła dla uczniów słabych 26%, zaś dla dobrych 44% - różnica 18%. W badaniach z 2003 roku dystans ten zmalał do 11% (13% do 24%).

Podobnie zacierają się różnice w zachowaniach uczniów tzw. słabych i bardzo dobrych w konsumpcji i abstynencji od alkoholu. W grupie uczniów bardzo dobrych maleje odsetek abstynentów i rośnie odsetek pijących regularnie.

Narkotyki i środki odurzające

Problem używania przez młodzież substancji psychoaktywnych – zwanych narkotykami coraz bardziej zyskuje w randze priorytetów zagrażających zdrowiu i rozwojowi dzieci i młodzieży. W roku 2003 prawie 49% z nich odpowiadało, że wie, gdzie można nabywać środki odurzające – stanowi to dwukrotny wzrost w stosunku do roku 1994, zaś dostępność narkotyków w szkołach, mimo medialnego nagłaśniania tej kwestii, jak wykazały badania – wcale nie wzrosła w porównaniu do 1994r i utrzymuje się mniej więcej na poziomie 26%.

Wzrosła natomiast proporcja propozycji sprzedaży narkotyków w szkole i obok szkół – badania wykazują, iż prawie co drugi badany uczeń zetknął się z taką propozycją. W latach 1994 – 2003 zwiększyła się liczba uczniów, którzy próbowali narkotyków i jest to wzrost prawie pięciokrotny –

osoby te najczęściej próbowały marihuany (86%), amfetaminy (23%) ecstasy (8%), haszyszu (7%). Żaden z badanych nie wspomniał o heroinie.

We wszystkich wspomnianych badaniach zaznacza się fakt, iż częściej eksperymentowali chłopcy niż dziewczęta – w ciągu tych lat % chłopców, próbujących narkotyków podwoił się, zaś dziewcząt potroił. Typ szkół w latach 90-tych różnicował zażywanie narkotyków – w 1992 r 12% uczniów z techników i 17% z liceów ogólnokształcących zażywało narkotyki, zaś w szkołach zawodowych i liceach zawodowych 4% i 9%. Badania z 2003 roku ujawniły, iż uczniowie z prywatnych liceów sięgają częściej po narkotyki – 32%, zaś z techników 28% - zatarty się różnice pomiędzy uczniami z publicznych liceów i szkół zawodowych.

Podobnie jak w przypadku alkoholizowania się, tak i w przypadku zażywania narkotyków wykształcenie matki jest czynnikiem odgrywającą istotną rolę – w 1992 tylko 6% dzieci z rodzin, których matki miały podstawowe wykształcenie sięgało po narkotyki, zaś 27% dzieci, których matki miały wykształcenie wyższe.

Różnice te zmały w przypadku zmiennej „warunki materialne rodziny”. 25% dzieci z rodzin dobrze sytuowanych sięga po narkotyki i 22% dzieci z rodzin o złej kondycji materialnej.

Również praktyki religijne silnie różnicują sięganie po narkotyki, wśród uczniów, którzy deklarowali, że w ogóle nie uczestniczą w praktykach religijnych 41% sięgało po narkotyki, zaś wśród tych, którzy uczestniczyli w tych praktykach, co tydzień – 16%, jednak w tej grupie w porównaniu do 1994 nastąpił wzrost prawie dwukrotny.

W latach 1994 – 1999 po narkotyki sięgało więcej uczniów o najwyższym statusie w szkole w porównaniu do uczniów słabych. W roku 2003 badania wykazują, że to właśnie wysoki status ucznia w szkole chroni go przed sięganiem po narkotyki – używa ich 13% bardzo dobrych, 19% średnich i 30% najslabszych.

Reasumując można stwierdzić, iż „moda na narkotyki”, wykreowana została przez młodzież zamożną, mającą rodziców z wyższym wykształceniem, osiągających dobre wyniki w nauce.

Młodzież o mniejszych społecznych możliwościach chętnie naśladowała zachowania uprzywilejowanych kolegów, stąd dążenie do używania narkotyków i picia alkoholu zaspokoilo ich aspiracje przynależności do atrakcyjnych grup.

4. Działalność profilaktyczna, jako element strategiczny bezpiecznej szkoły

Zaprezentowana analiza różnych badań prezentuje generalnie liczbowe zestawienie danych, bez wiedzy, co do występowania w nich konkretnego dziecka.. Zresztą dane te ukazują nam dość pesymistyczny obraz zdrowia dzieci i młodzieży, a jeżeli do tych danych dołączymy jeszcze problem bezrobocia i wynikające stad ubóstwo rodzin, obraz zagrożeń rozwojowych przyszłych pokoleń jest dość smutny.

Tak, więc w tym złożonym strukturalnie środowisku szkolnym, jak i rodzinnym występują trudności i zagrożenia w rozwoju i funkcjonowaniu dziecka. Ale czy z tego opisu wynika wiedza, pełna wiedza o zagrożonym rozwoju dziecka na poziomie gminy, i czy instytucje i placówki opiekuńcze i prewencyjne współpracują ze sobą, i czy istnieją jakieś ujednoczone kategorie opisów zachowań

obejmujących chociażby nazwy różnego rodzaju zagrożeń i patologii lub też rodzajów działalności. Razem prowadzi to do wytworzenia się obrazu, iż każda instytucja czy placówka posługuje się własną kategorią pojęć, własnymi wzorami ankiet, realizując cele tylko jej przypisane.

Dlatego też wydaje się, iż opracowanie strategii profilaktyki działań powinno być koniecznością, która w konsekwencji przybliży te instytucje, np. przez wspólne rozumienie terminów i pojęć. Pozwoli to również na opracowanie wspólnie przez te instytucje programu profilaktyki, adekwatnego do zagrożeń, występujących na terenie dzielnicy czy gminy. Działania tych instytucji powinny mieć charakter kompatybilny, wzajemnie wzmacniający w rozwiązywaniu całościowego problemu dziecka jego rodziny.

Ponadto zaprezentowane tu badania dowiodły, iż dla urealnienia programów profilaktycznych konieczne staje się nasilenie działań władz gminy, czy dzielnicy w kierunku zapewnienia młodzieży atrakcyjnych i dostępnych ekonomicznie sposobów spędzania czasu wolnego, czy to w placówkach oświatowych, czy też w innych miejscach, będących pod nadzorem osób dorosłych.

Młodzież, zamieszkała w miejscach o ubogiej ofercie infrastruktury oświatowej spędza najwięcej czasu na ulicach, podwórkach, w bramach i klatkach schodowych, czy w innych odludnych miejscach, a to najczęściej wiąże się to z występowaniem zachowań patologicznych. Konieczne również staje się oprócz nasilenie kontroli w miejscach, znanych jako miejsca spotkań młodzieży przez Straż Miejską lub Policję także włączanie rodziców do współodpowiedzialności za zachowania swoich dzieci.

Istotne jest również kategoryczne egzekwowanie w placówkach handlowych obowiązujących przepisów, dotyczących zakazu sprzedaży papierosów i alkoholu niepełnoletnim.

Reasumując te propozycje, można sprowadzić je do następujących punktów:

1. Koniecznym jest opracowanie wspólnego strategicznego i systemowego, spójnego programu działań profilaktycznych w gminie
2. Zwiększenie kursów, szkoleń dla nauczycieli i pedagogów szkolnych
3. Zwiększenie ilości punktów konsultacyjnych dla osób zagrożonych niedostosowaniem oraz członków ich rodzin
4. Zwiększenie liczby placówek o charakterze bezpłatnym, profilowanych, np. teatry, gry, zajęcia sportowe, komputery
5. Praca z rodzicami nad uświadamianiem im skali problemu niedostosowania społecznego oraz włączanie ich do współodpowiedzialności za zachowania dzieci.

ON HEALTH THREATS AMONG SCHOOL YOUTH – A SAFE SCHOOL?

The school is the place of forming pathology of youth behaviors. Consumption of liquor is rising, drug use is growing as well as aggressive behaviors. All that results in the fact that school is not safe place of a child's development.

Bibliografia

1. Arendarska A., Wojcieszek K., *Przygotowanie do profilaktyki domowej*, PARPA, Warszawa 1995
2. Bandura A., *Principles of behavior modification*, New York 1969
3. Brett G., *Historia psychologii*, Warszawa 1969
4. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, maj 2004 BS/80/2004, *Komunikat z badań*
5. *Dostępność alkoholu dla nieletnich*, PARPA, 1999
6. Gaś Z., *Rodzina a uzależnienia*, Lublin 1994
7. Gogacz M., *Ku etyce chronienia osób*, Warszawa 1991
8. Jelinek E., *The disease concept of alcoholism*, New Haven 1960
9. Melibruda J., *Tajemnice ETOH*, Warszawa 1992
10. Ostrikanska Z., Wójcik D., *Alkoholizowanie się uczniów szkół podstawowych a objawy nieprzystosowania społecznego*, IPI PAN, Warszawa 1977
11. Płużek Z., *Psychologia pastoralna*, Kraków 1991
12. Siemaszko A., *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Warszawa 1993
13. Sierosławski J., *Picie alkoholu przez młodzież*, Świat Problemów nr 7, 1996
14. Sierosławski J., *Używanie narkotyków przez młodzież polską*, Remedium, nr 10, 1997
15. Woronowicz B., *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa 1994
16. Zajączkowski K., *Profilaktyka zachowań dewiacyjnych dzieci i młodzieży*, Toruń 1997