Ewelina Fiksa
Marta Rafalska

Standardy programów profilaktycznych

Streszczenie

W artykule przedstawione zostaną etapy konstruowania programów profilaktycznych oraz określone standardy jakości, które powinny spełniać. Mamy nadzieję, że opracowany schemat postępowania i zawarte w nim wskazówki będą przydatne dla twórców programów profilaktycznych oraz pomocne w selekcjonowaniu dostępnych już programów profilaktycznych.

Słowa kluczowe: program profilaktyczny, cele programów profilaktycznych, potrzeby, ewaluacja

Wprowadzenie

W ostatnich latach w logopedii praktycznej możemy zaobserwować wyraźny wzrost zainteresowania działaniami profilaktycznymi oraz zwiększoną popularność programów profilaktycznych. Liczba programów profilaktyki logopedycznej stale wzrasta. Przeglądając strony internetowe, możemy odnaleźć dziesiątki ogólnodostępnych publikacji o różnej konstrukcji i stopniu uszczegółowienia.

Określenie **program profilaktyczny** oznacza „odpowiednio dobrany i uporządkowany przez specjalistów zbiór treści i działań, których realizacja prowadzi do zamierzonych, konkretnych zmian w jakości funkcjonowania jednostki lub grupy”[1]. Współczesne programy powinny spełniać określone wymagania gwarantujące jak najwyższą skuteczność. A zatem należy poszukać odpowiedzi na pytanie: jaki powinien być „dobry” program profilaktyczny, aby zagwarantować korzyści dla jego odbiorców?

[1] M. Baryła-Matejczuk, *Konstruowanie szkolnego programu profilaktyki aktualnym zadaniem szkoły*, 2013 s. 3, www.ore.edu.pl [dostęp: 3.03.2022].

Założenia wstępne

1. Bezpieczeństwo uczestników

Program profilaktyczny powinien być **bezpieczny** – nie może wyrządzać szkód. Autorzy i realizatorzy programów powinni posiadać głęboką, aktualną wiedzę logopedyczną, tak, by proponowane działania nie pogłębiały nieprawidłowości. Oprócz posiadania specjalistycznej wiedzy powinni działać zgodne z etyką zawodową gwarantującą uczestnikom poczucie bezpieczeństwa. Nie można w żaden sposób zmuszać do uczestnictwa w programie, manipulować uczestnikami i osobami, które należy objąć programem, wyrażać niechęci do ich systemu wartości, przekonań, zachowań oraz ujawniać problemów. Oprócz dyskrecji oraz akceptacji indywidualności, należy również wziąć pod uwagę wiek uczestników oraz poziom ich rozwoju.

2. Adekwatność

Bardzo ważne jest, aby program był **adekwatny** i dostosowany do potrzeb i problemów jego odbiorców – kluczowym aspektem jest ściśle określony adresat działań wyłoniony w trakcie przeprowadzania wstępnej diagnozy. Dodatkowo program winien odnosić się do problematyki, która w rzeczywistości występuje w danym środowisku bądź zagrożeń, które mogą pojawić się w przypuszczalnym okresie. Niekorzystne jest zarówno niedopilnowanie i zaniechanie działań z zakresu profilaktyki, jak i jej nadmiar, skupienie się na problemach drugorzędowych, jak i tych, które są zbytecznie promowane, chociaż wcale nie występują w danej grupie.

3. Skuteczność

Skuteczność programów jest ściśle powiązana z kompetencjami ich twórców i realizatorów, których powinna cechować odpowiednia wiedza merytoryczna w zakresie dziedziny, której dotyczy program oraz posiadanie odpowiednich kwalifikacji w zakresie wykorzystywania metod i form oddziaływań. Większą skutecznością odznaczają się programy skierowane zarówno do dzieci, jak i ich rodziców, niż w przypadku tych, których adresatami są tylko dzieci lub tylko dorośli.

4. Czas trwania i zapewnienie kontynuacji

Istnieje wiele programów, które odnoszą się jedynie do eliminowania występujących objawów i skutków danego problemu. W takich sytuacjach są to programy okazjonalne, będące mało efektywne, wręcz szkodliwe, ponieważ tylko zaogniają problem, który miały zwalczać. Każdy program profilaktyczny powinien

zapewniać kontynuację działań, skupiać się przede wszystkim na przyczynach nieprawidłowości. Czas trwania, a także dynamiczność programu to bardzo indywidualne aspekty danego programu, które są głównie zależne od rozpoznanego poziomu zagrożenia danego środowiska. Przyjmuje się, że minimalny czas realizacji programu to 12 miesięcy.

5. Ewaluacja i dokumentacja

Wszystkie programy profilaktyczne powinny zakładać osiągnięcie zmian w zakresie wiedzy, postaw i zachowań ich uczestników. Nieodłącznym elementem jest określenie, czy zmiany te rzeczywiście zachodzą i czy ich kierunek jest adekwatny do założonych celów programu. Ewaluacja jako metodyczna ocena skuteczności daje możliwość oceny realizatorom programu, czy i w jakim stopniu udało się osiągnąć najistotniejsze złożenia. Ewaluacja i dokumentowanie stanowią pewien rodzaj kontroli nad programem, dzięki któremu można podjąć dalsze kroki w kierunku jego zakończenia, kontynuowania bądź wprowadzenia modyfikacji, by podnieść jego skuteczność i jakość.

6. Dodatkowa uwaga praktyczna

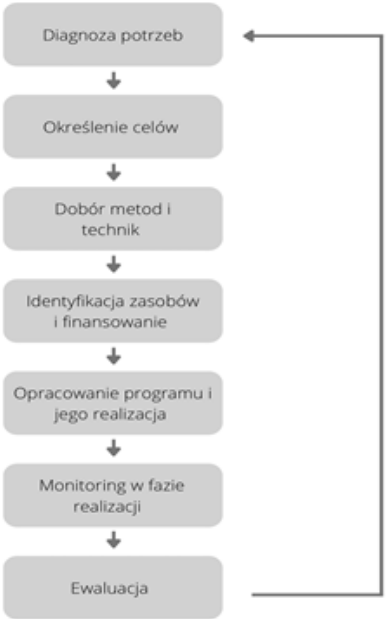
Zagwarantowanie korzyści osobom biorącym udział w programie zobowiązuje autorów, realizatorów oraz organizatorów do systematycznej pracy, która będzie związana z ciągłym analizowaniem i wyciąganiem wniosków z podejmowanych działań. Jakość programów jest zmienna i nie jest zjawiskiem stałym.

Przedstawione wyżej standardy jakości stanowią próbę przybliżenia wyznaczników, jakie powinny spełniać logopedyczne programy profilaktyczne. Nie wyczerpują one tematu, są wstępem do rozważań dla twórców programu. Jakość działań profilaktycznych powinna być stale podnoszona, podlegać ciągłej modyfikacji i ulepszaniu.

Zasady konstruowania programu profilaktyki logopedycznej

Konstruowanie programu profilaktyki powinno opierać się na kilku etapach[2]. W programach profilaktyki logopedycznej proponujemy, by uwzględnić: diagnozę potrzeb, określanie celów, dobór metod i technik, identyfikację zasobów i finansowanie, opracowanie programu i jego realizację, monitoring w fazie realizacji i ewaluację (rys. 1).

[2] Np.: J. Koczurowska, *Konstruowanie programów profilaktycznych*, [w:] *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, red. G. Świątkiewicz, Warszawa 2002, s. 100.



Ryc. 1. Schemat konstruowania programów profilaktyki logopedycznej

Źródło: opracowanie własne.

Diagnoza potrzeb

Termin „potrzeba" możemy różnie definiować. Może to być „coś co jest konieczne [...], coś bez czego trudno się obejść", „stan, w którym jednostka odczuwa chęć zaspokojenia jakiegoś braku"[3]. Możemy też wymienić kilka synonimów: potrzeba to inaczej pragnienie bądź dążenie do czegoś lub popęd.

W publikacji „Edukacja zdrowotna" Barbara Woynarowska przedstawia następującą klasyfikację potrzeb społecznych:

- potrzeba normatywna – wyznaczona dla danej grupy przez ekspertów na podstawie różnorodnych wskaźników; różni eksperci = różnie określone i odmienne potrzeby:
- potrzeba odczuwana – wyrażana przez członków grup; mogą to być ich autentyczne potrzeby, które odczuwają na ten moment, albo jedynie chęci uchodzące za potrzeby;
- potrzeba wyrażana – przełożenie potrzeb, które odczuwa dana osoba / grupa osób na działanie;

[3] W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1975, s. 225.

– potrzeba porównawcza – odczuwana w trakcie porównywania siebie do innych osób, które posiadają zbliżone cechy; w przypadku poczucia odmienności potrzeba dorównania tym osobom[4].

Istotnym etapem konstruowania programu profilaktycznego jest diagnoza potrzeb, która polega na przeanalizowaniu pewnej grupy społecznej czy całej populacji, w której ma zostać zrealizowany program profilaktyczny. Zawiera charakterystykę określonej społeczności, ich potrzeby wraz z problemami, które jej dotyczą oraz ich przyczynami.

Dlaczego niezbędna jest diagnoza potrzeb?

1. W celu weryfikacji potrzeb uczestników programu. Często zdarza się, że potrzeby, z którymi identyfikuje się grupa są zupełnie odmienne i różniące się od wizji autorów „gotowych" programów.
2. Pytanie o potrzeby uczestników mogą podsycić ich zaangażowanie i zainteresowanie sprawami / tematami, których wcześniej nie zauważali – w przypadku profilaktyki logopedycznej mogą mieć pozytywny wpływ na zainteresowanie rodziców rozwojem mowy ich dzieci.
3. Uświadomienie sobie potrzeb, jakie mamy wpływa na motywację i zachęca do ich zaspokajania, a tym samym aktywnego udziału w programie[5].

Diagnoza potrzeb powinna być przeprowadzana zarówno na początku planowania programu, jak i w trakcie jego realizacji. Dokonuje się tego z prostego względu – potrzeby uczestników programu mogą ulec zmianie, co wymaga modyfikacji zaplanowanych / prowadzonych dotychczas działań. Badanie potrzeb uczestników po zakończeniu programu może natomiast posłużyć za element ewaluacji, dostarczając wiedzy na temat potrzeb na początku i końcu działań.

Badanie potrzeb możemy przeprowadzać, wykorzystując metody ilościowe lub jakościowe. Do metod ilościowych zaliczamy ankiety bądź kwestionariusze, które pozwalają na opis i ocenę skali zjawiska. Do metod jakościowych możemy zaliczyć, np. obserwację, indywidualne wywiady oraz wywiady grupowe, inaczej badania fokusowe.

Na podstawie badań potrzeb można wyizolować i określić główny problem oraz grupę docelową, której dotyka i do której mają dotrzeć działania określone w programie profilaktycznym. Bezpośrednimi odbiorcami programu mogą być dzieci, rodzice oraz nauczyciele. Działania zawarte w programie profilaktycznym mają zmierzać do zniwelowania bądź wyeliminowania określonego

[4] B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2012.
[5] Eadem, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2017.

problemu poprzez ograniczenie i likwidację czynników ryzyka oraz wspieranie czynników chroniących.

„Czynniki ryzyka to cechy, sytuacje i warunki sprzyjające powstawaniu zachowań ryzykownych”[6], natomiast „czynniki chroniące to cechy, sytuacje i warunki zwiększające odporność na działanie czynników ryzyka”[7].

Czynniki ryzyka mogą mieć związek z:

- rodziną / rodzicami / opiekunami (np.: dysfunkcyjna rodzina, słabe więzi emocjonalne, brak zainteresowania potomstwem, brak prawidłowych wzorców językowych);
- edukacją (np.: trudności i niepowodzenia przedszkolne, szkolne, negatywny stosunek do szkoły/ przedszkola, brak wsparcia ze strony nauczycieli);
- grupami rówieśniczymi (np.: częstotliwość i jakość kontaktów z rówieśnikami);
- indywidualnymi cechami (np.: temperament, nadpobudliwość, porywczość, impulsywność, skrytość, deficyty rozwojowe);
- środowiskiem (wysoka dostępność mediów);
- zdrowiem (np.: obciążenia genetyczne, komplikacje w ciąży i podczas porodu, nawracające infekcje, warunki anatomiczne, napięcie mięśniowe)

Do czynników chroniących możemy przykładowo zaliczyć:

- dobre relacje z rodzicami oparte na zaufaniu, więzi emocjonalnej,
- zaangażowanie rodziców w prawidłowy rozwój dziecka, zaspokajanie potrzeb dziecka,
- stymulujące środowisko rodzinne i szkolne,
- wysoką świadomość rodziców,
- dobre relacje z rówieśnikami – poczucie akceptacji i wsparcia,
- radzenie sobie z negatywnymi emocjami,
- wsparcie ze strony specjalistów – pedagog, logopeda, psycholog,
- ścisłą współpracę rodziców i placówki,
- prawidłowy przebieg pre-, peri- i postnatalny.

Określenie celów

Cele programu wskazują na to, „co chcemy osiągnąć?” i „dokąd zmierzamy?”. Konstruując program, należy określić cel główny oraz cele szczegółowe. Za cel

[6] J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2015, s. 14.
[7] Ibidem.

główny uważa się ostateczny wynik, który chcemy osiągnąć w realizowanym programie, natomiast za cele szczegółowe drogi, które prowadzą do osiągnięcia celu głównego. Cel główny może być jeden i odnosić się do ogółu działań programu bądź może być ich kilka, można także formułować cele, biorąc pod uwagę ukierunkowanie na danych członków programu, np.:

- ukierunkowane na dziecko – wczesna diagnoza nieprawidłowości w rozwoju mowy, usprawnianie procesu komunikacji,
- ukierunkowane na rodzica – podjęcie współpracy i włączenie rodziców do działań profilaktycznych, udzielenie pomocy w zakresie kontaktu z odpowiednimi specjalistami (audiolog, ortodonta, psycholog, laryngolog),
- ukierunkowane na nauczyciela – podnoszenie kompetencji nauczycieli w tematyce zaburzeń rozwoju mowy / pochodzenia wad wymowy; zwiększenie intensywności współpracy rodzic - logopeda - nauczyciel.

Wyróżniamy trzy grupy, na które należy zwrócić uwagę w trakcie formułowania celów szczegółowych:

a) cele poznawcze – dotyczące wiedzy, poznania i zrozumienia;
b) cele afektywne – odnoszące się do postaw, opinii i przekonań, ich kształtowania i zmiany;
c) cele behawioralne – nawiązujące do zachowań, umiejętności i sposobów postępowania[8].

Przykład sformułowania celów w dziedzinie profilaktyki logopedycznej:

Cel główny – zapobieganie powstawaniu wad wymowy u dzieci.

Cele szczegółowe – przekazywanie rodzicom wiedzy z zakresu przyczyn powstawania wad wymowy oraz działań, które im zapobiegają, kształtowanie postaw rodziców mających na celu zapobieganie powstawaniu wad wymowy u dzieci, np. zrezygnowanie ze smoczka po 1. roku życia dziecka, kształtowanie u rodziców umiejętności, które przyczynią się do zapobiegania wadom wymowy, np. regularne ćwiczenia z dziećmi.

W prawidłowym formułowaniu celów może okazać się przydatna tzw. zasada SMART – skrót pochodzący od pierwszych liter:

- specyficzny – cel powinien być konkretny, sformułowany w sposób precyzyjny,
- mierzalny – możliwość sprawdzenia, czy cel został osiągnięty,
- akceptowalny – sformułowany zgodnie z prawem, etyką,
- realistyczny – wykonalny, realny, możliwy do osiągnięcia,
- terminowy – zrealizowany w ustalonym czasie.

[8] B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, op. cit.

Dobór metod i technik

Dokładne wyłonienie celów, a przy tym oczekiwanych wyników, daje nam możliwość doboru odpowiednich metod i technik pozwalających na ich osiągnięcie. W trakcie selekcjonowania i wyboru należy wziąć pod uwagę kilka ważnych aspektów, którymi są przede wszystkim:

- odpowiednie dopasowanie metody / techniki, tak, aby była najbardziej skuteczna do osiągnięcia zamierzonego celu,
- odpowiednie warunki, czyli dopasowanie metody / techniki do ilości oraz wieku uczestników, a także ich indywidualnych cech,
- akceptacja ze strony uczestników, dokładniej wzięcie pod uwagę ich doświadczenia, znajomości konkretnych metod/ technik oraz ich przekonania i odczucia,
- kompetencje osoby prowadzącej i jej doświadczenie w stosowaniu konkretnych metod / technik.

Tabela 1. Przykładowe metody i techniki dobrane do sformułowanych celów

Cel	Przykłady metod i technik
Przekazywanie informacji (faktów) z zakresu rozwoju mowy – przyczyn powstawania wad wymowy oraz działań, które im zapobiegają	Przekazywanie niezbędnych informacji w formie wykładu, dyskusji; przedstawianie materiałów wizualnych (filmy, nagrania); wykorzystanie pomocy w formie broszur bądź ulotek związanych z tematyką profilaktyki logopedycznej, przedstawienie literatury zgodnej z tematyką
Kształtowanie postaw mających na celu zapobieganie powstawaniu wad wymowy u dzieci	Organizacja spotkań z rodzicami – wykłady/ dyskusje, przeprowadzenie „burzy mózgów" w celu dostrzeżenia problemu, przedstawienie statystyk, własnych doświadczeń, modelowanie właściwych postaw przez realizatora programu, ukierunkowanie
Kształtowanie umiejętności, które przyczynią się do zapobiegania wadom wymowy	Obserwacja pracy logopedy z dzieckiem; metoda pokazu – przykładowe ćwiczenia oddechowe i artykulacyjne wspomagające prawidłowy rozwój mowy; filmy instruktażowe

Źródło: opracowanie własne.

Identyfikacja zasobów i finansowania

Do skonstruowania programu profilaktyki logopedycznej wymagane jest określenie oraz zabezpieczenie adekwatnych zasobów, które są niezbędne do realizacji programu. Należy wziąć pod uwagę:

– zasoby ludzkie – jedna bądź kilka osób, które będą realizowały program profilaktyki wraz z ich kompetencjami, doświadczeniem, odpowiednimi umiejętnościami, nastawieniem oraz czasem, jaki mają do dyspozycji. Odnosząc się do programu profilaktyki logopedycznej, rolę realizatorów możemy przydzielić logopedom. Równie ważne są osoby, które będą współpracować przy realizacji programu, mogą to być nauczyciele i rodzice dzieci objętych programem profilaktyki,
– zasoby materialne, środki i pomoce dydaktyczne, literatura, wszelkiego rodzaju materiały,
– czas, jakim dysponują uczestnicy programu.

Osoby odpowiedzialne za realizację programu mogą poszukiwać źródeł jego finansowania, wykorzystując różnorodne dostępne możliwości. Nie zawsze konieczne jest zorganizowanie zewnętrznego finansowania. Realizacja programu może odbywać się z wykorzystaniem dostępnych zasobów bądź ich relokację. Jeśli jednak niezbędne jest skorzystanie z dodatkowych zasobów, można postarać się o uzyskanie wsparcia z zewnątrz. Potencjalnymi oficjalnymi źródłami finansowania mogą być fundusze rządowe bądź mniej formalne zbiórki lub darowizny.

Koszty, które należy zaplanować, są kwestią indywidualną każdego programu profilaktycznego i uzależnione są od wielu czynników. Przykładowo mogą to być:

– honorarium dla osoby / osób, które są odpowiedzialne za realizację programu,
– koszt wynajęcia pomieszczenia / sali, gdzie miałyby się odbyć warsztaty / wykłady dla rodziców oraz nauczycieli,
– koszt zakupu materiałów pomocniczych do realizacji programu – przykładowe materiały dydaktyczne do pracy z dzieckiem, narzędzia pomocnicze, literatura, ulotki profilaktyczne dla rodziców i inne.

Opracowanie programu i jego realizacja

Program profilaktyki wymaga, podobnie jak i inne programy, dobrego zarządzania i szczegółowego planowania. Zarządzanie, organizacja oraz aspekty praktyczne muszą być dokładnie rozważone i odpowiednio opracowywane.

Rozpoczęcie realizacji programu uzależnione jest od uruchomienia dostępnych zasobów oraz zbadania, w razie konieczności, nowych. Podręczniki z zakresu zarządzania projektami zawierają niezbędne informacje, jak planować i zarządzać projektami.

Istotnym i pierwszym etapem jest:

1) **Zaplanowanie programu.** Przedstawienie planu projektu (sporządzony powinien być na piśmie), który dokumentuje wszystkie zadania i procedury wymagane do skutecznej realizacji programu, wskazujące kierunki działania wszystkim członkom personelu. Na późniejszych etapach plan projektu podlega konsultacjom w celu zbadania, czy program realizowany jest zgodnie z zamierzeniami i czy wymaga modyfikacji.

2) **Określenie wymagań finansowych**. Wymagania finansowe (koszty) i wydolność (budżet) programu służą do określenia potrzebnych i dostępnych zasobów. Koszty nie mogą być wyższe od budżetu, w oparciu o który program jest (lub będzie) realizowany. W przypadku konieczności zastosowania większej ilości zasobów niż to aktualnie możliwe, plan finansowy określa dodatkowe formy finansowania lub ewentualne modyfikacje planu projektu.

3) **Powołanie zespołu do realizacji programu**. Zespół składa się z ludzi zaangażowanych w program (np. zarządzanie, realizowanie, ewaluowanie). Członkowie personelu (w tym wolontariusze) powinni być dobierani zgodnie z wymogami prawnymi i potrzebami programu. Wszystkie zadania i obowiązki powinny być rozdzielone stosownie do kompetencji poszczególnych osób.

4) **Rekrutacja i utrzymanie uczestników**. Krok ten oznacz wybór uprawnionych do udziału w programie osób z grupy docelowej, udzielanie im informacji na temat programu oraz dbanie o to, by włączyli się w ustalone działania profilaktyczne. Z kolei utrzymanie oznacza dbałość o to, by zostawali w programie do czasu jego ukończenia i/lub osiągnięcia celów programowych. Należy identyfikować a następnie usuwać bariery utrudniające uczestnictwo w programie.

5) **Opracowanie materiałów do realizacji programu**. Należy rozważyć zastosowanie odpowiednich materiałów, takich jak: materiały służące realizacji programu profilaktyki, narzędzia do monitoringu, wyposażenie techniczne, otoczenie fizyczne (np. pomieszczenia) itp. Dzięki temu możliwa jest realizacja planu finansowego oraz podjęcie działań w celu pozyskania odpowiednich materiałów. W przypadku korzystania z materiałów (np. podręczniki, filmy, strony internetowe) należy zadbać o ich wysoką jakość a także o to, by były one odpowiednie dla użytkowników.

6) **Opis programu**. Pisemny opis programu powinien w czytelny sposób go charakteryzować. Jego celem jest dostarczenie informacji potrzebnych dla potencjalnych interesariuszy (np. grupa docelowa, sponsorzy itp.). Działania programu profilaktycznego powinny być opisane szczegółowo, chociaż poziom szczegółowości zależeć będzie od zakresu programu oraz potencjalnych odbiorców.

Programowi profilaktyki logopedycznej towarzyszą również odpowiednie badania (np. ocena potrzeb, ewaluacja), działania administracyjne (np. zarządzanie projektem, zbieranie funduszy, szkolenie personelu, rozpowszechnianie programu itp.). Jedynie specjalnie opracowana procedura planowania i realizacji może zapewnić prawidłową koordynację tych wszystkich aspektów oraz metodyczne przygotowanie i wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych objętych programem. Najważniejszy w tym względzie jest pisemny plan projektu, który określa główne zadania i strategie wymagane do skutecznej realizacji programu.

Plan powinien być wykorzystywany do śledzenia i dokumentowania realizacji, badania, czy realizacja jest zgodna planem projektu, dokonywania przeglądu postępów w realizacji oraz uzasadniania zmian (np. w zakresie harmonogramu). Jeśli będzie wykorzystywany w ten sposób, stanie się ważnym źródłem informacji w ewaluacji procesu oraz pracach nad raportem końcowym.

Plan projektu jest istotnym narzędziem, nawet, jeśli faktyczna realizacja nie przebiega zgodnie z pierwotnymi założeniami (np. dokonano zmian harmonogramu). Warto zaznaczyć, iż często pojawiają się plany alternatywne (awaryjne), umożliwiają realizatorom skuteczne rozwiązywanie nieoczekiwanych trudności. Poziom szczegółowości w planie projektu zależy od uwarunkowań programu. Powinien on być na tyle złożony, by być użyteczny dla zespołu a jednocześnie nie stać się wyłącznie dokumentem – „papierkiem", który nie ma dla programu praktycznej wartości.

Istotne jest, aby przedstawiciele wszystkich grup uczestniczących w procesie brali udział w przygotowywaniu programu (np. grupa docelowa, organizacja-beneficjent).

Działania profilaktyczne muszą być prowadzona zgodnie z planem projektu. Wierność oznacza tu stopień, w jakim realizacja programu pokrywa się z pierwotnym. Jeśli, na przykład, członkowie personelu (nauczyciele) dokonają nieplanowanych zmian, takich jak zmniejszenie liczby godzin pracy z dziećmi bądź modyfikacja treści programowych, wówczas może to mieć wpływ na wynik podjętych działań profilaktycznych.

Istotne dla przebiegu projektu jest więc zaplanowanie, jak realizowany będzie program.

Musimy zdefiniować, kto i jakie zadania będzie wykonywał, jak, kiedy i gdzie ? Jest to niezbędne w dużych programach, w których korzystnie jest wyróżnić pewne elementy i szczegółowo zaplanować najważniejsze zadania. Można także przygotować zestawy scenariuszy dostosowane do poszczególnych celów szczegółowych.

W czasie realizacji programu, zgodnie z ustalonym planem, dokonujemy systematycznie oceny jej przebiegu i wyników według założeń opracowanych

w etapie planowania. Osiągnięte wyniki stanowią podstawę do ewentualnej korekty ustalonego planu.

Przy analizowaniu przyczyn (nie)osiągnięcia wyników, należy pamiętać o tym, co działo się w trakcie realizacji działań profilaktycznych. Należy zatem systematycznie dokumentować kolejne czynności podejmowane w fazie realizacji w rzetelny sposób, uwzględniając wszelkie odchylenia od pierwotnego planu oraz inne godne uwagi wydarzenia (np. niepowodzenia, nieprzewidziane wypadki). Dokumentowanie realizacji tych działań jest pomocne w prowadzeniu sprawozdawczości i ewaluacji procesu na późniejszych etapach projektu.

Monitoring w fazie realizacji

Nawet jeśli działania logopedyczne dotyczące programu profilaktyki są dobrze przygotowane, przetestowane zgodnie z planem, nie ma gwarancji, że gdy przejdą w fazę realizacji przebiegnie ona gładko i przyniesie oczekiwane wyniki.

Na tym etapie należy zatem często dokonywać przeglądu monitorującego, aby zidentyfikować pojawiające się problemy oraz móc odpowiednio na nie zareagować.

Monitoring przez szerokie grona osób rozumiany jest jako zewnętrzna kontrola jakości (np. wymóg nadsyłania sponsorom okresowych raportów z realizacji programu) lub jako zbieranie danych do zewnętrznej analizy (np. dane wymagane przez zleceniodawcę do zbadania stopnia realizacji zadań na szczeblu regionalnym).

Pomimo iż realizatorzy programu mogą wykorzystywać dane z przeglądów monitorujących do raportów z realizacji programu to jednak głównym celem monitoringu jest stymulowanie wewnętrznej kontroli jakości.

W ramach monitoringu, dane wyniku i procesu są okresowo zbierane i analizowane. Stan realizacji porównywany jest z ustaleniami planu projektu.

Celem monitoringu jest między innymi zrozumienie czy program jest:

- realizowany zgodnie z zamierzeniami (np. według planu projektu);
- adekwatny do potrzeb uczestników (np. Czy przygotowane ćwiczenia, zadania z zakresu profilaktyki logopedycznej nie są zbyt trudne dla dedykowanej im grupy wiekowej?);
- etyczny (np. Czy rodzice dzieci mają jakieś zastrzeżenia? Czy nauczyciele postępuję właściwie?);
- skuteczny (np. Czy postępy dzieci objętych programem są zgodne z oczekiwaniami?);

– wykonalny (np. Czy cele programowe mogą zostać osiągnięte? Czy możliwa jest wierna realizacja?).

Monitoring służy dbałości o wysoką jakość realizacji programu. Ponadto, umożliwia realizatorom doskonalenie działań profilaktycznych poprzez identyfikowanie i reagowanie na problemy zanim te zagrożą skuteczności programu.

Przerwy między przeglądami monitorującymi muszą być optymalne.

Jeśli przeglądy są prowadzone bardzo często, przerwy mogą być za krótkie, by zauważyć zmiany, przeglądy mogą też wymagać użycia zbyt wielu zasobów. Z drugiej strony, jeśli przerwy między przeglądami są zbyt długie, mogą pojawić się problemy, które staną się na tyle poważne, że utrudnią rozwiązanie zanim zostaną zauważone.

Należy również nadmienić, iż monitoring sprawuje jeszcze jedną bardzo ważną rolę – stanowi alternatywę dla złożonych i formalnych ewaluacji w przypadku, gdy wspomniane nie są uważane za zasadne czy wykonalne.

Na etapie opracowywania programu należy skoncentrować się na ustaleniu narzędzi monitoringu oraz sposobów sprawowania kontroli nad realizacją programu. Mogą to być np. zapisy w dzienniku dyżurów, wpisy do kart obserwacyjnych, sprawozdania i inne formy rejestracji działań. Monitoring jest podstawą przeprowadzenia ewaluacji.

Ewaluacja

1. Definicje

Istnieje wiele definicji terminu „ewaluacja". Według *Słownika Języka Polskiego* to „określenie wartości czegoś"[9]. Tak więc istotnym elementem ewaluacji jest wartościowanie, czyli rozpoznanie, czy otrzymane rezultaty działań są cenne i istotne. Tę prostą definicję doprecyzowuje Leszek Korporowicz, pisząc, że jest to „systematyczne badanie wartości lub cech konkretnego programu, działania lub obiektu z punktu widzenia przyjętych kryteriów w celu jego usprawnienia, rozwoju lub lepszego rozumienia"[10]. W edukacji ewaluację postrzega się jako „systematyczne gromadzenie informacji o programie w celu umożliwienia podejmowania decyzji o przyszłości programu (np. kontynuacji, replikacji, modyfikacji, zaniechaniu)"[11].

Analiza definicji dostępnych w różnych opracowaniach pozwala dostrzec, że ich wspólnym elementem jest cel ewaluacji, jakim jest zdobycie dodatkowej

[9] http://sjp.pwn.pl/sjp/ewaluacja;2557271.html [dostęp: 23.04.2022].

[10] L. Korporowicz, *Interakcyjna misja ewaluacji*, [w:] *Rozumienie zmian społecznych*, red. E. Hałas, Lublin 2001, s. 103-104.

[11] Z. B. Gaś, *Profilaktyka w szkole*, Warszawa 2006, s. 203.

wiedzy umożliwiającej ocenę jakości/wartości programu. Wiedza ta jest przydatna w podejmowaniu decyzji o jego dalszym upowszechnianiu, kierunku rozwoju czy wprowadzeniu modyfikacji. Ewaluacja jest procesem, w którym warto poddać analizie odpowiedzi na pięć pytań:

- CO?, czyli problem obszaru tematycznego ewaluacji,
- KTO?, czyli problem osób przystępujących do przeprowadzenia ewaluacji,
- KOGO?, czyli problem psychologicznej specyfiki osób poddanych ewaluacji,
- CZYM?, czyli problem narzędzi zastosowanych w celu pozyskania danych empirycznych,
- W JAKIM CELU?, czyli problem zakresu wykorzystania przeprowadzonej ewaluacji[12]

Ewaluacja to również badanie (ocena) wartości programu i określenie, czy spełnia on kryteria stawiane programom profilaktycznym takie jak: skuteczność (czy cele programu zostały zrealizowane), efektywność (jaki był koszt uzyskania planowanych wyników), użyteczność (czy program przyczynił się do zaspokojenia potrzeb grupy docelowej) i trwałość (czy zmiany będą trwały po zakończeniu programu). Jej istotą jest systematyczne zbieranie informacji o programie, a nadrzędnym poprawa jakości projektu. Ze względu na cel i etap wdrażania programu wyróżnia się ewaluację procesu, formatywną i sumatywną (konkluzywną, wyników), natomiast ze względu na osobę ewaluatora wyróżniamy ewaluację wewnętrzną i zewnętrzną.

Ewaluacja procesu

Ewaluacja procesu jest najbardziej podstawową formą oceny podejmowanych działań. Jej celem jest zbadanie procesu wdrażania programu. Dokonując oceny procesu realizacji programu, zbieramy informacje o tym, jak program był realizowany, w jakim stopniu udało się go zrealizować (które z zaplanowanych elementów programu zostały zrealizowane, a które nie i dlaczego), kto brał w nim udział, które działania były dobrze przyjęte przez odbiorców, a które nie i dlaczego, czy zaistniały jakieś trudności i jakie były sposoby ich rozwiązania itp. W ewaluacji procesu wykorzystywana jest między innymi analiza dokumentacji programu i informacje zwrotne od beneficjentów projektu.

[12] A. Brzezińska, J. Brzeziński, *Metodologiczne problemy ewaluacji programów profilaktycznych stosowanych wobec młodzieży*, [w:] *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, red. J. Ł. Grzelak. M. J. Sochocki, Warszawa 2001, s. 117-145.

Ewaluacja formatywna

Celem ewaluacji formatywnej jest optymalizacja działań zaplanowanych w programie. Zbierane w jej procesie informacje odpowiadają na pytanie, czy i na ile zaplanowane działania (techniki i metody wpływu) przyczyniają się do realizacji celów programu (ogólnego i szczegółowych). Wyniki ewaluacji formatywnej służą do wyboru tych działań lub rozwiązań, które dają największą gwarancję osiągnięcia zamierzonych efektów. Przykładowe techniki badawcze wykorzystywane w procesie ewaluacji formatywnej obejmują m.in.: schemat pretest-postest z wykorzystaniem kwestionariusza (badanie zmian w zakresie wiedzy), indywidualne wywiady pogłębione z uczestnikami zajęć (zbieranie opinii o zawartości programu, jego realizacji) itp. Ten rodzaj ewaluacji jest szczególnie użyteczny na etapie tworzenia programu profilaktycznego – wnioski z niej wynikające są podstawą przygotowania końcowej wersji programu.

Ewaluacja sumatywna (konkluzywna, wyników)

Przedmiotem ewaluacji sumatywnej jest ocena skuteczności działań podjętych w ramach programu profilaktycznego – mówiąc najprościej, odpowiada ona na pytanie, czy zrealizowano cele zakładane w programie, a więc, czy zostały osiągnięte bezpośrednie i/lub odroczone wyniki programu. Skuteczność programu określa się za pomocą stopnia osiągnięcia zamierzonych efektów, ich trwałości oraz rodzaju wpływu na otoczenie (czy jest to wpływ pozytywny, czy nie). Metodologia stosowana do oceny skuteczności projektów profilaktycznych opiera się najczęściej na schematach eksperymentalnych lub quasi-eksperymentalnych. Badania prowadzone są z podziałem na grupę kontrolną (np. klasę uczniów nieuczestniczących w programie) i grupę eksperymentalną poddawaną oddziaływaniom programu. Wymagany jest losowy dobór próby badawczej oraz wykonanie pomiaru przed i po zakończeniu interwencji (pretest-posttest). Dopuszcza się też wykorzystywanie w ramach badań ewaluacyjnych metodologii jakościowej (np. w przypadku projektów typu „harm reduction", w których trudno stosować schemat eksperymentalny).

Ewaluacja zewnętrzna

Ewaluacja realizowana przez ekspertów spoza organizacji wdrażającej program, którzy nie są zaangażowani w tworzenie i wdrażanie projektu. Ten rodzaj ewaluacji jest szczególnie przydatny na etapie badań ewaluacyjnych z udziałem odbiorców programu. Realizacja badań bezpośrednich wśród respondentów przez zewnętrznych ewaluatorów zapewnia znacznie większą poufność i anonimowość, niż w przypadku ewaluatorów wewnętrznych, przez co zwiększa otwartość i szczerość opinii badanych.

Ewaluacja wewnętrzna
Ewaluacja prowadzona przez osoby zatrudnione w organizacji wdrażającej program, np. autorów, realizatorów. Na ogół wykorzystywana jest na etapie tworzenia i wdrażania programu.

Ewaluacja demokratyczna
Nastawiona jest na uwzględnienie różnych interesów i punktów widzenia uczestniczących w niej stron zgodnie z ich własną definicją i interpretacją. Ewaluator jest w tym przypadku nie tyle osobą formułującą oceny, ile pośrednikiem w wymianie informacji, przekonań i doświadczeń, i to w sposób, który nie pozbawia nikogo kontroli nad ich użyciem i interpretacją.

Triangulacja
Triangulacja polega na stosowaniu wielu metod badawczych, technik oraz źródeł danych w celu skonfrontowania otrzymanych informacji i ich podsumowania, dzięki czemu zmniejsza się błędy pomiaru, a tym samym zwiększa się jakość i wiarygodność badania. Przykładem triangulacji może być np. zaangażowanie w proces badawczy więcej niż jednego ewaluatora (triangulacja badacza), wykorzystywanie różnych źródeł danych (triangulacja danych) czy triangulacja metodologiczna polegająca na zróżnicowaniu metod badawczych. Triangulacja jest często stosowana w studium przypadku.

Programy profilaktyczne spełniające standardy jakości zamieszczone są w bazie programów rekomendowanych prowadzonej przez KBPN, PARPA, IPIN i ORE. Krajowa baza danych obejmuje m.in. programy ograniczające popyt na substancje psychoaktywne, realizowane z poziomu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej, a także promocji zdrowia. Każdy program w bazie jest szczegółowo opisany. Metryczka programu zawiera opis poszczególnych modułów programu i sposobu jego wdrażania, status ewaluacji, opis wypracowanych produktów itp.

Za najważniejsze elementy ewaluacyjne uznaje się: ewaluację wstępną, ewaluację bieżącą, ewaluację końcową i ewaluację odroczoną.

Ewaluacja przygotowanego projektu przed rozpoczęciem jego realizacji – chodzi tu o analizę jakości programu, który ma być realizowany, o wskazanie tych jego elementów czy aspektów, które nie wymagają już żadnych korekt i takich, nad którymi warto się jeszcze zastanowić. Warto, aby takie działania ewaluacyjne typu „tuż przed" (tj. tuż przed opublikowaniem programu lub tuż przed rozpoczęciem jego realizacji) przeprowadziły niezależnie od siebie trzy grupy osób:

twórcy (byłby to dla nich taki „rachunek sumienia", czyli „ostatni rzut oka na całość"), potencjalni realizatorzy (byłaby to dla nich „próba generalna na sucho") i koniecznie – niezaangażowanie emocjonalnie tzw. ewaluatorzy zewnętrzni (czyli patrzący „chłodnym, acz życzliwym okiem" eksperci; mogą nimi być, np. osoby reprezentatywne dla grupy adresatów projektu).

Niektóre źródła określają ten jako ewaluację wstępną – gdyż prowadzona jest dla celów diagnostycznych, dla zdobycia odpowiedzi na pytanie – czy istnieje potrzeba wprowadzenia Programu? Prowadzona jest przez logopedę, dyrektora placówki lub nauczyciela.

Taka wszechstronna ewaluacja miałaby rzeczywiście charakter w pełni proaktywny, a więc formujący czy modyfikujący przyszłe działania. Podkreślamy z naciskiem – jej celem nie jest wprowadzenie zmian do tego, nad czym z takim zaangażowaniem pracowało przez długi okres czasu wiele osób, czyli nie chodzi tutaj „o szukanie dziury w całym", jej celem jest upewnienie się, że nie trzeba wprowadzać żadnych zmian, że można rozpoczynać działania, że wszystko jest w porządku.

Ewaluacja dokonywana w trakcie realizacji projektu – jej celem jest monitorowanie zmian wywoływanych realizowaniem kolejnych zadań i to na trzech poziomach: zmian bezpośrednich, tj. związanych stricte z realizowanymi zadaniami oraz zmian pośrednich, ubocznych, nie zawsze pożądanych – zmian indywidualnych, czyli „widocznych" u poszczególnych uczestników programu oraz zmian w grupie, którą razem tworzą.

Ewaluacja ta nazywana bywa też ewaluacją bieżącą – prowadzona jest w celu nanoszenia szybkich korekt. Ma dać odpowiedź na pytanie – czy realizacja Programu przez logopedę zmierza do osiągnięcia zakładanych przez program celów? Jej zakres zależny jest od doświadczeń zawodowych logopedy. Dotyczy zarówno autora, jak i realizatora programu, który może proponować niezbędne zmiany.

Ewaluacji tej dokonują przede wszystkim osoby realizujące program profilaktyczny, to im zbierane informacje są najbardziej potrzebne „na gorąco" po to, by budować ich osobiste poczucie kompetencji i sprawstwa i dawać im pewność podążania we właściwym kierunku, a tym samym możliwość wprowadzania niezbędnych korekt tak szybko, jak to tylko możliwe. Z drugiej strony, choć zwiększa to – czasami znacznie – koszty realizacji programu, warto zaprosić do takiej „towarzyszącej" i „kroczącej" ewaluacji inne osoby, niepozostające w żadnym związku ani z twórcami, ani z realizatorami programu. Ich ogląd sytuacji może mieć niezwykle duże znaczenie właśnie z perspektywy wzmacniania zaangażowania realizatorów, ich pozytywnej samooceny.

Ewaluacja końcowa – działania podejmowane po zakończeniu realizacji programu mają dostarczyć przede wszystkim informacji co do poziomu / jakości zrealizowanych celów, mają więc służyć jako podstawa przy udzielaniu odpowiedzi na pytanie: czy zakładane cele zostały osiągnięte, na jakim poziomie, w jakich obszarach, jak zrealizowano program i w jakim zakresie? Wymaga to użycia odpowiednich narzędzi „sprawdzających" jakość uzyskanych efektów. Taka ewaluacja ma jednak tylko charakter reaktywny – informuje bowiem o tym, jak jest, ale nie pozwala już na wprowadzenie żadnych zmian, co najwyżej w przypadku stwierdzenia istotnych rozbieżności między celami zakładanymi a zrealizowanymi pozwala na wprowadzenie korekt do przyszłych działań, i tylko w tym sensie jest proaktywna, formatywna.

Proponuje się przeprowadzenie jej po roku od wprowadzenia programu w placówce w postaci anonimowej ankiety dla wszystkich nauczycieli.

Ewaluacja odroczona – przeprowadzana jest w celu zebrania informacji służących dokonaniu oceny trwałości uzyskanego efektu końcowego; najczęściej przeprowadzana jest przez wynajętą osobę lub zespół osób. Może przybierać postać pośrednią, gdy uczestnikom programu wysyła się kwestionariusze z prośbą o udzielenie odpowiedzi na zawarte w nich pytania, takie kwestionariusze mogą też wypełniać np. rodzice lub nauczyciele – uczestników programu profilaktycznego. Może przybrać postać bezpośrednią – prowadzenia rozmów z uczestnikami lub związanymi z nimi osobami, które bezpośrednio mogą doświadczać skutków uczestniczenia w jakimś programie. Może także polegać na dokonywaniu obserwacji w naturalnych siedliskach uczestników programu, wreszcie może to być analiza jakichś wskaźników obiektywnych, np. zmiana liczby osób popełniających dane wykroczenie, zmiana częstości danego zachowania, pojawienie się nowych zachowań itp.

Ewaluacja odroczona odbywa się w ostatniej fazie oceny realizacji programu planowane jest odroczone badanie opinii wybranych rodziców o efektach terapii (po 2 latach) oraz badanie skuteczności programu wykonywane przez autora i zespół wspierający. Badanie to przeprowadzone zostanie poprzez zgromadzenie informacji o wykorzystaniu programu w pracy logopedów w różnych środowiskach, podsumowanie głosów e-mailowych oraz podsumowanie ankiety ewaluacyjnej dla osób zainteresowanych wyrażeniem opinii o przydatności programu.

2. Ewaluatorzy

Jeżeli jeden zespół osób tworzy, realizuje i próbuje poddać ewaluacji program działań profilaktycznych, co nie jest działaniem polecanym, ale dość często występującym,

wówczas należy się liczyć z wystąpieniem efektu wpływu oczekiwań interpersonalnych (Rosenthal, 1994, 1996) oraz związanego z nim efektu wpływu lęku przed oceną (Rosenberg, 1991a, 1991b) na zachowanie wszystkich osób włączonych w każdy etap realizowania programu profilaktycznego. Zespół osób, który cechuje dobre wewnętrzne porozumienie, to zespół efektywny. U podstaw owego porozumienia leży podzielanie idei i związanych z nią wartości, zgoda co do kierunku działania, celów ogólnych i szczegółowych, akceptowanie procedury postępowania. To wszystko gwarantuje spójność oddziaływań i stanowi o sile zespołu.

Jednocześnie jednak jest to obszar potencjalnych zagrożeń, związany przede wszystkim z tym, iż osobom blisko ze sobą powiązanym trudno jest utrzymać niezbędny wobec zadania dystans. Trudno im też dokonywać w miarę obiektywnej oceny prawidłowości przebiegu zaplanowanego procesu oraz analizy tego, co się dzieje w trakcie realizacji kolejnych zadań.

Jednym ze sposobów poradzenia sobie z tą sytuacją jest wyraźne ustalenie celów i zadań koniecznych do zrealizowania w etapie tworzenia programu, przygotowywania się do jego realizacji, samej realizacji i wreszcie wszystkich ogniw procesu ewaluacji. Konsekwencją tego będzie równie jasne określenie koniecznych do ich realizacji kompetencji i przydzielenie zadań określonym osobom. Dzięki temu określone zostają także granice odpowiedzialności wszystkich członków zespołu.

3. Uczestnicy i charakterystyka przebiegu badań ewaluacyjnych

Badania ewaluacyjne prowadzone są nie na całej populacji, ale na jej „fragmencie", zwanym próbą. Prowadzone są też w określonych warunkach i w określonym czasie. Każdy zatem badacz musi – zanim przystąpi do interpretacji treściowej uzyskanego rezultatu badawczego przyjmującej jako punkt wyjścia jakiś paradygmat – udzielić odpowiedzi na cztery fundamentalne pytania. Te pytania odnoszą się do zakresu (zasięgu) wniosków przez niego formułowanych. Inaczej mówiąc, dookreślają ich reprezentatywność.

Te pytania odnoszą się do:

a) charakterystyki próby – problem reprezentatywności osób występujących w roli uczestników badania względem osób, które poddane zostaną określonym oddziaływaniom opartym na wnioskach wyciągniętych z tego badania;
b) charakterystyki sytuacji badawczej – problem reprezentatywności sytuacji, w której przeprowadzono badanie ewaluacyjne względem

innych sytuacji, do których będą odniesione wnioski z badania ewaluacyjnego. Do charakterystyki sytuacji badawczej należy też włączyć osoby prowadzące zaplanowane działania, np. nauczyciele prowadzący ćwiczenia logopedyczne pomagający w objętej programem grupie dzieci kształtować dobre nawyki;

c) charakterystyki czasowej przeprowadzonego badania – problem reprezentatywności czasu, w jakim przeprowadzono badanie ewaluacyjne względem czasu, w jakim rezultat tego badania jest wykorzystywany jako podstawa dla wniosków i planowania określonych działań podejmowanych aktualnie;

d) charakterystyki procedury operacjonalizacji zmiennych zaliczonych do obrazu przestrzeni zmiennych istotnych dla zmiennej zależnej – problem reprezentatywności operacjonalizacji zmiennych, a zwłaszcza zmiennej zależnej, względem innych możliwych sposobów operacjonalizacji zmiennych, do których może odwołać się badacz, który zechce, na przykład, powtórzyć badanie ewaluacyjne, ale ze zmienioną procedurą operacjonalizacji, albo gdy z ważnych powodów psychometrycznych zmieni procedurę operacjonalizacji w fazie posttestu badania ewaluacyjnego.

Obecnie coraz powszechniejszą praktyką jest prowadzenie ewaluacji procesu niż wyniku. Jednak ewaluacje procesu nie mogą zastąpić ewaluacji wyniku w przypadku, gdy realizator pragnie poznać skutki interwencji wśród uczestników (np. zadowolenie rodziców z prowadzonych działań nie będzie właściwym wskaźnikiem skuteczności programu profilaktycznego).

W rzeczywistości istnieje wiele barier uniemożliwiających dokładną ewaluację. Do najczęstszych barier należą koszty związane z ewaluacjami wyniku (np. w zakresie zbioru i analizy danych), brak zasobów finansowych (np. środków starcza jedynie na wdrożenie programu a już nie na ewaluację), brak zasobów ludzkich (np. niezbędna wiedza fachowa), brak wsparcia technicznego (np. w zakresie zbioru i analizy danych) oraz wykonalność. Większość z tych barier dotyczy ewaluacji procesu, chociaż niektóre odgrywają większą wagę w przypadku ewaluacji wyniku.

W efekcie, schemat ewaluacji musi odpowiadać zasobom, do których realizator ma (lub ma szansę mieć) dostęp.

Ewaluacje wyniku i procesu powinny być zawsze prowadzone w przypadku projektów makro, czyli w przypadku omawianego programu stworzonego w celu udowodnienia skuteczności profilaktyki logopedycznej.

Zalecanym schematem takich ewaluacji są losowe badania kontrolowane, ponieważ generują one dowody najwyższej jakości. Inne schematy powinny być uwzględnianie jedynie w przypadku braku możliwości wykonania badań losowych.

W przypadku projektów mikro realizowanych przy ograniczonych zasobach, należy przeprowadzić ewaluację procesu w celu uzyskania istotnych informacji na temat jakości programu oraz zbadania, czy zasadne jest przeprowadzenie ewaluacji wyniku.

Należy również rozważyć zastosowanie ewaluacji wyniku wymagających mniejszych zasobów (np. schemat nieeksperymentalny z pomiarami przed i po zakończeniu programu, proste rutynowe ewaluacje z zastosowaniem jedynie kilku wskaźników).

Należy również zdecydować, czy ewaluacje powinny mieć charakter 'wewnętrzny', czy 'zewnętrzny, tzn. być prowadzone przez zespół lub osobę zatrudnioną w danej organizacji czy przez podmiot zewnętrzny (np. uniwersytet, firma doradcza). Oba podejścia mają wady i zalety.

Ewaluator zewnętrzny może być droższy, ale z drugiej strony może dysponować większą wiedzą i zdolnością do obiektywnej oceny. Z kolei ewaluator wewnętrzny może mieć lepszy dostęp do nieformalnych źródeł informacji, jednak może nie dysponować wystarczającą ilością czasu i nie mieć odpowiedniej wiedzy do przeprowadzenia ewaluacji. Wykorzystanie wewnętrznych ewaluatorów wprowadza również pewne ryzyko zafałszowania wyników, z uwagi na fakt, iż ewaluator może chcieć przedstawić organizację i efekty jej działań w bardziej pozytywnym świetle.

Ewaluacja zewnętrzna na ogół postrzegana jest jako właściwszy wariant prowadzenia ewaluacji wyniku, podczas gdy ewaluacje procesu i monitoring mogą lepiej sprawdzać się w przypadku wykonywania ich przez członków personelu podmiotu realizującego dany program profilaktyczny.

4. Wskaźniki i normy ewaluacyjne

W momencie gdy wybrano już odpowiednią formę ewaluacji należy zdefiniować wskaźniki i normy ewaluacyjne (ang. *evaluation indicators and benchmarks*). Wskaźniki ewaluacyjne wskazują, jakie konkretne informacje (dane wyniku i/lub procesu) muszą być zbierane przed, w trakcie i po zakończeniu programu.

Wskaźniki procesu określa się na podstawie celów operacyjnych.

Wskaźniki wyniku, natomiast, określa się na podstawie celów programowych i szczegółowych i dotyczą one zmian u uczestników. Do poszczególnych celów powinien być przypisany co najmniej jeden wskaźnik.

Wskaźniki to mierniki służące do oceny skuteczności programu lub realizacji działań programu.

Zdefiniowane wskaźniki muszą być trafne tzn. właściwe dla obszarów, które mają badać (trafność teoretyczna, ang. *construct validty*). Trafność teoretyczną można ustalić poprzez odwołanie się do modelu teoretycznego i literatury naukowej. Ponadto, z uwagi na fakt, iż wskaźniki pokazują jedynie przybliżony obraz złożonych zjawisk, warto korzystać z kilku wskaźników.

Dla każdego wskaźnika należy również określić normę ewaluacyjną. Dane ze wskaźnika mają postać liczbową lub, w razie braku takiej możliwości, opisową.

Na podstawie wskaźników można dokonać oceny:

1) czy/w jakim zakresie podjęto zaplanowane działania,
2) czy/w jakim zakresie osiągnięto zakładane efekty (wskaźniki mogą także odnosić się do efektywności i odpowiadać na pytanie: czy efekt został osiągnięty z wykorzystaniem przewidzianych środków/nakładów). Dlatego powinny być one mierzalne (sformułowane w wymierny sposób).

Należy pamiętać, że definiowanie wskaźników ma bezpośrednie przełożenie na to, co zostanie uznane za sukces / porażkę w realizacji projektu. To, jak zdefiniuje się wskaźniki, nie zawsze uzależnione jest przez czynniki zewnętrzne (np. możliwe do pozyskania fundusze, które determinują wielkość grupy uczestników zajęć, jakość wydrukowanych materiałów itd.). Chcąc uniknąć arbitralności, formułując wskaźniki, można m.in.:

– skonfrontować definicje osiągnięcia celu/ów, jakie formułują różne podmioty – osoby zainteresowane programem (np. badacze, twórcy i realizatorzy ewaluowanego projektu, rodzice uczniów objętych programem itp.), instytucje;
– sprawdzić, w jaki sposób definiowano wskaźniki w podobnych projektach.

Zwykle rekomenduje się, aby etap formułowania wskaźników poprzedzał realizację programu. Ustalanie ich w trakcie wdrażania zaplanowanych działań lub ex post, czyli po zakończeniu, może stwarzać ryzyko dostosowywania wskaźników do faktycznie zrealizowanego, a nie zaprojektowanego zakresu aktywności. Czasami jednak możliwa jest modyfikacja wskaźników w trakcie realizacji projektu – wówczas gdy zmianie ulega sam projekt, bo np. popełniono błędy podczas

diagnozy, nie dość precyzyjnie określając potrzeby adresatów lub program, przyjmuje do pewnego stopnia otwartą formułę, która dopuszcza dookreślenie pewnych obszarów projektu w trakcie jego wdrażania (na podstawie gromadzonych i na bieżąco analizowanych doświadczeń i danych).

Należy jednak pamiętać, że modyfikacja wskaźników (ewentualnie – procedura ich modyfikacji) powinna być w sposób przekonujący uzasadniona i czytelna, inaczej można narazić się na zarzut nieuprawnionej manipulacji.

Podsumowanie

Ewaluacja jest nieodzownym elementem programów profilaktycznych. Nie wystarczy zaplanować i zrealizować program. Niezbędna jest jego ewaluacja, czyli sprawdzanie:

- jak przebiega realizacja programu? – ewaluacja procesu,
- czy i w jakim stopniu osiągnęliśmy ustalone cele, czy program zakończył się sukcesem? – ewaluacja wyników.

Metody ewaluacji powinny być zaplanowane przed rozpoczęciem programu. Należy ustalić, kto i kiedy dokona ewaluacji? Jakie metody zastosuje? Jakie wybierze wskaźniki i narzędzia do ich zmierzenia?

Ewaluacja programu ma doprowadzić nas do:

- jednoznaczności zapisów programowych,
- wyeliminowanie elementów zbędnych,
- wprowadzenia czynników bardziej skutecznych z punktu widzenia profilaktyki i posługiwania się programem osób zainteresowanych poruszanymi zagadnieniami.

Realizatorzy mogą niepokoić się, że ewaluacje obnażą słabe strony programu. W rzeczywistości, ewaluacja winna być traktowana przez realizatorów jako okazja do zrozumienia, doskonalenia i lepszego promowania programu. Wyniki ewaluacji pomagają ustalić czy program powinien być kontynuowany i jak można go usprawnić.

Niniejszy komponent skupia się na ewaluacji wyniku jako narzędziu oceny osiągania celów programowych i cząstkowych oraz na ewaluacji procesu jako narzędziu do poznania, w jaki sposób cele te zostały osiągnięte lub których nie udało się zrealizować.

Bibliografia

1. Baryła-Matejczuk M., *Konstruowanie szkolnego programu profilaktyki aktualnym zadaniem szkoły*, ORE, 2013 s. 3, www.ore.edu.pl.
2. Borucka A., Kehel B., *Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, profilaktyka" 2021, Vol. 20, nr 3.
3. Brzezińska A., Brzeziński J., *Metodologiczne problemy ewaluacji programów profilaktycznych stosowanych wobec młodzieży*, [w:] *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, red. J. Ł. Grzelak. M. J. Sochocki, Warszawa 2001.
4. Dittfeld B., *Spróbujmy mówić razem*, Kraków 2004.
5. Gaś Z. B., *Profilaktyka w szkole*, Warszawa 2006.
6. Koczurowska J., *Konstruowanie programów profilaktycznych*, [w:] *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, red. G. Świątkiewicz, Warszawa 2002.
7. L. Korporowicz, *Interakcyjna misja ewaluacji*, [w:] *Rozumienie zmian społecznych*, red. E. Hałas, Lublin 2001.
8. Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 1975.
9. Ostaszewski K., *Tradycyjne i współczesne programy profilaktyki uzależnień*, „Serwis Informacyjny. Narkomania" 1996, nr 5.
10. Ostaszewski K., *Tworzenie skutecznych programów profilaktycznych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, https://www.profnet.org.pl/v-tworzenie-skutecznych-programow-profilaktycznych/.
11. Słownik Języka Polskiego, sjp.pwn.pl/sjp/ewaluacja;2557271.html.
12. Szymańska J., *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2015.
13. Szymańska J., Wojcieszek K., *Standardy jakości pierwszorzędowych programów profilaktycznych realizowanych w szkołach i placówkach oświatowych*, Warszawa 2003.
14. Śliwa S., *Profilaktyka Pedagogiczna*, Opole 2015.
15. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2012.
16. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa 2017.
17. Woynarowska B., *Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2009, nr 90 (3).
18. *Europejskie Standardy Jakości w Profilaktyce Uzależnień od narkotyków*, *Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień*, red. J. Węgrzecka-Giluń, A. Malczewski, Luksemburg 2011.
19. *Jak pisać Szkolny Program Profilaktyki Uzależnień? Poradnik dla nauczycieli i opiekunów*", Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, http://opitu.pl/wp-content/uploads/2018/07/Jak-pisa%C4%87-Szkolny-Program-Profilaktyki-Uzale%C5%BCnie%C5%84.pdf.
20. Daszkowska-Kamińska A., Gołdys A., Makowska M., Urbanik A., *Przepis na diagnozę, czyli poznaj młodych i środowisko lokalne*, Warszawa 2013.

Standards of prevention programs

Abstract

The article will present the stages of constructing prevention programs and specific quality standards that they should meet. We hope that the developed scheme of conduct and the guidelines contained therein will be useful to the creators of prevention programs and helpful in selecting the already available prevention programs.

Keywords: prevention program, objectives of prevention programs, needs, evaluation