

PROCEDURA KONSTRUOWANIA PROGRAMÓW WCZESNEJ INTERWENCJI (KPWI)



Profilaktyczne programy wczesnej interwencji kierowane są do osób, które należą do grup wysokiego ryzyka, i którzy zagrożeni są określonymi problemami w rozwoju indywidualnym lub społecznym. Dlatego programy te powinny w maksymalny sposób odpowiadać na problemy konkretnych osób czy grup, przez co stają się w swój sposób unikatowe i niepowtarzalne. Często popełnianymi błędami w tworzeniu i realizowaniu programów tego typu jest tworzenie ich na podstawie intuicji realizatorów lub beztrzesko przenoszone z jednej grupy na drugą. Aby uniknąć tych błędów, pomocne może stać się posłużenie jedną z procedur konstruowania programów profilaktycznych.

Poniżej znajduje się propozycja procedury konstruowania programów wczesnej interwencji, która została opracowana przez Z.B. Gasia z Instytutu Psychologii UMCS (Gaś Z.B., *Psychoprofilaktyka, procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998).

Procedura konstruowania profilaktycznych programów wczesnej interwencji składa się z trzech faz obejmujących 13 bardziej szczegółowych kroków. Celem każdej z faz jest doprowadzenie do wykonania kolejnego elementu niezbędnego do konstrukcji programu. Faza pierwsza *Wstępnej identyfikacji* problemu składa się z trzech kolejnych kroków, natomiast faza druga *Diagnozy* oraz faza *Konceptualizacji programu* składają się z pięciu kolejnych kroków każda.

	KROK 1: identyfikacja objawu
FAZA WSTĘPNEJ IDENTYFIKACJI	KROK 2: werbalizacja problemu
	KROK 3: teoretyczna perspektywa rozumienia problemu
	KROK 4: identyfikacja populacji badawczej
FAZA DIAGNOZY	KROK 5: dobór metod badawczych
	KROK 6: realizacja procedury badawczej
	KROK 7: analiza wyników badań
	KROK 8: werbalizacja zaleceń do programu
FAZA KONCEPTUALIZACJI PROGRAMU	KROK 9: określenie celu programu
	KROK 10: określenie zadań programu
	KROK 11: określenie struktury i zawartości programu
	KROK 12: określenie sposobu realizacji programu
	KROK 13: określenie strategii ewaluacyjnych

PROCEDURA KPWI – FAZA WSTĘPNEJ IDENTYFIKACJI



Konstruowanie programu wczesnej interwencji rozpoczynamy od fazy wstępnej identyfikacji problemu, która ma na celu wyodrębnienie niepokojących nas objawów, odpowiednie ich nazwanie (zinterpretowanie) oraz przedstawienie tych trudności w teoretycznej perspektywie ich występowania.

KROK 1: identyfikacja objawu

Traktując jako punkt odniesienia i odwołując się do wizji czy modeli prawidłowego rozwoju i zdrowego funkcjonowania człowieka możemy interpretować jakieś zachowania jako dysfunkcyjne. Prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży można rozpatrywać jako ciągły i adekwatny proces zmieniający się w zależności od wieku. Proces ten można analizować w kilku wymiarach:

- w zakresie sfery emocjonalnej,
- w zakresie kontaktów heteroseksualnych,
- w zakresie dojrzewania społecznego,
- w zakresie dojrzewania intelektualnego,
- w zakresie sfery funkcjonowania zawodowego,
- w zakresie wykorzystania czasu wolnego,
- w zakresie ogólnej filozofii życia,
- w zakresie poczucia własnej tożsamości.

Niepokojącym objawem mogą stać się te zachowania i postawy młodych osób, które wykraczają poza wzory prawidłowego rozwoju.

KROK 2: werbalizacja problemu

Konsekwencją dostrzeżenia niepokojącego objawu powinna być werbalizacja problemu. Krok ten służy wskazaniu na podstawie obserwowanych dysfunkcyjnych zachowań obszarów, w których jednostka lub grupa przeżywa trudności. Pozwala to na skoncentrowaniu się na mechanizmach dysfunkcyjnych zachowań, a nie na zewnętrznych objawach (zachowaniach).

KROK 3: teoretyczna perspektywa rozumienia problemu

Zakończenie etapu wstępnej diagnozy kończy się określeniem teoretycznej perspektywy rozumienia problemu. Krok ten polega na nakreśleniu teoretycznego podłoża wyjaśniającego naturę obserwowanej dysfunkcji według jednej z koncepcji prawidłowego lub zaburzonego rozwoju indywidualnego oraz społecznego człowieka. Działanie to jest podstawą do planowania procesu diagnostycznego i w dalszej kolejności dla potencjalnych możliwości przeciwdziałania dysfunkcyjnym zachowaniom.

PROCEDURA KPWI – FAZA DIAGNOZY



Po przeprowadzeniu identyfikacji problemu przystępujemy do fazy diagnozy. Celem tej fazy jest w miarę możliwości wyczerpujące ustalenie tych aspektów funkcjonowania psychospołecznego osób z grupy wysokiego ryzyka, które pomogą nam w poznaniu źródeł powstawania i mechanizmów dysfunkcji oraz pomogą nam w zaprojektowaniu działań profilaktycznych. Faza ta składa się z 5 następujących po sobie kroków:

KROK 4: identyfikacja populacji badawczej

Najważniejsze w trakcie realizacji tego kroku jest znalezienie odpowiedzi na dwa pytania:

1. Kogo należy objąć badaniami?
2. Jakie warunki powinna spełniać badana grupa?

KROK 5: dobór metod badawczych

Dobierając *metodę badawczą* należy pamiętać o możliwości wykorzystania różnych narzędzi. Są to:

- Metoda obserwacji,
- Metoda eksperymentu,
- Analiza wytworów działania,
- Metoda wywiadu,
- Ankiety i kwestionariusze,
- Metoda testów,
- Metoda socjometryczna.

Dobierając metodę badawczą, należy pamiętać o *zgodności metody z teorią psychologiczną*.

Dobierając technikę badawczą należy również pamiętać o możliwości skorzystania z już istniejących standardowych technik lub też skonstruować własne techniki:

Standardowe techniki – zaletą jest to, że spełniają określone wymogi poprawności psychometrycznej, wadą natomiast jest to, że w niektórych sytuacjach są nieadekwatne do badanych przez nas cech zjawiska.

Samodzielnie skonstruowane techniki – zaletą jest możliwość dobrego ich dostosowania do potrzeb badawczych, wadą brak opracowania psychometrycznego.

KROK 6: realizacja procedury badawczej

Przystępując do realizacji procedury badawczej należy zastanowić się nad 3 pytaniami:

1. Kto powinien prowadzić badania?

Odpowiedź na pierwsze pytanie związana jest z troską o ograniczenie możliwości powstania zakłóceń w trakcie badań wynikających z wpływu, jaki może wywierać osoba przeprowadzająca proces diagnostyczny. Najważniejsze warunki, jakie powinna ta osoba spełniać, to: wiarygodność (zaufanie) i autorytet.

2. W jaki sposób należy je przeprowadzić?

Dotyczy podjęcia decyzji czy badania przeprowadzać indywidualnie czy w grupach.

3. Kiedy przeprowadzać badania?

Badania winny być przeprowadzone w możliwie najkrótszym przedziale czasowym.

Krok 7: analiza wyników badań

Materiał badawczy, który został zgromadzony powinien zostać poddany analizie statystycznej, dzięki której możliwe stanie się uporządkowanie danych i uchwycenie wskaźników wykorzystywanych później w trakcie werbalizacji zaleceń do programu. W tym celu można zastosować:

analizy opisowe – pozwalające na liczbowe przedstawienie danych jakościowych,

miary tendencji centralnej – umożliwiające sumaryczne ukazanie frekwencji (np. średnia arytmetyczna, mediana, modalna)

miary rozproszenia – umożliwiające ukazanie rozrzutu wyników w badanej grupie w zakresie określonej zmiennej (np. rozpiętość rozkładu, odchylenie przeciętne, wariancja, odchylenie standardowe),

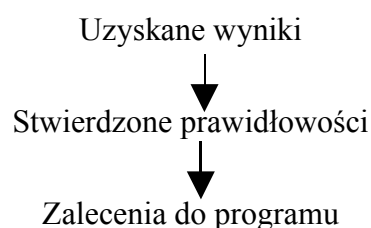
miary współzależności – pozwalające na ukazanie związku dwu lub więcej zmiennych (np. korelacje)

miary statystycznej istotności różnic lub podobieństwa międzygrupowego (np. testy statystycznej istotności różnic),

zaawansowane metody analizy danych – jak np. analiza sekwencyjna, analiza czynnikowa.

Krok 8: werbalizacja zaleceń do programu

Ostatnim elementem fazy diagnozy jest przeniesienie wykrytych prawidłowości funkcjonowania osób badanych na sugestie, które powinny być uwzględnione przy konstruowaniu programu. Zalecenia są formułowane przez trzy następujące po sobie działania:



PRPCEDURA KPWI – FAZA KONCEPTUALIZACJI PROGRAMU



W tej fazie konstruowania programu, korzystając z ustaleń poprzednich etapów, przystępujemy do określenia celów, zadań i działań programu dla zdiagnozowanej grupy wysokiego ryzyka.

KROK 9: określenie celu programu

Określając cel, do którego ma zmierzać realizacja programu, należy kierować się kilkoma wskazówkami zawartymi poniżej. Program:

1. Opiera się na założeniach teoretycznych przyjętych w próbie zrozumienia problemu (teoria psychologiczna).
2. Wykorzystuje zalecenia wynikające z analizy danych zgromadzonych w procesie diagnostycznym.
3. Uwzględnia przejawy dysfunkcyjności zidentyfikowane w grupie wysokiego ryzyka.

Wykorzystując opisane wyżej wskazówki dotyczące konstruowania celu programu, otrzymujemy opis stanu pożądanego i oczekiwanego w wyniku realizacji programu.

KROK 10: określenie zadań programu

Osiągnięcie wyznaczonego celu może nastąpić w wyniku realizacji kolejnych działań. Działania te opisywane są w postaci zadań, z których każde odnosi się do jednego aspektu problemu. Wyznaczając zadania, należy pamiętać, aby koncentrować się na tych, które w znaczący sposób wiążą się z celem programu.

KROK 11: określenie struktury i zawartości programu

Krok ten polega na przekształceniu zadań służących osiągnięciu celu programu na konkretne działania. Określając je, należy brać pod uwagę trzy elementy:

- Osoby objęte działaniami (programy wczesnej interwencji tworzone w szkołach zwykle obejmują: uczniów, rodziców, nauczycieli)
- Rodzaj prowadzonych działań
- Zawartość tematyczna prowadzonych działań (treść działań).

KROK 12: określenie sposobu realizacji programu

Następnie przechodzimy do opracowania szczegółowego planu realizacji programu. Podejmując decyzję o konstrukcji planu, powinniśmy brać pod uwagę:

- 1) Parametry czasowe – czas potrzebny do realizacji poszczególnych działań i realizacji całego programu.
- 2) Kolejność realizacji poszczególnych elementów programu – ustalenie, które działania zostaną zrealizowane w fazie wstępnej (działania tworzące warunki do

zmiany), które w fazie zasadniczej (działania o charakterze podstawowym), a które w fazie końcowej (działania o charakterze reasumującym i dostarczające informacji zwrotnej).

- 3) Harmonogram realizacji programu – określenie konkretnych dat realizacji poszczególnych elementów programu.

KROK 13: określenie strategii ewaluacyjnych

Programy profilaktyczne powinny zawierać procedury ewaluacyjne służące ocenie skuteczności prowadzonych działań. Takiej ocenie mogą być poddane cztery elementy programów profilaktycznych:

- 1) Zasoby jakie są używane w trakcie realizacji programu;
- 2) Zastosowane strategie oddziaływań profilaktycznych;
- 3) Osiągnięte wyniki bezpośrednie;
- 4) Osiągnięte wyniki odroczone.

Źródło: Gaś Z.B., *Psychoprofilaktyka – procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curi-Skłodowskiej, Lublin 1988