

**PROJEKT SYSTEMU REKOMENDACJI
PROGRAMÓW PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA
PSYCHICZNEGO**

Warszawa, grudzień 2008

Opracowanie:

Zespół roboczy w składzie:

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Anna Radomska

Katarzyna Pacewicz

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Centrum Metodyczne Pomocy

Psychologiczno-Pedagogicznej

Dorota Macander

Anna Borkowska

Państwowa Agencja Rozwiązywania

Problemów Alkoholowych

Robert Frączek

Spis treści

I.	Założenia	3
II.	Podstawy prawne	4
III.	Cele systemu rekomendacji	4
IV.	Przedmiot rekomendacji	4
V.	Zasięg systemu	4
VI.	Metodologia opracowania systemu rekomendacji	5
VII.	Ocena jakości	5
-	„Standardy i kryteria oceny jakości programów promocji zdrowia i profilaktyki w ramach systemu rekomendacji”	6
-	Słownik terminów	13
VIII.	Poziomy rekomendacji	22
IX.	Zasady i procedury udzielania rekomendacji	23
X.	Wzory dokumentów	24
	A/ kwestionariusz aplikacyjny – wzór	25
	B/ arkusz oceny programu – wzór	35
XI.	Promocja systemu	39
XII.	Harmonogram wdrażania systemu z podziałem na zadania	40
XIII.	Instytucje zaangażowane	40

I. ZAŁOŻENIA

Podnoszenie jakości strategii i programów przeciwdziałania narkomanii jest jednym z priorytetów polityki narkotykowej Unii Europejskiej i znajduje odzwierciedlenie w zapisach Strategii Narkotykowej na lata 2005-2012 oraz Planu Działania w zakresie Narkotyków na lata 2005-2008. Potrzeba wiedzy na temat skutecznych działań oraz rekomendacji dotyczących rozwoju i upowszechniania skutecznych programów promocji zdrowia psychicznego zostały podkreślone w Zielonej Księdze Komisji Europejskiej z 2005 roku (*Poprawa zdrowia psychicznego ludności - Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*) ogłoszonej przez Komisję Europejską jako propozycja strategii ochrony zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej i realizacja zapisów Deklaracji Helsińskiej w krajach Unii Europejskiej

W tych kluczowych dla polityki narkotykowej, alkoholowej i zdrowotnej aktach podkreśla się konieczność rozwoju i szerszego rozpowszechnienia skutecznych, opartych na wiedzy, programów i praktyk przeciwdziałania narkomanii, problemom alkoholowym i promocji zdrowia psychicznego, a także zintensyfikowanie współpracy, w celu wymiany doświadczeń i transferu wiedzy pomiędzy krajami członkowskimi.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015, w celu 15, zostało sformułowane oczekiwanie, że do 2015 roku zostanie zwiększona skuteczność programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, Postulat ten jest również obecny w polskiej strategii antynarkotykowej oraz w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010. Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010 w kierunku II z obszaru Profilaktyka wyznacza działania służące podniesieniu jakości programów profilaktycznych oraz wojewódzkich, gminnych programów przeciwdziałania narkomanii stanowiących część wojewódzkich i gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych.

Działania te obejmują upowszechnienie standardów programów profilaktyki, wiedzy na temat ewaluacji, popularyzację programów spełniających kryteria dobrej jakości.

Kluczowym działaniem jest opracowanie i wdrożenie systemu rekomendacji programów profilaktycznych w oparciu o kryteria programu EDDRA.

Z kolei Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w głównych strategiach działania zakłada zwiększenie dostępności i poprawę jakości szkolnych i środowiskowych programów profilaktyki.

II. PODSTAWY PRAWNE

- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010, Profilaktyka kierunek 2, działanie 2.2.
- Strategia Antynarkotykowa UE (2005-2012)
- Plan działania UE w zakresie narkotyków (2005-2008), Ograniczanie popytu cel 7.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 przyjęty przez Radę Ministrów 15 maja 2007 roku
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010.

III. CELE SYSTEMU REKOMENDACJI

Podniesienie jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Szersze upowszechnienie sprawdzonych praktyk/programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Popularyzacja wiedzy na temat skutecznych strategii profilaktyki oraz metod konstruowania programów.

IV. PRZEDMIOT REKOMENDACJI

W ramach systemu rekomendacji planowane jest dokonywanie oceny programów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyka narkomanii, profilaktyka problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży.

V. ZASIĘG SYSTEMU

System posiadać będzie zasięg ogólnopolski. Jednocześnie możliwe jest wykorzystanie założeń systemu lub jego elementów na poziomie wojewódzkim czy lokalnym.

VI. METODOLOGIA OPRACOWANIA SYSTEMU REKOMENDACJI

Projekt systemu rekomendacji został opracowany przez zespół roboczy powołany zarządzeniem nr 2 /2007 Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. W skład zespołu weszli przedstawiciele instytucji wskazanych w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii jako odpowiedzialne za realizację działania związanego z systemem rekomendacji - Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Ze względu na zakres merytoryczny do zespołu włączył się przedstawiciel Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Podstawę do opracowania założeń systemu rekomendacji stanowił system oceny i ewidencjonowania programów profilaktycznych w ramach programu EDDRA (Exchange Drug Demand Reduction Action) prowadzonego przez EMCDDA.

Opracowane projekty dokumentów (m.in. standardy, kryteria oceny) były prezentowane oraz dyskutowane w środowisku ekspertów, praktyków oraz przedstawicieli samorządu na licznych konferencjach i seminariach, podczas m.in.: II Ogólnopolskiej Konferencji Promocji Zdrowia Psychicznego (Gierłoż 2007, organizator: Instytut Psychiatrii i Neurologii), seminarium „Ewaluacja i monitoring programów profilaktycznych. Zastosowanie programów komputerowych do zbierania danych na temat programów profilaktycznych” (Warszawa, 2008, organizator: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii), seminarium naukowego „VII Spotkania Profilaktyczne - aktualne wyzwania dla profilaktyki problemów dzieci i młodzieży” (Zamość 2008, organizator Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych).

VII. OCENA JAKOŚCI

Elementem systemu rekomendacji są „Standardy i kryteria jakości programów promocji zdrowia i profilaktyki”. Dokument ten formułuje zalecenia dotyczące opisu programu. Poszczególne kategorie dotyczą elementów i etapów realizacji programu (etap planowania i oceny potrzeb, cele i działania, ewaluacja). Dla każdej z kategorii sformułowano standard oraz kryteria oceny.

„Standardy...” wraz ze „Słownikiem terminów” pełnią funkcję edukacyjną, a także stanowią podstawę oceny programy ubiegającego się o rekomendację.

„STANDARDY I KRYTERIA OCENY JAKOŚCI PROGRAMÓW PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI W RAMACH SYSTEMU REKOMENDACJI”

1. Ogólne dane o programie

Nazwa własna

Autorzy programu

Organizacja/ instytucja odpowiedzialna za program

Organizacja / instytucja ubiegająca się o rekomendację programu

Organizacje/instytucje do tej pory realizujące program

Rodzaj programu

Profilaktyka uniwersalna/ promocja zdrowia

Profilaktyka selektywna

Profilaktyka wskazująca

Inne

2. Okres od wdrożenia programu

Standard

Program powinien przedstawiać doświadczenia związane z przynajmniej rocznym przebiegiem realizacji. Programy dopiero zaplanowane lub wdrożone w okresie krótszym niż jeden rok nie mogą ubiegać się o rekomendację

Kryteria oceny:

- Program realizowany dłużej niż rok

3. Opis problemu/ zjawiska

Standard

Przedstawiony opis definiuje naturę i rozmiar zjawiska, którego dotyczy program, identyfikuje grupę docelową programu, czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące. W przypadku programów o zasięgu lokalnym, odpowiadającym specyficznym potrzebom danej społeczności, niezbędne jest również przedstawienie diagnozy sytuacji lokalnej.

Diagnoza powinna przedstawiać dane umożliwiające sformułowanie problemu. Dane powinny być aktualne, tzn. obejmować możliwe najnowsze dostępne badania, adekwatne do zasięgu programu (np. dla programu lokalnego – dane z poziomu lokalnego, a nie

ogólnopolskiego) oraz dotyczyć populacji, do której jest skierowany program. Diagnoza powinna wskazywać źródła przytaczanych danych..

Na podstawie diagnozy powinien być sformułowany problem. Pomiędzy zidentyfikowanymi potrzebami a zdefiniowanym problemem powinien istnieć jasny związek.

Kryteria oceny:

- Właściwy dobór danych (adekwatny do zasięgu, aktualne, specyficzne dla populacji)
- Problem jasno sformułowany
- Problem wynika z przedstawionych danych
- Grupa docelowa określona
- Czynniki ryzyka / czynniki chroniące określone

4. Cele programu: ogólny / szczegółowe

Standard

Cel ogólny programu powinien być odpowiedni (adekwatny) do zidentyfikowanego problemu, tzn. dotyczyć modyfikacji lub zmiany sytuacji niepożądaną na pożądaną albo utrzymania, poprawy sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna.

Cel szczegółowy (cel pośredniczący) dotyczy modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemu lub zjawisk/stanów, co przyczynia się do osiągnięcia celu głównego.

Cele powinny:

- odnosić się do grupy docelowej programu (S- specific *eng.*)
- być sformułowane w formie mierzalnych rezultatów (M – measurable)
- być sformułowane w formie oczekiwanej zmiany (A – action - oriented)
- być realistyczne, możliwe do osiągnięcia (R – realistic)
- być określone w czasie (T - timed).

Kryteria oceny:

- Sformułowany cel ogólny
- Sformułowane cele szczegółowe
- Cele są specyficzne
- Cele są mierzalne
- Cele są adekwatne (znacząca zmiana)
- Cele są realistyczne
- Cele są terminowe (określone w czasie)

5. Założenia programu

Standard

Przedstawiono wyjaśnienie mechanizmu osiągnięcia celu programu, uzasadnienie wyboru konkretnego sposobu rozwiązania problemu. Program jest oparty na modelach teoretycznych / teoriach, których skuteczność w odniesieniu do rozwiązywania problemu została potwierdzona w literaturze naukowej lub sprawdzona w praktyce.

Kryteria oceny:

- Hipoteza oparta na wcześniejszych doświadczeniach autora
- Hipoteza potwierdzona wynikami ewaluacji innych, podobnych programów
- Hipoteza oparta o sprawdzony model (modele) teoretyczny.

6. Odbiorcy programu (grupa docelowa)

Standard

Grupa docelowa i bezpośredni odbiorcy programu zostali wybrani na podstawie dokonanej oceny sytuacji początkowej i prawidłowego sformułowania problemu.

Program określa kryteria kwalifikacyjne grupy docelowej/odbiorców programu, a także kryteria wykluczające udział w programie. W przypadku programów kierowanych do wybranych grup populacji ogólnej lub przeznaczonych do realizacji w określonym środowisku lokalnym (np. jedna gmina) opisana jest wielkość grupy docelowej.

Kryteria oceny:

- Grupa docelowa określona
- Określone kryteria kwalifikacji
- Określone kryteria wykluczenia
- Określona wielkość grupy docelowej.

7. Efekty

Standard

Efekty programu są opisane w kategoriach specyficznych zmian (wzrostu, spadku, modyfikacji, wprowadzenia nowych jakości). Efekty dotyczące celu głównego powinny dotyczyć zmian zachowania. Efekty odnoszące się do celów szczegółowych programu mogą dotyczyć również zmian postaw, wiedzy, umiejętności, statusu, sposobu funkcjonowania oczekiwanych w rezultacie przeprowadzenia działań projektu. Efekty są mierzalne, specyficzne, znaczące, realistyczne, określone w czasie.

Kryteria oceny:

- Efekty dotyczą zachowania
- Efekty dotyczą postaw, wiedzy, umiejętności, statusu, poziomu funkcjonowania
- Efekty sformułowane w kategoriach zmiany.

8. Wskaźniki**Standard**

Określony jest rodzaj danych mierzących sukces/ postęp w programie. Wskaźniki powinny odnosić się i być adekwatne do celów: głównego i szczegółowych oraz planowanych efektów programu. Mogą dotyczyć realizacji poszczególnych działań programu. Wskaźniki powinny być mierzalne przy użyciu metod i narzędzi ilościowych lub opisane jakościowo.

Kryteria oceny:

- Wskaźniki dotyczą celów
- Wskaźniki dotyczą działań
- Wskaźniki mierzalne
- Wskaźniki adekwatne do celu i planowanych efektów.

9. Aktywności / działania**Standard**

Zaplanowane w programie aktywności i działania są szczegółowo opisane; ich rodzaj, długość i intensywność są określone i uzasadnione specyfiką grupy docelowej oraz osiągnięciem celu głównego i celów szczegółowych.

Kryteria oceny:

- Działania są szczegółowo opisane w mierzalnych terminach (outputs)
- Rodzaj, intensywność, długość działań są odpowiednie do specyfiki grupy docelowej
- Rodzaj, intensywność, długość działań są odpowiednie do celu/efektu.

10. Nakłady**Standard**

W programie uwzględnione i opisane są nakłady odpowiednie (pod względem ilościowym i jakościowym) do rozmiaru i rodzaju zaplanowanych aktywności oraz specyfiki programu (grupy docelowej).

Nakłady obejmują kadre realizatorów, koordynatora, materiały pomocnicze dla uczestników, podręczniki dla realizatorów.

Kryteria oceny:

- Nakłady rzeczowe (materiały) są odpowiednie do rodzaju programu
- Nakłady osobowe (kadra) są odpowiednie do rodzaju programu.

11. Sposób implementacji

Standard

Rekomendowany sposób wdrożenia projektu powinien uwzględniać:

- zapewnienie nadzoru nad jakością poprzez np.: koordynację, cykliczne spotkania realizatorów, odpowiednie materiały,
- prowadzenie monitoringu,
- wprowadzanie zmian w programie w efekcie ewaluacji procesu,
- system szkolenia realizatorów,
- współpracę z lokalną społecznością i/lub organizacjami.

Kryteria oceny:

- Zapewniony nadzór nad jakością
- Wszystkie aspekty i aktywności programu mają zapewnione odpowiednie nakłady
- Prowadzony monitoring
- Uwzględnianie wyników ewaluacji procesu
- Zaplanowany system szkolenia
- Wdrożony system szkolenia.

12. Ewaluacja procesu

Standard

Ewaluacja procesu jest standardem minimalnym. Może dotyczyć:

- jakości implementacji
- satysfakcji uczestników.

Jest oparta na analizie wskaźników realizacji działań. Opisane są: harmonogram zbierania danych, osoby badane, metody, narzędzia i wyniki ewaluacji.

Kryteria oceny:

- Plan ewaluacji z opisem metodologii
- Ewaluacja przeprowadzona

- Wyniki ewaluacji procesu.

13. Ewaluacja wyniku

Standard

Poprawna metodologicznie ewaluacja wyników została przeprowadzona.

Mogła być również przeprowadzona ewaluacja wyników nie spełniająca kryteriów RCT.

Opis metodologii badawczej powinien zawierać informacje na temat:

- schematu badawczego, w tym: sposób doboru grupy (eksperymentalnej i porównawczej), wielkość próby,
- badanej populacji - wiek, płeć, charakterystyka pod względem innych cech istotnych z perspektywy analizowanych zmiennych,
- narzędzi i procedur zbierania i analizy danych.

Źródła danych oraz narzędzia zbierania danych dotyczących wskaźników powinny być jasno określone i opisane. Preferowane są standardowe narzędzia. Narzędzia „autorskie” powinny być skonstruowane w sposób poprawny pod względem metodologicznym.

Kryteria oceny:

- Ewaluacji - plan
- Ewaluacja - przeprowadzona
- Ewaluacja wewnętrzna
- Ewaluacja zewnętrzna
- Opis zastosowanego schematu badawczego
- Opis badanej populacji
- Opis narzędzi i procedury zbierania danych
- Opis metody analizy danych
- Wyniki ewaluacji.

14. Źródła informacji na temat programu

Standard

Dodatkowe informacje na temat programu zostały upowszechnione / są dostępne.

Źródła informacji mogą obejmować m.in.: publikacje w pismach naukowych i o charakterze edukacyjnym, prasie branżowej, publikacje za pośrednictwem internetu.

Kryteria oceny:

- Publikacje popularne

- Publikacje naukowe
- Publikacje w internecie.

15. Możliwość upowszechnienia programu

Standard

Program został poddany ewaluacji procesu oraz wyniku. Rezultaty badań zostały opublikowane. Osiągnięty został przynajmniej jeden pozytywny rezultat odnośnie rozwiązania/modyfikacji problemu.

Dokumentacja programu (narzędzia, materiały, raporty) jest opracowana i udostępniona w formie publikacji.

Program ma opracowany plan szerokiej implementacji obejmujący m.in. nadzór nad jakością. Szczegółowe wytyczne odnośnie kwalifikacji kadry są sformułowane. Przygotowany jest system szkolenia realizatorów lub jego założenia (jeśli wdrożenie programu wymaga szczególnego przygotowania). Program posiada materiały niezbędne do realizacji programu tj.. podręczniki.

Program może być kontynuowany po zaprzestaniu wsparcia np. centralnego (stabilność).

Kryteria oceny:

- Dokumentacja programu w formie publikacji
- Przeprowadzona ewaluacja procesu (raport)
- Przeprowadzona ewaluacja wyniku (raport)
- Pozytywne rezultaty
- Opracowany plan implementacji
- Wytyczne dotyczące kadry
- System szkolenia kadry
- Stabilność programu.

SŁOWNIK TERMINÓW

Czynniki ryzyka to wszystkie elementy (warunki środowiska, sytuacje, cechy i zmienne indywidualne) zwiększające ryzyko wystąpienia zachowań problemowych (stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju lub funkcjonowania społecznego) i związanych z nimi szkód.

Czynniki chroniące to wszystkie elementy osłabiające oddziaływanie czynników ryzyka, zwiększające „odporność” jednostki a więc zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań problemowych.

Czynniki ryzyka i chroniące można pogrupować w kilka kategorii:

- 1. zmienne związane z jednostką*
- 2. zmienne związane z rodziną*
- 3. zmienne związane z lokalną społecznością*

Cel ogólny/główny powinien dostarczać odpowiedzi na pytanie, jaki jest oczekiwany efekt końcowy realizacji programu. Cel główny ma charakter długoterminowy, jego osiągnięcie nie jest możliwe poprzez realizację pojedynczego działania/przedsięwzięcia, a jedynie je przybliża. Powinien być odpowiedni do zidentyfikowanego problemu, tzn. dotyczyć modyfikacji lub zmiany sytuacji niepożądaną na pożądaną, utrzymania sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna albo dalszego jej ulepszania.

Cel szczegółowy (cel pośredniczący) dotyczy modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemu lub zjawisk/stanów, co przyczynia się do osiągnięcia celu głównego.

Cele szczegółowe powinny wskazywać sposoby osiągnięcia celu głównego, odpowiadać na pytanie jakie są zamierzone efekty bezpośrednie

Np.: cel główny „Ograniczenie zjawiska sięgania po środki psychoaktywne przez młodzież” pokazuje, że oczekujemy, że w wyniku realizacji programu zmniejszy się liczba nastolatków sięgających po środki psychoaktywne. Cele szczegółowe to np.: „Wczesne wykrywanie problemu używania substancji psychoaktywnych”, „Zwiększenie skuteczności działań odpowiednich służb wobec dostępności substancji psychoaktywnych dla młodzieży” czy „Poprawa umiejętności wychowawczych rodziców”.

Bezpośredni odbiorcy programu – grupa określona przez nas jako podmiot dla którego realizujemy jakieś działania, pragniemy uzyskać pewne zmiany (wskazane i określone w celach programu).

Standard - „przeciętna norma, przeciętny typ, model, wyrób odpowiadający określonym wymogom; wzorzec” (w: *Uniwersalny słownik języka polskiego*; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006; pod red. Stanisława Dubisza)

Standard/norma to wspólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, zwykle najbardziej pożądane cechy czegoś, np. wytwarzanego przedmiotu czy ludzkiego zachowania. Norma w naukach humanistycznych to konstrukt wyznaczający granice społecznie akceptowanych zachowań człowieka.

Opracowywaniem standardów zajmują się często odpowiednie instytucje, organizacje. Niektóre normy narodowe stają się faktycznym standardem międzynarodowym w danej dziedzinie.

Profilaktyka uniwersalna – działania kierowane są do całej populacji, bez względu na stopień ryzyka wystąpienia zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych i dotyczą zagrożeń znanych, rozpowszechnionych w znacznym stopniu – np. przemocy czy używania substancji psychoaktywnych. Ich celem jest przeciwdziałanie pierwszym próbom podejmowania zachowań ryzykownych, wzmacnianie czynników chroniących i redukcja czynników ryzyka, ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych oraz zapobieganie nowym przypadkom. Na tym poziomie wykorzystywana jest ogólna wiedza na temat zachowań ryzykownych, czynników ryzyka i chroniących, danych epidemiologicznych (głównie wyników badań naukowych dotyczących między innymi używania substancji psychoaktywnych, informacji o wieku inicjacji itp.).

Profilaktyka selektywna - działania kierowane są do grup zwiększonego ryzyka (osób narażonych na działanie poważnych czynników ryzyka), tj.: dzieci alkoholików, dzieci przysposobione, uczniowie z problemami szkolnymi, miłośnicy szalonych imprez itp. Główne działania polegają na dostarczaniu informacji i uczeniu najważniejszych umiejętności życiowych, uwzględniając specyfikę problemów jednostki lub grupy. Dla dzieci i młodzieży znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka organizowane są indywidualne lub grupowe działania profilaktyczne (np. terapia pedagogiczna, treningi umiejętności społecznych, socjoterapia).

Profilaktyka wskazująca - działania kierowane są do jednostek, których zachowania zaczynają być wysoce ryzykowne (np. nastolatki upijające się w weekendy) i mamy sygnały,

że pojawiają się już poważne problemy związane z ich zachowaniem (np. kłopoty z policją, w domu itp.). Główne działania to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja. Działania te wymagają specjalistycznego przygotowania, dlatego na tym poziomie, w „profilaktykę” częściej angażują się różne instytucje zewnętrzne, przygotowane do prowadzenia pomocy psychologicznej lub medycznej.

(Źródło: J. Phillips, CARS, 2006.; K. Ostaszewski, A. Borucka 2005).

Promocja zdrowia - jest procesem umożliwiającym zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz jego polepszenie poprzez podnoszenie poziomu wiedzy o sposobach zapobiegania chorobom, w celu długotrwałej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

(Źródło: First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986).

Promocja zdrowia umożliwia ludziom:

- zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem - poprzez identyfikację własnych problemów zdrowotnych,
- poprawę zdrowia - poprzez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeby oraz kompetencji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i zwiększania potencjału zdrowia.

Promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów działań:

- € budowanie zdrowotnej polityki publicznej,
- € tworzenie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu,
- € zachęcanie całego społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia,
- € rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu,
- € reorientacja służby zdrowia.

Promocję zdrowia określa się też jako sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcania ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk.

(Źródło: Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015)

Grupa docelowa - (ang. target group) grupa ludzi - odbiorców, do której skierowane jest jakieś działanie, komunikat, produkt.

Tradycyjnym sposobem definiowania grupy docelowej jest wybór osób spełniających określone kryteria społeczno-demograficzne. Mogą to być: wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, liczba dzieci, dochód, stan posiadania, czynnik ryzyka wystąpienia zagrożenia.

(Źródło: http://pl.wikipedia.org/wiki/Grupa_docelowa)

Metoda - „świadomie stosowany sposób postępowania mający prowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu”

(w: *Uniwersalny słownik języka polskiego*; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006; pod red. Stanisława Dubisza)

Metoda badawcza to „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego”.

(Źródło: A. Kamiński; *Podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej w pracy socjalnej* 1976)

Metoda jest pojęciem najszerszym i nadrzędnym w stosunku do techniki i narzędzia badawczego.

Metoda ewaluacji to określona procedura, która powinna być stosowana w procesie pozyskiwania lub tworzenia rzetelnej wiedzy naukowej.

Narzędzia - służą do realizacji metody, do technicznego gromadzenia danych z badań. W tym rozumieniu narzędziem ewaluacji będzie np. kwestionariusz wywiadu, test, karta pracy, historyjka obrazkowa, magnetofon, arkusz obserwacyjny, a nawet ołówek .

(Źródło: T. Pilch „Zasady badań pedagogicznych”: wyd. II Warszawa 1995)

Implementacja – wdrożenie

Monitoring

1. systematyczne zbieranie i analizowanie informacji ilościowych i jakościowych na temat przebiegu wdrożenia programu w aspekcie finansowym, rzeczowym i czasowym w celu zapewnienia jego realizacji zgodnie z wcześniejszymi założeniami.

(źródło: Beata Kozłowska, *Monitorowanie programu, „Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii”, Warszawa 2007, str.181)*

2. działania mające na celu przede wszystkim dostarczenie wiarygodnych informacji przydatnych do oceny i ewentualnej modyfikacji podjętych działań.

(Źródło: praca zbiorowa. pod red. Grażyny Świątkiewicz, *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Warszawa 2002, str. 83-84)

Ewaluacji procesu

1. Ewaluacja procesu jest najbardziej elementarną formą oceny podejmowanych działań. Jej przedmiotem jest właśnie proces wdrażania projektu. W polu zainteresowania są (zaplanowane i niezaplanowane) działania mające związek z realizacją projektu podejmowane przez jego twórców, wykonawców i odbiorców oraz informacje o osobach zaangażowanych w projekt.

(Źródło: M. J. Sochocki, Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, „Trzeci Sektor”, nr 7, 2006, s. 90-91)

2. Ocena przebiegu realizacji programu. Ewaluacja procesu ma na celu ocenę stopnia realizacji programu, frekwencji na zajęciach, zaistniałych trudności i sposobów ich rozwiązania, reakcji uczestników itd.

(Źródło: Krzysztof Ostaszewski, Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, Warszawa 2003, str. 136-137)

Metodologia – jest to nauka o metodach badań naukowych, ich skuteczności i wartości poznawczej. "Metoda badań to zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących całość postępowania badacza, zmierzających do rozważenia określonego problemu naukowego; określony powtarzalny sposób rozwiązania problemu" (Waldemar Dudkiewicz, *Podstawy metodologii badań. Do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki*).

Ewaluacja wyników – działania zmierzające do ustalenia, na ile udało się w wyniku realizacji programu osiągnąć zamierzone cele lub pośrednie etapy docelowych zmian.

(Źródło: Krzysztof Ostaszewski, Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, Warszawa 2003, str. 136-137)

Wskaźniki – mierniki służące do oceny skuteczności programu lub realizacji działań programu

Status – pozycja społeczna, położenie jednostki w grupie społecznej lub położenie grupy w większej zbiorowości; status społeczny; zawodowy.

(Źródło, Mały Słownik Języka Polskiego, Warszawa 1996, str. 880)

Kryteria kwalifikacyjne – dane/informacje nt. sytuacji osobistej i społecznej grupy/osób – potencjalnych odbiorców programu, stanowiące podstawę doboru do uczestniczenia w programie. Kryteria kwalifikacyjne to np. wiek, płeć, nadzór kuratora itp.

Kryteria wykluczające - dane/informacje nt. sytuacji osobistej i społecznej stanowiące podstawę decyzji o niezakwalifikowaniu danej osoby do programu, np. uzależnienie od narkotyków, choroba psychiczna, wiek.

Model teoretyczny (teoria) to spójny system pojęć i twierdzeń ustalający relacje między nimi i opisujący dany obszar rzeczywistości po to, by naukowo wyjaśnić przyczyny występowania określonego zjawiska i przewidywać jego zmiany. Modele teoretyczne wykorzystywane w profilaktyce i promocji zdrowia psychicznego wyjaśniają powody zachowań zdrowotnych i powstawania zaburzeń. Pozwalają też przewidzieć kierunek i rodzaj ich zmiany w związku z określonymi działaniami.

Teorie najczęściej wykorzystywane w praktyce profilaktyki i promocji zdrowia to:

- ✓ Teoria przywiązania
- ✓ Teoria odporności
- ✓ Teoria społecznego uczenia się
- ✓ Teoria uzasadnionego działania
- ✓ Teoria zachowań problemowych
- ✓ Teoria substancji torujących drogę
- ✓ Rozszerzona teoria kryzysu
- ✓ Teoria ekosystemowa

Więcej informacji:

1. www.kbpn.gov.pl „Wsparcie województw i społeczności lokalnych w zapobieganiu narkomanii na poziomie lokalnym”, *Zapobieganie narkomanii w gminie – zasady tworzenia gminnych programów zapobiegania narkomanii*, Okulicz-Kozaryn, K. Pisarska, A.: *Profilaktyka i wczesna interwencja*. str. 69-79.
2. Ostaszewski, K. *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*. [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. (red.) M. Deptuła, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego. Bydgoszcz.
3. Okulicz-Kozaryn, K. (2003). *Teorie psychologiczne w praktyce profilaktycznej*. *Remedium* 12(120), 36-37.
4. James RK., Gilliland B.E. *Strategie interwencji kryzysowej*. PARPA, 2004

RCT (Randomized Controlled Trial) powszechnie przyjęte określenie badań, w których jedna metoda terapii, interwencji lub profilaktyki jest porównywana z inną (innymi) metodami lub placebo (brakiem oddziaływań) przy zachowaniu standardów metodologicznych pozwalających rzetelnie sformułować wnioski na temat skuteczności każdej z badanych metod i jej (ich) przydatności w pracy z określoną grupą (określonymi

grupami) osób. W Polsce nazwy RCT często używa się zamiennie z określeniem schematu w jakim prowadzone są badania, mówiąc o schemacie lub modelu eksperymentalnym. To, co odróżnia RCT (**model eksperymentalny**) od innych modeli badawczych to:

- ✓ Losowy podział (randomizacja) uczestników badania na grupy otrzymujące określony rodzaj terapii (interwencji, profilaktyki). Zwykle randomizacja dotyczy pojedynczych osób, ale czasami jednostką podziału są grupy np. rodzina lub klasa szkolna.
- ✓ Kontrola czynników (zmiennych niezależnych) ubocznych i zakłócających, które mogą mieć istotny wpływ na wynik badania (zmienną zależną). Takim czynnikiem mogą być np. osiągnięcia szkolne – „słabsi” uczniowie mogą odnosić mniejsze korzyści z udziału w szkolnym programie profilaktycznym niż uczniowie „lepsi”.
- ✓ Obserwacja (pomiar) zmienności zmiennej (zmiennych) zależnej, spowodowanej określonym oddziaływaniem – np. udziałem w programie A lub w programie B.

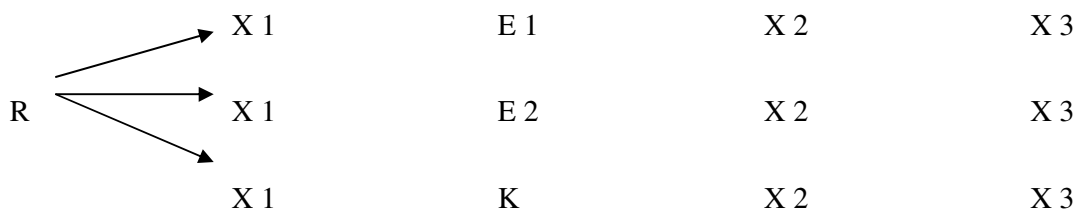
Schemat badawczy określa z czym porównujemy wyniki programu.

Najbardziej zaawansowanym schematem jest **Randomized Controlled Trial (RCT)** czyli model eksperymentalny.

Zakłada on przynajmniej dwukrotne badanie respondentów z losowo dobranych grup (grup eksperymentalnych - objętych różnymi oddziaływaniami lub bez szczególnych oddziaływań – grupa kontrolna):

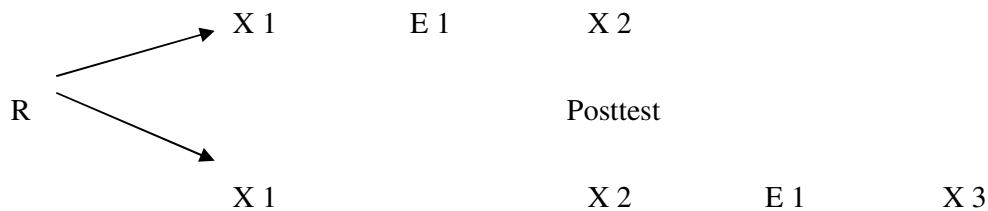
pretest - pomiar przed rozpoczęciem realizacji programu (terapii, interwencji) i posttest – pomiar przynajmniej raz po jego zakończeniu. Kolejne pomiary (follow up), dokonywane z coraz większym odroczeniem od zakończenia oddziaływań, pozwalają oszacować długoterminowe efekty programu. Schemat eksperymentalny umożliwia najbardziej rzetelne formułowanie wniosków na temat skuteczności badanych oddziaływań.

Graficznie można go przedstawić w następujący sposób:



Dobór	Pretest	Oddziaływania/	Posttest	Follow-up
Losowy		kontrola		

Wariantem schematu eksperymentalnego jest schemat z odroczonymi działaniami. Taki schemat pozwala objąć oddziaływaniami wszystkich uczestników badania, tylko w różnym czasie.



Dobór	Pretest	Oddziaływania	Pretest	Oddziaływania	Posttest
Losowy					

Inne schematy badawcze:

Schemat quasi-eksperymentalny, w którym grupy objęte różnego rodzaju oddziaływaniami nie są dobierane losowo. Może tak być np. wtedy, gdy porównujemy wyniki dwóch szkolnych programów profilaktycznych realizowanych przez wychowawców klas, gdy każdy z wychowawców wybierał program na podstawie własnych preferencji albo nie realizował żadnego programu profilaktycznego (grupa porównawcza). Wyniki badań prowadzonych w tym schemacie są uznawane za mniej wiarygodne od wyników badań eksperymentalnych, ponieważ nie dają pewności, że obserwowane zmiany w grupach eksperymentalnych nie są spowodowane wyjściowymi różnicami między tymi grupami.

	X 1	E 1	X 2	X 3
	X 1	E 2	X 2	X 3
	X 1	P	X 2	X 3
Pretest		Oddziaływania/ porównanie	Posttest	Follow-up

Schemat pretest-posttest polega na porównaniu wyników osób objętych oddziaływaniami przed ich rozpoczęciem i po ich zakończeniu. Jego zastosowanie nie daje pełnej odpowiedzi na pytanie o efekty oddziaływań, ponieważ nie można stwierdzić czy w tym samym czasie, w grupach nie objętych oddziaływaniami nie zaszły podobne zmiany.

X 1	E	X 2
Pretest	Oddziaływania	Posttest

Schemat tylko z posttestem polega na jednokrotnym badaniu osób objętych oddziaływaniami – tylko po ich zakończeniu. Jest najsłabszym z możliwych schematów badawczych, ponieważ nie daje żadnych możliwości porównania uzyskanych wyników (ani z inną grupą lub grupami, ani z wynikami tej samej grupy przed rozpoczęciem działań)

E	X 2
Oddziaływania	Posttest

Grupa eksperymentalna – grupa osób objętych oddziaływaniami (profilaktycznymi, edukacyjnymi, interwencyjnymi) będącymi przedmiotem badania

Grupa porównawcza – grupa osób biorących udział w badaniu ale nie objęta oddziaływaniami będącymi przedmiotem badań, stanowiąca punkt odniesienia dla wyników grupy eksperymentalnej. W badaniach prowadzonych w schemacie eksperymentalnym (RCT) grupę porównawczą często nazywa się grupą kontrolną.

Narzędzia „autorskie” – narzędzia pomiarowe opracowane dla potrzeb danego badania (albo zapożyczone z innych badań), których trafność i rzetelność nie zostały zweryfikowane w toku badań psychometrycznych. Zdarza się również, że autorzy takiego narzędzia nie sprawdzili również tego, jak respondenci rozumieją poszczególne itemy (pozycje lub pytania kwestionariusza).

Więcej informacji:

1. *Brzeziński J. Metodologia badań psychologicznych. PWN, Warszawa, 1999*
2. *Hawkins J.D., Netherhood B. Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych, IPiN, PTP, Warszawa-Olsztyn, 1994*

VIII. POZIOMY REKOMENDACJI

Program, w zależności od stopnia spełnienia kryteriów jakości może otrzymać rekomendację na jednym z trzech poziomów.

Poziom 1.

„program obiecujący” – czyli taki, którego pozytywny wpływ na zachowania i/lub doświadczane przez odbiorców programu problemy nie został potwierdzony w poprawnych metodologicznie badaniach. Jednak sensowna koncepcja teoretyczna programu i dotychczasowe doświadczenia w realizacji działań, udokumentowane wynikami ewaluacji procesu pozwalają przypuszczać, że program ten może przynosić oczekiwane efekty.

Poziom 2.

„dobra praktyka” – program, którego ewaluacja wyników dotyczyła zmian w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych programu), a nie samych zmian zachowania (celu głównego programu), lub była przeprowadzona bezpośrednio po zakończeniu oddziaływań, albo też nie spełniała innych standardów metodologicznych.

Poziom 3.

„program modelowy” – wyniki poprawnych metodologicznie badań, spełniających kryteria Randomized Control Trial (z losowym doбором osób badanych, obejmujących próbę wystarczająco dużą dla udowodnienia oczekiwanych efektów, prowadzonych przez zewnętrznych w stosunku do programu ekspertów, itp.) potwierdzają pozytywny wpływ programu na zachowania problemowe i to przynajmniej po roku od zakończenia oddziaływań (tzw. odroczone efekty).

IX. ZASADY I PROCEDURY UDZIELANIA REKOMENDACJI

1. Rekomendacja jest udzielana na wniosek podmiotu odpowiedzialnego za program.
2. Podmiot wnioskujący przesyła opis programu do podmiotu odpowiedzialnego za udzielanie rekomendacji (zespół ds. rekomendacji)
3. Opis programu powinien być sporządzony na obowiązującym druku - kwestionariusz aplikacyjny - „Opis programu promocji zdrowia psychicznego/profilaktyki”
4. Podmiot odpowiedzialny za udzielenie rekomendacji (zespół ds. rekomendacji) dokonuje wstępnej oceny wniosku pod względem spełnienia kryteriów formalnych (kompletność, zakres merytoryczny)
5. Wniosek programu spełniający kryteria formalne zostaje poddany dalszej ocenie merytorycznej pod względem zgodności ze standardami jakości programów promocji zdrowia i profilaktyki (patrz: pkt VII)
6. Spełnienie poszczególnych kryteriów jakości programu jest punktowane.
7. Ocena jest dokonywana na arkuszu „Oceny programu” (patrz pkt X - wzory dokumentów)
8. W zależności od liczby uzyskanych punktów program może być zakwalifikowany jako:
 - program obiecujący – uzyskanie min. 27 punktów
 - dobra praktyka – uzyskanie min. 37 punktów
 - program modelowy – uzyskanie min. 46 punktów.
9. Spełnienie przez program wszystkich kryteriów jest równoznaczne z uzyskaniem 50 punktów.
10. Ocena programu w przypadku I poziomu rekomendacji (program obiecujący) jest dokonywana przez podmiot rekomendujący.
11. W przypadku rekomendacji na poziom II (dobra praktyka) i III (program modelowy) wymagana jest dodatkowa ocena programu przez dwóch niezależnych recenzentów. Ostateczną decyzję podejmuje podmiot rekomendujący na podstawie otrzymanych recenzji.
12. Rekomendacja ze wskazaniem poziomu jest udzielana przez podmiot rekomendujący.
13. Finansowanie recenzji programów dokonywanych przez niezależnych ekspertów jest ujęte w budżecie instytucji uczestniczących w systemie zgodnie z zakresem kompetencji ww. instytucji:
 - KBPN- programy przeciwdziałania narkomanii
 - PARPA – programy rozwiązywania problemów alkoholowych
 - CMPPP – programy szkolne
 - IPiN – programy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych

X. WZORY DOKUMENTÓW

A/ KWESTIONARIUSZ APLIKACYJNY - wzór

OPIS PROGRAMU PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO/ PROFILAKTYKI

1. DANE OGÓLNE

1. NAZWA PROGRAMU

--

2. AUTOR / AUTORZY PROGRAMU

--

3. NAZWA, ADRES ORGANIZACJI ODPOWIEDZIALNEJ ZA PROGRAM

Nazwa		
Ulica	Kod	Miasto

4. KONTAKT

Imię i nazwisko		
Tel.	Fax.	E-mail

5. ORGANIZACJE / INSTYTUCJE DO TEJ PORY REALIZUJĄCE PROGRAM

--

6. RODZAJ PROGRAMU - proszę zaznaczyć **X** wybraną kategorię

Promocja zdrowia psychicznego	
Profilaktyka uniwersalna	
Profilaktyka selektywna	
Profilaktyka wskazująca	
Inne	

7. DATA I MIEJSCE WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA

Data	Miejsce
-------------	----------------

2. OKRES, W JAKIM PROGRAM JEST REALIZOWANY

Od kiedy program jest realizowany (miesiąc i rok), w przypadku nowych programów data planowanego rozpoczęcia.

--

3. OPIS PROBLEMU / ZJAWISKA

Opis definiuje naturę i rozmiar zjawiska, którego dotyczy program. Identyfikuje:

- ✓ grupę docelową
- ✓ czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące.

W przypadku programów o zasięgu lokalnym, odpowiadającym specyficznym potrzebom danej społeczności, niezbędne jest również przedstawienie diagnozy sytuacji lokalnej.

--

4. CELE PROGRAMU: OGÓLNY / SZCZEGÓLWE

1. CEL OGÓLNY PROGRAMU

Cel ogólny programu powinien być odpowiedni (adekwatny) do zidentyfikowanego problemu, tzn. dotyczyć modyfikacji lub zmiany sytuacji niepożądaną na pożądaną albo utrzymania, poprawy sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna.

2. CELE SZCZEGÓLWE PROGRAMU¹

Cel szczegółowy (cel pośredniczący) dotyczy modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemu lub zjawisk/stanów, co przyczynia się do osiągnięcia celu głównego.

CEL SZCZEGÓLWY 1

CEL SZCZEGÓLWY 2

CEL SZCZEGÓLWY 3

¹ W przypadku mniejszej lub większej niż 3 liczby celów należy wypełnić odpowiednią liczbę rubryk.

5. ZAŁOŻENIA PROGRAMU

Wyjaśnienie mechanizmu osiągnięcia celu programu, uzasadnienie wyboru konkretnego sposobu rozwiązania problemu w oparciu o wybraną koncepcję teoretyczną

--

6. ODBIORCY PROGRAMU (GRUPA DOCELOWA)²

Wybrani na podstawie dokonanej oceny sytuacji początkowej i sformułowania problemu

Kto? (np. uczniowie, nauczyciele, klienci poradni, rodziny)	
Wiek dzieci / młodzieży	
Wielkość grupy docelowej (w przypadku programów kierowanych do wybranych grup populacji ogólnej lub przeznaczonych do realizacji w określonym środowisku lokalnym, np. jedna gmina)	
Kryteria kwalifikacyjne grupy docelowej/odbiorców programu (np. uczniowie klas IV-V SP, skierowanie od pedagoga szkolnego)	
Kryteria wykluczające udział w programie (np. brak zgody rodziców na udział dziecka w programie)	

² W przypadku większej liczby grup należy wypełnić taką tabelę osobno dla każdej z nich.

7. EFEKTY

Opisane w kategoriach specyficznych zmian (wzrostu, spadku, modyfikacji, wprowadzenia nowych jakości).

Efekty dotyczące zachowań odbiorców programu (np. picia alkoholu, korzystania z pomocy)	
Inne efekty (dotyczące np. postaw, wiedzy, statusu, umiejętności, stanu zdrowia psychicznego)	

8. WSKAŹNIKI OSIĄGNIĘCIA CELÓW

Cel	Wskaźnik / wskaźniki
Ogólny	
Szczegółowy 1	
Szczegółowy 2	
Szczegółowy 3	

9. AKTYWNOŚCI / DZIAŁANIA

a/. RODZAJ, DŁUGOŚĆ, INTENSYWNOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

Cel	Aktywności / działania planowane aby osiągnąć cel
Szczegółowy 1	
Szczegółowy 2	
Szczegółowy 3	

b/. WSKAŹNIKI REALIZACJI DZIAŁAŃ

Działanie /aktywność	Wskaźnik / wskaźniki

c/. **HARMONOGRAM REALIZACJI DZIAŁAŃ PROGRAMU** – dotyczy realizacji działań wymienionych w pkt 1. ³

Nazwa działania	Kolejne miesiące REALIZACJI PROGRAMU											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII

10. NAKŁADY

Realizatorzy, koordynator, materiały pomocnicze dla uczestników, podręczniki dla realizatorów, itp.

Rodzaj	Koszt

³ Liczbę wierszy i kolumn w tabeli można dostosować do specyfiki programu (ilości działań i czasu realizacji całego programu)

11. ZAPEWNIENIE WYSOKIEJ JAKOŚCI REALIZACJI PROGRAMU

Np.: cykliczne spotkania realizatorów, odpowiednie materiały, monitoring, wprowadzanie zmian w programie w efekcie ewaluacji procesu

--

12. EWALUACJA PROCESU

a/. STATUS EWALUACJI

Planowana	Od kiedy?
Została przeprowadzona	Kiedy?
Okresowo powtarzana	Kiedy? Jak często?

b/OPIS PLANOWANEJ / PROWADZONEJ EWALUACJI

Harmonogram zbierania danych, osoby badane, metody, narzędzia

--

c/. WYNIKI

--

13. EWALUACJA WYNIKÓW

a/. STATUS EWALUACJI

Nieplanowana	
Planowana	Od kiedy?
Została przeprowadzona	Kiedy?
Okresowo powtarzana	Kiedy? Jak często?

b/. OPIS PLANOWANEJ / PROWADZONEJ EWALUACJI

Harmonogram zbierania danych, osoby badane, metody, narzędzia

--

c/. WYNIKI

--

14. ŹRÓDŁA INFORMACJI NA TEMAT PROGRAMU

Publikacje, informatory, strony www.

--

15. MOŻLIWOŚCI UPOWSZECHNIANIA PROGRAMU

Pozytywne wyniki ewaluacji procesu / wyników, plan implementacji, wytyczne dotyczące kadry, system szkolenia realizatorów, materiały dla realizatorów i/lub uczestników, możliwość pozyskiwania środków na realizację

--

B/ ARKUSZ OCENY PROGRAMU - wzór

Nazwa własna programu

Autorzy programu

Organizacja/ instytucja odpowiedzialna za program

Organizacja / instytucja ubiegająca się o rekomendację programu

Organizacje/instytucje do tej pory realizujące program

Rodzaj programu

- Profilaktyka uniwersalna
- Profilaktyka selektywna
- Profilaktyka wskazująca
- Inne

Data wdrożenia programu

OCENA PROGRAMU

L.p.	Kategoria	L.p.	Kryterium	Pkt	Poziom 1	Poziom 2	Poziom 3
1.	Opis problemu	1.	Problem wynika z danych	0-1			
		2.	Problem jasno sformułowany	0-1			
		3.	Adekwatne dane	0-1			
		4.	Określona grupa docelowa	0-1			
		5.	Czynniki ryzyka/chroniące	0-1			
Razem ocena w kategorii				5	5	5	5
2.	Cele programu	6.	Sformułowany cel ogólny	0-1			
		7.	Cel ogólny jest SMART	0-1			
		8.	Sformułowane cele szczegółowe	0-1			
		9.	Cele specyficzne są SMART	0-1			
Razem ocena w kategorii				4	2	3	4
3.	Założenia programu	10.	Wcześniejsze doświadczenia	0-1			
		11.	Wyniki ewaluacji	0-2			
		12.	Sprawdzony model teoretyczny	0-3			
Razem ocena w kategorii				6	1	3	3
4.	Grupa docelowa	13.	Grupa docelowa określona	0-1			
		14.	Określone kryteria kwalifikacji	0-1			
		15.	Określone kryteria wykluczenia	0-1			
Razem ocena w kategorii				3	1	2	3
5.	Efekty	16.	Efekty dotyczą zachowania	0-2			
		17.	Efekty dotyczą postaw, wiedzy, umiejętności, statusu	0-1			
		18.	Efekty w kategoriach zmiany	0-1			
Razem ocena w kategorii				4	2	4	4

6.	Wskaźniki	19.	Wskaźniki dotyczą celów	0-1			
		20.	Wskaźniki celów są mierzalne	0-1			
		21.	Wskaźniki dotyczą działań	0-1			
		22.	Wskaźniki działań są mierzalne	0-1			
		23.	Wskaźniki adekwatne do celu i efektów	0-1			
Razem ocena w kategorii				5	2	3	5
7.	Aktywności	24.	Aktywności szczegółowo opisane	0-1			
		25.	Aktywności odpowiednie do specyfiki docelowej grupy	0-1			
		26.	Aktywności odpowiedni do celu/efektu	0-1			
Razem ocena w kategorii				3	3	3	3
8.	Nakłady	27.	Nakłady rzeczowe odpowiednie do rodzaju programu	0-1			
		28.	Nakłady osobowe odpowiednie do rodzaju programu	0-1			
Razem ocena w kategorii				2	2	2	2
9.	Sposób implementacji	29.	Zapewniony nadzór nad jakością	0-1			
		30.	Wszystkie aspekty /aktywności programu mają zapewnione odpowiednie nakłady	0-1			
		31.	Prowadzony monitoring	0-1			
		32.	Uwzględnianie wyników ewaluacji procesu	0-1			
		33.	Zaplanowany system szkolenia	0-1			
		34.	Wdrożony system szkolenia	0-1			
Razem ocena w kategorii				6	5	5	6

10.	Ewaluacja procesu	35.	Ewaluacji plan z opisem metodologii	0-1			
		36.	Ewaluacja przeprowadzona	0-1			
		37.	Wyniki ewaluacji procesu	0-1			
Razem ocena w kategorii				3	3	3	3
11.	Ewaluacja wyniku	38.	Ewaluacji plan z opisem metodologii	0-1			
		39.	Ewaluacja przeprowadzona	0-1			
		40.	Ewaluacja zewnętrzna	0-1			
		41.	Standard RCT	0-2			
		42.	Wyniki ewaluacji	0-1			
Razem ocena w kategorii				6	0	3	6
12.		43.	Publikacje popularne	0-1			
		44.	Publikacje naukowe	0-2			
Razem ocena w kategorii				3	1	1	2
Razem				50	27	37	46

XI. PROMOCJA SYSTEMU

Promocja systemu rekomendacji będzie obejmować:

1. Publikację systemu rekomendacji na stronach www. instytucji realizujących
2. Publikację systemu rekomendacji w czasopismach: Serwis Informacyjny. Narkomania, Biuletyn Informacyjny CMPPP, Remedium, Świat Problemów, gazeta samorządowa
3. Rozpowszechnienie informacji na temat systemu na spotkaniach roboczych i konferencjach:
 - wojewódzkich ekspertów ds. informacji o narkotykach,
 - gmin wiodących,
 - konferencji profilaktycznych CMPPP,
 - konferencji zdrowia psychicznego,
 - konferencji dla dyrektorów szkół i kuratoriów
4. Prezentacja systemu w wydawanych corocznie przez PARPA „Rekomendacjach do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych”.

XII. HARMONOGRAM WDRAŻANIA SYSTEMU Z PODZIAŁEM NA ZADANIA

l.p.	Zadanie	Termin realizacji
1.	Określenie zasad współpracy i zadań dla każdej z instytucji zaangażowanych we wdrażanie systemu, spisanie ww. postanowień w formie Umowy partnerskiej pomiędzy resortami lub instytucjami	I kwartał 2009
2.	Przygotowanie systemu do badań pilotażowych, uwzględniające uwagi i komentarze ekspertów zgłoszone w listopadzie i grudniu 2008	I kwartał 2009
3.	Powołanie i opracowanie zasad działania zespołu ds. rekomendacji	I kwartał 2009
4.	Pilotaż systemu oceny (przynajmniej po 1 programie z każdej kategorii)	II kwartał 2009
5.	Weryfikacja systemu oceny programów	II-III kwartał 2009
6.	Konferencja ekspertów – ostateczna konsultacja projektu systemu	IV kwartał 2009
7.	Promocja systemu	od II kwartału 2009
8.	Wdrożenie systemu rekomendacji	od 2010

XIII. INSTYTUCJE ZAANGAŻOWANE

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii
Dział Realizacji Zadań Profilaktyczno-Rehabilitacyjnych
ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa
Tel.022 641 15 01, e-mail: anna.radomska@kbpn.gov.pl,
katarzyna.pacewicz@kbpn.gov.pl , kbpn@kbpn.gov.pl

Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej
Pracownia Profilaktyki
Ul. Polna 46 a, 00-644 Warszawa
Tel. 022 825 44 51, e-mail: aborkowska@cmppp.edu.pl, dmacander@cmppp.edu.pl

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Dział ds. Młodzieży i Rodziny

Ul. Szańcowa 25, 01-458 Warszawa

Tel. 022 532 03 48, 022 532 03 56; , e-mail: parpa@parpa.pl

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M

Ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Tel. 022 45 82 800, e-mail: kokulicz@ipin.edu.pl