



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

fot. Monika Szymczyk

Sekcja ds. oceny potrzeb i jakości wsparcia
psychotraumatologicznego młodzieży

Fundacja
Pomorskie
Centrum

Psycho
traumatologii

Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej

KONCEPCJA NOWEJ INSTYTUCJI INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W WOJ. POMORSKIM
DZIAŁAJĄCEJ METODĄ PSYCHOTRAUMATOLOGII WG 6 INNOWACYJNYCH ROZWIĄZAŃ
na bazie doświadczeń niemieckich

Fundacja Pomorskie Centrum Psychotraumatologii
80-243 Gdańsk, ul. Brzozowa 15 tel./faks 58 354 24 21
info@psychotraumatologia.com.pl

PI Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej w woj. pomorskim – Innowacyjny model
wspierania młodzieży strauumatyzowanej z wykorzystaniem doświadczeń niemieckich
Nr projektu : POKL.07.02.02-22-011/11

Gdańsk, 2014

PRODUKT FINALNY
PROJEKTU INNOWACYJNEGO TESTUJĄCEGO
CENTRUM POMOCY PSYCHOTRAUMATOLOGICZNEJ

Produkt cząstkowy 1

Sekcja ds. oceny potrzeb i jakości wsparcia
psychotraumatologicznego młodzieży

<p>Produkt cząstkowy 1</p>	<p>Sekcja ds. oceny potrzeb i jakości wsparcia psychotraumatologicznego młodzieży</p>	<p>Publikacja + CD (podręcznik ze standardami badań jakości), w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Standard diagnozy, badań <input type="checkbox"/> Baza wiedzy <input type="checkbox"/> newsletter o narzędziach badania jakości usług psychotraumatologicznych <input type="checkbox"/> baza adresów e-mail <input type="checkbox"/> narzędzia: ankiety ewaluacyjne do szkoleń, poradni, działań punktu konsultacyjnego
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



I. WPROWADZENIE

Nowoczesny model pomocy młodym osobom doświadczającym traum wymaga określonych standardów prowadzenia badań w zakresie rozpoznawania potrzeb beneficjentów systemu i osób pracujących w ramach nowego modelu, a także standardów monitorowania jakości poszczególnych elementów tegoż systemu. Konieczność istnienia procedur i standardów monitorowania jakości działania modelu została wyraźnie wskazana również podczas diagnozy zasobów, braków i potrzeb z zakresu pomocy psychotraumatologicznej w województwie pomorskim.

II. OGÓLNE STANDARDY PROWADZENIA BADAŃ W RAMACH NOWEGO MODELU POMOCY

Wszelkie badania realizowane w ramach nowego modelu pomocy młodym strauumatyzowanym osobom – oraz ogólnie wszelkie badania realizowane przez Fundację Pomorskie Centrum Psychotraumatologii – obwarowane są rygorami dotyczącymi podstawowych zasad prowadzenia badań naukowych. Rygory te stanowią zbiór ogólnych standardów prowadzenia badań. Przedstawiają się w następujący sposób:

1. Etapy postępowania badawczego
2. Narzędzia metodologiczne
3. Zasady etyczne obowiązujące przy prowadzeniu badań
4. Spójność z ideą psychotraumatologii i użyteczność społeczna
5. Kontrola czynników pośredniczących

1. Etapy postępowania badawczego

Realizacja wszelkich badań w ramach nowego modelu pomocy wymaga uprzedniego przejścia przez fazę konceptualizacji.

Etap konceptualizacji obejmuje:

- Określenie przedmiotu i celu badań: jakie zjawiska zamierzamy badać; z jakich przesłanek wynika potrzeba badawcza; co chcemy osiągnąć?
- Ustalenie terminologii, za pomocą której określimy problem, postawimy pytania badawcze i sformułujemy hipotezy
- Wybranie materiału, na którym przeprowadzimy badanie
- Określenie metod i narzędzi badawczych
- Uwzględnienie aspektu organizacyjnego i finansowego

W związku z tymi wymogami każdy projekt badawczy realizowany w ramach nowego modelu powinien zawierać:

1. Prezentację literatury (wraz z opisem bibliograficznym) i uzasadnienie znaczenia badań, a także przedstawienie problemu badawczego, pytań badawczych i (jeśli badania mają charakter wyjaśniający) hipotez;
2. Określenie najważniejszych pojęć i terminów występujących w projekcie. Zakreślenie teoretycznego tła badań. Przedstawienie ogólnej koncepcji badań. Podział projektu na poszczególne etapy.
3. Prezentację wymagań wobec gromadzonych danych.
4. Określenie metod zbierania danych (narzędzi badawczych)
5. Ustalenie harmonogramu prac.
6. Określenie budżetu projektu badawczego.
7. Plan przewidywanej struktury raportu.

2. Narzędzia metodologiczne

Badania prowadzone w ramach nowego modelu powinny opierać się na metodach naukowych oraz obserwacjach klinicznych. W ramach metod naukowych badacz może stosować metody jakościowe oraz metody ilościowe; w ramach obserwacji klinicznych podstawowym wymogiem jest merytoryczne przygotowanie badacza do prowadzenia pracy klinicznej.

A) Badania ilościowe:

Polegają one na gromadzeniu i analizie danych liczbowych. Wykorzystywane są do poznania częstości występowania badanego zjawiska oraz do ustalenia współzależności występujących między różnymi danymi. Pozwalają na formułowanie wniosków na temat całej populacji w oparciu o badania obejmujące reprezentatywną próbę tej populacji.

Przykładem narzędzia badawczego w paradygmacie ilościowym jest **badanie kwestionariuszowe**.

Wymogi stawiane badaniom ilościowym realizowanym w nowym modelu to:

- 1) Obiektywność (instrumentu pomiarowego): stopień niezależności wyników od osoby dokonującej pomiaru oraz ich oceny;
- 2) Rzetelność – stopień zgodności pomiarów powtarzanych na tym samym przedmiocie;
- 3) Trafność – zbieżność wyników pomiaru z badanym teoretycznym stanem rzeczy, in. czy faktycznie mierzy się to, co założono

B) Badania jakościowe

Dotyczą opisu, poznania oraz zrozumienia badanych problemów. Mimo niższej obiektywności czy możliwości kontroli zmiennych pośredniczących są zwykle niezbędne do właściwej interpretacji danych liczbowych.

Przykładem narzędzia badawczego w paradygmacie jakościowym jest **wywiad grupowy**.

Wymogi stawiane badaniom jakościowym w nowym modelu to:

- 1) Rzetelność – stopień zgodności pomiarów powtarzanych na tym samym przedmiocie;
- 2) Trafność – zbieżność wyników pomiaru z badanym teoretycznym stanem rzeczy, in. czy faktycznie mierzy się to, co założono
- 3) Indukcja analityczna – wyprowadzanie hipotez z danych i sprawdzanie ich na danych

C) Obserwacje kliniczne

Obserwacje kliniczne prowadzone w ramach nowego modelu pomocy **bezwzględnie wymagają od badacza merytorycznego przygotowania do pracy klinicznej**. Dodatkowym wymogiem jest czytelne uzasadnienie prowadzenia danej obserwacji klinicznej, uwzględniające przede wszystkim dobro pacjenta.

Przykładem obserwacji klinicznej stosowanej w ramach nowego modelu pomocy jest **diagnoza kliniczna**.

3. Zasady etyczne obowiązujące przy prowadzeniu badań.

Etyka zawodowa jest podstawowym wymogiem stawianym w ramach nowego modelu pomocy młodym, traumatyzowanym osobom – wymogiem nie tylko wobec klinicystów zaangażowanych w praktyczną pomoc beneficjentom modelu, ale też wobec specjalistów realizujących w ramach modelu wszelką działalność badawczą. Standardy etyczne dla prowadzenia badań w nowym modelu pomocy wytycza tekst *Ethical Principles of Psychologists*, opracowany przez

American Psychological Association (American Psychological Association (1992). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*, w: „American Psychologist”, 47, 1597- 1611) .

Standardy owe zawierają się w dziesięciu zasadach:

Zasada 1: *Badacz przed przystąpieniem do przeprowadzenia badania musi dokonać jego całościowej oceny z etycznego punktu widzenia.*

Zasada 2: *Badacz ponosi odpowiedzialność za etyczność całego badania, w tym także za postępowanie swoich współpracowników.*

Zasada 3: *Badacz zobowiązany jest do udzielenia pełnej i szczegółowej informacji osobie badanej o wszystkich aspektach badania, w których bierze ona udział; do udzielenia odpowiedzi na wszystkie jej pytania dotyczące badania, tak aby osoba badana mogła w pełni świadomie wyrazić zgodę na udział w badaniu lub odmówić takiej zgody.*

Zasada 4: *Badacz powinien unikać utajniania przed osobą badaną prawdziwego celu badania i posługiwać się tą procedurą tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach; badacz powinien zadbać o to, by osobie badanej zostały wyjaśnione powody, dla których została ona wprowadzona w błąd.*

Zasada 5: *Badacz powinien respektować prawo osoby badanej do odmowy udziału w badaniach albo wycofania się w trakcie badania. Zasada ta nabiera szczególnego znaczenia wówczas, gdy osoba badana pozostaje w jakiejś zależności od badacza.*

Zasada 6: *Udział osoby badanej musi opierać się na jasno określonym porozumieniu zawartym między badaczem i osobą badaną. Niedopuszczalne są różnorodne formy nacisku wywieranego przez badacza na osobę badaną. Badacz jest także zobowiązany w jakiś sposób honorować udział osoby badanej w badaniu.*

Zasada 7: *Badacz musi chronić osobę badaną przed różnorodnymi formami psychicznego i fizycznego dyskomfortu; nie może jej narażać na doznawanie lęku, wstydu, bólu itp.*

Zasada 8: *Po skończeniu badania i opracowaniu jego rezultatów badacz musi wyjaśnić osobie badanej ich naturę oraz odpowiedzieć na wszystkie pytania i wątpliwości, jakie nasunęły się osobie badanej w trakcie jej udziału w badaniu. Jest to szczególnie ważne wówczas, gdy osoba badana została wprowadzona w błąd przez badacza w wyniku zastosowanej przez niego instrukcji maskującej prawdziwy cel badań.*

Zasada 9: *Jeżeli udział w badaniu może pociągać za sobą wystąpienie niepożądanych dla osoby badanej skutków, to badacz jest zobowiązany do zrobienia wszystkiego, co w efekcie zniosłoby (albo wręcz zablokowało możliwość wystąpienia) owe przykre dla osoby badanej skutki udziału w badaniach.*

Zasada 10: *Żadne informacje o osobie badanej, które badacz uzyskał w trakcie badania, nie mogą być przez niego udostępnione osobom trzecim; musi być zachowana pełna dyskrecja, a osoby badane należy zapewnić o pełnej ochronie wszystkich informacji ich dotyczących, zebranych w trakcie prowadzenia badania.*

4. Spójność z ideą psychotraumatologii i użyteczność społeczna

Wszelkie badania realizowane w ramach nowego modelu pomocy muszą pozostawać w zgodzie ze statutowymi celami Fundacji Pomorskie Centrum Psychotraumatologii. **Każdy projekt badawczy musi zatem mieścić się w którymś z trzech obszarów:**

1. Pomoc psychoterapeutyczna dzieciom, młodzieży i dorosłym, które przeżyły zdarzenie traumatyczne pod postacią wypadku, klęski żywiołowej bądź długotrwałej lub incydentalnej przemocy i u których w związku z tym wykształciły się lub mogą wykształcić się objawy zespołu stresu pourazowego.

2. Działalność edukacyjna w zakresie wiedzy o konsekwencjach przeżycia traumy dla funkcjonowania człowieka.

3. Działalność na rzecz stworzenia ustawy o zawodzie psychotraumatologa, zasad szkolenia psychotraumatologów oraz zastosowania zawodu psychotraumatologa w systemie polskim.

5. Kontrola czynników pośredniczących

Ważnym elementem praktyki badawczej jest możliwość kontroli tzw. czynników pośredniczących – tutaj rozumianych jako te determinanty procesu badawczego, które nie wiążą się bezpośrednio z metodologią badania co raczej interakcjami wpisanymi badanie i z rolą badacza. Utrzymanie wysokiego standardu badań w nowym modelu pomocy osobom strauumatyzowanym wymaga kontroli dwóch podstawowych czynników pośredniczących:

- 1) *Oczekiwania interpersonalne badacza.* Nadrzędnym celem badania powinno być ustalenie stanu faktycznego, a nie potwierdzenie oczekiwań badacza. Badacz powinien zachować obiektywizm względem badanego zagadnienia. Sytuacja, w której wynik badania może w istotny sposób wpłynąć na badacza (np. na jego wynagrodzenie; na dalszą realizację danej części projektu; itp.), może prowadzić do świadomego lub nieświadomego falsyfikowania wyników badania. Z tego powodu zaleca się, by badacz pozostawał stosunkowo niezależny od instytucji zlecającej badanie.
- 2) *Status motywacyjny i lęk przed oceną u osoby badanej.* Żadne z realizowanych badań nie powinno wywoływać u osób badanych wrażenia, iż oczekuje się od nich potwierdzenia założeń badacza. Jest to czynnik szczególnie ważny w przypadku bezpośrednich beneficjentów nowego modelu pomocy bowiem korzystanie z pomocy terapeutycznej tworzy sytuację zależności, w której osoby badane mogą czuć, iż dalsze otrzymywanie wsparcie może być uzależnione od potwierdzenia założeń badacza. Zaleca się, by osoby badane bezpośrednio informować o tym, że ich udział w badaniu (a także odmowa udziału) nie ma żadnego wpływu na możliwość korzystania z pomocy w ramach modelu.

6. Standard minimalny i standard zalecany

W ramach standardów badań realizowanych w Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej wyróżnić można standard minimalny, będący niezbędnym elementem funkcjonowania Centrum oraz standard zalecany, obejmujący badania wzbogacające funkcjonowanie placówki, ale wymagające zatrudnienia dodatkowego personelu.

Standard minimalny obejmuje najbardziej podstawowe **badanie potrzeb beneficjentów** w zakresie pomocy psychotraumatologicznej oraz **badanie jakości** dłuższych form pracy klinicznej (Poradnie) oraz edukacji specjalistów (Szkolenia). Szczegółowe standardy tych badań opisano niżej w punktach A-1, B-1 oraz B-2. Realizacją badań w zakresie **standardu minimalnego** może zająć się pracownik Centrum zaangażowany w inne działania, np. pracownik Poradni czy trener Szkoleń.

Standard zalecany obejmuje dodatkowe standardy badania potrzeb beneficjentów oraz pracowników Centrum. Pełną pulę zalecanych standardów szczegółowych opisano poniżej w części III. Wdrożenie **standardu zalecanego** wymaga zatrudnienia zewnętrznego badacza.

III. SZCZEGÓŁOWE STANDARDY PROWADZENIA BADAŃ W RAMACH NOWEGO MODELU POMOCY – STANDARDY ETAPU PRZYGOTOWAWCZEGO.

Konstruowanie i wdrażanie nowego modelu pomocy musi zostać poprzedzone analizą istniejącego stanu rzeczy. Taką analizę – nazwaną tu etapem przygotowawczym – obowiązują przedstawione wyżej standardy prowadzenia badań.

Badania w etapie przygotowawczym mają charakter analityczno-eksploracyjny, bowiem opierają się zarówno na analizie zastanego systemu, ale też na eksploracji potrzeb. Z tego powodu badania w etapie przygotowawczym prowadzić należy równolegle w perspektywie ilościowej, dobrze dopasowanej do potrzeb analizy i opisu istniejącego stanu rzeczy, jak i jakościowej, dostosowanej do eksploracji zjawisk przewidywanych. Taka procedura badawcza spełnia kryteria nowoczesnych badań dotyczące **triangulacji metodologicznej**:

- triangulacji źródeł danych; bowiem badane są i zastane zjawiska, i zjawiska wywołane
- triangulacji metod badawczych; bowiem badanie opiera się na połączeniu kilku, jakościowych i ilościowych, metod badawczych.
- triangulacji perspektyw badawczych; bowiem poszczególne elementy badania przeprowadzone zostaną przez innych badaczy, a plan badań oraz ostateczny raport badawczy podlegają zewnętrznym konsultacjom.

Na podstawie powyższych przesłanek badania w etapie przygotowawczym konstruowania modelu zaleca się następującą strukturę postępowania badawczego:

- 1) Diagnoza istniejącej infrastruktury
 - A) Diagnoza zasobów dostępnych w istniejącym systemie
 - B) Diagnoza braków w zakresie istniejących usług
- 2) Diagnoza potrzeb
 - A) Z perspektywy beneficjenta
 - B) Z perspektywy specjalistów

Każdy z elementów diagnozy wymaga zastosowania specyficznych metod, narzędzi i procedur. Dla każdej z części badań przyjęto odrębną metodologię badawczą.

W ramach diagnozy istniejącej infrastruktury zaleca się korzystanie z metod ilościowych i ilościowo-jakościowych: analiz *desk research* oraz kwestionariuszy CATI.

Desk research – to badanie, w którym pozyskane informacje pochodzą ze źródeł wtórnych. Są to np. informacje pochodzące ze statystyki masowej, organizacji rządowych itp.

Badania ankietowe (w tym kwestionariusze CATI) to technika badawcza stosowana w badaniach społecznych wykorzystująca ankietę. Kwestionariusz ankiety zawiera zwykle pytania, na które respondent odpowiada wybierając jedną lub kilka z przygotowanych alternatyw. Może zawierać również tzw. "pytania otwarte", w których zadaniem odpowiadającego jest samodzielne sformułowanie odpowiedzi na określony temat.

Narzędzia diagnozy zasobów i braków użyte w konstrukcji pierwszej wersji nowego modelu pomocy zostały szczegółowo przedstawione w dokumencie „Metodologia diagnozy zasobów, braków i potrzeb w zakresie pomocy psychotraumatologicznej dla młodzieży i młodych dorosłych z województwa pomorskiego w wieku 15-30 lat”.

W ramach diagnozy potrzeb zaleca się korzystanie z metod jakościowych: pogłębionych wywiadów indywidualnych (IDI), zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) oraz paneli eksperckich.

Wywiad indywidualny (FGI) to technika używana w zdobywaniu danych i opinii ludzi, których dotyczy lub może dotyczyć interwencja, jej kontekst, wdrażanie lub efekty. Istnieje wiele typów

wywiadu indywidualnego, włączając rozmowy nieformalne, wywiady częściowo standaryzowane lub standaryzowane, które przypominają ankietę.

Zogniskowane wywiady grupowe (Focus Group Interviews) to technika przeprowadzania badań jakościowych oparta na dyskusji w małej grupie prowadzonej przez moderatora według ustalonego wcześniej scenariusza. Metoda wywiadów grupowych akcentuje aktywność uczestników, interakcję i wymianę poglądów.

Panel ekspertów to grupa robocza powołana do celów ewaluacji. Ekspertami są niezależni specjaliści w ocenianej dziedzinie. Mogą oni wspólnie wydawać osąd na temat wartości interwencji i jej efektów. Panel ekspertów ma za zadanie szybko i niedrogo sformułować syntetyczny osąd, który integruje najważniejsze informacje dostępne na temat programu oraz informacje oparte na innych doświadczeniach.

Narzędzia diagnozy potrzeb użyte w konstrukcji pierwszej wersji nowego modelu pomocy zostały szczegółowo przedstawione w dokumencie „Metodologia diagnozy zasobów, braków i potrzeb w zakresie pomocy psychotraumatologicznej dla młodzieży i młodych dorosłych z województwa pomorskiego w wieku 15-30 lat”

IV. SZCZEGÓŁOWE STANDARDY PROWADZENIA BADAŃ W RAMACH NOWEGO MODELU POMOCY – STANDARDY ETAPU REALIZACJI.

A) Badanie potrzeb

A-1) Badanie potrzeb beneficjentów Centrum w zakresie specjalistycznej pomocy psychotraumatologicznej

Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej świadczy specjalistyczne usługi dla osób, które doświadczyły traumy psychicznej. Wstępnym kryterium decydującym o udzieleniu pomocy powinno być określenie czy dana osoba doznała traumy psychicznej wymagającej zewnętrznej, specjalistycznej interwencji. Określenie owego wstępnego kryterium jest postępowaniem prostym, ale niezbędnym dla dotarcia z pomocą do właściwej grupy. W tym celu opracowano specyficzne narzędzie – Pięciorozmiarową Listę Wskazującą na Traumą Psychiczną (patrz sekcja Narzędzia)

A-2) Potrzeby beneficjentów Psychotraumatologicznej Poradni na Starcie

Regularne badanie potrzeb jest nieodzownym elementem każdego modelu pomocy, bowiem potrzeby są zjawiskami psychologicznymi o zmiennym kształcie: nie sposób określić w sztywny i niezmienny sposób zbioru potrzeb wszystkich beneficjentów systemu, gdyż są one 1) zmienne w czasie, 2) zmienne indywidualnie. Dlatego potrzeby wymagają wnikliwego, odrębnego badania w każdym indywidualnym przypadku oraz w różnych punktach w czasie. Potrzeby beneficjentów Psychotraumatologicznej Poradni na Starcie badać należy za pomocą dwóch uzupełniających się perspektyw.

Najistotniejszych i niezbędnych danych dostarcza **diagnoza kliniczna** oparta o model niemiecki. Stanowi ona zarówno źródło wiedzy na temat indywidualnych potrzeb każdego z beneficjentów modelu, jak i podstawę wszelkich późniejszych oddziaływań terapeutycznych.

Standardy diagnozy klinicznej:

Skuteczna procedura diagnostyczna jest jednym z najważniejszych zadań, kluczowym dla szans powodzenia dalszego postępowania terapeutycznego. Dobrze postawiona diagnoza pozwala dobrać najbardziej adekwatne metody pomocy; niewłaściwa diagnoza skutkuje zwykle

niepowodzeniem późniejszych prób terapii, zaś w skrajnych przypadkach może okazać się jatrogenna – prowadzić do wzmożenia doświadczanych przez pacjenta zaburzeń.

W przypadku problemów psychologicznych istnieją rozmaite paradygmaty diagnostyczne. Najbardziej popularne z nich to diagnoza psychiatryczna oraz diagnoza psychoterapeutyczna (stosunkowo niezależna od orientacji teoretycznej danego psychoterapeuty). Korzystanie ze sprawdzonych, stabilnych kryteriów diagnostycznych w danym paradygmacie pozwala zbudować szerokie rozumienie kłopotów danego pacjenta.

Psychoterapeuta podczas indywidualnej konsultacji wspólnie z pacjentem bada psychologiczny wymiar jego kłopotów: lęki, konflikty, emocje – czyli to, co składa się na jego specyficzny, indywidualny sposób przeżywania samego siebie i swoich kłopotów. Na podstawie tej rozmowy stawia hipotezy dotyczące dynamiki owych mechanizmów psychicznych odwołując się do posiadanej przez siebie wiedzy. Obszary badane podczas konsultacji terapeutycznych to:

1. szczegółowe określenie zgłaszanych problemów osoby konsultowanej
2. historia życia osoby konsultowanej (w tym historia dzieciństwa)
3. rzeczywista sytuacja życiowa osoby konsultowanej (w obszarze życia rodzinnego, zawodowego, kontaktów społecznych, itp.)
4. siła i jakość mechanizmów obronnych osoby konsultowanej
5. obszary konfliktu w życiu psychicznym osoby konsultowanej
6. zasoby psychologiczne i mocne strony osoby konsultowanej
7. własne rozumienie zgłaszanych problemów przez osobę konsultowaną

Narzędziem zapewniającym utrzymanie standardu diagnozy jest Arkusz diagnostyczny, oparty na niemieckich doświadczeniach psychotraumatologicznych. Arkusz stanowi polską adaptację (przeformułowaną na potrzeby nowego modelu) dokumentu wykorzystywanego przez Center für Integrative Therapie – niemiecką instytucję psychotraumatologiczną o bogatym doświadczeniu. Arkusz znajduje się w rozdziale poświęconym narzędziom.

Uzupełniającą metodą badania potrzeb beneficjentów Psychotraumatologicznej Poradni na Starcie są metody deklaratywne – przesiewowe wywiady indywidualne (IDI), dotyczące potrzeb zgłaszanych na świadomym poziomie przez beneficjentów modelu. Ta metoda daje możliwość bezpośredniego wglądu w potrzeby przeżywane przez pacjentów, choć obciążona jest ryzykiem zniekształceń wynikających ze specyfiki funkcjonowania pacjentów – dlatego stanowi jedynie formę uzupełnienia diagnozy klinicznej. Przykładowy scenariusz wywiadu indywidualnego znajduje się w rozdziale Narzędzia.

A-3) Potrzeby pracowników Psychotraumatologicznej Poradni na Starcie, Punktu Konsultacyjnego na Miejscu Bezpośredniego Zdarzenia i Studium Pomocy Psychotraumatologicznej

Nowoczesny model pomocy w zakresie zdrowia psychicznego uwzględnia nie tylko potrzeby beneficjentów systemu, ale także potrzeby osób pracujących w ramach nowego modelu. Diagnoza potrzeb specjalistów pracujących w instytucjach nowego modelu pomaga zapobiegać szkodliwym zjawiskom wpisanym w pomaganie (wypaleniu zawodowemu) oraz pozyskać istotne dane od osób bezpośrednio zaangażowanych we wdrażanie nowego modelu. Potrzeby osób pracujących w instytucjach nowego modelu badać należy za pomocą dwóch uzupełniających się perspektyw.

Powszechnym zagrożeniem w pracy z pacjentem strauatyzowanym jest zjawisko tzw. „wypalenia zawodowego”. W związku z tym w ramach standardów pracy zaleca się okresowe badanie ilościowe pracowników metodą Copenhagen Burnout Inventory (Kopenhaski Kwestionariusz Wypalenia) (z zachowaniem szczególnych względów poufności). Zaleca się także stworzenie

procedury zapewniającej dodatkowe wsparcie superwizyjne osobie, która na podstawie badania zgłosi taką potrzebę. Kwestionariusze CBI znajdują się w rozdziale poświęconym Narzędziom.

Metodą uzupełniającą badanie jakościowe są okresowe wywiady indywidualne z pracownikami instytucji nowego modelu zorientowane na poznanie deklarowanych potrzeb w poszczególnych obszarach związanych z ich rolami zawodowymi (np. potrzeb szkoleniowych). Przykładowe scenariusze wywiadów znajdują się w rozdziale poświęconym Narzędziom.

B) Badanie jakości

Badanie jakości stanowi niezbędny element funkcjonowania nowoczesnego i odpowiedzialnego modelu pomocy. Jedynie dzięki ciągłej ewaluacji i monitorowaniu poszczególnych aspektów działania modelu możliwa jest jego realistyczna ocena oraz usprawnienie. Każdy z elementów modelu pomocy wymaga odrębnych, wnikliwych badań o ustalonych standardach.

B-1) Badanie jakości Psychotraumatologicznej Poradni na Starcie

Najważniejszym wyznacznikiem jakości działania placówki klinicznej jest skuteczność realizowanych oddziaływań terapeutycznych. Położenie silnego akcentu na badanie skuteczności terapii – zwłaszcza psychodynamicznych psychoterapii krótkoterminowych – opiera się na specjalistycznym piśmiennictwie niemieckim: zob. np. opracowanie autorstwa Falka Leichsenringa i Erica Leibinga z Uniwersytetu w Goettingen pt. „Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence” (Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2007; 80: 217–228); zob. także praca Leichsenringa, Rabunga i Leibinga z Uniwersytetu w Goettingen pt. „The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders” (Arch. Gen. Psychiatry, 2004; 61: 1208-1216). Stosunkowo obiektywne metody ewaluacji skuteczności terapii to przede wszystkim metody ilościowe – w przypadku zaburzeń związanych z traumą psychiczną najbardziej adekwatną metodą wydają się kwestionariusze objawowe TSC-40. Procedura pretestu i posttestu (oraz testów pośredniczących i testów follow-up) pozwala w wymierny sposób określić skuteczność realizowanych oddziaływań w obszarze uciążliwych i zagrażających integracji społecznej objawów u osób strauumatyzowanych. Kwestionariusz objawowy TSC-40 przedstawiony został w rozdziale poświęconym Narzędziom.

Dodatkowym wyznacznikiem jakości działania Psychotraumatologicznej Poradni na Starcie jest **deklaratywna ocena** ze strony beneficjentów tejże placówki. Jako metoda samodzielna byłaby obciążona błędem nadmiernej subiektywności osób badanych, natomiast jako metoda uzupełniająca może dodać odpowiedniej głębi metodzie ilościowej. W ramach oceny deklaratywnej prowadzić należy **przesiewowe wywiady IDI** z beneficjentami. Przykładowe scenariusze przesiewowych wywiadów zawarte są w rozdziale poświęconym Narzędziom.

B-2) Badanie jakości programów szkoleniowych Studium Pomocy Psychotraumatologicznej

Najważniejszym wyznacznikiem jakości realizowanych programów szkoleniowych jest poziom wiedzy psychotraumatologicznej osób szkolonych. Wymiernych danych na temat poziomu wiedzy dostarczają powszechnie stosowane metody – **testy wiedzy**. Deklaratywne, samoocenowe kwestionariusze dotyczące poziomu wiedzy dostarczają danych zbyt podatnych na zniekształcenie, dlatego test wiedzy powinien stać się elementem towarzyszącym szkoleniu. Co ważne, służyć ma jako narzędzie oceny jakości **programu szkoleniowego**, nie zaś **osób szkolonych**. Przykładowy test wiedzy zostały przedstawiony w rozdziale poświęconym Narzędziom.

Dodatkowym wyznacznikiem jakości realizowanych programów szkoleniowych będą metody deklaratywne – **ankiety ewaluacyjne**, które dostarczą danych na temat opinii osób szkolonych na temat szkolenia. Ta metoda nie mówi wiele na temat skuteczności przekazywania wiedzy, natomiast może wskazać na inne jakości szkolenia: profesjonalizm osób prowadzących, organizację, i tak dalej. Przykładowa ankieta ewaluacyjna została przedstawiona w rozdziale poświęconym Narzędziom.

B-3) Badanie jakości Punktu Konsultacyjnego na Miejscu Bezpośredniego Zdarzenia

Najważniejszym wyznacznikiem jakości Punktu Konsultacyjnego jest, podobnie jak w przypadku placówki klinicznej, skuteczność realizowanych oddziaływań interwencyjnych. Specyfika pracy interwencyjnej sprawia jednak, że procedura pretestu i posttestu w tym wypadku wydaje się nieadekwatna. W tych okolicznościach bardziej zasadną metodą badania skuteczności będzie realizacja badań typu follow-up: kontakt ze wszystkimi osobami, które w przeszłości skorzystały z pomocy Punktu Konsultacyjnego na Miejscu Bezpośredniego Zdarzenia. Przykładowy scenariusz badania typu follow-up został przedstawiony w części poświęconej Narzędziom.

C) Badanie jakości nowego modelu w zakresie integracji zawodowej

Nieodłącznym elementem nowego modelu pomocy jest pomoc beneficjentom w zakresie integracji zawodowej. Biorąc pod uwagę płynny, niepunktowy charakter zmian wprowadzanych w ramach nowego modelu pomocy najtrafniejszą metodą badania jakości modelu w zakresie integracji zawodowej będą badania kwestionariuszowe na zasadzie pretestu przy przyjęciu, posttestu przy wypisie oraz testu follow-up po upływie określonego czasu. Przykładowy scenariusz takiego badania został przedstawiony w części poświęconej Narzędziom.

V. STANDARDY KOMUNIKACJI ZEWNĘTRZNEJ

Standardy bazy danych teleadresowych:

Standardowym elementem wdrażania nowego modelu pomocy osobom strauumatyzowanym jest nawiązywanie i podtrzymywanie komunikacji między poszczególnymi instytucjami integracji społecznej. Baza danych teleadresowych obejmuje przede wszystkim te instytucje, do których trafić może młody człowiek doświadczający traumy psychicznej. Podstawowe kryteria tworzenia baz danych teleadresowych to:

- 1) *Zasięg wojewódzki.* Baza danych teleadresowych Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej winna obejmować instytucje integracji społecznej z całego województwa, na terenie którego działa Centrum. Jest to szczególnie istotne ze względu na dysproporcję między ofertą pomocy w dużych miastach i w małych powiatach odległych od centrów miejskich. Szersza oferta dużych ośrodków miejskich reprezentowana jest w bazie danych poprzez wydzielenie dodatkowych, odrębnych części bazy dla miast na prawach powiatu.
- 2) *Wykorzystanie istniejącego systemu.* W istniejącym systemie pomocy społecznej mamy do czynienia ze standaryzacją formy placówek integracji społecznej. Ten rodzaj standaryzacji pozwala narzucić pewien minimalny zakres baz danych teleadresowych tworzonych w ramach nowego modelu pomocy. Ów minimalny zakres obejmuje: wszystkie ośrodki pomocy społecznej z danego województwa, wszystkie powiatowe centra pomocy rodzinie z danego województwa oraz wszystkie ośrodki interwencji kryzysowej z danego województwa. Dodatkowo bazy danych mogą zawierać dowolną liczbę innych instytucji, których działalność pozostaje zgodna z celami nowego modelu.

Załącznik 1 zawiera bazę danych teleadresowych dla województwa pomorskiego w formie arkusza kalkulacyjnego.

Standardy newslettera:

Elementem nowego modelu pomocy służącym komunikacji z innymi instytucjami integracji społecznej jest newsletter dotyczący badania jakości Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej. Konstrukcja poszczególnych dystrybucji newslettera winna postępować według następujących wytycznych:

1. Pierwsza dystrybucja: nawiązanie kontaktu, zaproszenie do współpracy i przedstawienie **wniosków z lokalnej (dla danego województwa) diagnozy zasobów, braków i potrzeb.**
2. Kolejne dystrybucje: bieżące informacje dotyczące **wyników ewaluacji działania Centrum oraz przedsięwzięć realizowanych przez Centrum**

Uwaga! Pierwsza dystrybucja newslettera wymaga **uzyskania zgody** adresatów na otrzymywanie kolejnych dystrybucji.

Wzór pierwszej dystrybucji newslettera dla województwa pomorskiego znajduje się w dziale poświęconym narzędziom.

VI. NARZĘDZIA – BAZA WIEDZY

Narzędzie 1: Pięciodzienne lista wskazująca na traumę psychiczną (5LTP)

Opis narzędzia:

5LTP jest narzędziem opracowanym na potrzeby Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej. Lista daje podstawy do wstępnego określenia, czy dana osoba doznała traumy psychicznej w rozumieniu przyjętym przez Centrum. Zastosowanie narzędzia daje podstawę do podjęcia jakichkolwiek dalszych działań pomocowych.

Cel:

Celem stosowania 5LTP jest adekwatny dobór pacjentów do specjalistycznych usług Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej.

Etapy postępowania:

Kwestionariusz 5LTP wypełnia Klinicysta podczas pierwszego zgłoszenia pacjenta do Centrum. Jest to narzędzie arbitralne, bazujące na podstawowych umiejętnościach klinicznych specjalistów (obserwacja, wywiad). Klinicysta ponosi odpowiedzialność za właściwą ocenę sytuacji i wypełnienie kwestionariusza 5LTP zgodnie ze swą oceną pacjenta. Postępowanie badawcze zawiera następujące etapy:

- Wstępna rozmowa z pacjentem.
- Uzupełnienie kwestionariusza 5LTP przez klinicystę
- Poinformowanie pacjenta o wyniku postępowania (jeśli spełnione jest 5 kryteriów wskazanych w Narzędziu, pacjent może zostać zakwalifikowany do korzystania z pomocy Centrum)

Produkty:

Każdorazowym produktem postępowania diagnostycznego jest dokumentacja – uzupełniony kwestionariusz 5LTP, odnosząca się do ośmiu obszarów wskazanych w Arkuszu.

Pięcioczynnikowa lista wskazująca na traumę psychiczną

Listę uzupełnia specjalista w pierwszym kontakcie z uczestnikiem projektu w oparciu o swoje umiejętności obserwacji klinicznej i prowadzenia wywiadu klinicznego. Pacjenci spełniający **wszystkie pięć kryteriów** mogą skorzystać z pomocy Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej.

TAK	NIE	
		Pacjent doświadczył wskutek sytuacji zewnętrznej lub przeżyć wewnętrznych urazu psychicznego przekraczającego jego zdolności radzenia sobie
		Pacjent nie dysponuje zintegrowanym obrazem uczuć i myśli dotyczących urazowego przeżycia oraz zasobami pozwalającymi na samodzielny powrót do równowagi
		Pacjent w kontakcie klinicznym prezentuje objawy wskazujące na doświadczenie traumy psychicznej
		Istnieje istotne ryzyko, że bez otrzymania pomocy doznany uraz wywoła długoterminowe negatywne skutki dla zdrowia psychicznego
		Istnieje istotne ryzyko, że bez otrzymania pomocy uraz psychiczny utrudni społeczne funkcjonowanie pacjenta i ograniczy jego kompetencje zawodowe i możliwości na rynku pracy

(Podpis specjalisty) _____

Narzędzie 2: Arkusz diagnostyczny

Opis narzędzia:

Arkusz diagnostyczny jest narzędziem bazującym na niemieckich doświadczeniach psychotraumatologicznych. Arkusz określa ramy dla prowadzenia diagnozy klinicznej w ramach nowego modelu pomocy. Klinicysta prowadząc konsultacje diagnostyczne winien odwoływać się do wszystkich ośmiu obszarów znajdujących się w Arkuszu Diagnostycznym.

Cel:

Celem stosowania Arkusza diagnostycznego jest standaryzacja klinicznych procedur diagnostycznych w ramach nowego modelu pomocy.

Etapy postępowania:

Klinicysta zobowiązany jest wnikliwie zapoznać się z arkuszem diagnostycznym przed podjęciem jakichkolwiek działań diagnostycznych. Arkusza nie należy traktować jako narzędzia do bezpośredniego użytku w kontakcie z pacjentem. Klinicysta realizuje diagnozę w najlepszy znany sposób, zagadnienia z Arkusza uznając za wytyczne do prowadzenia rozmowy. Obszary wskazane w arkuszu powinny zostać uwzględnione w dokumentacji diagnostycznej. Można zatem wskazać trzy zasadnicze etapy postępowania diagnostycznego:

- Zapoznanie się diagnosty z Arkuszem.
- Prowadzenie diagnozy klinicznej
- Sporządzenie dokumentacji diagnostycznej w oparciu o Arkusz

Produkty:

Każdorazowym produktem postępowania diagnostycznego jest dokumentacja diagnostyczna odnosząca się do ośmiu obszarów wskazanych w Arkuszu.

Arkusz diagnostyczny (Opracowanie na podstawie materiałów partnera niemieckiego)

Wytyczne do sformułowania pełnej diagnozy klinicznej:

1. Spontaniczne informacje od pacjenta dotyczące jego dolegliwości, ich dotychczasowego przebiegu, ew. dotychczasowych prób terapeutycznych. Aktualna przyczyna zgłoszenia się pacjenta, ew. kto do tego doprowadził. Cele terapeutyczne pacjenta (w przypadku dzieci i młodzieży także cele rodziców). W przypadku wcześniejszego leczenia psychoterapeutycznego / psychosomatycznego w szpitalu proszę załączyć kartę wypisową.
2. Wynik badania psychologicznego: kontakt emocjonalny, relacja terapeutyczna (przeniesienie/przeciwprzeniesienie), inteligencja, zróżnicowanie osobowości, zrozumienie psychicznych uwarunkowań występujących dolegliwości, motywacja do psychoterapii, nastroj, preferowane mechanizmy obronne, rodzaj i rozmiar infantylnych fiksacji, poziom struktury, struktura osobowości. W przypadku dzieci i młodzieży także wyniki badań neuropsychologicznych i badań testowych, obserwacja podczas zabawy, inscenizacja konfliktu neurotycznego.
3. Wynik badania psychopatologicznego (np. motoryka, afekt, popęd, świadomość, postrzeganie, myślenie, pamięć).
4. Wywiad biograficzny, z uwzględnieniem cech neurotycznych i związanych ze strukturą osobowości, informacje dotyczące pozycji pacjenta w rodzinie, nadzwyczajne, indywidualne lub rodzinne obciążenia, traumy, klimat emocjonalny grupy pierwotnej, analiza relacji w rodzinie dawniej i dzisiaj, rozwój szkolny i wybór zawodu, sposób radzenia sobie z sytuacjami progowymi poszczególnych faz, doświadczenia w relacjach partnerskich, podejście do seksualności, obecna sytuacja społeczna, zdolność do pracy, istotne schorzenia somatyczne, dotychczasowe kryzysy i choroby psychiczne. W przypadku dzieci i młodzieży także wywiad dotyczący narodzin, warunków wczesnego rozwoju, rozwoju emocjonalnego poznawczego i psychosocjalnego, rozwoju rodzin, o ile wydaje się to właściwe ze względu na psychodynamikę.
5. Psychodynamika schorzenia neurotycznego: W jaki sposób biografia, struktura osobowości, rozwój wewnątrzpsychicznych nieświadomych metod przepracowywania oraz specyficzny charakter obciążeń wywołanych przez czynnik wyzwalający (sytuację wyzwalającą) złożyły się na tak patogenną psychodynamikę, że rozwinęło się zaburzenie psychiczne, które ma być przedmiotem terapii? Nawet jeśli zaburzenia mające być przedmiotem terapii są chronicznym wyrazem neurotycznego rozwoju, należy wskazać, jakie uwarunkowania psychodynamiczne doprowadziły obecnie do dysfunkcjonalności lub dekompensacji. W przypadku dzieci i młodzieży: należy opisać aktualną, neurotyczną sytuację konfliktową w aspekcie psychogenetycznym, intrapsychoicznym i interpersonalnym. W przypadku strukturalnych defektów ego także ich aktualny i identyfikowalny wpływ na w/w. konflikty. Ewent. podać opis czynników dynamiki rodzinnej, mających wpływ na chorobę.
6. Diagnoza zaburzeń neurotycznych: sformułowanie diagnozy na płaszczyźnie symptomatycznej lub strukturalnej na podstawie psychodynamiki, włącznie z rozpoznaniem różnicowym.



7. *Plan terapii, sformułowanie planu terapii, z uwzględnieniem realistycznych celów terapii. Należy uzasadnić - w kontekście celów terapii - wybór poszczególnych form psychoterapii, takich jak terapia krótkoterminowa, terapia zogniskowana czy terapia w niskiej częstotliwości spotkań. W każdym przypadku należy w jasny sposób przedstawić związek między rodzajem schorzenia, które ma być przedmiotem terapii, a częstotliwością sesji, łączną ilością godzin i celem terapii, uważanym za realistyczny przy uwzględnieniu ograniczonej ilości godzin terapii.*
8. *Prognoza w kontekście celów terapii, wraz z uzasadnieniem, dokonana w drodze oceny świadomości problemu u pacjenta, jego rzetelności, radzenia sobie w życiu i zdolności wzgl. tendencji do regresji, jego elastyczności i możliwości rozwoju podczas terapii. W przypadku dzieci i młodzieży także ocena możliwości rozwoju pacjenta adekwatnie do wieku, możliwości zmiany realnej roli w rodzinie, zdolności rodziców do wprowadzenia zmian.*

Narzędzie 3: Przesiewowe wywiady IDI – diagnoza potrzeb wśród beneficjentów systemu:

Opis narzędzia:

Przesiewowe wywiady IDI w ramach diagnozy potrzeb wśród beneficjentów systemu są narzędziem uzupełniającym kliniczne postępowanie diagnostyczne. Mają charakter bardzo krótkiego, sformalizowanego wywiadu indywidualnego z losowo wybranymi pacjentami przy przyjęciu (w okresie postępowania diagnostycznego)

Cel:

Celem stosowania przesiewowych wywiadów IDI jest uzupełnienie metod klinicznych o deklaratywne metody badania potrzeb beneficjentów nowego modelu pomocy.

Etapy postępowania:

Etap 1) Dobór osób badanych: badaniem objęty powinien zostać co 10-ty pacjent zgłaszający się do instytucji

Etap 2) Realizacja wywiadu: Zewnętrzny badacz prowadzi badanie przy użyciu scenariusza wywiadu

Etap 3) Opracowanie danych: Badacz analizuje odpowiedzi osoby badanej i zamienia je na kategorie jakościowe, które następnie opracowuje statystycznie.

Etap 4) Sformułowanie wniosków i uwzględnienie ich w rocznym raporcie z diagnozy potrzeb

Produkty:

Produktem są coroczne raporty dotyczące diagnozy potrzeb.

Scenariusz wywiadu

Obszar ogólnego badania potrzeb:

Pyt. 1. Czego oczekujesz od tej instytucji?

Obszar badania potrzeb związanych z personelem:

Pyt. 2. Czego oczekujesz od personelu tej instytucji?

Obszar badania potrzeb związanych z ofertą:

Pyt. 3. Jakich form pomocy oczekujesz od tej instytucji?

Narzędzie 4: CBI

Opis narzędzia:

Copenhagen Burnout Inventory (Kopenhaski Kwestionariusz Wypalenia) to dokonana na potrzeby projektu adaptacja narzędzia opisanego w: Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207. Jest kwestionariuszem badającym zjawisko wypalenia w trzech głównych obszarach.

Cel:

Celem stosowania kwestionariuszy CBI jest udostępnienie pracownikom nowego modelu pomocy narzędzia pomagającego w diagnozowaniu niebezpiecznego zjawiska wypalenia zawodowego, co umożliwi podjęcie szybkich działań zaradczych.

Etapy postępowania:

Etap 1) Zapoznanie klinicznych pracowników instytucji z narzędziem oraz z zaleceniem okresowego badania co pół roku.

Etap 2) Realizacja badania: pracownik instytucji wypełnia kwestionariusz

Etap 3) Opracowanie danych: pracownik instytucji samodzielnie opracowuje dane dotyczące wypełnionego kwestionariusza

Etap 4) Pracownik zgłasza przełożonym fakt przeprowadzenia badania, jednak nie ma obowiązku dzielenia się jego wynikami; jeśli pracownik uznaje za stosowne – może odwołać się do wyniku badania w rozmowie z superwizorem lub z przełożonymi.

Produkty:

Produktem są okresowe (co pół roku) potwierdzenia przeprowadzenia badania wśród pracowników.

Formularz:

Pytanie	Zawsze	Często	Czasem	Rzadko	Nigdy/ prawie nigdy
1. Jak często czujesz się zmęczony?					
2. Czy czujesz się umęczony/umęczona pod koniec dnia pracy?					
3. Czy jesteś zmęczony/zmęczona pracą z pacjentami?					
4. Czy czujesz się wyczerpany/wyczerpana o poranku, gdy pomyślisz o kolejnym dniu w pracy?					
5. Jak często czujesz fizyczne wyczerpanie?					
6. Czy zastanawiasz się czasem, jak długo jeszcze będziesz w stanie pracować z pacjentami?					



7. Jak często myślisz: "Dłużej tego nie wytrzymam"?					
8. Czy masz wrażenie, że każda godzina pracy cię męczy?					
9. Jak często czujesz, że twoje siły się wyczerpały?					
10. Czy masz wystarczająco dużo energii dla przyjaciół i rodziny w wolnym czasie?					
11. Jak często czujesz się słaby/słaba i podatny/podatna na chorobę?					
Pytanie	W bardzo dużej mierze	W dużej mierze	W przeciętnej mierze	W niewielkiej mierze	W bardzo niewielkiej mierze
12. Czy twoja praca wyczerpuje cię emocjonalnie?					
13. Czy trudno jest ci pracować z pacjentami?					
14. Czy czujesz się wypalony/wypalona ze względu na pracę?					
15. Czy czujesz, że w pracy z pacjentami dajesz z siebie więcej, niż dostajesz w zamian?					
16. Czy praca cię frustruje?					
17. Czy praca z pacjentami wysysa z ciebie energię?					
18. Czy praca z pacjentami cię frustruje?					

Część I: wypalenie osobiste.

Wypalenie osobiste to stan przedłużającego się wyczerpania fizycznego i psychologicznego.

Pyt. 1, 5, 7, 9, 11

Zawsze (100)/ Często (75)/ Czasem (50)/ Rzadko (25)/ Nigdy/Prawie nigdy (0). Ogólny wynik na skali to średnia z poszczególnych pozycji.

Część II: wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe to stan przedłużającego się wyczerpania fizycznego i psychologicznego, które dana osoba wiąże ze swoją pracą.

Pyt. 2, 4, 8, 10, 12, 14, 16

Pytania 1-3: W bardzo dużym zakresie (100)/ W dużym zakresie(75)/ Co nieco(50)/ W niewielkim zakresie(25)/ W bardzo niewielkim zakresie (0)

Pytania 4-7: Jak w części I

Część III: Wypalenie związane z pacjentami

Pyt. 3, 6, 13, 15, 17

Wypalenie związane z pacjentami to stan przedłużającego się wyczerpania fizycznego i psychologicznego, które dana osoba wiąże ze swoją pracą.

Pytania 1-4: W bardzo dużym zakresie (100)/ W dużym zakresie(75)/ Co nieco(50)/ W niewielkim zakresie(25)/ W bardzo niewielkim zakresie (0)

Pytania 5-6: Jak w części I

*Uwaga: w badaniu pracowników Studium Pomocy Psychotraumatologicznej brzmienie III część kwestionariusza należy dostosować do charakteru pracy tych osób – pytania dotyczące pacjentów zastąpić pytaniami dotyczącymi osób szkolonych. Autorzy pierwotnej wersji testu zachęcają do dokonywania takich przekształceń.

Narzędzie 5: Okresowe wywiady z pracownikami

Opis narzędzia:

Okresowe wywiady z pracownikami są metodą deklaratywną. Mają charakter krótkiego, sformalizowanego wywiadu indywidualnego prowadzonego co pół roku przez zewnętrznego badacza z wszystkimi pracownikami instytucji.

Cel:

Celem stosowania okresowych wywiadów z pracownikami jest usprawnienie komunikacji między pracownikami instytucji w nowym modelu pomocy a ich przełożonymi, a także umożliwienie przełożonym bezpośredniego wglądu w potrzeby formułowane przez pracowników.

Etapy postępowania:

Etap 1) Zapoznanie pracowników instytucji z procedurą i celem okresowego badania.

Etap 2) Realizacja badania: zewnętrzny badacz prowadzi wywiad z pracownikiem instytucji.

Etap 3) Opracowanie danych: Badacz analizuje odpowiedzi osoby badanej i zamienia je na kategorie jakościowe, które następnie opracowuje statystycznie.

Etap 4) Sformułowanie wniosków i uwzględnienie ich w półrocznym raporcie z diagnozy potrzeb pracowniczych, przedkładanym przełożonym.

Produkty:

Produktem jest półroczny raport z diagnozy potrzeb pracowniczych

Scenariusz wywiadu:

Obszar potrzeb związanych z pracą

Pyt. 1. Co w dotychczasowej pracy z pacjentami przysparza pani/panu największych kłopotów?

Pyt. 2. Jacy pacjenci sprawiają pani/panu największą trudność?

Pyt. 3. Co mogłoby podnieść jakość pani/pana pracy z pacjentami?

Obszar potrzeb związanych z organizacją

Pyt. 4. Co w dotychczasowej współpracy z tą instytucją przysparza pani/panu największych kłopotów?

Pyt. 5. Jakich działań organizacyjnych brakuje pani/panu w tej instytucji?

Pyt. 6. Co musiałoby się zmienić, by pani/pan była bardziej zadowolona ze współpracy z tą instytucją?

Obszar potrzeb związanych ze szkoleniami

Pyt. 7. W jakim obszarze pracy czuje pani/pan potrzeby dodatkowe szkolenia?



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Pyt. 8. Czy ta instytucja zapewnia pani/panu możliwość doksztalcania we wskazanych obszarach?
 Pyt. 9. Jakiego jeszcze wsparcia merytorycznego potrzebowalaby pani/pan od instytucji?

Narzędzie 6: TSC-40

Opis narzędzia:

Test bada problemy związane z traumą, podzielone na kilka kategorii. Jest stworzoną na potrzeby projektu adaptacją opracowanego przez Johna Briere'a darmowego narzędzia badawczego. Po zakończeniu okresu testowania nowego modelu pomocy należy – w razie potwierdzenia użyteczności tej metody badawczej – nabyć najnowsze wydanie bardziej aktualnej i dopracowanej wersji narzędzia, tj. Trauma Symptom Inventory.

Cel:

Celem stosowania kwestionariusza TSC-40 jest obiektywna ewaluacja skuteczności pracy klinicznej w zakresie poprawy objawowej zaburzeń traumatycznych.

Etapy postępowania:

Etap 1) Zapoznanie pacjenta z procedurą i celem badania.

Etap 2) Realizacja pretestu: badacz realizuje badanie – w rozmowie z pacjentem przyjmowanym do instytucji wypełnia kwestionariusz.

Etap 3) Opracowanie danych: Badacz analizuje odpowiedzi osoby badanej i opracowuje statystycznie wynik testu.

Etap 4) Badacz powtarza Etapy 2 i 3 w ramach testów pośrednich, testu przy wypisie z instytucji oraz badania follow-up w pół roku po zakończeniu kontaktu.

Etap 5) Badacz formułuje wnioski, załączone do dokumentacji pacjenta, a także porównuje ze sobą wyniki uzyskane w poszczególnych testach. Wnioski uwzględnia w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Produkty:

Raport z badań TSC-40 w dokumentacji pacjenta

Rozdział w rocznym raporcie z diagnozy jakości

Trauma Symptom Checklist – 40 (Briere & Runtz, 1989)

Jak często w ciągu ostatniego miesiąca doświadczał Pan/Pani każdego z poniższych objawów? Proszę zaznaczyć cyfrę od 0 do 3.

Objaw	Nigdy Często			
	0	1	2	3
1. Bóle głowy				
2. Bezsennaść				
3. Spadek wagi (bez odchudzania się)				
4. Problemy żołądkowe				
5. Problemy seksualne				
6. Uczucie odizolowania od innych				



7. Nagłe, żywe, niepokojące wspomnienia				
8. Niespokojny sen				
9. Obniżenie popędu seksualnego				
10. Napady lęku				
11. Nadmierna aktywność seksualna				
12. Samotność				
13. Koszmary				
14. Wycofywanie się we własne myśli				
15. Smutek				
16. Oszołomienie				
17. Brak satysfakcji z życia seksualnego				
18. Kłopoty w kontrolowaniu emocji				
19. Wczesne budzenie się				
20. Niekontrolowany płacz				
21. Strach przed mężczyznami				
22. Poczucie zmęczenia o poranku				
23. Uprawianie seksu bez przyjemności				
24. Kłopoty w porozumiewaniu się z innymi				
25. Problemy z pamięcią				
26. Chęć zrobienia sobie krzywdy				
27. Strach przed kobietami				
28. Budzenie się w środku nocy				
29. Złe myśli lub uczucia podczas seksu				
30. Omdlenia				
31. Poczucie "niereczywistości"				
32. Niepotrzebne lub nadmierne mycie się				
33. Poczucie niższości				
34. Nieustanne uczucie napięcia				
35. Pomieszanie we własnych uczuciach seksualnych				
36. Chęć fizycznego skrzywdzenia innych				
37. Poczucia winy				
38. Poczucie znajdowania się czasem poza własnym ciałem				
39. Kłopoty z oddychaniem				
40. Nieadekwatne uczucia seksualne				



Podskale kwestionariusza TSC-40:

Dysocjacja: 7, 14, 16, 25, 31, 28

Lęk: 1, 4, 10, 16, 21, 27, 32, 34, 39

Depresja: 2, 3, 9, 15, 19, 20, 26, 33, 37

WTNS (Wskaźnik Traumatyzacji zw. z Nadużyciem Seksualnym): 5, 7, 13, 21, 25, 29, 31

Zaburzenia snu: 2, 8, 13, 19, 22, 28

Problemy seksualne: 5, 9, 11, 17, 23, 29

Ogólny wynik TSC: pytania od 1 do 40

Narzędzie 7: Przesiewowe wywiady IDI z beneficjentami – badanie jakości

Opis narzędzia:

Przesiewowe wywiady z pacjentami są metodą deklaratywną. Mają charakter krótkiego, sformalizowanego wywiadu indywidualnego prowadzonego podczas korzystania z pomocy instytucji przez zewnętrznego badacza z losowo wybranymi pacjentami instytucji.

Cel:

Celem stosowania przesiewowych wywiadów z pacjentami jest uzupełnienie metody ilościowej (TSC-40) o jakościowe dane deklaratywne dotyczące oceny jakości modelu pomocy z perspektywy beneficjenta.

Etapy postępowania:

Etap 1) Dobór osób badanych: badaniem objęty powinien zostać co 10-ty pacjent korzystający z pomocy instytucji

Etap 2) Realizacja wywiadu: Zewnętrzny badacz prowadzi badanie przy użyciu scenariusza wywiadu

Etap 3) Opracowanie danych: Badacz analizuje odpowiedzi osoby badanej i zamienia je na kategorie jakościowe, które następnie opracowuje statystycznie.

Etap 4) Sformułowanie wniosków i uwzględnienie ich w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Produkty:

Produktem jest rozdział w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Scenariusz:

Obszar ogólnego badania jakości:

Pyt. 1. Czego oczekiwałaś/oczekiwałeś rozpoczynając korzystanie z pomocy w tej instytucji?

Pyt. 2. Jak oceniasz pomoc, jaką uzyskujesz w tej instytucji?

Pyt. 3. Co zmieniłabyś/zmieniłbyś, żeby Twoje potrzeby były lepiej zaspokajane w tej instytucji?

Obszar badania potrzeb związanych z personelem:

Pyt. 4. Czego oczekiwałaś/oczekiwałaś od personelu tej instytucji zgłaszając się do niej?

Pyt. 5. W jakim stopniu dotychczasowa pomoc personelu spełnia twoje oczekiwania?

Pyt. 6. Co zmieniłabyś/zmieniłbyś w postawie czy zachowaniu personelu?

Obszar badania potrzeb związanych z ofertą:

Pyt. 7. Jakich rodzajów zajęć oczekiwałaś/oczekiwałaś od tej instytucji zgłaszając się do niej?

Pyt. 8. W jakim stopniu dotychczasowe zajęcia spełniają twoje oczekiwania?

Pyt. 9. Co zmieniłabyś/zmieniłbyś w zakresie prowadzonych w tej instytucji zajęć?

Narzędzie 8: Test wiedzy

Opis narzędzia:

Test wiedzy jest ilościową metodą opartą o pytania testujące poziom wiedzy badanych z zakresu zagadnień prezentowanych w szkoleniach psychotraumatologicznych. Test realizuje się na samym początku szkolenia oraz przy jego końcu.

Cel:

Celem stosowania testów wiedzy jest możliwość określenia rzeczywistego (a nie deklaratywnego) wzrostu poziomu wiedzy uczestników szkolenia.

Etapy postępowania

Etap wstępny: Badacz wspólnie z osobami prowadzącymi szkolenie ustala ostateczny kształt poszczególnych testów wiedzy.

Etap 1) Poinformowanie uczestników szkolenia o procedurach i celach badania

Etap 2) Realizacja pre-testu: zewnętrzny badacz na początku szkolenia prowadzi badanie przy użyciu testu wiedzy; osoby badane mogą, na życzenie, poznać osiągnięty wynik, natomiast arkusze odpowiedzi pozostają w posiadaniu badacza

Etap 3) Realizacja pretestu: zewnętrzny badacz na końcu szkolenia prowadzi badanie przy użyciu testu wiedzy; osoby badane mogą poznać osiągnięty wynik i – tym razem – poznać właściwe odpowiedzi.

Etap 4) Sformułowanie wniosków i uwzględnienie ich w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Produkty:

Produktem jest rozdział w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Przykładowe pytania:

Pyt. 1:

Jak powszechnie w ogólnej populacji występuje zaburzenie określane jako PTSD?

- a) mniej niż 1%
- b) około 3%
- c) około 8%
- d) około 15%

Pyt. 2:

Który z poniższych zaburzeń nie znajduje się w kręgu głównych zaburzeń dysocjacyjnych?

- a) depersonalizacja
- b) amnezja
- c) zaburzenia tożsamości
- d) urojenia ksbne

Pyt. 3:

Który z uczniów Freuda rozwinął koncepcję nadużycia seksualnego w dzieciństwie jako traumy i przyczyny zaburzeń psychicznych w dorosłym życiu?

- a) Sandor Ferenczi
- b) Otto Rank
- c) Ernest Jones
- d) Wilhelm Reich



Pyt. 4:

Które z poniższych nie jest czynnikiem ryzyka samobójczego:

- a) *Poszukiwanie pomocy, kiedy zaczynają się trudności, np. w nauce szkolnej*
- b) *Mówienie innym osobom o swoich autodestrukcyjnych myślach*
- c) *Regularne nadużywanie alkoholu i/lub narkotyków*
- d) *Rozwój psychozy*

Pyt. 5:

Które z poniższych procedur nie znajdują się w standardach przesłuchań dzieci opracowanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości i Fundację Dzieci Niczyje w zakresie przesłuchań dzieci?

- a) *Pokój przesłuchań powinien znajdować się poza budynkami sądów, prokuratur czy policji*
- b) *Pokój powinien być wyposażony w „lustro weneckie” i/lub urządzenia rejestrujące przebieg przesłuchania*
- c) *Poczekalnia powinna być wyposażona w kredki, zabawki, materiały edukacyjne na temat przemocy i wykorzystania seksualnego*
- d) *Pokój przesłuchań powinien być utrzymany w stonowanej, pastelowej kolorystce*

Pyt. 6:

O ile częściej wnuki ofiar holokaustu same w dzieciństwie korzystały z pomocy psychiatry dziecięcego, niż dzieci z rodzin bez doświadczenia holokaustu?

- a) *o 25%*
- b) *o 100%*
- c) *o 150%*
- d) *o 300%*

Pyt. 7:

Według koncepcji Petera Fonagy'ego przemoc można łączyć z niedostatkami:

- a) *pomieszczania*
- b) *holdingu*
- c) *mentalizacji*
- d) *inteligencji emocjonalnej*

Pyt. 8:

Według Melanie Klein radzenie sobie z żałobą wymaga przepracowania pozycji depresyjnej. W zdrowych, niepatologicznych okolicznościach przepracowanie pozycji depresyjnej trwa:

- a) *6 tygodni*
- b) *3 miesiące*
- c) *2 lata*
- d) *całe życie*

Pyt. 9:

Prawidłowa kolejność faz rozwoju emocjonalnego niemowlęcia według koncepcji Mahler:

- a) *faza symbiotyczna, faza autystyczna, faza separacji-indywiduacji;*
- b) *faza autystyczna, faza symbiotyczna, faza separacji-indywiduacji;*
- c) *faza symbiotyczna, faza separacji-indywiduacji, faza autystyczna;*
- d) *faza autystyczna, faza separacji-indywiduacji, faza symbiotyczna*



Pyt. 10:

Które z poniższych nie jest narzędziem pracy psychotraumatologa:

- a) Elementy psychoterapii psychoanalitycznej
- b) Psychodrama
- c) Odwrażliwianie za pomocą ruchów gałek ocznych
- d) Elementy NLP

Pyt.11:

Koncepcja załamania rozwojowego w adolescencji, sformułowana przez Lauferów, podkreśla rolę fantazji:

- a) przeniesieniowej
- b) przeciwprzeniesieniowej
- c) masturbacyjnej
- d) paranoidalnej

Pyt. 12:

Herbert Rosenfeld łączy hipochondrię z procesami o charakterze:

- a) neurotycznym
- b) depresyjnym
- c) maniakalnym
- d) psychotycznym

Pyt. 13:

Na której z poniższych gratyfikacji psychotraumatolog nie powinien się opierać, zwłaszcza w pracy z osobami, które doświadczyły traumy odrzucenia:

- a) gratyfikacji finansowej
- b) wdzięczności pacjenta
- c) własnym rozwoju zawodowym
- d) identyfikacji z postępami pacjenta

Pyt. 14:

Które z poniższych nie jest wymogiem uzyskania certyfikatu psychotraumatologa:

- a) Ukończenie szkolenia z zakresu psychotraumatologii
- b) Superwizja kliniczna
- c) Ukończenie szkolenia z zakresu psychoterapii
- d) Doświadczenie praktycznej pracy z pacjentami po traumie

Narzędzie 9: Badanie follow-up dla pacjentów Punktu Konsultacyjnego na Miejscu Bezpośredniego Zdarzenia.

Opis narzędzia:

Badanie follow up dla pacjentów Punktu Konsultacyjnego jest narzędziem deklaratywnym, stosowanym po upływie pół roku od interwencji w ramach Punktu. Polega na przeprowadzeniu bardzo krótkiego wywiadu telefonicznego.

Cel:

Celem stosowania badania follow-up jest próba określenia skuteczności bezpośredniej interwencji udzielonej w Punkcie Konsultacyjnym. Ze względu na pilny i często kryzysowy charakter pracy w Punkcie nie zaleca się stosowania kwestionariuszy przy przyjęciu.

Etapy postępowania

Etap 1) Dobór osób badanych: badaniem powinna zostać objęta każda osoba, która korzystała z pomocy w Punkcie i która wyrazi zgodę na badanie.

Etap 2) Realizacja wywiadu: Zewnętrzny badacz prowadzi badanie przy użyciu scenariusza wywiadu

Etap 3) Opracowanie danych: Badacz analizuje odpowiedzi osoby badanej i zamienia je na kategorie jakościowe, które następnie opracowuje statystycznie.

Etap 4) Sformułowanie wniosków i uwzględnienie ich w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Produkty:

Produktem jest rozdział w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Scenariusz badania:

Dzień dobry. Kontaktuję się z Panią/Panem w związku z badaniem usług Punktu Konsultacyjnego na Miejscu Bezpośredniego Zdarzenia Fundacji Pomorskie Centrum Psychotraumatologii. W przeszłości korzystała Pani/Pan z pomocy Fundacji. Chciałbym zadać Pani/Panu pięć krótkich, ogólnych pytań dotyczących pomocy, jaką otrzymała Pani/Pan od Fundacji. Przebieg tamtego kontaktu nie jest mi znany, pozostaje objęty tajemnicą, dlatego moje pytania będą dość ogólne. Nasza rozmowa nie potrwa dłużej niż kilka minut. Czy wyraża Pani/Pan zgodę na tę rozmowę?

Jak, w skali od 1 do 5, gdzie 1 to najniższa ocena, a 5 najwyższa, ocenia Pani/Pan skuteczność uzyskanej pomocy?

Jak, w skali od 1 do 5, gdzie 1 to najniższa ocena, a 5 najwyższa, ocenia Pani/Pan kompetencje specjalisty, który miał z Panią/Panem kontakt?

Jak, w skali od 1 do 5, gdzie 1 to najniższa ocena, a 5 najwyższa, ocenia Pani/Pan dopasowanie uzyskanej formy pomocy do ówczesnych potrzeb?

Czy kłopoty, w związku z którymi korzystała Pani/Pan z pomocy specjalisty, nadal Pani/Panu doskwierają?

Czy skorzystałaby Pani/Pan ponownie z pomocy naszej instytucji, gdyby zaszła taka potrzeba?

Dziękuję za udział w badaniu.

Narzędzie 10: Kwestionariusz samooceny podstawowych kompetencji zawodowych

Opis narzędzia:

Kwestionariusz samooceny podstawowych kompetencji zawodowych to narzędzie opracowane na potrzeby projektu na podstawie teorii Dreyfusa i Dreyfusa, wskazującej cztery podstawowe obszary kompetencji zawodowych: kompetencje dotyczące rozumienia, kompetencje dotyczące relacji, kompetencje dotyczące uczenia się i kompetencje dotyczące zmiany (Na podstawie: Dreyfus, Stuart E.; Dreyfus, Hubert L. (February 1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. Washington, DC: Storming Media).

Cel:

Celem stosowania kwestionariusza jest próba określenia skuteczności pomocy nowego modelu w zakresie integracji zawodowej.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Etapy postępowania

Etap 1) Zapoznanie pacjenta z procedurą i celem badania.

Etap 2) Realizacja pretestu: badacz realizuje badanie – w rozmowie z pacjentem przyjmowanym do instytucji wypełnia kwestionariusz.

Etap 3) Opracowanie danych: Badacz analizuje odpowiedzi osoby badanej i opracowuje statystycznie wynik testu.

Etap 4) Badacz powtarza Etapy 2 i 3 w ramach testów pośrednich, testu przy wypisie z instytucji oraz badania follow-up w pół roku po zakończeniu kontaktu.

Etap 5) Badacz formułuje wnioski, załączone do dokumentacji pacjenta, a także porównuje ze sobą wyniki uzyskane w poszczególnych testach. Wnioski uwzględnia w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Produkty:

Produktem jest rozdział w rocznym raporcie z diagnozy jakości.

Umiejętność	Poziom umiejętności				
	Bardzo dobry	Dobry	Przeciętny	Słaby	Bardzo słaby
1. Określanie i rozwiązywanie problemów					
2. Rzeczywiste zajmowanie się tym, co trzeba zrobić					
3. Skupienie się na danym zadaniu					
4. Przystawienie się z jednego rodzaju zadań na drugi					
5. Zrozumienie oczekiwań innych osób					
6. Docieranie na miejsce, w którym trzeba się znaleźć					
7. Podejmowanie prób rozwiązania problemu na różne sposoby					
8. Komunikowanie się z innymi					
9. Organizacja własnego czasu					
10. Określanie osoby, która rozdziela zadania, i komunikowanie się z nią					

Narzędzie 11. Wzór bazy danych teleadresowych (przykład dla województwa pomorskiego) [wzór bazy danych znajduje się w odrębnym arkuszu na płycie CD]

Narzędzie 12. Wzór pierwszej dystrybucji newslettera (przykład dla województwa pomorskiego)

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością zwracamy się do Państwa z informacją na temat nowo powstałej instytucji niosącej pomoc psychologiczną i zorientowanej na integrację społeczną: Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej w Gdańsku.

Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej to innowacyjny model pomocy, bazujący na doświadczeniach niemieckich, w Polsce zaś wdrażany przez Fundację Pomorskie Centrum Psychotraumatologii.

Składowe Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej to:

Poradnia Psychotraumatologiczna „Na starcie”: oddział dla młodzieży (15-18 lat) i oddział dla młodych dorosłych (18-30) lat.

Punkt Konsultacyjny na Miejscu Bezpośredniego Zdarzenia: interwencje bezpośrednio po wystąpieniu traumatycznego wydarzenia

Studium Psychotraumatologii: program nauczania kompetencji psychotraumatologicznych

Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej świadczy BEZPŁATNĄ POMOC mieszkańcom województwa pomorskiego!

Chcielibyśmy zaprosić Państwa do wymiany informacji i współpracy na rzecz integracji społecznej osób potrzebujących wsparcia. Pierwszym krokiem do tej współpracy jest z naszej strony jawna, czytelna i przejrzysta informacja o naszych działaniach i ich skuteczności. Jeśli są Państwo zainteresowani nawiązaniem współpracy – prosimy o krótką odpowiedź na tego maila. Wówczas zostaną Państwo dodani do grupy otrzymującej informacje na temat działań Centrum.

Oczywiście zachęcamy także do szerszego kontaktu z nami, chętnie odpowiemy na wszystkie pytania dotyczące naszej oferty i nowego modelu pomocy.

W załączeniu przesyłamy Państwu dokument zawierający wnioski z przeprowadzonego w pierwszych miesiącach 2012 roku badania, stanowiącego podstawę ostatecznego sformułowania kształtu Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej. W przyszłości chcemy dzielić się z państwem opracowaniami dotyczącymi oceny skuteczności i jakości naszego modelu pomocy.

Z serdecznym zaproszeniem do współpracy, prezes Fundacji



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

STANDARD MONITOROWANIA I EWALUACJI DZIAŁALNOŚCI CENTRUM POMOCY PSYCHOTRAUMATOLOGICZNEJ

1. W Centrum działa **Sekcja ds. oceny potrzeb i jakości wsparcia psychotraumatologicznego młodzieży** zajmująca się analizą i ewaluacją szkoleń, doradztwa oraz prowadzeniem stałego monitoringu działań.
2. Przewiduje się dwa źródła informacji stanowiących podstawę do oceny jakości szkoleń: pierwszym z nich są materiały z wewnętrznej ewaluacji szkoleń, drugim otoczenie Centrum zwłaszcza współpracujące instytucje i organizacje i eksperci zewnętrzni.
3. Sekcja ds. oceny potrzeb i jakości stale monitoruje przebieg prowadzonych szkoleń, poradnictwa i prowadzi ich ewaluację uwzględniając zarówno jakość i aktualność programów nauczania, jakość materiałów szkoleniowych, w tym przede wszystkim kursów elektronicznych, a także ocenę pracy szkoleniowców prowadzących szkolenia w Centrum.
4. Rezultatem pracy Sekcji ds. oceny potrzeb i jakości wsparcia są cykliczne raporty / sprawozdania (proponuje się tworzenie tych raportów raz na pół roku, zaś raporty końcowe raz na rok), zawierające zalecenia zmian i uzupełnień w programach nauczania, materiałach szkoleniowych oraz zalecenia dotyczące doksztalcania kadry specjalistów, doradców i trenerów współpracujących z Centrum.
5. Raporty zawierające wyniki ewaluacji przedstawiane są kierownictwu Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej oraz Zarządowi Fundacji.
6. Na ich podstawie kierownictwo Centrum podejmuje decyzje dotyczące wprowadzania zmian i uzupełnień.
7. Podstawową metodą ewaluacji wewnętrznej są badania ankietowe prowadzone wśród uczestników szkoleń, doradztwa, konsultacji oraz personelu prowadzącego Studium, Poradnię oraz Punkt Konsultacyjny.
8. Zadaniem procesu monitorowania i ewaluacji będzie wypracowanie rekomendacji dla Centrum oraz sfery (polityki) zatrudniania i integracji społecznej osób młodych po przeżytej traumie – **podstawowe cele implementacyjne.**

MONITORING FUNKCJONOWANIA CENTRUM POMOCY PSYCHOTRAUMATOLOGICZNEJ

1. Monitoring to **systematyczne i ciągłe zbieranie, analizowanie i wykorzystywanie informacji w celu kontroli zarządzania i podejmowania decyzji. Rejestrowanie postępów prowadzonych działań.**
2. Celem ogólnym prowadzonego monitoringu jest weryfikacja zgodności realizacji działań z planem oraz harmonogramem.
3. Cele szczegółowe procesu monitorowania to:
 - a) identyfikacja czynników determinujących sytuację osób młodych po przeżytej traumie (stymulanty i destymulanty) – **podstawowy cel poznawczy,**
 - b) sprawdzenie zakresu i poprawności merytorycznej prowadzonych działań doradczych i szkoleniowych – **cel operacyjny,**
 - c) analiza sprawności (efektywność i skuteczność) procesu szkoleniowego i doradczego – **rozpoznawczy cel dydaktyczny,**
4. Monitoring prowadzi się w skali miesiąca.
5. Zakres procesu monitorowania – podstawowe zakresy badawcze:
 - a) czy cele, zadania, podzadania są realizowane zgodnie z harmonogramem działań?



- b) czy istnieje merytoryczna zgodność realizacji działań z zakładanymi w programie celami, zadaniami, podzadaniami?
- c) czy napotkano trudności przy realizacji celów, zadań, podzadań? Jeżeli tak, to jakie?
- d) jak jest oceniana sprawność organizacyjna?

EWALUACJA OKRESOWA / KOŃCOWA FUNKCJONOWANIA CENTRUM POMOCY PSYCHOTRAUMATOLOGICZNEJ

1. Ewaluacja jest definiowana jako **osąd wartości** danego działania dokonany przy uwzględnieniu odpowiednich **kryteriów** (skuteczności, efektywności, użyteczności, trafności i trwałości) i standardów. Ewaluacja oparta jest na specjalnie w tym celu zebranych i zinterpretowanych **informacjach** za pomocą odpowiedniej **metodologii**.
2. **Ewaluacja – okresowa ocena efektywności, skuteczności, wpływu, trwałości i odpowiedniości projektu w kontekście ustalonych celów. Ewaluację przeprowadza się zwykle w postaci niezależnego badania otoczenia, celów, wyników, działań i wykorzystanych środków w celu uzyskania wiedzy, która może stanowić wskazówki przy podejmowaniu decyzji w przyszłości.**
3. Główne zadania procesu ewaluacji:
 - a) Ocena stopnia osiągnięcia zaplanowanych produktów i wskaźników.
 - b) Ocena użyteczności oferowanego wsparcia z punktu widzenia odbiorców
 - c) Ocena użyteczności osiągniętych celów działania
4. Ewaluacja działań Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej zakończy się przedstawieniem okresowych raportów (sprawozdań półrocznych) oraz raportu końcowego (sprawozdania rocznego), opracowanych na podstawie danych i analiz okresowych.
5. Materiały z ewaluacji zostaną wykorzystane w sprawozdaniu merytorycznym w następującym zakresie:
 - a) przy opisie stanu realizacji działań, a zwłaszcza przedstawianiu przyczyn niezgodności realizacji działań z harmonogramem i przy uzasadnieniu proponowanych działań naprawczych oraz w opisie problemów zaistniałych podczas realizacji działań (kontekst nakład – rezultat),
 - b) przy podawaniu informacji o stopniu osiągnięcia zakładanych wartości wskaźników w okresie objętym sprawozdaniem.
6. Uwagi, rekomendacje oraz zalecenia pojawiające się w procesie ewaluacji będą zamieszczane odpowiednio w tabelach rekomendacji
7. Każdorazowo tabela rekomendacji zawierać będzie następujące elementy:
 - a) wnioski z badania lub opis problemu, z którego wynika rekomendacja (ze wskazaniem strony raportu końcowego, które rekomendacje zawiera)
 - b) rekomendacje, zalecenia
 - c) adresaci rekomendacji (osoby, instytucje odpowiedzialne za wdrożenie rekomendacji)
 - d) opis sposobu wdrożenia rekomendacji ze wskazaniem terminu wdrożenia
 - e) podtabelę dotyczącą monitorowania wdrażania rekomendacji przez Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej
8. Raport końcowy - roczny będzie zawierać nie więcej niż 50 stron A4 (bez załączników) i będzie składać się z następujących elementów:
 - a) maksymalnie 2 strony w formacie A4 w formie podsumowania, w którym zebrane zostaną najistotniejsze wyniki i rekomendacje;
 - b) streszczenie w języku polskim (istotne wyniki wraz z rekomendacjami; objętość do 5 stron w formacie A4);
 - c) spis treści;



- d) wprowadzenie (opisu przedmiotu badania, celów badania);
- e) opis wyników badania (wraz z ich analizą i interpretacją, przedstawionych również za pomocą wykresów);
- f) opis zastosowanej metodologii, procedury badawczej – stosowane metody
- g) wnioski (podsumowanie badania z uwzględnieniem specyfiki badanego obszaru) i ponumerowane rekomendacje w formie tabelarycznej, zredagowane wg wzoru; opis możliwych do wykonania działań doskonalących wynikających z doświadczenia zdobytego podczas ewaluacji
- h) aneksy, przedstawiające zestawienia danych oraz zastosowane narzędzia badawcze.

NARZĘDZIA – BAZA WIEDZY

Narzędzie 1: Plan ewaluacji okresowej/końcowej działalności Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej

Opis narzędzia: Plan ewaluacji to narzędzie do okresowej oceny postępów w realizacji działań Centrum – ocena pod kątem skuteczności udzielanego wsparcia, wydajności systemu wsparcia, jego efektywności oraz trwałości przyjętych rozwiązań.

Cel: Celem narzędzia jest dostarczenie informacji służących zwiększeniu efektywności działań Centrum, analizie mocnych i słabych stron działania Centrum.

Etapy postępowania:

- Wyłonienie ewaluatora zewnętrznego (jeśli zachodzi konieczność oceny zewnętrznej) lub przekazanie przez Zarząd Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej zapotrzebowania na ocenę do Sekcji ds. oceny potrzeb i jakości wsparcia psychotraumatologicznego młodzieży.
- Przygotowanie szczegółowych pytań badawczych w zależności od kontekstu i celu oceny ewaluacyjnej.
- Przeprowadzenie oceny ewaluacyjnej
- Raport i rekomendacje do wdrożenia

Produkty: Raport z ewaluacji okresowej / końcowej

Załącznik: Plan ewaluacji okresowej/końcowej działalności Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej

1. Cele ewaluacji.
2. Odbiorcy ewaluacji.
3. Przedmiot ewaluacji.
4. Pytania kluczowe.
5. Kryteria ewaluacji.
6. Określenie próby i metod badawczych.
7. Harmonogram realizacji ewaluacji.
8. Raporty z ewaluacji.
9. Wykorzystanie wyników ewaluacji - rekomendacje

1.	Cele ewaluacji <i>(po co ma być przeprowadzona ewaluacja, jakie są jej cele szczegółowe)</i>
	<p>Celami szczegółowymi ewaluacji mogą być:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) doskonalenie działań Centrum, poprzez dostarczanie informacji służących zwiększeniu jego efektywności, b) zidentyfikowanie słabych i mocnych stron działalności Centrum, c) sygnalizowanie pojawiających się problemów, d) określenie stopnia zgodności realizacji zaplanowanych celów i rezultatów z uzyskanymi efektami, e) ocena stopnia osiągnięcia rezultatów ilościowych i jakościowych f) uzyskanie informacji na temat faktycznie dokonanych zmian w życiu klientów Centrum w trakcie trwania ścieżki wsparcia <ul style="list-style-type: none"> a) identyfikowanie problemów pojawiających się w zarządzaniu Centrum b) ocenę wiedzy wśród klientów istnienia sposobów na polepszenie ich pozycji na rynku pracy
2.	Odbiorcy ewaluacji <i>(komu wyniki ewaluacji mają służyć, pomóc)</i>
3.	Przedmiot ewaluacji <i>(co konkretnie zostanie poddane badaniu, jakie zakresy problemowe)</i>
4.	Kluczowe pytania ewaluacyjne
	<ul style="list-style-type: none"> • Określenie stopnia osiągnięcia założonych rezultatów ilościowych i jakościowych • Ocena jakości prowadzonych działań szkoleniowych w ramach Studium • Ocena prowadzonych działań informacyjno – promocyjnych • Ocena jakości prowadzonego doradztwa w ramach Punktu Konsultacyjnego • Ocena działalności Poradni
5.	Kryteria ewaluacji <i>(pod jakim kątem będzie prowadzona ewaluacja)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Trafność Kryterium pozwoli ocenić, w jakim stopniu przyjęte cele odpowiadają zidentyfikowanym problemom w obszarze objętym oceną i realnym potrzebom klientów Centrum. • Efektywność (wydajność) Kryterium pozwoli ocenić poziom „ekonomiczności” działań Centrum, czyli stosunek poniesionych nakładów do uzyskanych produktów (nakłady to zasoby finansowe i ludzkie oraz poświęcony czas). • Skuteczność Kryterium pozwoli ocenić, w jakim stopniu zostały osiągnięte założone cele Centrum zdefiniowane na etapie planowania. • Użyteczność Kryterium pozwoli ocenić związek między celami klientów i celami ogólnymi Centrum, tj. stopień, w jakim korzyści odniesione przez klientów miały szerszy, ogólny wpływ na większą liczbę osób na danym terenie



	<ul style="list-style-type: none"> • Trwałość <p>Kryterium pozwoli ocenić, czy osiągnięte rezultaty mogą trwać po zakończeniu finansowania zewnętrznego, a także czy możliwe jest długotrwałe utrzymanie się wpływu działań Centrum</p>
6.	Określenie próby i metod badawczych <i>(ile osób zostanie poddanych badaniu, jaka próba dokumentów, jakie techniki badawcze i uzasadnienie wyboru)</i>
7.	Harmonogram realizacji ewaluacji <i>(czas, punkty pomiaru, momenty przygotowania raportów)</i>
8.	Raporty z ewaluacji <i>(określić liczbę raportów w przypadku ewaluacji on-going, określić proponowany zakres raportu końcowego)</i>
9.	Wyniki ewaluacji. Rekomendacje. <i>(przeznaczenie wyników ewaluacji, jak zostaną wdrożone przygotowanie rekomendacje)</i>
	<i>Inne uwagi</i>

Narzędzie 2: Tabela rekomendacji z monitorowania i ewaluacji

Opis narzędzia: Tabela rekomendacji składa się z przedstawienia wniosków z procesu monitorowania i ewaluacji Centrum, obejmuje charakterystykę problemów, przedstawienie zaleceń wraz z adresatami danego zalecenia, sposobem wdrożenia rekomendacji i terminem wdrożenia.

Cel: Celem narzędzia jest dostarczenie zaleceń do działalności Centrum oraz badanie poziomu wdrożenia zaleceń.

Etapy postępowania:

- Przeprowadzenie ewaluacji okresowej lub końcowej – wypracowanie tabeli rekomendacji
- wskazanie adresatów rekomendacji
- wskazanie sposobu wdrożenia rekomendacji
- wskazanie terminu wdrożenia rekomendacji
- monitorowanie wdrożenia rekomendacji – termin, sposób realizacji, odchylenia od planu wdrożenia,
- wskazanie nakładów związanych z realizacją rekomendacji

Produkty: Tabela rekomendacji z ewaluacji okresowej / końcowej

Załącznik: Tabela rekomendacji

TABELA REKOMENDACJI Z EWALUACJI WEWNĘTRZNEJ					
Lp.	Wnioski, charakterystyka problemu	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji
MONITOROWANIE WDRAŻANIA REKOMENDACJI					
Lp.	Rekomendacja	Termin wdrożenia	Sposób realizacji	Problemy, odchylenia	Nakłady związane z realizacją rekomendacji

Narzędzie 3: Harmonogram ewaluacji okresowej / końcowej

Opis narzędzia: Harmonogram przedstawia kolejne etapy przeprowadzenia ewaluacji

Cel: Celem narzędzia jest usystematyzowanie czasu i etapów przeprowadzenia ewaluacji

Etapy postępowania:

- uzupełnienie terminów realizacji poszczególnych etapów ewaluacji

Produkty: Harmonogram ewaluacji

Lp.	Etap ewaluacji	Zakres	Elementy do zrealizowania	Termin realizacji
1	Planowanie ewaluacji	Analiza potrzeb w celu określenia zakresu ewaluacji	<ul style="list-style-type: none"> - określenie celów, - określenie odbiorców, - opracowanie metodologii ewaluacji 	
2	Projektowanie ewaluacji	Sformułowanie koncepcji badań	<ul style="list-style-type: none"> - opis przedmiotu ewaluacji, - sformułowanie pytań kluczowych, - określenie kryteriów ewaluacji, - dobór metody i próby badawczej, - opracowanie harmonogramu, - opracowanie narzędzi badawczych 	
3	Gromadzenie i analiza danych	Analiza danych uzyskanych w wyniku prac badawczych	<ul style="list-style-type: none"> - gromadzenie dokumentów do analizy, - prowadzenie badań, 	
4	Raportowanie	Prezentowanie wyników ewaluacji w formie raportu, dyskusja, konsultacje	<ul style="list-style-type: none"> - wybór formy raportu, - redakcja danych, - analiza jakościowa i ilościowa danych, - sporządzenie raportu okresowego / końcowego 	
5	Wdrożenie rekomendacji	Podjęcie decyzji doskonalących działalność Centrum na podstawie wniosków z raportu końcowego	<ul style="list-style-type: none"> - dostarczenie raportu odbiorcom, - omówienie raportu końcowego 	



Narzędzie 4: Plan ewaluacji okresowej / końcowej zarządzania Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej

Opis narzędzia: Badanie procesu zarządzania to narzędzie do okresowej oceny postępów w realizacji działań Centrum – ocena pod kątem sposobu funkcjonowania struktury zarządzania Centrum, kontroli trudności, odchyłeń w zarządzaniu, procesów zarządczych.

Cel: Celem narzędzia jest dostarczenie informacji służących zwiększeniu efektywności zarządzania działalnością Centrum.

Etapy postępowania:

- Wyłonienie ewaluatora zewnętrznego (jeśli zachodzi konieczność oceny zewnętrznej) lub przekazanie przez Zarząd Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej zapotrzebowania na ocenę do Sekcji ds. oceny potrzeb i jakości wsparcia psychotraumatologicznego młodzieży.
- Przygotowanie szczegółowych pytań badawczych w zależności od kontekstu i celu oceny ewaluacyjnej obszaru zarządzania
- Przeprowadzenie oceny ewaluacyjnej
- Raport i rekomendacje do wdrożenia

Produkty: Raport z ewaluacji okresowej / końcowej procesu zarządzania

Załącznik: Badanie procesu zarządzania Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej

1.	Cel ewaluacji
	Identyfikacja problemów pojawiających się w zarządzaniu
2.	Przedmiot ewaluacji
	<ul style="list-style-type: none">• Sposób funkcjonowania struktury zarządzania, zespołu• Występowanie trudności, odchyłeń od planu realizacji zadań• Sposób reakcji zespołu zarządzającego na pojawiające się trudności, odchylenia <p><i>Inne obszary badawcze, które można poddać ewaluacji w ww. zakresie:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- podział zadań i odpowiedzialności kadry- zasady komunikacji- sposób podejmowania decyzji organizacyjnych, finansowych, merytorycznych- zarządzanie ryzykiem- zasady współpracy z partnerami oraz innymi instytucjami współpracującymi- kontrola wewnętrzna- wizerunek centrum
3.	Kryteria ewaluacji oraz kluczowe pytania
	<p>Kryterium trafności</p> <ul style="list-style-type: none">• Czy zaproponowany do zarządzania zespół adekwatnie radzi sobie z postawionymi zadaniami?• Czy pracownicy zespołu posiadają adekwatne do zadań zarządczych kwalifikacje? <p>Kryterium skuteczności</p> <ul style="list-style-type: none">• Czy zespół potrafił podejmować adekwatne decyzje, działania w sytuacjach występowania odchyłeń od planu?



	<ul style="list-style-type: none"> • Czy opracowano system monitorowania realizacji działań Centrum i czy narzędzia te były pomocne w podejmowaniu decyzji? <p>Kryterium użyteczności</p> <ul style="list-style-type: none"> • Czy system przepływu informacji działań w zespole właściwie? • Czy zaplanowane nakłady na działania generowały zaplanowane wyniki? • Czy struktura zarządzania działała właściwie w obliczu pojawiających się trudności, ryzyk, odchyleń od planu? • Co wymaga zmiany w pierwszej kolejności, aby usprawnić pracę zespołu?
4.	Metoda ewaluacji
	<ul style="list-style-type: none"> • Analiza dokumentacji Centrum • Wywiady z personelem
5.	Źródła danych do ewaluacji
	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentacja , Zespół

Przykładowe zakresy obszarów do badania efektywności zarządzania Centrum:

Z założenia ewaluacja obejmować będzie następujące zakresy merytoryczne:

1. **Zarządzanie czasem** – dokonanie oceny, czy zespół realizuje wszystkie działania wymagane do terminowego ukończenia prac Centrum w danym obszarze, w szczególności: identyfikacja działań, określenie kolejności działań, szacowanie czasu trwania działań, opracowanie harmonogramu oraz kontrola harmonogramu.

Cel: zweryfikowanie czy wszystkie z wymienionych procesów zachodzą w Centrum, w jakim zakresie, lub czy zostały pominięte przez realizatorów działań.

2. **Zarządzanie kosztami** – dokonanie oceny, że zespół podejmuje (realizuje) niezbędne działania wymagane do zapewnienia realizacji działań w ramach zatwierzonego budżetu i opracowanego harmonogramu, w szczególności: zaplanowanie zasobów finansowych, szacowanie kosztów, budżetowanie kosztów oraz kontrolę kosztów.

Cel: zweryfikowanie, czy budżet Centrum jest realny i wystarczający do przeprowadzenia wszystkich działań przy przyjętej jakości działań.

3. **Zarządzanie jakością** – dokonanie oceny, czy zespół uwzględnił wszystkie działania związane z zachowaniem należytej (zaplanowanej) jakości, zapewnieniem jakości działań, produktów i rezultatów oraz wykorzystuje narzędzia (system) do kontroli i ewentualnie podniesienia jakości działań.

Cel: zweryfikowanie w jaki sposób i czy w ogóle zespół Centrum zaplanował system kontroli jakości oraz środki w budżecie na jego realizację.

4. **Zarządzanie zasobami ludzkimi** – dokonanie oceny, czy zespół zastosował możliwie najlepsze i najkorzystniejsze rozwiązania w celu efektywnego wykorzystania ludzi zaangażowanych w realizację działań Centrum.

Cel: zweryfikowanie, w jaki sposób zostało przeprowadzone szacowanie zasobów ludzkich Centrum (czy w ogóle było), w jaki sposób personel został pozyskiwany do niego oraz jakie czynniki zadecydowały o zastosowanym przez Zarząd podziale obowiązków (kształtowanie zespołu).



5. **Zarządzanie komunikacją** – dokonanie oceny, czy zespół zastosował wszelkie możliwe (i wymagane) rozwiązania zapewniające terminowe i prawidłowe opracowywanie, gromadzenie, przekazywanie, przechowywanie i dysponowanie (rozpowszechnianie) informacjami dotyczącymi działań Centrum.

Cel: Zweryfikowanie, czy zespół wykorzystuje wszelkie możliwe rozwiązania pozwalające na stworzenie kluczowych powiązań pomiędzy ludźmi i przekazywania informacji niezbędnych do skutecznej realizacji działań Centrum.

6. **Zarządzanie ryzykiem** – dokonanie oceny, czy zespół prowadzi systematyczny proces identyfikacji, analizy i reakcji na ryzyka, obejmujący zwiększenie prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia zdarzeń korzystnych i zmniejszanie prawdopodobieństwa i skutków wystąpienia zdarzeń niekorzystnych dla celów Centrum.

Cel: zweryfikowanie czy wykorzystywany jest system monitorowania zagrożeń i ryzyk, które mogą wystąpić w trakcie procesu implementacji działań Centrum.

7. **Zarządzanie zamówieniami** – dokonanie oceny, czy zespół potrzebował opracować plan zamówień i realizuje zamówienia niezbędne (wymagane) do pozyskania zewnętrznych dostawców usług lub produktów w ramach działalności Centrum.

Cel: zweryfikowanie czy stosowane są przepisy, uregulowania w zakresie zamówień

8. **Zarządzanie zakresem merytorycznym** – dokonanie oceny, w jaki sposób wprowadzane do działalności Centrum zmiany, zachowały wewnętrzną spójność i integrację.

Narzędzie 5: Plan okresowego monitoringu działalności Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej

Opis narzędzia: Badanie postępów działań i odchyień od założeń w pracach Centrum

Cel: Celem narzędzia jest dostarczenie informacji służących zwiększeniu efektywności działań Centrum.

Etapy postępowania:

- przeprowadzenie ankiety z personelem poszczególnych sekcji: Poradnią, Punktem Konsultacyjnym, Studium

Produkty: Raport z monitoringu okresowego

Załącznik: Plan okresowego monitoringu działalności Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej

Czy działalność Centrum Pomocy Psychotraumatologicznej prowadzona jest zgodnie z harmonogramem?			
	TAK	NIE	Jeśli 'NIE' proszę uzasadnić dlaczego
Studium Pomocy Psychotraumatologicznej – szkolenia ogólne			
Studium Pomocy Psychotraumatologicznej – szkolenia specjalistyczne			
Psychotraumatologiczna Poradnia na Starcie			
Punkt Konsultacyjny na Miejscu Bezpośredniego Zdarzenia			
<i>Inne uwagi</i>			
Czy w związku z powyższym, w bieżącym okresie wprowadzono jakieś modyfikacje realizacji działań Centrum w stosunku do założeń? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli TAK, to jakie?			
Jeśli tak, to jak Pani / Pan ocenia skuteczność tych działań?			
Czy Personel Pani / Pana zespołu wywiązuje się z powierzonych mu zadań? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli NIE, to jakie są przyczyny odchylen i ich zakres?			
Czy Pani / Pana zespół zidentyfikował istotne problemy w realizacji własnych działań, których źródłem są inne zespoły Poradni, Punktu Konsultacyjnego, Studium, Zarząd? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli TAK, to jakie?			
Czy zaplanowany na bieżący okres budżet zapewnił właściwą realizację zaplanowanych na ten miesiąc działań Pani / Pana Zespołu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli NIE, to jakie są przyczyny odchylen i ich zakres?			
Czy w bieżącym okresie wystąpiły problemy z przestrzeganiem procedur, przepływem informacji mające wpływ na sprawną realizację Pani / Pana zadań? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli TAK, to jakie?			
Jakie działania promocyjne zostały podjęte w ramach Pani / Pana zespołu w okresie objętym ankietą?			
<i>Inne uwagi</i>			

Narzędzie 6: Ankieta ewaluacyjna oceny zadowolenia z danej formy wsparcia

Opis narzędzia: Ankieta służy ocenie satysfakcji z udziału w danej formie wsparcia

Cel: Celem narzędzia jest dostarczenie informacji służących zwiększeniu efektywności działań Centrum.

Etapy postępowania:

- przeprowadzenie ankiety z uczestnikami poszczególnych form wsparcia: Poradnią, Punktem Konsultacyjnym, Studium

Produkty: Raport z wyników ankiety

Załącznik: Ankieta ewaluacyjna oceny zadowolenia z danej formy wsparcia

Niniejsza ankieta ma charakter anonimowy, a zebrane w niej informacje wykorzystane będą wyłącznie do celów oceny efektywności Centrum. Prosimy o szczerą wypowiedź.

Dziękujemy.

Płeć K M

Prosimy ustosunkować się do poniższych pytań stawiając znak X na skali 1 - 5

OCENA	1 Zdecydowanie nie	2 Raczej nie	3 Trudno ocenić	4 Raczej tak	5 Zdecydowanie tak
Czy zajęcia spełniły Twoje oczekiwania?					
Czy zajęcia były interesujące?					
Czy odpowiadała Tobie forma zajęć, zastosowane techniki, czas trwania?					
Czy odpowiadała Tobie jakość materiałów dydaktycznych?					
Czy atmosfera na zajęciach sprzyjała dobrej pracy?					
Czy Twoim zdaniem prowadzący byli przygotowani i kompetentni?					
Czy treści prezentowane podczas zajęć będą użyteczne w Twojej dalszej nauce i pracy?					

Jakie są Twoje uwagi dotyczące **prowadzenia** tego typu zajęć, w przyszłości

.....
.....

Jakie są Twoje uwagi dotyczące **zawartości merytorycznej** tego typu zajęć, w przyszłości

.....
.....

Pozostałe uwagi, wnioski, postulaty

.....
.....