

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 niepożądaną na pożądaną, utrzymania sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna albo dalszego jej ulepszania.

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

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

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 np.:

- **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 np.:

- **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 np.:

- **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 np.:

- **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 np.:

- **czynniki ryzyka:** dostępność środków psychoaktywnych, ubóstwo i bezrobocie, niskie zaangażowanie w życie sąsiedzkie, postawy społeczne akceptujące zachowania dysfunkcyjne, 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 informacje 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, str. 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 „Szkoły 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 „Szkoły 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, str. 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, może prowadzić 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 ds. 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), str. 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, 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, IPiN, 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 m.in. 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 tzw. 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) oraz/lub też występują u nich już poważne problemy związane z 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.

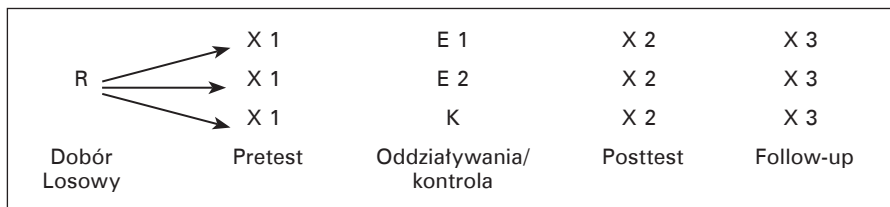
Źródło:

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, IPIŃ, PTP Pracownia Wydawnicza, Warszawa-Olsztyn.

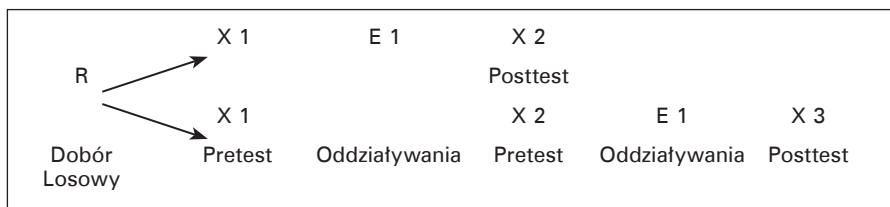
Najbardziej zaawansowanym schematem jest **Randomized Controlled Trial (RCT)** czyli model eksperymentalny.

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:

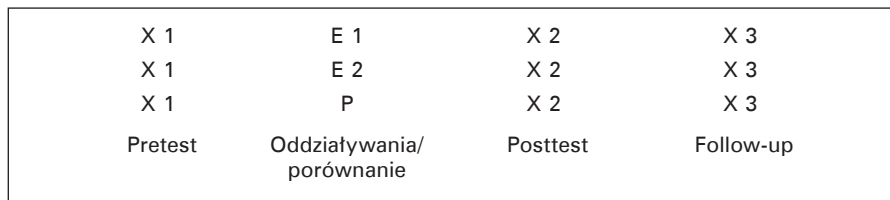


Wariantem schematu eksperymentalnego jest schemat z odroczoneymi działaniami. Taki schemat pozwala objąć oddziaływaniami wszystkich uczestników badania, tylko w różnym czasie.



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, gdzie 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 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 najłabszym 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, IPiN, 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 proc. (Kołodziejczyk J., Ostaszewski K., Cykl zajęć z uczniami „Nie piję! Bo tak!”, „Remedium” nr 7/8 (197/198), lipiec/sierpień 2009, str. 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.