

Robin Room
Grupa do Badań nad Alkoholem
Medycznego Instytutu Badawczego w San Francisco

DZIAŁANIA NA POZIOMIE SPOŁECZNOŚCI LOKALNYCH A PROBLEMY ALKOHOLOWE: DEMONSTRATYWNY PROJEKT PREWENCYJNY JAKO NIESTABILNA MIESZANKA

Co chcemy zdefiniować i nad czym się skupić

Artykuł ten dotyczy organizowanych na poziomie społeczności lokalnych i ocenianych następnie pod względem skuteczności programów ograniczania problemów związanych z używaniem alkoholu. Pomysł zorganizowania sympozjum na ten temat zrodził się podczas moich rozmów z Normanem Giesbrehtem na spotkaniu, które Kettel Bruun zorganizował w Sztokholmie w 1984 roku. Zauważyliśmy wówczas, że w ciągu ostatnich lat w kilku krajach wdrożono znaczącą liczbę programów na poziomie lokalnym. W ogólne założenia takich programów wpisana jest formalna ocena ich skuteczności. Wyniki badań ewaluacyjnych są na ogół publikowane w piśmiennictwie fachowym, co służy kumulacji naszej wiedzy. Z nieformalnych rozmów z badaczami biorącymi udział w lokalnych przedsięwzięciach, wiemy, że dokumentacja procesu realizacji programów zawiera niezwykle bogactwo informacji. Jednakże dane te najczęściej nie są publikowane. Ideą przewodnią naszego spotkania było stworzenie bazy do gromadzenia wiedzy uzyskanej w procesie wdrażania programów prewencyjnych na poziomie społeczności lokalnej.

W miarę kontynuowania dyskusji w szerokim kręgu stawało się coraz bardziej oczywiste, że granice określające pojęcie „program prewencyjny na poziomie lokalnym” są często nieostre. Ogólnie rzecz biorąc, główny nacisk kładliśmy raczej na zapobieganie niż na leczenie, jednakże programy lecznicze przekraczające progi klinik i próbujące oddziaływać leczniczych wobec lokalnych społeczności stanowią również w jakimś wymiarze przedmiot naszego zainteresowania. Główny nacisk kładziemy jednak na programy adresowane do wąskich społeczności a nie szerszych grup, objętych działaniami wyspecjalizowanych instytucji. W Ameryce Północnej, gdzie szczególny nacisk kładzie się na prewencję w szkołach, za programy adresowane do społeczności lokalnych przyjęło się uważać te nie związane bezpośrednio ze szkołą (na tym opierało się rozróżnienie między Wydziałem ds. Młodzieży i Wydziałem ds. Społeczności Lokalnych w obrębie Departamentu Prewencji starego National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)). Rozsądne wydaje się również włączenie w poczet działań na poziomie społeczności np. programów w obrębie miasteczek uniwersyteckich czy też programów wdrażanych przez organizacje związków zawodowych.

Koncentracja na społeczności lokalnej była z jednej strony podstawowym celem konferencji, z drugiej zaś rodziła problemy definicyjne. Na temat definicji pojęcia społeczność lokalna zapisano całe tomy (np. Gusfield, 1975). Współczesna definicja ma charakter przede wszystkim geograficzny, zawiera jednak również elementy alternatywnych znaczeń terminu *communitas*. Pojęcie społeczności lokalnej obejmuje zazwyczaj stosunkowo niewielki obszar geograficzny, niekiedy lokalną jednostkę administracyjną (miasto, gminę, powiat) a czasami ich podjednostki (dzielnicę, miejsce pracy, miasteczko uniwersyteckie). Dobranie dla projektu właściwych granic, czy to geograficznych, czy inaczej zdefiniowanych, stanowi wspólną trudność metodologiczną dla wszystkich programów adresowanych i umocowanych w społecznościach lokalnych.

W przyjętym tu kontekście, społeczność jest zazwyczaj na tyle zwarta, że w zasadzie każdy jej członek może wejść w osobisty kontakt z pozostałymi członkami. Wiele programów lokalnych opiera się, czy uwzględnia bezpośrednio kontakty między osobami zaangażowanymi w realizację programu a społecznością. Są też programy, gdzie do komunikowania się ze społecznością służą media. Główny nacisk kładziemy na działania organizowane wewnątrz społeczności służące rozwiązywaniu jej własnych problemów. Ramy te mają istotne implikacje dla rodzaju stosowanych środków, podejmowanych działań i związanych z tym trudności.

Problemy związane z używaniem alkoholu, widoczne na poziomie społeczności lokalnej, różnią się od tych postrzeganych w skali ogólnokrajowej. Społeczności lokalne z reguły bardziej niepokoją bezpośrednie skutki pijaństwa niż statystyki zdrowotnych i społecznych szkód wynikających z nadużywania alkoholu na poziomie kraju. Zgony spowodowane marskością wątroby i rakiem krtani są zbyt rzadkie, a problemy uszczuplenia wydajności produkcji zbyt abstrakcyjne, by rzucać się w oczy na poziomie społeczności lokalnej. (Jedną z cech organizowania handlu alkoholem przez państwo, dla którego jest to źródłem pomnażania dochodów, jest fakt, że wiele

szkód związanych z używaniem alkoholu ponoszonych jest na poziomie lokalnym, podczas gdy kasa państwowa czerpie zyski w postaci podatków. O ile negatywne konsekwencje na poziomie lokalnym są zazwyczaj natychmiastowe, to na poziomie ogólnokrajowym ujawniają się dopiero po pewnym czasie).

Działania organizowane na poziomie społeczności lokalnych mają zazwyczaj szczególne formy i specyficzne cele. Wiadomo, że podatki na alkohol ustanawiane są zazwyczaj przez wyższe szczeble administracyjne, gdzie indziej również decyduje się o przepisach ogólnego kodeksu karnego. Władze lokalne mogą, niekiedy, mieć prerogatywy do stanowienia własnych przepisów wobec problemów alkoholowych, ale są to prerogatywy udzielane warunkowo i ograniczone prawodawstwem stanowym, okręgowym lub federalnym. Organizowanie się na poziomie społeczności lokalnej może oczywiście mieć na celu wymuszenie zmian na wyższych poziomach. Na przykład w Stanach Zjednoczonych lokalny oddział Stowarzyszenia Matek Przeciw Nietrzeźwym Kierowcom może wywierać nacisk na prawodawców stanowych, by wprowadzili zmiany w prawie dotyczącym prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu. Ale głównym przedmiotem naszego zainteresowania są tu działania skierowane do wewnątrz społeczności lokalnych. Przybierają one zazwyczaj formy mobilizowania i organizowania społeczności, poprawy współpracy między lokalnymi instytucjami i zawierania koalicji. Działania lokalne mogą również przybierać formy programów edukacyjnych czy perswazyjnych, ustanawiania lokalnego prawodawstwa oraz tworzenia od podstaw lokalnych agencji lub instytucji.

Działania na poziomie społeczności lokalnej są tu więc zdefiniowane szeroko i obejmują akcje organizowane z inicjatywy i przez członków społeczności. Obejmują również działania inspirowane z zewnątrz przez działaczy społecznych, aktywistów oświaty zdrowotnej i inne osoby zawodowo lub społecznie angażujące się w procesy zmian, które to osoby mogą występować w imieniu własnym lub z ramienia jakiejś organizacji. W akcjach organizowanych na poziomie lokalnym często uczestniczą profesjonalni lub paraprofesjonalni pracownicy socjalni lub oświatowi – na przykład przy organizowaniu profesjonalnie prowadzonego programu, którego celem jest nauczanie osób nadużywających alkoholu monitorowania własnego poziomu picia. Jednakże tego rodzaju działania mieszczą się w pojęciu działań na poziomie społeczności tylko wówczas, gdy klient (społeczność) zwraca się do profesjonalisty po pomoc, a inicjatywa działań została podjęta przez społeczność, a nie klinikę czy inną instytucję. W wielu projektach lokalnych widoczna jest obecność jednego lub kilku dążących do przeprowadzenia zmian agentów zatrudnionych lub działających w imieniu instytucji ulokowanych poza społecznością.

Koncentrujemy się głównie na programach, których skuteczność jest następnie oceniana, w szerokim tego słowa znaczeniu. W niektórych przypadkach lepszym terminem byłoby raczej słowo szacowanie niż ocena efektów. Istotnym zagadnieniem podnoszonym w dyskusjach nad zdefiniowaniem celów tego sympozjum była wymiana doświadczeń między tymi badaczami problematyki alkoholowej, którzy zostali odciągnięci od swoich biur i „zanurzyli ręce w burzliwych wodach działań na poziomie lokalnym”. Uważaliśmy, że ich doświadczenia, nawet jeśli byli tylko ze-

wewnętrznymi obserwatorami procesów zachodzących w czasie trwania programu prewencyjnego na poziomie lokalnym, mogą być nieocenionym źródłem wiedzy.

Początki poddawanych ewaluacji lokalnych antyalkoholowych działań prewencyjnych

By znaleźć się w obszarze naszych zainteresowań, program lub akcja lokalna powinny zawierać jednocześnie trzy elementy: ukierunkowanie na prewencję problemów alkoholowych, jako główny kierunek działania; przekonanie o skuteczności działań na poziomie społeczności jako strategii przeprowadzania zmian, oraz zawartą w założeniach programu formalną ocenę skuteczności działań. Połączenie tych wszystkich elementów obserwujemy zaledwie od 15 lat.

Działania podejmowane na poziomie społeczności lokalnych w celu ograniczania problemów, związanych z używaniem alkoholu mają swoją długą historię. W XVIII wieku w obliczu szalejącej w Londynie epidemii opilstwa dżinem, Henry Fielding i inni członkowie rady miejskiej pracowali niestrudzenie i w ostatecznym rozrachunku z niejakim sukcesem nad wzmocnieniem kontroli obrotu alkoholem (Coffey 1966). Wypracowany wówczas system kontroli handlu alkoholem oparty był na udzielaniu koncesji przez władze miejskie. Brytyjski system dawał władzom lokalnym elastyczne narzędzie umożliwiające ograniczanie problemów związanych z alkoholem.

Jednakże działania na poziomie lokalnym okrzepły dopiero z nadejściem ruchów trzeźwościowych – po latach trzydziestych XIX wieku. Organizacje trzeźwościowe wykorzystywały w swoich działaniach szeroką sieć grup lokalnych. Wykładowcy i organizatorzy ruchu trzeźwości, przemieszczając się z jednej społeczności do drugiej, inspirowali działania lokalne. Od samego początku koncentrowano się na poziomie społeczności lokalnych. Ta zasada została utrzymana również w drugiej połowie XIX wieku, kiedy to organizacje trzeźwościowe dotarły do poziomu stanowego i ogólnokrajowego (patrz np. Blocker 1985). Z perspektywy ruchu trzeźwości organizowanie się i działanie na poziomie lokalnym miało szereg zalet. Ruch interweniował tu bezpośrednio w sytuacjach, gdzie problemy alkoholowe doświadczane były w najbardziej ostry i osobisty sposób. Budował zaangażowanie i dostarczał pola dla społecznej aktywności swoich członków. Działania te nazywano „tątką plasterków salami” – oczyszczania kraju z alkoholu miasto po mieście i hrabstwo po hrabstwie. Ówczesne działania komplikowały i podnosiły koszty handlu alkoholem, ponieważ wymagały dostosowania się dystrybutorów do odmiennych, w różnych społecznościach, warunków i wymagań.

Kiedy ruch trzeźwościowy zaczął wyraźnie sterować w stronę prohibicji, jedną z reakcji na to było formowanie małych elitarnych ruchów kontroli nad alkoholem (Levine 1983). Pierwszym postulatem orędowników kontroli nad alkoholem było wprowadzenie rządowego monopolu dystrybucji alkoholu, początkowo na poziomie władz miejskich. W Skandynawii zastosowano tak zwany „Gothenburg System”. System ten, polegający na oddaniu we władanie władz miejskich punktów sprzedaży, przyjął się również w wielu krajach anglojęzycznych. W Stanach Zjednoczonych i Australii pod koniec XIX wieku, w Wielkiej Brytanii w czasie I Wojny Światowej i

w Nowej Zelandii w latach czterdziestych i później (Room 1987; Stewart i Casswell 1987). Możliwość decydowania o regułach dostępności alkoholu na poziomie lokalnym stwarzała szanse racjonalnego szacowania zarówno ekonomicznych korzyści, jak i zdrowotnych i społecznych kosztów picia alkoholu. Handel alkoholem był jednak na tyle zyskowny, iż wzgląd na przychody kasy miejskiej często miał priorytet w decyzjach podejmowanych przez władze lokalne. Z czasem kompetencje w zakresie do obrotu napojami alkoholowymi przejęły władze stanowe lub federalne.

Alternatywna formuła kontroli nad alkoholem polegała na rygorystycznym i szczegółowym kontrolowaniu przez państwo obrotu alkoholem, przy pozostawieniu handlu w rękach prywatnych. Tę formułę, w postaci Central Liquor Control Board (Centralna Rada Kontroli Alkoholu), przyjęto na większości terytorium Wielkiej Brytanii w czasie I Wojny Światowej (Smart 1974). I znowu, z upływem czasu środek ciężkości kontroli nad alkoholem przesunął się stopniowo w stronę większego udziału władz stanowych i ogólnokrajowych, chociaż władze lokalne miały również swoją rolę do odegrania. Z dzisiejszej perspektywy ruchy na rzecz kontroli obrotu alkoholem zarówno w formule monopolowej, jak i w formule rządowej kontroli licencjonowania handlu alkoholem, koncentrowały się bardziej na regulacjach ogólnych niż działaniach lokalnej społeczności. Tamte doświadczenia są ważne z punktu widzenia naszych dzisiejszych zainteresowań, bowiem kładziono silny nacisk na to, co nazywamy badaniem skuteczności programów prewencji.

Liczne dowody istnienia w tej dziedzinie tradycji badawczej i eksperymentatorskiej znaleźć można chociażby w książce Catlin (1931). Szczególnie podczas I Wojny Światowej, działania brytyjskiej agencji kontroli charakteryzowały się elastyczną orientacją eksperymentatorską, bliską współczesnym przedsięwzięciom badawczym, w tym sensie, że istniała wola modyfikowania podejmowanych działań zgodnie z uzyskanymi doświadczeniami. Można nawet odnaleźć przykłady formalnych badań doświadczalnych, np. nad wpływem godzin otwarcia tawern w pobliżu fabryk na liczbę wypadków przy pracy (Collis 1922). Jednakże w latach trzydziestych, w odmienionym klimacie kulturalnym, tradycja eksperymentowania z polityką wobec alkoholu na poziomie społeczności lokalnych została w krajach anglojęzycznych zapomniana.

Tymczasem w tym samym okresie w Skandynawii nowe idee lokalnych organizacji trzeźwościowych nadały nowy wymiar lokalnym działaniom przeciwalkoholowym (Christie 1965; Rosenqvist i Takala 1987). Chociaż podstawowym kierunkiem działania były ostrzegawcze rozmowy z osobami, których picie powodowało problemy, a w razie konieczności zmuszanie ich do leczenia, lokalne organizacje trzeźwościowe przyjmowały odpowiedzialność za całość podejmowanych na poziomie lokalnym inicjatyw przeciwdziałania problemom alkoholowym. Podstawową przyczyną zanikania w ostatnich latach lokalnych organizacji trzeźwościowych było rosnące niezadowolenie z niejako wpisanego w ich działalność naruszania prawa do prywatności oraz systemu leczenia przymusowego. Skuteczne programy działań na poziomie społeczności lokalnych skoncentrowane na kulturowo powszechnych, codziennych zachowaniach (jak na przykład picie alkoholu) muszą się w pewnym momencie

zderzyć z problemem prawa do prywatności i problemem ograniczonej możliwości wprowadzania zmian.

W okresie, gdy prowadzona na poziomie społeczności kontrola jednostki stawała się celem coraz częstszych ataków w powojennej Skandynawii, powracać zaczęła, szczególnie w Finlandii, tradycja prowadzenia w społecznościach działań eksperymentalnych z rygorystycznym programem oceny ich skuteczności. Ponieważ w Finlandii badania problemów alkoholowych były sponsorowane przez państwowy monopol alkoholowy, dotyczyły głównie skutków zmian w systemie sprzedaży alkoholu (np. słynne badanie Kuusi dotyczące skutków otwarcia sklepów monopolowych w małych miasteczkach). Stosunkowo mało uwagi poświęcano akcjom podejmowanym wewnątrz społeczności lokalnych (Bruun 1961; Kuusi 1957). Do dziś dobrze rozwinięta skandynawska tradycja ewaluacji alkoholowych programów zapobiegawczych raczej odnosi się do efektów zmian w regulacjach prawnych czy podaży niż do efektów lokalnych programów prewencyjnych.

Idea działań na poziomie społeczności lokalnej odżyła w Stanach Zjednoczonych pod koniec lat czterdziestych, ale z odmienną orientacją. Kiedy Selden Bacon napisał o „Mobilizacji zasobów społecznych do ataku na alkoholizm” (Bacon 1947), artykuł ten stał się organizacyjnym podręcznikiem ruchu alkoholowego, który szukał sprzymierzeńców w dążeniu do podtrzymania koncepcji alkoholizmu jako choroby. Przez następne dwa dziesięciolecia dyskusje na temat udziału społeczności lokalnych w zwalczaniu alkoholizmu koncentrowały się w Stanach Zjednoczonych na tworzeniu systemu leczenia alkoholików.

W Stanach Zjednoczonych i innych społeczeństwach idea samoświadomości społeczności lokalnej co do właściwych zasad organizacji, potrzebnych działań i rozwoju stała się popularna w latach 60. Nacisk na umożliwienie członkom społeczności i lokalnym organizacjom decydowania o sposobach rozwiązywania własnych problemów ucieleśniały hasła od „tyle uczestnictwa ile tylko możliwe” – głoszonego przez ruch Wojna z Nędzą, po „władza dla ludu” – głoszonego przez Czarne Pantery. To przesunięcie orientacji miało jednak niewielki wpływ na działania związane z problemami alkoholowymi. Do połowy lat siedemdziesiątych dominującym modelem działania na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w Ameryce Północnej było organizowanie profesjonalnego i paraprofesjonalnego leczenia dla alkoholików. Te ramy zawęziły perspektywy prewencji do działań takich jak identyfikacja przypadków zagrożonych alkoholizmem i promowanie koncepcji alkoholizmu jako choroby.

W połowie lat siedemdziesiątych nowe podejście do kwestii problemów związanych z alkoholem zaczęło dominować na poziomie agencji federalnych, stanowych i regionalnych. Inicjatorem nowego podejścia była Addiction Research Foundation (ARF) (Fundacja Badań nad Uzależnieniami), która pierwsza wskazywała na związek ogólnego poziomu spożycia alkoholu z poziomem rozpowszechnienia problemów alkoholowych w społeczeństwie (Room 1978). W połowie lat siedemdziesiątych powstał w NIAAA Departament Prewencji. Od 1977 roku NIAAA stopniowo zwracał się w stronę szerszej definicji strategii zapobiegania problemom alkoholo-

wym. Zarówno ARF jak i NIAAA były statutowo organizacjami badawczymi, zatem ich nowe podejście do projektowania działań zapobiegawczych przyjęło formę programów demonstracyjnych, podlegających ocenie skuteczności. Początkowo obejmowano nimi młodzież i szkoły, lecz z upływem czasu docierały coraz częściej do społeczności lokalnych. Kształtować się zaczął model poddawanego ocenie skuteczności programu działań zapobiegających problemom związanym z alkoholem w społecznościach lokalnych.

Ewaluacja prowadzonych w społecznościach lokalnych projektów prewencyjnych typu działania i badania (community action projects) w latach 1976-1982: Uwagi i wnioski zaangażowanego obserwatora

W późnych latach siedemdziesiątych i wczesnych osiemdziesiątych byłem w pewnym stopniu zaangażowany w trzy badawczo zorientowane programy obejmujące działania społeczności lokalnych na rzecz ograniczenia problemów związanych z alkoholem. Przedstawię najpierw krótką historię każdego programu lub projektu badań, po czym będę próbował wyciągnąć wnioski z nich wynikające.

Przeprowadzone pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) badanie reakcji społeczności lokalnych na problemy związane z alkoholem

Projekt ten, podjęty w roku 1976 w Meksyku, Zambii i Szkocji został szczegółowo udokumentowany w piśmiennictwie (Ritson 1985; Rootman i Moser 1985). Celem nadrzędnym było badanie i wskazanie sposobów poprawy reakcji społeczności lokalnych na istniejące tam problemy związane z używaniem alkoholu. Pierwszą fazę projektu, która trwała od września 1976 do lipca 1981 i pochłonęła większość funduszy, stanowiła seria badań epidemiologicznych oraz badań na temat lokalnych instytucji mających w swej pracy do czynienia z problemami alkoholowymi.

W drugiej fazie, trwającej od października 1979 do marca 1983 i znacznie słabiej finansowanej, zespoły badawcze w każdym z krajów miały za zadanie podjąć próbę zwiększenia wrażliwości społeczności lokalnych na problemy alkoholowe oraz oszacować rezultaty tej próby (fundusze były zbyt szczupłe, aby umożliwić pełną ocenę skuteczności). W każdej społeczności zostały podjęte jakieś lokalne działania zgodne z ogólną polityką państwa wobec alkoholu. Niemniej punkt ciężkości akcji organizowanych w konkretnych miejscach w każdym przypadku był nieco odmienny od priorytetów polityki państwa.

W obrębie miasta stołecznego Edynburg, stosunkowo bogatego w instytucje społeczne i zdrowotne, aktywność zespołu badawczego przyczyniła się do wzbogacenia opracowywanego przez wówczas działającą tam radę, złożoną z przedstawicieli lokalnych agencji, programu poprawy reakcji społecznej na problemy alkoholowe.

W Mexico City podjęto daremne wysiłki zmobilizowania miejscowych profesjonalistów do dyskusji nad podjęciem działań na podstawie wyników przeprowadzonych badań. Ostatecznie podjęto współpracę z grupą kobiet stowarzyszonych w lokalnym centrum pomocy rodzinie. Jej wynikiem nie było jednak podjęcie jakiegokolwiek działania w całej społeczności, lecz jedynie utworzenie grupy wzajemnej pomocy Al-Anon dla żon alkoholików.

Zespół pracujący w Zambii usiłował pozyskać w trzech badanych tam społecznościach osoby chętne do pracy na rzecz projektu, ale stwierdził, że bardzo trudno jest uczynić przedmiotem priorytetowego zainteresowania problemy związane z alkoholem. W Zambii wszelkie lokalne działania w tej dziedzinie ustały z chwilą wyjazdu zespołu badawczego.

Na poziomie międzynarodowym głównym osiągnięciem drugiej fazy projektu było opublikowanie *Guidelines for Investigating Alcohol Problems and Developing Appropriate Responses* (Przewodnik do badań problemów alkoholowych i planowania odpowiednich działań) (Rootman i Moser 1984).

Wstępny pomysł opisanego tu projektu powstał w kuluarach WHO w 1975 roku. Spotkanie podsumowywało wyniki wcześniejszych projektów realizowanych przez NIAAA, których ogólnym celem było wypracowanie „kryteriów do identyfikacji i klasyfikacji przypadków inwalidztwa związanego z pićiem alkoholu” (Edwards i wsp. 1977). NIAAA chciała sponsorować dalszy rozwój alkoholowego programu WHO dla potwierdzenia, że alkoholizm jest problemem zdrowia publicznego, potrzebny więc był nowy projekt umożliwiający pozyskanie środków pozabudżetowych. Początkowo projekt miał polegać na badaniu efektów wcześniejszego projektu i wypracowaniu metod stosowania w praktyce wspomnianych wyżej kryteriów w różnych kręgach kulturowych.

Jednakże z upływem czasu aspekt ten tracił na znaczeniu. W centrum zainteresowania programu znalazło się badanie „dwóch światów problemów alkoholowych” – w próbach klinicznych i w populacji ogólnej – i korygowanie na tej podstawie reakcji na problemy alkoholowe w społecznościach lokalnych. Zagadnienie to wysunęło się na pierwszy plan szczególnie w pracach zespołów badawczych z Berkeley i Londynu Południowego. Członkowie tamtejszych zespołów odegrali istotną rolę w kształtowaniu ostatecznej postaci projektu. Podkreślenie znaczenia działań na poziomie społeczności lokalnych pochodziło w pierwszym rzędzie z brytyjskich doświadczeń w Edynburgu i Londynie i ostatecznie przerodziło się w ideę „lokalnego zespołu do spraw problemów alkoholowych”, który miał odgrywać rolę czynnika inicjującego i wprowadzającego zmiany w społeczności (patrz Rootman i Moser 1984). Nacisk na oddziaływanie na poziomie społeczności lokalnych, który przybierał na sile w toku realizacji programu, dobrze wpasowywał się w strategię działań wypracowywanych przez WHO pod koniec lat siedemdziesiątych. WHO coraz bardziej koncentrowała swój globalny program na potrzebach krajów rozwijających się i w tym kontekście kładła nacisk na rozwój podstawowej opieki raczej na poziomie społeczności niż na rozwój dużych szpitali klinicznych w miastach stołecznych.

Wstępną propozycję projektu badań przygotowałem na wspomniane spotkanie w 1975 roku. Późniejsza wersja, przygotowana przez Alana Cartwrighta, który brał udział w programie dla Londynu Południowego, przedłożona została poprzez NIAAA do rozpatrzenia możliwości jej finansowania w systemie grantów. Kiedy stało się oczywiste, że projekt nie ma szans na grant, personel NIAAA przerzucił go do programów finansowanych w systemie kontraktowym. Ostateczne porozumienie z WHO osiągnięto pod presją wpływającego roku budżetowego 1976. Wprawdzie w

kontrakcie mowa była o różnorodnych podejściach badawczych, jednak szczególnie podkreślona została metoda ankietowych badań populacyjnych, które planowano zastosować w każdej objętej projektem społeczności lokalnej. Badania prowadzone w początkowej fazie programów pochłaniały znaczną część sił i środków finansowych.

Wymogiem kontraktu było przeprowadzenie badań w trzech odmiennych społecznościach lokalnych. Pierwsza miała być ulokowana w kraju rozwijającym się, druga w kraju rozwiniętym gospodarczo i trzecia w kraju przechodzącym „proces gwałtownych zmian społecznych”. Jay Moser, koordynator z ramienia WHO, korzystając ze swojej dobrej znajomości środowiska potencjalnych współpracowników, wybrał do kierownia badaniami trzech psychiatrów. Byli to Alan Haworth, Bruce Ritson i Guillermo Calderon. Wszystkich trzech łączyły wspólne zainteresowania badaniami w dziedzinie psychiatrii społecznej i problematyki alkoholowej, każdy z nich miał potencjalne możliwości zorganizowania zespołu badawczego i korzystania z zasobów lokalnych. Do realizacji projektu wybrano Zambię, Szkocję i Meksyk. Każdego z lokalnych kierowników badań zachęcano do sformowania zespołu z socjologami i/lub miejscową agencją badań społecznych, zdolnymi do przeprowadzenia ankietowych badań populacyjnych. W Meksyku i Zambii druga faza programu w rzeczy samej przeprowadzona została przez takie agencje badawcze, a nie przez osobę, która badania rozpoczynała. Rozpoczęcie programu opóźniło się o kilka miesięcy, zanim nie znaleziono kandydata na głównego dyrektora programu. Osobą tą był David Hawks. Kiedy dobiegł końca jego dwuletni urlop ze stanowiska, jakie piastował w Wielkiej Brytanii, kierownictwo programu objął i badania doprowadził do końca Irvin Rootman z Kanady.

Trochę refleksji nad programami, które łączą działania z badaniami

Zainicjowany przez WHO Program badania reakcji społeczności lokalnych na problemy alkoholowe był programem ambitnym i wielokierunkowym i dostarczył bogatych doświadczeń wszystkim jego uczestnikom. Wnioski, które można z niego wyciągnąć, dotyczą wielu dziedzin i bez wątpienia mogą być różnie sformułowane przez uczestniczące w programie osoby. Przedstawiam tu jedynie moją własną wersję wniosków na temat projektów typu działanie plus badanie w społecznościach lokalnych (community action studies).

- Okazało się, że sam termin „społeczność lokalna” nastęrcza pewne problemy. Trzy zespoły badawcze ulokowane w odmiennych społecznościach, działając zgodnie z wytycznymi, nakazującymi wybranie obszaru badań obejmującego zarówno miejską jak i wiejską populację, dokonały odmiennych wyborów, odzwierciedlających uwarunkowania merytoryczne ankietowych badań populacyjnych, uwarunkowania specyficzne dla danego kraju i uwarunkowania wynikające z położenia naciśku na odmienne aspekty badań. W miarę postępu badań program obejmował coraz nowe aspekty problemów alkoholowych, leżące w gestii różnych agencji społecznych i zdrowotnych – na przykład psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opieki społecznej, komisariatów policji i pełniących ostre dyżury szpitali. Zazwyczaj okazywa-

ło się, że każda z tych służb ma odmienny rejon działania, obszary obsługiwane przez różne instytucje różniły się znacznie. I tak rejon działań komisariatu policji był stosunkowo niewielki, a szpital psychiatryczny obsługiwał znacznie większy obszar. Ta trudność metodologiczna okazała się w istocie znaczącym odkryciem: Jedną z trudności w zintegrowaniu reakcji społeczności lokalnych na problemy alkoholowe leży w tym, że są to problemy wielosektorowe, którymi zajmują się służby społeczne o bardzo różnych terytorialnie obszarach działania.

Problem określenia odpowiedniego poziomu agregacji koniecznego do zdefiniowania społeczności lokalnej pojawił się w momencie planowania konkretnych działań na poziomie społeczności. Doświadczenie z Zambii, gdzie próby organizowania wysiłku społecznego odbywały się na bardzo małym obszarze, uczy, że w przypadku problemów tak zróżnicowanych, jak problemy alkoholowe, podtrzymanie obywatelskiej energii do działania wymagać może stosunkowo dużej społeczności. Z drugiej strony, akcje organizowane na poziomie na przykład całego stołecznego miasta mogą utracić walor oddolnego działania, niezbędny dla zorganizowania społeczności i umożliwienia jej podejmowania własnych decyzji.

- W programie przyjęto dość szeroki i raczej nieprecyzyjnie zdefiniowany cel „poprawienia reakcji społeczności”. Północno-amerykańskie piśmiennictwo dotyczące opieki społecznej rozróżnia trzy modele organizowania społeczności: model „rozwoju tożsamości lokalnej”, w którym członkowie lokalnej społeczności poszukują porozumienia w grupach zadaniowych; model „planowania społecznego”, w którym na zamówienie zbiorowego konsumenta fachowcy opracowują profesjonalne plany i model „akcji społecznej”, w którym członkowie społeczności mobilizują się wokół jakiejś sprawy, często w dążeniu do spowodowania istotnych zmian instytucjonalnych lub strukturalnych (Rothman i Tropman 1987). W każdym z tych modeli rola (aktywisty) czynnika inicjującego zmiany jest inna. W modelu rozwoju lokalnej tożsamości działa on jako katalizator, koordynator i instruktor. W modelu planowania społecznego jako zbieracz faktów, twórca programów i negocjator. W modelu akcji społecznej jako agitator, orędownik i negocjator.

Tradycyjne modele akcji w obszarze zdrowia publicznego, traktujące zagadnienia zdrowotne jako przedmiot zainteresowania fachowców, przyjmowały zwykle formę planowania społecznego. WHO stopniowo zaczęła sterować w kierunku bardziej uczestniczących form akcji, bliższych koncepcji modelu rozwoju tożsamości lokalnej. W miarę jak interes zdrowia publicznego zaczynał ścierać się z partykularnymi interesami ekonomicznymi, wielu pracowników publicznej opieki zdrowotnej zaczęło zmierzać w stronę bardziej konfrontacyjnego modelu akcji społecznej.

Program w Szkocji wystartował w momencie, w którym proces planowania działań dla społeczności lokalnych był już tam mocno zaawansowany, zatem program wpisał się w model odpowiadający w przeważającej części modelowi planowania społecznego, skupionego wokół ustanowionego ośrodka planistycznego – Committee on Alcohol Related Problems (Komitet ds. Problemów Związanych z Alkoholem) (CARP), składającego się z przedstawicieli lokalnych agencji. Ważnym elementem wydanych przez CARP rekomendacji było finansowanie Zespołów proble-

matyki alkoholowej w lokalnych społecznościach (CAGs), co odzwierciedlało preferencję dla modelu budowania tożsamości lokalnej. Zarówno w Meksyku, jak i w Zambii programy początkowo skłaniały się nieco w stronę modelu akcji społecznej. Te ciągoty, wzmacniane przez genewski personel WHO, stały się przyczyną pewnych tarć: pierwszy kierownik badań w Meksyku zrezygnował w obliczu konfliktu punktów widzenia. Natomiast w Zambii druga faza programu była kierowana przez nową osobę, który skłaniała się ku modelowi akcji społecznej. W rezultacie program w Meksyku dostosował się do modelu rozwoju lokalnej tożsamości i tylko w Zambii wypróbowano model akcji społecznej.

W Zambii założono „orientację na działanie i uczestnictwo społeczności lokalnej”. W roku 1980 dokument sygnowany przez kierownika drugiej fazy mówił, że „spodziewano się, iż faza ta będzie miała charakter dialektyczny, ujawniający sprzeczne poglądy różnych frakcji funkcjonujących w obrębie badanej społeczności i pomiędzy różnymi członkami zespołu badawczego.” Zambiański zespół badawczy uważał, że „dyrektywny proces przepływu informacji i oddziaływań od zespołu badawczego do społeczności lokalnej nabierze charakteru wymiany poglądów, w miarę postępu badań”. Tego rodzaju proces możemy uznać za bliższy modelowi budowania lokalnej tożsamości (cytaty wzięte z Kalumba i wsp. 1983, str. 1,2,26).

- Zespół pracujący w Zambii pozostawił obszerną i interesującą dokumentację swojej pracy. Dokumentacja ta nie doczekała się, niestety, szerszego rozpowszechnienia (Kalumba i wsp. 1983). Warto więc zacytować kilka zawartych w niej komentarzy.

CAGs w Zambii były bytami politycznymi. Ich egzystencja zależała od rodzaju i jakości poparcia, jakiego mogło im udzielić ich niestęchające chwiejne środowisko. Role, których przyjęcia od nich oczekiwano, lokowały je na polu bitwy o władzę w lokalnej polityce. Z braku poparcia z niezależnych źródeł, definicja ich misji zależeć musiała od głównego nurtu zainteresowań przeważającej w danej społeczności siły politycznej (Kalumba i wsp. 1983, str. 20).

CAGs nie mogły przetrwać jako jednostki autonomiczne, ponieważ ich cele działania były nieustannie przejmowane przez inne jednostki. Mamy tu do czynienia z oczywistą sytuacją podwójnego wiązania, polegającą na tym, że zespół badawczy, usiłując umiejscowić problemy alkoholowe w szerokim zakresie zainteresowań społeczności, czyniąc to rozprasza odpowiedzialność pomiędzy tyle różnych grup, że przetrwanie CAGs staje się niemożliwe.

Nacisk powinien być kładziony na te aspekty problemów alkoholowych, które mają szanse włączenia w główny nurt działalności innych grup i to niezależnie od faktu, czy jest to problem, który w świetle dostępnych informacji stwarza najbardziej bezpośrednie „zagrożenie” dla danej społeczności (Kalumba i wsp. 1983, str. 18).

Wydaje się, że badanie problemów związanych z używaniem alkoholu staje się źródłem wiedzy służącej raczej ulepszeniu metod kontrolowania społeczności niż metod organizowania działań społeczności (Kalumba i wsp. 1983, str. 19).

- Raport z drugiej fazy programu w Zambii omawia również rozbieżności punktów widzenia pomiędzy różnymi zaangażowanymi w projekt aktorami. Interesy WHO,

krajowych władz oraz zewnętrznych propagatorów zmiany w społecznościach mogą nie być zgodne z interesami samej społeczności. „Sprawy, które ludziom z zewnątrz, usiłującym nieść pomoc, wydają się najistotniejsze, nie muszą być zbieżne z tymi, które społeczność postrzega jako ważne. W sytuacji, gdy zewnętrzni propagatorzy zmiany dysponują władzą, uprzejme ich traktowanie przez społeczność nie powinno być utożsamiane z akceptacją ich misji” (Kalumba i wsp. 1983, str. 33). „Kwestia tego jak pogodzić konieczność wypełnienia zadań finansowanych z zewnątrz z rzeczywistymi najistotniejszymi potrzebami społeczności musi być brana pod uwagę” (Kalumba et al. 1983, p.33)

Organizacje międzynarodowe bywają szczególnie trudnym forum dla prezentacji pełnych raportów z badań, które dostarczyły kontrowersyjnych wyników. Na przykład WHO składa się z przedstawicielstw ministerstw zdrowia krajów członkowskich, zrozumiałe więc, że starannie unika jakiegokolwiek krytycznej oceny wewnętrznej polityki określonego państwa. Ujmując rzecz szerzej, wszelkie międzykulturowe porównania dokonywane na forum organizacji międzynarodowych są potencjalnymi źródłami konfliktu.

Projekt Kalifornijski

Inicjacja projektu, który później przybrał nazwę Kalifornijskiego Demonstratywnego Programu Prewencji miała miejsce w listopadzie 1974 roku, w kilka miesięcy po wyborze Jerry Browna na stanowisko gubernatora Kalifornii. Stanowe władze ustawodawcze przegłosowały wtedy ustawę, nakładającą niewielki dodatkowy podatek od sprzedawanego alkoholu, z przeznaczeniem na publiczne agencje zajmujące się leczeniem alkoholizmu. Brown zdecydował zawetować tę ustawę i aby nie być poświadczonym o finansowe powiązania z producentami alkoholu, w tym samym czasie wystąpił z inicjatywą podjęcia działań ograniczających rozpowszechnienie problemów związanych z alkoholem.

Na zaproszenie Stanowego Biura do spraw Alkoholizmu (State Office of Alcoholism), Don Cahalan i ja przygotowaliśmy, dla trzech społeczności lokalnych, projekt demonstratywnego programu prewencji alkoholowej, uwzględniający ocenę efektywności. Plan ten był z grubsza wzorowany na stanfordzkim programie „zdrowie – choroba”. W jednej ze społeczności planowano zarówno organizowanie akcji wewnątrz społeczności, jak i oddziaływanie przez media, w drugiej zaś ograniczyć się miało wyłącznie do oddziaływania przez media. Trzecia społeczność pełniła rolę grupy kontrolnej. Podobnie jak w programie stanfordzkim, projekt miał być nadzorowany przez pracowników uniwersytetu. Dowiedzieliśmy się drogą pośrednią, że gubernator odrzucił nasz plan jako zbyt akademicki, proponując w zamian wielką kampanię w mediach na obszarze największego kalifornijskiego rynku napojów alkoholowych – w Los Angeles.

W końcu biuro stanowe przyjęło kompromisową wersję, uwzględniającą instalację programu w trzech społecznościach. Każde z zadań: kampanie w mediach, organizowanie akcji w społecznościach lokalnych i ocena programu miały być oddzielnie finansowane. Koordynacja miała odbywać się poprzez okazjonalne spotkania z urzęd-

nikiem biura stanowego. Biurom do spraw edukacji w hrabstwach, które podpisały kontrakt powierzono zadanie organizowania lokalnych akcji.

Larry Wallack objął funkcję dyrektora do spraw oceny skuteczności programu i wywiązał się z niej znakomicie, mimo napotykanym ograniczeń. Projekt obejmował wstępnie cały wachlarz metod oceny, łącznie z badaniami etnograficznymi i identyfikowaniem wskaźników społecznych, lecz cięcia budżetowe ograniczyły badania do porównania wzorów picia na podstawie ankietowych badań populacyjnych: Pierwszego, poprzedzającego interwencję; drugiego, po pierwszej fazie działań i trzeciego, wykonanego po zakończeniu ostatniej fazy. Efekty działań okazały się skromne. W objętych programem społecznościach osoby ankietowane potrafiły zazwyczaj rozpoznać hasła kampanijne i większość interpretowała je we właściwy sposób. Ankietowani wykazywali pewne oznaki większej świadomości i znajomości problemów alkoholowych. Nie stwierdzono jednak żadnych dowodów na dokonanie się zmiany postaw lub zachowań wobec alkoholu (Wallack i Barrows 1982-83; patrz także Caetano 1982; Cahalan 1977; Wallack 1978a, 1978b; Wallack 1979; Wallack i Barrows 1981).

Trochę refleksji na temat strategii ewaluacji.

Moje refleksje prezentują punkt widzenia obserwatora, a nie realizatora programu, który był realizowany przez Larry'ego i koncentrują się na wpływie polityki na sposób oceny efektów. Program narodził się w wyniku decyzji politycznej i był kontynuowany tak długo, jak długo był politycznie widoczny.

- Pierwsza seria telewizyjnych reklamówek prewencyjnych została zdjęta z anteny przez gubernatora Browna po tym, jak stanowy przemysł winiarski złożył zażalenie. Twierdzono, że kampania na rzecz ograniczenia picia jest niemoralna i nie fair, bowiem wykorzystuje sugestie seksualne i hazardowe. Wpływowy członek stanowej legislatury zgłosił rezolucję potępiającą reklamówki jako „seksistowskie, rasistowskie, moralizatorskie i prohibicjonistyczne”. Gubernator wyjaśnił autorom, że „należy brać pod uwagę wrażliwość ludzi, którzy potępiają hazard z pobudek moralnych i którzy uważają, że epatujące seksem reklamy nie przystoją agencji stanowej, nawet jeżeli ich ostateczny wydzźwięk jest słuszny” (cytowane w Wallack 1978b, str. 16). Uwagi te wywołały wielkie zamieszanie, co znalazło oddźwięk w programach informacyjnych, dzięki czemu reklamówki uzyskały stosunkowo dużą oglądalność. Jednakże, w przerobionych reklamówkach prewencyjnych przekaz był zawężony, a ich potencjalna oglądalność mniejsza z powodu utraty korzystnych warunków nadawania wynegocjowanych z mediami pierwotnie. Tematem wiodącym krótkich filmów było pokazywanie korzyści odnoszonych przez ludzi, którzy piją mniej. Przekaz został zawężony do reklamowania umiejętności sportowych, konkretnie faktu, że ten, kto pije mniej, lepiej wypada w siłowaniu się „na rękę” i w rzucaniu lotkami. W wyniku interwencji gubernatora, wobec prowadzonych w programie działań zastosowano nowe kryterium poprawności, odzwierciedlające „świadomość realiów politycznych – oznaczające, że władze stanowe nie chcą urazić żadnego ze swoich obywateli” (Wallack i Barrows 1981, str. 176).

- Przyjęte podejście opierało się na propagowaniu zalet umiarkowanego picia. Gubernator uważał, że „niestosowne jest sugerowanie przez władze stanowe, ile dokładnie ktoś ma pić” (Wallack i Barrows 1981, str. 20-21). Dlatego materiały kampanijne nie mogły zawierać informacji, ile konkretnie drinków wyznacza limit „jeszcze nie za dużo”. I tak na przykład w pierwotnym „dialogu przy barze”, zmieniono kwestię wypowiedzaną przez klienta do barmana z „dziękuję, wypilem już jednego” na „dziękuję, wypilem już dosyć” (Wallack 1978b, str. 19). Widzowie telewizyjni często mylili emitowane w ramach kampanii reklamówki, szczególnie te pomyślane jako parodia reklam alkoholu, z reklamówkami producentów piwa.

Pierwotny slogan kampanii „Wygrywa ten, kto umie przestać kiedy jest do przodu”, przez wielu nie był rozpoznawany jako slogan skierowany przeciw nadmiernemu picciu. W późniejszej fazie kampanii dopisano doń drobnym drukiem „pić”, tak że slogan brzmiał „Wygrywa ten, kto umie przestać pić kiedy jest do przodu”. Slogan o wygrywających wybrany został przez zakontraktowaną firmę reklamową bardziej z uwagi na chwytliwość niż na treść przekazu, następnie argumentowano, że należy go zatrzymać ze względu na znaczny wysiłek i koszty związane z jego rozpropagowaniem.

Przez pierwszy rok kampanii wykorzystywana była forma informacji ostrzegawczej głosząca: „Uwaga: Nadmierne picie może być niebezpieczne dla twego zdrowia i szczęścia”, w drugim roku jej rozmiar okrojono, a w trzecim zaprzestano całkowicie rozpowszechniania ostrzeżenia. (Wallack i Barrows 1981, str. 17). Pod koniec lat siedemdziesiątych przemysł alkoholowy aktywnie zwalczał na poziomie ogólnokrajowym projekt ustawy Kongresu USA, która miała wymusić umieszczanie ostrzegawczych nalepek na opakowaniach napojów alkoholowych. Nawet imitacja takiego ostrzeżenia, przypominająca nalepki na opakowaniach papierosów, uznana została za niemożliwą do przełknięcia.

- Z perspektywy osoby oceniającej skuteczność programu, nieostrość przekazów odzwierciedlała pewien brak jasności co do celów samego programu. Stanowe zamówienie (State’s Request for Proposals) wyszczególniało trzy kategorie celów. Cele krótkoterminowe – zmiana poziomu świadomości, wiedzy i postaw wobec wzorów picia i problemów z tym związanych; cele średnioterminowe – zmiana zachowań związanych z piciem i ograniczenie przypadającej na jednego mieszkańca ilości wypijanego alkoholu; oraz cele długoterminowe – obniżenia wskaźników problemów alkoholowych. Zamówienie stanowe (RFPs) sugerowało także... zaszczepienie poglądu, że abstynencja może być atrakcyjnym zachowaniem normatywnym. Osoby uczestniczące w realizacji programu wyrażały zróżnicowane poglądy co do jego celów, co sugeruje, że nie było konsensusu odnośnie zadań i celów demonstratywnego programu zapobiegania problemom alkoholowym. Urzędnik Biura ds. Alkoholizmu oświadczył, że celem programu prewencji jest podniesienie politycznej zauważalności działań przeciwalkoholowych. Kilka osób twierdziło, że jest nim obniżenie ogólnego spożycia napojów alkoholowych; inni za cel uważali redukcję nasilenia problemów alkoholowych (Wallack i Barrows 1981, str. 12).

- W realizacji programu priorytet dawano działaniom szerokim, zakładano, że w ten sposób będzie on najbardziej nośny politycznie. Wydaje się, że największą szan-

sę przyniesienia zauważalnych skutków program zyskałby oddziaływać, w sposób ciągły na węższy krąg odbiorców. Takie było pierwotne założenie, które realizowano tylko w pierwszym roku programu. Działania kierowano przede wszystkim do mężczyzn w wieku od 18 do 34 lat, a więc do grupy, gdzie zjawisko intensywne picia alkoholu w społeczeństwie amerykańskim jest najczęstsze. W drugim roku Biuro Stanowe zdecydowało się poszerzyć krąg adresatów o czynne zawodowo kobiety, w trzecim o nastoletnią młodzież.

- Wkład lokalny do projektu polegał głównie na organizowaniu dwugodzinnych sesji dydaktycznych, prowadzonych przez płatny personel, rekrutowany z działających na terenie społeczności agend. Audytoria tych sesji były kompletowane przez organizacje użyteczności publicznej, głównie kościoły, którym płacono od liczby obecnych słuchaczy. W trzecim roku programu główny nacisk kładziono na „strategie masowych kontaktów z ludźmi, służących zapoznaniu ich z kampanią i jej hasłami” (Wallack i Barrows 1981). Z braku jasno zdefiniowanego modelu działania w społeczności lokalnej, wykonawca tej części kampanii zastosował jednostronne działania oświatowe, co nie groziło wprawdzie specjalnymi kłopotami, ale też nie wróżyło sukcesu we wprowadzaniu zmian.

- Pierwotnym celem demonstratywnego programu prewencji było „stworzenie modelu do ewentualnego wdrożenia na skalę ogólnostanową”, lecz w okresie kończenia programu władze stanowe raczej straciły zainteresowanie dalszym rozwijaniem tego typu działań. W okresie realizacji programu, w Stanowym Biurze ds. Alkoholizmu, zmienił się dyrektor i część personelu. „Słusznie czy niesłusznie, po interwencji gubernatora, jaka miała miejsce w pierwszym roku, wiele związanych z programem osób odnosiło wrażenie, że program nie cieszy się już poparciem władz” (Wallack i Barrows 1981, str. 175). W zasadzie negatywne wyniki ewaluacji przyjęto bez specjalnych narzekania. Poza wąskimi środowiskami akademickimi ocena ta nie wzbudziła większego zainteresowania.

- Mimo, iż realizacja programu była zdecentralizowana, sam fakt wprowadzenia oceny miał wpływ na sposób działania. Dyskusje nad wynikami pierwszych badań ankietowych umożliwiały skupienie realizatorów na konkretnych celach. W trzecim roku kampanii faktycznym celem stało się nasilenie zauważalności programu po to, aby w badaniach ewaluacyjnych wykazać zwiększony procent osób, które słyszały o programie.

- Najbardziej związanym z polityką aspektem ewaluacji programu był problem, w jaki sposób fakt upolitycznienia całej kampanii można przedstawić w raporcie. Między zespołem dokonującym oceny a pracownikami agencji stanowej toczyły się długie negocjacje na przykład na temat, czy i jak w raporcie opisać fakt interwencji gubernatora, mimo że sprawa była szeroko nagłośniona w mediach.

Demonstratywne lokalne programy prewencyjne a granty federalne

Zaangażowanie się NIAAA w starannie ewaluowane demonstratywne programy prewencyjne na poziomie społeczności lokalnych było częściowo skutkiem poprzednich błędów, a częściowo naturalnego procesu rozwojowego. Mówiąc o błędach mamy na myśli pierwsze granty NIAAA przyznawane na działania prewencyjne. W latach

1974 – 1975 nagle odmrożone fundusze wykorzystane zostały do finansowania programów przeciwalkoholowych podejmowanych przez takie ogólnokrajowe organizacje, jak „Porozumienie burmistrzów miast” czy „Klub Chłopców”. Na życzenie komisji Kongresu, która uznała, że jest to wykorzystywanie grantów do finansowania i poszerzenia bazy członkowskiej różnych organizacji, pod koniec 1976 roku NIAAA przeprowadził wewnętrzne postępowanie kontrolne. Podjęto również zobowiązanie stosowania w procedurze przyznawania grantów „formalnego procesu oceny dokonywanej przez fachowców” (Lewis 1982). Kiedy pod koniec 1977 roku, po dwuletniej przerwie, NIAAA przyznał nowe fundusze na działania prewencyjne, miały one formę programów demonstratywnych. Fundusze przyznawano przede wszystkim agencjom działającym na poziomie społeczności lokalnych, a uzasadnieniem finansowania z funduszy federalnych było deklarowanie celu wypracowania i zdemonstrowania nowych podejść i technik, co oznaczało wymóg przeprowadzenia formalnej oceny (Wittman 1982).

Historia rozwoju tej strategii ma związek z niezwyklejmi interakcjami, między Wydziałem Prewencji NIAAA a jego konsultantami, którzy przez kilka lat funkcjonowali również w ad hoc powoływanych zespołach rozpatrujących składane wnioski. Przełomowe znaczenie miała zorganizowana w 1996 roku konferencja pracowników agencji i jej konsultantów. Konsultanci przedstawili NIAAA propozycję rozszerzonego modelu działań zapobiegawczych. Poszerzenie modelu było rezultatem przesunięcia nacisku, kładzionego dotychczas wyłącznie na alkoholizm, ku całej gamie problemów związanych z używaniem alkoholu w ogóle (Room i Sheffield 1976). Zaczęto promować programy wykraczające poza tradycyjne ramy działań edukacyjnych lub organizacji opieki nad młodzieżą. Pod koniec roku 1979, w informacji na temat priorytetów, nacisk na rozwój wiedzy ogólnej wyraźnie dominował nad organizacją opieki:

„Głównym celem systemu grantów dla Demonstratywnych Programów Prewencji Nadużywania Alkoholu jest wspieranie projektów sprawdzających konkretne hipotezy odnośnie już stosowanych i nowo powstających działań zmierzających do minimalizowania rozpowszechnienia problemów alkoholowych innymi sposobami niż leczenie i rehabilitacja. Ponieważ głównym celem jest sprawdzanie skuteczności metod, strategii i podejść, a nie zapewnianie konkretnych usług prewencyjnych, finansowanie agencji pomagających będzie możliwe wtedy, gdy ich działania są elementem demonstratywnego programu. Wszystkie wnioski badawcze muszą zawierać jasno postawioną hipotezę, dobrze przygotowaną metodologię i plan efektywnej ewaluacji końcowej” (cytowane w Wittman 1982).

W roku 1979, opracowano również projekt mający na celu sprawdzenie, czy istnieje możliwość realizacji w innych warunkach lokalnych trzech realizowanych wcześniej i zakończonych powodzeniem demonstratywnych programów lokalnych (tylko jeden z nich – program w miasteczku uniwersyteckim University of Massachusetts – można uważać za lokalny program prewencyjny). Zadanie całościowej oceny realizowanych z funduszy NIAAA projektów powierzono zakontraktowanemu wykonawcy.

Dorobek Wydziału Prewencji NIAAA, wraz z jego kluczowym personelem został niemalże „zmięciony” w ramach ograniczenia funduszy na granty przez administra-

cję Reagana na samym początku jej działalności. Od 1987 roku NIAAA ponownie powołał Pion Prewencji, zajmujący się badaniami nad prewencją, ale jak do tej pory z powodu braku środków na finansowanie programów demonstratywnych, zainteresowanie projektami działań na poziomie lokalnym jest niewielkie. W międzyczasie, na mocy ustawy o narkotykach z 1986 roku, nowo powstałe Office of Substance Abuse Prevention (OSAP) (Biuro ds. Zapobiegania Nadużywaniu Substancji Psychoaktywnych) uruchomiło system grantów dla finansowania demonstratywnych programów zapobiegania narkomanii. Programy demonstratywne stały się dość powszechne w amerykańskiej polityce zdrowotnej. Niedawno opublikowany artykuł komentuje: „lata osiemdziesiąte wydają się być «dekadą demonstracji» w federalnej polityce zdrowotnej” (Scheslinger 1988).

Refleksje na temat finansowania przez NIAAA demonstratywnych programów prewencyjnych

Mój związek z Wydziałem Prewencji NIAAA zaczął się od publikacji „Minimalizacja problemów związanych z alkoholem”, przygotowanej na konferencję w 1974 roku (Room 1974). W 1976 zostałem włączony do powoływanej ad hoc komisji rozpatrującej wnioski o granty i przez kilka następnych lat działałem zarówno jako członek komisji, jak i konsultant Wydziału. Moje komentarze związane są głównie z doświadczeniami członka komisji.

- Program demonstratywny wymaga zarówno solidnego programu działania, jak i kompetentnego sposobu oceny. Połączenie tych dwóch składników w jednym projekcie okazało się niełatwe. W późnych latach siedemdziesiątych zatwierdzonych zostało zaledwie 10 do 20 procent wniosków o przyznanie grantu na program demonstratywny, znacznie mniej niż w przypadku zwykłych grantów badawczych.

- W projektach często kładziono szczególny nacisk na innowacyjność poddawanych ocenie programów. Trend ten częściowo odzwierciedla przekonanie, że jeżeli coś nie jest innowacyjne, to nie jest naprawdę naukowe. Brał się on jednak również z bardziej ogólnego, uwarunkowanego kulturowo przekonania, że wprowadzanie zmian społecznych wymaga całkiem nowych idei. Perswadowanie, że rzetelna ocena typowego, odzwierciedlającego codzienną praktykę, programu oddziaływań na społeczność, może w sposób istotny poszerzyć naszą wiedzę, okazywało się bardzo trudne. Wciąż powtarzam, że często uczymy się więcej z oceny programu, który nie odniósł sukcesu, niż z oceny takiego, który okazał się udany i, że ewaluacja bardzo specyficznego, intensywnego programu w bardzo akademickim środowisku, nie dostarczy wielu informacji użytecznych w praktyce.

- Po kilkuletnich doświadczeniach pracownicy Wydziału Prewencji i konsultanci podjęli trud ich udokumentowania, lecz wiedza ta pozostała nadal nieco mglista. Stwierdzono na przykład, że „programy alternatywne” były bardzo popularne w społecznościach, do których je adresowano, ale miały małe szanse wywarcia jakiegokolwiek wpływu na picie alkoholu lub związane z tym problemy. Podsumowaliśmy to cytatem Klausa Makeli, „problem z alternatywami dla picia jest taki, że zbyt wiele z nich daje się znakomicie połączyć z piciem”.

- W miarę jak wzrastał nacisk, kładziony przez NIAAA na staranną ocenę skuteczności programów, słabł nacisk na samą interwencję prewencyjną. Projekty coraz częściej związane były z jednostkami akademickimi a nie agencjami działającymi w społecznościach, a interwencja prewencyjna coraz bardziej ograniczała się do profesjonalnego zapewniania usług oświatowych lub innych, czasami na zasadzie pomocy indywidualnej. Pewne kontrowersje budził fakt, że niektórzy członkowie komisji oceny wniosków zaczęli stosować kryterium kosztów na głowę jednej osoby objętej działaniem projektu, obniżając priorytet programów, w których te koszty były wysokie, ponieważ ich zdaniem takie programy, nawet w przypadku sukcesu, raczej nie rokowały możliwości rozpowszechnienia. Niektórzy spekulowali wręcz, że tańsze, i może nawet skuteczniejsze od programów prewencyjnych, byłoby płacenie nastolatkom za to że nie piją.

- Tylko nieliczne projekty proponowały działania na rzeczywiście lokalnym poziomie. Prawie we wszystkich tak zwany aktywny czynnik zmiany pochodził spoza społeczności lub związany był z istniejącym na jej terenie systemem służb profesjonalnych. Warto jednak zdawać sobie sprawę, że projekty działań zmierzających do osiągnięcia zmian „od wewnątrz” społeczności najprawdopodobniej byłyby uwikłane w politykę lokalną, co zmniejszałoby możliwość ich finansowania przez rząd federalny. Trudno byłoby również zapewnić bezstronne podejście niezbędne przy rzetelnej ocenie skuteczności.

- Wzrost nacisku na staranną ocenę przy przyznawaniu grantów na programy demonstratywne odzwierciedlał częściowo priorytet NIAAA dla działań sensu stricto badawczych. Był także instrumentem pomocnym przy podejmowaniu trudnych decyzji, którym z licznych społeczności starających się o fundusze rządowe należy je przyznać. Podejście to pozwalało na koncentrację środków publicznych w kilku wybranych społecznościach, a nie rozpraszanie ich po całym kraju.

Niestabilna mieszanka: Jak do tego dochodzi?

Ewaluowane programy działań na poziomie społeczności lokalnych są z natury niestabilną mieszanką wpływów dwóch, a często trzech reprezentujących odmienne interesy „aktorów”. Są nimi: członkowie społeczności lokalnej, tak zwani agenci zmiany i wreszcie badacze oceniający zmiany. Agenci zmiany postępują zgodnie z profesjonalną oceną sytuacji, często funkcjonują w systemie instytucjonalnych ograniczeń, określających jakiego rodzaju działania są stosowne lub pożądane. Ich pole widzenia wykracza zazwyczaj poza parafialne troski członków społeczności lokalnej.

Z drugiej strony, osoby te działają często w ramach wąskiej, wycinkowej listy priorytetów. Zazwyczaj oczekuje się od nich głównie stymulowania lub popierania takich działań, które bezpośrednio redukują problemy związane z alkoholem. Priorytety członków społeczności mogą być całkiem inne. Jednak w programach prewencyjnych organizatorzy aktywności społecznej nie mogą zazwyczaj zastosować się do rady, której udzielił Saul Alinsky: „Zaczynaj zawsze od problemów, które najbardziej obchodzą członków lokalnej społeczności, niezależnie od tego jakiegokolwiek by one były”.

By dobrze wywiązywać się ze swoich zadań, osoby spełniające rolę czynnika inicjującego zmiany muszą być z pasją zaangażowane w to co robią. Z drugiej strony, dla przeprowadzenia oceny konieczny jest sceptycyzm. Wymogiem minimalnym jest, by oceniający, nawet jeżeli wierzy, że program się powiedzie, nie pozwolił sobie na uleganie myśleniu życzeniowemu, lecz gorliwie zbierał, mierzył i opisywał wyniki negatywne. Często osoba oceniająca, domagając się od początku informacji na temat tego, co będzie miarą sukcesu lub porażki, uznana zostaje za dokuczliwą i trudną do zniesienia już we wczesnym stadium programu.

Punkt widzenia osoby oceniającej często koliduje z punktem widzenia członka społeczności. W piśmiennictwie fachowym odnaleźć można klasyczny już wnikliwy opis ponurej historii wygnania zespołu oceniającego program prewencyjny z małego miasteczka na kanadyjskiej prerii (Cumming i Cumming 1957). Zadaniem osoby oceniającej jest udokumentowanie dla świata zewnętrznego i dla potomności tego, co wydarzyło się w programie. Jej pracodawcą jest zazwyczaj instytucja z spoza społeczności. Członek społeczności może nie zgadzać się z opisem oceniającego, może uznać obraz społeczności za wypaczony, a jego opublikowanie za szkodliwe z punktu widzenia interesów społeczności.

Co utrzymuje w całości tę niestabilną mieszaninę? Czasami społeczności stwierdzają, że zostały wciągnięte w realizację programu bez wcześniejszego uprzedzenia i bez większej motywacji z ich strony. Jednak niektórzy członkowie społeczności mogą być zainteresowani profesjonalnymi usługami, szkoleniami czy zwiększonym zainteresowaniem wokół społeczności. Wszystko to program może ze sobą przynieść. Często interesem społeczności jest możliwość uzyskania zewnętrznych funduszy, które zwykle przyznawane są na programy demonstratywne. Rzadko kiedy lokalna społeczność jest na tyle zainteresowana przeprowadzeniem oceny, by za nią zapłacić. Oceny dokonuje się zazwyczaj dla świata zewnętrznego i za jego pieniądze.

Z punktu widzenia agenta zmiany, ocena programu może być dokuczliwą koniecznością. Program demonstratywny nie może, jednak być finansowany, jeżeli nie obejmuje takiej oceny. Bywa i tak, że agent zmiany pracujący wewnątrz społeczności i odpowiedzialny za efekty zyskuje wyższy status z powodu współpracy ze środowiskiem akademickim. W takich przypadkach agenci zmiany mogą być zainteresowani ewaluacją.

Nacisk na formalną ocenę programów lokalnych jest innowacją stosunkowo świeżej daty, mającą swój początek w Stanach Zjednoczonych nie wcześniej niż w połowie lat sześćdziesiątych. Idea ta pochodzi z dwóch głównych źródeł. Jednym z nich są wyższe szczeble władzy – federalnej, stanowej, okręgowej, które finansują programy. Dla agencji finansującej ocena skuteczności jest narzędziem monitorowania celowości wydawanych pieniędzy publicznych. Stosowanie ewaluacji jest też często symbolem otwartości i nowoczesności myślenia: Prawdziwie nowoczesna agencja rządowa nie może obejść się bez oceniania skuteczności programów. I wreszcie dla agencji unikającej zajęcia się trudnym problemem politycznym lub społecznym, podjęcie programu demonstratywnego może oznaczać nawet 5 lat oddechu.

Inne źródło nacisku znaleźć można w akademickich aspiracjach niektórych środowisk zawodowych. Program, w którym rolę czynnika inicjującego zmiany powierzono psychologowi behawioralnemu lub specjalście od oświaty zdrowotnej, z większym prawdopodobieństwem będzie zawierał elementy oceny niż program, w którym rolę tę powierzono pielęgniarce lub prawnikowi. Ewaluacja stała się częścią warsztatu profesjonalistów silnie osadzonych w środowisku akademickim. To jest zapewne główną przyczyną, dla której najlepiej i najstarannie ocenione strategie działań w społeczności nie są tożsame z tymi, które najczęściej stosowane są w codziennej praktyce (jak stwierdzono np. w odniesieniu do modeli leczenia alkoholizmu). Kontrola decyzji wdrażanych w codziennej praktyce nie należy raczej do nauki. Problem w tym, że akademickie aspiracje zajmowania się tym co nowe i nowoczesne nie sprzyjają poddawaniu ocenom działań i procesów zachodzących powszechnie, choć właśnie takie oceny mogłyby mieć większe znaczenie w kształtowaniu polityki wobec badanych zjawisk.

W wielu programach ta sama osoba występuje w dwóch lub więcej rolach, które omawialiśmy – jako członek społeczności i osoba inicjująca proces zmian, lub jako osoba inicjująca zmiany i osoba oceniająca skuteczność działań. Zważywszy odmienne założenia tych ról występuje między nimi wewnętrzna sprzeczność. W sytuacjach konfliktowych jedna z tych ról bierze górę. Oczywiście zdarzają się godne uznania wyjątki, kiedy to osoby inicjujące zmiany gorąco wierzą w pozytywne efekty swoich działań, lecz na bazie ewaluacji potrafią przyznać, że działanie okazało się nieskuteczne lub źle zaplanowane. Są także sytuacje, kiedy występujący w podwójnej roli badacz umieszcza w raporcie tylko te dane, które prezentują efekty działań w jak najlepszym świetle. Wyniki negatywne są prawdopodobnie częściej publikowane przez tych inicjatorów zmian, którzy od początku podchodzili do programu z pewnym dystansem. Taka postawa mogła jednak oczywiście ograniczać ich skuteczność w inicjowaniu zmian. Zważywszy to wszystko, stwierdzić należy, że łączenie roli inicjatora zmian z rolą oceniającego nie jest najlepszą praktyką.

Z drugiej strony, nadmierny dystans organizacyjny między osobami inicjującymi zmiany i oceniającymi również może być niekorzystny. Jednym z problemów Kalifornijskiego Programu była decyzja władz stanowych o zakontraktowaniu oddzielnych zespołów; ds. mediów, ds. działań na poziomie społeczności lokalnej i ds. oceny skuteczności. Jedynym kanałem łączności między tymi zespołami były doraźnie organizowane spotkania koordynacyjne.

Zadanie stworzenia z demonstratywnych programów prewencyjnych narzędzia skutecznego i owocnego dla społeczności lokalnej wydaje się niezwykle trudne i czasochłonne. Szczególnie gdy program dotyczy ograniczania problemów związanych z alkoholem. W tego typu programach mamy zazwyczaj do czynienia z wyraźnie określonymi wzorami zachowania, dylematami moralnymi i konfliktem interesów ekonomicznych. Potrzebne są zmiany w podejściu naukowców publikujących prace z dziedziny prewencji. Byłoby pożyteczne, aby wyniki negatywne traktowano jako równie ważne i interesujące jak te pozytywne. Bardzo pilna jest potrzeba wypraco-

wania metod szerokiego i szybkiego upowszechniania informacji na temat doświadczeń jakie niosą poszczególne programy. Mamy nadzieję, że prezentowana tu monografia jest krokiem w tym kierunku.

Podziękowanie

Przygotowanie tego artykułu wspierane było grantem National Alcohol Research Center (AA 05595) przy National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism dla Alcohol Research Group, Medical Research Institute of San Francisco, 1816 Scenic Avenue, Berkeley, California 94709.

Tłumaczenie: Andrzej Bidziński

PIŚMIENNICTWO

1. Gusfield, J.R. (1975): *Community: A Critical Response*. New York: Harper.
2. Kalumba, K; Freund, P.J.; and Serpell, R. (1983): *Monitoring Changes in Community Response to Alcohol-Related Problems: A Critical Review of a WHO-Sponsored Community Action Research Project*. Lusaka: Institute for African Studies, University of Zambia, Community Health Research Reports No. 8. Reprinted as Appendix II, Annex 4.1. In: Rootman, I. Community Response to Alcohol-Related Problems. Report on Phase II of a World Health Organization Project. MNH/83.18. Geneva: WHO. (Available from National Technical Information Service, Springfield, Virginia 22161.)
3. Kuusi, P. (1957): *Alcohol Sales Experiment in Rural Finland*. Publication No. 3. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
4. Levine, H.G. (1983): *The committee of fifty and the origins of alcohol control*. Journal of Drug Issues 13: 95-116.
5. Lewis, J. (1982): *The federal role in alcoholism research, treatment and prevention*. In: Gombert, E.L.; White, H.R.; and Carpenter, J.A., eds. Alcohol, Science and Society Revisited. Ann Arbor: University of Michigan Press, pp. 385-401.
6. *Office of Substance Abuse Prevention*. (1989): Evaluation of the OSAP Demonstration
7. *Grant Program: Current Status and Planned Activities*. Rockville, Md.: OSAP, typescript.
8. Ritson, E.B. (1985): *Community Response to Alcohol-Related Problems: Review of an International Study*. Public Health Papers No. 81. Geneva: WHO.
9. Room, R. (1974): *Minimizing alcohol problems*. Alcohol Health and Research World fall: 12-19.
10. Room, R. (1978): „*Social Science Research and Alcohol Policy Making*.” Paper presented at a conference on the Utilization of Social Research in Drug Policy Making, Center for Socio-Cultural Research on Drug Use, Columbia University, Washington, D.C., May.
11. Room, R. (1987): *Alcohol monopolies in the U.S.: Challenges and opportunities*. Journal of Public Health Policy 8: 509-530.
12. Room, R., and Sheffield, S., (eds.) (1976): *The Prevention of Alcohol Problems: Report of a Conference*. Sacramento: California Office of Alcoholism.
13. Rootman, I., and Moser, J. (1984): *Guidelines for Investigating Alcohol Problems and Developing Appropriate Measures*. Offset Publication 81. Geneva: WHO.
14. Rootman, I., and Moser, J. (1985): *Community Response to Alcohol-Related Problems*.

15. *A World Health Organization Monograph*. DHHS Publication No. (ADM) 85-1371. Washington, D.C.: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off.
16. Rosenqvist, P., and Takala, J.-P. (1987): *Two experiences with lay boards: The emergence of compulsory treatment of alcoholics in Sweden and Finland*. *Contemporary Drug Problems* 14: 15--38, 1987.
17. Rothman, J., and Tropman, J.E. (1987): *Models of community organization and macro practice perspectives: Their mixing and phasing*. In: Cox, F.M.; Erhlich, J.L.; Rothman, J.; and Tropman, J.E., eds. *Strategies of Community Organization: Macro Practice*. 4th edition. Itasca, Ill.: F.E. Peacock, pp. 3-26.
18. Schlesinger, M. (1988): *The perfectibility of public programs: Real lessons from large-scale demonstration projects*. *American Journal of Public Health* 78: 899-902,
19. Smart, R.G. (1974): *The effect of licensing restrictions during 1914-1918 on drunkenness and liver cirrhosis deaths in Britain*. *British Journal of Addiction* 69: 109 -121.
20. Stewart, L., and Casswell, S. (1987): *Public control of alcohol: Licensing trusts in New Zealand*. *British Journal of Addiction* 82: 643-647.
21. U.S. General Accounting Office. (1897): *Drug Abuse Prevention: Further Efforts Needed To Identify Programs That Work*. GAO/HRD-88-26. Washington, D.C.: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off.
24. Wallack, L.M. (1978a): *Evaluating a Large-Scale Prevention Demonstration Program: Procedures, Problems, New Directions*. Paper prepared for the Minnesota Prevention Evaluation Conference, Breezy Point, Minn., October 22-25.
25. Wallack, L.M. (1978b): *An Assessment of Drinking Patterns, Problems, Knowledge and Attitudes in Three Northern California Communities*. Report C21. Berkeley, Calif.: Social Research Group.
26. Wallack, L.M. (1979): *The California Prevention Demonstration Program Evaluation: Description, Methods, and Findings*. Report C23. Berkeley, Calif.: Social Research Group.
27. Wallack, L.M., and Barrows, D. (1981): *Preventing Alcohol Problems in California: Evaluation of the Three Year „Winners” Program*. Report C29. Berkeley, Calif.: Social Research Group.
28. Wallack, L.M., and Barrows, D. (1982-83): *Evaluating primary prevention: The California „Winners' Alcohol Program.*” *International Quarterly of Community Health Education* 3: 307-336.
29. Wittman, F. (1982): *Current status of research demonstration programs in the primary prevention of alcohol problems*. In: *Prevention, Intervention and Treatment: Concerns and Models*. Alcohol and Health Monograph No. 3, DHHS Pub. No. (ADM) 82-1192. Washington, D.C.: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., pp. 3--57.