

SYSTEM REKOMENDACJI

 PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH
I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Warszawa, październik 2010

Opracowanie:

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Anna Radomska

Katarzyna Bonisławska

Kamila Jarmołowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Ośrodek Rozwoju Edukacji

(dawne Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej)

Dorota Macander

Anna Borkowska

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Jolanta Terlikowska

Robert Frączyk

Marcin Jacek Sochocki – (ekspert zewnętrzny)

© Copyright by Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Przygotowanie do druku: Pracownia Graficzna Dąbrowa

ISBN: 978-83-925843-7-7

Egzemplarz bezpłatny

Wydanie sfinansowane ze środków

Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

I. Wstęp	5
II. Założenia	6
III. Podstawy prawne	7
IV. Cele systemu rekomendacji	7
V. Przedmiot rekomendacji	7
VI. Zasięg systemu	7
VII. Metodologia opracowania systemu rekomendacji	8
VIII. Ocena jakości	9
– „Standardy i kryteria oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia w ramach systemu rekomendacji”	10
– Słownik terminów	17
IX. Poziomy rekomendacji	29
X. Zasady i procedury udzielania rekomendacji	30
XI. Wzory dokumentów	31
Kwestionariusz aplikacyjny	31
Arkusze oceny programu	38
XII. Promocja systemu	42
XIII. Instytucje zaangażowane	43

I. WSTĘP

Prace nad systemem rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego zostały podjęte z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2006-2010.

Założenia systemu rekomendacji zostały opracowane 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 na lata 2006-2010 jako odpowiedzialne za realizację działania związanego z systemem rekomendacji, tj. Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodka Rozwoju Edukacji (dawne Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej) oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Ze względu na planowany zakres merytoryczny standardów obejmujący używanie substancji psychoaktywnych do zespołu włączyli się przedstawiciele Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W pracach zespołu uczestniczył ponadto przedstawiciel organizacji pozarządowej – Stowarzyszenia Profilaktyki Problemowej Profipro, jako ekspert zewnętrzny zgłoszony przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Działania związane z weryfikacją koncepcji systemu rekomendacji prowadzone były w oparciu o Porozumienie zawarte w dniu 30 czerwca 2009 roku pomiędzy czterema instytucjami uczestniczącymi w opracowaniu systemu.

Realizację projektu koordynowało Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

II. 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 Planów Działania UE w zakresie Narkotyków. 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 służącym podniesieniu jakości programów zaplanowanym w Krajowym Programie Przeciwdziałania Narkomanii jest opracowanie i wdrożenie systemu rekomendacji programów profilaktycznych w oparciu o kryteria programu EDDRA (Exchange Drug Demand Reduction Action).

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

III. 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;
- Plan Działania UE w zakresie Narkotyków (2009 -2012), Ograniczanie popytu cel 8;
- 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.

IV. CELE SYSTEMU REKOMENDACJI

Cele systemu rekomendacji obejmują:

- podniesienie jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego;
- szersze upowszechnienie sprawdzonych praktyk/programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego;
- popularyzację wiedzy na temat skutecznych strategii profilaktyki oraz metod konstruowania programów.

V. 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.

VI. ZASIĘG SYSTEMU

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

VII. METODOLOGIA OPRAWOWANIA SYSTEMU REKOMENDACJI

Podstawę do opracowania założeń systemu rekomendacji stanowił system oceny i ewidencjonowania programów profilaktycznych w ramach programu EDDRA (Exchange Drug Demand Reduction Action) prowadzonego przez Europejskie Centrum Monitorowania Problemu Narkotyków i Narkomanii (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, m.in. podczas: 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).

Założenia, narzędzia i funkcjonowanie systemu zostały zweryfikowane w trakcie badań pilotażowych przeprowadzonych w 2009 roku przeprowadzonych przez Zespół roboczy przy udziale zewnętrznych ekspertów. Na podstawie pilotażu zmodyfikowano i opracowano końcową wersję procedur i dokumentów.

VIII. OCENA JAKOŚCI

Elementem systemu rekomendacji są szczegółowe wymagania odnoszące się do jakości programu jako całości a także poszczególnych etapów jego realizacji – etapu diagnozy i oceny potrzeb, planowania celów i sposobów ich realizacji, monitorowania i oceny efektów programu w trakcie ewaluacji. Wymagania pogrupowane zostały w kilkanaście kategorii, dla których sformułowano standard oraz kryteria oceny.

„Standardy i kryteria jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” spełniają rolę zaleceń użytecznych przy opracowywania programu; opis sposobu realizacji ww. standardów jest wymagany w przypadku ubiegania się o rekomendację programu. Terminologia zastosowana w „Standardach...” została wyjaśniona w „Słowniku pojęć i terminów”.

STANDARDY I KRYTERIA OCENY JAKOŚCI PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH I PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO W RAMACH SYSTEMU REKOMENDACJI

1. Ogólne dane o programie

- Nazwa programu
- Autorzy programu
- Organizacja/ instytucja odpowiedzialna za program
- Organizacje/instytucje do tej pory realizujące program
- Rodzaj programu
 - Promocja zdrowia psychicznego
 - Profilaktyka uniwersalna
 - 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 zjawiska/ problemu

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. Pomędzy 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 niepożądanego na pożądaną albo utrzymania czy 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 ogólny i szczegółowe 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 możliwe do osiągnięcia w czasie przewidzianym na realizację programu (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 rozwiązywania 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. 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.

8. Działania

Standard

Zaplanowane w programie 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
- Rodzaj, intensywność, długość działań są odpowiednie do specyfiki grupy docelowej
- Rodzaj, intensywność, długość działań są odpowiednie do celu/efektu.

9. Nakłady

Standard

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

Nakłady obejmują kadrę 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.

10. 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 działania programu mają zapewnione odpowiednie nakłady
- Prowadzony monitoring
- Uwzględnianie wyników ewaluacji procesu

- Zaplanowany system szkolenia
- Wdrożony system szkolenia.

11. 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.

12. Ewaluacja formatywna

Standard

Wyniki ewaluacji formatywnej służą opracowaniu końcowej wersji programu, którego skuteczność powinna być badana w trakcie ewaluacji wyników.

Przy opisie programu ewaluacja formatywna może być pominięta, jeżeli przeprowadzona została ewaluacja wyników.

Kryteria oceny:

- Plan ewaluacji z opisem metodologii
- Ewaluacja przeprowadzona
- Wyniki ewaluacji formatywnej

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: sposobu doboru grupy (eksperymentalnej i porównawczej), wielkości 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, a także 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 POJĘĆ I TERMINÓW

Cel ogólny/główny powinien dostarczać odpowiedzi na pytanie, jaki jest oczekiwany efekt końcowy realizacji programu. Osiągnięcie celu głównego nie jest możliwe poprzez realizację pojedynczego elementu programu profilaktycznego lub promocji zdrowia psychicznego. Cel powinien być odpowiedni do zidentyfikowanego problemu, tzn. dotyczyć modyfikacji lub zmiany sytuacji niepożądanego na pożądaną, utrzymania sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna albo dalszego jej ulepszenia.

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.

Cel ogólny np.:

- Ograniczenie spożycia napojów alkoholowych przez uczniów pierwszych klas gimnazjów (grupa odbiorców bezpośrednich). Efekt ten będzie utrzymywał się co najmniej przez dwanaście miesięcy od zakończenia programu.

Cele szczegółowe np.:

- Zwiększenie umiejętności odpierania presji rówieśniczej przez uczniów pierwszych klas gimnazjów (grupa odbiorców bezpośrednich) w efekcie realizacji 3 miesięcznego programu.
- Pogłębienie umiejętności wychowawczych rodziców w zakresie wyznaczania i egzekwowania, zgodnych z ideą programu, zasad dotyczących konsumpcji napojów alkoholowych przez młodzież.

Cele powinny spełniać poniższe kryteria (określone słowem S.M.A.R.T – od pierwszych liter pojęć w języku angielskim):

- odnosić się do grupy docelowej programu (S – specific)
- 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 możliwe do osiągnięcia w czasie przewidzianym na realizację programu (T – timed).

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**

W przypadku czynników związanych z **jednostką** zidentyfikowano na przykład:

- **czynniki ryzyka:** więzi z dysfunkcjonalnymi rówieśnikami, akceptacja zachowań problemowych, wczesna inicjacja zachowań problemowych, negatywne relacje z dorosłymi, skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych, niepowodzenia szkolne.
- **czynniki chroniące:** angażowanie się w działania prospołeczne, zdrowe przekonania i jasne standardy etyczne, pozytywny obraz siebie, negatywne postawy wobec zachowań problemowych, pozytywne relacje z dorosłymi.

2. Zmienne związane z **rodziną**

W przypadku czynników związanych z **rodziną** zidentyfikowano na przykład:

- **czynniki ryzyka:** konflikty rodzinne, prezentowanie przez rodziców zachowań dysfunkcyjnych, społeczna izolacja rodziny, niewystarczająca lub niekonsekwentna dyscyplina wychowawcza.
- **czynniki chroniące:** silne więzi rodzinne, zdrowe przekonania i jasne standardy zachowań, poczucie zaufania w rodzinie, kontrola rodzicielska, zaangażowanie rodziców w życie dziecka.

3. Zmienne związane z **grupą rówieśniczą**

W przypadku czynników związanych z **grupą rówieśniczą** zidentyfikowano na przykład:

- **czynniki ryzyka:** pozostawanie w grupie rówieśniczej przejawiającej zachowania problemowe, istnienie negatywnej presji rówieśniczej;
- **czynniki chroniące:** pozostawanie w grupie rówieśniczej prowadzącej społecznie akceptowany styl życia, istnienie pozytywnej presji rówieśniczej.

4. Zmienne związane ze **szkołą**

W przypadku czynników związanych ze **szkołą** zidentyfikowano na przykład:

- **czynniki ryzyka:** wczesne niepowodzenia w nauce, niskie zaangażowanie w życie szkoły, słabe umiejętności wychowawcze nauczycieli, wysoki poziom lęku i agresji w szkole, brak współpracy z rodzicami.
- **czynniki chroniące:** okazje do angażowania się w szkolne działania prospołeczne, jasne standardy zachowań, troska i wsparcie ze strony nauczycieli i pracowników obsługi, pozytywny klimat szkoły, więzi z nauczycielami, promowanie osiągnięć szkolnych.

5. Zmienne związane z **lokalną społecznością**

W przypadku czynników związanych z **lokalną społecznością** zidentyfikowano na przykład:

- **czynniki ryzyka:** dostępność środków psychoaktywnych, ubóstwo i bezrobocie, niskie zaangażowanie w życie sąsiedzkie, postawy spo-

łeczne akceptujące zachowania dysfunkcjonalne, wysokie wskaźniki patologii społecznej.

- **czynniki chroniące:** okazje do działania na rzecz lokalnej społeczności, niska dostępność środków psychoaktywnych, system wsparcia w lokalnej społeczności, kontrola sąsiedzka, wysoka świadomość i zaangażowanie społeczne.

Źródło:

1. Gaś Z.B. (2006), *Profilaktyka w szkole*, WSiP, Warszawa
2. Ostaszewski K. (2003), *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Etyka badań społecznych i/lub biomedycznych – Wszystkie badania ewaluacyjne powinny być prowadzone zgodnie z ogólnymi zasadami etycznymi obowiązującymi w badaniach naukowych z udziałem ludzi. Szczegółowe zasady etyczne są formułowane przez różne ośrodki i stowarzyszenia naukowe. Wszystkie one są zgodne w najważniejszych kwestiach, takich jak to, że badacz powinien:

- zabiegać o publiczne zaufanie i współpracę z ogółem społeczeństwa, dążyć do tego, aby upowszechniało się uzasadnione przekonanie, że badania są prowadzone uczciwie, obiektywnie, bez szkody dla osób badanych.
- minimalizować ryzyko związane z badaniem w relacji do możliwych korzyści
- szanować prawo badanych do prywatności,
- upewnić się, że proces świadomej zgody i jej dokumentacji jest wystarczający dla w pełni świadomej i dobrowolnej zgody przez osoby badane lub ich prawnie upoważnionych przedstawicieli (Uwaga! W badaniach z udziałem osób niepełnoletnich konieczne jest uzyskanie zgody samego respondenta, jak i jednego z rodziców lub prawnego opiekuna).
- poinformować osoby badane, że mają prawo do wycofania się z badania w każdej chwili.
- rzetelnie/bezstronnie prowadzić selekcję osób do badania
- zachowywać poufne informacje wyłącznie do użytku wewnętrznego instytucji prowadzącej badania
- chronić niejawnie lub identyfikujące informacji o badanych
- w stosunkach z innymi badaczami kierować się zasadą uczciwej konkurencji, dbać o wysoki poziom metodologiczny swojej pracy i jawność warsztatu.

Źródło:

1. *Etyka badań socjologicznych, Streszczenie Kodeksu Postępowania w Dziedzinie Badań Rynkowych i Społecznych obowiązującego członków Sekcji Badań Opinii Polskiego Towarzystwa Socjologicznego* – <http://www.cyf-kr.edu.pl/~usozans/kodeks.pdf>.

2. *Szybka Ocena Polityki I Odpowiedź, Moduł V – Etyka badań naukowych* – http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/rpar/tools/poland/Module%20V_Ethics_Training%20Materials_EngPol_03_09_05.pdf.

„**Ewaluacja** to systematyczne gromadzenie informacji o programie w celu umożliwienia podejmowania decyzji o przyszłości programu (np. kontynuacji, replikacji, modyfikacji, zaniechania)”.

Źródło:

1. Gaś Z. B. (2006), „*Profilaktyka w szkole*”, WSiP S. A., Warszawa, str. 203.

„**Ewaluacja** jest to zbieranie i wykorzystywanie informacji w celu odpowiedzi na pytania dotyczące Twojego programu. Jest to sposób na zdobycie większej ilości informacji o programie, niż było dostępnych przed przystąpieniem do jego realizacji”.

Źródło:

1. Hawkins J. D., Netherhood B., (1994), „*Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne*”, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, IPiN, PTP Pracownia Wydawnicza, Warszawa-Olsztyn, s. 14.

Ewaluacja to „ocena wartości (jakości) jakiegoś obiektu lub (projektowanego, wdrażanego albo zakończonego) procesu (np. programu profilaktycznego, edukacyjnego, terapeutycznego)”.

Źródło:

1. Sochocki M. J., (2009) *Prezentacja rezultatów drugiego etapu ilościowych badań ewaluacyjnych „Szkoly dla rodziców i wychowawców” (edycji wrzesień-grudzień 2007) oraz zogniskowanych wywiadów grupowych z absolwentami „Rodzeństwa bez rywalizacji”, „Zeszyty Metodyczne”, nr 9, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa, str. 47.*

„**Ewaluacja formatywna** (*formative evaluation*). Jej celem jest optymalizacja ewaluowanego programu – podniesienie jakości, doskonalenie, wybór rozwiązań ocenianych za najwłaściwsze”. Wyniki ewaluacji formatywnej służą opracowaniu końcowej wersji programu, którego skuteczność powinna być badana w trakcie ewaluacji wyników.

Źródło:

1. Sochocki M. J., (2009) *Prezentacja rezultatów drugiego etapu ilościowych badań ewaluacyjnych „Szkoly dla rodziców i wychowawców” (edycji wrzesień-grudzień 2007) oraz zogniskowanych wywiadów grupowych z absolwentami „Rodzeństwa bez rywalizacji”, „Zeszyty Metodyczne”, nr 9, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa, str. 47.*

Ewaluacja 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:

1. *M. J. Sochocki (2006), Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, „Trzeci Sektor”, nr 7, 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:

2. *Ostaszewski K. (2003), Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, Warszawa, str. 136-137.*

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

Źródło:

1. *Ostaszewski K. (2003), Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, Warszawa, str. 136-137.*

„Ewaluacja wewnętrzna projektu. Prowadzenie ewaluacji wyłącznie przez osoby, które są zaangażowane w tworzenie i wdrażanie projektu”.

Źródło:

1. *Sochocki M. J. (2006), Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, „Trzeci Sektor”, nr 7.*

„Ewaluacja zewnętrzna projektu. Prowadzenie ewaluacji wyłącznie przez osoby, które nie są zaangażowane w tworzenie i wdrażanie projektu”.

Źródło:

1. *Sochocki M. J. (2006), Ewaluacja jako dyskurs – wybrane aspekty ewaluacji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, „Trzeci Sektor”, nr 7.*

Grupa docelowa – grupa osób, która zgodnie z założeniami programu, powinna odnieść określone korzyści w związku z udziałem w określonych działaniach i/lub odbiorem określonych treści (komunikatów); grupa, w której w wyniku realizacji programu powinny zajść określone zmiany, w której powinny być widoczne efekty realizacji programu. 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.

Grupa docelowa bezpośrednia – grupa osób bezpośrednio uczestniczących w działaniach prowadzonych w ramach programu, np. rodzice w programie rozwoju umiejętności wychowawczych, nauczyciele w programie podnoszenia ich kompetencji zawodowych, uczniowie w szkolnym programie profilaktycznym.

Grupa docelowa pośrednia – grupa osób, które bezpośrednio (osobiście) nie uczestniczą w działaniach prowadzonych w ramach programu, ale które powinny odnieść korzyści w związku z realizacją programu w grupie bezpośrednich odbiorców (np. rodziców, nauczycieli). Grupa, w której można oczekiwać efektów realizacji programu, chociaż same w nim nie uczestniczyły, ale pośrednio były jego adresatami.

Źródło:

1. *Mental Health Action Plan for Europe (2005). WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.*

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.

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.

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

Źródło:

1. *Uniwersalny słownik języka polskiego; Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006; red. Stanisław Dubisz.*

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

Źródło:

1. *Kamiński A. (1976), Podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej w pracy socjalnej Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa.*

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

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** (John Bowlby, 1973) dotyczy procesu rozwoju więzi pomiędzy jednostką a otoczeniem w kolejnych etapach jej życia. Za podstawę tej relacji przyjmuje się więź z matką we wczesnym dzieciństwie, która jeżeli jest zaburzona prowadzić może do problemów psychicznych.
- **Teoria odporności** (Michael Rutter, 1979 i Norman Garmezy, 1985) dotyczy czynników i mechanizmów sprzyjających pozytywnemu rozwojowi dzieci dorastających w bardzo trudnych warunkach (rodziny z problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym, uzależnieniami, ubóstwem). Skupia się na zasobach odpornościowych.
- **Teoria społecznego uczenia** (Alfred Bandura, 1986) wyjaśnia proces nabywania nowych zachowań poprzez obserwację i naśladowanie osób ważnych i uważanych za atrakcyjne.
- **Teoria uzasadnionego działania** (Ick Ajzen, Martin Fishbein, 1980) zakłada, że ludzie zachowują się w sposób racjonalny i przy podejmowaniu danej aktywności rozważają możliwe konsekwencje swojego działania, a posiadana wiedza na temat konsekwencji oraz tzw. subiektywne normy leżą u podstaw intencji, która poprzedza dane zachowanie.

- **Teoria zachowań problemowych** (Richard Jessor, 1987) skupia się na funkcjach, jakie w przypadku nastolatków pełnią zachowania naruszające normy prawne lub obyczajowe. Podejmowanie ich prowadzi do negatywnych skutków, a jednocześnie może służyć zaspokojeniu wielu ważnych potrzeb młodego człowieka.
- **Teoria substancji torujących drogę** (Denise Kandel, 1992) opisuje kolejne etapy sięgania po substancje psychoaktywne.

Źródło:

1. Okulicz-Kozaryn, K. Pisarska A., (2007), *Profilaktyka i wczesna interwencja, [w:] Zapobieganie narkomanii w gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii, (red.)Hejda A..Okulicz-Kozaryn K., Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 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 R.K., Gilliland B.E., (2004), *Strategie interwencji kryzysowej, PARPA, Warszawa.*

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 tego, jak respondenci rozumieją poszczególne itemy (pozycje lub pytania kwestionariusza).

Źródło:

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

Program – różnego rodzaju działania, które można opisać według określonego schematu, tzn można wskazać jego: cel główny i cele szczegółowe; sprecyzowane w czasie działania służące osiągnięciu tych celów adresowane do konkretnej grupy (grup) odbiorców.

Źródło:

1. *Mental Health Action Plan for Europe (2005). WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.*

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:

1. Ostaszewski K., (2005), *Nowe definicje poziomów profilaktyki Remedium* Nr 7-8.
2. Gaś Z.B. (2006), *Profilaktyka w szkole, WSiP, Warszawa.*

Promocja zdrowia psychicznego – wszelkie działania mające na celu polepszenie jakości życia i dobrostanu psychicznego całej populacji, w tym również osób z problemami zdrowia psychicznego i ich opiekunów (rodzin, przyjaciół, bliskich). Cele te można zrealizować poprzez opracowanie i wprowadzenie w życie skutecznych planów działań (programów) promujących zdrowie psychiczne.

Źródło:

1. *Mental Health Action Plan for Europe (2005). WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions, Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.*

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.

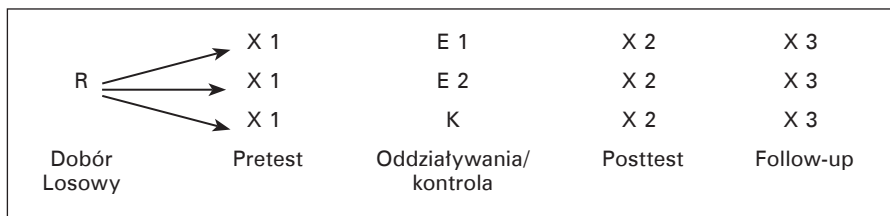
Źródło:

1. Hawkins J. D., Nederhood B., (1994), „Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne”, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, IPiN, PTP Pracownia Wydawnicza, Warszawa-Olsztyn.

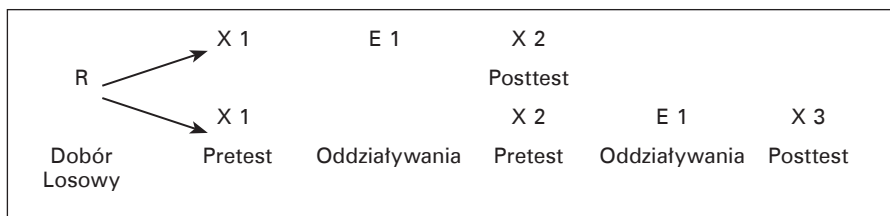
Najbardziej zaawansowanym schematem jest **Randomized Controlled Trial (RCT)** czyli model eksperymentalny.

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:

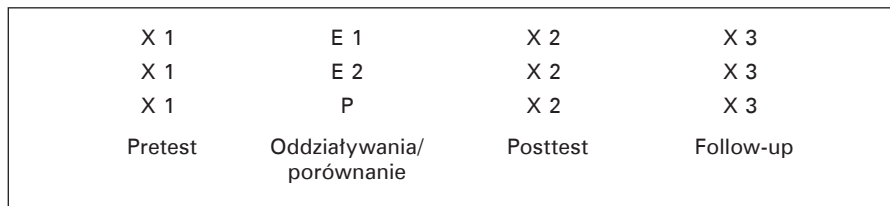


Wariantem schematu eksperymentalnego jest schemat z odroczonymi działaniami. Taki schemat pozwala objąć oddziaływaniami wszystkich uczestników badania, tylko w różnym czasie.



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.



Schemat pretest-posttest polega na porównaniu wyników osób objętych oddziaływaniami przed ich rozpoczęciem i po ich zakończeniu. Jego zastosowanie

wanie 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 Pretest	E Oddziaływania	X 2 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 Oddziaływania	X 2 Posttest
--------------------	-----------------

Źródło:

1. Hawkins J. D., Nederhood B., (1994), „Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne”, tłum. K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski, A. Pisarska, IPIŃ, PTP Pracownia Wydawnicza, Warszawa-Olsztyn.

Standard – wzorzec – typ, model odpowiadający określonym wymagom, spełniający określone normy.

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

Przykłady wskaźników:

- Miesiąc po zakończeniu programu: zmniejszenie co najmniej o 15 proc. grupy uczniów deklarujących sięganie po piwo w okresie ostatnich trzydziestu dni.
- Sześć miesięcy po zakończeniu programu: zmniejszenie co najmniej o 12 proc. grupy uczniów deklarujących sięganie po piwo w okresie ostatnich trzydziestu dni.
- Miesiąc, sześć i dwanaście miesięcy po zakończeniu programu: zwiększenie średniej poprawnych odpowiedzi na pytania testu „Fakty i mity o alkoholu” co najmniej o 3 (Kotodziejczyk J., Ostaszewski K., *Cykl zajęć z uczniami „Nie piję! Bo tak!”*, *Remedium* nr 7/8 (197/198), lipiec/sierpień 2009, s. 20-21).
- Miesiąc po zakończeniu programu: zwiększenie co najmniej o 20 proc. grupy uczniów deklarujących przekonanie, że większość spośród ich rówieśników nie piła wina w okresie ostatnich trzydziestu dni.

IX. 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 przynieść oczekiwane efekty.

Poziom 2.

„**dobra praktyka**” – ocena programu została dokonana poprzez ewaluację formatywną lub ewaluację wyników, która 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, potwierdzają pozytywny wpływ programu na zachowania problemowe i to przynajmniej po roku od zakończenia oddziaływań (tzw. odroczone efekty).

X. ZASADY I PROCEDURY UDZIELANIA REKOMENDACJI

1. O uzyskanie rekomendacji może się ubiegać podmiot odpowiedzialny za program profilaktyczny/ promocji zdrowia psychicznego.
2. Rekomendacja jest udzielana na wniosek zespołu do spraw rekomendacji łącznie przez wszystkie instytucje – odpowiedzialne za wdrażanie systemu rekomendacji: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
3. Zespół do spraw rekomendacji składa się z przedstawicieli wymienionych powyżej instytucji.
4. Podmiot ubiegający się o rekomendację przesyła opis programu wraz z wymaganymi załącznikami do zespołu ds. rekomendacji. Opis programu powinien być sporządzony na obowiązującym druku (kwestionariusz aplikacyjny).
5. Zespół ds. rekomendacji dokonuje wstępnej oceny wniosku pod względem spełnienia kryteriów formalnych (kompletność, zakres merytoryczny).
6. Wniosek spełniający kryteria formalne zostaje poddany dalszej ocenie merytorycznej pod względem zgodności programu ze standardami jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.
7. Spełnienie poszczególnych kryteriów jakości programu jest punktowane. Ocena jest dokonywana na arkuszu „Oceny programu”.
8. W zależności od liczby uzyskanych punktów program może być zakwalifikowany jako:
 - program obiecujący – uzyskanie min. 50 punktów
 - dobra praktyka – uzyskanie min. 65 punktów
 - program modelowy – uzyskanie min. 80 punktów.Spełnienie przez program wszystkich kryteriów jest równoznaczne z uzyskaniem 100 punktów (ocena maksymalna).
9. Ocena programu w przypadku I poziomu rekomendacji (program obiecujący) jest dokonywana przez zespół ds. rekomendacji.
10. W przypadku rekomendacji na poziomie II (dobra praktyka) i III (program modelowy) wymagana jest dodatkowa ocena programu przez dwóch zewnętrznych recenzentów.
11. Rekomendacja jest przyznawana na okres 5 lat, rok przed upływem terminu ważności rekomendacji podmiot odpowiedzialny za program otrzyma pismo z prośbą o aktualizację danych o programie.
12. Informacje o programach, które uzyskają rekomendacje zostaną umieszczone w elektronicznym banku programów rekomendowanych.

XI. WZORY DOKUMENTÓW

Kwestionariusz aplikacyjny

OPIS PROGRAMU PROFILAKTYKI/PROMOCJI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

I. 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/wybrane kategorie

Promocja zdrowia psychicznego – <i>patrz słownik</i>	
Profilaktyka uniwersalna – <i>patrz słownik</i>	
Profilaktyka selektywna – <i>patrz słownik</i>	
Profilaktyka wskazująca – <i>patrz słownik</i>	
Inne	

7. DATA I MIEJSCE WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA

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

8. DATA PIERWSZEJ EDYCJI PROGRAMU

Proszę podać od kiedy program jest realizowany (miesiąc i rok)

Data pierwszej edycji:

Liczba zrealizowanych edycji:

II. OPIS ZJAWISKA / PROBLEMU

Opis definiuje naturę i rozmiar zjawiska, którego dotyczy program. W przypadku programów o zasięgu lokalnym, odpowiadającym specyficznym potrzebom danej społeczności, niezbędne jest również przedstawienie diagnozy sytuacji lokalnej. 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.

1. **Charakter i rozmiary zjawiska** (maks. 1800 znaków) – prosimy opisać zjawisko, którego dotyczy program, wykorzystując dostępne dane.

2. **Problem** (maks. 500 znaków) – prosimy sformułować problem na podstawie przedstawionych danych w pkt. 1.

3. **Czynniki ryzyka i czynniki chroniące** (maks. 1000 znaków) – prosimy opisać czynniki ryzyka lub czynniki chroniące dotyczące zidentyfikowanego problemu.

III. ODBIORCY PROGRAMU (GRUPA DOCELOWA)¹

Prosimy opisać grupę docelową programu wybraną na podstawie dokonanej oceny sytuacji początkowej i sformułowania problemu.

	Opis najważniejszych cech grupy docelowej
Kto? grupa bezpośrednich odbiorców działań (np. uczniowie, nauczyciele, klienci poradni) – <i>patrz słownik</i>	
Liczba odbiorców bezpośrednich przypadająca na jedną realizację programu (grupę)	
Kto? grupa pośrednich odbiorców (np. rodziny) – <i>patrz słownik</i>	
Kryteria kwalifikacyjne grupy docelowej 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)	

¹ W przypadku większej liczby grup należy wypełnić taką tabelę osobno dla każdej z nich.

IV. CELE PROGRAMU:

Prosimy przedstawić informację na temat celów programu – ogólnego i celów szczegółowych. Cele powinny być SMART, czyli:

- odnosić się do grupy docelowej programu
- być sformułowane w formie mierzalnych rezultatów
- być sformułowane w formie oczekiwanej zmiany
- być realistyczne, możliwe do osiągnięcia
- być możliwe do osiągnięcia w czasie przewidzianym na realizację programu

1. CEL OGÓLNY PROGRAMU (maks. 300 znaków)

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 SZCZEGÓŁOWE PROGRAMU² (maks. 300 znaków)

Cel szczegółowy (cel pośredniczący) dotyczy modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemu. Poprzez cele szczegółowe realizowany/osiągany jest cel główny.

CEL SZCZEGÓŁOWY 1

CEL SZCZEGÓŁOWY 2

CEL SZCZEGÓŁOWY 3

² W przypadku mniejszej lub większej niż 3 liczby celów należy wypełnić odpowiednią liczbę rubryk.

V. ZAŁOŻENIA PROGRAMU (maks. 1800 znaków)

Prosimy o przedstawienie informacji wyjaśniających wybór konkretnych strategii i metod osiągnięcia celów programu. W uzasadnieniu należy odwołać się do wniosków z realizacji programu, wybranych modeli teoretycznych – *patrz słownik* bądź wyników badań (w tym przypadku prosimy podać źródło – dane dotyczące autora badań i roku ich przeprowadzenia).

VI. DZIAŁANIA (maks. 3600 znaków)

Prosimy o opisanie wszystkich działań zaplanowanych w programie z uwzględnieniem ich adresata, rodzaju, długości, intensywności, zastosowanych metod oraz przekazywanych treści. Opis powinien umożliwić ocenę adekwatności działań do specyfiki grupy docelowej i przyjętych celów.

Ogólna charakterystyka działań

Działania służące osiągnięciu celu szczegółowego 1

Działania służące osiągnięciu celu szczegółowego 2

Działania służące osiągnięciu celu szczegółowego 3

Uwaga: istnieje możliwość, że jedna aktywność/działanie przypisana będzie do więcej niż jednego celu.

VII. NAKŁADY

Prosimy o opis niezbędnych nakładów dotyczących realizacji programu – tzn. wymagań odnośnie miejsca realizacji, liczby i kompetencji kadry, materiałów pomocniczych dla uczestników, podręczników dla realizatorów, itp.

Rodzaj nakładu	Opis
Realizatorzy (wraz z opisem kompetencji i podaniem liczby przygotowanych realizatorów)	
Koordynator (wraz z opisem zakresu czynności)	
Podręcznik (jest/nie ma)	
Materiały dla odbiorców	
Miejsce realizacji	
Czas trwania jednej edycji	
Inne – jakie?	

VIII. ZAPEWNIENIE WYSOKIEJ JAKOŚCI REALIZACJI PROGRAMU

Prosimy o opisanie, w jaki sposób zapewniana jest wysoka jakość realizacji programu.

system szkolenia realizatorów

Krótki opis szkolenia dla realizatorów z podaniem wymiaru godzinowego i zakresu tematycznego (maks. 500 znaków).

--

Prosimy o zaznaczenie, w jaki sposób zapewniana jest wysoka jakość realizacji programu:

cykliczne spotkania realizatorów

odpowiednie materiały

systematyczna ewaluacja procesu

działania zapewniające utrzymanie frekwencji przez cały czas trwania programu

uwzględnianie wyników ewaluacji procesu

superwizja

inne

IX. EWALUACJA PROCESU

Okresowo powtarzana	Kiedy? Jak często?
---------------------	--------------------

1. OPIS EWALUACJI PROCESU (maks. 1000 znaków)

Prosimy opisać, czego dotyczyła ewaluacja (np. satysfakcji uczestników, jakości implementacji, kompetencji trenerów itp.) oraz przedstawić sposób zbierania i analizy danych, osoby badane, metody, narzędzia.

--

2. WSKAŹNIKI EWALUACJI PROCESU

Wskaźniki realizacji działań.

Działanie /aktywność	Wskaźnik / wskaźniki – patrz słownik

3. **WYNIKI** – prosimy przedstawić wyniki ostatnio przeprowadzonej ewaluacji procesu (maks. 1800 znaków).

--

- X. **EWALUACJA FORMATYWNA** – ten punkt można pominąć wówczas, gdy została przeprowadzona ewaluacja wyników.

Planowana TAK NIE	Od kiedy?
Została przeprowadzona	Kiedy?

1. **OPIS EWALUACJI FORMATYWNEJ** (maks. 1000 znaków).

Prosimy opisać czego dotyczyła ewaluacja oraz przedstawić sposób zbierania i analizy danych, osoby badane, metody, narzędzia, ewaluacja zewnętrzna / wewnętrzna.

--

2. **WYNIKI** – prosimy przedstawić wyniki przeprowadzonej ewaluacji formatywnej (maks. 1800 znaków).

--

XI. EWALUACJA WYNIKÓW

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

1. **Ewaluacja wyników – WSKAŹNIKI OSIĄGNIĘCIA CELÓW**

Prosimy o opisanie rodzaju danych mierzących osiągnięcie celów programu. Wskaźniki powinny być mierzalne przy użyciu metod i narzędzi ilościowych lub opisane jakościowo.

Cel	Wskaźnik / wskaźniki – patrz słownik
Ogólny	
Szczegółowy 1	
Szczegółowy 2	
Szczegółowy 3	

2. OPIS zrealizowanej EWALUACJI WYNIKÓW (maks. 1800 znaków).

Prosimy opisać czego dotyczyła ewaluacja oraz przedstawić sposób zbierania i analizy danych: osoby badane, metody, narzędzia, ewaluacja zewnętrzna/wewnętrzna.

- Schemat ewaluacji
- Wielkość i dobór grupy badanej
- Charakterystyka badanej próby
- Sposób zbierania danych
- Narzędzia badawcze
- Metody analizy
- Zgodność ze standardami etycznymi

3. WYNIKI / REZULTATY (maks. 1800 znaków).

Prosimy o przedstawienie wyników przeprowadzonej ewaluacji, odnoszące się do skuteczności programu w zakresie realizacji celów.

XII. ŹRÓDŁA INFORMACJI NA TEMAT PROGRAMU

Prosimy podać dane na temat publikacji naukowych, o charakterze edukacyjnym, stron www. oraz innych dostępnych źródeł informacji na temat programu.

XIII. ZAŁĄCZNIKI DO KWESTIONARIUSZA APLIKACYJNEGO:

Wymagane jest załączenie wszystkich posiadanych materiałów lub podanie adresów stron publikacji internetowych

Prosimy o zaznaczenie, które materiały są dołączone do niniejszego kwestionariusza

- podręcznik dla realizatorów programu
- inne materiały dla realizatorów programu
- materiały dla uczestników zajęć
- narzędzia ewaluacji procesu
- narzędzia ewaluacji wyników
- publikacje / raporty dotyczące ewaluacji procesu
- publikacje / raporty dotyczące ewaluacji formatywnej
- publikacje / raporty dotyczące ewaluacji wyników
- inne – jakie?

ARKUSZ OCENY PROGRAMU

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

- Promocja zdrowia psychicznego
- Profilaktyka uniwersalna
- Profilaktyka selektywna
- Profilaktyka wskazująca
- Inne

Data wdrożenia programu

L.p.	Kategoria (kryteria oceny)	maks. liczba punktów	Uzyskane punkty
1.	Opis problemu: <ul style="list-style-type: none"> • Problem wynika z danych • Problem jasno sformułowany • Adekwatne dane • Czynniki ryzyka/chroniące 	10	
2.	Cele programu: <ul style="list-style-type: none"> • Sformułowany cel ogólny • Cel ogólny jest SMART • Sformułowane cele szczegółowe • Cele specyficzne są SMART 	15	
3.	Założenia programu: <ul style="list-style-type: none"> • Wcześniejsze doświadczenia • Wyniki ewaluacji innych programów • Sprawdzony model teoretyczny 	15	
4.	Grupa docelowa: <ul style="list-style-type: none"> • Grupa docelowa określona • Określone kryteria kwalifikacji • Określone kryteria wykluczenia 	5	
5.	Działania: <ul style="list-style-type: none"> • Działania szczegółowo opisane • Działania odpowiednie do specyfiki grupy docelowej • Działania odpowiednie do celu 	10	
6.	Nakłady: <ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie i kompetencje realizatorów • Materiały • Inne 	5	
7.	Jakość realizacji: <ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie działania programu mają zapewnione odpowiednie nakłady • Systematycznie prowadzona ewaluacja procesu • Uwzględnianie wyników ewaluacji procesu • System szkolenia realizatorów • System wspierania realizatorów (np. superwizje) 	10	
8.	Ewaluacja procesu <ul style="list-style-type: none"> • Wskaźniki • Opis metodologii • Opis wyników 	10	
9.	Ewaluacja formatywna / Ewaluacja wyników: Ewaluacja formatywna: <ul style="list-style-type: none"> • Wskaźniki • Opis metodologii • Opis wyników Ewaluacja wyników: <ul style="list-style-type: none"> • Wskaźniki • Opis metodologii • Ewaluacja zgodna ze standardami etycznymi • Standard RCT lub ... • ... inny, poprawny metodologicznie sposób realizacji badań • Wyniki ewaluacji • Oszacowanie efektu wpływu programu (wielkości zmiany) 	15	
10.	Publikacje: <ul style="list-style-type: none"> • Naukowe • Popularne 	5	
	Razem	100	

L.p.	Kategoria (kryteria oceny)	maks. liczba punktów	Poziom rekomendacji		
			I	II	III
1.	Opis problemu: <ul style="list-style-type: none"> • Problem wynika z danych • Problem jasno sformułowany • Adekwatne dane • Czynniki ryzyka/chroniące 	10	5	7	8
2.	Cele programu: <ul style="list-style-type: none"> • Sformułowany cel ogólny • Cel ogólny jest SMART • Sformułowane cele szczegółowe • Cele specyficzne są SMART 	15	10	10	12
3.	Założenia programu: <ul style="list-style-type: none"> • Wcześniejsze doświadczenia • Wyniki ewaluacji innych programów • Sprawdzony model teoretyczny 	15	10	10	12
4.	Grupa docelowa: <ul style="list-style-type: none"> • Grupa docelowa określona • Określone kryteria kwalifikacji • Określone kryteria wykluczenia 	5	3	3	4
5.	Działania: <ul style="list-style-type: none"> • Działania szczegółowo opisane • Działania odpowiednie do specyfiki grupy docelowej • Działania odpowiednie do celu 	10	7	7	8
6.	Nakłady: <ul style="list-style-type: none"> • Przygotowanie i kompetencje realizatorów • Materiały • Inne 	5	3	3	4
7.	Jakość realizacji: <ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie działania programu mają zapewnione odpowiednie nakłady • Systematycznie prowadzona ewaluacja procesu • Uwzględnianie wyników ewaluacji procesu • System szkolenia realizatorów • System wspierania realizatorów (np. superwizje) 	10	5	7	8
8.	Ewaluacja procesu <ul style="list-style-type: none"> • Wskaźniki • Opis metodologii • Opis wyników 	10	5	8	8
9.	Ewaluacja formatywna / Ewaluacja wyników: Ewaluacja formatywna: <ul style="list-style-type: none"> • Wskaźniki • Opis metodologii • Opis wyników Ewaluacja wyników: <ul style="list-style-type: none"> • Wskaźniki • Opis metodologii • Ewaluacja zgodna ze standardami etycznymi • Standard RCT lub ... • ... inny, poprawny metodologicznie sposób realizacji badań • Wyniki ewaluacji • Oszacowanie efektu wpływu programu (wielkości zmiany) 	15	0	5	10

10.	Publikacje: <ul style="list-style-type: none"> • Naukowe • Popularne 	5	0	1	3
Razem		100	min. 50	min. 65	min. 80

Program może uzyskać rekomendacje na danym poziomie spełniając zarazem dwa warunki:

1. Uzyskując minimalną liczbę punktów łącznie.
2. Uzyskując co najmniej minimalną liczbę punktów w poszczególnych kategoriach.

Z zastrzeżeniem, że w przypadku ewaluacji uzyskanie rekomendacji na poziomie I wymaga przeprowadzenia ewaluacji procesu, na poziomie II ewaluacji formatywnej lub wyników, a na poziomie III ewaluacji wyników.

XII. PROMOCJA SYTEMU

Promocja systemu rekomendacji będzie obejmować:

1. Upowszechnienie systemu rekomendacji za pośrednictwem stron www. instytucji realizujących.
2. Upowszechnienie systemu rekomendacji za pośrednictwem czasopism: Serwis Informacyjny. Narkomania (wydawanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii), Remedium, Świat Problemów, gazety samorządowe.
3. Rozpowszechnienie informacji na temat systemu na spotkaniach roboczych i konferencjach:
 - dla wojewódzkich ekspertów ds. informacji o narkotykach (organizator Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii)
 - gmin wiodących,
 - konferencji profilaktycznych Ośrodka Rozwoju Edukacji,
 - konferencji zdrowia psychicznego,
 - konferencji dla dyrektorów szkół i kuratoriów.
4. Prezentacja systemu w wydawanych corocznie przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych „Rekomendacjach do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych”.

XIII. INSTYTUCJE ZAANGAŻOWANE

Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Dział Realizacji Zadań Profilaktyczno-Rehabilitacyjnych

ul. Dereniowa 52/54, 02-776 Warszawa

Tel. 22 64115 01,

e-mail: kbpn@kbpn.gov.pl; anna.radomska@kbpn.gov.pl;

katarzyna.bonislawska@kbpn.gov.pl; kamila.jarmolowska@kbpn.gov.pl;

<http://www.kbpn.gov.pl/>

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Pracownia Wychowania i Profilaktyki

Ul. Polna 46 a, 00-644 Warszawa

Tel. 22 825 44 51

e-mail: anna.borkowska@ore.edu.pl; dorota.macander@ore.edu.pl

<http://www.ore.edu.pl/>

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Pracownia Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M

Ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Tel. 22 45 82 800

e-mail: kokulicz@ipin.edu.pl

<http://ipin.edu.pl/>

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Dział ds. Młodzieży i Rodziny

Ul. Szańcowa 25, 01-458 Warszawa

Tel. 22 532 03 48, 022 532 03 56;

e-mail: parpa@parpa.pl

