

ЄВРОПЕЙСЬКА НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА з профілактики

Посібник із науково обґрунтованої профілактики
вживання психоактивних речовин для тих,
хто ухвалює рішення, впливає
на громадську думку
та розробляє політику



Юридичне застереження

Ця публікація Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA) захищена авторським правом. EMCDDA не несе відповідальності за будь-які наслідки використання інформації з цього документу. Зміст цього документу може не у всіх випадках відображати офіційну позицію партнерів EMCDDA, будь-якої країни-члена ЄС або агентства чи інституції Європейського Союзу.

Ця публікація підготовлена в рамках європейського проєкту UPC-Adapt (Адаптація універсальної програми з профілактики), профінансованого за участі Європейської Комісії (номер проєкту JUST-2015-AG-DRUG).

© Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності, 2019.



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



EU4MD

Відтворення дозволяється за умови посилання на джерело.

ISBN 978-966-910-45-0

Рекомендоване цитування: Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності, 2019; Європейська навчальна програма з профілактики: Довідник із науково обґрунтованої профілактики вживання психоактивних речовин для тих, хто ухвалює рішення, впливає на громадську думку та формує політику.

Recommended citation: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

This document was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.

Цей документ підготовлено за фінансової підтримки Європейського Союзу. Погляди, висловлені тут, жодним чином не можуть бути прийняті як такі, що відображають офіційну думку Європейського Союзу.

Вперше опубліковано англійською мовою як «European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use» Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркотичної залежності.

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Лісабон, Португалія

Тел. + 351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcddal | facebook.com/emcdda

Слова вдячності	5
Вступне слово Міністра охорони здоров'я України	6
Вступне слово Міністра внутрішніх справ України	7
Список умовних скорочень	8
Вступне слово директора EMCDDA Алексіса Госдела	9
Використання посібника	10
Передмова	11
Вступ	13

ЧАСТИНА I. Загальні поняття ефективної профілактики 18

ГЛАВА 1. Епідеміологія – розуміння природи та масштабу вживання ПАР 19

Вживання ПАР у Європі	20
Фармакологія та фізіологія	22
Розлади внаслідок вживання ПАР	25
Етіологічна модель	26
Багаторівнева модель розвитку особистості	28
Потреба у комплексній міждисциплінарній підтримці протягом всіх етапів розвитку особистості	30

ГЛАВА 2. Основи науки про профілактику та доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції 33

Визначення та принципи	34
Теоретичне підґрунтя профілактики	36
Структура, зміст та донесення	39

ГЛАВА 3. Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції та політики 40

Міжнародні стандарти у сфері профілактики вживання наркотиків	41
Європейські стандарти якості у сфері профілактики вживання наркотиків (EDPQS)	46
Адаптовані доказово обґрунтовані програми	52

ГЛАВА 4. Моніторинг та оцінювання 56

Оцінювання та проведення досліджень	58
Системи оцінювання та дизайни досліджень	59
Компоненти дизайну дослідження або оцінювання	60
Типи дизайну дослідження	61
Вибірка та вимірювання	65
Збір даних, аналіз та статистика	65
Співпраця з дослідниками — колаборативна модель	66
Використання реєстрів програм профілактики	67
Завчасне оцінювання (ex ante)	68

Частина II. Підходи до профілактики у різних середовищах 70

ГЛАВА 5. Профілактика в родині 71

Визначення	72
Типи інтервенцій в родині	72
Загальний зміст інтервенцій в родині	75
Доказово обґрунтовані програми	77
Виклики	78

ГЛАВА 6. Профілактика в школі та профілактика на робочому місці.	80
Профілактика в школі	81
Робоче місце та профілактика	86
ГЛАВА 7. Профілактика в оточуючому середовищі	91
Оточуюче середовище та його впливи	92
Визначення	92
Соціалізація та інтервенції для суспільного середовища	93
Профілактичні підходи, пов'язані з оточуючим середовищем, у школі та на робочому місці	94
Політики з профілактики вживання тютюну та алкоголю, спрямовані на оточуюче середовище/популяцію	96
Стратегії для місць розваг.	98
ГЛАВА 8. Профілактика через медіа.	101
Навіщо використовувати медіа у профілактиці вживання ПАР?	102
Теорії впливу медіа на аудиторії	103
Докази	104
Як використовувати медіа у профілактичній роботі.	107
ГЛАВА 9. Профілактика в громаді	108
Визначення	109
Доказово обґрунтовані програми	110
Створення ефективної команди у громаді	113
ГЛАВА 10. Адвокація профілактики	115
Кінцеві міркування.	119
Перелік джерел.	120
ДОДАТКИ	124
Додаток 1. Огляд методології.	125
Додаток 2. Етапи розвитку з 3 до 16 років	126
Додаток 3. Глосарій	127
Додаток 4. Довідкова інформація	131
Додаток 5. Довідкова інформація щодо профілактики вживання ПАР в Україні	132

СЛОВА ВДЯЧНОСТІ

Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності та проект UPC-Adapt (Адаптація Універсальної програми з профілактики) висловлюють подяку Перу ван дер Крефту, Ан-немі Кун, Фемке Девульф, Марджолін Де Пау (керівнику проекту в «ХоГент», Коледж Гентського університету, Бельгія), а також тим, хто зробив внесок у підготовку публікації:

- Міхалу Міовські, Роману Габреліку, Міхаелі Маліновій (CUNI, Карлів університет, Чехія);
- Ракеле Доніні, Роберто Карроззіно, Даніелі Конгіу, Марку Піані, Анні Зуніно (ASL Savona, Савонське агентство охорони здоров'я, Італія);
- Валентині Кранзеліч, Мартіні Феріч, Міранді Новак, Йосипі Міхіч (Факультет науки у сфері освіти та реабілітації, Загребський університет, Хорватія);
- Санелі Таліч, Матею Кошіру (UTRIP, Інститут з дослідження та розвитку, Словенія);
- Карін Страйманн, Трінну Сокк, Катрі Абель-Олло, Тії Пертель, (TAI, Національний інститут розвитку здоров'я, Естонія);
- Кшиштофу Остажевські, Агнешці Пісарській, Якубу Грену (Інститут психіатрії та неврології, Польща);
- Кармен Орте, Луїсу Баллестеру, Марзі Вівес, Марії Антоніні Гомілі, Хоану Амеру, Мірен Фернандез де Алаві (Університет Балеарських островів, Іспанія);
- Максиміліану фон Хайдену, Генріху Юнгаберле (ФІНДЕР, Інститут з дослідження у сфері профілактики, Німеччина);
- Катаржині Окуліч-Козарин, Пьотру Седеку (ПАРПА, Державне агентство з профілактики проблем, пов'язаних із вживанням алкоголю, Польща);
- Клаудії Мероні, Коррадо Челата, Джузі Гелмі, Наді Вімерчаті (Міланське агентство з охорони здоров'я, Італія).

Публікація була підготовлена у співпраці з Грегором Бурхартом (Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності), Зілі Слободою (Міжнародна організація з прикладних досліджень у сфері профілактики) та Джефом Лі (Міжнародна спільнота професіоналів у сфері протидії вживанню ПАР).

Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркозалежності (EMCDDA) хотів би подякувати Громадській організації «Геополітичний альянс жінок» за переклад українською мовою і адаптацію цього видання (код контракту СТ.21.EU4MD.0074.1.0).

ВСТУПНЕ СЛОВО МІНІСТРА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Мені дуже приємно, що в результаті плідної співпраці Міністерства охорони здоров'я України з Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркотичної залежності, а також у взаємодії з іншими зацікавленими органами державної влади та управління, громадськими організаціями, наразі ми можемо презентувати перекладений українською мовою та адаптований до наших реалій підручник Європейської навчальної програми з профілактики вживання психоактивних речовин.

Зазначений підручник містить основи науки та міжнародних стандартів профілактики, зазначає вимоги до моніторингу та оцінки профілактичних інтервенцій та наводить перелік науково обгрунтованих програм з вживання психоактивних речовин у різних середовищах соціуму.

Маю надію, що, рухаючись у напрямку євроінтеграції, матеріали підручника та своєчасні управлінські рішення дозволять швидко та якісно обрати вектор розвитку наркополітики в Україні, зосередитись на попередженні проблеми вживання психоактивних речовин та здійсненні своєчасних профілактичних заходів.

Сподіваюсь, що матеріали підручника стануть основою для вирішення проблем вживання психоактивних речовин у суспільстві, а також для забезпечення надійного захисту громадського здоров'я і безпеки держави.

З найкращими побажаннями

Віктор ЛЯШКО

ВСТУПНЕ СЛОВО МІНІСТРА ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

Міністерство внутрішніх справ України всіляко підтримує проведення науково-обґрунтованих досліджень, які стосуються моніторингу й оцінки ефективності роботи на всіх управлінських рівнях.

Ми цінуємо багаторічну плідну співпрацю з Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA) та сподіваємося, що Європейська навчальна програма з профілактики вживання психоактивних речовин стане важливим джерелом науково обґрунтованої актуальної інформації для тих хто приймає рішення, впливає на громадську думку та розробляє відповідну політику.

В структурі МВС створено та функціонує окремий підрозділ, який займається формуванням державної політики, спрямованої на здійснення контролю й моніторингу за реальним станом ситуації з залежністю від психоактивних речовин в Україні, що забезпечує комплексний підхід до належного законодавчого регулювання системи протидії наркозалежності, вирішення проблем соціальних гарантій, необхідного та дієвого лікування, реабілітації та ресоціалізації залежних осіб.

Ми вважаємо дуже важливим запозичення міжнародного досвіду, підвищення рівня взаємодії міжнародних організацій, державних органів, громадських та благодійних спільнот, а також і розроблення власних дієвих профілактичних заходів.

Денис МОНАСТИРСЬКИЙ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

APSI	Міжнародна організація з прикладних досліджень у сфері профілактики <i>від англ. Applied Prevention Science International</i>
ЦНС	Центральна нервова система
CMM-П	Спроможність, можливість, мотивація та поведінка
СТС	«Небайдужі громади» <i>від англ. Citizens That Care</i>
DSM-V	Діагностичне та статистичне керівництво щодо психічних захворювань <i>від англ. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECDC	Європейський центр профілактики та контролю за хворобами <i>від англ. European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EDPQS	Європейські стандарти якості профілактики вживання наркотиків <i>від англ. European Drug Prevention Quality Standards</i>
EDPQS Toolkit 4	Керівництво Європейського партнерства зі стандартів профілактики щодо адаптації та поширення стандартів якості у різних контекстах <i>від англ. Guidelines of the European Prevention Standards Partnership on adaptation and dissemination of quality standards in different contexts</i>
EMCDDA	Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності <i>від англ. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
ESPAD	Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин <i>від англ. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
ЄНПП	Європейська навчальна програма з профілактики <i>від англ. the European Prevention Curriculum</i>
GBG	Гра в хорошу поведінку <i>від англ. Good Behavior Game</i>
МКХ-11	Міжнародна класифікація хвороб-11 <i>від англ. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
НАОМГ	Національна асоціація освіти з медіаграмотності <i>від англ. National Association for Media Literacy Education</i>
PROSPER	Просування партнерств між школами, громадами та університетами для посилення стійкості <i>від англ. Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience</i>
RBS	Відповідальне обслуговування з продажу напоїв <i>від англ. Responsible Beverage Service</i>
РКД	Рандомізоване контрольоване дослідження <i>від англ. Randomised controlled trial</i>
STAD	Стокгольм проти наркотиків <i>від англ. Stockholm against drugs</i>
ТЗП	Теорія запланованої поведінки
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime Управління ООН з наркотиків та злочинності
UPC	Універсальна навчальна програма з профілактики
UPC-Adapt	Адаптація універсальної навчальної програми з профілактики
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
МДМА	Метилендіоксиметамфетамін
ЛСД	Детиламід лізергінової кислоти
ДМТ	Диметилтріптамін
DXM	Декстрометорфан <i>від англ. Dextromethorphan</i>
РСР	Фенциклідін <i>від англ. Phencyclidine</i>
ГНВ	Гідрооксibuтират <i>від англ. Gamma Hydroxybutyrate</i>
ПАР	Психоактивні речовини

ВСТУПНЕ СЛОВО

Радий представити вам посібник «Європейська навчальна програма з профілактики», розроблений в якості основного джерела для навчання тих, хто впливає на громадську думку, ухвалює рішення та розробляє політику у сфері протидії вживанню речовин на місцевому та регіональному рівнях.

За останні десятиліття в Європі і у світі, в цілому, відбувся значний прогрес у розробці відповідальних та науково обґрунтованих профілактичних інтервенцій. Незважаючи на це, багато викликів залишаються без відповіді, і в низці країн ми продовжуємо спостерігати використання профілактичних практик, щодо яких є недостатньо доказів їх ефективності, або такі докази взагалі відсутні — як при їх використанні у шкільному середовищі, так і в інших спільнотах. У найгірших випадках неякісно розроблені профілактичні інтервенції можуть навіть завдати шкоди. Саме з цієї причини у Європейському моніторинговому центрі з наркотиків та наркотичної залежності (далі — EMCDDA) для нас критично важливо підтримувати високоякісну освіту осіб, уповноважених обирати та фінансувати відповідні інтервенції задля захисту здоров'я та благополуччя нашої молоді та суспільства.

У цьому посібнику ви знайдете якісно розроблений вступ до науково обґрунтованих підходів, які можуть сприяти здоровішій поведінці. До того ж ми маємо на меті зацікавити вас у науках, що на емпіричному рівні вивчають, яким чином профілактика може якнайкраще забезпечити та підтримати здорову поведінку та яким чином ці стратегії можна посилити та інтегрувати у повсякденні практики.

Сприяння особам, які приймають рішення, та фахівцям є ключовою метою Стратегії EMCDDA 2025, і публікація цього посібнику є важливим кроком у її досягненні. Ця публікація продовжує розвивати те, що було започатковано Європейськими стандартами якості профілактики вживання наркотиків (далі — EDPQS), опублікованими EMCDDA у 2011 році, що мало на меті покращити якість, ефективність та розширити межі профілактичної діяльності, а також доповнює видання EMCDDA «Соціальні реагування та реагування з боку системи охорони здоров'я на проблему наркотиків: Європейські рекомендації», вперше опубліковане у 2017 році. Наша установа просуває та розповсюджує цей посібник та відповідний навчальний курс завдяки нашій мережі національних координаційних центрів та національних експертів Reitox, яка дозволяє ефективно обмінюватись інформацією, найкращими практиками та підвищувати наукову обізнаність. Я хотів би подякувати нашим партнерам в Європі та США, які зробили значний внесок у цю роботу, зокрема групі з розробки Універсальної навчальної програми з профілактики, яка відповідала за міжнародну програму, та групі із адаптації Універсальної навчальної програми з профілактики, яка розробила першу версію цього європейського посібника.

Впевнений, що наше суспільство отримає значну користь від роботи групи фахівців у сфері профілактики, які дотримуються наукового підходу в цій сфері, мають підтримку державних установ, обізнані та освічені щодо емпірично-перевіраних підходів та можуть досягти результатів, які б сприяли позитивному розвитку здоров'я нашої молоді, і як наслідок - здоров'ю та безпеці Європи.

Алексіс Госдел
Директор EMCDDA

ВИКОРИСТАННЯ ПОСІБНИКА

Посібник «Європейська навчальна програма з профілактики» підготовлений насамперед з метою розробки спеціалізованого довідкового матеріалу для цієї навчальної програми. У посібнику також надається загальний вступ до науки про профілактику, зокрема, щодо науково обґрунтованих інтервенцій.

Цей посібник призначений для використання в навчальних цілях лише особами, які пройшли відповідний курс.

Критерії для проведення курсів Європейської навчальної програми з профілактики (далі — ЄНПП) можна знайти тут: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en; там також надано інформацію щодо установ, які проводять такі навчання. Адреса електронної пошти для контактів з представниками Програми: EUPC@emcdda.europa.eu.

ПЕРЕДМОВА

Європейська навчальна програма з профілактики (ЄНПП) є європейською навчальною програмою, розробленою для використання під час підготовки осіб, які ухвалюють рішення та розробляють політику з питань профілактики. Першочергова ціль навчання в рамках ЄНПП — зменшити соціальні та економічні проблеми, а також пов'язані із вживанням психоактивних речовин (далі — ПАР) проблеми у сфері охорони здоров'я шляхом розбудови міжнародного профілактичного потенціалу за допомогою розширення Європейської професійної спільноти у сфері профілактики.

Ця навчальна програма розроблена в рамках європейського проекту UPC-Adapt (Адаптація універсальної навчальної програми з профілактики), профінансованого за участі Європейської Комісії. Одинадцять партнерів з дев'яти європейських країн співпрацювали в цьому проекті та адаптували Універсальну навчальну програму з профілактики (UPC) до потреб європейської аудиторії. UPC розроблена Міжнародною організацією з прикладних досліджень у сфері профілактики (APSI) за фінансування Державного департаменту США для Консультативної програми з питань наркотиків в рамках плану Коломбо. При адаптації UPC до європейського контексту за основу взято Керівництво Європейського партнерства зі стандартів профілактики щодо адаптації та поширення стандартів якості у різних контекстах (EDPQS Toolkit 4)¹. Детальна інформація щодо використаної методології та залучених країн подана в Додатку 1.

ЄНПП є коротшою та доступнішою в порівнянні із Універсальною навчальною програмою з профілактики. Такий курс можна провести за 5 днів, тоді як навчання за Універсальною навчальною програмою займає до 9 тижнів.

Навчання за ЄНПП можна організувати різними способами. Наявний вступний навчальний курс онлайн, модуль для включення у навчання з профілактики, що проводиться у навчальних закладах, а також модуль для осіб, які ухвалюють рішення, формують громадську думку та розробляють політику. Структура тренінгів для останніх двох модулів використовує каскадний підхід «навчити викладачів», коли вже навчені викладачі можуть продовжувати поширювати навчальний курс серед інших слухачів. Включно з керівництвом таким тренерам надаються навчальні матеріали для викладача та презентації в PowerPoint. Цей посібник виступає в якості довідкового матеріалу як для слухачів курсу, так і для тренерів.

На кого націлена ЄНПП?

Ця навчальна програма розроблена задля надання основних знань щодо профілактики особам, які приймають рішення, впливають на громадську думку та розробляють політику, зокрема щодо найбільш ефективних профілактичних інтервенцій та доказово обґрунтованих підходів. До складу групи, яку ми називаємо «фахівці у сфері профілактики», входять координатори, фахівці у сфері профілактики, розробники політики, як із загальними, так і з спеціальними ролями включно з відповідальними за профілактичні програми. У деяких країнах до цієї групи також входять старші практикуючі спеціалісти, які мають вплив на прийняття рішень та професійний розвиток.

Такі фахівці працюють на рівні громади, регіону або країни. Це можуть бути керівники неурядових організацій у сфері профілактики, координатори з профілактики на рівні регіональних адміністрацій, державні службовці, які розробляють стратегію та координують профілактичні інтервенції у муніципалітеті, інші зацікавлені сторони або представники громад. Європейська навчальна програма з профілактики приділяє особливу увагу цій групі осіб з огляду на ключову роль, яку вони можуть відгравати, впливаючи на розвиток профілактичних систем.

Вони можуть підкреслювати важливість профілактичної роботи у суспільстві та впливати на культуру профілактики та профілактичну діяльність у своїх регіонах та громадах. Ці професіонали вже можуть бути обізнаними щодо профілактики, і ця програма доповнить їх знання.

¹ <http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination>

Поширення інноваційних та науково обґрунтованих підходів у фінансуванні державою профілактичних систем європейських країн вимагає змін в ухваленні рішень щодо фінансування та пріоритетів включно з припиненням використання популярних, але неефективних підходів. Також усе більше визнається, що проведення навчання для осіб, які ухвалюють рішення, та лідерів громадської думки до або паралельно з навчанням для фахівців-практиків є надзвичайно важливим. Якщо не використовувати такий підхід, то зусилля добре підготовлених фахівців-практиків, наприклад, вчителів, викладачів у сфері охорони здоров'я та працівників з розвитку громади оновити та вдосконалити профілактичні практики можуть блокуватись через те, що науково обґрунтована профілактика часто сприймається як контрінтуїтивна та така, що кидає виклик нинішнім практикам.

У цій сфері відбулися й інші важливі події. Управління ООН з наркотиків та злочинності (далі — UNODC) розробило навчальний курс для розробників політики на національному рівні на підставі розроблених ООН Міжнародних стандартів з профілактики вживання наркотиків, маючи на меті підготовку політичного підґрунтя для використання доказово обґрунтованих підходів до профілактики. Водночас оригінальна Універсальна програма з профілактики для координаторів у сфері профілактики також пропонує комплексну навчальну програму для тих, хто працює на рівні, нижчому за національний. Однак у європейських країнах особи, які ухвалюють рішення, формують громадську думку та розробляють політику на регіональному та місцевому рівнях, навряд чи будуть готові або матимуть можливість проходити тривалий та інтенсивний навчальний курс.

Навчальний курс в рамках ЄНПП розроблений для поширення необхідними цій групі знаннями у сфері профілактики з урахуванням її обмежень у часі. Курс надає короткий, але інформативний огляд низки тем, включно з етіологією та епідеміологією, шкільну профілактику, програми навчання життєвим навичкам у родині з метою профілактики вживання речовин, профілактику, пов'язану з оточуючим середовищем, а також оцінювання. Проведення курсу в рамках навчальних закладів забезпечить те, що наступне покоління осіб, які ухвалюватимуть рішення, розроблятимуть політику та впливатимуть на громадську думку, матимуть знання з досягнень та корисності науки про профілактику.

В основі цього підходу лежить припущення, що надання особам, які зараз та в майбутньому прийматимуть рішення, впливатимуть на громадську думку та розроблятимуть політику, достатніх знань та формування розуміння наукових принципів профілактики, по-перше, сприятиме впровадженню науково обґрунтованих підходів та відмові від неефективних підходів та, по-друге, створить середовище, в якому професіоналів-практиків у сфері профілактики заохочуватимуть вдосконалювати свої знання та навички.

ЄНПП містить вступ до науки про профілактику. Для фахівців, які бажають поглибити свої знання у цій сфері, доступним є повний курс UPC.

Чому профілактика важлива?

Прогрес у галузі охорони здоров'я має не лише прямий вплив на благополуччя населення, але також впливає на підвищення рівня національного доходу через освіту дітей, вищу працездатність працівників та зниження навантаження на національні системи охорони здоров'я та соціального захисту.

Відповідно до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) неінфекційні хвороби та захворювання є причиною 60% усіх смертей у світі. Ці смерті спричинені не інфекціями, а пов'язані з екологічними та соціо-економічними умовами, промисловою діяльністю та обранням певного способу життя включно зі вживанням ПАР. Усе більше визнання впливу неінфекційних хвороб, пов'язаних з промисловою діяльністю та обранням певного способу життя, змусило країни створити та впроваджувати політику профілактики та інтервенції, спрямовану на профілактику вживання ПАР, просування здорового харчування та фізичного здоров'я.

У цьому контексті стратегії просування здорового способу життя є важливим шляхом залучення та розширення прав та можливостей осіб та спільнот у напрямку обрання здорової поведінки та впровадження змін, які б знижували ризик розвитку таких хвороб та зменшували інші загрози для здоров'я.

Важливість впровадження доказових профілактичних інтервенцій у сфері вживання ПАР у таких середовищах, як родина, школа, робота та ЗМІ є загальновизнаною. Профілактична діяльність доповнює просування здорового способу життя, але відрізняється тим, що передбачає специфічні дії, сфокусовані на змінні фактори ризику та захисту, які спричиняють захворювання або покращують здоров'я.

Профілактика вживання ПАР спрямована на припинення або затримку початку вживання таких речовин. Профілактика також може допомогти тим, хто вже почав вживати ПАР, уникнути розвитку розладів внаслідок їх вживання, соціальних проблем та проблем зі здоров'ям. Профілактика також має ширші цілі: заохочувати здоровий та безпечний розвиток дітей і молоді задля того, щоб вони могли реалізувати свої таланти та потенціал. Це відбувається завдяки тому, що їм допомагають розбудувати позитивні взаємини зі своїми родинами, школами, однолітками, на робочому місці та в суспільстві.

Європейська навчальна програма з профілактики (ЄНПП)

Програма зосереджена на використанні основних положень, викладених у Міжнародних стандартах профілактики вживання наркотиків, розроблених UNODC, та в Європейських стандартах якості у сфері профілактики вживання наркотиків (далі — EDPQS), розроблених EMCDDA та Партнерством зі стандартів профілактики, у контексті «реального світу» Європи. Це також є важливим для впровадження висновків Ради щодо мінімальних стандартів якості², прийнятих Радою ЄС.

Основна увага приділена профілактиці вживання ПАР та пов'язаних з цим проблем. Водночас зміст цієї навчальної програми можна застосовувати і до інших типів ризикованої поведінки (насильство, антисоціальна поведінка, гемблінг, надмірне захоплення азартними іграми) та може бути корисним у пошуку підходів до профілактики такої поведінки. Знання про доказово обґрунтовану профілактику надає цінні та ефективні інструменти, що може бути ключовим фактором при роботі з населенням у різних країнах та обставинах.

Ця навчальна програма насамперед розроблена для осіб, які ухвалюють рішення, впливають на громадську думку та розробляють політику, які працюють у сфері профілактики в Європі, та має на меті надати учасникам:

- вступ до основ науки про профілактику;
- огляд інформації, необхідної для обрання та впровадження профілактичної інтервенції;
- інструменти для інформування зацікавлених сторін щодо основ доказово обґрунтованої профілактики вживання ПАР;
- інструменти для координації впровадження та оцінки доказово обґрунтованих інтервенцій;

2 http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en

- вступ до принципів та практик профілактики у середовищах: родина, школа, робоче місце, громада, оточуюче середовище та ЗМІ.

Цілі навчання для учасників курсу в рамках цієї початкової програми полягають в тому, що вони будуть спроможні:

- зрозуміти розвиток процесу вживання ПАР та роль профілактики в реагуванні на цю проблему;
- пояснити наукові основи профілактичних інтервенцій включно з:
 - основною інформацією щодо вживання ПАР за певних обставин («хто, що, коли, де та як»);
 - впливом особистісних факторів та чинників, пов'язаних з оточуючим середовищем, на уразливість та ризики;
 - роллю факторів поведінки та розвитку як для визначення спрямованих інтервенцій, так і для підбору правильних стратегій інтервенцій та повідомлень;
 - питанням, яким чином застосовувати емпірично обґрунтовані теорії зміни поведінки;
 - важливістю наукових досліджень для розуміння ефективності інтервенцій.
- дати опис засад та принципів, які стали основою для розробки Міжнародних стандартів профілактики вживання наркотиків UNODC, та EDPQS;
- описати важливість відповідності у впровадженні інтервенції, моніторингу реалізації профілактичних інтервенцій та впровадження політики профілактики;
- допомогти зрозуміти основні компоненти доказово обґрунтованих інтервенцій та політики у різних середовищах: у родині, школі, на робочому місці, в оточуючому середовищі та у ЗМІ.

Використання цього посібника

Цей посібник розроблений в якості базового довідкового матеріалу як для викладачів, так і для слухачів. Він містить перелік джерел для подальшого глибшого вивчення матеріалу курсу із детальним описом тем курсу ЄНПП, до яких можна повертатись для використання набутих знань на практиці.

У вступі описується ЄНПП, надається загальний опис ролі фахівців з профілактики в Європі. Дається короткий огляд етичних питань у профілактичній роботі.

У першій главі йдеться про зв'язок між теоріями епідеміології та етіології, пояснюється, яку роль може відгравати профілактика у попередженні розладів внаслідок вживання ПАР.

У другій главі узагальнено деякі з поширених теорій, які використовують дослідники у сфері профілактики під час розробки та оцінювання ефективних профілактичних інтервенцій та політик. Ці теорії важливо знати для розуміння того, які елементи є необхідними або корисними для розробки та/або адаптації профілактичних інтервенцій у різних контекстах та обставинах.

У третій главі розглядаються доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції та політики, зокрема Міжнародні стандарти UNODC та Європейські стандарти EMCDDA.

У ній також порівнюються доказово обґрунтовані підходи, зокрема ті, що підтримують стандартизовані інтервенції та індивідуалізовані підходи, які часто обґрунтуються на професійному досвіді та нинішніх потребах. Ця дискусія висвітлює, яким чином різні підходи використовуються в європейських країнах.

Четверта глава присвячена моніторингу та оцінюванню. У ній надається огляд різних типів оціночних досліджень, які можна використовувати для моніторингу або оцінки результатів інтервенції або політики.

У наступних главах йде мова про профілактичні інтервенції в середовищах родини (Глава 5), школи та робочого місця (Глава 6), оточуючого середовища (Глава 7), ЗМІ (Глава 8) та громади (Глава 9). У кожній з цих глав обговорюються специфічні питання або виклики для кожного із підходів (наприклад, складність залучення родини, несприйняття повідомлень ЗМІ щодо профілактики, бар'єри впровадження профілактичних інтервенцій у середовищі нічного життя). Також окрему увагу приділено доказово обґрунтованим практикам в Європі та детальнішому обговоренню інтервенцій.

У рамках курсу та матеріалів ЄНПП наголошується на кількох ключових питаннях. По-перше, це визначення «вживання ПАР», а саме: вживання ПАР, які впливають на почуття, сприйняття, процес мислення та/або поведінку у випадку їх вживання. До складу таких речовин можуть входити тютюн, алкоголь, легкі речовини (інгалянти) та інші речовини, такі як: героїн, кокаїн, канабіс та психоактивні

медицинські препарати, які використовують у немедицинських цілях. До складу цих речовин входять як контрольовані Конвенціями ООН речовини, так і ті, що не знаходяться під контролем, наприклад, нові психоактивні речовини (хоча вони можуть бути підконтрольними в межах законодавства країн-членів).

У ЄНПП ми навмисно уникаємо використання терміну «зловживання речовинами» у зв'язку з тим, що це неоднозначне поняття та може сприйматись як засуджувальне ставлення. Натомість, коли ми маємо на увазі вживання речовин, пов'язане зі завданням суттєвої шкоди, ми використовуємо термін «розлади внаслідок вживання психоактивних речовин».

Іншою ключовою темою є наука про профілактику, яка дає розуміння факторів, пов'язаних з початком та перебігом вживання ПАР: яким чином вживання вплинуло на осіб, родини, школи, громади та країни, і як протидіяти цьому явищу за допомогою ефективних стратегій, політики та інтервенції. UNODC розроблено всеохоплюючий огляд профілактичної діяльності з метою визначення найбільш ефективних підходів (маються на увазі Міжнародні стандарти з профілактики вживання наркотиків, UNODC, 2013).

Станом на сьогодні ефективні інтервенції, також відомі як доказово обґрунтовані інтервенції, практики та політики, наявні для впровадження. Курс в рамках ЄНПП створений з метою допомоги фахівцям у сфері профілактики обрати інтервенції та політики, які найбільш вірогідно відповідатимуть потребам цільового населення, належним чином їх впроваджувати, контролювати якість реалізації та оцінювати результати.

Наука про профілактику також визначила вживання ПАР та схожі прояви поведінки з проблемами, пов'язаними з розвитком особи. Інакше кажучи, фактори, які призводять до залучення до ризикової для здоров'я поведінки, починають діяти рано і, зазвичай, така поведінка проявляється в пізньому дитинстві та підлітковому віці. З цієї причини необхідно розуміти, яким чином проводити інтервенцію на різних етапах розвитку, починаючи з віку немовлят та маленьких дітей і до більш вразливого підліткового віку, молодих та дорослих людей. Тут і далі розглядаються вікові групи в класифікації, поданій Міжнародними стандартами з профілактики вживання наркотиків UNODC (<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).

Інший важливий аспект полягає в тому, що вживання ПАР та інша ризикована поведінка зазвичай є результатом взаємодії факторів середовища та особистісних рис, а також, можливо, результатом невдалої соціалізації. Наприклад, молоді люди, які шукають гострих відчуттів, та які, можливо, не отримали позитивного батьківського виховання, можуть інакше реагувати на середовище, де відбувається просування алкогольних виробів, наприклад, шляхом спонсорства спортивних заходів, порівняно із особами, у яких немає таких рис або які отримали позитивне батьківське виховання, яке б перевело їх пошук гострих відчуттів у русло конструктивної поведінки.

Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції розробляються з метою провести позитивне втручання в цих середовищах — родині, школі, робочому місці, громаді та оточуючому середовищі — для того, аби покращити взаємодію між дітьми та батьками, дітьми та школою, працівниками та місцем роботи, мешканцями та їх громадами й навколишнім середовищем, посилити відчуття безпеки та підтримки. Саме це спонукало нас до розробки навчальної програми для допомоги фахівцям у сфері профілактики в цих різних середовищах.

Фахівці у сфері профілактики повинні бути ознайомлені з інформацією з низки дисциплін включно з епідеміологією, соціологією та психологією. Цей посібник та відповідний навчальний курс демонструють, яким чином фахівці у сфері профілактики можуть використовувати ці навички з метою:

- оцінки природи та масштабів вживання ПАР у межах певної місцевості включно зі збором та аналізом даних;
- визначення груп населення, які наражаються на найбільший ризик, та проведення належної оцінки їх потреб;
- скликання відповідних груп людей для вирішення проблеми;
- переконання зацікавлених сторін у цінності програм та політик, які ґрунтуються на доказах;
- підтримки вибору та оцінювання профілактичних інтервенцій та обрання інтервенції, яка відповідає результатам/ висновкам оцінки потреб;
- обрання інтервенцій, необхідних для зміни ситуації;
- впровадження та здійснення моніторингу доказово обґрунтованих зусиль та оцінювання результатів, зокрема у співпраці з дослідниками;
- сприяння відповідності та сталості інтервенцій, враховуючи при цьому їх здійсненність та прийнятність.

Роль фахівців у сфері профілактики

Віднедавна було дуже мало інформаційних ресурсів, які висвітлювали б компетенції та завдання для осіб, що ухвалюють рішення, впливають на громадську думку та розробляють політику у сфері профілактики, що стосувалися б виконання цими особами своїх ролей з вибору та впровадження відповідних профілактичних інтервенцій та політик відповідно до специфічних потреб суспільства.

Європейські навчальні програми у сфері профілактики дуже різняться, і це призвело до нечіткого та непослідовного опису фахівця у сфері профілактики (Gabrhelik et al., 2015). За допомогою цієї програми та навчального курсу ЄНПП ми прагнемо стандартизувати освіту у цій сфері для розвитку працівників з профілактики в Європі. Це лише один із необхідних кроків для подальшої формалізації ролі та визнання фахівців у сфері профілактики.

Ми використовуємо термін «фахівець у сфері профілактики» для визначення осіб, які ухвалюють рішення, впливають на громадську думку, розробляють політику та відповідають за планування, впровадження та моніторинг профілактичних інтервенцій та/або політик у визначеній географічній місцевості.

Ці особи можуть здійснювати керівництво працівниками-практиками, які допомагають впроваджувати чи здійснювати моніторинг профілактичних інтервенцій та можуть також бути «обличчям та голою» профілактики в суспільстві.

Нещодавно декілька національних та міжнародних організацій опублікували матеріали щодо необхідних навичок у проведенні якісних профілактичних інтервенцій. Серед них Міжнародні стандарти UNODC з профілактики вживання наркотиків (2013), Європейські стандарти якості у сфері профілактики вживання наркотиків (EDPQS) EMCDDA (2011) та Стандарти Міжнародного консорціуму з сертифікації та взаємодії для фахівців у сфері залежності та профілактики (www.internationalcredentialing.org). Ці джерела були використані для створення значної частини змісту цієї програми.

До складу посібника EDPQS входять стандарти якості для фахівців у сфері профілактики. До нього включені чотири види компетенцій, що стосуються впровадження інтервенції: (1) загальні компетенції; (2) базові; (3) специфічні компетенції з інтервенції та (4) метакомпетенції.

- Загальні компетенції необхідні особам, які виконують будь-яку діяльність з профілактики, наприклад, навички комунікації, управління інтервенцією, соціальні та особистісні навички.
- Необхідні для здійснення профілактичної інтервенції базові компетенції містять, наприклад, знання ефективних підходів до профілактики вживання ПАР, їх компонентів, інтерактивних навчальних стратегій та питань розвитку людини.
- До специфічних компетенцій належать знання та навички, необхідні для окремої інтервенції, наприклад, стратегії батьківської поведінки або навчання навичкам прийняття рішень.
- Метакомпетенції пов'язані з усіма описаними вище видами компетенцій та містять необхідні для адаптації профілактичних інтервенцій відповідно до специфічних потреб цільової аудиторії, наприклад: урахування культурних особливостей, організація громади, планування та розробка ресурсів, моніторинг та оцінювання.

Етика та профілактика вживання ПАР

Якщо етика лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР, зменшення шкоди та наукового дослідження обговорюються досить широко, то етика профілактики вживання ПАР часто залишається поза увагою. Діяльність із профілактики вживання ПАР може не вимагати фізичного або клінічного втручання, але така профілактика все ж таки є формою втручання в життя людей. За усіма інтервенціями, пов'язаним із вживанням ПАР, стоять судження про те, що є «хорошим» чи «поганим» для учасників (що зазначається, наприклад, у цілях інтервенції).

Такі профілактичні інтервенції можуть проводитись як результат несприйняття суспільством певної поведінки, що, зі свого боку, може не поділяти цільова група. До того ж профілактика зазвичай направлена на молодь, і, у випадку спрямованої профілактики, ці молоді люди можуть бути найуразливішою частиною населення та виключені з життя основної частини суспільства. У зв'язку з тим, що усі країни мають законодавство, яке контролює використання певних речовин, забезпечення того, аби інтервенції «не завдавали шкоди», підвищуючи вірогідність вживання таких речовин, є також важливим етичним питанням.

Як бачимо, питання етики виникають на різних рівнях, починаючи з обґрунтування проведення профілактики. Фахівці у цій сфері не повинні вважати, що діяльність з профілактики вживання ПАР є за визначенням само собою етичною та корисною. Наступні принципи етичної діяльності з профілактики вживання ПАР відповідно до EDPQS, на які посилається наша навчальна програма:

- дотримуватись вимог закону;
- поважати права та автономію учасників (наприклад, як це передбачено міжнародними конвенціями про права людини та права дітей);
- забезпечувати справжню користь для учасників (тобто забезпечення того, що інтервенція приносить користь та приймається учасниками);
- не завдати шкоди, не спричинити суттєвих незручностей учасникам (наприклад, «ятрогенні наслідки» — непередбачувані та ненавмисні негативні наслідки, хвороби чи травми, соціальна ексклюзія, стигматизація);
- надавати прозору, точну, нейтральну та повну інформацію;
- отримувати згоду учасників при їх залученні;
- забезпечувати добровільність участі в заходах;
- зберігати конфіденційність даних учасників;
- у разі необхідності зберігати конфіденційність щодо участі в заходах профілактики;
- адаптувати інтервенцію відповідно до потреб та уподобань учасників;
- залучати учасників в якості партнерів для розробки, впровадження та оцінювання інтервенції;
- охороняти здоров'я та безпеку учасників та персоналу.

Залежно від типу інтервенції може бути складно або неможливо дотримуватися усіх етичних принципів профілактики вживання ПАР. Отримання інформованої згоди та забезпечення добровільної участі може бути складним при універсальних профілактичних інтервенціях або, наприклад, в інтервенціях у сфері кримінальної юстиції, де учасники юридично зобов'язані брати участь у заходах. Стосовно принципу «не нашкодити» важливо зазначити, що спрямована профілактика може спричинити стигматизацію учасників (EMCDDA, 2009, стор. 48).

Різні принципи можуть сурперечити один одному. Наприклад, учасники можуть мати бажання робити те, що завдає їм шкоди (вживати ПАР), або в якості партнерів з розробки інтервенції учасники можуть бути зацікавленими в підходах до інтервенції, які виявили себе як потенційно неефективні або навіть шкідливі (наприклад, спілкування з людиною, яка раніше вживала ПАР, або з однією особою, який вживає ПАР).

До того ж складно оцінити етичність інтервенції до її реалізації (передбачити її переваги та недоліки). Зрештою, усі принципи профілактики певною мірою можна інтерпретувати по-різному (що становить користь та для кого?), і зміни у законодавстві у деяких країнах (наприклад, щодо зберігання канабісу) можуть свідчити про те, що певна поведінка, пов'язана з вживанням ПАР, є більш прийнятною в суспільстві.

Немає чіткої відповіді щодо усіх етичних питань у профілактичній роботі, але обговорення та аналіз цих проблем сприяє зростанню обізнаності та відкритому діалогу щодо їх впливу на таку діяльність. Етичний підхід повинен бути очевидним на кожній із стадій інтервенції. Ті, хто впроваджує інтервенцію, мають розглянути, що є можливим в рамках заходу (наприклад, якщо неможливо отримати письмову згоду, то чи можливо отримати вербальну згоду) та звертати увагу на конкретні проблеми, які виникають під час інтервенції (наприклад, щодо питання безпеки родини необхідно повідомляти відповідному органу). Вони також повинні враховувати, що різні залучені сторони (персонал, учасники, громадськість, уряд) можуть мати різні погляди щодо етичності. Однак саме учасникам інтервенції (тим, на кого вона спрямована) має бути приділена основна увага (EMCDDA, 2011).

ЧАСТИНА I

ЗАГАЛЬНІ ПОНЯТТЯ ЕФЕКТИВНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

- ГЛАВА 1. Епідеміологія — розуміння природи та масштабу вживання ПАР.**
- ГЛАВА 2. Основи науки про профілактику та доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції.**
- ГЛАВА 3. Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції та політики.**
- ГЛАВА 4. Моніторинг та оцінювання.**

ГЛАВА 1

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ — РОЗУМІННЯ ПРИРОДИ ТА МАСШТАБУ ВЖИВАННЯ ПАР

ЗМІСТ

1. Вживання ПАР у Європі.
2. Фармакологія та фізіологія.
3. Розлади внаслідок вживання ПАР.
4. Етіологічна модель.
5. Багаторівнева модель розвитку особистості.
6. Потреба у комплексній міждисциплінарній підтримці протягом всіх етапів розвитку особистості.

Ефективна профілактика засновується на розумінні природи та масштабу вживання ПАР у спільноті. Зазвичай це досліджується епідеміологією вживання ПАР. ВООЗ визначає епідеміологію як «вивчення визначальних характеристик та поширення станів або подій, пов'язаних зі здоров'ям (включно із хворобами), настання стану/події, пов'язаної зі здоров'ям /хворобою, (захворюваність), наявних випадків стану/події, пов'язаної зі здоров'ям /хворобою (поширеність), та застосування цих даних для контролю за хворобами та іншими проблемами зі здоров'ям»³. Розуміння природи та масштабу вживання ПАР є ключовим для впровадження доказово обґрунтованих профілактичних програм та допоможе вам у вашій роботі у сфері профілактики.

В рамках зусиль з профілактики дані епідеміології:

- допомагають нам зрозуміти, яким чином стани, пов'язані зі здоров'ям, поширені серед населення та зрозуміти, якими є визначальні характеристики певних захворювань;
- ідентифікують нові випадки конкретних проблем зі здоров'ям (захворюваність) та рівні споживання психоактивних речовин серед населення (поширеність);
- включають використання низки методів збору інформації, включно із системами спостереження та опитування;
- включають аналітичні дослідження з метою розуміння визначальних характеристик певної проблеми, пов'язаної зі здоров'ям.

У цій главі ми розглядатимемо типи даних, які можна отримати з епідеміологічних та аналітичних досліджень. Щоб прояснити деякі причини та фактори, які призводять до вживання ПАР, ми розглянемо етіологічну модель, яка покаже, яким чином вплив навколишнього середовища взаємодіє з особистісними характеристиками, які сприяють тому, що особа вдаватиметься до ризикованої поведінки та вживатиме ПАР. Водночас розглянемо процес соціалізації, який допомагає дітям набутися прийнятного в культурі ставлення, норм, переконань та поведінки. Хоча ми зосереджуємо увагу на дітях та молоді, необхідно враховувати, що профілактика актуальна і в інші вікові періоди, і що дорослі також зазнають впливу навколишнього середовища.

Вживання ПАР у Європі

Профілактика вживання ПАР може зосереджуватись на одній чи кількох ПАР, як заборонених, так і не заборонених законом включно з:

- алкоголем;
- тютюновими виробами (включно з електронними системами доставки нікотину);
- іншими, часто нелегальними, наркотиками включно з канабісом, амфетаміном, кокаїном або тими, що законно виробляються, але вживаються виключно задля їх психоактивної або немедичної дії (наприклад, ліцензовані ліки та нові психоактивні речовини).

Стурбованість викликають негативні наслідки для здоров'я, соціальні наслідки вживання та вплив цих речовин на суспільство.

Дані міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD)» свідчать, що 83 % учнів в Європі вживали алкоголь щонайменше один раз протягом життя (Мал. 1). Половина учнів засвідчила вживання алкоголю щонайменше один раз у минулому місяці. Трохи менше половини (47 %) учнів вживали тютюнові вироби, 23 % учнів повідомили про паління однієї або більше цигарок в день та 3 % палять більше 10 цигарок на день (EMCDDA, 2015). Інший факт, що викликає занепокоєння — те, що 1 з 10 європейців (не лише учнів) користуються чи спробували користуватись електронними цигарками або подібними приладами (Європейська Комісія, 2015).

Профіль вживання ПАР в Європі зараз містить ширший набір речовин у порівнянні з минулим. Серед осіб, які вживають ПАР, поширеним є вживання кількох речовин; індивідуальні моделі вживання різняться — від експериментального вживання, короткого періоду вживання до більш регулярного, частого вживання та залежності.

Вживання канабісу є приблизно у 5 разів поширенішим у порівнянні із іншими незаконними підконтрольними речовинами. Вживання героїну та інших опіоїдів залишається відносно нечастим. Водночас

3 <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/epidemiology-uninitiated/1-what-epidemiology>

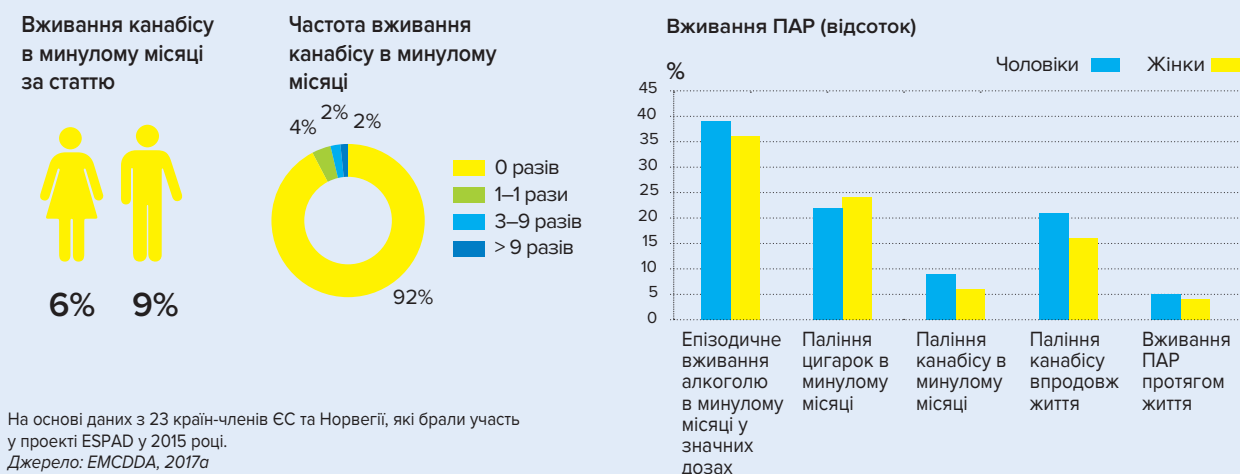
вживання цих речовин здебільшого здійснюється найбільш небезпечним чином, наприклад, шляхом ін'єкцій.

Аналіз моделей вживання, який можна знайти у національних загальних опитуваннях населення, також може бути корисним. За оцінками, більше 92 мільйонів (або чверть осіб) у віці 15–64 років в Європейському Союзі вживали ПАР хоча б один раз протягом життя. Про досвід вживання частіше повідомляють чоловіки (56 млн), ніж жінки (36,3 млн).

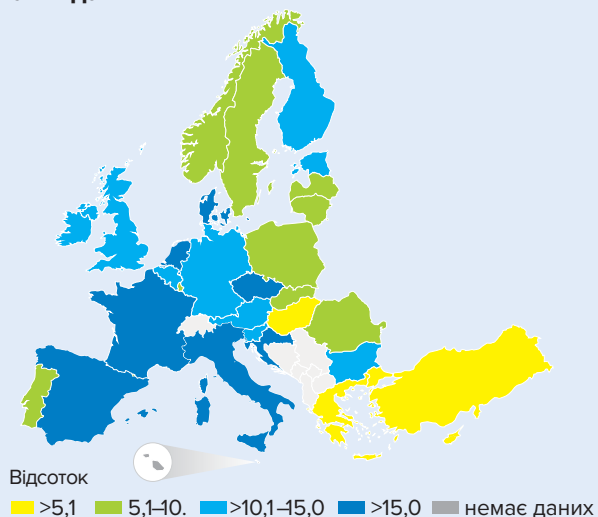
Канабіс є підконтрольною речовиною, яку вживають найчастіше (53,5 млн чоловіків та 34,3 млн жінок), значно менше осіб повідомило про вживання (хоча б одноразово за життя) кокаїну (11,8 млн чоловіків та 5,2 млн жінок), метилендіоксиметамфетаміну (MDMA, 9 мільйонів чоловіків та 4,5 млн жінок) та амфетамінів (8 млн чоловіків та 4 млн жінок). Рівень вживання канабісу протягом життя значно різниться між країнами: від 41 % дорослих у Франції до менше 5 % на Мальті (Мал. 2). Дані щодо вживання ПАР у минулому році дають змогу оцінити вживання таких речовин у найближчому минулому і стосуються, здебільшого, молоді. За оцінками, 18,9 млн молодих дорослих людей (15–34 роки) в Європі вживали ПАР протягом минулого року; водночас кількість чоловіків у два рази більша за кількість жінок.

В усіх вікових групах канабіс є психоактивною речовиною, що вживається найчастіше. Зазвичай, цю речовину вживають шляхом паління, у Європі часто змішують з тютюном. Моделі вживання різняться: від випадкового до регулярного та залежності. За оцінками, 87,6 млн дорослих в Європі у віці 15–64 років (26,3 % цієї групи) вживали канабіс хоча б одноразово протягом життя.

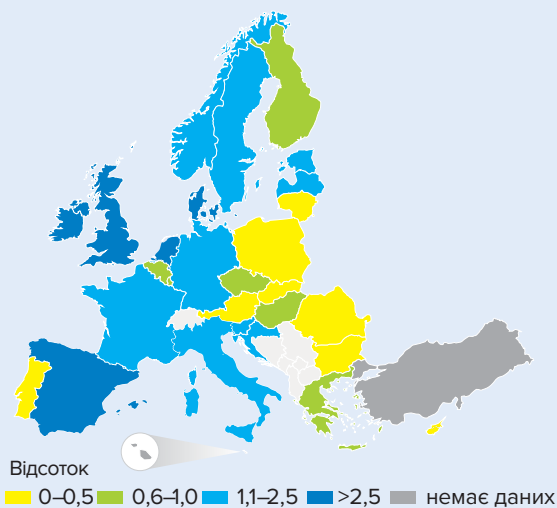
Мал. 1. Поширеність вживання ПАР серед учнів шкіл в Європі



Мал. 2. Поширеність вживання канабісу в минулому році серед молоді (15-34 роки): останні дані



Мал. 3. Поширеність вживання кокаїну серед молоді (15-34 роки): останні дані



З цих осіб біля 17,2 млн молодих європейців у віці 15–34 роки або 14,1 % цієї групи вживали канабіс протягом минулого року; до того ж 9,8 млн у цій групі — молодь у віці 15–24 роки (17,4 % групи у віці 15–34 роки). Рівень поширеності вживання ПАР минулого року в групі осіб 15–34 років різниться між 3,5% в Угорщині та 21,5 % у Франції. Серед осіб, які вживали канабіс минулого року, співвідношення чоловіків до жінок — два до одного.

Кокаїн — найбільш поширений незаконний стимулянт в Європі, його вживання більш поширене у південних та західних країнах (Мал. 3). Серед осіб, які регулярно вживають цей наркотичний засіб, можна вирізнити соціально інтегрованих споживачів, які часто вдихають кокаїн у вигляді порошку (гидрохлорид кокаїну), та маргіналізованих споживачів, які вживають кокаїн шляхом ін'єкцій або «крек» (кокаїнову основу) шляхом паління, іноді паралельно із вживанням опіоїдів. За нинішніми оцінками, 17 млн дорослих в Європі у віці 15–64 років, або 5,1 % цієї вікової групи, експериментували з кокаїном упродовж життя. Серед них приблизно 2,3 млн молодих дорослих у віці 15–34 років (1,9 % цієї вікової групи) вживали його минулого року (EMCDDA, 2018a).

Усі такі речовини можуть бути шкідливими у зв'язку з їх короткотерміновими або довготерміновими ефектами, але за відсутності контролю якості у виробництві та продажу нелегальних речовин виникають додаткові ризики.

В останні роки спостерігалось зростання доступності нових та/або новітніх сильнодіючих, фальсифікованих, забруднених ПАР та нелегальних наркотиків, що підвищувало ризик шкідливих наслідків. Такі речовини можуть бути забруднені побічними продуктами через низьку якість виробництва, процесів зберігання та постачання, можуть містити мікроорганізми та інші біологічні та інфекційні агенти. Фальсифікація може проводитись навмисно з метою змінити дію речовини, збільшити продажі, вагу або приховати зменшення дії речовини (наприклад, додавання місцевих анестетиків для копіювання ефекту оніміння від кокаїну). Непсихоактивні хімічні речовини (але потенційно токсичні) також можуть використовуватись для збільшення загального об'єму, знижуючи водночас частку активної речовини, що дозволяє збільшити прибуток продавця.

Однак інші шкідливі ефекти можуть бути непередбачуваними та виникати в результаті індивідуальних біологічних відмінностей або через наявні проблеми зі здоров'ям, соціоекономічних факторів або поведінки, пов'язаної зі способом та гігієною вживання ПАР (спільне використання шприців та інші ризики ін'єкційного вживання).

EMCDDA публікує річні звіти щодо тенденцій у вживанні ПАР в Європі та Звіти щодо вживання ПАР в окремих країнах, що містять найбільш актуальні дані в країнах-членах ЄС, Туреччині, Норвегії. Усі публікації доступні за посиланням www.emcdda.europa.eu/publications.

Фармакологія та фізіологія

Для фахівця у сфері профілактики розуміння наукового підобґрунтя вживання ПАР та шкідливих наслідків від цього (включно з розладами внаслідок вживання ПАР) допоможуть прояснити важливість вирішення проблеми вживання ПАР на ранньому етапі шляхом доказово обґрунтованих профілактичних інтервенцій.

Така інформація також допоможе особам, які формують політику та ухвалюють рішення зрозуміти, що достатня кількість всеохоплюючих профілактичних інтервенцій, направлених на родини, молодь та на середовище робочого місця є ключовою у вирішенні проблеми вживання ПАР та його наслідків. До того ж таке розуміння підкріплює потребу визначити місце профілактичних програм в рамках моделі розвитку з інтервенціями, спрямованими на всі вікові групи.

Вживання ПАР

Загалом, коли ми говоримо про ПАР у цій навчальній програмі, ми маємо на увазі хімічні речовини, які при вживанні або всмоктуванні впливають на біологічну структуру або функціонування організму. Наша увага зосереджується на речовинах, зокрема на тих, які впливають на почуття, сприйняття, розумові процеси та/або поведінку. ПАР мають таку дію, оскільки вони впливають на функціонування

нервової системи. Дослідники, які вивчають вплив речовин на поведінку та психіку, називаються психофармакологами. Фармакологія, в цілому, вивчає вплив ПАР на живі організми.

Час розкладу (метаболізації) та виведення із організму є різним для різних речовин. Час, необхідний для виведення половини дози речовини з організму, називається періодом напіввиведення (напіврозпаду). Період напіврозпаду речовини впливає на те, скільки часу триває дія речовини та скільки часу потрібно для повного виведення її з організму. Коли особа припиняє вживати речовину, важливо знати період напіврозпаду, щоб зрозуміти, коли речовина повністю виводиться з організму.

Окрім періоду напіврозпаду, інші фактори також впливають на те, скільки часу необхідно для виведення речовини. Вік особи, стать, вживання інших речовин, тривалість періоду регулярного вживання речовини та кількість речовини, яка регулярно вживається, впливають на те, як організм всмоктує ПАР, як відбувається їх метаболізм та виведення. Якщо особа вживає речовину часто та у великій кількості, обмін речовин та виведення можуть відбуватися швидше. У дітей та дорослих старшого віку ці процеси проходять повільніше, ніж у молоді та осіб середнього віку. Загалом жінки чутливіші до дії ПАР, ніж чоловіки, у зв'язку з різницею ваги тіла, об'єму жирових накопичень та функції печінки.

Вчені спробували класифікувати ПАР на підставі їх фармакологічної та психофармакологічної дії. Не існує єдиної універсально прийнятної системи класифікації, але ПАР можна об'єднати у наступні широкі групи:

- стимулянти центральної нервової системи (ЦНС) — амфетаміни, кокаїн, модафініл, нікотин, кофеїн, що підвищують активність ЦНС. Вони, зазвичай, прискорюють серцебиття та частоту дихання, викликають відчуття збудженої ейфорії, деякі з них посилюють комунікабельність;
- емпатоцени (іноді відомі як ентактоцени) — МДМА, мефедрон, 6-АРВ (6- (2-аминопропил) бензофуран), що мають стимулюючу дію і до того ж викликають відчуття емоційного зв'язку та емпатії до інших. Залежно від ПАР та дози, вони також можуть мати психоделічну дію;
- психоделіки — наприклад, ЛСД, диметилтріптамін (ДМТ), псилоцибін, мескалін, що викликають значні зміни у розумовій діяльності, чуттєвому сприйнятті та свідомості;
- диссоціативні речовини — кетамін, оксид азоту, декстрометорфан (DXM), фенциклідін (PCP), що викликають зміни у чуттєвому сприйнятті та відчутті віддалення (диссоціації) від навколишнього середовища, інших та самого себе;
- канабіноїди — наприклад, канабіс, — викликають відчуття релаксації та покращення настрою із незначними сенсорними змінами;
- депресанти ЦНС — наприклад, алкоголь, бензодіазепіни, гамма-гідрооксібутират (GHB), що пригнічують або зменшують збудження або стимулюють ЦНС, щоб примусити заснути, викликати почуття релаксації та зменшити тривожність. Депресанти ЦНС, як-от алкоголь, викликають покращення настрою та комунікабельності;
- опіоїди — наприклад, героїн, морфін, трамадол, що сприяють релаксації та іноді покращують настрій. Вони використовуються клінічно як знеболюючі, і це іноді стає підґрунтям і для немедичного вживання.

У зв'язку з постійним збільшенням кількості нових ПАР, списки, на кшталт вищеподаного переліку, ніколи не будуть повними, і фахівцям у сфері профілактики ставатиме все складніше актуалізовувати свої знання щодо таких речовин. Водночас є низка доступних онлайн інструментів, наприклад, Таблиця («Колесо» (від англ. Drug Wheel)) ПАР з інформацією про ПАР різних класів⁴.

Важливо враховувати ще те, що якщо певна речовина є легальною, це не означає, що вона безпечніша за нелегальну речовину. Легальність речовини, імовірно, є результатом традицій, культури та політичних або релігійних факторів, ніж того, наскільки вона є шкідливою. Прикладами є алкоголь та тютюн. Згідно з нинішніми оцінками, кількість смертей, спричинених вживанням тютюну у світі, досягне 8 мільйонів до 2030 року. Відповідно до ВООЗ⁵ (5), у 2018 році приблизно 3 млн смертей, або 5,3 % усіх смертей у світі, пов'язані зі вживанням алкоголю.

Те, яким чином особа вживає ПАР, називається способом введення. ПАР можуть потрапляти до організму людини різними шляхами, зокрема (але не обмежуючись) орально (шляхом ковтання); шляхом вдихання (через ніс); паління; вдихання пари; внутрішньом'язової ін'єкції; підшкірної ін'єкції;

4 <http://www.thedrugswheel.com/>

5 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

внутрішньовенної ін'єкції; наскрізно (використання речовини на шкірі); сублінгвально (розсмоктування під язиком, всмоктування у ротовій порожнині). Шлях вживання має значення у зв'язку з тим, що він впливає на швидкість, з якою речовина досягає мозку.

Швидкість, із якою речовина дістається мозку, впливає на її дію, посилюючи її. Внутрішньовенна ін'єкція є швидшим шляхом доставки, аніж вдихання або паління, які зі свого боку швидші, ніж оральне вживання.

Швидкість переходу від першого вживання ПАР до виникнення розладів внаслідок вживання ПАР (обговорюватимуться у наступній главі) залежить від таких факторів, як вік початку вживання ПАР, вид ПАР, досвід вживання, вплив профілактичних інтервенцій та навколишнього середовища, вплив факторів ризику та захисту, які також будуть описані нижче.

Дослідники у сфері профілактики описали цей перехід різними способами, розробивши моделі такого переходу. Хоча жодна з моделей не може застосовуватись до усіх, вони допомагають нам проаналізувати, яким чином вживання ПАР може перейти від нечастого та експериментального до регулярнішого та пов'язаного з розладами. Модель, розроблена Piazza and Deroche-Gamonet (2013), представлена тут як загальний приклад.

Модель можна застосувати до багатьох патернів вживання ПАР, хоча й спирається більше на соціальний та рекреаційний інтерес до вживання ПАР. Для одних людей первинні причини вживання можуть бути не пов'язані з рекреацією; інші можуть займатися самолікуванням нелікованого психічного або соматичного розладу або вживати ліки не так, як це рекомендовано лікарем. Piazza and Deroche-Gamonet описують три фази переходу до розвитку розладів внаслідок вживання ПАР. Ці три фази є послідовними, але також і незалежними. Вступ до однієї фази є необхідним для переходу до наступної, але це не означає, що такий перехід обов'язково відбудеться, оскільки для цього має бути наявною специфічна індивідуальна вразливість.

1. У разі рекреаційного та спорадичного вживання ПАР таке вживання залишається одним з багатьох рекреаційних форм індивідуальної поведінки.
2. У разі систематичнішого, тривалого вживання ПАР, таке вживання відбувається частіше та регулярніше і стає головною формою дозвілля особи. Незважаючи на те, що соціальне та особистісне функціонування зменшується, поведінка все ще загалом організована, і особа може виконувати більшість своїх соціальних ролей та обов'язків.
3. Втрата контролю над вживанням ПАР та розвиток розладів внаслідок такого вживання означає, що діяльність, пов'язана із вживанням таких речовин, стала основною для особи.

Таблиця 1

Порівняння діагностичних критеріїв розладів внаслідок вживання ПАР у системах класифікації МКХ-11 та DSM-V

Критерій	МКХ-11	DSM-V
Вживання речовин у більших кількостях та протягом довшого періоду, ніж планувалося	✓	✓
Постійне бажання або невдалі спроби зменшити вживання ПАР		✓
Потяг, сильне бажання вживати ПАР		✓
Тривалий час, витрачений на вживання ПАР та на лікування вживання ПАР	✓	✓
Толерантність до дії ПАР	✓	✓
Синдром відміни		✓
Вплив вживання ПАР на соціальну, професійну та іншу діяльність		✓
Продовження вживання, не зважаючи на регулярні соціальні проблеми, спричинені вживанням ПАР		✓
Продовження вживання, не зважаючи на спричинені цим фізичні та психологічні проблеми		✓
Продовження вживання ПАР, що веде до неспроможності виконувати обов'язки в рамках основних ролей	✓	✓
Повторне вживання ПАР, не зважаючи на правові проблеми	✓	
Повторне вживання ПАР у небезпечних ситуаціях	✓	✓
Родина, що страждає через те, що особа вживає ПАР	✓	

Розлади внаслідок вживання ПАР

Більшість людей, які вживають ПАР, не відчувають серйозної шкоди від цього. Однак деякі особи, які вживають ці речовини, мають проблеми, що суттєво впливають на стан здоров'я, соціальні функції та благополуччя. Ці наслідки визначаються як «розлади внаслідок вживання ПАР».

Ця фраза замінила застарілі терміни «зловживання» або «залежність», які важко було визначити, та яким вже менше надавали перевагу у зв'язку зі зміною ставлення в соціумі⁶. Визначення та діагностика таких розладів змінювалися протягом часу, і на цей час використовуються дві основні системи класифікації. Вони опубліковані ВООЗ (Міжнародна класифікація хвороб; МКХ-11) та Американською асоціацією психіатрів (Діагностичне та статистичне керівництво щодо психічних захворювань; DSM-V).

Між двома системами наявні певні відмінності, але вони спираються на спільні критерії, наприклад, вживання речовин у більших кількостях на довший період, ніж було заплановано, надання пріоритету вживанню речовин, а не іншій діяльності чи соціальним ролям, тривале вживання речовини, не зважаючи на наявні докази того, що воно завдає шкоду особі (наприклад, фізичну та психологічну). Таблиця 1 містить види критеріїв, які використовуються в обох системах.

Як показано у Таблиці, класифікація DSM-V містить 11 критеріїв. Щоб підтвердити легку форму розладу внаслідок вживання ПАР, особа має відповідати двом критеріям. Якщо особа відповідає й іншим критеріям, то можна діагностувати розлад середнього або важкого ступеню.

У МКХ-11 також включені розлади, які розвиваються внаслідок вживання ПАР, але ця класифікація розрізняє вживання ПАР, що завдає шкоди (модель вживання речовин, яка завдає шкоди фізичному або психічному здоров'ю включно з членами родини), та залежність, яка відповідає чотирьом критеріям: прагнення вживати речовину та труднощі контролю вживання; постійне вживання, не зважаючи на негативні наслідки; толерантність; синдром відміни. Особи повинні відповідати щонайменше двом критеріям для класифікації їх стану як залежності. Для відповідності критеріям шкідливого вживання має бути щонайменше актуальним один з пунктів щодо завдання шкоди; за такої умови особа повинна не відповідати критеріям залежності.

Профілактичні інтервенції відіграють важливу роль у зменшенні вірогідності того, що відбудеться перехід до пролежного вживання речовин. Хоча ці дві системи класифікації є корисними клінічними інструментами, важливо пам'ятати, що люди можуть мати проблеми внаслідок вживання ПАР і не відповідаючи критеріям класифікації. Більшість цільових груп у профілактичних інтервенціях не знаходяться в зоні серйозного ризику виникнення розладів, але ризикують страждати від завдання шкоди здоров'ю та психіці, проблем з правоохоронними органами, виключення зі школи, небезпечної поведінки, пов'язаної із вживанням ПАР (наприклад, ризикована сексуальна поведінка, користування автомобілем, яким керує особа під впливом ПАР та ін.). Такі ризики також серйозні, і особи, які вживають ПАР, можуть перебувати в таких небезпечних ситуаціях.

Питання охорони здоров'я у зв'язку зі вживанням ПАР

Відповідно до дослідження ВООЗ «Глобальний тягар хвороб», розлади внаслідок вживання алкоголю, кожного року забирають приблизно 10 % років здорового життя через хвороби та ризики як серед молоді, так і серед дорослих (Degenhardt et al., 2013).

До цих розладів належать стани, прямо пов'язані із вживанням алкоголю (Див. «Розлади внаслідок вживання ПАР» вище), а також опосередковано, наприклад, фетальний алкогольний синдром.

Однак десятиліття досліджень засвідчили, що існують інші хвороби та травми, пов'язані із вживанням алкоголю, що стосуються як самої особи, так і інших людей. Такий перелік містить нейропсихіатричні розлади; хвороби шлунково-кишкового тракту; онкологія; надмірне вживання алкоголю; розлади, пов'язані з суїцидом та насиллям; ненавмисне травмування, наприклад, дорожно-транспортні інциденти, падіння, утоплення та отруєння; серцево-судинні захворювання; фетальний алкогольний синдром та передчасні пологи; цукровий діабет. Виявлено зв'язок між регулярним вживанням алкоголю та сімома різними видами раку; за оцінками ВООЗ, у 2016 році 6,2 % від усіх смертей від раку в Європі були пов'язані із вживанням алкоголю (ВООЗ, 2018).

6 Ми визнаємо та поважаємо те, що деякі люди бачать користь від використання терміну «залежність», говорячи про себе, але професіоналів у сфері профілактики заохочуємо не використовувати цей термін.

Зв'язок між палінням та шкодою для здоров'я добре зафіксований. Тютюн вбиває майже половину споживачів — більше 7 млн людей кожного року. Відповідно до оцінок ВООЗ, до 2030 року причиною 8 мільйонів смертей у світі буде тютюнопаління⁷. Паління сприяє появі серцево-судинних захворювань, захворювань легень, проблемам запліднення та передчасним пологам, низькій вазі при народженні та низькій щільності кісток. Не лише курці мають вищий ризик проблем зі здоров'ям, але, відповідно до результатів досліджень, і особи, які є жертвами пасивного паління, можуть мати серйозні проблеми зі здоров'ям, зокрема, члени родини та колеги курців.

Загально визнано, що вживання ПАР посилює глобальний тягар хвороб. За оцінками ВООЗ, розлади, що виникають внаслідок вживання ПАР, є шостою причиною втрати ознак здорового життя серед осіб до 25 років у всьому світі. Хронічні та гострі проблеми зі здоров'ям, пов'язані зі вживанням ПАР, посилюються завдяки низці факторів: властивостям речовини, способу вживання, індивідуальній чутливості та соціальному контексту, у якому відбувається таке вживання.

До хронічних проблем належать залежність та інфекційні хвороби, пов'язані зі вживанням ПАР; також є ціла низка гострих станів, серед них найкраще задокументовані передозування. Хоча це відносно нечасте явище, вживання опіоїдів все ще залишається причиною значного проценту захворюваності та смертності, пов'язаної із вживанням ПАР. Ризики також підвищуються й у випадку ін'єкційного вживання. Хоча проблеми для здоров'я, пов'язані зі вживанням канабісу, є дійсно менш серйозними, широка поширеність цієї речовини може мати наслідки для громадського здоров'я. Варіації у складі та чистоті ПАР, доступних для споживачів, підвищують потенційну шкоду та створюють виклики для реагування на цю проблему (EMCDDA, 2017b).

Вживання ПАР є важким тягарем для суспільства. Якщо здоров'я індивідуумів, безпека та благополуччя молоді потрапляють під загрозу, негативні наслідки вживання ПАР можуть призвести до зниження продуктивності робочої сили, затрат систем охорони здоров'я, соціального захисту та кримінальної юстиції. Зазвичай фінансові витрати на надання цих послуг коштують суспільству дорожче, ніж впровадження ефективних програм з профілактики та лікування.

Етіологічна модель

Етіологія — медичний термін, який описує причини та походження хвороб або інших розладів та фактори, які їх спричиняють або роблять осіб схильними до них. Етіологія важлива для профілактики тому, що допомагає визначити фактори або механізми, пов'язані з настанням певного стану здоров'я або соціальної проблеми, як-от проблема вживання ПАР. Наступним кроком може бути визначення або обрання профілактичних програм для протидії таким факторам.

Концепція факторів ризику та захисту у вживанні ПАР є загально визнаною, і впродовж останніх двох десятиліть вона визначала сфери профілактичних інтервенцій. Фактори захисту або ті, що зменшують уразливість осіб, — це характеристики, які компенсують наявні фактори ризику або запобігають їхньому впливові.

У цілому, фактори ризику визначаються як показники поведінки або психосоціального функціонування (включно зі ставленням, переконанням та особистістю), які вважаються пов'язаними з підвищеним ризиком вживання ПАР. Вони містять:

- фактори контексту — наприклад, закони та норми, що сприяють поведінці, пов'язаній із вживанням ПАР включно з просуванням та доступністю, економічним станом та з організаційними проблемами району;
- індивідуальні та міжособистісні фактори — наприклад, генетична схильність та інші фізіологічні фактори, історія вживання ПАР у родині та ставлення до такого вживання, недостатнє або непослідовне управління в родині, конфлікт у родині або слабкі сімейні стосунки у родині (Hawkins et al., 2002).

Тоді як фактори контексту (наприклад, закони та норми, доступність, однолітки) відіграють важливу роль на початку вживання ПАР, індивідуальні та міжособистісні фактори, зокрема неврологічні та генетичні фактори, відповідно до спостережень, мають значний вплив на вірогідність переходу до регулярнішого вживання ПАР, шкідливого вживання та пов'язаних з цим розладів (Glantz and Pickens, 1992).

7 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Однак, відповідно до останніх досліджень, вчені розглядають фактори ризику та захисту як індикатори інших механізмів розвитку, які можуть підвищити індивідуальну вразливість до вживання ПАР, а саме взаємодія індивідуальної вразливості із середовищем мікрорівня (наприклад, соціальна та міжособистісна взаємодія) та макrorівня (громада, інституційні та соціальні фактори) або ставить особу під ризик, або ж захищає її від залучення до ризикованої поведінки, як-от вживання ПАР.

Вживання ПАР, зазвичай, починається в пізньому дитинстві або в підлітковому віці. Це процес містить багато шляхів і не має однієї простої причини, але, в цілому, ним рухають рішення, на які впливають внутрішні біологічні фактори, зовнішні, соціальні чинники та фактори навколишнього середовища. Теорія розвитку надає важливу структуру для розуміння цього процесу. Кожен етап розвитку, від немовляти до дорослого, пов'язаний з удосконаленням інтелектуальних спроможностей, мовленнєвих здібностей та пізнавального, емоційного й психологічного функціонування, постійним надбанням навичок соціальної компетенції та контролю особистих імпульсів (Див. Додаток 2). Будь-яке серйозне порушення в процесі вікового розвитку може призводити до розвитку розладів, серед яких і вживання ПАР, у поєднанні з іншими подіями та факторами оточуючого середовища.

Дослідження походження ризикованої поведінки, зокрема вживання ПАР, вказують на те, що початок вживання пов'язаний із взаємодією між індивідуальними особистісними характеристиками (генетична схильність, темперамент та тип особистості, відмінності між тим, як особа бачить, чує і відчуває оточуюче середовище та інших осіб) й зовнішнім досвідом особи. Етіологічна модель (Малюнок 4) показує цю взаємодію, яка має два напрямки на мікро- та макrorівнях. У подальших главах ми спиратимемось на цю модель в обговоренні причин вживання ПАР.

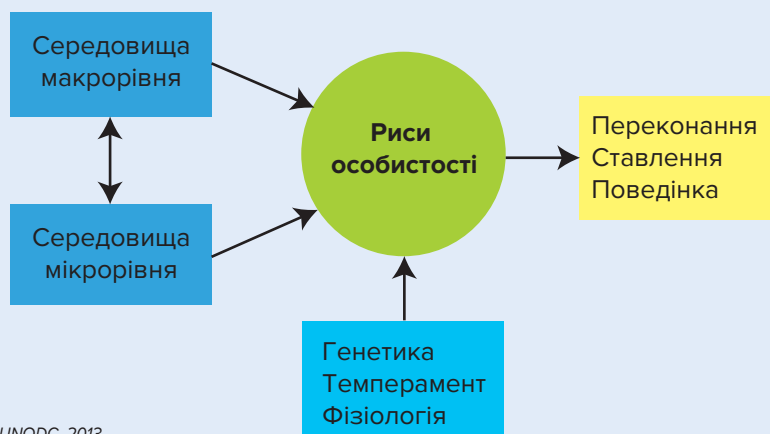
Діти розвиваються, і з часом їхнє середовище розширюється від спілкування на мікрорівні, наприклад, з членами родини, однолітками та в школі, до середовища макrorівня, яке містить як фізичне, так і соціальне середовище (тобто район, суспільство, а також їхній фізичний стан, ставлення, переконання та поведінка мешканців).

Протягом життя люди переживають низку визначних подій включно з народженням, навчанням в школі, початком пубертатного періоду, вибором професії, становленням партнерських стосунків та батьківством. На кожному з цих етапів вони керуються або перебувають під впливом своїх родин, школи, релігійних переконань, спортивних клубів, молодіжних організацій та однолітків, які формують середовища мікрорівня, та суспільство, в якому вони живуть, що формує середовище макrorівня.

Коли важливі цілі розвитку не досягаються, діти стають вразливими до відставання в досягненні наступних цілей розвитку, і в цьому випадку підвищується вірогідність того, що вони будуть залучатись до небезпечної та шкідливої для здоров'я поведінки. На досягнення цих цілей розвитку впливає взаємодія особи із середовищами мікро- й макrorівня в процесі дорослішання; тому профілактичні інтервенції зосереджуються на вразливостях у рамках цих середовищ мікро- й макrorівня.

Соціалізація дітей є однією з найважливіших функцій родини, шкільної освіти та оточуючого середовища; і агенти соціалізації, наприклад, учителі, батьки, дідусі та бабусі, відіграють важливу роль. Діти повинні засвоїти прийнятні ставлення, моральні норми та властиву їх культурі поведінку для того, щоб подорослішати без схильності до ризикованої поведінки.

Мал. 4. Етіологічна модель



Джерело: На основі матеріалів UNODC, 2013

Ці фактори оточуючого середовища на мікро- та макрорівні можуть або захистити осіб від ризику, або підвищити ризик для вразливих людей. Ці відносини можуть працювати двобічно. Наприклад, дитина демонструє складний темперамент у ранньому віці й має складнощі в адаптації до світу навколо себе. Таку дитину можуть вважати капризною та вона може вимагати уваги. Якщо в батьків є складнощі у вихованні такої дитини, існує можливість того, що у неї можуть бути проблеми із взаємодією з новими середовищами під час дорослішання, у школі, з однолітками та на роботі. Однак, якщо батьки навчаються відповідним чином регулювати поведінку цієї дитини, надаючи необхідну підтримку, потенціал дитини легко адаптуватися до таких середовищ збільшується.

Подібна ситуація і з впливом взаємодії між середовищем макрорівня та особою. Наприклад, у дитини здорові стосунки з батьками, але живе вона у бідному районі, де багато полишених будівель. Рівень безробіття високий, багато магазинів, які продають алкоголь і тютюн, вдень молоді чоловіки та жінки проводять час на вулиці, іноді вживаючи ПАР. Дорогою до школи дитина проходить повз цих людей. Не зважаючи на люблячих батьків, діти можуть приєднатися до групи й отримати можливість долучитися до вживання ПАР.

Інша взаємозалежність, що може впливати на уразливих осіб, — це вплив, який може мати середовище макрорівня на середовища мікрорівня. Відповідно до результатів досліджень, це може призвести до підвищення або зниження рівня вживання ПАР серед населення. Проведені в Європі дослідження вказують на те, що після економічної кризи 2008 року із кожним 1 % зростання безробіття в регіоні на 0,7 % зростає вживання канабісу серед молоді (Ayllon and Ferreira-Batista, 2018).

Індивідуально в особи може бути менше коштів на вживання ПАР, але коли в результаті економічної кризи зростає рівень безробіття, люди можуть вдаватися до самолікування через вірогідність безробіття або через відсутність можливостей на місцевому ринку праці. Це спричиняє збільшення рівня вживання ПАР. Якщо роботу знайти складно й заробітна платня низька, проведення часу, вживаючи ПАР, замість роботи або її пошуку меншою мірою веде до соціального виключення, аніж якби було доступно багато робочих місць та платня була б вищою. До того ж іноді один або двоє з батьків працюють далеко від дому або за кордоном, і вони дуже часто не знаходяться поряд із дітьми. Якщо за такими дітьми не наглядає відповідальна людина, такі діти можуть знаходити прихисток у групах, де вживають ПАР.

Жоден з факторів сам собою не є достатнім для початку вживання ПАР або розвитку небезпечніших моделей вживання. Вірогідно, існує певна критична комбінація кількості, видів впливу та досвіду, яка може стати причиною того, що особа перейде поріг відповідальності, почне вживати ПАР, що призведе до пов'язаних із цим розладів. Поріг може бути досягнуто будь-якою кількістю комбінацій цих факторів, які можуть бути унікальними для кожної людини.

Процес соціалізації використовується в доказово обґрунтованій профілактиці. Різні види профілактичних інтервенцій спрямовані безпосередньо на осіб або на них через їх оточення. Це означає, що інтервенції мають за мету змінити переконання, ставлення або поведінку особи (наприклад, інтервенції в школі, які вчать чинити опір впливу однолітків), допомагати агентам соціалізації вдосконалювати свої навички (вдосконалення навичок педагогів, батьків) або змінити середовище особи так, щоб ускладнити залучення до небезпечної поведінки (наприклад, обов'язкове пред'явлення документу, що посвідчує вік, для недопущення неповнолітніх до алкоголю).

Процес соціалізації стає позитивним впливом, який компенсує вже наявний негативний вплив та є первинною силою в доказово обґрунтованій профілактиці. Дослідження показали, що метою профілактики є допомогти молодим людям приймати відповідальні рішення щодо свого здоров'я та благополуччя в контексті вживання ПАР, і ця мета є досяжною.

Такі профілактичні інтервенції розробляються також з метою допомоги фахівцям у сфері профілактики стати агентами соціалізації, залучаючи до процесу соціалізації цільові групи, або за допомогою навчання ключових агентів (батьків та вчителів) вдосконалювати свої навички соціалізації (наприклад, батьківство, управління аудиторією учнів).

Багаторівнева модель розвитку особистості

Багаторівнева модель розвитку особистості демонструє, яким чином вразливість особи до ризиків може бути результатом взаємодії між особистісними рисами та рисами оточуючого середовища. Зокрема вона визначає фактори ризику, які є ключовими для цієї моделі.

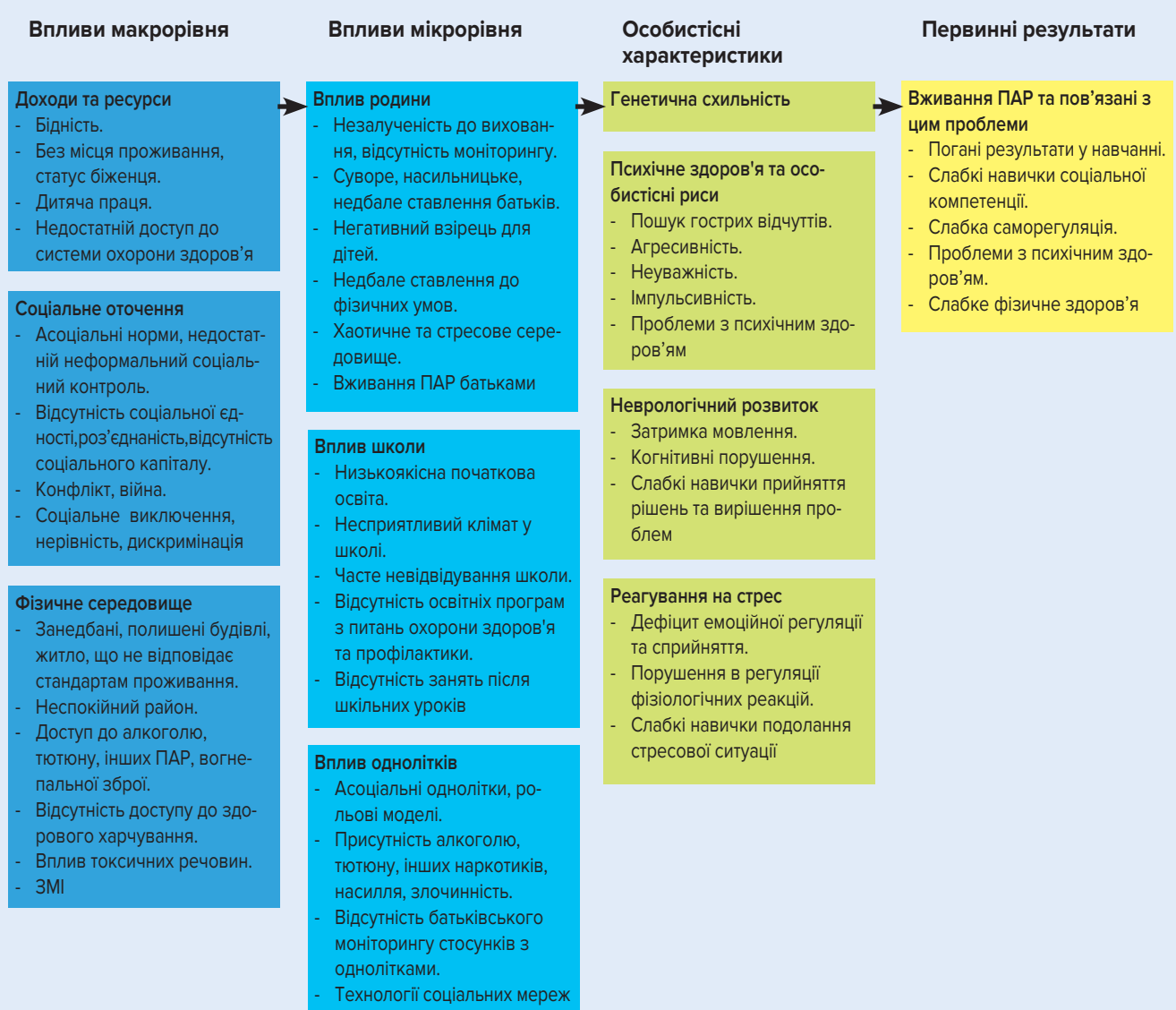
У цій главі ми говорили про вразливість молодих людей, які знаходяться під сильним негативним впливом. Такі негативні впливи є факторами ризику, а саме індивідуальними (психологічними), соціальними або такими, що пов'язані з навколишнім середовищем, характеристиками, які підвищують ймовірність негативних результатів. Фактори ризику включно із вживанням ПАР можуть мати різну природу та вплив у різних вікових групах. Вони можуть мати кумулятивний ефект, але на них також впливають середовища мікро- та макrorівня, особистісні характеристики, середовища родини, школи, робочого місця та громади.

Ефективні профілактичні інтервенції спрямовані на фактори ризику до початку ризикованої поведінки. Таблиця 5 містить приклади факторів ризику, що виникають у кожному з цих середовищ, і на які були скеровані профілактичні інтервенції.

Фактори захисту або ті, що знижують вразливість осіб, — це характеристики, які компенсують або стають буфером для впливу нинішніх факторів ризику. Інакше кажучи, фактори захисту знижують вразливість молоді. Приклади таких факторів на кожному з рівнів наступні:

- для осіб — збалансований темперамент та саморегуляція;
- для родин — близькі стосунки, зв'язок з дорослими, що піклуються про них;
- для шкіл — просоціальні навички, розвиток (наприклад, прийняття рішень та вирішення проблем, залучення до навчання);
- для громад — якість освіти та інші фактори, які стосуються шкільної освіти, а також позитивні поведінкові норми громади.

Мал. 5. Фактори ризику, на які можуть бути спрямовані профілактичні інтервенції



Джерело: За матеріалами UNODC, 2013

Доказово обґрунтовані інтервенції, впроваджені на одній із стадій розвитку особистості, можуть впливати на пізніші стадії розвитку таким чином, що такий вплив може мати довготривалий ефект. Цей каскадний ефект допомагає отримувати позитивні результати і серед дорослих. Інакше кажучи, позитивний результат може переходити і в інші сфери життя, набирати силу та надавати додатковий захист від майбутніх факторів ризику. Наприклад, ефект від однієї з доказово обґрунтованих інтервенцій, наведеної в стандартах UNODC «Гра в хорошу поведінку» (GBG) показав, що інтервенція призвела не лише до зменшення вживання ПАР, а й до пов'язаного з цим зменшення проблем із психічним здоров'ям.

Доказово обґрунтовані інтервенції, спрямовані на профілактику вживання ПАР серед молоді, призводять не лише до зниження вірогідності вживання ПАР пізніше в житті, а й мають позитивні результати, які не були цілями цієї інтервенції. Дослідження щодо впровадженій в США «Програми посилення родини: для батьків та молоді 10–14 років», наприклад, також вказало на результати, які не були цілями інтервенції включно зі зменшенням злочинності, депресіями, тривожностями, ризикованою сексуальною поведінкою та покращенням навчальних досягнень. Такі «перехресні» результати (покращення досягнень у навчанні та зменшення проблем поведінки) посилюють громадське здоров'я в цілому та мають економічну користь для громади.

Підсумовуючи викладене, можна зробити висновки, що епідеміологічні та етіологічні дослідження допомагають фахівцям у сфері профілактики розглянути та прийняти наступні рішення:

- куди спрямовувати профілактичні інтервенції, які можуть бути необхідними на конкретній географічній території;
- на які ПАР будуть спрямовані інтервенції — є громади, де алкоголь та тютюн можуть бути більшими проблемами, ніж канабіс;
- на кого будуть спрямовані інтервенції і які групи зазнають найбільшого ризику — наприклад, діти осіб, які вживають ПАР;
- коли впроваджувати інтервенції в конкретній групі — якщо вік початку вживання 14 років, інтервенції повинні починатись раніше, наприклад, коли таким особам 12 років;
- за допомогою чого проводитимуться інтервенції — якими є цілі та повідомлення, наприклад, спрямовані на ставлення до вживання, загальноприйнятні переконання щодо поширеності вживання та сприйняття ризиків, пов'язаних із вживанням (див. Главу 3).

Потреба в комплексній міждисциплінарній підтримці протягом усіх етапів розвитку особистості

Фахівцям у сфері профілактики важливо розуміти, що вживання ПАР може розпочатись як поведінка із відносно невисоким ризиком; водночас тривале залучення до такої діяльності може призвести до підвищення кількості та частоти вживання, а також і до більшої ймовірності завдання шкоди від такого вживання.

Як вже було зазначено вище, іноді вживання ПАР домінує в житті особи, через що вона ігнорує іншу соціальну діяльність та обов'язки; потім можуть з'явитися соціальні проблеми та проблеми зі здоров'ям. Аналіз факторів ризику та захисту в рамках етіологічної моделі (1) дозволяє нам краще зрозуміти, якими шляхами люди приходять до проблем, пов'язаних із вживанням ПАР (Мал. 6) та (2) допомагає розробляти та відповідним чином спрямовувати профілактичні інтервенції (а також інтервенції з лікування та зменшення шкоди).

Як показано на Малюнку 6, фактори оточуючого середовища (макро- і мікрорівня) і меншою мірою особистісні характеристики є важливими детермінантами того, чи почне особа вживати ПАР.. Це містить і фактори, які можуть відіграти роль одразу після епізоду вживання (наприклад, доступність або пропозиція вживати ПАР), ранню вразливість та ризик, а також фактори захисту, що впливають на здоровий розвиток та підвищують вірогідність повторного вживання.

Відповідно до досліджень щодо поширеності вживання ПАР можна зробити висновок, що більшість людей, які спробували вживати такі речовини, не продовжують їх вживання, їх доступ до речовин обмежується невеликою кількістю нечастих епізодів. Низка додаткових факторів відрізняє цих людей від тих, хто продовжує вживання включно з психофармакологічною реакцією на вживання ПАР

(наприклад, суб'єктивний досвід вживання ПАР), те, чи речовина приносить задоволення, чи вона виконує певну функцію для особи (наприклад, допомагає соціалізуватися, самолікувати психологічну або фізіологічну проблему, яку особа має чи вважає, що має). Люди, які продовжують вживання, не обов'язково відчують шкоду, і більшість з них припиняють вживання навіть після довгих періодів вживання. Однак деякі особи, які продовжують вживати ПАР, дійсно мають проблеми зі здоров'ям, емоційним та психологічним благополуччям та соціальним функціонуванням (зокрема із системою кримінальної юстиції). Селективна та індикативна профілактика, а також інтервенції зі зменшення шкоди та лікування є особливо важливими для профілактики переходу до більш шкідливих моделей вживання та зменшення шкоди від цього.

- Шляхи та переходи між різними видами поведінки, пов'язаної із вживанням ПАР, іноді називають «природною історією» вживання ПАР та пов'язаних з цим розладів. Фактори захисту, ризику та потенційна шкода є різною на різних етапах цього шляху.

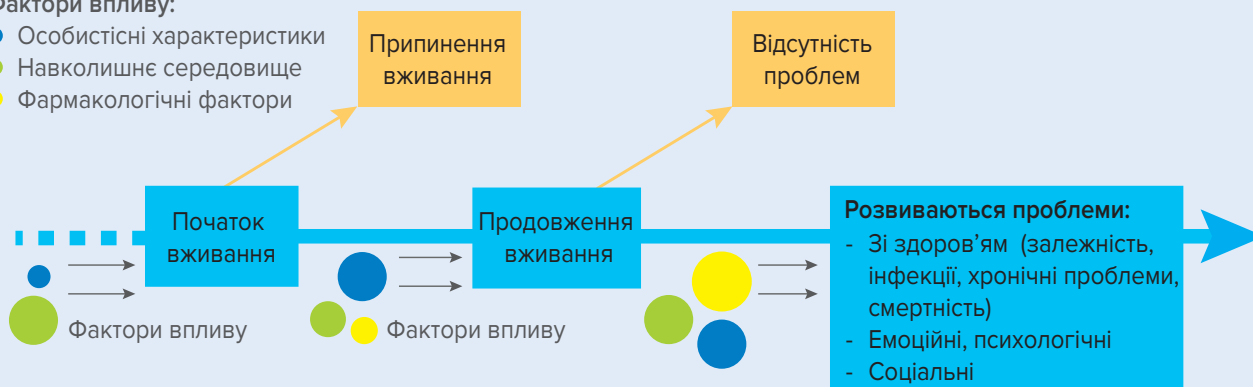
Фактори, які вплинули на початок вживання, відрізнятимуться від тих, які визначають тривале вживання, і шкода буде так само різною. Важливо також пам'ятати, що група людей, які наразі не вживають ПАР, не є єдиною групою; у її складі можуть бути ті, хто експериментував зі вживанням таких ПАР, або ті, хто мав пов'язані з таким вживанням проблеми в минулому.

Отже, існує потреба в широкій низці всеохоплюючих соціальних, емоційних, фізичних та професійних послуг для того, щоб відреагувати на потреби осіб, які вживають ПАР, незалежно від етапу, на якому вони знаходяться (Мал.7).

Мал. 6. Шляхи вживання ПАР

Фактори впливу:

- Особистісні характеристики
- Навколишнє середовище
- Фармакологічні фактори



Мал. 7. Різні реагування на проблему вживання ПАР



Джерело: Адаптовано Mrazek and Haggerty, 1994

Загалом спектр профілактичних програм націлений на три групи.

- Універсальні інтервенції та політики спрямовані на всіх членів цільової групи незалежно від ризику вживання ПАР та історії такого вживання. Ця категорія інтервенцій охоплює більшу частину шкільних програм та політик щодо школи та навколишнього середовища, про які буде більше сказано нижче.
- Селективні інтервенції спрямовані на вразливі групи, де часто зосереджене вживання ПАР; вони, зокрема, скеровані на покращення їх можливостей у складних житлових та соціальних умовах. Ця категорія також містить шкільні, родинні інтервенції та політики, які прагнуть сприяти тому, щоб діти відвідували школу.
- Індикативні інтервенції спрямовані на певних осіб та мають на меті допомогти їм справитись із власними особливостями та факторами ризику, які роблять їх більш вразливими до все частішого вживання ПАР.

Тоді як універсальні інтервенції зазвичай (але не в абсолютно всіх випадках) скеровані на цільові групи до початку вживання ПАР, індикативні та селективні інтервенції можуть впроваджуватись на всіх етапах.

Короткі інтервенції (або «ранні інтервенції») пов'язані з індикативними інтервенціями й нешироко використовуються в європейській профілактичній практиці, хоча й більш поширені щодо вживання алкоголю. Вони мають на меті попередити або затримати вживання ПАР, а також попередити перехід до проблем, пов'язаних з цим.

Ці інтервенції обмежені в часі і, як зазначено на Малюнку 7, використовуються на етапі переходу між профілактикою та лікуванням. Вони, зазвичай, спрямовані на молодь або на осіб, що знаходяться в групі ризику (EMCDDA, 2017).

ГЛАВА 2

ОСНОВИ НАУКИ ПРО ПРОФІЛАКТИКУ ТА ДОКАЗОВО ОБҐРУНТОВАНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ

ЗМІСТ

1. Визначення та принципи.
2. Теоретичне підґрунтя профілактики.
3. Структура, зміст та донесення.

Ця глава пояснює поняття «доказово обґрунтованих практик» та «кращих практик», оскільки вони привносять значні відмінності в підходах до профілактичної роботи. Ця частина також містить огляд теорій, виокремлюючи популярні теорії та «колесо зміни поведінки», що є одним із способів класифікації типів профілактичних інтервенцій та функцій політики. У цій главі також розкриватиметься поняття адаптації інтервенцій та важливість дотримання послідовності у впровадженні інтервенцій.

Визначення та принципи

Профілактика вживання ПАР має на меті не допустити початок вживання ПАР та допомогти тим, хто вже почав їх вживати, уникнути розвитку проблем. Однак профілактика вживання ПАР має й ширші наміри: підтримати здоров'я й безпеку людей та допомогти їм реалізувати їхні таланти та потенціал. Розробка та впровадження ефективних доказово обґрунтованих програм з реагування на проблеми вживання ПАР знаходиться в центрі уваги європейських політик у цій сфері та містить низку заходів.

Отже, що означає «доказово обґрунтована профілактика»? Наведемо визначення Інституту доказово обґрунтованих практик Вашингтонського університету (2012): «доказово обґрунтована практика» — це використання систематичних процесів прийняття рішень або надання послуг, які на основі наукових доказів показали, що завдяки ним можливо послідовно та тривалий час покращувати результати клієнтів. Замість традицій, інтуїції або одноразового спостереження в якості підґрунтя для прийняття рішень доказово обґрунтовані практики спираються на дані, зібрані експериментальними дослідженнями, враховують індивідуальні характеристики клієнтів та клінічний досвід.

У цьому визначенні є два ключових аспекти: за допомогою наукових дослідів відбувається систематичне прийняття рішень, які пов'язані з кращими або позитивними результатами; спираються на дані, зібрані шляхом належних експериментальних досліджень. Хоча це й складне питання, але важливо зрозуміти, чому експерти, що досить виправдано, часто не погоджуються щодо того, які профілактичні програми та практики можна назвати «доказово обґрунтованими», а які «перспективними» та «кращими» практиками.

Визначення «кращої практики» відповідно до сайту EMCDDA — «найкраще використання наявних доказів для поточної діяльності у сфері протидії наркотикам». EMCDDA також зазначає наступне:

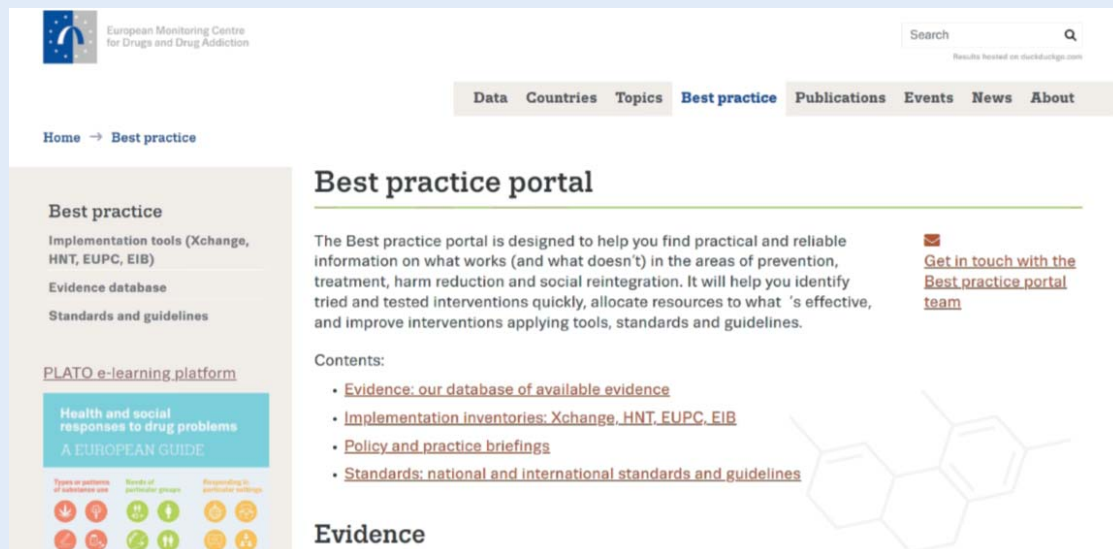
- докази ефективності повинні відповідати проблемам осіб та їх родин, на які впливає вживання ПАР, включно з фахівцями у сфері профілактики, розробниками політики тощо;
- усі методи для визначення «кращих практик» повинні бути прозорими, надійними та такими, що можуть бути передані;
- повинні бути розглянуті усі належні докази;
- у процесі прийняття рішень повинні розглядатися як докази ефективності, так і можливість впровадження..

Дослідники та практики у сфері профілактики зібрали велику кількість інформації, яка стала підґрунтям для розробки та впровадження ефективних профілактичних інтервенцій та політик щодо різних видів поведінки включно із вживанням ПАР. EMCDDA зібрав більшу частину інформації щодо інтервенцій на своєму веб-сайті (Мал. 8), де ви можете знайти матеріали щодо кращих практик для різних середовищ, різних ПАР та видів лікування (<http://emcdda.europa.eu/best-practice>).

Європейська спільнота з досліджень у сфері профілактики визначає науку про профілактику так: «багатодисциплінарне вивчення етіології, епідеміології, розробки інтервенцій, ефективності та впровадження з метою попередження низки соціальних проблем та проблем у сфері охорони здоров'я»⁸. Ці питання містять (але не обмежуються): проблеми, пов'язані із вживанням ПАР, статеве здоров'я та підліткову вагітність, ВІЛ/СНІД, насилля, нещасні випадки, суїцид, психічні хвороби, злочинність, ожиріння, нездорове харчування, відсутність фізичного навантаження та хронічні хвороби. Їх спільна характеристика — це важливість поведінки як детермінанти проблем зі здоров'ям та нерівності за станом здоров'я.

Пов'язані з поведінкою фактори ризику є важливою причиною неінфекційних хвороб. Наука про профілактику містить систематичне вивчення інтервенцій з метою зменшення дезадаптивної поведінки та впровадження адаптивної поведінки серед населення. Це вимагає наявності напрацьованого досвіду щодо низки теоретичних та методологічних підходів з метою проведення дослідження в межах

Мал. 8. Портал кращих практик EMCDDA



Джерело: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en

соціальної системи родини, охорони здоров'я та освіти, робочого місця, спільноти, соціального благополуччя, планування навколишнього середовища, міського проектування та фінансової політики.

Американська спільнота з досліджень у сфері профілактики розробила керівні принципи для цієї сфери. Ці принципи лягли в основу Європейської програми з профілактики та для успішної профілактичної діяльності підкреслюють важливість таких факторів.

- Фокус на розвиток: як фахівці у сфері профілактики ми повинні розуміти, що фактори, які впливають на поведінку, є різними протягом життя відповідно до віку. Це також означає, що існують пов'язані з розвитком та віком завдання, якими потрібно керуватись у процесі розвитку дитини (див. Додаток 2). Порушення у виконанні цих завдань може призвести до розладів або ризикованої поведінки на певних етапах розвитку. Все це необхідно враховувати у нашому огляді потенційних профілактичних інтервенцій, які ми плануємо використовувати у громадах.
- Епідеміологія в контексті розвитку цільової групи населення відіграє критичну роль у профілактиці. Ми визнаємо, що перехід до наступного вікового етапу означає і зміну у рівні ризику: наприклад, дитина проводить більшість часу вдома, потім — більшість часу в школі, поступово стає незалежною та залишає батьківський будинок. Ми також повинні визнавати те, що є різні фактори, пов'язані зі вживанням ПАР, серед груп населення в одній країні і серед населення різних країн. Тобто фактори або процеси, які стають причиною початку вживання ПАР і продовження цього вживання, різняться між особами, групами та населеннями.
- Фактори взаємодії, фактори оточуючого середовища — це різноманітні впливи середовища на наші переконання, цінності, ставлення та поведінку. Також це стосується взаємодії між особистісними характеристиками, родиною, школою, спільнотою та ширшим соціально-політичним та фізичним середовищем.
- Розуміння людської мотивації та процесів змін допомагає розробляти ефективні інтервенції, мета яких змінити осіб та середовища для профілактики або лікування вживання ПАР. Багато факторів відіграє роль у впливові на поведінку та прийнятті рішень щодо вживання ПАР або залучення до іншої ризикованої поведінки.
- Трансдисциплінарна природа науки про профілактику означає, що нам необхідно залучати мультидисциплінарні групи з широким діапазоном досвіду задля вирішення комплексу питань, які розглядаються наукою про профілактику.
- Професійні етичні стандарти, які засновані на цінностях. Цінностями є базові переконання, які особа вважає правдивими й сприймає їх як керівні принципи в житті або основу для прийняття рішень. Профілактика містить рішення щодо ставлення до інших у найбільш важливих для особи рамках — родині, школі та на робочому місці. Але вона також містить і суспільство, в якому політика та закони регулюють бажану та асоціальну/незаконну поведінку.

- Постійний зворотний зв'язок між теоретичними та емпіричними дослідженнями прагне пояснити механізми зміни поведінки, виявлені за допомогою епідеміологічного дослідження або оцінювання профілактичних інтервенцій.
- Покращення громадського здоров'я є метою, яку наука про профілактику може досягти за допомогою співпраці між науковцями у сфері профілактики та практиками, використовуючи їх колективні навички та досвід.
- Соціальна справедливість пов'язана з рухом за права людини, і охорона здоров'я є одним із таких прав. Соціальна справедливість є обов'язковою з точки зору етики та моралі для розуміння, чому деякі підгрупи населення несуть більший тягар хвороб, інвалідності та смерті. Для вирішення проблеми нерівності важливо розробляти і впроваджувати профілактичні програми, системи та зміни до політики.

Теоретичне підобґрунтя профілактики

Декілька важливих теорій є інформаційним підґрунтям для доказово обґрунтованих профілактичних інтервенцій та досліджень. Коли науковці та практики у сфері профілактики говорять про теорію, то мають на увазі низку взаємопов'язаних понять для опису, пояснення та передбачення того, яким чином різні аспекти людської поведінки пов'язані один з одним. У більшості випадків ці теорії спираються на емпіричні або наукові докази, їх продовжують вдосконалювати за допомогою досліджень.

Важливим кроком у розробці доказово обґрунтованої інтервенції є обрання теоретичних рамок для інтервенції. Такі рамки:

- дають розуміння детермінант навколишнього середовища та/або поведінки, пов'язаних з конкретною проблемою зі здоров'ям;
- пояснюють потенційні механізми отримання бажаного результату;
- допомагають обрати стратегію інтервенції або підхід, який дозволить досягнути таких результатів (Bertholomew and Mullen, 2011).

У сфері профілактики використовуються теорії етіології (причини вживання ПАР), розвитку людини та людської поведінки. Теорії людської поведінки, які використовуються в профілактичних інтервенціях, містять те, як люди навчаються та як вони можуть змінювати свою поведінку, зокрема поведінку, яка несе ризик для здоров'я та суспільства — наприклад, вживання ПАР.

Наука про профілактику спирається на теорії, розроблені в інших сферах, як-от: поведінкова економіка, нейропсихологія та поведінкова наука. Таблиця 2 містить деякі з тих, що суттєво впливають на профілактику, а також деякі з теорій, які є унікальними для науки про профілактику.

Важливо знати ці теорії для розуміння того, що розробка ефективних інтервенцій засновується на теорії з емпіричним підґрунтям. Одна з популярних теорій у профілактиці — теорія запланованої поведінки (ТЗП, Мал. 9). Приклад цієї теорії подається нижче для ілюстрації того, як вона може слугувати в розробці інтервенції. Фактори, які розглядаються у ТЗП, містять такі положення:

- ставлення до поведінки — переконання щодо зв'язку позитивних та негативних наслідків та певною поведінкою і значенням, яке надається цим наслідкам, наприклад: «Що станеться, якщо я палитиму? Якими є наслідки для здоров'я? Чи вони реальні? Чи вплинуть вони на моє життя та на життя тих, хто мене оточує?»;
- сприйняття наслідків поведінки та її нормативної природи іншими впливовими особами, наприклад: «Якщо я почну палити, що скажуть мої батьки? Що скажуть мої друзі?»;
- переконання щодо навичок, які можуть завадити або сприяти поведінці та усвідомлення своєї спроможності її контролювати, наприклад: «Чи є в мене навички утриматись від вживання алкоголю на вечірці мого друга?».

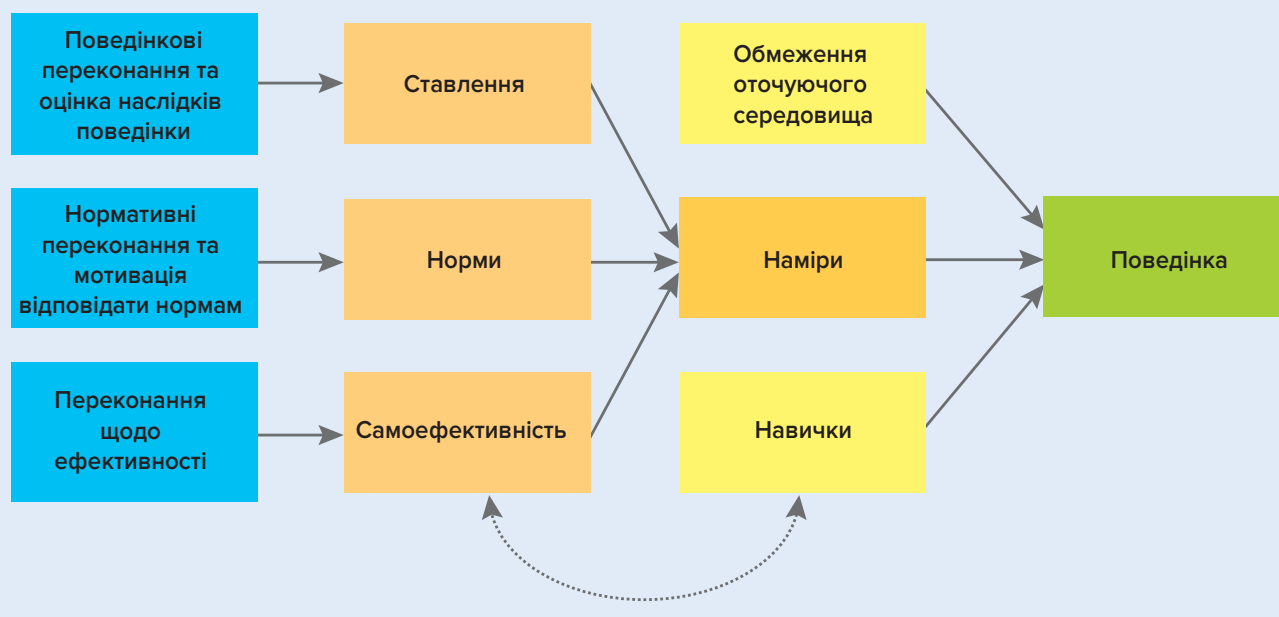
Взаємодія між цими компонентами надає інформацію щодо намірів особи вдатись до певної поведінки, наприклад, вживання ПАР і, звичайно, щодо того, чи має особа навички та ресурси, які сприяють такій поведінці. Наступний крок використання теоретичного підобґрунтя — сформулювати цілі інтервенції.

Таблиця 2.

Огляд деяких з важливих теорій у профілактиці

Теорія	Зміст
Загальні теорії	
Теорія соціального навчання (Bandura, 1977)	Люди навчаються поведінці шляхом спостереження за іншими, імітації та моделювання цієї поведінки
Теорія проблемної поведінки (Jessor and Jessor, 1977)	Різні види ризикованої поведінки мають одне й те саме або спільне коріння чи основу, і на них впливає взаємодія особи з навколишнім середовищем
Теорія екологічних систем (Bronfenbrenner, 1979)	Системи або контексти поза особою та як вони впливають на індивідуальну поведінку
Теорія запланованої поведінки (Ajzen, 1991)	Є зв'язок між ставленням та поведінкою, три групи ставлень/сприйняття керують поведінкою: - переконання щодо результатів або наслідків поведінки; - переконання щодо нормативних очікувань інших (або соціальної прийнятності); - переконання щодо перешкод та посилювачів результатів поведінки
Теорії у сфері профілактики	
Теорія тріадичного впливу (Fly and Petraitis (2003)	Три види впливів сприяють ризикованій поведінці: - культурні фактори (наприклад, переконання, що вживання алкоголю підлітками сприймається толерантно); - соціальні або міжособистісні фактори (наприклад, батьки, які вживають ПАР); - особистісні фактори (наприклад, слабкий самоконтроль)
Фактори ризику та захисту (Hawkins and colleagues, 1992)	Ризики вживання ПАР поділяються на соціальні та культурні фактори, які забезпечують юридичні та нормативні очікування щодо поведінки, та міжособистісні та особистісні фактори (родини, шкільні класи, однокласники)
Позитивний розвиток молоді (Catalano and colleagues, 1999)	Важливо посилювати та заохочувати позитивний розвиток
Теорія стійкості (Werner and Smith, 1982)	Деякі особи мають особливі спроможності з адаптації до стресових ситуацій та подій
Сприятливе середовище (Biglan and Hinds, 2009)	Ця теорія комбінує багато аспектів інших теорій та зосереджується на зниженні ризику й заохочуванні до стійкості та інших позитивних якостей

Мал. 9. Теорія запланованої поведінки

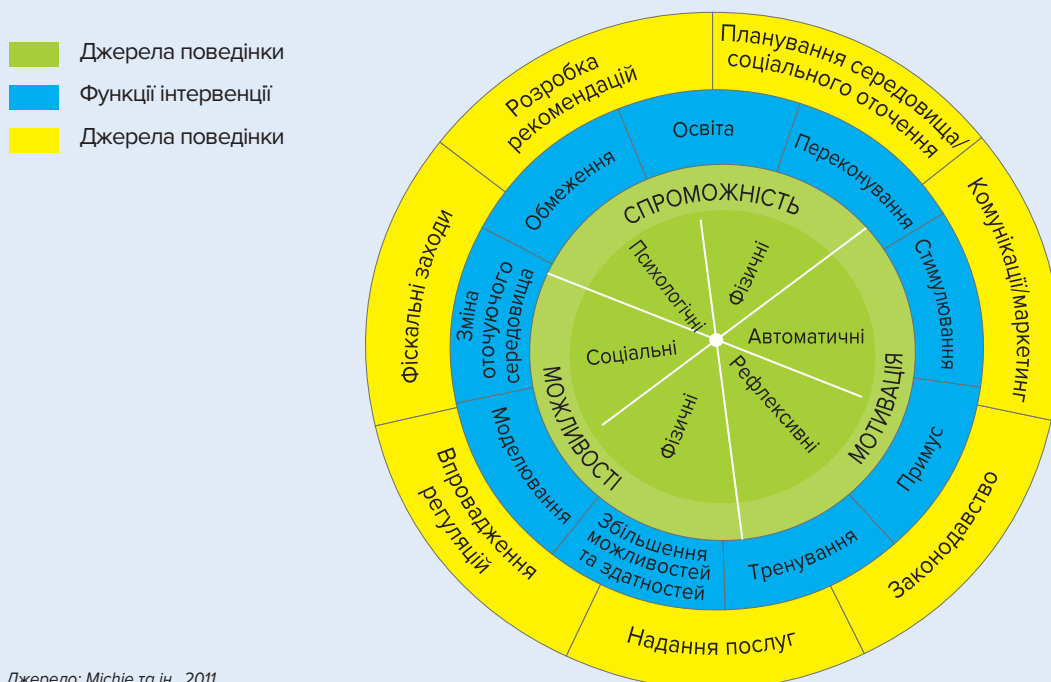


Складність створення інтервенцій на основі теорій полягає в перетворенні теорії на практику. Яким чином перейти від визначених цілей до якісних інтервенцій та політик? Корисним інструментом у цьому випадку є «Колесо зміни поведінки», розроблене Susan Michie спільно з її колегами (2011), в основі якого лежить всеохоплююча модель СММ-П (від англ. COM-B, спроможність, можливість, мотивація та поведінка).

Модель СММ-П відображає можливі джерела поведінки, як показано у внутрішньому колі «Колеса зміни поведінки» (Малюнок 10). Загальні категорії підходів, які можуть використовуватись для досягнення змін у поведінці, показані у зовнішніх колах колеса. Зовнішні кола показують методи інтервенцій та політик для зміни поведінки та види інтервенцій, які використовуються для впливу на поведінку. Хоча «Колесо зміни поведінки» не дозволяє вам визначати, які саме інтервенції впроваджувати, цей інструмент є корисним для звуження вибору та вдалого обрання підходу.

«Мотивація» вважається чимось автоматичним та рефлексивним. Тоді як «спроможність» означає бути психологічно та фізично здатним. «Можливість» означає наявність шансів у соціальному або фізичному контексті для проявів певної поведінки. Синє коло узагальнює відповідні підходи до інтервенцій, які спрямовані на поведінкові детермінанти. Жовте коло містить політичні механізми, які підтримують впровадження інтервенцій.

Мал. 10. Колесо зміни поведінки



Джерело: Michie та ін., 2011

Приклад Програми X

Спробуймо використати цей приклад для шкільної профілактичної інтервенції, щоб зрозуміти, яким чином теорія може стати підґрунтям для неї. У нас є гіпотетична Програма X: доказово обґрунтована шкільна програма з профілактики.

Якою має бути така інтервенція?

Перша профілактична ціль з моделі ТЗП — ставлення до поведінки та її наслідків, усвідомлення наслідків вживання ПАР для цільової групи підлітків та нормативні переконання (сприйняття нормативної природи вживання ПАР серед однолітків).

Ці ставлення та сприйняття допоможуть цільовій групі ухвалити рішення щодо вживання ПАР. Загалом цільова група ухвалить рішення не вживати ПАР. Коли вони ухвалить таке рішення, участь в інтервенції допоможе цільовій групі розвинути необхідні навички. Вони включають комунікативні навички та навички відмови одноліткам, а також можуть включати інші життєві навички, пов'язані з досягненням просоціальних та позитивних цілей та завдань.

Інтервенція допоможе учням досягнути цілей завдяки заохоченню їх до збору інформації, використання навичок прийняття рішення та інших навичок для інтерпретації цієї інформації та використання її в контексті свого життя. Це можна робити шляхом дискусій та вправ у малих групах.

Інтервенція повинна робити більше, ніж посилювати відчуття самоефективності, відмовляючись вживати ПАР. Якісна інтервенція досягатиме цього завдяки навчанню поведінковим стратегіям шляхом моделювання, розвитку навичок, керованої практики зі зворотнім зв'язком та закріпленню набутих навичок.

Структура, зміст та донесення

Існує три важливих аспекти профілактичних інтервенцій: структура, зміст та донесення. Всі три аспекти керуються теорією.

Структурний компонент відображає те, як організована або викладена інтервенція чи політика, наприклад: кількість та тривалість уроків у рамках інтервенції (Чи програма Х буде складатися з 10, 15 або 20 уроків? Якою буде тривалість цих уроків — 30, 45 хвилин? Чи будуть вони проведені на одному тижні або впродовж кількох тижнів?).

Категорія «зміст» містить завдання інтервенції та стосується того, яка інформація, навички та стратегії використовуються для досягнення бажаних результатів. Наприклад, чи інтервенція міститиме навички відмови одноліткам та розвиток соціальних норм, навчання з комунікації у родині тощо.

Категорія «донесення» означає, яким чином інтервенція або політика впроваджується і як вона буде сприйнята цільовою аудиторією. Приклади такого аспекту: використання інтерактивних навчальних стратегій для підлітків та дорослих, пропонування інтервенцій з батьківських навичок у зручний для родин час, моніторинг за впровадженням інтервенції або політики для посилення відповідності до ключових елементів інтервенції.

Цільова аудиторія

Спираючись на згадану вище етіологічну модель, ми можемо визначити декілька ключових сфер, в яких інтервенція може бути ефективною у попередженні формування переконань, ставлень та поведінки, які можуть призводити до вживання ПАР та з цим пов'язаної ризикованої поведінки. Ці аспекти інтервенції спрямовані не лише на конкретних осіб, але й на їхні середовища мікро- та макrorівня. У рамках цієї навчальної програми ми говоритимемо про профілактичні інтервенції, які впроваджуються щодо батьків, вчителів, дітей та підлітків, родини, школи, громади.

Під час вибору спрямованості інтервенції/політики є важливими наступні характеристики:

- вік стосується компетенцій на різних етапах розвитку, наявності ризику та рівня серйозності наслідків вживання ПАР. Вік є також засобом спрямування інтервенцій і повинен враховуватись при плануванні донесення. У шкільній профілактиці різні види активностей засвідчили більшу ефективність для певних вікових груп; спільноти/культури можуть також вважати різну поведінку прийнятною для різних вікових груп. Наприклад, на додаток до законів, що обмежують право купувати алкогольні напої за віком, вживання алкоголю під наглядом дорослих на важливих родинних святах може бути прийнятним для старших підлітків, але не для дітей;
- гендер може відігравати роль у наявності ризику для особи і може бути важливим у зв'язку з обставинами/контекстом, у яких проводиться інтервенція. До того ж суспільства/культури можуть мати різні очікування щодо жінок або чоловіків, і це теж потрібно враховувати. Однак важливо, щоб профілактичні інтервенції не укріплювали некорисні гендерні стереотипи, які дозволяють певні види поведінки чоловікам, але забороняють їх жінкам;
- географічне розташування є важливим не лише з точки зору того, які ПАР є доступними на ринку, а й також щодо того, які існують служби підтримки та ресурси, і чи знаходяться вони в межах легкого доступу;
- межі інтервенції — наскільки широко інтервенція або політика спрямована охопити різні групи населення;
- врешті, інтервенція або політика може зосереджуватись на населенні із різним рівнем вразливості та ризику.

Для визначення цільового населення та його конкретних потреб нам необхідно провести їх оцінку, про що йтиметься у Главі 3.

ГЛАВА 3

ДОКАЗОВО ОБҐРУНТОВАНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ ТА ПОЛІТИКИ

ЗМІСТ

1. Міжнародні стандарти у сфері профілактики вживання наркотиків.
2. Європейські стандарти якості у сфері профілактики вживання наркотиків (EDPQS).
3. Адаповані доказово обґрунтовані програми.

Ця глава містить більш глибокий огляд двох важливих документів, на яких обґрунтується ця програма. Перший — це Міжнародні стандарти у сфері профілактики вживання наркотиків (UNODC, 2013)⁹, який узагальнює наукове підґрунтя доказово обґрунтованих профілактичних інтервенцій та політик для профілактики вживання ПАР та зменшення такого вживання.

Стандарти були розроблені UNODC та ВООЗ у співпраці з науковцями, спеціалістами, розробниками політики у сфері профілактики з різних країн світу. До того ж ми надаємо інформацію щодо реєстрів доказово обґрунтованих програм, які можна використовувати, щоб знайти та обрати відповідні доказово обґрунтовані інтервенції для вашої ситуації згідно з рекомендаціями UNODC.

Друге джерело — Європейські стандарти якості у сфері профілактики вживання наркотиків (далі — EDPQS), опубліковані EMCDDA. Вони містять європейські підходи для проведення високоякісної профілактики вживання ПАР. На відміну від Міжнародних стандартів, які зосереджені на змісті, структурі та найбільш відповідній стратегії інтервенції, Європейські стандарти зосереджені на тому, як планувати, обирати та впроваджувати профілактичні інтервенції, забезпечуючи якість (EMCDDA, 2013a).

Міжнародні стандарти у сфері профілактики наркотиків

Міжнародні стандарти були розроблені для того, щоб об'єднати результати досліджень у сфері профілактики та визначити ключові характеристики доказово обґрунтованих інтервенцій та політик, які довели, що вони зменшують вживання ПАР.

Мета Міжнародних стандартів — допомогти особам, які ухвалюють рішення, підтримати інтервенції або політики, що довели свою ефективність завдяки якісним дослідженням. До того ж стандарти надають можливість особам, які ухвалюють рішення та впливають на громадську думку, дослідникам у цій сфері та іншим планувати ефективні програми з профілактики у суспільстві.

Група UNODC з перегляду систематично переглядала статті та дослідження вживання ПАР, обираючи найбільш актуальні для профілактичних інтервенцій у цій сфері. Після цього ці статті та дослідження категоризували за методом, який використовувався для оцінки результатів профілактичної інтервенції. Оцінка «якості доказів» була розроблена та використана для класифікації доказів як «високі» (5 зірок), «дуже добрі» (4 зірки), «добрі» (3 зірки), «задовільні» (2 зірки) та «обмежені» (1 зірка).

Після проведення аналізу статті та дослідження були категоризовані відповідно до трьох вимірів, які описують переглянуті інтервенції та політики у сфері профілактики вживання ПАР:

- вікові етапи розвитку — вік немовляти, раннє дитинство, середній дитячий вік, підлітковий вік, старший підлітковий вік, дорослий вік;
- обставини, за яких впроваджується інтервенція або політика — родина, школа, робоче місце або громада;
- цільова популяція — загальна, селективна чи індикативна.

Короткий опис результатів представлений нижче відповідно до вікових етапів розвитку. Використовуючи модель розвитку людини, Стандарти визнають, що особи на різних етапах розвитку (вік немовляти, раннє дитинство, середній дитячий вік, підлітковий вік, старший підлітковий вік, дорослий вік) мають різні потреби та реагують на різні види стратегій навчання. До того ж документ визнає, що інтервенції та політики можна впроваджувати у різних середовищах, наприклад, у родині, школі, на робочому місці, у громаді, вони можуть бути спрямовані на тих, хто впливає на життя осіб (батьки, вчителі, керівники на роботі) або безпосередньо на самих осіб. Стандарти також визнають, що статус ризику для різних популяцій (універсальний, селективний, індикативний підхід) є важливим для належного впровадження інтервенцій.

Вік немовляти та раннє дитинство охоплює дітей до 6 років.

Як можна побачити з Таблиці 3, відповідно до результатів вивчення, три види інтервенцій мають певний ефект у цій віковій групі, хоча якість доказів є різною.

Інтервенції, направлені на вагітних жінок, мали обмежені докази ефективності. Дослідження, які показали добрі результати, стосувались інтервенцій, що впроваджувались підготовленими працівниками у сфері охорони здоров'я. Зміст ефективних інтервенцій містив:

- фармакологічну та/або психосоціальну терапію, адаптовану до потреб пацієнта;
- лікування будь-яких виявлених супутніх фізичних та/або психічних розладів;
- розвиток батьківських навичок для посилення теплих стосунків;
- послуги, які надаються в рамках інтегрованого лікування.

Інтервенції, що містили візит працівника охорони здоров'я до матусь, які нещодавно народили та які мають проблеми, пов'язані зі вживанням ПАР, були оцінені як такі, що мають задовільні докази ефективності:

- коли проводились візити працівниками сфери охорони здоров'я, які навчені надавати такі послуги відповідно до рекомендованої структури: регулярні візити до дитини впродовж часу до досягнення нею 2-річного віку, на початку надаючи послуги підтримки кожні 2 тижні, а потім щомісяця;
- коли такі інтервенції навчали базових батьківських навичок;
- коли вони надавали підтримку матерям щодо фізичного та психічного здоров'я, житла, харчування та працевлаштування.

Такі інтервенції можна інтегрувати в інші наявні програми для матусь або навіть оздоровчі програми для немовлят.

Освітні селективні інтервенції в ранньому дитячому віці, спрямовані на дітей 2–5 років, які живуть у малозабезпечених родинах, мають добрі показники ефективності. Такі інтервенції не лише мають вплив на вживання канабісу в підлітковому віці, але також попереджають іншу ризиковану поведінку та підтримують навчальний процес, соціальну інклюзію та психічне здоров'я. Є декілька аспектів таких інтервенцій.

- Вчителям та консультантам потрібно проходити навчання до того, як вони зможуть впроваджувати інтервенції.
- Такі інтервенції роблять наголос на когнітивних, соціальних та мовленнєвих навичках дітей та готують їх до навчання в школі, їх ролей як учнів та до навчальних викликів.
- Вони складаються зі щоденних сесій протягом тривалого періоду.

Середній дитячий вік охоплює дітей 6–10 років.

Для цієї вікової групи інтервенції, зазначені у Таблиці 4, мають задовільні або дуже високі показники ефективності. Ці інтервенції мали універсальну спрямованість, одна з них була скерована селективно або на групи ризику, хоча підходи до недопущення пропусків дітьми шкіл переважно фокусувалися на дітях з груп ризику.

Таблиця 3.

Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції у віці немовляти та ранньому дитинстві

Інтервенція	Рівень ризику, на який спрямована інтервенція	Показники дієвості
Інтервенція, скерована на вагітних жінок з розладами внаслідок вживання ПАР	Селективний Групи ризику	* Обмежені
Відвідування до народження дитини та у віці немовляти	Селективний Групи ризику	** Задовільні
Освіта в ранньому дитинстві	Селективний Групи ризику	**** Дуже високі
Багатокомпонентна в громаді		

Таблиця 4

Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції у середньому дитячому віці

Інтервенція	Рівень ризику, на який спрямована інтервенція	Показники дієвості
Програми навчання батьківським навичкам	Універсальний або селективний Загальна популяція або групи ризику	**** Дуже високі
Навчання особистісним та соціальним навичкам	Універсальний Загальна популяція	*** Високі
Програми покращення середовища у класі	Універсальний Загальна популяція	*** Високі
Політики покращення відвудування навчальних закладів дітьми	Селективний Групи ризику	** Задовільні
Багатокомпонентні в громаді		

Інтервенції з розвитку навичок виховання забезпечують підтримку батькам, вдосконалюють їхній батьківський підхід та навички. Відповідно до досліджень, вони є ефективними для всього дитячого населення, а також для дітей групи ризику. Виявлено вагомі докази важливості інтервенцій, які розвивають батьківські навички для цього етапу розвитку. Зміст інтервенцій, які були пов'язані з позитивними результатами, зосереджувався на посиленні зв'язку в родині, наданні батькам або тим, хто доглядає за дитиною, навичок для:

- виховання в теплій атмосфері;
- встановлення правил прийнятної поведінки;
- моніторингу вільного часу та дружніх взаємин;
- заохочення до позитивної та відповідної віку дисципліни;
- залучення до освіти та виховання дитини;
- надання рольових моделей.

Інтервенції з розвитку навичок батьківства з позитивними результатами містили велику кількість інтерактивних сесій із залученням як батьків, так і дітей. Знову ж таки, усі викладачі пройшли спеціалізовану підготовку.

Ті інтервенції з розвитку навичок батьківства, які не мали впливу або мали негативні результати, — це ті, що зосереджувались лише на дитині, або в яких основна форма впровадження була шляхом лекцій. Було також виявлено, що інтервенції з розвитку виховних навичок, які лише надавали батькам або відповідальним за догляд інформацію про наркотики, або які підривали авторитет батьків, призводили до відсутності позитивних результатів або до негативних результатів.

Інтервенції з розвитку особистісних та соціальних навичок переважно впроваджуються в школах. Докази їх ефективності хороші. Такі інтервенції надають можливості дітям розвинути навички, які допоможуть їм подолати різні ситуації, які виникають у щоденному житті. Вони підтримують розвиток загальних соціальних компетенцій, спрямовані на нормативні переконання, ставлення до ПАР та поведінки, яка з цим пов'язана.

Загалом це інтервенції, які:

- впроваджуються підготовленими вчителями, які використовують інтерактивні методи для донесення змісту;
- мають за основну ціль розвиток навичок, зокрема, навичок подолання стресу, особистісних та соціальних навичок;
- переважно проводяться в початкових класах і активно залучають учнів;

- складаються з низки зустрічей;
- посилюють компетенцію вчителів з управління класом та підтримують соціалізацію дітей, щоб вони могли успішно виконувати свої ролі учнів.

Також є важливими стратегії, які покращують досвід учнів у школі та посилюють позитивне ставлення до школи. Такі інтервенції покращують навчальний процес та соціально-емоційний розвиток. Профілактика в рамках школи буде детальніше обговорюватись далі в цій Програмі.

Підлітковий вік охоплює дітей у віці 11–18 років. Це період багатьох викликів у зв'язку з тим, що мозок продовжує розвиватися в контексті гормональних та інших нормальних біологічних процесів. Однак багато функцій мозку продовжують розвиватись після підліткового віку, що доводить важливість інтервенцій після 18 років.

Є багато досліджень з оцінки інтервенцій, спрямованих на підлітковий вік (Таблиця 5). Інтервенції з розвитку батьківських навичок обговорювались вище, і вони актуальні для цього віку так само, як і навчальні програми з розвитку особистісних та соціальних навичок, позитивні шкільні політики, націлені на загальну популяцію. Для груп більш високого ризику інтервенції, які забезпечують індивідуальну увагу, наприклад, скеровані на психологічну вразливість та менторство, мають адекватні докази ефективності.

Інтервенції з розвитку навичок виховання для цієї групи зосереджуються на ефективних програмах з розвитку таких навичок для підлітків та містять:

- інтервенції, які укріплюють зв'язок у родині та навички батьківства, зокрема у встановленні правил під час моніторингу вільного часу та стосунків з друзями, продовженні залучення батьків до освіти дітей;
- інтервенції, що представляють матеріал, ситуації та питання, які є актуальними для старших дітей включно з великою кількістю групових сесій, які проводять інтерактивно.

Такі інтервенції потребують підготовлених інструкторів та повинні організовуватись для забезпечення повноцінної участі всіх залучених.

Інтервенції з розвитку особистісних та соціальних навичок є також дуже актуальними для цієї групи.

- Вони посилюють компетенції відмови від вживання ПАР та протидії впливу однолітків щодо їх вживання та подолання складних життєвих ситуацій у здоровий спосіб.
- Додаткові компоненти інтервенцій стосуються сприйняття ризиків або шкоди, пов'язаних із вживанням ПАР; увага приділяється наслідкам, які є особливо актуальним для підліткового віку.
- Ці інтервенції спрямовані на неправильні уявлення підлітками природи вживання ПАР; багато з них переоцінюють кількість однолітків, які палять, вживають алкоголь або інші ПАР.
- Такі інтервенції надають точну інформацію в допомозі підліткам зважити наслідки вживання ПАР та порівняти зі своїм сприйняттям очікувань від вживання таких речовин.

Активне залучення у превентивну діяльність вимагає підготовлених вчителів або практиків, які б виконували функцію більше фасилітаторів та коучів, аніж лекторів.

Таблиця 5.

Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції в підлітковому віці

Інтервенція	Рівень ризику, на який скерована інтервенція	Показники дієвості
Профілактична освіта на основі особистісних та соціальних навичок та соціального впливу	Універсальний та селективний Загальна популяція та групи ризику	*** Високі
Шкільна політика та культура	Універсальний Загальна популяція	** Задовільні
Направленість на індивідуальні психологічні вразливості	Індивідуальний Особа під ризиком	** Задовільні

Шкільні політики також відкривають можливості для доказово обґрунтованих профілактичних інтервенцій у шкільному середовищі, особливо ті, що стосуються вживання ПАР та дій у випадку порушення таких політик. Якісно розроблені політики можуть також створити позитивніше середовище, де учні почуватимуться безпечніше, зручніше та будуть успішнішими. Відповідно до аналізу такі інтервенції були ефективними, є докази, що вони мали позитивний вплив на зниження вживання ПАР серед учнів та персоналу шкіл.

У цей період прийнятні індивідуальні психологічні консультації та короткі інтервенції для дітей з психологічною уразливістю, як-от: пошук гострих відчуттів, імпульсивність, тривожність, чутливість або безнадійність, які відповідно до досліджень пов'язані із вживанням ПАР та є не вирішеними. Діти в цій групі можуть мати проблеми в школі, з батьками або однолітками. Загалом стосовно тих, хто має такі проблеми:

- скринінг проводиться фахівцями із використанням перевірених інструментів;
- інтервенції надають навички позитивного подолання своїх емоційних та психологічних уразливостей;
- інтервенції проводяться підготовленими спеціалістами та складаються з 2–5 коротких сесій.

Менторські програми, зокрема для молоді із загрозою залучення до ризикованої поведінки, не дали вагомих доказів ефективності. Однак наукові джерела вказують на те, що підготовлені ментори, які працюють в рамках структурованої програми, можуть досягати позитивних результатів. Загалом такі програми знаходять для молоді, яка зобов'язується підтримувати її на регулярній основі протягом тривалого періоду.

Старший підлітковий вік та дорослий вік охоплює молодь у віці 18 років і старше. Політики щодо тютюну та алкоголю мають відмінну наукову підтримку щодо ефективності (Таблиця 6). У зв'язку з тим, що вживання алкоголю та тютюну є більш поширеним явищем, ніж вживання нелегальних ПАР, то й тягар для населення є більшим, відтак відтермінування початку вживання таких речовин серед молоді може мати значний соціальний вплив.

- Доказово обґрунтовані політики у сфері тютюну та алкоголю — це ті, які зменшують доступ неповнолітніх та підлітків до тютюнових та алкогольних продуктів.
- Успішними є політики, які підвищують мінімальний вік для продажу таких товарів та підвищують ціни на них через оподаткування.
- Заборона реклами тютюну та обмеження реклами алкоголю, спрямованої на молодь, також мають позитивний вплив на зменшення вживання.

Активне та послідовне впровадження таких політик, залучення представників роздрібної торгівлі шляхом навчальних програми є одним з ефективних підходів протидії вживанню алкоголю та тютюну.

Рівні ефективності інших інтервенцій, про які йтиметься нижче у цьому посібнику, представлені в Таблиці 7.

Таблиця 6.

Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції в старшому підлітковому та дорослому віці

Інтервенція	Рівень ризику, на який спрямована інтервенція	Показники дієвості
Профілактична освіта на основі особистісних, соціальних навичок та соціального впливу		
Шкільна політика та культура		
Направленість на індивідуальні психологічні вразливості		
Менторство		
Політики щодо вживання алкоголю та тютюну	Універсальний Загальна популяція	***** Високі

Таблиця 7.

Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції в різних середовищах

Інтервенція	Рівень ризику, на який спрямована інтервенція	Показники дієвості
Багатокомпонентні в громадах	Універсальний та селективний Загальна популяція та групи ризику	*** Високі
Кампанії в ЗМІ	Універсальний Загальна популяція	* Обмежені
Профілактика на робочому місці	Універсальний, селективний та індикативний Усі компоненти	*** Високі
Розважальні заходи	Універсальний Загальна популяція	* Обмежені
Короткі інтервенції	Індикативний Особа під ризиком	**** Дуже високі

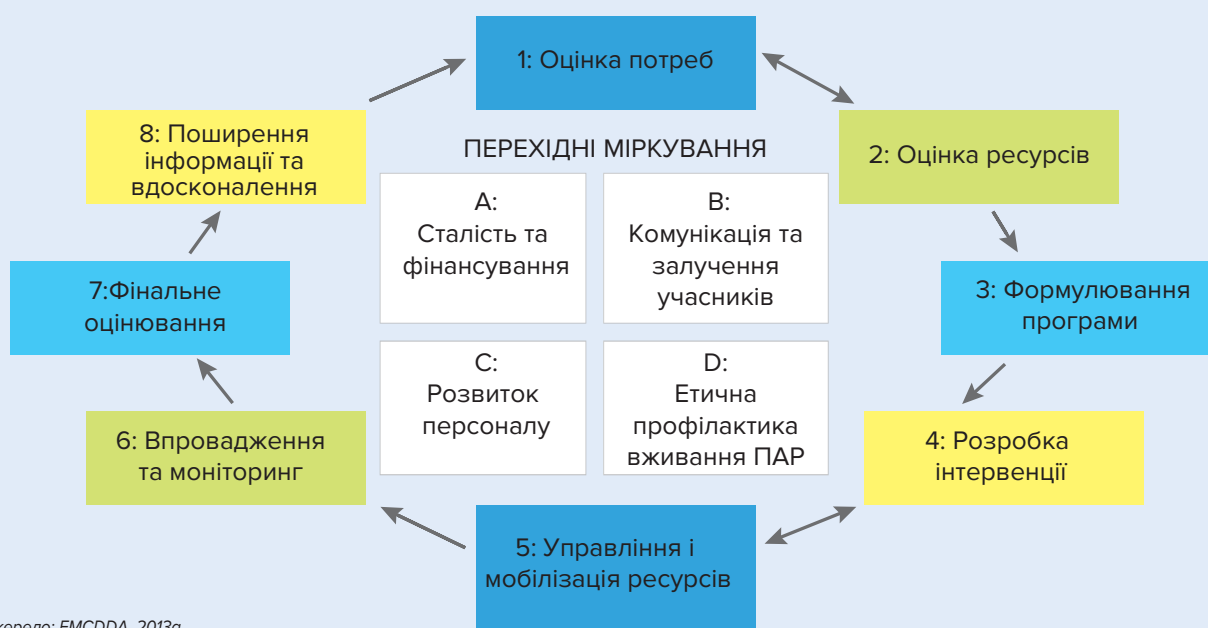
Європейські стандарти якості у сфері профілактики вживання наркотиків (EDPQS)

EDPQS розроблені з метою покращити процес розробки та впровадження профілактичних інтервенцій та політик, звузити використання неефективних підходів та забезпечити реалізацію профілактичної діяльності компетентними організаціями та фахівцями відповідно до контексту й цільової групи. Мета цих стандартів — стимулювати зміни в професійній культурі профілактики в напрямку більш систематичного та доказово обґрунтованого підходу профілактичної роботи.

EDPQS описують проектний цикл, який складається з восьми етапів (див. Малюнок 11). Хоча проектний цикл означає визначений порядок дій, на практиці деякі зі стадій можуть бути завершені в іншому порядку, і не всі стадії є актуальними для всіх видів профілактичної діяльності. До того ж EDPQS містять певні наскрізні положення, які повинні враховуватись на кожній стадії проекту. Наступний опис проекту обґрунтується на короткому посібнику з Європейських стандартів (EMCDDA, 2013a).

Такі наскрізні положення — це теми, що повторюються та стосуються всього проектного циклу, а не лише одного з етапів. Таких тем чотири, і вони описані нижче: сталість та фінансування, комунікація та залучення сторін, розвиток персоналу та етична профілактика вживання ПАР.

Мал. 11. Проектний цикл з профілактики вживання ПАР



Джерело: EMCDDA, 2013a

А: Сталість та фінансування

Інтервенції повинні бути частиною ширших рамок діяльності з профілактики вживання ПАР. По можливості повинна забезпечуватись довготермінова життєдіяльність профілактичної роботи. В ідеалі, де можливо, інтервенції повинні продовжуватись поза межами свого плану впровадження та/або після того, як припинено зовнішнє фінансування. Однак сталість залежить не лише від наявності регулярного фінансування, але й від відданості персоналу та інших залучених учасників організації та/або сфери профілактики вживання ПАР. Тоді, як деякі індикативні інтервенції можуть бути обмеженими в часі, інші можуть бути частиною довготермінової стратегії, де довготривалість є важливою.

В: Комунікація та залучення учасників

Залученими сторонами є особи, групи та організації, які зацікавлені в діяльності та результатах інтервенцій та/або прямо чи опосередковано відчувають вплив інтервенції, наприклад, цільове населення, громада, спонсори та інші організації, що працюють у сфері профілактики вживання ПАР. Вони мають бути залучені в планування та розробку інтервенцій або політик, з ними необхідно координувати зусилля, ділитись досвідом, спільно планувати та розподіляти бюджет.

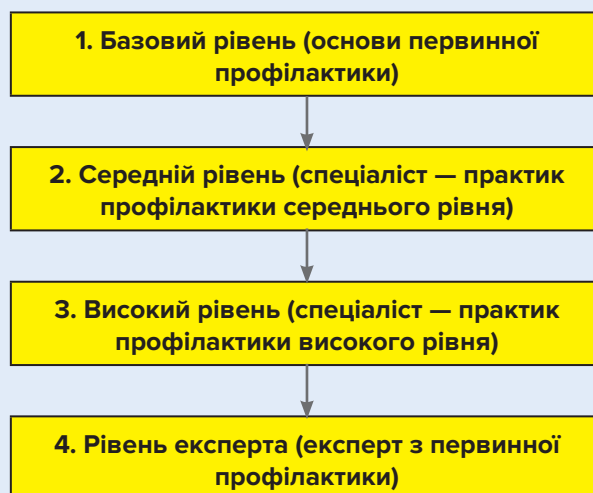
С: Розвиток персоналу

Цей компонент складається з трьох опорних складових: навчання персоналу, безперервний розвиток персоналу та професійна й емоційна підтримка. Потреби в навчанні персоналу потрібно оцінити ще до впровадження; персонал повинен бути підготовлений, щоб інтервенції та/або політики впроваджувалися відповідно до високих стандартів. Постійний розвиток персоналу є засобом заохочення й утримання співробітників та забезпечення того, щоб їх знання та навички не були застарілими. Під час впровадження інтервенцій та/або політик важливо давати можливість персоналу проаналізувати та вдосконалити свою діяльність.

Якість персоналу впливає на якість інтервенції та тісно пов'язана з освітою й навчанням співробітників. На жаль, у багатьох країнах немає єдиної системи навчання працівників з профілактики. Charvat and colleagues (2012) запропонували систему кваліфікації для практиків у сфері профілактики, які працюють у шкільній системі (Малюнок 12), намагаючись стандартизувати різні рівні навчання та освіти, що зі свого боку відображає знання та навички, необхідні персоналу.

Наприклад, від учителя в школі, який впроваджує просту навчальну програму або урок щодо обізнаності про ПАР, вимагатиметься досягти лише базового рівня компетентності, тоді як спеціаліст, відповідальний за скринінг учнів та впровадження індикативних профілактичних програм, повинен мати компетентність високого рівня. Європейська навчальна програма з профілактики та проєкт UPC-Adapt є також спробою вдосконалити та стандартизувати навчання в цій сфері у Європі.

Мал. 12. Рівні освіти та навчання



Джерело: Адаптовано Charvat and colleagues, 2012

D. Етична профілактика вживання ПАР

Діяльність з профілактики вживання ПАР впливає на життя людей і, зазвичай, спрямована на молодих людей; у випадку селективної та індикативної профілактики ці молоді люди можуть бути одні з найуразливіших у суспільстві. Фахівці не повинні вважати, що профілактика вживання ПАР, за визначенням, є етичною або корисною для учасників. Хоча не завжди можливо дотримуватись усіх принципів етичної профілактики вживання ПАР, етичний підхід повинен бути очевидним на кожному етапі проєкту. Відповідно необхідно розробляти протоколи для захисту прав учасників, оцінювати та нейтралізувати потенційні ризики.

Далі розглянемо кожен з етапів проєкту.

Етап 1. Оцінка потреб

До того, як інтервенцію можна буде планувати детальніше, важливо вивчити природу та масштаби потреб, пов'язаних із вживанням ПАР, а також можливі причини та фактори, що впливають на ці потреби. Така оцінка дає можливість переконатись у потребі інтервенції і тому, що вона буде спрямована на відповідні потреби та цільове населення. Виділяють чотири види потреб: потреби в полпроєктуітіці, (загальні) потреби громади, потреби, визначені прогалинами в здійсненні профілактики, та (специфічні) потреби цільового населення.

- 1.1. Знання політики та законодавства у сфері вживання ПАР: політика та законодавство у сфері вживання ПАР має знаходитись в основі всієї діяльності з профілактики вживання ПАР. Команда повинна бути обізнаною щодо політики та законодавства з цього питання на місцевому, регіональному, національному та/або міжнародному рівні та працювати відповідно до них. У тих випадках, коли інтервенції направлені на потреби, які нині не є пріоритетами політики, однаково потрібно відповідати ширшим завданням профілактики вживання ПАР, визначених національною або міжнародною стратегією. Також повинні враховуватися інші керівні документи, наприклад ті, які зобов'язують стандарти та рекомендації.
- 1.2. Оцінка потреб у зв'язку із вживанням ПАР та потреб громад: другий компонент цього етапу проєкту визначає вимоги щодо оцінки вживання ПАР серед загальної популяції та специфічних підгруп. Недостатньо покладатись на припущення або ідеологію, інтервенції та політики повинні засновуватися на емпіричній оцінці потреб людей. Інші актуальні питання, наприклад, малозабезпеченість та нерівність, також повинні оцінюватись для врахування співвідношення вживання ПАР та інших потреб.
- 1.3. Опис потреби — пояснення потреби в інтервенції: результати оцінки потреб громади фіксуються та розглядаються в контексті для виправдання потреби в інтервенції. Таке пояснення повинно враховувати погляди громади, щоб забезпечити актуальність інтервенції для них. Увага до «потреб», а не проблем, може допомогти залучити учасників, які в іншому випадку почувалися б стигматизованими. Аналізують також і нинішні профілактичні інтервенції та політики для розуміння того, яким чином інтервенція доповнить нинішню структуру.
- 1.4. Розуміння цільового населення: оцінка потреб проводиться через збір детальних даних щодо потенціального цільового населення, наприклад, інформації щодо факторів ризику та захисту, культури та побуту цільової групи. Належне розуміння цільового населення та його реалій є передумовою ефективної, економічно доцільної та етичної профілактики вживання ПАР. У разі необхідності в додаток до цільової групи (молоді люди з відповідної групи ризику) варто також враховувати й проміжну цільову групу, на яку скерована інтервенція, навіть якщо вона не входить в групу ризику вживання ПАР (батьки, вчителі).

Етап 2. Оцінка ресурсів

Інтервенція визначається не лише потребами цільового населення, але й наявними ресурсами. Тоді, як оцінка потреб (див. Етап 1 «Оцінка потреб») визначає те, чого інтервенція або політика прагнуть досягти, оцінка ресурсів надає важливу інформацію щодо того, чи ці цілі можуть бути досягнуті та яким чином.

- 2.1. Оцінка ресурсів цільового населення та громади: профілактичні інтервенції та політики можуть бути успішними лише в тому випадку, якщо цільове населення, громада та інші учасники готові залучатись до профілактики (тобто чи вони можуть та хочуть брати участь та підтримувати

впровадження). Вони також можуть володіти ресурсами, які можуть бути використані в інтервенції (наприклад, мережа, навички). Стандарти в цьому компоненті містять вимогу оцінювати та враховувати потенціальні джерела опозиції та підтримки інтервенції так само, як і наявні ресурси відповідних зацікавлених сторін.

- 2.2. Оцінка внутрішніх спроможностей: важливим є аналіз внутрішніх ресурсів та можливостей, адже інтервенцію можливо буде впровадити, якщо є відповідний персонал, фінансові та інші ресурси. Цей етап проводиться до формулювання інтервенції або політики для розуміння того, які можливо впровадити інтервенції або політики. Мета цієї оцінки — надати інформацію для планування, тому це не обов'язково повинна бути «офіційна» оцінка, виконана зовнішньою організацією : вона може складатись з неформальної дискусії між учасниками з метою визначення організаційних сильних та слабких сторін ресурсного забезпечення інтервенції.

Етап 3. Формулювання програми

Формулювання інтервенції або політики означає визначення змісту та структури, створення основи для цільового, детального, послідовного та реалістичного планування. На основі оцінки потреб цільової популяції необхідно чітко визначити ключові елементи інтервенції або політики.

- 3.1. Визначення цільової популяції: належне визначення цільової популяції гарантує те, що інтервенція буде направлена на правильну групу. Цільова популяція може складатись з окремих осіб, груп, домогосподарств, організацій, спільнот, середовищ та/або інших одиниць, якщо їх можна чітко визначити. Визначення повинно бути конкретним та відповідати масштабу інтервенцій або політик. Наприклад, важливо розрахувати, чи можливо буде охопити цільову популяцію за допомогою обраного для інтервенції підходу.
- 3.2. Використання теоретичної моделі: як було зазначено вище, використання теоретичної моделі, відповідної контексту інтервенції, підвищує вірогідність того, що інтервенція успішно досягне своїх цілей. Це допомагає визначити відповідних медіаторів поведінки, пов'язаної із вживанням ПАР (наприклад, наміри та переконання, які впливають на вживання), визначити цілі та завдання, які можливо виконати. Усі інтервенції повинні ґрунтуватися на раціональних теоретичних моделях, особливо, якщо це нові інтервенції.
- 3.3. Визначення цілей та завдань: без чітко визначених цілей та завдань існує серйозний ризик провести інтервенцію заради неї самої замість того, щоб цільова популяція отримала від неї користь. EDPQS використовують трирівневу структуру пов'язаних між собою мети, цілі та завдань. «Мета» описує довготермінову спрямованість інтервенції, загальну ідею, напрям. Її можливо або ж неможливо досягти в рамках конкретної інтервенції, але вона вказує на стратегічний напрям діяльності. «Цілі» є чітким формулюванням результатів інтервенції для учасників (у контексті зміни поведінки) по завершенню інтервенції. «Завдання» описують негайні або проміжні зміни поведінки учасників, які є необхідними для досягнення кінцевої мети. І нарешті, оперативні завдання визначають діяльність, необхідну для досягнення завдань та цілей.
- 3.4. Визначення середовища: середовище інтервенції — це соціальне та/або фізичне середовище, в якому здійснюється інтервенція, наприклад, родина, школа, робоче місце, нічні клуби або громада. Оцінка потреб може показати, чи є актуальним одне або більше середовищ; однак необхідно враховувати практичні питання (легкість доступу, необхідна співпраця тощо) під час прийняття рішення щодо вибору середовища. Чітке визначення такого середовища є важливим для того, щоб усі учасники розуміли, де і яким чином впроваджується інтервенція.
- 3.5. Посилання на ефективність доказів: під час планування роботи з профілактики вживання ПАР важливо знати та користуватись наявними знаннями щодо того, «що працює». Необхідно враховувати нинішні наукові докази ефективної профілактики, особливо актуальні результати для інтервенції, впровадження якої планується. Як зазначено вище, джерелом доказово обґрунтованих інтервенцій або політик є Міжнародні стандарти UNODC та портал найкращих практик EMCDDA¹⁰. Наявні наукові докази повинні бути інтегровані в професійний досвід практиків для того, щоб розробити інтервенцію, що відповідає контексту. Якщо немає наявних доказів наукової ефективності, варто аналізувати досвід фахівців та учасників. Однак необхідно враховувати обмеженість таких знань (наприклад, відсутність можливості узагальнення) у порівнянні з якісними доказами, отриманими в результаті наукових досліджень.

- 3.6. Визначення часових рамок: реалістичні часові рамки є важливими для планування та впровадження інтервенції або політики для того, щоб персонал міг скеровувати та координувати свої зусилля. Ці рамки містять планування діяльності та реалістичні терміни виконання. Терміни можуть змінюватись під час впровадження інтервенції відповідно до її фактичного розвитку.

Етап 4. Розробка інтервенції

Ці стандарти допомагають у розробці нової інтервенції, а також у виборі та адаптації нинішньої, заохочують до врахування вимог оцінювання під час розробки інтервенції.

- 4.1. Дизайн для якості та ефективності: після визначення основи інтервенції необхідно визначитись із деталями. Планування доказово обґрунтованої діяльності, яка буде цікавою та значимою для учасників, є важливим аспектом досягнення цілей та завдань інтервенції. Пожливості інтервенція повинна розроблятися як логічне продовження діяльності, яка відображає розвиток учасників у процесі інтервенції. Аналіз низки джерел щодо раніше впроваджених інтервенцій або політик може допомогти уникнути планування заходів, які виявились неефективними або мали ятрогенну дію. Джерелами інформації щодо доказово обґрунтованих інтервенцій та політик є Міжнародні стандарти UNODC та портал найкращих практик EMCDDA.
- 4.2. Під час вибору наявної інтервенції: до розробки нової інтервенції необхідно врахувати те, що, можливо, відповідна інтервенція вже існує на практиці або в адаптованій формі. Визначте, чи наявна програма є актуальною для конкретних обставин інтервенції та (у випадку програм, які вимагають фінансування) чи вона може бути профінансована.
- 4.3. Адаптування інтервенції до цільової популяції: незалежно від того, чи розробляється нова інтервенція, чи адаптується наявна, інтервенція повинна бути адаптована до цільової популяції відповідно до результатів оцінки потреб. Важлива компетенція персоналу в такому разі — чутливість до інших культур, тобто бажання та спроможність персоналу розуміти важливість (різних) культур, цінувати культурне розмаїття, реагувати ефективно на визначені культурою потреби та враховувати питання культури в усіх аспектах профілактичної роботи.
- 4.4. Планування фінального оцінювання: моніторинг, процес завершення, оцінювання результатів повинні також плануватись саме на цьому етапі. Оцінювання результатів — це спосіб оцінки того, чи були досягнені цілі та завдання тоді, як оцінювання процесу є способом проаналізувати, яким чином вони були досягнені або чому їх не вдалося виконати. Група з оцінювання повинна прийняти рішення щодо відповідного типу рецензій для інтервенції або політики, визначити індикатори оцінювання відповідно до цілей та завдань. Підготовка до цього процесу забезпечує наявність даних для моніторингу та фінального оцінювання на тому етапі, коли вони будуть потрібні.

Етап 5. Управління і Мобілізація ресурсів

Профілактична інтервенція або політика складається не лише з самої інтервенції, але й також містить якісне управління проєктом та детальне планування. У процесі розробки інтервенції повинні враховуватись управлінські, організаційні та практичні аспекти. Для початку впровадження необхідно активувати наявні ресурси, а також, у випадку необхідності, мати доступ до нових ресурсів.

- 5.1. Планування програми — створення плану проєкту: спеціальна процедура, яка забезпечує те, що планування та впровадження проводяться системно. Письмовий план проєкту фіксує всі необхідні для успішного впровадження інтервенції завдання та процедури. Такий документ сприяє впровадженню, створюючи рамки, в межах яких працює персонал. На подальших етапах проєкту можна використовувати план для оцінки, чи впроваджуються заплановані інтервенція або політика та чи необхідна певна корекція заходів.
- 5.2. Планування фінансових витрат: повинні бути визначені фінансові вимоги (кошти) та можливості (бюджет) інтервенції для того, щоб порівняти необхідні та наявні ресурси в контексті. Якщо необхідно більше ресурсів, ніж наявно, фінансовий план пояснює, яке необхідне додаткове фінансування або яким чином можна змінити план проєкту.
- 5.3. Створення команди: команда складається з людей, які працюють в рамках інтервенції (управління, впровадження, оцінювання). Персонал (включно з волонтерами) необхідно відбирати відповідно до юридичних вимог та потреб інтервенції. Ролі та відповідальність важливо розподіляти так, щоб забезпечити виконання завдання відповідними для цього фахівцями (ті, хто має

кваліфікацію та/або досвід). Цей компонент необхідно розглядати у поєднанні з потребою в безперервному розвитку персоналу.

- 5.4. Набір та утримання учасників: набір означає процес відбору відповідних представників цільової популяції, інформування про інтервенцію, запрошення до участі, набір учасників та забезпечення того, що вони почнуть участь у заходах (прийдуть на першу сесію). Учасників набирають з визначеної цільової популяції згідно методології та етичних принципів. Утримання учасників означає процес забезпечення того, що всі учасники залишаються в інтервенції до її завершення та/або досягнення її цілей. Це особливо важливо для інтервенцій, які залучають учасників на довгий період. Необхідно визначити, які є перешкоди для участі та позбутись їх.
- 5.5. Підготовка матеріалів програми: для впровадження спеціально підготовленої програми розглядаються матеріали інтервенції (якщо такі використовуються), інструменти для моніторингу та оцінки, технічне обладнання та фізичні умови (наприклад, заклади). Це дозволяє команді завершити фінансовий план та вжити заходів для отримання необхідних матеріалів.
- 5.6. Опис інтервенції або політики: письмовий опис із чітко сформульованим оглядом інтервенції або політики. Такий опис розробляють для того, щоб зацікавлені учасники (цільова популяція населення, спонсори, персонал) могли отримати інформацію до початку або під час впровадження інтервенції. Якщо такий опис використовується під час набору учасників, необхідно наголошувати на потенційних ризиках та користі для учасників. Опис інтервенції або політики відрізняється від плану проєкту (який є внутрішнім інструментом для впровадження інтервенції) та від фінального звіту (який підсумовує результати).

Етап 6. Впровадження та моніторинг

На цьому етапі на практиці впроваджується план, розроблений раніше в рамках проєктного циклу. Важливе питання на цій стадії — потреба підтримувати баланс між відповідністю (дотриманням плану) та гнучкістю (реагуванням на розвиток ситуації). Компоненти описують, яким чином цей баланс можна зберегти за допомогою аналізу якості та прогресу впровадження та внесення контрольованих змін для вдосконалення інтервенції.

- 6.1. При проведенні пілотної інтервенції: у деяких випадках, наприклад, якщо це нова інтервенція, або якщо інтервенція впроваджувалася локально, а тепер буде впроваджена на національному рівні, її необхідно протестувати у меншому масштабі. Це допомагає виявити потенційні ризики та слабкі сторони, які не було виявлено під час планування, і для вирішення яких може знадобитись значно більше ресурсів, коли почнеться впровадження у повному масштабі. Пілотна інтервенція (або пілотне дослідження) — це випробування інтервенції у малому масштабі до її повноцінного впровадження (наприклад, з меншою кількістю учасників та на 1–2 локаціях). У процесі такої інтервенції збираються дані (обмежені) щодо процесу та результату, вони використовуються для виконання оцінювання. Використовуючи результати пілотного проєкту, розробники інтервенції можуть внести деякі завершальні зміни, які не вимагають великих витрат, для її повноцінного впровадження.
- 6.2. Впровадження інтервенції: коли є наявні достатні докази, що запланована інтервенція з профілактики вживання ПАР буде ефективною, реальною для впровадження та етичною; відбувається впровадження інтервенції відповідно до плану проєкту. Однак це не означає, що необхідно суворо дотримуватись плану, якщо існує очевидна потреба в модифікації. Для полегшення подальшого оцінювання та для звітування про заходи інтервенція детально документується включно з неочікуваними подіями, відхиленнями та невдачами.
- 6.3. Моніторинг впровадження: у процесі впровадження інтервенції періодично збираються дані щодо результатів та процесу, наприклад, щодо актуальності інтервенції для учасників, відповідності плану проєкту та ефективності. Реальне впровадження та інші аспекти порівнюються з деталями плану. Моніторинг, тобто регулярні перегляди прогресу, також допомагає виявити необхідність вносити зміни до плану.
- 6.4. Адаптація впровадження: впровадження повинно бути гнучким, щоб була можливість реагувати на проблеми, які з'являються в процесі, на зміну пріоритетів тощо. У разі необхідності та можливості впровадження інтервенції повинно адаптуватись відповідно до результатів переглядів в рамках моніторингу. Однак зміни, що вносяться, мають бути виправдані, необхідно розглянути їх потенціальний негативний вплив на інтервенцію або політику. Якщо вносяться зміни, їх фіксують та оцінюють для розуміння, який вплив вони мали на учасників та результати.

Етап 7. Фінальне оцінювання

Після завершення інтервенції проводиться оцінювання результатів та/або процесу впровадження інтервенції або політики. Оцінювання результатів зосереджене на змінах поведінки учасників (наприклад, зменшення вживання ПАР) тоді, як оцінювання процесу зосереджене на вхідних та вихідних даних, тобто чи заходи впроваджені відповідно до плану (кількість сесій, кількість набраних й утриманих учасників тощо).

- 7.1. Під час проведення оцінювання результатів: один із кроків такого оцінювання — систематичний збір та аналіз вихідних даних для оцінки ефективності інтервенції. Звітування щодо результатів відбувається так, як визначено у фазі планування (тобто відповідно до визначених показників оцінювання). Залежно від масштабу інтервенції та типу дослідження виконується статистичний аналіз для визначення ефективності інтервенції в досягненні її цілей. У разі можливості надається документ з підсумком результатів такого оцінювання, що пояснює причини ефективності інтервенції.
- 7.2. Під час проведення оцінювання процесу: оцінювання процесу відображене в документі, де зазначено все, що сталося під час впровадження інтервенції. До того ж таке оцінювання аналізує якість та користь інтервенції, розглядаючи її масштаб та охоплення, прийняття інтервенції учасниками, відповідність інтервенції та використання ресурсів. Результати оцінювання процесу допомагають пояснити висновки оцінювання результатів та окреслити, яким чином у майбутньому можна вдосконалити інтервенцію та чому вона не відповідала очікуванням.

Результати обох видів оцінювання необхідно тлумачити разом для того, щоб зрозуміти, чому інтервенція була вдалою. Така інформація є важливою для завершального етапу проєкту (Етап 8).

Етап 8. Поширення інформації та вдосконалення

Основним питанням завершального етапу є майбутнє інтервенції або політики: чи варто її продовжувати і, якщо так, то яким чином? Поширення інформації про інтервенцію або політику може сприяти їх продовженню, а також інформує інших щодо досвіду впровадження політики або інтервенції.

- 8.1. Визначення того, чи інтервенція або політика будуть продовжені в майбутньому: в ідеалі високоякісна профілактична політика або інтервенція можуть бути продовжені поза запланованим впровадженням та/або після припинення зовнішнього фінансування. Користуючись емпіричним досвідом, отриманим за допомогою моніторингу та фінального оцінювання (залежно від наявних даних), можливо вирішити, чи варто продовжувати програму. Якщо ухвалюється рішення про продовження інтервенції, наступним кроком буде визначення та вживання відповідних заходів для такого продовження.
- 8.2. Розповсюдження інформації щодо програми: це може бути корисним для інтервенції з низки причин, наприклад, за допомогою отримання підтримки зацікавлених сторін для продовження інтервенції або вдосконалення інтервенції за допомогою зворотнього зв'язку. Така діяльність також надає додаткових даних для доказової бази профілактики вживання ПАР і таким чином робить внесок у політику щодо ПАР, практику та дослідження в цій сфері. Для того, щоб дати можливість іншим провайдерам повторити інтервенцію, її матеріали та інша інформація (щодо витрат, наприклад) також повинні бути доступними в найбільш детальному варіанті (залежно від вимог авторського права тощо).
- 8.3. Під час підготовки фінального звіту: звіт — приклад продукту, що розповсюджується з метою інформування щодо інтервенції. Він може готуватись як документування впровадження, як умова договору про фінансування або для інформування інших щодо інтервенції. Фінальний звіт підсумовує документацію попередніх етапів проєкту. Він описує масштаб та заходи інтервенції та в разі наявності таких даних — результати фінального оцінювання. У зв'язку з тим, що не завжди вимагається такий звіт, інші способи інформування можуть бути більш відповідними (наприклад, презентація), цей компонент є актуальним, лише якщо готується фінальний звіт.

Адаптовані доказово обґрунтовані програми

Як зазначалося вище, у профілактичній роботі EDPQS зосереджуються на питанні «яким чином?» (тобто, на конструктивному впровадженні), Міжнародні стандарти UNODC щодо профілактики вживання наркотиків зосереджуються на питанні «що?» (тобто зміст успішних інтервенцій або політик).

В Європі на доказово обґрунтовані програми іноді дивляться з підозрою, фахівці у сфері профілактики не завжди охоче їх сприймають, вважаючи, що вони дуже директивні та не враховують професійного досвіду. Вони також часто обирають підхід «знизу догори», від потреб цільової групи, замість підходу до інтервенції, який вони сприймають як «згори вниз».

Такі послуги або інтервенції, розроблені та поширені на місцевому рівні, засновуються на розумінні та залученні місцевої ситуації, ресурсів, учасників та на розумінні ментальності. Вони зазвичай простіші, ніж спеціально підготовлені інтервенції, адже вони більше покладаються на надання інформації, а не на розвиток навичок, регулювання, стимулювання та пряме обмеження поведінки.

Вони також вимагають дуже мотивованого та добре підготовленого персоналу, який розуміє, що профілактика не є лише інформуванням про ризики, небезпеку, наданням порад, використанням тактики залякування або організацією днів обізнаності щодо ПАР, лекцій поліцейських або осіб, які вживали такі ПАР у минулому. Коротше кажучи, вони вимагають від фахівців користуватись не лише когнітивними стратегіями для зміни поведінки. Робити такий вибір може бути надзвичайно складно, і саме тому необхідна Європейська навчальна програма з профілактики.

Є багато причин для впровадження доказово обґрунтованих інтервенцій або політик, але таким заходам можуть заважати ідеологічні або контекстуальні перешкоди (Таблиця 8).

Однак, як показав досвід «Небайдужих спільнот» (СТС), у деяких європейських країнах¹¹ дві концепції спеціально підготовлених доказово обґрунтованих інтервенцій та місцевого досвіду не є такими, що взаємовиключаються. Ця система дозволяє спільнотам спочатку об'єктивно проаналізувати свої специфічні потреби та профіль проблем, а потім обрати відповідні інтервенції.

У цій навчальній програмі ми обговорюємо обидва підходи: «знизу догори» та наявні доказово обґрунтовані програми, адже ми вважаємо, що ці два підходи не обов'язково повинні виключати один одного. Поєднання обох підходів може бути вигідним для всіх варіантом. EDPQS, які пропонують підхід «знизу догори», забезпечують високу якість впровадження таких програм, тоді як Міжнародні стандарти UNODC, які містять перелік доказово обґрунтованих інтервенцій, також допоможуть вам обрати високоякісну превентивну інтервенцію.

Таблиця 8

Перешкоди та переваги впровадження доказово обґрунтованих інтервенцій

Перешкоди для впровадження доказово обґрунтованих інтервенцій	Переваги впровадження доказово обґрунтованих інтервенцій
Здається, що вони часто суперечать загальноприйнятій точці зору	Надають цільовим групам та популяції найкращі наявні інтервенції, методики та політики
Вони кидають виклик культурним та релігійним переконанням щодо батьківства, структури родини, гендерних ролей тощо	Дозволяють надавати послуги ефективніше
Вимагають нових навичок та спеціальної підготовки	Пропонують раціональне підґрунтя для прийняття політичних рішень
Є викликом для впровадження в контексті послідовності під час адаптації до специфічних потреб цільової групи та популяції	Забезпечують спільну мову спілкування
Обмежена наявність ресурсів	Надають можливість розробляти спільну концепцію для оцінювання наукових досліджень
Вимагають моніторингу та оцінювання	Формують нову базу для освіти та навчання, надають можливість досягти безперервності та однорідності надання послуг, дають можливість краще зрозуміти причини прогалин, недоліків у наших сучасних наукових знаннях

Баланс між адаптацією та відповідністю

Під час розробки інтервенції необхідно враховувати потребу адаптувати риторику інтервенції до потреб та характеристик учасників. Така адаптація підвищує ймовірність того, що учасники вважатимуть інтервенцію актуальною для них, будуть залучатись та досягати бажаних результатів. Адаптація містить врахування культурних переконань, цінностей, мови, соціального контексту та візуальних образів, але не означає зміни в теоретичних основах інтервенції.

У зв'язку з тим, що більшість доказово обґрунтованих інтервенцій було розроблено в західних країнах, може виникнути необхідність в адаптації інтервенції або політики до національного, регіонального або локального контексту. Однак, особливо для доказово обґрунтованих інтервенцій, важливо пам'ятати, що ви повинні зберегти основні наміри, цілі інтервенції шляхом дотримання основних її принципів.

Це і є балансом між відповідністю впровадження профілактичної інтервенції, як визначено її розробниками, адаптацією та зміною змісту інтервенції для врахування потреб конкретного споживача або цільової групи.

Чому важливо уважно ставитись до балансу між відповідністю та адаптацією? Деякі причини є очевидними. Наприклад, якщо інтервенція підготовлена англійською мовою, а цільова група не володіє англійською, зміст інтервенції не зрозуміють. Інші причини, не такі очевидні: наприклад, якщо програма впроваджується та оцінюється серед населення західних країн, а цільова група не є білим населенням у західних країнах, у такому разі можуть виникнути протиріччя в переконаннях, цінностях та, можливо, нормах (Castro et al., 2004, Castro et al., 2010). Приклади деяких питань, які необхідно розглянути під час адаптації програм, наведено в Таблиці 9.

Таблиця 9.

Приклади факторів, які можуть мати негативний вплив на адаптацію профілактичних програм

	Характеристика програми	Нова цільова група	Наслідки
Мова	Англійська	Інша	Неможливість зрозуміти зміст програми
Етнічна спільнота	Білі	Інші	Протиріччя щодо переконань, цінностей та/або норм
Міське/сільське населення	Міське	Сільське	Перешкоди, що впливають на участь в заходах, та пов'язані з логістикою та середовищем
Кількість та ступінь факторів ризику	Небагато факторів/помірна серйозність	Декілька факторів, висока серйозність	Недостатній вплив на більшу кількість факторів та їх ступінь
Стабільність родини	Стабільні родинні системи	Нестабільні родинні системи	Обмежене сприйняття
Консультація зі спільнотою	Консультація зі спільнотою щодо розробки програми та/або її виконання	Консультацію не проведено	Неприйняття спільнотою, опір, низька кількість учасників
Готовність спільноти	Помірна	Низька	Відсутність інфраструктури та організацій, які займалися б проблемами вживання ПАР та впроваджували б програми

Джерело: Castro та ін., 2004

EMCDDA опублікував тематичне дослідження, в якому було проаналізовано, наскільки профілактичні програми Північної Америки можуть впроваджуватись в європейських країнах за наявних у них контекстів (EMCDDA, 2013b). Документ описує специфічні умови для «Гри в хорошу поведінку» (GBG), програми «Посилення родин» та «Небайдужих спільнот» (СТС). Деякі показники представлені в Інструментарії №4 EDPQS (Brotherhood et al., 2015) та описані в статті Van der Kreft and colleagues (2014).

- Змінюйте спроможності до того, як змінювати інтервенцію. Може бути простіше змінити програму, але безпечніше змінити місцеві спроможності для впровадження програми таким чином, щоб запровадити її в початковому вигляді.
- Проконсультуйтеся з розробниками інтервенції, щоб отримати їх поради стосовно адаптації інтервенції до конкретних обставин.
- Збережіть основні компоненти. Ймовірність ефективності інтервенції вища, якщо інтервенція збереже основні компоненти (компонент) оригінальної інтервенції. Основні компоненти — це риси інтервенції, які визначаються як такі, що впливають на механізм зміни поведінки, і тому забезпечують ефективність інтервенції. Основним компонентом Європейської програми з профілактики наркозалежності «Від'єднання» (далі — «Unplugged»)¹² було «реагування на тиск однолітків». Цей компонент не можна відкидати в процесі адаптації інтервенції.
- Дотримуйтеся принципів доказового обґрунтування. Ймовірність ефективності вища, якщо адаптація не порушує принципи доказово обґрунтованої профілактики.
- Скоріше додавайте, ніж віднімайте. Безпечніше додати компоненти до інтервенції, аніж вносити зміни та відкидати вже заплановані кроки.

Ваша роль як фахівця з профілактики — обговорити, яким чином адаптувати доказово обґрунтовану інтервенцію без втрати її ефективності (Таблиця 10). Обговорення з колегами в ході навчання або на робочому місці допоможе знайти найкращий спосіб адаптації інтервенції для вашого суспільства.

Таблиця 10.

Адаптація в порівнянні з адаптацією з дотриманням відповідності

Адаптація	Адаптація з відповідністю
Для того, щоб сприйматись цільовою аудиторією, доказово обґрунтовані інтервенції повинні відповідати культурному аспекту (мова, традиції, очікування та норми)	Повинні бути збережені основні елементи доказово обґрунтованої інтервенції для забезпечення ефективності інтервенції, водночас враховуючи потреби спільноти

12 Термін «програма» використовується, коли ми говоримо про конкретні спеціалізовані інтервенції. Термін «інтервенція» є більш загальним.

ГЛАВА 4

МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНЮВАННЯ

ЗМІСТ

1. Оцінювання та проведення досліджень.
2. Системи оцінювання та дизайни досліджень.
3. Компоненти дизайну дослідження або оцінювання.
4. Типи дизайну дослідження.
5. Вибірка та вимірювання.
6. Збір даних, аналіз та статистика.
7. Співпраця з дослідниками — колаборативна модель.
8. Використання реєстрів програм з профілактики.
9. Завчасне оцінювання (ex ante).

Оцінювання — це тип дослідження, в основі якого лежить систематичний підхід до оцінки коротко- та довгострокових результатів профілактичних інтервенцій та факторів, пов'язаних з цими результатами. Оцінювання може проводитись в процесі розробки та впровадження інтервенції — як на етапі планування, початкового етапу до її впровадження, так і на етапі після впровадження. Насправді повинні оцінюватись усі етапи інтервенції, адже ви можете отримати цінні дані, які зроблять вашу роботу ефективнішою та допоможуть вирішити питання про доцільність продовження впровадження.

У цій главі ви дізнаєтесь про основні цілі оцінювання: як виміряти вплив інтервенції та її результати, проаналізувати, для яких цільових популяцій та їх сегментів це було дієвим, а для яких — ні, порівняти витрати з вигодами, порівняти ефективність одних інтервенцій з іншими. Моніторинг та оцінювання є важливими кроками в проєктному циклі EDPQS, про що й буде йти мова в цій главі.

У поданій главі ми не ставимо за мету навчити вас, як провести ваше власне оцінювання або наукове дослідження. Натомість тут будуть надані лише основні поняття в цій сфері. Це покращить ваше розуміння наукових статей та звітів з профілактики, і ви зможете почати розмірковувати, як би ви підійшли до оцінювання вашої роботи або про що варто пам'ятати, якщо ви вирішите залучити зовнішні команди для проведення оцінювання вашого проєкту.

Існує декілька поширених дизайнів досліджень, які використовуються при оцінюванні. Ми наведемо визначення, а також звернемо увагу на переваги та недоліки кількох з найбільш популярних підходів: рандомізоване контрольоване дослідження (Randomised controlled trial (RCT), аналіз перерваних часових рядів (Interrupted time series) та дизайн дослідження однієї групи до та після тестування (one-group pre-post test design) (див. «Приклади поширених дизайнів оцінювання» нижче).

Ми коротко розглянемо інші компоненти оцінювання, наприклад, формування вибірки та вимірювання результатів, щоб зрозуміти, яким чином визначається та відбирається цільова група та як розробляються заходи для оцінки ставлень, переконань, намірів та поведінки, пов'язаних із вживанням ПАР. До того ж у будь-якому оцінюванні необхідні як кількісні, так і якісні показники.

Кількісні показники насамперед передбачають об'єктивну кількість, наприклад, рівні вживання, а якісні передбачають суб'єктивні аспекти та задають питання «Чому?» та «Що це означає?». Ми також розглянемо методи збору та аналізу даних для того, аби ви могли оцінити їх важливість під час звітування щодо проведеного оцінювання.

Хоча ми не очікуємо, що слухачі цього тренінгу проводитимуть оцінювання. Ця глава також включає короткий опис завчасного оцінювання (далі — *ex ante*), яке прогнозує, яких результатів досягне програма до її запуску. Це допоможе слухачам краще зрозуміти, які ресурси є необхідними для впровадження профілактичної програми та які види аналізу потрібні, аби зібрати інформацію для визначення успішності програми.

Для тих, хто зацікавився, рекомендуємо низку додаткових джерел щодо оцінювання. EMCDDA оприлюднив Набір джерел з профілактики та оцінювання¹³ та Рекомендації щодо оцінювання профілактики вживання ПАР: керівництво для тих, хто планує впроваджувати програми та проводити оцінювання¹⁴. До того ж UNODC видало рекомендації щодо оцінювання програм профілактики, направлених на вживання ПАР молоддю¹⁵. Для глибокого вивчення Спільнота з дослідження у сфері профілактики опублікувала свої Стандарти дієвості, ефективності та розширення дослідницької діяльності в науці про профілактику¹⁶.

І нарешті, система RE-AIM (охоплення профілактичних заходів, ефективність, адаптація, впровадження та підтримка) забезпечує підхід до оцінювання не лише ефективності інтервенцій, але й оцінювання за багатьма іншими показниками, що краще визначають можливості реалізації та впливу¹⁷. Однак, ми рекомендуємо це лише для тих, хто дійсно глибоко вивчає цю тему та ознайомлений з дослідженнями щодо оцінювання.

13 http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk_en

14 http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en

15 <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/monitoring-and-evaluation.html>

16 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579256/>

17 <http://www.re-aim.org/>

Оцінювання та проведення досліджень.

До складу дослідження людської поведінки входить низка наукових питань та підходів, враховуючи вивчення етіології, зокрема в аспекті генетики та нейронауки, а також пов'язаних з цим ставлень, переконань та поведінки, які сприяють розвитку захворювання. Дослідження визначається як «систематичне розслідування, ... яке проводиться з метою сприяння та формування системи знань широкого застосування». Як було зазначено вище, оцінювання — це вид дослідження, який визначається як систематичний або структурований спосіб оцінювання результатів профілактичних інтервенцій, коротко- чи довгострокових, та факторів, пов'язаних з такими результатами.

Є низка причин для проведення оцінювання, що враховують потребу в їхньому розумінні:

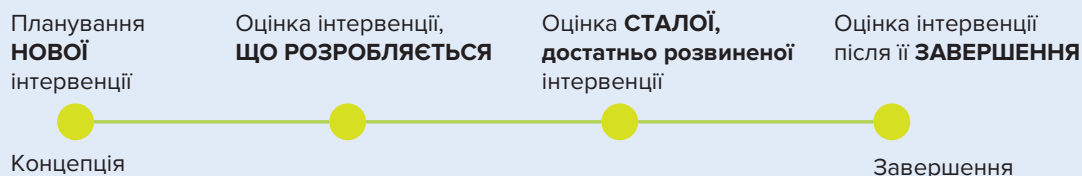
- вплив або результати. Чи досягла інтервенція бажаних результатів, і чи були вони значно кращими, ніж якби її взагалі не проводили?
- незаплановані наслідки інтервенцій. Ключовий етичний пріоритет — забезпечення того, що профілактичні інтервенції не завдають шкоди учасникам;
- охоплення. Чи інтервенція диференційовано залучила всіх, на кого вона була спрямована, чи залучила лише певні окремі групи? Чи результати для чоловіків були тими самими, як і, наприклад, для жінок?
- витрати. Наскільки користь від інтервенції переважає витрати на саму інтервенцію?
- порівняння. Чи була інтервенція ефективнішою за інші, порівнюючи їхні результати та враховуючи також витрати на неї?

Оцінювання можна проводити в процесі всього життєвого циклу інтервенції: від етапу планування та початку розробки до етапу донесення, аналізу та оцінки впливу (Малюнок 13). Це корисні методики для кращого розуміння не лише нових профілактичних інтервенцій, а й тих, які мають довшу історію впровадження, наприклад, інтервенцій, які розробляються ключовими агентствами в цій сфері, які вважаються сталими та достатньо розвиненими. Оцінювання також може бути корисним на етапі, коли інтервенція вже не впроваджується; тоді можна оцінити її довготерміновий вплив. Тому, в ідеалі, оцінювання необхідно проводити на всіх етапах впровадження профілактичної інтервенції.

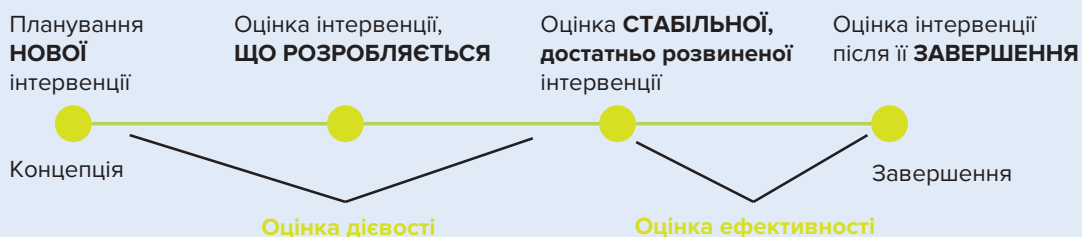
Наприклад, оцінювання нової профілактичної інтервенції вимагатиме, по-перше, перевірку того, що її компоненти — зміст, дизайн та донесення — є пов'язаними з бажаним результатом. Наприклад, чи заняття з прийняття рішень дійсно покращують навички учасників? Чи можливо провести таке заняття за 1 академічну годину (40 хв)?

Чи формат інтерактивних методик донесення інформації на таких заняттях є ефективним? Чи інші методики краще підходять для цього? Оцінювання під назвою «оцінювання, дослідження ефективності» або «випробування ефективності» має відповісти на питання: чи досягає інтервенція своїх цілей в межах контрольованих умов? Оцінка інтервенцій на цьому етапі дасть змогу здійснити перегляд та покращення для подальшої розробки інтервенцій з метою їх повномасштабного впровадження (Малюнок 14).

Мал. 13. Проєктний цикл з профілактики вживання ПАР



Мал. 14. Типи оцінювання



Оцінка сталих або достатньо розвинених профілактичних інтервенцій, які впроваджуються у реальних умовах або близьких до реальних, називається «оцінюванням ефективності або випробуванням ефективності». Результати такого оцінювання можуть використовуватись для моніторингу профілактичних інтервенцій та забезпечення зворотного зв'язку щодо короткострокових результатів одразу чи протягом кількох місяців після впровадження. Таке оцінювання допоможе виявити, що було успішним у впровадженні, а що потребує вдосконалення. Довгострокові результати також можуть бути оцінені, наприклад, в термін від 6 місяців до кількох років після впровадження інтервенцій. Щодо осіб, які вживали ПАР, оцінка буде продовжена до досягнення ними середнього або пізнього підліткового віку.

Після впровадження профілактичних інтервенцій оцінювання допомагає визначити їх цінність та зафіксувати те, чому вдалося навчитися. На цьому етапі оцінювання може проаналізувати те, як інтервенція була запроваджена і чи була вона сталою. Це також етап, під час якого можна оцінити неочікувані результати.

Для фахівців у сфері профілактики найбільший інтерес становлять дослідження ефективності інтервенцій в «реальних» умовах. Вони надають дані щодо їх результатів та відповідають на питання: за яких умов донесення змісту та для кого інтервенція була найефективнішою?

Система оцінювання та дизайн дослідження

Загальна мета оцінювання — не лише зрозуміти, що було зроблено під час інтервенцій, але й визначити, чи інтервенція досягла своєї мети. Оцінювання має надати відповідь на низку питань:

- чи інтервенція/політика досягла своєї короткострокової мети? Наприклад, чи дитяче сприйняття ризику змінюється в правильному напрямку? Чи батьки використовують відповідні навички моніторингу? Чи породіллі реагують на потреби своїх новонароджених дітей?
- чи інтервенція/політика була ефективною для цільової аудиторії? Чи було диференційоване реагування від кожної з підгруп — гендерної, етнічної — тих, хто вживає ПАР, чи певного соціоекономічного статусу? Чи інтервенція зменшила нерівність результатів для одних груп у порівнянні з іншими або сприяла такій нерівності?
- які характеристики профілактичних інтервенцій або політик пов'язані з досягнутими результатами? Чи відбулося це завдяки зміні ставлень та переконань? Чи завдяки поєднанню зміни ставлень та спеціальних навичок?
- до якої міри відповідність впровадження була пов'язана з позитивними або негативними результатами?

З огляду на це до проведення оцінювання важливо прояснити декілька факторів:

- якими є питання дослідження? Яка мета оцінювання? Мета: зрозуміти, чому програма була ефективною? Або визначити, чи варто продовжувати оцінювання? Або для того, щоб задовольнити спонсорів?
- що, насамперед, буде оцінюватись? Якими є результати?
- хто буде зацікавлений у результатах оцінювання та чому? Чи цікаво це місцевим урядовим органам? Чи є зацікавленість у повторенні програми в решті регіону або навіть у країні?
- якими є часові рамки? Чи реалістичні вони та чи є у вас кошти та інші ресурси для дотримання таких термінів? Якщо вас цікавить вживання ПАР як результат профілактичних інтервенцій, що впроваджується в школі для 12-річних учнів, але ви також знаєте, що вік початку вживання ПАР для більшості — 16 років, то ваше оцінювання повинно охопити цих учасників через 4–5 років та проаналізувати, чи було досягнуто бажаного результату (профілактика або зменшення вживання ПАР). Вам також потрібно врахувати, чи зможете ви легко відслідкувати учасників протягом тривалого часу. Якщо учасники залишають систему освіти на той час, коли ви хотіли б проаналізувати їх поведінку, то яким чином ви будете контактувати з ними для проведення оцінки?
- як будуть узагальнені та представлені адресату результати? Хто матиме доступ до цих результатів? Яка інформація та наскільки детально повідомлятиметься учасникам та залученим сторонам? Яким чином ви гарантуватимете, що результати оцінювання не зашкодять комусь із учасників?
- які ресурси є доступними для оцінювання? Який є наявний рівень досвіду? Яка вартість оцінювання? Скільки часу воно займе?

Оцінювання можна розглядати як інтегровану систему, до складу якої входять два основні компоненти: оцінювання процесу (моніторинг) та оцінювання результату.

Мета оцінювання процесу: охарактеризувати процеси, за допомогою яких впроваджується інтервенція або політика. Оцінювання зосереджується на вхідних та вихідних даних профілактичних інтервенцій, визначаючи їх кількісні дані, якості та спроможність впливати на зміни.

Також важливо додати, що це спосіб моніторингу, мета якого забезпечити відповідність впровадження не лише відповідно до вимог керівництва чи рекомендацій, але й відповідно до стратегічного плану профілактики. Такий спосіб моніторингу є важливим адміністративним інструментом для будь-якого провайдера послуг.

Оцінювання процесу задає низку питань:

- Що ми зробили?
- Скільки ми зробили?
- Хто брав участь?
- Хто впроваджував компоненти інтервенцій/політики?
- Чи інтервенція/політика впроваджена так, як планувалось, і, якщо так, то чому?

Як фахівці у сфері профілактики, ви відіграватимете ключову роль у доведенні важливості оцінювання. Доцільно співпрацювати з дослідницькою установою з метою розробки дизайну оцінювання, адже такі установи можуть допомогти вам обрати відповідний тип дослідження та навчати працювати із статистичними даними.

Первинними компонентами дизайну дослідження є питання, адаптовані до вашого випадку, цільова група, критерії відбору групи, одиниці вимірювання, що стосуються питань оцінювання, методи збору даних та аналіз.

Мета оцінювання результату — охарактеризувати, якою мірою знання, ставлення, поведінка та практики (часто йде мова про коротко- та середньострокові результати) змінилися серед тих осіб, які отримали інтервенцію або на яких була спрямована політика, у порівнянні з тими, хто не отримав інтервенції і не був цільовою аудиторією політики. Довгострокові результати означають бажаний кінцевий продукт інтервенції, наприклад, зменшення або припинення вживання ПАР.

Повноцінна система моніторингу та оцінки повинна враховувати компоненти оцінювання як процесів, так і результатів з метою фіксації впровадження, вхідних та вихідних даних профілактичних заходів, коротко-, середньо- та довгострокових результатів. Зверніть увагу на те, що оцінювання процесу або його моніторинг є дуже важливими, навіть якщо оцінювання результатів не планується, адже такий моніторинг фіксує донесення до адресата або впровадження профілактичної інтервенції. При впровадженні нової інтервенції потрібно проводити моніторинг з метою спостереження процесів та визначення, до кого вдається донести інтервенцію та яка саме її частина доноситься до її адресатів.

Компоненти дизайну дослідження або оцінювання

Що ми розуміємо під «дизайном дослідження»? В цілому — це дорожня карта, план для вивчення питання дослідження або гіпотези. Дизайн дослідження визначається питанням дослідження або гіпотезою, яка висувається. Тип дослідження, тип популяції, що досліджується, вибірка тощо залежать від чітких питань дослідження або гіпотези.

- **Питання дослідження.** Мабуть, найважливішим кроком у розробці дизайну дослідження є формулювання його чітких питань. Як фахівця з профілактики вас може цікавити та для вас може бути важливим зафіксувати, чи інтервенція дійсно досягає цільової групи та бажаних результатів. До того ж важливо знати, чи можна впроваджувати інтервенцію для інших цільових груп з подібними результатами. Питання охоплення та результативності впливатимуть на планування оцінювання.
- **Тип дослідження.** Після досягнення згоди щодо питань дослідження наступним кроком є прийняття рішення щодо типу дослідження, наприклад, чи це буде описове, експериментальне або квазі-експериментальне дослідження, чи воно буде крос-секційним, лонгітудним або вивченням конкретного випадку.

- **Досліджувана популяція.** Хто буде включений? Якої статі? Чи це будуть особи, які мають місце проживання, чи також люди, які не мають постійного місця проживання, або які знаходяться у лікарнях, закритих установах та інші? Такі питання є критеріями включення осіб до дослідження. Варто також розглянути, хто не буде включений до дослідження. Іноді дослідження обмежується особами з високим рівнем грамотності або особами, які можуть зрозуміти питання дослідження. Такі вимоги називаються критеріями виключення.
- **Критерії відбору та вибірка.** Після прийняття рішення щодо популяції важливо визначити, яким чином будуть обиратись особи для дослідження? Чи всі, хто відповідає критеріям включення, будуть вивчатись? Чи є необхідність взяти меншу групу як частину більшої групи? Така менша група називається вибіркою. Важливо, аби така вибірка являла собою велику групу, тобто була репрезентативною. Існує декілька розроблених методів створення вибірки з метою забезпечення такої репрезентативності.
- **Одиниці вимірювання.** Важливо перевести питання дослідження в змінні показники, конструкції або слова, що також називаються «атрибутами», які можуть бути виміряні. Прикладом атрибутів, що можна виміряти, є розподіл за статусом (одружений або неодружений); для цього питання може бути придатною детальніша класифікація. При виборі того, що буде вимірюватися, необхідно розглянути придатність таких даних: чи ці показники дійсно являють те, що ми хотіли б дізнатися?
- **Збір даних.** Після того, як обрано те, що буде вимірюватися, необхідно вирішити, як ці дані збиратимуться. У деяких випадках така інформація вже зібрана у наявних статистичних звітах. Наприклад, ми заповнюємо бланки при отриманні водійських прав чи отримуємо форми, які заповнюють інші особи, наприклад, у лікарнях або відділах поліції. Є низка методів збору даних безпосередньо під час вивчення цільової групи. Ми можемо попросити осіб надати дані, використовуючи стандартну форму — анкету або опитувальник. Такі форми заповнюються особисто або під час телефонної розмови, поштою або за допомогою Інтернету, все частіше через мобільні додатки. Потрібно дуже уважно ставитись до питань анонімності та конфіденційності, а також достовірності та надійності відповідей.
- **Аналіз даних.** До складу дизайну дослідження входить план аналізу зібраних даних. Яким чином зібрати всі дані, щоб розпочати відповідати на вихідні питання дослідження?

Типи дизайну дослідження

В літературі описано багато типів дизайну дослідження, але лише декілька з них використовуються під час оцінювання профілактичних інтервенцій. Жоден з них не є ідеальним, навіть не є «золотим стандартом» класичного експериментального дослідження (наприклад, рандомізоване контрольоване дослідження). Всі мають переваги та недоліки. Деякі краще підходять для конкретних ситуацій, ніж інші.

Питання якості при вивченні результатів оцінювання

Під час вивчення результатів оцінювання та типів зроблених висновків на їх основі є декілька факторів, на які потрібно звернути увагу, незалежно від типу дослідження. Їх також варто враховувати при плануванні оцінювання.

Достовірність

Основне питання в усіх оцінюваннях — це питання достовірності результатів. Що таке достовірність? У випадку оцінювання достовірність означає, що виявлений вплив був результатом інтервенції. Але є два види достовірності, які необхідно враховувати:

- внутрішня достовірність: чи виявлені результати є дійсно наслідками участі в інтервенції чи вони є наслідками чогось іншого?
- зовнішня достовірність: чи результати оцінювання інтервенції можуть застосовуватись до інших ситуацій та до іншої цільової групи? Інакше кажучи, якщо виявлено, що інтервенція була

ефективною для дітей у Північній Америці, чи можна її успішно застосовувати для дітей, що проживають в Європі?

Ви бачите, наскільки важливі ці питання. Виявлення успішності інтервенцій для підлітків із сімей середнього достатку не означає, що вона буде ефективною для підлітків, які живуть у бідності.

Внутрішня достовірність

Існує низка загроз для внутрішньої достовірності оцінювання дослідження.

- **Дорослішання:** вплив плину часу.
- **Історія:** ще один аспект плину часу; що відбулося до або під час інтервенцій.
- **Створення вибірки:** якщо фахівець, який проводить оцінювання, не може проводити інтервенцію для всіх членів цільової групи, він обирає меншу групу або зразок для вивчення, що представляє більшу групу. Це означає, що менша група повинна відображати основні характеристики більшої групи для того, щоб результати можна було застосовувати й до більшої групи.
- **Відсів:** мова йде про вивчення учасників, які залишили програму профілактики або з якими втрачено зв'язок, і тому не можливо продовжити їх вивчення.
- **Іструменти вимірювання:** є деякі докази, що учасники можуть навчитися навіть просто відповідаючи на питання оцінювання.

Зовнішня достовірність

Зовнішня достовірність означає, що результати оцінювання профілактичної інтервенції можуть бути узагальнені (або застосовані) до інших ситуацій та груп.

- **Можливість узагальнення:** чи можна застосувати результати до ширшого кола, з якого була створена вибірка?
- **Можливість повторення, перенесення:** чи результати можуть повторити інші особи, зацікавлені в проведенні такої інтервенції?
- **Обставини впровадження інтервенції або донесення:** до їх складу входять умови профілактичних заходів, а також час доби або пора року, місце проведення, освітлення та шум, пов'язані з інтервенцією.
- **Ефект до та після тесту:** існує ефект навчання, який працює просто за рахунок проходження тестування до та після інтервенції.
- **Іншою загрозою для достовірності є те, що називається «реакцією на дослідження» або «реакцією на інтервенцію».** Це відбувається, коли знання учасників, які беруть участь в інтервенції як частині дослідження, впливають на те, як вони реагують на інтервенцію (наприклад, умисно намагаються бути успішними або неуспішними), або, наприклад, на те, як вони відповідають на запитання анкети. Також з цим пов'язано наступне: ефект плацебо (коли інтервенція має позитивний вплив на результати лише тому, що учасники вважають, що вона має такий вплив); ефект новизни (коли учасники часто реагують краще на первинне проведення інтервенції завдяки тому, що вона є новою та відрізняється від того, що проводилось зазвичай, а не тому, що ця інтервенція ефективніша); ефект Хоторна (коли учасники змінюють свою звичайну поведінку, тому що знають про свою участь у дослідженні та що за ними спостерігають фахівці, які проводять профілактику).

Контрольна група або група для порівняння

У будь-якому оцінюванні ми хочемо бачити, що інтервенція показала тісний зв'язок між участю в інтервенції та бажаним результатом: у нашому випадку — це зменшення вживання ПАР. Для того, щоб упевнитися, що саме інтервенція є причиною результату, важливо зрозуміти, що інші фактори не відіграли ролі в отриманні цього результату.

До складу цих факторів входять вищезазначені, наприклад: дорослішання, історія та інші. Яким чином цього можна досягти? Через включення групи осіб, які не отримали впливу інтервенції, але є подібними до групи, яка брала участь в профілактичних заходах. Така група називається контрольною групою.

Контрольна група також називається «Звичайний догляд/лікування», або «У звичайних умовах». Інакше кажучи, контрольна група являє те, що сталося б з групою інтервенцій, якби вони їх не отримали. Під «Звичайним доглядом/лікуванням» мається на увазі те, що вони не отримають інтервенції, або що використовуються звичайні практики. Прикладом може бути порівняння нової шкільної профілактичної навчальної програми із загальним навчанням щодо здоров'я та життя в суспільстві. Такою є суть належного дизайну дослідження.

Приклади поширених дизайнів оцінювання

Існує декілька якісних дизайнів дослідження, які використовуються для оцінки ефективності профілактичних інтервенцій.

Класичний дизайн експерименту відомий як рандомізоване контрольоване дослідження (РКД) (Мал. 15). Він вважається одним з найбільш ретельних дизайнів та часто використовується в клінічних дослідженнях, а також у поглиблених дослідженнях з питань профілактики. До складу цього дизайну входять наступні основні елементи:

- відповідне вимірювання результатів;
- відбір контрольної групи, яка має ідентичні характеристики, як і ті, хто бере участь в інтервенції;
- рандомізований розподіл учасників до групи інтервенції та контрольної групи;
- збір даних до участі в інтервенції та декілька разів після участі для тих, хто отримав інтервенцію, та у таких самих часових рамках для тих, хто її не отримав;
- чітке розуміння того, що саме включає участь в інтервенції;
- достатній або відповідний час після участі в інтервенції для вимірювання результатів (наприклад, для початку вживання ПАР у 16 років).

РКД має свої сильні та слабкі сторони:

- демонструє причинно-наслідкові зв'язки між впровадженням програми та результатами;
- група дослідників може точно продовжити або припинити інтервенцію;
- зменшує певні типи упередженого ставлення за допомогою рандомізованого визначення учасників для групи інтервенції та контрольної групи;
- часто вимагає великої вибірки, яка б вивчалася протягом тривалого часу. Тому таке дослідження може вимагати багато фінансування та часу, щоб дати результати;
- результати можуть не відтворювати умови «реального світу» при впровадженні за звичайних умов;
- можуть існувати певні приховані відмінності між групами, які не виявляються через процес рандомізації;
- не завжди відповідає на важливі питання, такі як: «що працює?», «для кого?», «за яких умов?». Потрібні інші види дизайнів дослідження (наприклад, кількісні), щоб знайти відповіді на ці питання.

Мал. 15. Класична структура експерименту або РКД



Аналіз перерваних часових рядів

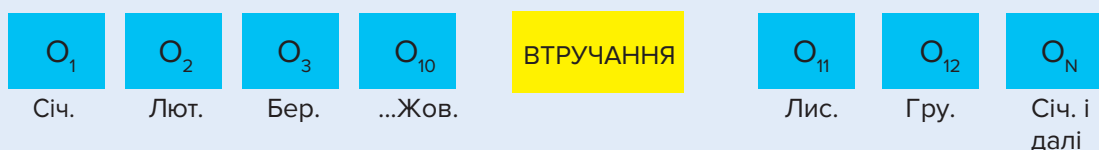
Коли складно створити контрольну групу, то використовується інший дизайн дослідження — аналіз перерваних часових рядів (Мал. 16). У цьому дизайні проводиться до 100 різних вимірювань показників цільової групи до та після профілактичних інтервенцій. Таке дослідження успішно використовувалось для оцінювання впровадження інтервенцій, пов'язаних з навколишнім середовищем.

Наприклад, уряд може вирішити ввести новий податок на алкоголь. У такому випадку неможливо визначити цільові групи (тобто ними є громадянськість у цілому), які б отримували або не отримували інтервенцію, як у випадку РКД, адже заходи покриватимуть усі алкогольні вироби. Однак аналіз перерваних часових рядів дозволяє дослідникам вивчити, що відбувається із тенденціями результатів до та після введення нового податку.

Аналіз перерваних часових рядів має свої переваги та недоліки:

- його відносно просто проводити в тих випадках, де дані збираються постійно (звітування щодо злочинності, госпіталізації до лікарні);
- належний аналіз може виключати існуючі та сезонні тенденції, які були до проведення інтервенції (наприклад, підвищене вживання алкоголю під час шкільних канікул), або зміни серед ширшої популяції (наприклад, довготермінова тенденція до зменшення вживання алкоголю серед ширших верств населення);
- вони можуть не врахувати, але можуть і не відкидати те, що інші фактори, що діяли саме тоді, не мали впливу на результати;
- може знадобитись багато часу, щоб отримати дані для аналізу;
- іноді результати важко інтерпретувати, адже нечасто можливо отримати бажаний результат ще до впровадження інтервенції.

Мал. 16. Перервані часові ряди



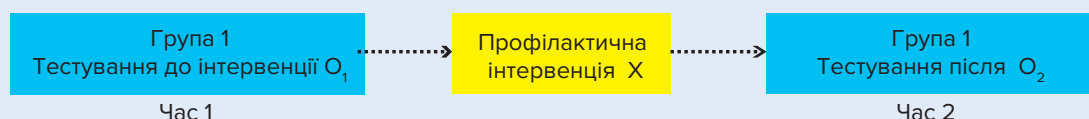
Дизайн дослідження однієї групи до та після інтервенції

Дизайн дослідження однієї групи до та після профілактичних інтервенцій (іноді називається дослідженням «у групах») найчастіше використовується в дослідженнях з метою оцінювання (Мал. 17). Збираються дані цільової групи до проведення профілактичної інтервенції, цільова група отримує інтервенцію, збираються дані після інтервенції такого ж типу, як до неї. Збір даних після може відбуватись одразу після і протягом одного року після неї.

Таке дослідження має свої сильні та слабкі сторони:

- його може бути просто здійснювати, воно не вимагає великої кількості коштів та може бути частиною моніторингу організації, яка займається профілактикою;
- прості інструменти, наприклад, опитування, можна використовувати для збору даних;
- його можна використовувати для опису того, що відбувається із певною групою, коли вона отримує певну інтервенцію;
- його неможливо використати для ілюстрації причинно-наслідкового зв'язку;
- у його рамках можна показати лише короткотермінові зміни;
- таке дослідження не виключає будь-яких альтернативних пояснень для змін, які спостерігаються.

Мал. 17. Дизайн дослідження однієї групи до та після інтервенції



Вибірка та вимірювання

Створення вибірки — поширена процедура у дослідженнях, яка допомагає використовувати зібрану в меншій групі інформацію для ширшої популяції, частиною якої є ця група. Дослідники використовують метод вибірки у випадку обмежених ресурсів (час, фінансування, персонал).

Процес створення вибірки включає декілька кроків:

- визначення популяції та її опис. Якими є характеристики популяції? Який розподіл за гендером? Скільки чоловіків, жінок? Важливим може бути їх місцепроживання: у містах, біля міст чи у селах;
- оцінка популяції: у реальних умовах ви, можливо, не зможете донести інтервенцію до кожного, тому виникає наступне питання: до якої популяції ми можемо мати доступ? Зазвичай, якщо ви проводите національне опитування, така популяція обмежується людьми, що живуть у місцях проживання або тими, хто має комп'ютери та доступ до Інтернету;
- критерії включення/виключення. Визначення осіб, які братимуть участь у вашому дослідженні й вибірці, та тих, хто не буде включений у вибірку в межах тієї ж популяції.

Коли мова йде про вимірювання, нас часто хвилює питання його надійності та достовірності. Наскільки стабільним є вимірювання, якщо воно повторюється через певні часові проміжки. У такому випадку ми говоримо про послідовність або надійність. Чи ми вимірюємо те, що нам потрібно виміряти? Це й визначає достовірність.

На щастя, у сфері профілактики вживання ПАР було розроблено інструменти для оцінки ефективності профілактичних інтервенцій, які вже використовувались у багатьох ситуаціях та для різних типів популяцій. EMCDDA публікував деталі багатьох із цих інструментів у своєму Банку інструментів для оцінки (від англ. Evaluation Instruments Bank)¹⁸.

Як було зазначено вище, є два види даних, які вам потрібно буде зібрати: кількісні та якісні. Є багато визначень таких типів даних. Деякі приклади наведені нижче.

Кількісні дані, зазвичай:

- являють собою кількісні вимірювання, наприклад, «скільки осіб у віці 12–17 років вживали канабіс, марихуану, гашиш протягом останніх 30 днів?», або для тих, хто вживав канабіс протягом останніх 30 днів, «в середньому, скільки разів протягом минулих 30 днів вони вживали канабіс?»;
- вимірюють рівні поведінки та тенденції в часі;
- є об'єктивними, стандартизованими та аналізуються за допомогою спеціальних статистичних методик;
- через те, що вони стандартизовані, такі дані можна збирати в різних спільнотах та групах.

Якісні показники, зазвичай:

- є суб'єктивними та задають питання «чому?» і «що це означає?»;
- більш детально та глибоко описують природу, причини поведінки, тенденцій, сприйняття;
- дають більше пояснень та допомагають тлумачити кількісні дані.

Збір даних, аналіз та статистика

Коли дані вимірювань зібрані, їх необхідно перетворити на дані у такій формі, яка дозволяє науковцям систематично описувати групу, яка вивчається, та отримати змогу відповідати на питання дослідження, які лежать в основі оцінювання. У цьому процесі опису та подальшого аналізу також використовуються статистичні методи.

Описова статистика використовується для того, щоб описати, показати та підсумувати належним чином зібрані дані, наприклад, показати середній вік осіб або розподіл за гендером. Дані часто презентуються за допомогою таблиць, графічних ілюстрацій (діаграми тощо) та статистичних коментарів (наприклад, обговорення результатів та пояснення того, що вони можуть означати). Така статистика також використовується для узагальнення даних щодо вживання ПАР популяцією, яка вивчається. Звіт міжнародного проєкту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD)» є прикладом інформативної та значимої описової статистики¹⁹.

¹⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

¹⁹ www.espad.org

Метод статистичного висновку є складнішим, ніж описова статистика. Він використовує дані, зібрані з невеликої вибірки, щоб зробити висновки щодо ширшої популяції, з якої була створена вибірка. Статистичний висновок є цінним, якщо вивчення усієї групи є незручним або неможливим. Така статистика дозволяє нам прогнозувати вірогідність результатів, що спостерігаються, або визначити, чи відмінності, виявлені в популяції, з'явилися випадково або з певних причин.

У сфері профілактики підходи статистичного висновку є важливими в будь-якому оцінювальному дослідженні. Однак, через складність цієї роботи, ми радимо вам співпрацювати зі статистиком з дослідницької установи, наприклад, університету, при проведенні такого аналізу. Далі подаються поради щодо такої співпраці.

Співпраця з дослідниками — колаборативна модель

У традиційному підході зовнішній експерт з оцінки є незалежним від профілактичних інтервенцій (наприклад, представник кафедри університету) та самостійно приймає рішення щодо усіх аспектів оцінювання, окрім тих, що стосуються персоналу інтервенцій. Взаємодія між персоналом профілактичних інтервенцій та командою, яка проводить оцінювання, зазвичай зводиться до мінімуму з метою уникнення упередженого ставлення.

На відміну від традиційного підходу, колаборативне оцінювання починається зі спілкування з персоналом профілактичних інтервенцій, дослідники працюють спільно з персоналом під час всього процесу оцінювання.

Колаборативний підхід також передбачає, що персонал інтервенції та дослідники формують команду. Іншими членами команди в цьому разі можуть бути сторони, зацікавлені в результатах профілактичної інтервенції.

Зокрема, важливо проводити регулярні зустрічі з ключовими учасниками для перегляду прогресу та обговорення проблем, що виникають. Таблиця 11 показує, яким чином сторони можуть розподілити ролі, використовуючи в цьому процесі свій напрацьований досвід.

Таблиця 11.

Ролі персоналу програми профілактики та зовнішніх оцінювачів

Етап оцінювання	Персонал програми	Зовнішні оцінювачі
1. Залучити зацікавлені сторони	Керівна роль Добре знати зацікавлені сторони та розуміти, кого варто залучати до оцінювання	Підтримувальна роль Виявляти зацікавленість до залучення сторін, залучати їх ефективно
2. Описати профілактичну інтервенцію	Спільна роль Ділитися інформацією щодо профілактичної інтервенції	Спільна роль Залучати персонал програми до опису профілактичної інтервенції. Відігравати головну роль у створенні опису інтервенції
3. Спланувати оцінювання	Спільна роль Визначити найважливіші питання оцінювання	Спільна роль Спланувати оцінювання, допомогти сформулювати питання оцінювання та розробити дизайн оцінювання
4. Зібрати достовірні докази	Підтримувальна роль Допомогти отримати доступ до наявних даних або надати можливість брати участь у зборі нових даних	Керівна роль Відігравати головну роль у всіх заходах зі збору даних, але робити це спільно з персоналом програми
5. Обґрунтувати висновки	Спільна роль Допомагати оцінювачам тлумачити докази та розробляти рекомендації	Спільна роль Відігравати головну роль у всіх заходах з аналізу даних, працюючи спільно з персоналом програми

Закінчення таблиці 11.

Етап оцінювання	Персонал програми	Зовнішні оцінювачі
6. Забезпечити використання отриманого досвіду та поділитися цим досвідом	Керівна роль Забезпечити використання результатів для вдосконалення програми	Підтримувальна роль Презентувати результати оцінювання

Джерело: Центр з профілактики та контролю за хворобами (Centers for Disease Control and Prevention), 2010

Зовнішній оцінювач повинен надавати послуги, якість яких відповідає їх вартості, а також мати відповідний досвід та навички для проведення оцінювання. До того ж, він повинен розуміти питання розвитку та організації, мати досвід оцінювання проєктів, інтервенцій або організацій, належну репутацію завдяки роботі з попередніми клієнтами та публікації результатів оцінювання.

Зовнішній оцінювач також повинен працювати відповідно до найвищих стандартів науково-практичної діяльності та вміти виконувати завдання у визначені терміни. Такі фахівці мають підтримувати тісне спілкування з персоналом профілактичних заходів та залученими сторонами, підтримувати цінності та етичні стандарти організації, яка впроваджує інтервенцію.

Використання реєстрів програм з профілактики

У більшості випадків нам не потрібно винаходити нову програму з профілактики. Натомість ми намагаємось використовувати ефективні програми, які вже існують. На щастя, є декілька реєстрів, у яких зібрані доказово обґрунтовані інтервенції у сфері профілактики вживання ПАР. До складу цих реєстрів входять інтервенції з потужною емпіричною або доказовою базою, найкращі з них мають базу даних із функцією пошуку.

Однак, реєстри мають і певні обмеження, тож необхідно уважно переглядати інтервенції, які вони представляють. Показники, використані для включення інтервенцій до реєстру, можуть не відповідати стандартам якості відповідно до Міжнародних стандартів UNODC. Реєстри можуть покладатися на ті докази ефективності, які були подані особою чи організацією, яка пропонує переглянути статус профілактичних заходів. Унаслідок цього переглянуті докази можуть не включати результатів оцінювань, які виявились неефективними, а опубліковані оцінювання можуть не включати нові докази, які з'являються пізніше. Реєстри також по-різному представляють докази. Не зважаючи на це, вони залишаються основним джерелом інформації та містять багато оцінених профілактичних інтервенцій із описом змісту та впровадження.

Є реєстри, якими ви можете скористатись, якщо ви намагаєтесь знайти правильну інтервенцію для цільової популяції та проблем вживання ПАР цією популяцією. Для Європи — це «Xchange»²⁰, «Green List» — у Німеччині²¹, Іспанський реєстр²² та реєстр Великобританії — «Mentor UK»²³. Для США — Blueprints for Healthy Child Development²⁴ та Preventing Drug Use among Children and Adolescents²⁵.

«Xchange» — новий європейський онлайн реєстр доказово обґрунтованих програм у сфері профілактики. Усі включені до нього програми профілактики стосуються проблем, пов'язаних із вживанням ПАР. Цей реєстр враховує як європейські дослідження з оцінювання, які показують позитивні результати в цій сфері, так і ті, що мають високі рейтинги в реєстрі проєктів Blueprint у США. У реєстрі є інформація щодо ефективності програм в Європі та детальна інформація щодо місцевих адаптацій національними мовами. Уся ця інформація сприяє прийняттю поінформованих управлінських рішень тими, хто користується реєстром.

20 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

21 <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

22 <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

23 <http://cayt.mentor-adepris.org/cayt-database/>

24 <https://www.blueprintsprograms.org>

25 https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

Показники для включення програми до реєстру:

- вона має бути чинною(використовується нині в щонайменше одній країні ЄС);
- вона має бути оцінена як така, що приносить користь в Європі, щонайменше одному європейському оцінювальному дослідженню.

Інше джерело наукової думки щодо профілактичної роботи — наукові журнали, наприклад, *Prevention Science*²⁶. Публікація досліджень — ключовий аспект сучасної профілактики. Наукові журнали можуть допомогти вам ознайомитись із найновішими публікаціями тоді, як для реєстрів необхідний певний час, щоб врахувати інформацію з нових досліджень.

Завчасне оцінювання (ex ante)

На відміну від профілактики на основі досліджень, які відбуваються під час та після проведення профілактичних інтервенцій, завчасне оцінювання (далі — ex ante) є інструментом управління проектом, який застосовується до впровадження й має допомогти при плануванні проекту та оцінювання. Результати оцінювання часто використовуються, щоб оптимізувати план та визначити актуальність запланованих заходів стосовно потреб, пов'язаних із вживанням ПАР, у порівнянні з іншими підходами, які можливо обрати.

Оцінювання ex ante також надає важливу інформацію, яка є основою для моніторингу та оцінювання, допомагає визначити цілі та зрозуміти, які результати є важливими, який вплив можна очікувати від програми та яка інформація є потрібною для оцінки успішності цього проекту. Особи, які приймають рішення, та спонсори іноді використовують результати оцінювання ex ante для оцінки запропонованих заходів зовнішніх надавачів послуг у сфері профілактики.

Така робота може проводитись внутрішньо або разом з іншими типами оцінювання, можна також залучити зовнішніх експертів з оцінки. Європейська Комісія визначила загальні принципи та підготувала рекомендації для проведення такої роботи, хоча вони не стосуються саме попереднього оцінювання програм профілактики²⁷. Основні інформаційні вимоги для такого оцінювання узагальнено й подано в таблиці нижче.

Ключові інформаційні вимоги для оцінювання ex ante

- Аналіз проблеми та оцінка потреб
 - Яку проблему потрібно вирішити, якими є основні фактори, які сторони залучаються?
 - Якою є цільова група і якими є її потреби, пов'язані із вживанням ПАР?
- Визначення цілей
 - Чи визначені загальні, специфічні та оперативні цілі профілактичної інтервенції в якості очікуваних результатів?
 - Які індикатори оцінювання визначені для вимірювання вхідних, вихідних даних, результатів та впливу?
- Альтернативні механізми донесення та оцінка ризиків
 - Які були розглянуті альтернативні профілактичні інтервенції (включно з відсутністю жодних заходів)? Чому було обрано саме ці запропоновані заходи?
 - Які ризики (наприклад, альтернативна вартість, потенційні негативні результати) пов'язані із впровадженням профілактичних заходів та які заходи були вжиті, щоб такі ризики попередити?
- Додана вартість інтервенцій
 - Чи доповнює та чи взаємопов'язана з іншими заходами в цій сфері запропонована інтервенція?
 - Чи інтервенція працює в синергії з іншими заходами?
- Досвід, отриманий через проведення подібних заходів
 - Якими є інформація та докази з попередніх оцінювань, аудитів, результати вивчення, досвід подібних заходів?
 - Як вони можуть бути використані для вдосконалення дизайну інтервенції?

26 <http://www.preventionresearch.org/prevention-science-journal/>

27 http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf

- Планування майбутнього моніторингу та оцінювання
 - Чи є належними методи збору, зберігання та аналізу даних моніторингу та оцінювання?
 - Чи є система моніторингу та оцінювання повноцінно дієвою із самого початку впровадження інтервенції?
 - Які типи оцінювання необхідні, коли їх потрібно виконати та хто проводитиме оцінювання?
- Сприяння досягненню економічної доцільності
 - Які витрати передбачає запропонований варіант інтервенції?
 - Чи можна досягти ідентичних результатів за менших витрат? Чи можливо досягти кращих результатів за таких самих витрат, але вживаючи інших заходів?

ЧАСТИНА II

ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ У РІЗНИХ СЕРЕДОВИЩАХ

ГЛАВА 5. Профілактика в родині

ГЛАВА 6. Профілактика в школі та профілактика на робочому місці

ГЛАВА 7. Профілактика в оточуючому середовищі

ГЛАВА 8. Профілактика через медіа

ГЛАВА 9. Профілактика в громаді

ГЛАВА 10. Адвокація профілактики

ГЛАВА 5

ПРОФІЛАКТИКА В РОДИНІ

ЗМІСТ

1. Визначення.
2. Типи інтервенцій в родині.
3. Загальний зміст інтервенцій в родині.
4. Доказово обґрунтовані програми.
5. Виклики.

Родина — один із видів середовищ (мікрорівня), у яких може проводитися профілактична робота. У цій главі ми зосередимо увагу на типах інтервенцій у родині, їх загальному змісті та специфіці.

Доказово обґрунтовані програми для родинної профілактики представлені в якості прикладів у цій главі, серед них профілактична програма щодо вживання алкоголю EFFEKT, програма «Функціональна родинна терапія» (Functional Family Therapy (FFT) та Програма позитивного батьківства (Triple P — Positive Parenting Program). Завершується глава обговоренням викликів роботи з родинами та рекомендаціями, як подолати ці виклики.

Визначення

Поняття «родина» має різне значення для різних людей, тому може мати різні визначення. Різні групи вчених, антропологів, соціологів, психологів та економістів можуть визначати й вивчати «родину» по-різному. Люди з різних країн та культур також можуть визначати «родину» по-різному.

Наприклад, в США, Канаді та багатьох європейських країнах, «родина» найчастіше визначається як «нуклеарна сім'я», тобто два партнери та їх діти, родини з одним із батьків та спільне бітьківство, коли бітьки дитини більше не мають романтичних стосунків, але все ще несуть спільну відповідальність за виховання своєї дитини («змішані» родини, коли партнери живуть разом з дітьми від попередніх стосунків). В інших країнах світу під «родиною» часто мається на увазі ширша сім'я, до складу якої входять бабусі та дідусі, тітки, дядьки, двоюрідні сестри, брати та далекі родичі. Висока кількість розлучень та повторних шлюбів у Європі протягом останніх десятиліть сприяла підвищенню кількості «змішаних родин» та родин з одним із батьків.

Родини як системи

Вчені розглядають родинні структури як системи, маючи на увазі, що родина відрізняється від просто групи людей, які живуть разом. Родини — це унікальні групи осіб, які відрізняються від груп однолітків та інших соціальних груп. На відміну від більшості соціальних груп, до родин входять члени сім'ї, які пов'язані генетично та мають міцні соціальні зв'язки. Завдяки тісним стосункам та специфічним завданням родини створюють чіткі схеми взаємодії, які їх визначають.

Є багато однакових схем взаємодії, які схожі в багатьох родинах, але є також багато аспектів, які відрізняють сім'ї одну від одної. Так само як неможливо знайти двох однакових людей, неможливо знайти дві однакові родини. Родини розвивають свій власний характер, свою манеру поведінки в стосунках між її членами та з тими, хто не є частиною цієї родини. Члени родини часто своїми словами та діями можуть надавати соціальну підтримку та забезпечувати відчуття приналежності учасникам своєї сімейної системи. Це важливе відчуття для розвитку людини. Воно допомагає ставати стійким, зменшує вірогідність розвитку проблем поведінки. Способи, які родини використовують для створення своєї структури (ставлення, переконання та цінності) визначатимуть їх ідентичність та впливатимуть на те, як члени родини будуть взаємодіяти з іншими та на те, що вони очікуватимуть від такої взаємодії.

Соціалізація дитини — дуже важлива функція сім'ї. Родина, загалом, є тим середовищем, в якому діти навчаються нормам, цінностям, ставленням та поведінці групи. Родина забезпечує первинне середовище для соціалізації, і саме в родині діти навчаються таких важливих речей як спілкування, взаємодія з іншими та подолання розчарувань та негативних емоцій. Батьки навчають цих правил через різні форми навчання, виховання та дисципліни.

Типи інтервенцій в родині

Інтервенції в родині, як і інші профілактичні інтервенції, можна розділити на універсальні, селективні та індикативні.

Інтервенції в родині також характеризуються по члену родини, який відвідує заходи, та по тій частині родини, яку інтервенція спрямована змінити.

Інтервенції з навчання батьків зосереджуються лише на зміні специфічної практичної діяльності батьків, наприклад, дисципліні або ефективному спілкуванні; вони можуть залучати лише батьків. Діти в родині можуть відвідувати або не відвідувати заходи такої інтервенції.

Інтервенції з формування сімейних навичок зазвичай є ширшими в діапазоні та передбачають навчання батьків з метою вдосконалення та посилення батьківських навичок та формування в дітей особистих та соціальних навичок; вони також передбачають їхнє напрацювання для родини в цілому. Наголос тут зміщується за межі навичок батьківства на те, як батьки та діти впливають один на одного та функціонують разом як сім'я.

Інтервенції з формування сімейних навичок іноді впроваджуються в поєднанні з іншими інтервенціями (наприклад, шкільними інтервенціями в тій самій спільноті) як частина ширшої, більш загальної профілактичної стратегії. Така стратегія часто впроваджується на рівні суспільства через велику кількість макро- та мікрофакторів, які впливають на вживання ПАР серед молоді. Деякі докази свідчать про те, що комбінація підходів може бути ефективною в зменшенні вживання ПАР серед населення.

Деякі інтервенції розробляються як інтенсивні інтервенції сімейної терапії, мета яких змінити ранню проблемну поведінку так, щоб проблеми не переросли у вживання ПАР та ще більш серйозні проблеми поведінки. Є різні ознаки того, що родина отримує користь від інтервенції. Іноді це відображається на аспектах життя родини, наприклад, в проявленні насильства, або на поведінці молодих людей поза межами родини, у школі або спільноті. Інтенсивні інтервенції в родині, такі як інтервенції з сімейної терапії, для осіб, поведінка яких вже має ознаки певних проблем, можуть також мати значний позитивний ефект у дитинстві та підлітковому віці.

Батьківські стратегії та моделі взаємодії в родині відрізнятимуться в залежності від віку дітей. Тому інтервенції для родин з дітьми різного віку повинні включати навчання процесів, пов'язаних з батьківством та родиною. Результати родинних програм також пов'язані з періодом розвитку родини. Результати на етапі раннього дитинства будуть пов'язані зі здоров'ям, благополуччям та просоціальною поведінкою. У пізньому дитинстві та підлітковому віці додаткові ефекти включають зниження або попередження проблемної поведінки, такої як вживання ПАР.

Малюнок 18 показує ефективні стратегії (чорним), цілі для змін (червоним) та позитивні результати (синім) для інтервенцій, які впроваджуються з народження до підліткового віку.

В основі інтервенцій в родині міститься теорія, яка полягає в тому, що, впливаючи на такі сімейні процеси, як виховання дітей, інтервенції сприяють здоровій поведінці молоді та попереджають розвиток



проблемної поведінки. Родина є одним з найважливіших впливів мікрорівня на характеристики особистості, які можуть на певному етапі як привести до, так і попередити вживання ПАР. Родина є важливим контекстом для розвитку, і якщо вона функціонує неналежним чином, підвищується вірогідність проблем у дітей. Якщо сім'я функціонує добре, вірогідність проблем зменшується. Стратегії родинних інтервенцій можуть починати працювати ще до народження, наприклад, в рамках програм відвідування малозабезпечених майбутніх матерів із першою вагітністю. Такі інтервенції зосереджуються на зміні батьківської поведінки, покращенні благополуччя матерів та стосунків з дітьми, позитивному впливові на довготермінові результати для зростаючого покоління.

Найбільш важливі сімейні фактори, які впливають на розвиток дитини та молоді:

- хороші стосунки між батьками та дітьми. Якість взаємин між дітьми та батьками закладається у віці немовляти, коли між дітьми та тими, хто за ними доглядає, з'являється сильна прив'язаність, і це залишається важливим чинником впливу на подальший розвиток дитини, включаючи підлітковий вік. Хоча деякі якості цих стосунків з часом змінюються. Якщо вони характеризуються теплотою та позитивною емоційною підтримкою, то, зазвичай, це захищає дітей від проблемної поведінки; батьки, які позитивно проводять час з дітьми та активно долучаються до їхнього життя, допомагають будувати такі взаємини. Інтервенції, пов'язані з навчанням батьків з питань поведінки, можуть сприяти вдосконаленню практик виховання, більш здоровим стосункам між батьками та дітьми, більш позитивній поведінці дітей або підлітків та довготерміновим результатам, наприклад, зниженню вживання ПАР в підлітковому та молодому віці;
- ефективні стратегії управління поведінкою. Соціалізація позитивної поведінки молоді та належне реагування на ризиковану поведінку є важливою частиною роботи батьків. Мета використання ефективних стратегій — дати батькам можливість допомогти дітям засвоїти відповідні стандарти поведінки та дотримуватись їх. Є багато виховних стратегій, які використовуються для допомоги в цьому процесі — встановленні ефективної дисципліни, такої, що є чіткою, стійкою, але не жорсткою (авторитетний, але не авторитарний чи жорсткий підхід) — доведення чітких правил та очікувань; використання методик моніторингу (де та з ким дитина проводить час) можуть також захистити молодь від негативних впливів макрорівня;
- передача сімейних цінностей. Родини, які підтримують сімейні цінності та намагаються інформувати дітей про такі цінності та привчати до них, допомагають сприяти позитивній поведінці та зменшувати випадки ризикованої поведінки. Це також може допомагати протидіяти суттєвим негативним впливам, які можуть бути очевидними в певних соціальних середовищах;
- залученість до життя дитини. Батьки, які активно залучаються до життя дітей, проводячи з ними час позитивно та цікаво, допомагають розвивати стосунки між дітьми та батьками. Така діяльність запевняє дитину в тому, що батьки переймаються соціальним, емоційним та особистим благополуччям дитини, та що їхні стосунки — це не лише контроль поведінки та дотримування правил;
- батьки, які надають емоційну, когнітивну та фінансову підтримку, забезпечують широкий спектр ресурсів для здорового розвитку дитини.

Якщо ми можемо посилити деякі з цих критичних сімейних факторів через впровадження інтервенцій, ми також зможемо і вплинути на профілактику вживання ПАР.

Один із викликів інтервенцій у родині полягає в тому, що вони впроваджуються в тому віці, коли дуже мало родин усвідомлюють те, що інтервенція прагне попередити. Наприклад, інтервенція може мати на меті вплинути на виховання в короткотерміновій перспективі, тоді, як у довготерміновій вона прагне попередити вживання ПАР. Знову ж таки, ідея полягає в тому, що через зміну виховних та родинних процесів можна вплинути на розвиток дітей.

Наступне питання: якими є основні характеристики ефективної інтервенції, яка працює? Одне з досліджень визначило декілька важливих характеристик ефективних інтервенцій з навчання ефективних навичок виховання батьками дітей у віці від 0 до 7 років, які мали найкращі результати. Встановлено, що інтервенції мали кращі результати, якщо:

- зосереджувалися на позитивній взаємодії між дітьми та батьками — тобто коли вони навчали батьків проводити час з дітьми в недисциплінарних ситуаціях, зокрема, у грі, показували їм, як проявляти ентузіазм та позитивну увагу, зосереджувалися на діяльності, яка є креативною та вільною;

- навчали батьків емоційному інтелекту та спілкуванню з дітьми щодо емоцій, наприклад, використанню навичок активного слухання для правильної реакції на те, що каже дитина, допомагали батькам навчати дітей впізнавати, називати та відповідним чином виражати емоції, навчали батьків зменшувати таку негативну комунікацію, як сарказм;
- навчали ефективній дисципліні у формі використання «тайм ауту» та послідовного реагування;
- проводилися таким чином, щоб батьки могли практикувати вищеописані навички зі своїми дітьми під час навчання та вдома. Це були не рольові ігри, а реальна взаємодія між дітьми та батьками.

Загальний зміст родинних інтервенцій

Інтервенції в родині передбачають більше, ніж описано вище. Ми глибше розглянемо, як ви можете сформувати зміст своїх інтервенцій відповідно до потреб батьків, дітей та родин у цілому.

Зміст, який стосується батьків

Різні інтервенції з формування сімейних навичок включають різні види діяльності, але оглядова колегія UNODC дійшла висновку, що найбільш ефективні інтервенції такого типу передбачають низку певних моментів.

Ефективні інтервенції вчать батьків бути чуйними, реагувати належним чином на потреби та запити дітей.

Батьків необхідно вчити проявляти любов та емпатію один до одного, своїх дітей та інших людей. Їм слід:

- використовувати позитивну увагу та давати дітям знати, коли вони поведуться добре, а не лише, коли вони порушують правила;
- говорити про свої емоції та емоції дітей для того, щоб допомогти дітям упізнати та виразити свої емоції;
- вчитися важливості моделювання належної поведінки — якщо батьки не хочуть, щоб діти та підлітки вживали ПАР, вони повинні таку поведінку моделювати;
- вчитися новим навичкам подолання стресу та управління гнівом для адекватного сприйняття неминучого стресу, змін у родині та в ширшому соціальному середовищі;
- вчитися грати відповідально — давати дітям можливість мати контроль та керувати грою, виконуючи їхні вказівки;
- мати очікування, що відповідають віку та етапу розвитку їхніх дітей (див. Додаток 2).

Додатковий зміст та заходи мають навчати батьків забезпечувати структуру. Вона означає багато речей і може включати:

- навчання батьків використовувати стратегії дисципліни відповідно до віку дітей, особливо з метою допомоги дітям у усвідомленні наслідків їх поведінки;
- встановлення та ознайомлення з чіткими правилами в родині та допомога дітям зрозуміти правила та цінності суспільства;
- розуміння того, як захистити дітей від можливих проблемних ситуацій в родині та в суспільстві (це може бути район або медіа);
- досягнення згоди щодо основних питань виховання дитини в родині, в якій більше, ніж один з батьків, використання цього на практиці;
- обізнаність батьків щодо ефективного моніторингу місцезнаходження дітей та що вони роблять;
- управління конфліктами, вирішення суперечок та практика вибачення один одного — це створює теплу та відкриту емоційну атмосферу у родині та допомагає безконфліктній комунікації з батьками;
- повсякденні побутові дії, наприклад, їсти разом, певним чином вкладати дитину спати, що дає можливість поспілкуватися з дитиною на важливі для батьків теми.

Якісні інтервенції можуть також навчати батьків бути залученим у шкільне життя дитини. При взаємодії з родиною школа є однією з найважливіших структур соціалізації для дитини. Деякі з батьків

неохоче взаємодіють зі школою, але дослідження вказують на те, що коли батьки допомагають дітям сформувати зв'язок зі школою, діти мають більш позитивний досвід у навчальному закладі. Шляхи досягнення цього включають:

- батьківський моніторинг та допомогу з навчанням дітям у школі, коли це можливо;
- постійний контакт батьків з адміністрацією школою, обізнаність щодо подій у школі.

Зміст, який стосується дітей

Є велика кількість життєвих навичок, якими повинні оволодіти діти та молоді люди. Батьків також можна навчити, як розвивати в дітей такі навички.

Інтервенції можуть допомогти дітям розвинути ще одну із груп таких навичок, як емоційні спроможності. Інтервенції допомагають батькам укріпити ці навички через:

- впізнавання своїх емоцій та емоцій інших людей;
- вираження своїх емоцій належним чином;
- управління складними емоційними станами;
- відчуття та демонстрація емпатії до інших, коли вони страждають;
- спроможність сприймати критику щодо себе без самовиправдання, що є вдалим способом пізнати себе та зрозуміти свої взаємини з іншими.

Інша корисна навичка для молодих людей — орієнтування на майбутнє. Діти, особливо підлітки, які спроможні думати про майбутнє, дивляться на нього позитивно й можуть ставити реалістичні цілі та розуміти, яким чином такі види поведінки, як вживання ПАР, можуть завадити їм досягти цих цілей.

Діти та молоді люди можуть розвивати ефективні навички вирішення проблем, які допоможуть їм у складних ситуаціях з однолітками знайти найкраще вирішення проблеми.

Діти та молоді люди також можуть навчитися доглядати за собою та підтримувати здоров'я, включаючи харчування, фізичне здоров'я та розуміння того, що вживання ПАР вплине на мозок, фізичний розвиток, поведінку, емоції, розумовий розвиток, соціальне життя з друзями та родиною, результати навчання та можливості в майбутньому.

Ефективні інтервенції повинні навчати дітей взаємодіяти з іншими, наприклад, чекати своєї черги та працювати разом. Це допоможе їм зрозуміти, яке місце в світі вони займають, та те, що стосунки з іншими можуть приносити користь, а також яким чином слід уникати негативних стосунків.

Інтервенції також можуть посилювати цінності, такі, як: повага до інших, повага до індивідуальних відмінностей та повага до груп, важливих у цьому суспільстві, наприклад, до старших та до представників влади.

Молоді люди можуть навчатися ефективно спілкуватися через активне слухання та через чітке висловлювання своїх власних потреб. Використання таких навичок може допомогти вирішити конфліктні ситуації.

Багато ефективних інтервенцій зосереджуються на навчанні молоді навичкам протидії тиску однолітків для того, щоб вони могли відхилити пропозиції тих однолітків, які намагаються вплинути на їх рішення та залучити до вживання ПАР.

Зміст для родин

В інтервенціях з формування сімейних навичок важливо, щоб родини практикували навички разом. Такі навички навчать їх за допомогою похвали та заохочення адекватно реагувати, бути один для одного позитивними та чуйними.

Для ефективного спілкування родини повинні навчитися уважно слухати, чітко визначати ролі та відповідальності, а також спокійно обговорювати теми, які часто є складними для батьків та дітей, зокрема, вживання ПАР та статеве здоров'я.

Родини також можуть організовувати та структурувати своє життя разом, залишаючись чіткими, послідовними та справедливими щодо дисципліни, вирішуючи неминучі конфлікти сімейного життя через відкриту дискусію та інші методи, рекомендовані інтервенцією.

Доказово обґрунтовані програми

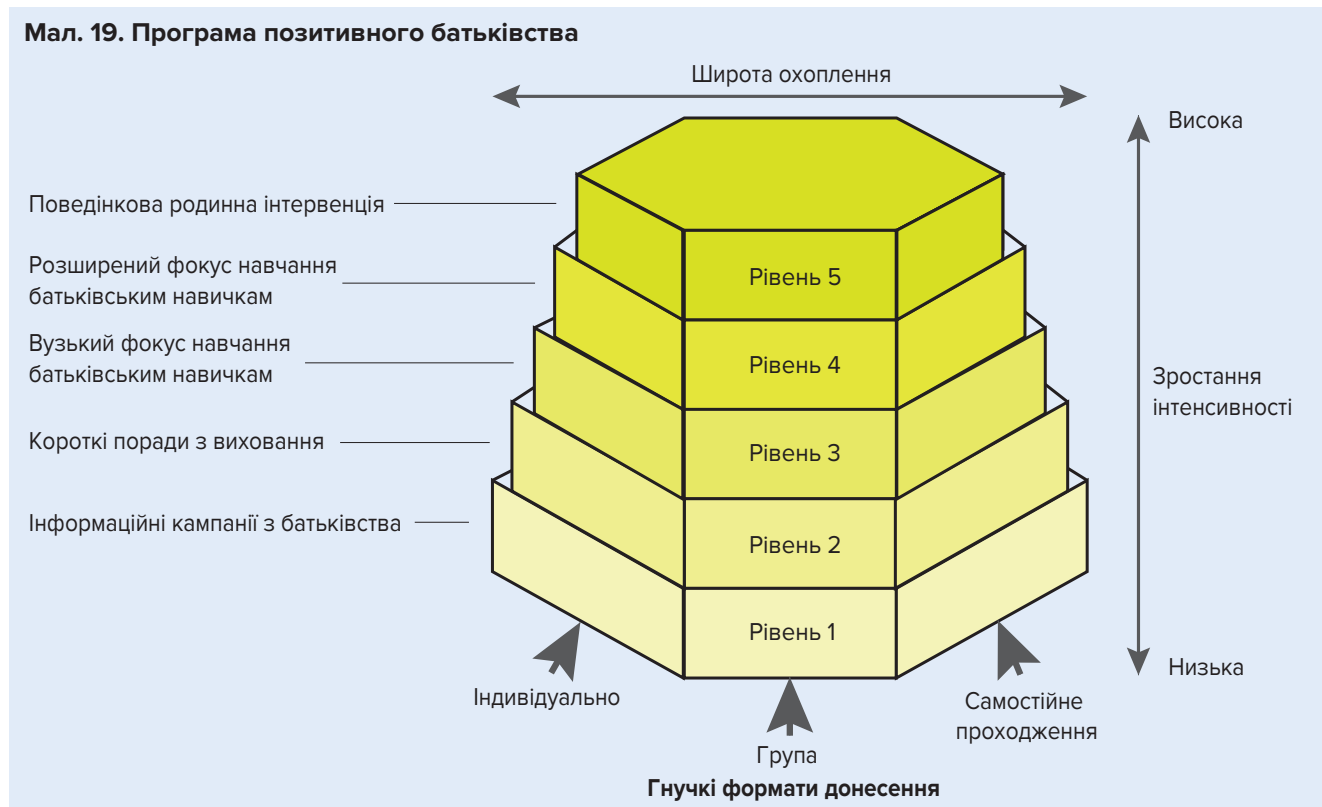
Відповідно до декількох оцінювань у різних європейських країнах було виявлено позитивні результати щодо інтервенцій, про які йтиметься далі. Відбір цих програм заснований на рейтингу реєстру EMCDDA «Xchange». Ми наводимо ці приклади, адже вони можуть допомогти вам у пошуку інтервенції для вашої ситуації. Ми будемо говорити про програму EFFEKT, програму «Функціональна родинна терапія» (the Functional Family Therapy programme) та Програму позитивного батьківства (Triple P — Positive Parenting Program).

Інтервенція EFFEKT отримала рейтинг «корисна» у реєстрі «Xchange». Це універсальна профілактична інтервенція для молоді 13–16 років, яка має на меті запобігати вживанню алкоголю серед підлітків, змінюючи ставлення їх батьків до проблеми.

У рамках цієї програми батьки заохочуються провадити політику нульової толерантності щодо вживання алкоголю. Інформація розповсюджується серед батьків під час шкільних зборів на початку семестру та через регулярне направлення листів до домівок родин протягом навчального року. Батькам також надсилають каталоги тематичних заходів.

Програма «Функціональна сімейна терапія» є індикативною профілактичною інтервенцією для молоді груп ризику у віці 11–18 років. Вона має рейтинг «вірогідно корисна» в реєстрі «Xchange». Програма має на меті зменшити залучення до злочинності та правопорушень, попередити вживання ПАР та сприяти хорошим відносинам між дітьми та їхніми батьками. Спираючись на характеристики факторів ризику та захисту кожної родини, цілями для змін стають навички батьківства, виконання молоддю правил та повний набір когнітивних, емоційних та поведінкових компетенцій.

Програма позитивного батьківства (Triple P — Positive Parenting Program)²⁸ — це стратегія підтримки батьків та родин, орієнтована на профілактику, розроблена з метою попередження серйозних проблем, пов'язаних з поведінкою, емоціями та розвитком у дітей за допомогою укріплення знань, навичок та впевненості батьків (Малюнок 19). Програма позитивного батьківства ще не включена до реєстру «Xchange», але інший реєстр проєктів (США) надав їй рейтинг «перспективної». Хоча існує багато версій програми, п'ять основних принципів позитивного виховання формують основу програми та стосуються конкретних факторів ризику та захисту. Вони сприяють позитивним результатам розвитку та психічному здоров'ю дітей. Ці ключові принципи включають (1) забезпечення надійного та доступного (цікавого, розвиваючого) оточуючого середовища, (2) створення позитивного



середовища для навчання, (3) встановлення наполегливої дисципліни, (4) реалістичні очікування та (5) піклування батьків про себе.

Інша програма, яка також часто використовується — це «Програма укріплення родин 10–14» (від англ. Strengthening Families Programme 10–14). Програма має дуже хороші докази ефективності в США. Реєстр проєктів США надав їй рейтинг «перспективна». Разом з тим, на цей час немає доказів ефективного впровадження в Європі, тому поки що реєстр «Xchange» не включив її до переліку ефективних.

Виклики

Існує багато викликів і перешкод для родин та організацій, які беруть участь в інтервенціях такого типу. Деякі з цих викликів пов'язані з упровадженням інтервенції, але багато з них пов'язані із забезпеченням достатньої широти впровадження так, щоб інтервенція мала значний вплив. Ми опишемо деякі з викликів та дамо рекомендації стосовно того, як їх подолати.

Найбільшими перешкодами для ефективного впровадження родинних профілактичних інтервенцій, особливо універсальних та селективних, є набір та утримання родин в цих програмах. Дослідження вказують на те, що в цілому родинні інтервенції мають низькі показники участі. При наборі до універсальних інтервенцій беруть участь часто приблизно 10–30 % з усіх родин, які є потенційними учасниками. Показники участі індикативних інтервенцій, таких як: індикативні інтервенції для родин з дітьми, які вже демонструють певну проблемну поведінку, бувають більшими — між 40 та 60 %.

Однак, нам також відомо, що показники участі можуть бути нижчими в малозабезпечених родинах. Низький показник участі може означати, що інтервенція не охоплює достатню кількість населення, щоб впливати на стан громадського здоров'я.

Дослідження визначили найбільш поширені перешкоди в участі в типових родинних інтервенціях групового формату.

- Батьки не знають про інтервенцію. Можливо, інформація про інтервенцію не потрапляє до родин, яким потрібна така програма.
- Думки та ставлення родин про програму впливатимуть на те, чи будуть вони брати в ній участь.
- Члени родини зайняті. Відвідування на заході на 2–3 години в один із днів тижня може викликати складнощі для деяких родин.
- Деякі інтервенції проводяться в місцях, куди родинам важко дістатися. Вони можуть не мати власного транспорту або змушені довго добиратися до місця.

Для подолання цих викликів можливо розробити стратегії (Мал. 20–22).

Ці стратегії будуть різними для кожної громади відповідно до наявних ресурсів, але, в цілому, існують вдалі способи комунікації щодо інтервенції.

Один із способів — залучити ЗМІ. Можливо, організаціям слід намагатися розмістити матеріал щодо інтервенцій у газетах або на радіо. Соціальні мережі також можуть бути ефективними при розповсюдженні інформації в деяких громадах. Програма позитивного батьківства (Triple P — Positive Parenting Program) ефективно цим користувалася для підвищення обізнаності щодо впровадження програми.

Мал. 20. Перешкоди для родин 1

Перешкода:
родини не знають про програму

Можливе рішення:

- ефективніша програма соціального маркетингу.
- ЗМІ.
- особистісні та професійні відносини.
- рекомендації, відгуки учасників

Мал. 21. Перешкоди для родин 2

Перешкода:
норми, ставлення, переконання батьків

Можливе рішення:

- адаптувати програму до потреб учасників;
- використовувати позитивне мовлення;
- персоналізувати програму — враховувати потреби родин

Відповідно до одного з досліджень, коли використовувалися такі види медіа-стратегій, до 80% батьків у громаді чули про інтервенцію.

Використання своїх особистих та професійних контактів для поширення інформації про програму є дієвою стратегією. Розвиток відносин з іншими організаціями, які працюють для родин та молоді, також є корисним. Родини (учасники програми) почуваються комфортніше, якщо отримують рекомендацію з джерела, якому довіряють.

Іноді батьки вважають, що інтервенція призначена лише для «поганих» батьків, або мають думку, що їх родина не отримує користі від інтервенції, адже вона не потрібна їм, або вони можуть мати негативний попередній досвід з іншими надавачами послуг, що знижує вірогідність того, що вони будуть брати участь в ще одній програмі. Важливо упевнитися, що ви використовуєте позитивні формулювання та зрозумілою мовою для родини інформуєте її щодо ролі інтервенції. Те, як ви опишете інтервенцію в брошурах та в медіа, допоможе сформувати погляди родин щодо того, чи така інтервенція відповідає їхнім потребам.

Іноді батьки можуть не бачити потреби в інтервенції та думати, що не отримують від неї користі. Спроможність інформувати родини щодо того, яким чином інтервенція відповідає їхнім потребам, може покращити сприйняття програми. Іноді це можна зробити через добре підготовлену рекламу, яка підкреслює певні переваги інтервенції. Однак, іноді дієвішим буде обговорення інтервенції на пряму з родинами, відвідуючи їх вдома або забезпечуючи групові формати, де вони можуть більше дізнатися про такі програми.

Одна з найпоширеніших перешкод для родин — логістика, складність брати участь у 2-годинному заході інтервенції через зайнятість, відсутність часу. Складання розкладу сесій так, щоб найбільша кількість родин змогла їх відвідати, допоможе зберегти належний рівень участі. Важливо залишатися гнучким при плануванні, щоб батьки могли включити такі сесії у свій графік. Використання спільного часу під час шкільних заходів, зустрічі батьків, як це роблять у програмі «ЕФФЕКТ», може допомогти врахувати зайнятість учасників.

Також важливо поважати час, який члени родини можуть позитивно провести разом, що є одним із принципів, які декларують такі інтервенції.

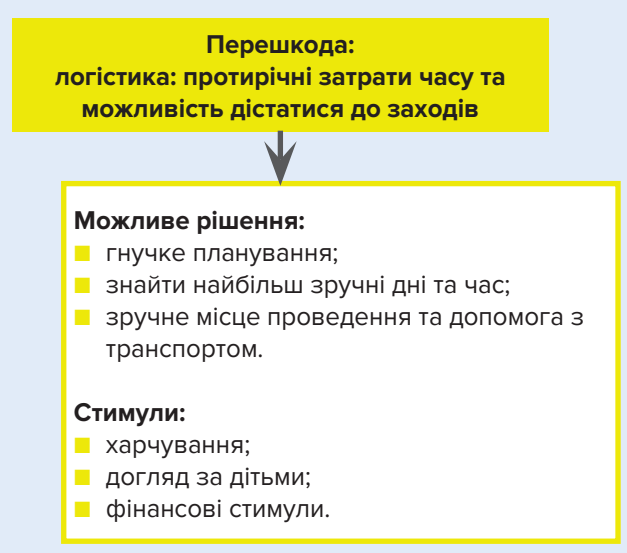
Зручне місце проведення та допомога з транспортом сприятимуть більшій кількості учасників. Ідеальним варіантом є вибір постійного місця для зустрічей. Таке місце може бути біля домів учасників, але у великих містах або у сільській місцевості можуть виникати складнощі з поїздками до певних локацій. У рамках деяких інтервенцій учасникам оплачується проїзд до місця проведення заходів.

Стимули для участі в заходах можуть допомогти мотивувати родини та подолати логістичні перешкоди. Наприклад, забезпечення вечерею та доглядом за дітьми для родин може полегшити відвідування вечірніх сесій. Консультація з місцевим експертами допоможе з'ясувати, які стимули є дієвими у цій громаді.

Набір родин для участі — це не просто оголошення інтервенції та очікування, що родини приєднаються до заходів. Ретельний аналіз родин: які вони, що їм потрібно, як вони пов'язані одна з одною та з іншими соціальними середовищами, наприклад, школою, районом та службами допоможе вам створити чіткий план набору та їхнього утримання для участі в інтервенції. Наприклад, якщо родини мають низький соціально-економічний статус, можливо, фінансові стимули будуть корисними.

Побудова відносин на принципах поваги, постійного контакту (зв'язку) з потенційними родинами, навіть якщо вони не приходять на перший захід, дотримання обіцянок можуть розбудувати довіру з родинами, покращити репутацію інтервенції у спільноті та допомогти набрати більше учасників. Використання кількох стратегій замість однієї також може виявитися ефективним. Використовуйте декілька видів повідомлень, донесених багатьма різними способами, багато разів. У рамках інтервенцій часто рекомендується доносити інформацію родинам щонайменше трьома шляхами, адже іноді потрібні саме такі зусилля, щоб вони звернули на вас увагу.

Мал. 22. Перешкоди для родин 3



Глава 6

ПРОФІЛАКТИКА В ШКОЛІ ТА ПРОФІЛАКТИКА НА РОБОЧОМУ МІСЦІ

ЗМІСТ

1. Профілактика в школі.
2. Робоче місце та профілактика.

Інші середовища профілактичної роботи включають школу та робоче місце, які є середовищем мікрорівня. Ми почнемо з характеристик шкільних профілактичних інтервенцій та їхніх цілей, а також з того, яким чином використовувати теорію на практиці. Говорячи про профілактику в школі, ми підкреслюємо важливість використання результатів досліджень під час роботи над інтервенцією. Програми «Unplugged», «GBG» («Гра в хорошу поведінку») та «KiVa» (розроблена у Фінляндії програма проти агресивної поведінки («булінгу») в школі) — це доказово обґрунтовані програми, представлені в цій главі в якості ефективних інтервенцій для шкіл.

На жаль, існує небагато профілактичних інтервенцій для застосування на робочих місцях в Європі, ще менше таких інтервенцій є доказово обґрунтованими. Сподіваємося, що ця глава надихне тих, хто займається профілактикою на робочих місцях. Ми окреслимо характеристики профілактичної роботи на робочих місцях та перешкоди в такій діяльності.

Профілактика в школі

Для дітей та підлітків два основних середовища для профілактики вживання ПАР — це родина та школа. Багато дітей часто проводять більше часу в школі, ніж з обома батьками або навіть з одним із них. Перевага школи (Таблиця 12) у тому, що інтервенції можуть бути донесені до всіх дітей (універсальна популяція), а не лише до тих, хто входить до групи високого ризику (селективна популяція), або до уразливих осіб (індикативна популяція). Потенційно усі діти можуть отримати користь від універсальних інтервенцій в школах, адже всі вони стикаються з певним ризиком. Більш того, донесення інформації в школах може відбуватися без стигматизації учасників. Інтервенція не передбачає виявлення та потенційної ізоляції молодих людей, які вже почали вживати ПАР. Дійсно, діти високого ризику при розміщенні в групах частіше вдавалися до ризикованої поведінки (Poulin and Dishon, 2001).

Школи бувають різних форм, розмірів та конфігурацій, але майже в кожній країні вони допомагають молоді ставати повноцінними членами своїх родин, середовища робочого місця та суспільства в цілому. Значення шкіл та освіти є навіть вищим. Політичний звіт Світового банку 2007 року (Hanushek and Woessmann, 2007), аналізуючи дані щодо освіти та національних економік, виявив, що «є докази того, що когнітивні навички населення (а не лише успішність в школі) мають сильний зв'язок із заробітком людей, розподілом доходів та економічним зростанням». Когнітивні навички передбачають спроможність учнів:

- думати самостійно та обґрунтованим і ретельно продуманим чином вирішувати проблеми як самостійно, так і у співпраці з іншими;
- розмірковувати, осмислювати та вирішувати проблеми, використовуючи незнайому інформацію та нові процедури;
- робити висновки та знаходити рішення, аналізуючи зв'язки між проблемами, питаннями або умовами.

Школа, як і родина, є середовищем мікрорівня і є ключовою інституцією у формуванні розвитку дітей, їх просоціальних ставлень та поведінки. Є багато складних взаємодій між біологічними, особистими, соціальними характеристиками та характеристиками оточення, які впливають на людську поведінку. Така взаємодія формує цінності, переконання, ставлення і поведінку дітей, молоді та є надзвичайно важливою для фізичного, емоційного та соціального розвитку від дитинства до підліткового віку та від підліткового до дорослого віку. Школа може впливати на те, як діти та молодь сприймають прийнятність або неприйнятність різних видів позитивної та негативної поведінки. Відповідно, шкільні інтервенції можуть

Таблиця 12.

Види та дієвість профілактичних інтервенцій у школі

Інтервенція	Рівень ризику, на який спрямована інтервенція	Показник дієвості
Профілактична освіта на основі особистісних та соціальних навичок і соціального впливу	Універсальний та селективний Населення в цілому та групи ризику	*** Добрий
Шкільна політика та культура	Універсальний Населення у цілому	** Задовільний
Робота з індивідуальною психологічною вразливістю	Індикативний Особі групи ризику	** Задовільний

впливати на індивідуальну вразливість до ризиків, що стосуються специфічних форм поведінки, у тому числі пов'язаних із вживанням ПАР.

Профілактика в школі може бути актуальною для університетів або інших навчальних закладів вищої освіти. Студенти часто особливо схильні до ризику вживання ПАР. Це пов'язано з тим, що вони залишили родини й перейшли в середовище, де мають більшу незалежність та від них очікують контролю низки соціальних та пов'язаних із власним здоров'ям питань. Крім того, деякі речовини є більш доступними в середовищі шкіл та навчальних закладів. Там може існувати певна культура вживання ПАР у студентських організаціях та на різноманітних заходах.

Надзвичайно важливо створити та підтримувати позитивний клімат у школі. Школи також можуть відгравати важливу роль у запобіганні вживанню ПАР у, щонайменш, трьох додаткових сферах:

- підходи до поведінки — профілактика або відтермінування вживання ПАР молодими людьми за допомогою формування цінностей, норм, ставлення та переконань, які суперечать вживанню ПАР, та шляхом розвитку навичок спілкування з однолітками, які можуть запропонувати їм вжити такі речовини;
- профілактика в оточуючому середовищі — розробка раціональних, чітких та послідовно впроваджуваних політик щодо вживання та продажу всіх ПАР, включаючи алкоголь та тютюн, поблизу й на території школи та на всіх шкільних заходах;
- зменшення негативних наслідків, пов'язаних із вживанням ПАР — чуйне та співчутливе ставлення до учнів, які вживають ПАР, направлення їх до відповідних служб консультації та підтримки (включаючи лікування, якщо необхідно), допомога в зменшенні або припиненні вживання ПАР.

Наука про профілактику, дослідивши шкільні профілактичні інтервенції, показала, що вони сприяють досягненню кращих результатів у навчанні та зменшують ймовірність того, що учні залишатимуть школу, не закінчивши навчання (дві важливі навчальні цілі) (Gasper, 2011). Тому координатори з профілактики зможуть переконати школи та учнів у важливості приділення часу заходам з профілактики вживання ПАР.

Готовність школи

Насамперед, повинна бути оцінена готовність школи прийняти та впровадити програму або стратегію з профілактики вживання ПАР (Greenberg et al., 2005). Далі наведені основні питання до розгляду:

- чи є підтримка адміністрації у виділенні часу для профілактичної програми в шкільному розкладі?
- чи є персонал з відповідними навичками для впровадження програми?
- якою є ситуація з ресурсами, як оплатити матеріали для програми, організувати навчальний курс для вчителів, заміну вчителів, які знаходяться на навчанні, та подальшу технічну підтримку?
- чи є високоякісні навчальні курси та технічна допомога, які б допомогли персоналу школи успішно впровадити програму та відреагувати на майбутні виклики?

Важливо, щоб адміністрація школи та відповідні органи освіти підтримували програму та виконували керівну функцію, необхідну для її ефективного прийняття та впровадження (Sloboda et al., 2014; Wandersman et al., 2008). Однак, існує багато додаткових факторів. Школа повинна сформулювати бачення того, яке середовище вона хоче підтримувати для навчального та соціального розвитку учнів. До такого бачення додаються відповідні цілі, одна з яких — школа вільна від алкоголю, тютюнових виробів та інших ПАР.

Необхідно розробити плани для чіткого визначення ролей та відповідальності за впровадження профілактичних політик та інтервенцій, того, яким чином будуть оцінюватись результати і як оцінювання буде пов'язане з професійним розвитком. План також повинен включати оцінку можливостей школи щодо впровадження інтервенції.

Цілі профілактики в школі

Ефективні стратегії профілактики вживання ПАР розробляються з метою охоплення різних етапів розвитку дітей, підлітків, інших учнів та студентів (Ginsburg, 1982; UNODC, 2013). Як зазначено в Міжнародних стандартах UNODC, не всі заходи та програми профілактики в школі будуть ефективними для всього населення шкільного віку, тому необхідно впроваджувати інтервенції серед дітей тих вікових груп, для яких є докази ефективності.

Наприклад, для дітей **середнього дитячого віку** (6–9 років) стратегії профілактики вживання ПАР мають бути відносно простими та зосереджуватися на донесенні простих, чітких інструкцій — наприклад: «Лікарі дають вам ліки, коли ви хворієте, щоб зробити кращим стан вашого здоров'я; ліки можуть бути поганими для вас, якщо ви приймаєте їх без вказівки лікаря; давати ліки іншим може бути небезпечним, навіть якщо вони просять про це». Вчителі також можуть впроваджувати стратегії заохочення просоціальної поведінки та покарання за імпульсивну або неналежну поведінку.

Під керівництвом вчителів особи **раннього підліткового віку** (10–14 років) можуть розвивати позитивні цінності та ставлення, які не підтримуватимуть вживання ПАР та на які вони можуть спиратись у своїх рішеннях вживати чи не вживати ПАР. Учні можуть ознайомлюватись з політикою школи щодо ПАР та наслідків порушення таких правил. Вони краще розумітимуть, яким чином реклама намагається вплинути на їхні рішення щодо вживання алкоголю, тютюну та інших речовин, можуть дізнатись про негативні наслідки такого вживання та його вплив на почуття, сприйняття, здорову поведінку та мозок, який розвивається. Вони також повинні продовжувати розвиватись та практикувати низку особистих та соціальних навичок, що відповідають їхньому віку.

У **пізньому підлітковому віці** (15–19 років) учні повинні бути спроможними користуватись своїми цінностями, навичками в прийнятті рішень та іншими життєвими навичками, особливо наполегливістю або навичками «відмови», у ситуаціях, коли інші вживають або пропонують їм вживати ПАР. На цей час учні повинні знати про соціальні санкції, пов'язані з вживанням нелегальних речовин. І врешті, їх можна навчити різним стратегіям зменшення негативних наслідків вживання ПАР (Marlatt et al., 2011). Тут може йти мова про небезпеку водіння автомобілем під впливом алкоголю або користування транспортом, яким керує водій, що знаходиться під впливом ПАР.

Зрозуміло, що доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції повинні відповідати етапу розвитку дітей для того, щоб такі заходи були ефективними. Таким чином, наука про профілактику покладається на розуміння етапів розвитку дитини та способів, як найкраще вплинути на дітей на кожному з етапів.

Дані про вживання ПАР учнями

Дані про вживання ПАР учнями є корисними для розуміння масштабу їх вживання, включаючи види таких речовин. У попередніх главах ми говорили про важливість проведення оцінки потреб, яка передбачає збір та/або аналіз існуючих даних для опису проблеми вживання ПАР. Оцінка потреб для опису вживання ПАР учнями включає дані щодо видів ПАР, які вживаються, частоту вживання та способів вживання; джерела речовин, які вживаються; характеристики осіб, які вживають ПАР, включаючи гендер, вік, етнічну приналежність, район мешкання, прогули, фізичне й емоційне здоров'я; вік та речовину першого вживання.

Опитування учнів у шкільному середовищі вважаються найкращим загальним методом збору даних про вживання ПАР учнями. Такі показники формують ядро зусиль зі збору даних, які можуть включати інші види якісних та кількісних показників. Хоча проведення опитувань учнів є недорогим та надає найкращу інформацію щодо поточних тенденцій вживання ПАР, розробити їх, провести та опрацювати не просто. Крім того, такі дані аналізувати та тлумачити важко.

Школи можуть також користуватись результатами опитувань, які проводилися іншими організаціями. У такому випадку ми особливо рекомендуємо «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD)»²⁹ (Малюнок 23) та національне опитування ВООЗ щодо поведінки дітей шкільного віку, пов'язаної зі здоров'ям³⁰. Деякі країни можуть покладатися на національні опитування.

Хоча деякі з цих опитувань (та їх результати) можуть бути застарілими, вони все ж можуть проілюструвати важливі показники, які можна порівняти з опитуванням, проведеним на місцях. Вони також можуть використовуватись (дуже виважено) в якості прикладу для власного опитування школи, особливо якщо результати розбиті по регіонах або за густотою населення (міське у порівнянні з сільським). Однак, локальні дані майже завжди є кориснішими для місцевих політиків та осіб, які приймають рішення, ніж дані з регіональних або національних опитувань. Дуже легко відкидати результати, які викликають тривогу, якщо мова йде про дослідження на національному або регіональному рівні, говорячи, що вони не ілюструють дані про дітей з «нашої» громади.

29 <http://www.espad.org/>

30 <http://www.hbsc.org/>



Джерело: <http://www.espad.org/>

Застосування теоретичних знань

Теорії пізнання та навчання, а також теорія запланованої поведінки можуть застосовуватись у шкільних профілактичних інтервенціях. Школа — не лише місце для навчання, вона включає людей — учнів та персонал, які взаємодіють протягом дня. Тому, як і вдома, де батьки взаємодіють з дітьми в профілактичних інтервенціях у родині, у школі персонал взаємодіє з учнями для донесення таких ефективних інтервенцій. Ці інтервенції включають навчальну програму, шкільну політику та шкільне середовище. Було виявлено, що саме навчальна програма є найбільш ефективною в отриманні довготермінових профілактичних результатів. Про неї йдеться в цій главі. Про шкільну політику та середовище йтиметься у Главі 7.

Навчальна програма з профілактики передбачає інтервенцію, яка проводиться в класах, аудиторіях школи з індивідуально підібраним набором заходів, які б відповідали конкретним навчальним цілям. Шкільна політика у сфері профілактики вживання ПАР передбачає набір написаних правил або регулювання вживання ПАР у школі чи на її території. Ці правила включають визначення порушень (що відбувається, коли порушуються правила) та наслідки таких порушень. Шкільний клімат передбачає якість та характер шкільного життя. Він засновується на досвіді шкільного життя учнів, батьків та персоналу установи та відображає норми, цілі, цінності, міжособистісні відносини, практику навчання та організаційні структури.

Два десятиліття досліджень та оцінювань у школах продемонстрували, які інтервенції працюють і які з них не отримали доказів ефективності (Таблиця 13).

Більш того, багато профілактичних інтервенцій показують позитивні результати одразу після завершення, однак, менша кількість інтервенцій показує результати, якщо вони оцінюються після проходження довгих періодів часу, наприклад, через рік. Наскільки серйозна ця проблема? Зрозуміло, що бажано, аби термін між інтервенцією та оцінкою її результатів вимірювався роками, а не місяцями (чи навіть тижнями); краще обирати інтервенції, які продемонстрували довготерміновий вплив. Однак, якщо інтервенції і обмежені короткотерміновими ефектами, вони можуть вважатись успішними, якщо відтермінують перше вживання ПАР на ключових етапах розвитку. Для цільових груп також можуть бути корисними повторювані профілактичні заходи на різних етапах розвитку.

Крім того, існує аргумент, що навряд чи можна очікувати від профілактичних програм довготермінових ефектів, якщо учні постійно бачать образи у своєму соціальному оточенні, які спокушають вживати ПАР (наприклад, у популярній культурі, рекламі та інших видах маркетингу), та бачать дорослих, які вживають та отримують задоволення від таких речовин, як тютюн та алкоголь, без очевидних негативних ефектів. Тому нелогічно очікувати, що одна інтервенція з профілактики вживання ПАР буде достатньою.

Таблиця 13.

Що працює та не працює у профілактиці в школі

Працює	Не працює
Донесення та структура	
Інтерактивні методи Добре структуровані навчання та групова робота Дотримання програми	Дидактичні методи, такі як лекції Неструктуровані, спонтанні навчання Покладання та судження на інтуїцію вчителів
Донесення підготовленим професіоналом або вчителем	Докази профілактичних програм, які проводяться однолітками, у порівнянні з тими, які викладаються дорослими, є слабкими
Впровадження близько 10–15 щотижневих сесій	Будь-які одноразові заходи
Багатокомпонентні програми	Докази цінності «додаткових» сесій у наступні роки є слабкими
	Постери та памфлети
Зміст	
Навички комунікації, прийняття рішень та вирішення проблем	Надання учням інформації, фактів про конкретні речовини, що зробить їх більш інформованими споживачами
Стосунки з однолітками, особистісні та соціальні навички	Розповіді про власний досвід осіб, які у минулому вживали ПАР. Це може призводити до того, що вживання ПАР буде виглядати як щось гламурне та сенсаційне
Самоефективність та наполегливість, впевненість в собі	Зосередження уваги лише на розбудові підвищенні самооцінки у собі
Навички відмови від ПАР, посилення особистої налаштованості проти вживання ПАР	Вибіркове тестування на вживання ПАР
Посилення негативного ставлення до ПАР та норм їхнього вживання	Лякаюча статистика та історії, які перебільшують та неправильно представляють небезпеку вживання ПАР та часто протирічать досвіду учнів та їхніх однолітків
Підтримка звички навчатися та академічних досягнень	

Адвокати профілактики повинні враховувати, що, відповідно до EDPQS (Глава 3), профілактичні заходи повинні бути частиною довготермінової стратегії і вірогідність їхньої успішності більша за умов впровадження профілактичної політики в оточуючому середовищі (Глава 7) для просування здорового поведінкового способу життя.

Профілактичні інтервенції, які відповідають віковій та етаповій розвитку, повинні бути інтегровані в загальний зміст освіти — від дитячого садочка до закінчення середньої школи, як у класі, так і поза класом.

Доказово обґрунтовані програми

Перспективність наведених нижче інтервенцій була підтверджена проведеними в низці європейських країн оцінюваннями. Вибір цих програм заснований на рейтингу в реєстрі «Xchange» EMCDDA. Ми включаємо цю інформацію, щоб допомогти вам у вашому пошуку інтервенції, яка відповідала б вашим умовам.

«Unplugged» — шкільна програма, яка поєднує компоненти критичного мислення, прийняття рішень, вирішення проблем, креативного мислення, ефективної комунікації, навичок міжособистісних стосунків, розуміння та знання себе, емпатії, подолання емоцій та стресу, нормативних переконань та знань щодо шкідливої дії ПАР на здоров'я.

Навчальна програма складається з 12 одногодинних частин для викладання один раз на тиждень вчителями, які пройшли навчальний курс, що триває 2,5 дні. Реєстр «Xchange» дав рейтинг цій програмі: «корисна» — означає вірогідність того, що вона буде ефективною в різних середовищах.

«Гра в хорошу поведінку» (GBG) є шкільною стратегією управління поведінкою для молодшої школи, яку вчителі використовують разом із стандартною навчальною програмою школи. Ця стратегія отримала рейтинг «вірогідно корисної» в реєстрі «Xchange». Це означає, що, хоча дослідження й показали її ефективність, в Європі потрібно провести більше роботи, щоб упевнитись в цьому. «Гра у хорошу поведінку» використовує командну гру для цілого класу, спрямовану на соціалізацію дітей та заохочення до гри учнів з метою зменшення агресивної, деструктивної поведінки, яка є фактором ризику, що може призвести до вживання ПАР у підлітковому та дорослому віці, антисоціальних розладів особистості, насилля та кримінальної поведінки.

У класі, де грають у цю гру, вчитель поділяє дітей на команди, збалансовані щодо статі та агресивної, ізольованої, сором'язливої поведінки. Основні правила поведінки розміщуються в класі та за потребою переглядаються. Кожна команда отримує призи та заохочення, якщо члени команди допускають чотири або менше порушень поведінки в класі під час періоду гри.

У перші тижні інтервенції в гру грають три рази на тиждень, кожного разу по 10 хвилин на день, коли класне середовище не таке структуроване та учні працюють незалежно від вчителя. Періоди гри збільшуються в часі та частоті з регулярними інтервалами; через півроку в гру можуть грати кожного дня. Спочатку вчитель оголошує старт гри та роздає призи по її закінченню.

Пізніше вчитель відкладає роздачу призів до закінчення шкільного дня або тижня. З часом в гру грають в інший час доби, під час інших видів діяльності, в інших місцях, так, аби на початку вона була повністю передбачуваною в часі та місці та із негайним заохоченням, а також поступово ставала непередбачуваною, із відкладеним заохоченням. Таким чином, діти відчувають, що гарна поведінка очікується від них у будь-який час та в будь-якому місці.

«KiVa» — програма проти цькування (булінгу), яка отримала перспективні відгуки у Фінляндії та використовувалась також в Естонії. Програма спрямована на дітей у віці 5–11 років і використовує універсальні та індикативні стратегії. Вона намагається посилити просоціальну поведінку та емоційне благополуччя. Програма ще не занесена до реєстру «Xchange», але має рейтинг перспективної в реєстрі проєктів Blueprints (США), а це означає, що високоякісні дослідження вказали на її ефективність.

Робоче місце та профілактика

У суспільстві «робоче місце» або середовище робочого місця є фізичним місцем, де люди працюють. Мова йде про ферми, школи, урядові та неурядові організації, заводи та фабрики, магазини, установи охорони здоров'я, збройні сили, великі компанії тощо.

У деяких людей, наприклад, у тих, хто працює в торгівлі, на транспорті та в перевезеннях, немає єдиного фізичного робочого місця. Згідно досвіду багатьох індустріалізованих країн, робоче місце — одна з ключових установ у суспільстві у зв'язку із тим, що значний відсоток дорослих працює та бере участь у певній робочій діяльності. Крім того, робота рухає економіку та економічне зростання. Проблеми вживання ПАР є особливо актуальними в промисловості, де існують питання безпеки або де недосагнення певних результатів працівником може призвести до серйозних наслідків. Це включає сферу будівництва, сільське господарство, транспортну сферу, владу, інформаційні й комунікаційні технології, фінансовий сектор тощо (EMCDDA, 2017b, с. 143).

Середовище робочого місця може надати можливість для додаткового навчання та освіти для працівників, продовжуючи для дорослих те, що робили родина та школа для дітей та підлітків. Більш того, робоче місце створює можливості для нового досвіду, нових норм та нової поведінки, яка може відрізнятись від того, що було засвоєне в родині або школі.

Через те, що дорослі зазвичай проводять значний період часу на робочому місці, те, наскільки робоче місце їх задовольняє або наскільки воно спричиняє стрес та виснажує, може мати значний вплив на здоров'я та благополуччя працівників та, у свою чергу, на їхню схильність мати проблеми, пов'язані із вживанням ПАР.

Frone (2013) розрізняє вживання ПАР, пов'язане з робочим місцем, та вживання ПАР, пов'язане з робочою силою.

- Вживання ПАР та їхній вплив на здоров'я, пов'язані з робочим місцем, передбачають, що це відбувається на роботі або в робочі години. Це може означати вживання речовин на робочому місці

або перед початком роботи, коли вплив на здоров'я відбувається під час робочого часу та/або коли працівник на роботі, хоча й не знаходиться безпосередньо в середовищі робочого місця.

- Вживання ПАР та їхній вплив на здоров'я, пов'язані з робочою силою, означають, що це відбувається за межами середовища робочого місця та не під час робочого часу.

Фактори середовища робочого місця можуть створювати сприятливий клімат для вживання речовин на робочому місці. Вони включають:

- сприйняття, що ПАР є нібито доступні на робочому місці, включаючи легкість доступу (наприклад, алкоголь у столовій, алкоголь як частина святкування на роботі, працівники, які полегшують доступ до нелегальних речовин);
- наявні соціальні сформовані норми: значна частина колег особи на роботі вживає ПАР або працює під впливом таких речовин;
- норми у формі заборони: нормативне схвалення або несхвалення членами соціальної мережі осіб, що вживають ПАР на роботі, та сп'яніння на робочому місці.

Останній фактор включає також культуру робочого місця, яка підтримує вживання ПАР для підвищення результативності та спроможності виконати велику кількість роботи у короткі терміни, або де психоактивні речовини вважаються частиною розбудови взаємин з колегами та (потенційними) клієнтами.

Окрім загальних факторів ризику для вживання ПАР, які впливають на все населення, також фактори стресу на робочому місці, наприклад, високий рівень вимог, відсутність контролю над ситуацією, нестабільна зайнятість, можуть підвищувати вірогідність вживання ПАР працівником. У такому випадку речовини вживаються в якості методів зменшення напруги та стресу, щоб допомогти співробітнику подолати ситуацію. Вважається, що частіше стикання зі стресовими факторами на роботі або їх очікування веде до частішого та більшого вживання ПАР, неодноразово перед, під час або після робочого дня. Однак, більшість проблем із вживанням ПАР пов'язані з робочою силою. Це означає, що вживання психоактивних речовин відбувається не на роботі, хоча така поведінка все ж таки може негативно вплинути на результат роботи. Негативні наслідки такого вживання ПАР можуть включати не вихід на роботу, запізнення, втрату роботи, хвороби та значні медичні витрати. Вживання ПАР, пов'язане з робочим місцем, також може призводити до зменшення рівня безпеки робочого середовища, підвищення рівня стресу на роботі та гіршого морального духу серед співробітників, які не вживають ПАР на робочому місці.

Немає оцінок впливу вживання речовин на робочу силу для всього ЄС, як і оцінок такого впливу в окремих країнах із використанням послідовної методології. Крім того, EMCDDA не збирає дані щодо проведення профілактики вживання ПАР у робочому середовищі в ЄС. Однак, корисними можуть бути дослідження, проведені в окремих країнах-членах. Наприклад, у Великій Британії дослідники дійшли висновку, що вживання алкоголю веде до втрати 11–17 мільйонів робочих днів, що коштує 1,8 мільярдів британських фунтів на рік (Plant Work, 2006).

Вживання ПАР, пов'язане з робочою силою, є особливою проблемою для професій, які є критичними для безпеки інших, коли працівники несуть відповідальність за благополуччя інших людей (пілоти, лікарі, техніки з безпеки), коли вплив ПАР може мати серйозні наслідки. У Франції 15–20% інцидентів, пов'язаних з роботою залізниць, були прямо пов'язані із вживанням алкоголю або інших ПАР (Ricordel and Wenzek, 2008).

Готовність організації

Одним із елементів оцінки потреб є розуміння, де знаходиться певне середовище робочого місця по відношенню до його здатності до організаційних змін та готовності прийняти певну практику просування здорового способу життя — у нашому випадку профілактики вживання ПАР. Було розроблено низку теорій з метою зрозуміти, як відбуваються зміни в організації. Наприклад, відповідно до Теорії етапів вважається важливим знати, де на шляху організаційних змін знаходиться організація до того, як впроваджувати превентивну політику або інтервенцію.

Теорія етапів (Stage Theory, Kaluzhny and Hernandez, 1988) описує чотири етапи, які проходить організація до того, як зміни або інновації приймаються або набувають офіційного статусу.

1. **Перший етап** — усвідомлення проблеми й того, що є рішення, які можуть допомогти її розв'язати. Ціль заходів на цьому етапі — допомогти організації усвідомити, зрозуміти, що існує проблема, яку необхідно вирішити.

2. **Другий етап** — організація починає планувати, приймати політики та інтервенції для вирішення проблеми, яку було визнано на першому етапі. Цей етап може включати визначення ресурсів та адаптацію до інтервенцій, які планують впроваджувати.
3. **Третій етап** — впровадження, що передбачає усі практичні аспекти донесення політики та інтервенції.
4. **Четвертий етап** — інституціоналізація, тобто процес, коли нова політика або практика стає стандартною частиною діяльності на робочому місці.

Характеристика профілактики на робочому місці відповідно до форм профілактики

Є чотири аспекти, пов'язані з профілактикою в середовищі робочого місця (Малюнок 24), які ми більш детально обговоримо в цій частині.

Універсальна профілактика

- Політика на робочому місці. Така політика є універсальною профілактичною стратегією, адже вона, зазвичай, спрямована на вживання ПАР усіма співробітниками.
- Просвітницька діяльність з питань профілактики вживання ПАР. Така діяльність забезпечується для всіх співробітників та керівництва й повинна включати інформацію щодо ПАР, їх негативного впливу на здоров'я та благополуччя працівників.
- Посилення соціальної підтримки. Просуваючи важливість згуртованості колективу та підтримки серед співробітників, ви можете підвищити соціальні норми середовища робочого місця проти вживання ПАР.

Селективна профілактика

Конфіденційна перевірка. Зазвичай, передбачає скринінг співробітників, які мають ризик вживання ПАР або проявляли проблемну поведінку на робочому місці.

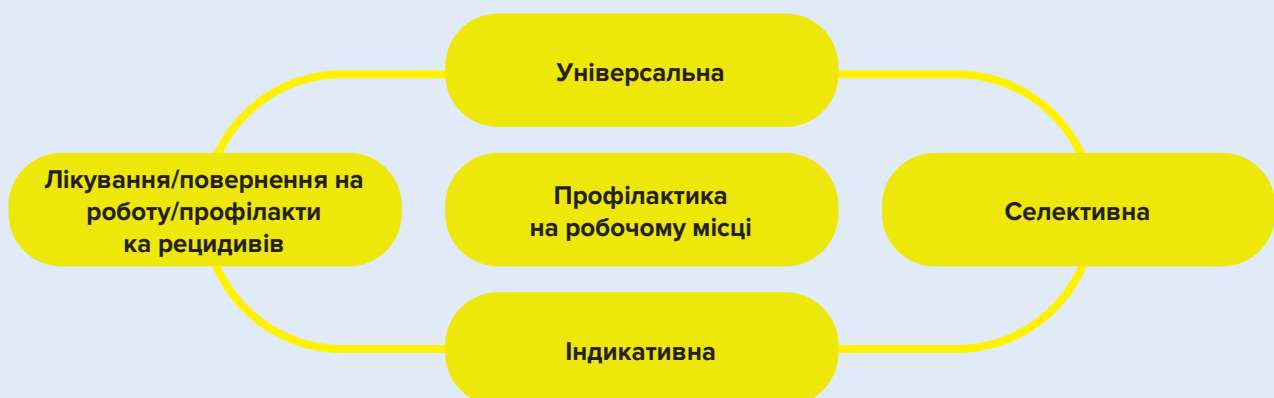
- Програми підтримки співробітників. Такі програми створюються, щоб допомогти визначити та вирішити проблеми продуктивності співробітників, які страждають від перших особистих проблем.

Індикативна профілактика

- Конфіденційні оцінювання щодо вживання ПАР. Мета — ідентифікувати співробітників, які потребують скеровування до коротких інтервенцій або довготермінового лікування.
- Короткі інтервенції. Це систематичні, сфокусовані процеси, які мають на меті вивчення потенціальних проблем зі вживання ПАР та мотивування осіб щодо зміни своєї поведінки.

Говорячи про профілактику в середовищі робочого місця, важливо сказати про політики та інтервенції, що спрямовані на співробітників, які потребують лікування, проходять його та повертаються на роботу й реінтегруються в робочий колектив. Хоча, з технічної точки зору, це не є профілактикою, ця навчальна програма включає лікування, повернення на роботу та профілактику рецидиву як ключової частини всеохоплюючого підходу профілактики вживання ПАР на робочому місці.

Мал. 24. Види профілактики на робочому місці



Мета — не покарати, а попередити нове вживання речовин, його ескалацію та, в разі необхідності, ідентифікувати співробітників, які вживають ПАР, та показати їм чіткий шлях до лікування та реінтеграції в середовище робочого місця. Після реінтеграції таким співробітникам потрібна постійна підтримка для попередження рецидиву вживання ПАР. Портал найкращих практик EMCDDA містить секцію щодо профілактики в середовищі робочого місця, яка надає огляд рекомендованих підходів³¹. EMCDDA опублікував інструкцію щодо підходів соціальної реінтеграції з метою покращення результатів працевлаштування осіб, які проходять лікування, і яка включає розділ щодо заходів, пов'язаних з робочим місцем.³² Опублікований у США Інструментарій щодо робочого місця, вільного від наркотиків, хоча і є тісно орієнтованим на національне законодавство, становить суттєвий інтерес, оскільки включає рекомендації щодо розробки політик, освіти працівників, навчання для керівництва, програм підтримки співробітників, які мають серйозніші проблеми, а також тестування на вживання ПАР (див. «Тестування на вживання ПАР» нижче щодо важливого обговорення цієї теми в ЄС)³³.

Всеохоплююча політика профілактики в середовищі робочого місця, зазвичай, зосереджена на трьох сферах: (1) середовище робочого місця, (2) соціальна взаємодія і підтримка колег та (3) індивідуальне вживання ПАР (Малюнок 25). Це означає, що політика та інтервенції на робочому місці можуть фокусуватися на змінних особистих, соціальних факторах та факторах суспільного середовища, які впливають на ймовірність вживання ПАР. Компоненти загального профілактичного підходу повинні охоплювати усі три зазначені цілі.

Середовище робочого місця:

- запровадити політику щодо вживання ПАР на робочому місці в письмовому вигляді;
- змінювати середовище робочого місця з метою забезпечення якісних умов на роботі та у відношенні доступу до алкоголю та інших ПАР;
- проводити навчання для керівництва та осіб, які здійснюють нагляд;
- забезпечити охоплення всього середовища робочого місця;
- відповідати культурі організації.

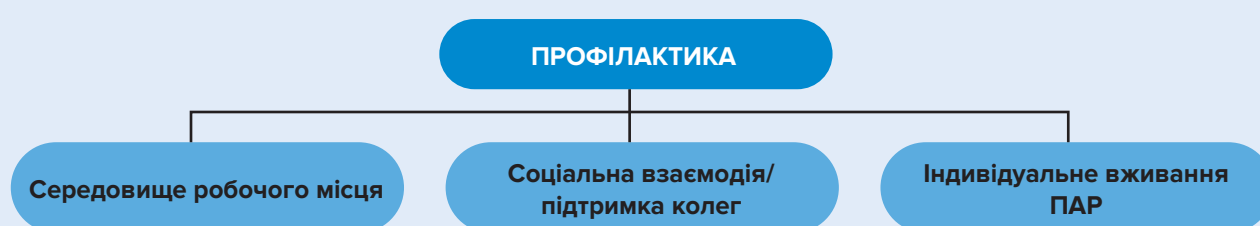
Соціальна взаємодія/підтримка колег:

- розробляти програми підтримки колег;
- створювати чіткі політики соціального контролю щодо вживання ПАР на робочому місці та встановлення норм щодо вживання алкоголю в робочий час.

Індивідуальне вживання ПАР:

- зробити доступними програми допомоги співробітникам;
- розглядати вживання ПАР як питання здоров'я та безпеки;
- включити питання вживання ПАР у політику забезпечення загального добробуту працівників;
- проводити конфіденційний скринінг та ідентифікацію осіб, які вживають ПАР, з метою їх направлення до програм лікування та, відповідно, реінтеграції в робочий колектив;
- включити конфіденційне тестування на вживання ПАР лише як частини загальної багатокомпонентної інтервенції.

Мал. 25. Охоплююча профілактика в середовищі робочого місця



31 http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace_en

32 http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

33 <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

Перешкоди

Незважаючи на переконливі причини для організацій впроваджувати політики та інтервенції з профілактики вживання ПАР, багато з них неохоче впроваджує такі програми. У той час, коли профілактика інших явищ активно підтримується, вживання ПАР часто продовжують ігнорувати. Основна причина цього неохочого ставлення та основний бар'єр для впровадження — це стигматизація, пов'язана з цим питанням.

Організації так само не бажають розглядати питання потреби вивчення поширеності вживання ПАР серед персоналу та проведення інтервенцій для вирішення або попередження цієї проблеми. У багатьох культурах вживання алкоголю та ПАР вважаються моральним падінням та, перш за все, юридичним питанням, а не питанням здоров'я чи безпеки.

Інші перешкоди для впровадження включають:

- толерантне ставлення з боку контролюючих осіб щодо певної поведінки, пов'язаної із вживанням ПАР;
- витрати на впровадження профілактичної інтервенції;
- вживання ПАР часто вважається особистим, а не робочим питанням, тому організації не бажають вказувати працівникам, що вони можуть або не можуть робити у своєму особистому житті.

Тестування на вживання ПАР

Хоча тестування на вживання ПАР існує вже декілька десятиліть, воно вважається суперечливим у багатьох організаціях та країнах. У Європі часто застосовується пропорційний підхід: тестування проводиться серед співробітників, які задіяні в роботах підвищеного ризику (див. вище), але не серед тих, для яких не є обов'язковим дотримання фізичних та психічних стандартів, які визначає тестування на вживання ПАР (тобто абсолютно не вживати ПАР). Для багатьох організацій та країн первинною є підтримка балансу між безпекою співробітників, питаннями дискримінації та захисту приватного життя.

Інше важливе питання полягає в тому, що метаболіти речовин можуть залишатися в біологічному матеріалі довгий час після їх вживання (у випадку волосся — багато місяців). Тому тестування надає недостатньо доказів, що особа знаходиться під впливом ПАР. До прийняття рішення, чи впроваджувати тестування на вживання ПАР, організаціям слід вивчити відповідне національне законодавство, яке є різним у різних країнах.

Незалежно від підходу, обраного роботодавцем, тестування на вживання ПАР не є профілактикою. Хоча дослідження й показали певний його позитивний вплив на вживання ПАР працівниками, але це не є профілактичною інтервенцією, адже тестування не спрямоване на поведінкову етіологію та додаткові потреби, пов'язані із вживанням ПАР. Отже, тестування може впроваджуватись лише як частина загальної профілактичної політики та підходів до профілактики вживання ПАР.

Глава 7

ПРОФІЛАКТИКА В ОТОЧУЮЧОМУ СЕРЕДОВИЩІ

ЗМІСТ

1. Оточуюче середовище та його вплив.
2. Визначення.
3. Соціалізація та інтервенції для оточуючого середовища
4. Профілактичні підходи, пов'язані з оточуючим середовищем в школі та на робочому місці
5. Політики з профілактики вживання тютюну та алкоголю, спрямовані на оточуюче середовище/популяцію.
6. Стратегії для місць розваг.

Ця глава містить визначення профілактики в оточуючому середовищі, описує актуальні підходи та дає рекомендації щодо розробки профілактичної політики для оточення в школах та на робочому місці. Обговорюються характеристики та докази ефективності політик проти тютюну та алкоголю з метою визначення найкращих практик формування політики в цій сфері. «Нічне життя» є важливим (хоча часто ця тема ігнорується) середовищем проведення профілактичної роботи. У главі також йтиметься про профілактичні інтервенції для «нічного життя» та їхні характеристики.

Звіт EMCDDA щодо підходів до профілактики серед оточуючого середовища можна знайти на його веб-сайт (34)³⁴.

Оточуюче середовище та його вплив

Який вплив має соціальне середовище на переконання, ставлення та поведінку особи? Воно формує соціальні норми та впливає на переконання щодо ризиків та наслідків поведінки, наприклад, вживання ПАР та на те, як долати стресові ситуації. Поведінка, за якою спостерігають, наприклад, вживання ПАР серед однолітків та/або інших впливових осіб, сприймається як норма. Більш того, те, як громада впроваджує закони або правила, впливає на те, як її мешканці оцінюють терпимість або схвалення такої поведінки, як вживання ПАР.

Профілактичні інтервенції для оточуючого середовища мають на меті обмеження існування нездорових та ризикованих поведінкових можливостей та просування доступності здорових можливостей. Це особливо важливо в тих середовищах, де є тригери ризикованої поведінки. Іншими словами, це досягається через зміну умов, за яких відбувається вживання ПАР, тобто в суспільстві або в конкретних місцях, наприклад, магазинах, де продають алкоголь, громадських місцях або розважальних закладах.

На відміну від підходів, метою яких є вплив на навички та усвідомлення окремих осіб або груп, інтервенції для оточуючого середовища спрямовані на знайомі звички та поведінку в цілому, тому немає потреби покладатись на цільові групи, які роблять обдуманий та свідомий (більш здоровий) вибір. Мета — зробити здоровий вибір найпростішою опцією. Наприклад, суспільство може підняти податок на тютюн та підвищити ціну на цигарки, запобігати купівлі таких товарів неповнолітніми за допомогою відповідного законодавства та регулювання, знизити ціни на безалкогольні напої в місцях відпочинку або забороняти магазинам біля шкіл продавати алкоголь.

Такі інтервенції використовують середовище для непрямого впливу на конкретну популяцію. Вони не передбачають прямого контакту з нею, як це було б у рамках шкільних або родинних інтервенцій. Перевага інтервенцій для оточуючого середовища полягає в тому, що, якщо вони правильно впроваджуються, то можуть охопити ширший діапазон та дати кращі результати, ніж поведінкові інтервенції. Однак, для досягнення найбільшого позитивного впливу на вживання ПАР поведінкові інтервенції та інтервенції в оточуючому середовищі повинні доповнювати одна одну та впроваджуватись узгоджено.

Огляд прикладів з визначеннями в розділі нижче вказує на те, що «об'єднаний» підхід є необхідним для успішного донесення профілактичних інтервенцій для оточуючого середовища. Необхідно переконувати фахівців різних секторів (багато з яких не вважатимуть, що профілактика вживання ПАР стосується їхньої компетенції) в тому, що вони відіграють важливу роль у профілактиці вживання ПАР, та прийняті ними рішення можуть зробити середовище кращим і здоровішим.

Визначення

Інтервенції для оточуючого середовища можна поділити на три основні категорії: регуляторні, фізичні та економічні, хоча між ними існує тісний взаємозв'язок (EMCDDA, 2018b).

Регуляторні підходи передбачають зміни в правовому середовищі, що визначають, яка поведінка є дозволеною. Сюди належать закони, які регулюють доступ до речовин, наприклад, обмеження за віком, регуляції щодо медикаментів та нелегальних ПАР, заходи, які регулюють поведінку після споживання таких речовин, наприклад, як закони щодо керування автомобілем у стані сп'яніння, або заборона продавати алкоголь особам, стан сп'яніння яких є очевидним. Регуляторні підходи також

34 http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en

охоплюють практики виробництва та роздрібного продажу потенційно шкідливих товарів або маркетинг товарів таким чином, щоб (вразливі) споживачі були захищені від реклами, яка б представляла товар некоректно або просувала б споживання ПАР. Обмеження за віком, визначення годин роботи пунктів продажу, стандартизований спрощений дизайн пакування тютюнових продуктів та заборона спонсорства спортивних заходів компаніями, які виробляють алкоголь, є прикладами регуляторних підходів. Деякі країни здійснюють інтервенції шляхом встановлення вимоги до установ забезпечувати безкоштовну питну воду як умову отримання ліцензії на розважальну діяльність або роздрібний продаж алкоголю. Однак, регулювання виробництва, дистрибуції або продажу більшості нелегальних ПАР відсутнє. Єдиний існуючий контроль — діючі закони, мета яких зменшити доступність ПАР, та рішучі заяви, які підкріплюють суспільні норми, скеровані проти їх вживання. Оскільки виробництво таких речовин не контролюється, їх можуть змішувати з іншими речовинами, які, вочевидь, є небезпечними для здоров'я. Природні продукти, які є основою деяких ПАР, наприклад, канабіс, опіумний мак та листя коки знищуються в разі їх виявлення, або ж фермери, які вирощують їх, можуть отримувати гроші, щоб припинити це робити (політика заміни вирощуваних культур).

Фізичні підходи, спрямовані на зміну фізичного середовища, де люди здійснюють вибір та де трапляється така поведінка. Сюди входить як мікросередовище, наприклад, дизайн барів та нічних клубів (щоб не заохочувати до надмірного та швидкого споживання алкоголю), так і макросередовище, наприклад, планування міст та ландшафтів (забезпечення безкоштовним транспортом у нічний час, комплексна система надання транспортних послуг по всьому місту, благоустрою районів в неблагополучних місцевостях). Фізичні інтервенції можуть стосуватись конкретних речей та структур середовища. Наприклад, великий інтерес викликає посуд — як склянки для напоїв можна зробити такими, щоб люди споживали менше алкоголю, ніж вони хочуть (наприклад, зробивши склянки високими та тонкими, але меншими за об'ємом).

Економічні підходи зосереджені на дійсних та потенційних споживачах через встановлення податків, цінової політики та субсидій для заохочення здорового вибору. Наприклад, більшість європейських країн увели високі податки на тютюнові продукти, а деякі — гранично мінімальні ціни за одиницю алкогольної продукції з метою зниження доступності шкідливих продуктів. Здоровий вибір можна стимулювати зниженням ціни на безалкогольні напої, забезпеченням питною водою в місцях відпочинку та розваг (паби та бари).

«Реагування, пов'язане з охороною здоров'я та соціальне реагування на проблему наркотиків: Європейські рекомендації» (the Health and social responses to drug problems: a European guide, EMCDDA, 2017b)³⁵ — це один із документів, який містить інформацію та огляд поведінкових аспектів, які лежать в основі профілактики в оточуючому середовищі.

Соціалізація та інтервенції для суспільного середовища

Фахівці у сфері профілактики просувають позитивну соціалізацію дітей в суспільстві. Спершу соціалізація моделюється в родині, далі процес соціалізації продовжується в школі, потім і в інших середовищах, які допомагають керувати відповідною поведінкою через норми, закони та регулювання. Ці поведінкові інтервенції поєднують в собі підхід соціалізації та профілактики. Вони створені для допомоги з метою розтлумачити інформацію або підказки в своїх соціальних та емоційних контекстах, щоб зрозуміти, що від них очікують та що є належною поведінкою. Вони допомагають приймати рішення щодо результатів або наслідків певної поведінки в середовищі та навчитись на практиці використовувати нові вміння або поведінку, наприклад, навички виховання та навички відмови.

Отже, як працюють інтервенції для оточуючого середовища? Виявлення загроз та можливостей в оточуючому середовищі та скеровування на них інтервенцій, які можуть вплинути на тих, для кого ці загрози актуальні, є суттю інтервенцій для оточуючого середовища. Здорове оточуюче середовище — позитивне місце, яке максимізує сильні сторони суспільства та мінімізує існуючі негативні впливи. Такі інтервенції розробляються з метою зміни умов, за яких люди приймають рішення:

- фізичне середовище — обмеження доступності алкогольних, тютюнових продуктів та інших речовин;
- соціальне середовище — впровадження норм та ставлень, що підтримують невживання ПАР.

35 http://www.emcdda.europa.eu/document-library/applying-behavioural-insights-drug-policy-and-practice-opportunities-and-challenges_en

Окрім фізичних обмежень, є прийняті закони та політики, мета яких — контроль за доступом до алкогольної продукції. Більшість країн встановили мінімальний вік, коли особа може купувати алкогольну продукцію — 18-19 років. У деяких країнах немає обмеження за віком, а деякі заборони продажу взагалі введені з релігійних переконань.

Звичайно, люди можуть мати доступ до алкоголю й поза регульованим середовищем та контролем, а дехто може самостійно виробляти алкогольні продукти. З цієї причини важливо впроваджувати поведінкові інтервенції для попередження вживання ПАР, щоб люди мали навички контролю вживання алкоголю.

Для впливу на поведінку в соціальному середовищі часто необхідним є просування ініціатив з формування політики, кампаній та інших способів донесення, спрямованих на впровадження норм, які підтримують невживання ПАР. Такі кампанії та політичні ініціативи розробляються з метою впливу на обізнаність та на ставлення громадськості до вживання ПАР, просувають заходи та закони, які запобігають такому вживанню або його наслідкам. Часто такі зусилля дають змогу змінити норми поведінки цільових груп. Наприклад, профілактичні кампанії, які просувають батьківський моніторинг, створюють «нову норму» для цільової аудиторії такої кампанії. Заходи охорони громадського здоров'я з припинення пасивного паління, які часто впроваджено шляхом нормативно-правового регулювання, також введено в дію завдяки започаткуванню нових соціальних норм з повідомленням «паління заборонено».

Профілактичні підходи, пов'язані із оточуючим середовищем, у школі та на робочому місці

У цьому підрозділі ми розглянемо інтервенції для оточуючого середовища, які передбачають впровадження політик у середовищах мікрорівня, в основному, у школах та на робочому місці, з метою проаналізувати, яким чином вони допомагають організувати безпечне, здорове та продуктивне середовище для навчання та роботи. Такі середовища мікрорівня краще підходять для вимірювання впливу політики. І саме тому проведено більше досліджень щодо підходів до профілактики вживання ПАР у цих середовищах, ніж інших загальнодоступних досліджень щодо суспільства та інших середовищ макrorівня.

Як ми вже зазначали, ці два рівні середовищ не є незалежними один від одного: вони взаємодіють та впливають на цінності, переконання, ставлення та поведінку, у тому ж числі на вживання ПАР. І, врешті, варто додати, що інтервенції для оточуючого середовища дають можливість створити послідовну політику між всіма середовищами так, щоб політики проти вживання ПАР працювали вдома, у школі, на робочому місці та в суспільстві, таким чином впроваджуючи соціальні норми, що не допускають вживання молоддю ПАР.

Шкільні політики

Шкільні політики щодо вживання ПАР — це невід'ємна та життєво важлива частина всеохоплюючого підходу профілактичних інтервенцій. На жаль, часто вони розробляються випадковим чином та не-систематично, розглядаються як справа, яку потрібно зробити «для галочки», і тому забуваються в переліку шкільних політик. Натомість, шкільні політики повинні включати заходи, які можна відносно легко впровадити в школах та які демонстрували б скоординоване та всеохоплююче реагування на вживання ПАР, просуваючи при цьому здоровий спосіб життя.

Всеохоплюючі політики важливі з низки причин та повинні включати важливі заходи та цілі, які зосереджені не лише на вживанні ПАР, але й на підходах, мета яких - створення в школі здорового середовища та атмосфери взаємопідтримки.

- Політики, які обмежують вживання ПАР, допомагають встановити соціальну норму, яка свідчить про нетолерантне ставлення до вживання таких речовин. Якщо учні бачитимуть, що паління та вживання алкоголю не дозволяється на території школи та на шкільних заходах, то менше спостерігатимуть потенційні рольові моделі, які б демонстрували таку поведінку. В результаті нормативні переконання учнів, що вживання ПАР є недопустимим, посилюватимуться.
- Політика також може встановлювати обмеження в оточуючому середовищі та може впливати на доступ до ПАР.

- У ширшому сенсі необхідно розробляти політики, які дають змогу учням відчувати, що школа піклується про їхній добробут та що загальношкільний підхід спрямований на підтримку емоційного та позитивного соціального розвитку стосунків з однолітками та дорослими в школі. Шкільні політики також можуть включати заходи, які дають можливість учням брати участь в організації та управлінні школою, сприяючи розвитку відчуття згуртованості та зв'язку між персоналом та учнями.
- Цензура та покарання у випадках вживання ПАР можуть мати місце в політиці школи, але вони повинні бути пропорційними, впроваджуватись послідовно та не бути в пріоритеті над іншими аспектами. Випадки вживання ПАР дають можливість надати індивідуальну підтримку учням або ввести чи посилити профілактичні заходи в класі.

Структура шкільної політики щодо вживання ПАР часто включає формулювання мети, що пояснює потребу створення та підтримки безпечного, здорового та вільного від вживання ПАР середовища з метою підтримки здорового розвитку всіх учнів та забезпечення досягнення їхнього успіху в навчанні. Багато політик також зобов'язують школу впроваджувати інтервенції та політики, які відображають відомі принципи ефективності, підкріплені доказами там, де це можливо. Одне з найважливіших завдань у шкільній політиці — забезпечити всю впливову шкільну спільноту інформуванням щодо неї. Кого стосується ця політика — учнів, персоналу, відвідувачів? Чи вона застосовується лише до тих, хто перебуває на території школи? А що стосовно заходів, які проводяться в школі? Усі ці питання необхідно розглянути, а також поінформувати тих, кого це може стосуватись.

При формуванні політики потрібно визначити низку видів ПАР, яких вона стосується. Наприклад, як школа реагуватиме на зростаючу популярність електронних цигарок? Крім того, необхідно охопити також питання вживання та зберігання ПАР не лише в школі, але й на заходах, які вона організовує. Додатково політика має включити питання вживання ПАР на території школи та на заходах не лише для учнів, але й для вчителів та персоналу.

Політика також повинна чітко визначати, які інциденти будуть каратись, до прикладу: зберігання чи продаж певних речовин або обґрунтована підозра, що учень прийшов до школи під впливом ПАР; яким чином школа реагуватиме на це в дусі підтримки.

У таких документах необхідно визначити, хто — родини чи правоохоронні органи — будуть інформуватись у випадку вживання, зберігання або продажу та на якому етапі процесу. Політики повинні визначати чіткі та послідовно впроваджувані наслідки порушень з боку учнів. Це не мають бути каральні заходи, скоріше вони повинні спрямовуватись на утримання дітей у школі, якщо навіть вони вживають ПАР.

Учні можуть потребувати консультації або лікування. Якщо учень вдавався до ризикованої поведінки, можливо, необхідно провести скринінг та коротку інтервенцію. Більшість шкіл не матиме відповідного досвіду в проведенні заходів такого типу. Тому висококваліфіковані зовнішні фахівці, які використовують науково обґрунтовані методи та поділяють етику та цінності школи, можуть найкраще відповідати критеріям виконання такої роботи. У цілому, учням, які вживають ПАР, слід надати можливість припинити їх вживати в середовищі підтримки, де здійснюватиметься моніторинг їхньої поведінки включно з відвідуванням, виконанням домашнього завдання та результатами навчання.

Шкільна політика як документ може включати (але не обов'язково повинна обмежуватися цим) наступне:

- формулювання мети. Типова структура шкільної політики чітко визначає завдання та складові. Такий документ часто починається з мети, яка в цьому випадку стосуватиметься можливості створення безпечного, здорового та вільного від вживання ПАР середовища;
- кого стосується політика. Визначаються цільова група або групи, на кого впливатиме політика;
- підтримка доказово обґрунтованих профілактичних підходів. Багато політик також зобов'язують школи впроваджувати програми та політики, які є доказово обґрунтованими. Це чітко відповідає нашій ключовій темі в цій навчальній програмі, яка спирається на Міжнародні стандарти;
- яких речовин стосується політика. У політиці необхідно визначити перелік та види ПАР, яких вони стосуються, а також особливі обставини, такі як: спортивні заходи, шкільні подорожі та питання поведінки персоналу школи;
- визначення санкцій. Політика повинна визначати види інцидентів з ПАР, за які можливо отримати покарання, та за яких обставин це відбуватиметься;
- комунікація. Про політику необхідно повідомити всіх тих, на кого вона впливатиме.

Комунікація з батьками учня, інформування їх про те, що їхня дитина має певні проблеми з ПАР, може бути особливо складною. Один із способів знизити потенційне нерозуміння з боку батьків та їхню негативну реакцію — розробити політику та порядок з чіткими кроками, які школа робить у такому випадку.

Такі політики щодо порушень є вкрай важливими для збереження шкільного середовища, у якому учні почуваються безпечно, відчувають підтримку та отримують допомогу тоді, коли вона їм необхідна.

Політики для середовища робочого місця

Є багато спільного між політиками для робочого середовища та для шкільного середовища. Мета цих політик подібна — створення здорового, безпечного та вільного від вживання ПАР середовища, але цільова аудиторія в цьому випадку — дорослі, а не діти та шкільний персонал.

По-перше, як було зазначено вище, інтервенції для оточуючого середовища є універсальними та спрямовані на широку аудиторію, до якої входять особи, які вживають та не вживають ПАР, хоча більшість буде тих, хто не вживає такі речовини. Відповідно, політики для робочого середовища спрямовані на всіх співробітників. Такі політики повинні бути всеохоплюючими й передбачати навчання та профілактику так само, як і виявлення, лікування, реабілітацію та реінтеграцію працівників із проблемами, пов'язаними із вживанням ПАР. Крім того, розробка таких політик повинна залучати всіх ключових учасників організації.

Інтервенції для середовища робочого місця можуть зосереджуватись на специфічних характеристиках робочого місця, які впливають на ймовірність вживання співробітниками речовин. До таких характеристик належить наявність та доступність алкоголю та інших речовин, неприйнятні умови праці та культура середовища робочого місця, яка підтримує вживання ПАР.

Ефективні інтервенції для середовища робочого місця розглядають питання вживання ПАР як питання здоров'я та безпеки. Таким чином це може сприяти доступності послуг з інтервенції для особи та родини шляхом підтримки здорового та належного середовища. Цей підхід також зменшує стигматизацію, пов'язану із пошуком допомоги у випадку таких проблем.

Всеохоплюючий підхід до профілактики вживання ПАР на робочому місці починається з написання політики профілактики вживання ПАР. Така політика є письмовим описом позиції компанії щодо вживання ПАР. Вона розробляється не з метою покарання, а задля визнання того, що вживання ПАР є проблемою здоров'я, яка часто потребує лікування, ціллю якого є одужання осіб, які вживають ПАР, а також попередження негативних наслідків їхнього вживання. Політика повинна бути спрямована на всіх працівників незалежно від статусу в компанії.

Як і у випадку інших середовищ, важливо, щоб усі співробітники та учасники були поінформовані про політику. Також важливо, щоб відбулася комунікація щодо санкцій за порушення політики. Фокус на тому, як нова політика просуватиме загальне здоров'я та безпеку всіх працівників, є важливим компонентом стратегії комунікації.

Політики з профілактики вживання тютюну та алкоголю, спрямовані на оточуюче середовище/популяцію

Міжнародними стандартами проаналізовано дослідження з політик щодо алкоголю й тютюну та виділено низку видів ініціатив, які є ефективними щодо запобігання початку та зменшенні вживання ПАР, зокрема серед молоді. Такі політики зосереджувались на попередженні доступу молоді до речовин, також на інших заходах із запобігання початку вживання та переходу до регулярного вживання ПАР. Керуючись цими рекомендаціями, ми починаємо визначати компоненти, які можуть використовуватись для створення дієвих інтервенцій для оточуючого середовища.

Згідно з Міжнародними стандартами підвищення ціни на алкоголь та тютюн зменшує їхнє вживання серед загального населення. Тому підвищення ціни на тютюнові та алкогольні вироби шляхом оподаткування є важливою доказово обґрунтованою інтервенцією щодо вживання ПАР. Інші стратегії щодо зменшення вживання речовин, зокрема, підвищення мінімального віку при купівлі тютюнових та алкогольних виробів, а також впровадження такого регулювання. Обмеження й заборона реклами та інших форм маркетингу тютюну та алкоголю серед молоді також продемонстрували свою ефективність.

Як і з багатьма профілактичними інтервенціями, поєднання кількох інтервенцій для оточуючого середовища сприятиме більшому впливу, ніж впровадження однієї окремої інтервенції. Відповідно поєднання профілактичних інтервенцій з метою утримання неповнолітніх від купівлі тютюну та алкоголю передбачають:

- активне та постійне впровадження регулювання;
- навчання роздрібних продавців, використовуючи різні стратегії (особистий контакт, ЗМІ та інформаційні матеріали);
- профілактичні інтервенції в школі та ЗМІ для посилення такого інформування.

Аналіз досліджень щодо інтервенцій з профілактики вживання ПАР в оточуючому середовищі, що проводились під час розробки Міжнародних стандартів, вказав на деякі позитивні результати підвищення ціни на алкоголь. Це мало вплив на осіб, які вживають незначну кількість алкоголю, і на тих, хто вживає велику кількість регулярно, включно з особами студентського віку, які регулярно вживають у великих об'ємах. До того ж підвищення ціни на алкоголь лише на 10% призвело до зниження споживання алкоголю на 7.7% серед загального населення; підвищення ціни на алкоголь також пов'язують із зменшенням випадків вчинення насильства.

Зрештою докази показали, що багатокomпонентні інтервенції були ефективними, коли до їхнього складу входили декілька стратегій:

- обмеження дистрибуції тютюнових виробів;
- регулювання процесів продажу;
- впровадження закону щодо обмежень для неповнолітніх;
- навчання та тренінги для роздрібних продавців, які проводяться в поєднанні з мобілізацією громади.

Аналіз ставлення до політик щодо алкоголю, проведений у Норвегії та Фінляндії, дозволив краще розуміти, яким чином забезпечити підтримку інтервенцій для оточуючого середовища, розроблених з метою зменшення споживання алкоголю та шкідливих наслідків такого споживання. У першому дослідженні команда вчених переглянула результати серії національних опитувань, проведених у Норвегії та Фінляндії у 2005–2009 роках.

Дослідники виявили, що протягом 4 років відбувалось зростання підтримки політик обмеження щодо алкоголю в Норвегії та Фінляндії. Вони порівнювали результати із схожими опитуваннями в Північній Америці та Австралії в той самий період. Водночас було виявлено іншу ситуацію: підтримка таких заходів зменшилась. Були проаналізовані фактори, пов'язані з підвищенням підтримки таких політик у Норвегії та Фінляндії (Stovall et al., 2014).

Вчені виявили, що більшій підтримці заходів з обмеження частково сприяли зміни у вірі в ефективність таких заходів для зменшення шкоди від вживання алкоголю. Інакше кажучи, збільшення відчуття ефективності заходів з більшими обмеженнями щодо алкоголю були пов'язані із сильнішою вірою у зв'язок між вживанням алкоголю та шкідливими наслідками. Відповідно дослідники запропонували тезу про те, що посилення переконань населення в ефективності заходів з обмеження та у шкоді від вживання алкоголю може підвищити громадську підтримку таких заходів щодо алкоголю. Це може бути вкрай важливим для складання програми роботи із забезпечення підтримки ефективних політик.

Інший приклад успішної політики — заборона паління в громадських місцях у Франції. У лютому 2007 році у Франції була впроваджена заборона паління на робочих місцях, у торгівельних центрах, лікарнях та школах. У січні 2008 року заборона була поширена і на місця зустрічей (бари, ресторани, готелі, казино, нічні клуби). Було проведено опитування групи з 1500 курців та 500 некурців перед початком впровадження заборони — з грудня 2006 до лютого 2007 — та двічі після впровадження заборони у 2008 та 2012 роках. Паління в цих місцях (бари, ресторани та робочі місця) суттєво зменшилося в проміжку між першою та третьою хвилею:

- ресторани — 64,7% (перша хвиля) до 2,3 % (друга), до 1,4 % (третьа хвиля);
- робочі місця — 42,6 % (перша хвиля) до 19,3 % (друга хвиля), до 12,8 % (третьа хвиля);
- бари — 95,9 % (перша хвиля) до 3,7 % (друга хвиля), до 6,6 % (третьа хвиля).

Результати досліджень, проведені в школі, вказують на те, що політики заборони паління можуть призвести до його значного та стійкого зменшення в громадських місцях, а також призводять до високого рівня підтримки з боку громадськості (Fong et al., 2013). Через п'ять років після введення 88 % некурців та 78 % курців підтримували заборону паління в громадських місцях.

Стратегії для місць розваг

Фахівці вивчили профілактику вживання ПАР, спрямовану на місця розваг, таких як: бари, клуби, ресторани та локації на відкритому повітрі, спеціально обладнані місця, де відбуваються масштабні заходи. Хоча такі місця створюють можливості для зібрань та підтримки місцевої економіки, вони також пропонують можливості залучення до поведінки високого ризику, наприклад, шкідливого вживання алкоголю, вживання ПАР, керування транспортом, перебуваючи в стані сп'яніння та агресії. Для отримання додаткової інформації та ресурсів щодо профілактики в середовищі нічного життя (див. Рекомендації щодо реагування EMCDDA ;2017b, стор. 136).

Визначено чотири основних принципи ефективних місцевих заходів, а саме: глибоке знання питань місцевого нічного життя, прагнення створити безпечне та здорове нічне життя, партнерство між основними місцевими агентствами та доказово обґрунтоване реагування. Для кращого розуміння інформації щодо доказово обґрунтованих інтервенцій для нічного життя можна користуватись Інструментарієм здорового нічного життя (Малюнок 26)³⁶. Він включає три бази даних: 1) інтервенцій; 2) довідникової літератури щодо цих програм; 3) загальної літератури щодо профілактики для нічного життя.

Загалом більшість профілактичних інтервенцій такого типу використовують декілька компонентів, зокрема, навчання персоналу³⁷ поводження із клієнтами в стані сп'яніння, зміни в законах та політиках щодо продажу алкоголю неповнолітнім чи особам у стані сп'яніння або заходи з попередження керування транспортом у стані сп'яніння тощо.

Miller and colleagues (2009) запропонували для оточуючого середовища стратегію з профілактики вживання ПАР на заходах з електронною танцювальною музикою (де є тенденція до вищого рівня вживання, ніж на інших видах заходів). Такі заходи приваблюють молодь та часто пов'язані із вживанням алкоголю та інших речовин. Стратегія має три компоненти та ґрунтується на схожих інтервенціях щодо профілактики вживання алкоголю, розроблених для барів:

- мобілізація;
- стратегії для зовнішнього середовища;
- стратегії для внутрішнього середовища.

Мобілізація ключових учасників — мотивування до участі та діяльності з боку різних секторів спільноти, наприклад, власників клубів та менеджерів, поліції та органів, які видають ліцензію на алкоголь, представників установ охорони здоров'я та політичних лідерів — є важливою, хоча часто складною. Однак, є мотивація, яку поділяють багато сторін. Це може допомогти розвинути відчуття спільної мети в спільноті:

- підтримка безпечного середовища із дотриманням законів для клубів та клієнтів, які не вживають речовини;
- дотримання практики належного ведення бізнесу та дотримання законів про ліцензування алкогольних виробів;
- врахування того, що вживання ПАР зменшує прибутки від продажу їжі та неалкогольних напоїв.

Другий компонент — зовнішнє фізичне середовище клубу включно з освітленням та паркуванням — передбачає заходи захисту та організації безпеки. Інтервенції, які стосуються зовнішньої частини клубу:

- наявність охоронців, які здійснюють моніторинг середовища навколо клубу (наприклад, паркування) для забезпечення правопорядку;

Мал. 26. Інструментарій здорового способу нічного життя



Джерело: <http://www.hntinfo.eu/>

36 <http://www.hntinfo.eu/>

37 Дивіться, наприклад, роботу Mendes and Mendes (2011)

- наявність охоронців на вході, які перевіряють клієнтів, що заходять до приміщення;
- розпізнавання осіб, які перебувають під впливом ПАР;
- письмово оформлені політики, які обмежують доступ до клубу.

Стратегії для внутрішнього середовища — третього компонента — також передбачають заходи захисту та організації безпеки. Цей аспект інтервенції зосереджений на питанні профілактики вживання алкоголю. Навчання щодо відповідального обслуговування має на меті сформувати у офіціантів низку навичок для зменшення шкоди від алкоголю включно з:

- перевіркою документів для забезпечення виконання вікових обмежень та іншого регулювання;
- просуванням практик для офіціантів, які зменшують ймовірність надмірного вживання алкоголю;
- розпізнаванням та реагуванням на ранні ознаки надмірного вживання клієнтами алкоголю (наприклад, швидке вживання);
- розпізнаванням клієнтів у стані сп'яніння та відмовою в обслуговуванні таких клієнтів;
- втручанням з метою попередження керування транспортом клієнтами в стані сп'яніння.

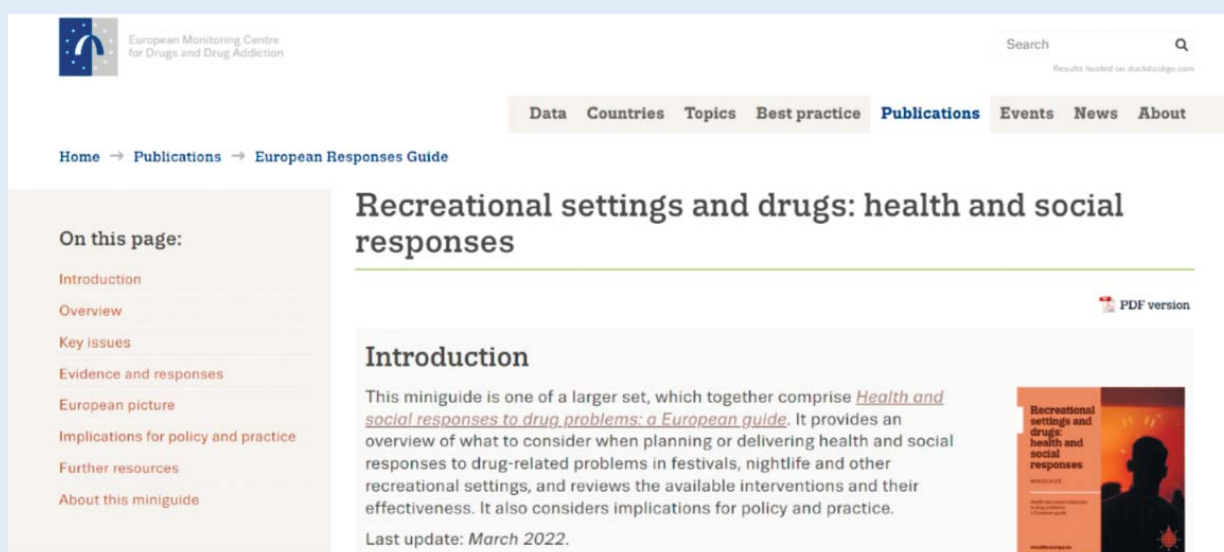
Наступні необхідні заходи:

- письмово оформлена політика клубу. Клубам слід просувати свої заходи як середовище, де можна весело та безпечно провести час, впроваджуючи при цьому політику нульової толерантності до вживання або продажу нелегальних речовин. Такий підхід повинен бути викладений у політиці закладу, яка б підтримувала роботу персоналу з виявлення проблем та втручання;
- моніторинг внутрішнього фізичного простору. Необхідно уникати утворення вузьких проходів або прихованих місць так само, як і високої температури повітря. Покращення фізичних умов створює сприятливу атмосферу для відвідувачів та персоналу;
- належні дії керівництва та персоналу. Персонал та керівництво повинні володіти навичками вживання заходів на підтримку політик клубу включно з навчанням персоналу з розпізнавання вживання ПАР та відповідні інтервенції, як у підходах до профілактики в оточуючому середовищі. Це стосується як персоналу, який працює на вході, так і персоналу в приміщенні клубу.

Стандарти розроблено Мережею «Клубне здоров'я» (Club Health) для ліцензованих приміщень, менеджерів та промоутерів. Також вони рекомендовані агентствам, відповідальним за ліцензування та політику місць нічних розваг. Вони визначають ключові пріоритети для бізнесу у сфері «нічного життя», спрямовані на заборону реклами алкоголю та просування таких виробів з метою організації безпеки споживачів та персоналу, а також для зменшення шкоди для громад, де знаходяться місця розваг.

Не зважаючи на наукове обґрунтування ефективності інтервенцій для оточуючого середовища (Малюнок 27), залишаються перешкоди для їхнього впровадження. Водночас є фактори, які сприяють таким інтервенціям (Таблиця 14).

Мал. 27. Нічне життя, фестивалі та інші місця відпочинку



Джерело: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/recreational-settings-and-drugs-health-and-social-responses_de

Таблиця 14.

Перешкоди та сприятливі фактори у впровадженні профілактичних інтервенцій під час нічних розваг

Перешкоди	Сприятливі фактори
Промисловість, економічні інтереси протидіють профілактичним політикам — наприклад, фермери, які вирощують тютюн, індустрія послуг, фармацевтичні компанії	Використання даних та досліджень для захисту своїх аргументів за профілактику
Часто ігнорують доказово обґрунтовані інтервенції. Наприклад, ВООЗ нещодавно зазначила, що недостатньо використовуються дані щодо ефективності заходів з оподаткування тютюнових виробів	Використання доказово обґрунтованих інтервенцій та/або адаптація успішніших моделей профілактики вживання тютюну та алкоголю
Прийняття законів та нових політик вимагає політичного ноу-хау та спроможності залучення адвокатів вашої сторони, а це дуже важко	Розбудова підтримки доказово обґрунтованої профілактики за допомогою: • підвищення переконаності щодо ефективності вашої стратегії; • документування шкоди та витрат для інших, на кого впливає вживання речовин — наприклад, пасивне паління
Промисловість часто формулює це як питання особистої поведінки — якщо особа хоче пити, вона має на це право	Вказувати на проблему як на питання громадського здоров'я, яке означає, що вживання речовин впливає не лише на особу, яка їх вживає

ГЛАВА 8

ПРОФІЛАКТИКА ЧЕРЕЗ МЕДІА

ЗМІСТ

1. Навіщо використовувати медіа в профілактиці вживання ПАР?
2. Теорії щодо впливу медіа на аудиторії.
3. Докази.
4. Як використовувати медіа в профілактичній роботі.

Впровадження медіа-кампанії часто є першим кроком, який спадає на думку під час нової та складної кризи із вживанням ПАР. Часто так вважають тому, що медіа-кампанії сприймаються як термінові рішення; на відміну від профілактичних заходів у школі, родині чи на робочому місці вони помітніші та допомагають передати необхідну інформацію тим, хто в ній насправді зацікавлений. Однак, як ми дізнались з цієї навчальної програми, фахівці з профілактики знають, що впровадження ефективних кампаній може бути складним, і потрібен час та сили для розробки профілактичних підходів.

У цій главі ми розглянемо результати досліджень, які можна використовувати для ефективного планування кампаній: характеристики медіа, які можуть підтримати профілактику вживання ПАР; корисні докази, отримані під час впровадження ефективних стратегій про те, що слід і що не слід робити; теорії з науки про комунікацію, які використовуються в розробці кампаній; яким чином використовувати ці принципи в профілактичних програмах.

І наприкінці ми розглянемо медійну грамотність, яка дозволяє фахівцям з профілактики та цільовим групам з навичок отримувати доступ, критично аналізувати, оцінювати та створювати медіа-контент. Ми також надамо рекомендації щодо того, як працівникам у сфері профілактики залучати медіа, адже це допоможе знаходити підтримку вашої роботи в спільноті та просувати доказово обґрунтовану профілактику серед учасників та залучених сторін.

Навіщо використовувати медіа в профілактиці ПАР?

Медіа виконують багато різних завдань. Вони допомагають створювати соціальний та політичний порядок дій, надаючи населенню інформацію, наприклад, чому доказово обґрунтована профілактика є важливою, чому існує потреба інвестувати в послуги з профілактики, а також сприяють інформуванню про заходи безпеки та загрози для громадського здоров'я тощо. Медіа також допомагають координувати зусилля з профілактики в різних середовищах макро- та мікрорівнів у громаді. Такі багатокомпонентні зусилля можуть бути потужнішими, ніж однокомпонентні зусилля.

Засоби масової інформації можуть мати багато характеристик, які роблять їх привабливими для профілактики.

- Економія та охоплення: якісна медіакампанія може охопити широку аудиторію з відносно невеликими витратами — витрати на особу часто нижчі, ніж у підходах, пов'язаних з громадою або школою.
- Спроможність бути спрямованою на необхідну цільову аудиторію: кампанію можна так спланувати за часом та трансляцією, щоб найефективніше охопити групи, які найбільше потребують профілактичної інформації (підлітки, студенти, особи, задіяні в індустрії нічного життя).
- Швидке реагування: можливість швидкої реалізації профілактичної кампанії як реакції на нагальну проблему, наприклад, на появу нової шкідливої для суспільства ПАР.
- Розвага: якщо правильно подати матеріал, медіаконтент може розважати, тим часом продовжуючи просувати основну ідею профілактики.
- Вплив на лідерів суспільної думки: медіа також можуть використовуватись у політичних та громадських обговорюваннях та підвищувати обізнаність, впливати на лідерів громадської думки з питань найбільш ефективного реагування на проблему вживання ПАР.
- Вплив на план профілактики: медіа також можуть допомогти формулювати питання щодо вживання ПАР з метою непрямого впливу на погляди окремих осіб та спільноти. Це можна робити з метою отримання підтримки з боку громадськості та інвестицій у доказово обґрунтовану профілактику. Медіа можуть допомогти зменшити негативне ставлення до осіб, які вживають ПАР, так, щоб до них ставились як до осіб, які заслуговують на допомогу та підтримку так само, як і представники інших груп ризику. Це також допоможе заохочувати осіб, які вживають ПАР, звертатися за послугами профілактики й лікування та заохочуватиме фахівців до роботи в цій сфері.
- Координуюча роль: медіа є найефективнішими, коли поєднуються з іншими профілактичними підходами, про які ви вже дізнались з цієї навчальної програми, та коли вони використовуються для координації різних груп (наприклад, шкіл, роботодавців, лідерів) в рамках погодженої стратегії кампанії. Саме в таких умовах профілактичні медіа-кампанії можуть мати найбільший вплив.
- Економічна доцільність: використання медіа в профілактиці вживання ПАР може бути не дуже дорогим. Іноді, якщо медіакампанія впроваджується в рамках всеохоплюючої стратегії, прості плакати в громадських місцях можуть почати корисний діалог з профілактики вживання ПАР та підсилити зусилля кампанії.

Теорії впливу медіа на аудиторії

Успішні кампанії та інші інтервенції в школі, наприклад, залежать від теорій, які керують індивідуальними переконаннями, намірами та поведінкою, зокрема пов'язаною із вживанням ПАР. Такі теорії створюють підґрунтя для переконливих інтервенцій, які можуть сприяти відмові від вживання ПАР, враховуючи також тривале вживання, та спонукають і скеровують осіб, які вживають ПАР, до послуг лікування.

Теорія запланованої поведінки (Fishbein, 2011) та інші теорії з комунікації та переконування вказують на те, що принципів та переконань ми навчаємось. Тому, щоб змінити ставлення, розробник кампанії повинен надати інформацію, яка замінить отримані знання на нові. Така теорія «засвоєння повідомлень» визначає фактори, які потрібно застосовувати з метою переконливої комунікації, та як ці фактори взаємодіють у зміні переконань.

Теорія «переконування шляхом засвоєння повідомлення» Карла Ховланда («Message-learning theory of persuasion», Carl Howland), як і теорія запланованої поведінки, зробили внесок у розуміння розробки основної ідеї повідомлення. Так, люди навчаються переконанням, а не народжуються з ними. Тобто, відповідно до цієї теорії, щоб змінити переконання людей, вони повинні засвоїти нові переконання, які займуть місце попередніх (Hovland and Weiss, 1951; Hovland et al., 1953).

«Принцип підкріплення» простий та був важливим для психології майже з часу його формулювання. Відповідно до «теорії підкріплення», якщо нейтральний об'єкт починає асоціюватись з приємним настроєм, відчуттям або результатом, почуття особи до такого об'єкту сприятимуть підкріпленню її поведінки. Таким чином, до цього часу нейтральний об'єкт стане джерелом приємних емоцій для вас, навіть за відсутності того, що стало причиною таких почуттів.

Щодо вживання ПАР у більшості випадків «аудиторія» може бути добре знайома з «продуктом». Споживачі знають про речовину, і здається, що модель закріплення не принесе користі в цьому випадку. Проте, до того, як прийняти таке тлумачення, нам потрібно уважно його проаналізувати.

Часто в молоді вживання ПАР пов'язане з отриманням дуже бажаного результату (популярності) або з групою (лідерами або найбільш авторитетними, як вони вважають, однокласниками). Якщо лідери вживають ПАР, і їх оцінюють позитивно, то, ймовірно, що речовина «забере на себе» частину цього позитивного відчуття. Створюється асоціація між лідерами та продуктом (у цьому випадку — ПАР — канабіс, кокаїн або алкоголь).

Використання теорії на практиці завжди є складним фактором. Однак, перед фахівцями у сфері профілактики стоїть завдання використовувати доказово обґрунтовані практики в профілактичній діяльності в громадах, включно з впровадженням інтервенцій за допомогою медіа. До більшості доказово обґрунтованих медіаінтервенцій належить використання теорії переконування, заснованої на низці рекомендацій та компонентах, які продемонстрували свою важливість у проведених емпіричних дослідженнях щодо переконування.

Класична «формула» переконування (Lasswell, 1949) перераховує всі компоненти, які варто розглянути під час створення або оцінки якості комунікації переконувань.

- «ХТО» є джерелом комунікації (тобто хто доносить повідомлення, яке є переконливим). Є важливі риси джерела повідомлення, які посилюють переконливість: перш за все — достовірність джерела, що передбачає як мінімум досвід та можливість довіряти цій особі. Досвід джерела означає сприйняття того, що комунікатор має достовірну, обґрунтовану інформацію та може робити обґрунтовані заяви.
- «ЩО?» — це зміст комунікацій включно з використанням певних слів та образів для передачі повідомлення. Якість інформації є важливою. Чи є вона доказово обґрунтованою? Чи є актуальною для цього питання (вживання ПАР), чи є актуальною для цільової аудиторії? Чи мова є зрозумілою для цільової аудиторії?
- «КОМУ» — означає аудиторію, на яку спрямовуються комунікації. Розробники повинні розуміти зміни аудиторії та знати, які частини аудиторії є особливо важливими для кампанії. Звичайно, у деяких випадках розробники адресують повідомлення всім, хто може його сприйняти; однак, в інших випадках, цільовою аудиторією будуть конкретні підгрупи більшої аудиторії, наприклад: підлітки, вагітні жінки або люди похилого віку.
- «ЯК?» — стосується повідомлення, контексту та незначних варіацій у змісті повідомлення, яке використовується для аудиторії або аудиторій, та в конкретному засобі, за допомогою якого

Мал. 28. Модель двокрокового потоку комунікації



передається повідомлення. Під засобом ми маємо на увазі шлях, яким повідомлення доноситься до слухачів. Водночас деякі аудиторії краще сприймають онлайн платформи, наприклад, соціальні мережі (Facebook, YouTube), інші — більш традиційні засоби, такі як: радіо, телебачення, газети, плакати.

- «ВПЛИВ» — як виміряти успіх або невдачу повідомлення з профілактики вживання ПАР. Без якісного оцінювання ефекту не буде зрозуміло, наскільки успішними були зусилля з переконання.

Модель двокрокового потоку комунікації пропонує пояснення того, як медіа передають інформацію (Малюнок 28). Ця модель пояснює, яким чином медіа працюють та як часто потрібно оцінювати їхній вплив. У випадку вживання ПАР підлітками, відповідно до цієї моделі, батьки можуть ефективно передавати інформацію щодо профілактики вживання ПАР, яка отримується через медіа. Простими словами: медіа працюють за допомогою батьків, які передають та розтлумачують інформацію своїм дітям.

Люди часто мають нереалістичні очікування щодо того, чого може досягти профілактика через медіа. Важливо розуміти, що медіа спроможні й не спроможні зробити для профілактики вживання ПАР. Модель двокрокового потоку комунікації допомагає це зрозуміти.

Теорія, розроблена Полом Лазарсфельдом та його колегами (Paul Lazarsfeld and colleagues, 1944), стверджує, що медіа не є особливо ефективними в переконуванні людей. Набагато ефективнішим є міжособистісне спілкування. Як тоді медіа переконують аудиторії? Вони роблять це, переконуючи лідерів громадської думки, людей, до яких дослухатимуться інші. Зі свого боку такі лідери передають повідомлення шляхом медіа тим, хто до них дослухається.

Згідно з дослідженнями міжособистісна комунікація часто може бути ефективнішою, аніж традиційні ЗМІ (телебачення, радіо), і це може бути особливо актуальним для підлітків.

Батьки (або однолітки) можуть бути ідеальними лідерами громадської думки для своїх дітей. Однак бажано, щоб вони володіли певними знаннями щодо ПАР та їх вживання та мали достатньо впевненості, щоб розпочати розмову з дітьми на ці теми. Отже, медіа повинні мотивувати та інформувати батьків стосовно передачі інформації своїм дітям. Це ідеальне підґрунтя для переконування. Водночас медіаповідомлення мають бути чіткими, інформативними та мотивувати батьків зайнятися цим складним питанням.

Існує достатньо доказів, які свідчать про те, що батьки можуть бути ідеальними партнерами у наших зусиллях з профілактики вживання ПАР. Деякі вважають, що підлітки віддаляються від батьків, а однолітки мають важливіший вплив на них; однак, вплив батьків залишається важливим навіть для молоді (Elkins et al., 2014; Scull et al., 2014; Wang et al., 2013).

Докази

Які існують докази на підтримку ефективності медіакампаній? Розробники Міжнародних стандартів UNODC проаналізували декілька оглядів наукової літератури щодо ефективності медіакампаній. Найвагоміші докази були виявлені в ході ретельного оцінювання кампаній з профілактики вживання тютюну; однак, схожих результатів щодо алкоголю або інших речовин виявлено не було.

Причина відсутності доказів здебільшого полягає в складності ретельно оцінити медіакампанії. Важливим фактом також є те, що дослідження з питань переконувannya та його впливу на різні види поведінки тривають останні 50 років. Існують емпірично обґрунтовані знання про найкращі шляхи переконання та побудови переконливих повідомлень, які можуть ефективно впливати на переконання та поведінку.

Але, на жаль, медіакампанії не використовують цю інформацію як ефективний метод переконання. Натомість вони покладаються на ідеї, які інтуїтивно здаються вдалимi, але не обґрунтовуються на теорії або на доказах.

Міжнародні стандарти містять наступний список характеристик кампаній, які мають позитивні результати:

- такі кампанії точно визначають цільову аудиторію. Дослідження з комунікації виявили, що універсальний підхід не працює;
- кампанії мають серйозне теоретичне обґрунтування;
- повідомлення розроблені на підставі чітких результатів досліджень. Це означає перевірку повідомлень, матеріалів та медійних платформ до початку кампанії;
- якщо можливо, медіакампанії повинні бути пов'язані з іншими існуючими інтервенціями з профілактики вживання ПАР для родини, школи та громади. Багатокомпонентні зусилля з профілактики можуть бути більш ефективними;
- досягнення належного рівня впливу на цільову групу може реалізовуватись впродовж достатнього періоду часу;
- систематичне оцінювання успішності медіакампаній;
- профілактичні кампанії скеровані на дітей та орієнтовані на батьків;
- кампанії мають на меті змінити культурні норми щодо вживання ПАР та/або надати аудиторії знання щодо наслідків вживання ПАР та/або запропонувати стратегії відмови від вживання ПАР.

Варто уникати неефективно розроблених чи невдало забезпечених ресурсами медіакампаній, оскільки вони можуть лише погіршити ситуацію, зробивши цільову групу стійкою чи не сприятливою до інших інтервенцій чи політик.

Дослідження також вказують на причини невдалих медіакампаній.

- Кампанії не зосереджені на найбільш актуальних визначальних факторах поведінки. Залякування та рекомендація людям «просто скажи «ні» не працює. Хоча вживання ПАР є ризикованою поведінкою, і особи, які вживають ці речовини, зазнають певної шкоди, сумні результати, наприклад, як смерть від передозування, є наразі досить нечастими. Якщо аудиторія знає та бачить в медіа людей, які вживали ПАР без серйозних наслідків, достовірність кампанії буде втрачена, а ймовірність успіху наступної спроби переконання буде невеликою.
- Кампанії «перебільшують». Більшість молоді не вірить жахливим прикладам із життя людей із серйозними розладами, які є наслідком вживання ПАР. Такі життєві ситуації зазвичай є занадто екстремальними, їх демонстрація скоріше нашкодить, аніж допоможе. Такі повідомлення здебільшого фокусуються на негативі, не даючи порад, яким чином поводитись, щоб уникнути загрозливих наслідків. Це може призвести до того, що цільова аудиторія проігнорує подальші корисні поради. Спроби налякати аудиторію потрібно робити з великою обережністю.
- Результати досліджень комунікації вказують на те, що повідомлення, які викликають сильний страх серед цільової аудиторії, призводять до того, що пріоритетом для неї стає подолання свого страху, а не уникнення поведінки, про яку її попереджають. Це може призвести до того, що споживач ігноруватиме повідомлення та вдаватиметься до поведінки, про яку його попереджають, для того, щоб довести собі (та комунікатору), що він не зазнає шкоди та контролює свою поведінку. Так, підвищення відчуття страху та вразливості до шкоди може бути корисним серед цільових груп, але лише до рівня, який мотивує їх змінювати свою поведінку або шукати подальшої підтримки. Відповідно до досліджень успішні кампанії включають «повідомлення щодо дієвості», які надають практичну та дотичну інформацію, що допомагає підвищити самоефективність (віра в те, що можна зробити рекомендовану дію) та ефективність реакції (віра в свою здатність зробити рекомендовану дію).

В описаних вище неефективних стратегіях кампаній є певний вплив, але зазвичай вони мають лише короточасний ефект серед членів аудиторії, які вже налаштовані не вживати ПАР. Однак, навіть такі

люди можуть відреагувати на медіаповідомлення не так, як це передбачалося; тому відсутність жодної кампанії може бути кращим варіантом, аніж «зробити що-небудь» (Barden and Tormala, 2014; Clarkson et al., 2008; Clarkson et al., 2013; Green and Witte, 2006). Саме тому розробка кампаній та повідомлень є настільки важливими в профілактиці через медіа. Також критично важливо попередньо тестувати всі повідомлення на представниках цільової групи для більшої впевненості досягнення бажаного ефекту.

Розвиток соціальних мереж та телебачення «за вимогою», послуг зі зйомки змінили ставлення людей до споживання медіа. Авдиторії більше не є пасивною стороною в односторонніх відносинах в якості глядачів, і «відповідальність та етичний аспект вибору медіа та контенту перейшла до громадян та споживачів, що підтримується медіаграмотністю» (O'Neill, 2008, p. 13). Бергсма та Карні (Bergsma and Carney, 2008) додають, що «освіта з метою розвитку медіаграмотності з'явилася протягом останніх 20 років як перспективна альтернатива цензурі (наприклад, регулюванню «нездорових» програм) або іншим методам обмеження використання медіа» (с. 523). У межах обговорення впливу медіа на ставлення та поведінку майже всі джерела погодились щодо необхідності в медіаграмотності та в медіаосвіті. Певні відмінності думок присутні лише з приводу форми та змісту медіаосвіти.

Бергсма та Карні (Bergsma and Carney, 2008) визначають медіаграмотність як «спроможність мати доступ, аналізувати, оцінювати та створювати медіа в різних формах» (с. 523). Національна асоціація освіти з медіаграмотності США (NAMLE, 2010) визначила ключові принципи такої освіти.

- Освіта з медіаграмотності вимагає активного пошуку, аналізу та критичного мислення щодо повідомлень, які ми отримуємо та створюємо.

Освіта з медіаграмотності:

- розширює поняття грамотності (тобто вміння читати та писати) включно з усіма формами медіа;
- формує та укріплює навички для учнів будь-якого віку. Як і навички з друкованої грамотності, такі навички потребують інтегрованої, інтерактивної та повторюваної практики;
- прагне, щоб учасники були інформовані, здатні аналізувати та проявляли зацікавленість, що є ключовим для демократичного суспільства;
- визнає, що медіа є частиною культури та функціонують як засіб соціалізації;
- підтверджує те, що люди використовують свої індивідуальні навички, переконання та досвід для створення власних переконань з повідомлень медіа.

Сформовано найкращі практики щодо змісту, понять та навичок, яких необхідно навчати. Національна асоціація освіти з медіаграмотності США (NAMLE) сформулювала декілька корисних положень щодо розробки інтервенцій з медіаграмотності та освіти, і вони є також актуальними для Європи та інших країн.

- Усі медіаповідомлення «конструюються». Інтервенції навчають цільові авдиторії того, яким чином медіа відрізняються від реальності шляхом оприлюдненого оцінювання та тим, що відбувається в реальному житті, або аналізуючи те, що стоїть за виробництвом медіаповідомлень.
- Медіаповідомлення створюються із використанням креативного мовлення зі своїми правилами. Інтервенції навчають цільову авдиторію впізнавати методи реклами або виробництва, створення та просування медіаповідомлень.
- Різні люди по-різному сприймають одне й те саме повідомлення. Інтервенції надають інформацію про те, як медіа впливають на людей, також що люди можуть робити, щоб уникнути негативних ефектів медіа, та/або яких можна вжити заходів щодо змін в медіа.
- Медіа мають відповідні цінності та погляди. Інтервенції навчають цільову авдиторію визначати стереотипи, міфи, упередження, цінності, стилі життя та/або погляди, які представлені або не відображені в медіаповідомленнях;
- Більшість медіаповідомлень створюються з метою отримання прибутку та/або влади. Інтервенції навчають цільову авдиторію цілей, стратегій реклами та маркетингу й задіюють скептицизм щодо реклами або до створення контрреклами.

Як і з іншими профілактичними підходами, освіта з медіаграмотності є актуальною для усіх вікових груп та у різних обставинах донесення. Наприклад, молоді люди часто знають більше про онлайн медіатехнології, ніж старші покоління, але вони не обов'язково мають навички медіаграмотності, які б допомогли їм орієнтуватись, оцінити та зрозуміти матеріал у медіа. Старші покоління зі свого боку спроможні зробити свій внесок в допомозі молоді уникнути небезпеки онлайн, але відчують себе виключеними з технологій та платформ, орієнтованих на молоддь. Допомога в розвитку цифрових зв'язків між поколіннями може бути одним із засобів обміну таким досвідом.

Як використовувати медіа в профілактичній роботі

У разі використання медіа в нашій профілактичній діяльності необхідно враховувати деякі ключові принципи. Один із прикладів цього — видані мережею «Клубне здоров'я»³⁸ рекомендації для працівників сфери охорони здоров'я щодо роботи з медіа з питань, які стосуються нічних розважальних заходів. Вони описують важливі питання, які необхідно розглянути під час роботи із медіа в цій сфері, та дають поради, як працювати з клієнтами нічних розважальних заходів. Рекомендації також містять цікаві приклади та посилання, які допоможуть вам глибше вивчити використання медіа в профілактиці та можуть бути джерелом натхнення для роботи з медіа взагалі.

У разі роботи із медіа мережа «Клубне здоров'я» пропонує фахівцям у сфері профілактики подальшу стратегію дій:

- визначити чіткі пріоритети серед ваших цілей, розрізняючи медіазаходи та широкі дебати й публічність;
- передбачати або навіть додати до комунікації альтернативні погляди. Це не менш важливо для прийняття чи неприйняття певної дії в рамках політики клубу;
- визнавати, що безпека та правові аспекти в нічному житті є важливими, але водночас має бути приділена окрема увага проблематиці громадського здоров'я;
- підготувати якісний пресреліз, який ви можете легко узагальнити:
 - підготуйте на одну сторінку короткий пресреліз, який стосуватиметься проблематики та міститиме одне ключове повідомлення. Якщо необхідно, опублікуйте більше, ніж один пресреліз;
 - пресреліз повинен бути простим — не вживайте більше, ніж потрібно прикметників, жаргону або спеціалізованих технічних термінів. Дотримуйтесь простої структури;
 - у заголовку дайте відповідь принаймні на три з п'яти «класичних» питань (хто, що, коли, де і чому);
 - якщо можливо, використовуйте цитати та статистику;
 - надайте основну інформацію щодо організації, яка видає пресреліз, та додайте контактні дані;
 - надайте посилання на додаткові інструменти та ресурси;
 - підготуйте та тримайте під рукою огляд вашого напрацьованого досвіду та коротку біографію;
 - просувайте пресреліз онлайн та продовжуйте з ним працювати, надаючи свіжу інформацію.
- Традиційні ЗМІ все частіше беруть історії з Інтернету та дають їм широке розповсюдження.
- призначте речника організації, який би викликав довіру у відвідувачів нічних розважальних заходів та був би доступний для місцевих та національних ЗМІ;
- всі тексти, які розповсюджуються в Інтернеті, повинні бути короткими та зрозумілими;
- будьте в курсі тенденцій нічного життя, щоб ваші повідомлення залишалися сучасними та не здавалися застарілими;
- будьте готові до того, що журналісти шукають історії, і це може перетворити на сенсацію будь-яку опубліковану вами інформацію та може негативно вплинути на ваших партнерів в індустрії нічного життя;
- поважайте журналістську доброчесність, але, якщо можливо, домовляйтесь, що ви перед публікацією переглядатиме будь-який матеріал, який є результатом вашої медіадіяльності. Вам необхідно переконатись, що вас правильно цитували або ваші слова чи пресреліз не «вирвані» з контексту.

Беручи до уваги ці рекомендації, ви насамперед зможете ефективно впливати на громадське обговорення та/або думку щодо профілактики або вживання ПАР. У цьому випадку ви матимете можливість охоплювати досить значну аудиторію без розгортання повномасштабної медіакампанії з профілактики вживання ПАР.

38 http://newip.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf. Додаткова інформація доступна за адресою: www.club-health.eu

ГЛАВА 9

ПРОФІЛАКТИКА В ГРОМАДІ

ЗМІСТ

1. Визначення.
2. Доказово обґрунтовані програми.
3. Створення ефективної команди в громаді.

Аби донести інтервенцію до громадськості загалом та мати вплив на громадське здоров'я, такі заходи повинні задіяти значну частину населення й до того ж повинні бути спрямовані на вразливі підгрупи населення, які часто важко охопити. Такий підхід вимагає впровадження великої кількості профілактичних інтервенцій.

Однак, незалежно від кількості реалізованих інтервенцій, створюється система впровадження або інфраструктура для отримання підтримки населення, профілактичних заходів та забезпечення якості впровадження впродовж певного періоду з метою досягнення оптимального ефекту для широких верств населення.

Для досягнення такого впливу також необхідно, щоб зацікавлені сторони, які інвестують у цю громаду, визнавали доказово обґрунтовані підходи.

Підвищення ймовірності того, що доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції можуть бути корисними своїм аудиторіям є однією з основних причин створення ефективних систем впровадження. Інша причина — те, що вони дозволяють впроваджувати велику кількість всеохоплюючих комплексних профілактичних заходів та навіть послуг раннього лікування, які можуть бути доступними різним групам населення, зокрема уразливим групам, а також окремим особам.

Ця глава описує основні поняття, необхідні для розуміння того, як побудувати системи профілактики із доказово обґрунтованими інтервенціями та політиками, залучаючи декілька сторін та наявні ресурси.

В якості прикладів наведено такі доказово обґрунтовані інтервенції: проєкт «Стокгольм проти наркотиків» (Stockholm against drugs (STAD)), проєкт «Норсленд» (Northland), «Просування партнерства шкіл, громад та університетів для посилення стійкості» (Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience, PROSPER) та «Небайдужі громади» (CTC).

Визначення

У цій програмі ми розглядаємо «громаду» як місце, де можна розбудовувати та впроваджувати ефективні профілактичні системи. Більшість фахівців у сфері профілактики працюють на різних рівнях громади. Сюди можуть належати і ширші спільноти, що становитимуть середовища макрорівня — наприклад, регіональні селективні інтервенції, спрямовані на мігрантів, а також різні середовища мікрорівня — наприклад, молодіжні організації та спортивні клуби.

Small and Supple (1998) розрізняють поняття «район» та «громада». Вони вважають, що «район» — це фізичне місце, часто визначене певними соціальними межами. Ці межі можуть стосуватись соціально-економічного статусу або фізично близького розташування. «Громада» натомість визначається не стільки фізичними межами, скільки відчуттям зв'язку, ідентичності та довіри.

Багатокомпонентні ініціативи комбінують декілька доказово обґрунтованих інтервенцій та політик, які б впливали на населення громади (Малюнок 29). До складу деяких компонентів можуть входити профілактичні інтервенції та політики для шкіл і середовищ нічного життя та ті, які відповідають потребам батьків та родин, включно з медіа з метою здійснення профілактичної комунікації і донесення профілактичних повідомлень або для посилення впровадження профілактики в громаді. До того ж важливо зосередитись на інтервенціях та політиках, які довели свою ефективність. Якщо їх поєднати для охоплення різних груп населення в різних середовищах, то вони можуть стати потужним інструментом профілактики.

Відповідно до нашого бачення, коли фахівці у сфері профілактики планують інтервенції, їм варто розглядати вплив на населення в усіх мікро- та макросередовищах. У більшості ситуацій впроваджуються лише одна чи дві інтервенції або політики на мікро- або макрорівні. Декілька інтервенцій та політик, одночасно спрямованих на сім'ю, школу, робоче місце, суспільство, здатні суттєво зменшити кількість підлітків та дорослих, які можуть вдаватись до ризикованої поведінки, включно із вживанням ПАР, що впливає на їхнє соціальне або фізичне здоров'я.

Загалом, ймовірність ефективності інтервенцій або стратегій, спрямованих на декілька сфер (окрема особа та однолітки, родина, школа та громада) та факторів ризику та захисту, є вищою.

Наприклад, програма Unplugged, шкільна інтервенція з профілактики вживання ПАР, розроблена з метою зменшення вживання таких речовин серед підлітків 11–14 років. Вона матиме позитивний

Мал. 29. Багатокомпонентні ініціативи для громади



результат, якщо буде послідовно впроваджуватись серед молоді в період високої ймовірності вживання ними ПАР.

Ця доказово обґрунтована інтервенція проводиться в школі і спрямована на два мікрорівні: школу та однолітків. Якщо поєднати її з доказово обґрунтованою інтервенцією для середовища родини цієї цільової групи, такою як «EFEKT», то можна досягти покращених позитивних результатів, адже разом ці дві програми розширюють вплив шляхом збільшення мікрорівнів та суб'єктів соціалізації (однолітки та родина) в належні періоди часу.

Обидві інтервенції можуть бути додатково посилені шляхом внесення змін до політик та стратегій для соціального середовища всієї громади (див. Глава 7). Одночасне впровадження таких інтервенцій на мікро- та макрорівнях посилить результативність кожної з

них. Наприклад, вплив доказово обґрунтованих, спрямованих на однолітків інтервенцій може бути посилений шляхом впровадження стратегій для соціуму, як то шкільні політики або місцеві муніципальні стратегії, що посилюють норми супротиву вживанню ПАР або змінюють переконання молоді та послаблюють її наміри вживати ПАР.

Доказово обґрунтовані програми

Нижче наведено приклади інтервенцій, які мали перспективні результати відповідно до декількох оцінювань в США та низці європейських країн. Ми долучаємо їх для використання під час пошуку інтервенції, яка б відповідала вашому контексту. Ми опишемо проєкт «Норсленд» («Northland»), «Стокгольм проти наркотиків» (Stockholm against drugs, STAD), «Небайдужі громади» (CTC) та «Просування партнерства шкіл, громад та університетів для посилення стійкості» (Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience, PROSPER).

Проєкт «Норсленд» (Northland) є універсальною превентивною програмою для молоді у віці 12–18 років. Вона скерована на різні середовища, впроваджувалась та оцінювалась у Хорватії. Шляхом інтервенції на різних рівнях проєкт «Норсленд» прагне навчити учнів навичкам, які допоможуть їм ефективно комунікувати у випадку соціального тиску щодо вживання алкоголю, до того ж прямо змінюючи соціальне середовище молодих людей (тобто однолітків, батьків, школу та громаду). До складу основних компонентів інтервенції входять шкільні програми, програми з навчання навичок лідерства серед однолітків, позакласні заходи під егідою лідерства молоді, програми залучення батьків та заходи активістів у громаді. Проєкт «Норсленд» було оцінено як «імовірно частково корисний» у реєстрі «Xchange». Це означає, що хоча є докази його ефективності в США, впровадження слід здійснювати із обережністю та доцільно провести більше досліджень для розуміння того, чи програма може бути ефективною і в європейських країнах.

«Стокгольм проти наркотиків» (STAD) є комплексним підходом у громадах для середовища нічного життя. Спершу проєкт був впроваджений та оцінений у Швеції, зараз його адаптовано ще для шести європейських країн³⁹, де існують інші форми нічного життя, наприклад, фестивалі у країнах Південної Європи.

Оригінальна версія STAD складається з трьох стратегічних заходів, зокрема:

- мобілізація громади: створення комітету з метою підвищення рівня обізнаності щодо шкоди, пов'язаної з алкоголем. До складу комітету входять важливі учасники громади: представники

39 <http://stadineurope.eu/for-who/european-level/>

місцевої поліції, органів місцевого врядування, ради ліцензування продажу алкоголю, власники закладів, що мають такі ліцензії, органів охорони здоров'я, профспілок власників ліцензованих приміщень та їхнього персоналу. Цей комітет функціонує як дорадчий орган, проводячи зустрічі для обговорення питань, пов'язаних із вживанням алкоголю, з метою вдосконалення чи розроблення політики у сфері профілактики;

- навчання з відповідального обслуговування під час продажу напоїв: впровадження програм з такого навчання;
- впровадження законодавчих норм та правил: співпраця ради ліцензування на продаж алкоголю та місцевої поліції з метою обговорення методів кращого регулювання та впровадження встановлених нормативно-правових актів та навчання з відповідального обслуговування під час продажу напоїв. В рамках проєкту рада ліцензування також надсилає листи ліцензованим установам, інформуючи їх про (передусім зареєстровані поліцією) випадки продажу надмірної кількості алкоголю клієнтам у цих установах.

Інший підхід до створення цілісних профілактичних систем у громаді пропонує набір програм із профілактики «Небайдужі громади» (СТС), про що йтиметься нижче. Хоча ми й надаємо загальну інформацію, радимо дізнатись більше на сайті «Небайдужих громад»⁴⁰ з огляду на те, що кожне суспільство, країна, регіон матимуть різні умови впровадження.

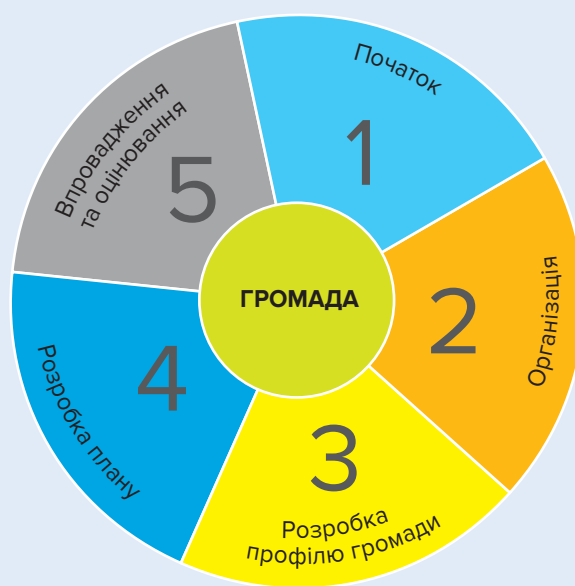
Програма «Небайдужих громад» — це заснована на даних система, яка використовує місцеві опитування та архівні дані з метою допомоги громадам визначити потреби та обрати пріоритети, обґрунтовуючись на аналізі факторів ризику та захисту. Як тільки визначено пріоритетні потреби та цільові аудиторії, створюється коаліція громади, яка обирає та впроваджує доказово обґрунтовані інтервенції, які продемонстрували свою ефективність у вирішенні цих конкретних проблем. Ця програма ще не входить до реєстру Xchange, але Реєстр Проєктів Blueprints (США) оцінив її як «перспективну», а це означає, що вона має належні докази ефективності.

Ініціатива складається з п'яти ключових компонентів (Малюнок 30):

- початок — проведення оцінки готовності громади;
- організація — залучення основних учасників та формування коаліції учасників/членів громади з метою нагляду за діяльністю ініціативи;
- розробка профілю громади — використання епідеміологічних даних для визначення факторів ризику та захисту;
- розробка плану — використання даних для вибору доказово обґрунтованих інтервенцій, які могли б знизити фактори ризику в цій громаді та посилити фактори захисту; обрання найкращого варіанту з переліку ефективних інтервенцій для осіб, родин, шкіл та громад;
- послідовне впровадження інтервенцій та їхнє регулярне оцінювання, використання отриманих даних для вдосконалення інтервенції.

Вчені виявили, що коли громади в США працювали за цими п'ятьма кроками, їхні зусилля призводили до позитивних змін, серед молоді включно, зі значним зниженням кількості осіб, які починали вживати алкоголь та тютюн, зниженням рівня злочинності та насилля, суттєвим покращенням відповідних факторів захисту для молоді в громаді, яка впроваджувала цю ініціативу, порівняно з контрольною громадою. В оригінальному дослідженні ці показники знижувались впродовж 4 років; також була виявлена суттєва затримка початку делінквентної поведінки до досягнення особами 19 років.

Мал. 30. «Небайдужі громади»



Ця модель демонструє, що наявність системи навчання та технічної допомоги коаліції «Небайдужих громад» може розвивати та розробляти можливості для науково обґрунтованого профілактичного планування.

Зазвичай громадам необхідно від 1 року до 18 місяців для розробки свого плану. Коли планування завершено, спільноти можуть впроваджувати ефективні профілактичні програми та політики, спрямовані на пріоритетні фактори ризику та захисту. Результатом цього є вимірюване зниження факторів ризику та посилення факторів захисту протягом 2–4 років.

І, нарешті, програма PROSPER — «Просування партнерства шкіл, громад та університетів для посилення стійкості» — ще одна інтервенція в громадах, оцінена як «перспективна» у Реєстрі Проєктів Blueprints (США). Першочергове завдання команди — послідовне, високоякісне впровадження доказово обґрунтованих інтервенцій для родини та школи, обраних з переліку програм, перевірених розробниками програми PROSPER. Ці спеціалісти використовують свій досвід, щоб звузити вибір доказово обґрунтованих інтервенцій для громад та рекомендують лише програми високої якості. Вони також постійно вивчають літературу з метою забезпечення подальшої підтримки програми як найкращої опції для даної цільової аудиторії. Логічна модель, розташована нижче, демонструє приклад, як можна запланувати та впровадити PROSPER, а також її очікуваний вплив на громаду (Мал. 31).

Модель сталості, яка має вісім стратегій, було розроблено для досягнення цілей команди та виконання пов'язаних з цими цілями завдань. Далі коротко опишемо ці стратегії.

- Забезпечення ресурсів для програм: основним елементом цієї стратегії є забезпечення фінансової, матеріальної та волонтерської підтримки з метою реалізації програм для родин і шкіл, та згодом для розширення програм профілактики.
- Позиціонування в спільноті/школі: ця стратегія прагне забезпечити позитивне сприйняття громадою команди та програми PROSPER, визнання школами та громадами важливого внеску команди в покращення добробуту молоді та родин.

Мал. 31. Логічна модель PROSPER



- Управління/планування якості програми: до складу цієї стратегії входять усі необхідні кроки для моніторингу якості впровадження програми включно із забезпеченням спостережачими, планом статистичних спостережень, збором даних, здійсненні зворотного зв'язку тощо.
- Посилення партнерства зі школами та іншими організаціями: ця стратегія передбачає заходи команди, які створюють взаємозалежні відносини між командою, школою та громадою так, щоб діяльність та програми PROSPER сприяли досягненню взаємовигідних цілей.
- Планування стратегічної комунікації: ця стратегія зосереджується на розробці планів комунікації із залученням медіа та інших зусиль з метою підвищення обізнаності, що сприятиме поширенню інформування щодо роботи PROSPER, фінансовій підтримці програм та участі в програмах для родин.
- Планування визнання та заохочення: це важлива стратегія для підтримки інтересу до діяльності команди та програм PROSPER. Визнання та заохочення можуть бути спрямовані на членів команди, учасників програми та осіб зі шкіл та громади, що підтримують ці зусилля.
- Моніторинг структури, ролей та участі членів команди: керівники команди та координатори з профілактики шукають шляхи покращення функціонування команди з метою забезпечення її ефективної роботи та належного рівня зацікавленості учасників у роботі програми PROSPER. Разом із командою керівник та координатор з профілактики розробляють план безперервного вдосконалення, що враховує всі стратегії моделі сталості.
- Проведення ефективних, регулярних зустрічей: у рамках PROSPER проводяться регулярні зустрічі, адже команда, яка гарно функціонує, є центральним елементом, що забезпечує сталість програм. Ефективність цих зустрічей обговорюється як частина плану безперервного вдосконалення.

Створення ефективної команди в громаді

Цей розділ демонструє цінність використання команд у громаді для підтримки профілактичних зусиль. Створені в громаді ефективні команди сприяють досягненню успіху, об'єднуючи разом багато людей з різними навичками, досвідом, особистими та професійними зв'язками. Такі команди також сприяють сталості, адже з їхнім залученням зусилля більше не залежать від однієї особи, а підтримуються багатьма.

У визначенні «командна робота» нічого нового немає. Однак, на практиці не так вже й легко створити ефективну єдину команду та забезпечити діяльність усіх її членів. Включно з відсутністю цілей або зосередженості є ще декілька факторів, які можуть завадити успіхові такої команди: нерегулярні зустрічі без зворотного зв'язку щодо успішних або невдалих командних зусиль; недостатня кількість учасників в команді, яка забезпечується послугами профілактики; конфлікти між членами команди.

На додаток до перешкод на місцевому рівні або на рівні команди середовище громади, політичні чинники та інші фактори створюють перешкоди ефективності зусиль з впровадження доказово обґрунтованих інтервенцій. Національні, міжнародні групи та урядові організації можуть підтримувати ці доказово обґрунтовані інтервенції, однак, вони не використовуються достатньо широко.

Деякі з причин невикористання таких інтервенцій у громадах стосуються викликів, які повинні прийняти політики та середовище самих громад. Політики та рішення щодо фінансування можуть бути короткотерміновими та обмеженими в часі (спричинені трагічною подією в громаді, наприклад, гучний випадок, пов'язаний із чиєюсь загибеллю внаслідок вживання ПАР).

Інший виклик для таких команд — відсутність інфраструктури або систем підтримки. Пріоритети можуть змінитись ще до початку впровадження інтервенцій або ресурсів може вистачати лише на короткий термін, і вони можуть надаватись нерегулярно.

Зокрема підтримка інтервенції протягом тривалого часу потребує наявності стратегії збору коштів включно з маркетингом, просуванням та щорічним створенням пакету ресурсів (фінансових та нефінансових). Більшість доказово обґрунтованих інтервенцій не забезпечуються такою інформацією, а працівники, які займаються впровадженням, можуть і не мати таких навичок.

Ефективні команди можуть долати такі перешкоди в разі вирішення таких ключових питань: розподіл ролей, відповідальність та якість лідерів і членів команди, структура команди та довготермінове залучення учасників до її складу.

Під час формування команди важливо розглядати її як групу в цілому. Повинні бути представлені ключові організації громади, особливо, якщо вони мають доступ до молоді та родин, які є потенційними учасниками інтервенції. Також корисним буде знайти представників аудиторії, яку команда намагається охопити, щоб зрозуміти потреби громади.

До складу ефективних команд повинні входити учасники з різноманітними навичками, знаннями та досвідом з метою покращення результативності роботи команди. Групі слід спиратися на соціальну та професійну мережу, яка б мала широке охоплення та репрезентувала різні точки зору в громаді. До того ж команда, яка представляє громаду, має бути відносно невеликою, аби можна було ефективно залучати всіх її членів.

Ефективні команди мають чітко визначені ролі для кожного учасника, що дозволяє їм використовувати свої сильні сторони та особисті навички.

Мобілізація ресурсів та підвищення спроможності

Європейські стандарти якості у сфері профілактики вживання наркотиків (EDPQS) допомагають визначити сильні сторони та ресурси громади. Щойно це зроблено, приступають до створення місцевих зв'язків з окремими особами та групами в громаді. Види таких зв'язків залежать від цілей заходів охопленої аудиторії. Чи такий зв'язок є необхідним, щоб поєднати план місцевого надавача послуг з метою посилення місцевих заходів в рамках інтервенції або щоб знайти учасників програми чи підвищити рівень обізнаності щодо потреби в доказово обґрунтованих інтервенціях? Чи є метою цього зв'язку розвиток партнерства або залучення людей з певними навичками для організації збору коштів?

Наміри або мета співпраці допоможуть визначити вид таких зв'язків. Незалежно від цього, ці відносини необхідно розглядати як підтримку сприятливої репутації команди та її зусиль. Щоб організувати позитивні місцеві зв'язки, команда повинна досягти наступних цілей.

- Визначте центри, «вузли» громади. Це ті місця в громаді, де зазвичай збираються люди, наприклад, центри громад, офіси профілактичних організацій, яких легко дістатись.
- Творчо підходьте до залучення людей. Запропонуйте низку можливостей, яким чином люди можуть долучитися до вашої роботи. Такі можливості повинні бути зручними й враховувати їхні інтереси та навички.
- Підтримуйте осіб, які є «рушійною силою» громади. У кожній громаді є лідери, що збирають та організовують людей навколо справи, особи, які є «рушійною силою».
- Пропонуйте можливості залучення на короткий термін або для конкретного завдання. Деякі люди не можуть або не хочуть залучатися в довготермінові профілактичні заходи. Можливо, вони не можуть брати участь у зв'язку з іншими обов'язками, роботою, особистим життям. Натомість, щоб взагалі не залучати такий ресурс, варто розглянути, які є можливості для їхньої участі, як-от конкретні та ті, що можна виконати в короткий термін у рамках певного завдання.

В рамках обмеженості ресурсів важливо розглянути можливість їхнього використання з найбільшою ефективністю. По-перше, команда громади може поєднати свої заходи з вже існуючими. Кожна установа в громаді, школа, урядова організація, громадська група має плани роботи. Розгляньте, як ці плани можуть бути пов'язані з планом роботи команди, визначте взаємовигідні можливості для співпраці.

По-друге, ймовірно будуть виявлені особливості, які відображають місцеві проблеми, наприклад, розвиток місцевого туризму та роботи закладів нічного життя або попередження злочинності. Такі нагальні питання можуть мотивувати та вплинути на розвиток навичок і ресурсів громади з метою отримання більшої користі.

АДВОКАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ

Не так легко і просто переконати розробників політики надавати першочергову увагу профілактиці або змусити підтримати впровадження вашої інтервенції. Здебільшого потрібно докласти значних скоординованих зусиль в досягненні цієї мети — це й називається «адвокацією».

The Triangle Research Group (Silvestre et al., 2014), науковий консорціум щодо алкогольної політики у Словенії, описує «адвокацію» як «політичний процес особи або групи, мета якого вплинути на державну політику та рішення щодо надання ресурсів у політичних, соціальних системах та установах» (с. 14). Європейський центр профілактики та контролю за хворобами (The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2014) визначає адвокацію як «ключову стратегію просування здорового способу життя та громадського здоров'я» (с. 1).

Зусилля адвокації із використанням науково обґрунтованої інформації повинні бути частиною кожної інтервенції. Хоча часто ці зусилля спрямовані на переконування органів, які приймають рішення з уведення нових політик у сфері охорони здоров'я, законів та регулювання. Адвокація також необхідна для продовження підтримки таких заходів після їхнього впровадження. Зазвичай, наводять дані щодо шкоди та наслідків від вживання ПАР (особі, іншим, суспільству) та обговорюється, як профілактичні програми та політики можуть зменшити такі наслідки (Таблиця 15). Такі зусилля можуть робити внесок у зміну переконань, ставлень та норм щодо вживання ПАР та допомагати особам, які ухвалюють рішення, краще розуміти ефективність реагування.

Європейський центр профілактики та контролю за хворобами (The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2014) описує, як адвокація водночас здійснюється на кількох рівнях (регіональному, місцевому, національному) тоді, як VeneKlassen and Miller (2002) представляють багатосторонній підхід, згідно якого для досягнення однакових цілей використовуються різні стратегії. Адвокаційні стратегії також повинні працювати в рамках співпраці з представниками груп, на які впливає вживання ПАР, з особами, які ухвалюють рішення, та іншими залученими сторонами (Pelozo, 2014).

Такі заходи бувають різними та до їхнього складу можуть входити переконування, протестні ходи або судові процеси (наприклад, справа в суді, яка була показана в ЗМІ), а також освіта населення та залучення медіа з метою впливу на громадську думку (див. також Главу 8). Хоча адвокація може бути окремою діяльністю, вона також може бути й компонентом комплексної профілактичної інтервенції. (ECDC, 2014).

Для ефективної адвокації політики Mercer and colleagues (2010) пропонують такі заходи:

- чітко окреслювати зв'язок між проблемами зі здоров'ям, інтервенціями та результатами;
- систематично оцінювати та узагальнювати, синтезувати докази;
- залучати групу, що заслуговує на довіру, та ретельно здійснювати оцінку доказів;
- залучати ключових партнерів та зацікавлені сторони у весь процес формування доказової бази та рекомендацій, а також їх розповсюдження;
- здійснювати персоналізоване, цільове та переконливе надання доказів та рекомендацій;
- залучати багато сторін та учасників з метою заохочення впровадження політики та дотримання рекомендацій щодо такого впровадження;
- забезпечувати сталість.

Таблиця 15.

Як репрезентувати справу

Як репрезентувати справу
1. Назвіть проблему
2. Окресліть вплив на осіб, які вживають ПАР
3. Окресліть вплив на решту громадськості або на осіб, які не вживають ПАР, особливо молодих людей
4. Додайте наявну інформацію щодо доказово обґрунтованих інтервенцій та політик, які продемонстрували ефективність

Водночас результати досліджень політики вказують на не завжди чіткий зв'язок між виконанням заходів, запропонованих Mercer, та змінами в політиці або пріоритетизацією профілактичних програм. Важливо реалістично подивитись на те, чого можна досягти лише діяльністю за допомогою адвокації профілактики, та потім робити висновки щодо процесу формування політики. Карні (2016), наприклад, вказує, що процес формування політики часто може здаватись нераціональним та складним для тих, хто за ним спостерігає. Під час прийняття особою рішень розробники політики часто обирають точку зору, відмінну від тієї, що обґрунтовується на актуальних та корисних доказах. Якщо фахівці у сфері профілактики та адвокати доказово обґрунтованої профілактики можуть розглядати отримані докази в результаті досліджень та належним чином узагальнені як раціональну основу для прийняття рішень, то розробники політики розглядатимуть це паралельно з іншими джерелами «доказів» та враховуватимуть зворотний зв'язок із громадськістю, громадську думку та цінності, поради колег, політичні маніфести та зобов'язання, а також власний професійний досвід.

Водночас деякі особи, що приймають рішення, можуть добре розуміти питання профілактики й потребу реагувати на вживання ПАР за допомогою доказово обґрунтованих підходів, посадовці вищого рівня рідше мають такий рівень обізнаності або навіть зацікавленість у таких питаннях.

Розробники політики вищого рівня часто змушені діяти за допомогою консенсусу, який означає баланс між вимогами та очікуваннями інтересів багатьох сторін, особливо в таких суперечливих питаннях, як реагування на вживання ПАР. Цей консенсус поширюється й на відносини між органами управління, де відбуватимуться змагання за обмежені ресурси або ширші повноваження.

Обговорення цих викликів не повинно знеохочувати зусилля з адвокації профілактики. Натомість за допомогою розуміння реальності процесу прийняття рішень можливо досягнути оптимальних результатів, визначивши те, на чому слід зосередитись та зменшити рівень розчарування в тих, хто ухвалює рішення («нас просто не чуять»).

Наприклад, Cairney пропонує адвокатам профілактики не лише репрезентувати вирішення певних соціальних проблем (як-от впровадження профілактичних програм), а й працювати над підвищенням обізнаності щодо цих проблем та вказувати на причини, відповідно до яких розробники політики повинні надати перевагу цим питанням. Адвокати з профілактики також повинні мати спроможність надавати готові доказово обґрунтовані варіанти вирішення визначених проблем, які мають бути конкретними та технічно й політично можливими для реалізації.

Коли до проблеми привернуто достатньо уваги і у політиків є мотивація до дій, адвокатам профілактики варто діяти швидко, оскільки «вікна можливостей» у сприятливому політичному середовищі бувають рідко та недовго.

Зокрема, якщо місцевий уряд готовий діяти у зв'язку з гучною справою, наприклад, смертю, пов'язаною із вживанням ПАР, адвокати з профілактики повинні бути готові швидко реагувати та просувати доказово обґрунтовані програми як частину довготермінової стратегії до того, як закриється «вікно можливостей», або до того, як інші не доказово обґрунтовані підходи будуть обрані в якості пріоритетів.

Критики політик часто в нових законопроектах зосереджуються на слабких сторонах, особливо якщо ці пропозиції порушують теперішній стан справ, тому адвокатам з профілактики вже на цьому етапі варто критично переглянути свій проєкт, щоб розуміти, які можуть виникнути проблеми.

Успішні адвокаційні підходи поєднують актуальні наукові докази з емоційним закликом з метою надання історії «людського обличчя» та розумно використати нові можливості так, щоб запропоноване реагування відповідало політичним та професійним переконанням осіб, які ухвалюють рішення.

Успіх буде малоімовірним, якщо ви «закидаєте» залучені сторони науковими доказами, сподіваючись, що це змінить їхню думку та забезпечить їхню підтримку. Ви повинні впливати на їхнє розуміння політичної проблеми та надавати найактуальніші докази. До того ж не забувайте, що фахівці у сфері профілактики та інші експерти мають різні наукові знання зі зменшення впливу вживання ПАР на громадське здоров'я та на суспільство. Це не обов'язково означає, що вони мають навичок для переконання політиків підтримати певний підхід. Водночас більшість груп з адвокації профілактики розвивають широкий спектр таких навичок у представників коаліції різних залучених сторін та організацій.

Важливо враховувати оцінку зусиль адвокації. Європейський центр профілактики та контролю за хворобами (The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2014) рекомендує

використовувати теорію змін з метою допомогти в цьому процесі, адже вона пояснює, як та чому очікуються бажані результати від проведених заходів.

Загальні принципи оцінювання профілактичних інтервенцій/політик можна застосовувати й до заходів з адвокації профілактики. Такі оцінювання обґрунтовуються на даних, є систематичними та використовують відомі методи, як-от: інтерв'ювання та опитування. Водночас, як і оцінювання процесу та результатів, ми можемо оцінювати наші зусилля з адвокації профілактики з метою використання такої оцінки в наших стратегіях, аналізі результатів та з метою розвитку спроможностей фахівців, які цим займаються.

Складність оцінювання адвокації полягає в тому, що заходи та результати стратегії адвокації швидко змінюються. На це також впливають непередбачувані, супутні фактори. Тому Coffman (2007) радить звітувати регулярніше, у реальному часі, після кожної значущої події або заходу.

КІНЦЕВІ ЗАУВАЖЕННЯ

Ця навчальна програма є вступом до науки про профілактику та доказово обґрунтованої профілактичної роботи, пояснюючи, чому вони є важливими. В програмі обговорюється епідеміологія вживання ПАР в Європі для розуміння масштабу нашої роботи, тоді, як вступ до теорій профілактики та методик зміни поведінки надавався для розуміння механізмів зміни поведінки.

EDPQS та Міжнародні стандарти (UNODC, 2013) були представлені в якості основних керівних інструментів у профілактичній роботі та виборі й упровадженні найкращих доказово обґрунтованих інтервенцій та/або політик. Ми також розглянули, як проводити оцінювання інтервенцій та політик.

Були представлені різні середовища, наприклад, родина, школа, робоче місце, ЗМІ, соціальне середовище, аналіз їхньої специфіки для профілактичної роботи. Це допоможе нам створити та обрати ефективні профілактичні інтервенції та/або політики із урахуванням цільового населення та наявних викликів та перешкод.

Сподіваємось, що з цими знаннями та навчальною програмою ви станете тією цінною силою, що посилить превентивну роботу у вашому регіоні та середовищі, укріплюючи європейську мережу фахівців у сфері профілактики.

Така мережа є ключовою в подоланні викликів та виконанні завдань з трансформації наявних доказів у розповсюджену та повсякденну профілактичну практику. Рекомендації з реагування EMCDDA (The EMCDDA response guide, 2017b) та стратегія EMCDDA з підтримки практичного використання прагнуть надати політикам та практикам інструменти, ресурси та стратегії для успішного впровадження доказово обґрунтованої профілактики в Європі.

Аналіз процесу впровадження надасть особам, які ухвалюють рішення, альтернативні опції, які є ефективнішими за деякі популярні підходи та потенційно менш шкідливими.

- Ajzen, I. (1991), «The theory of planned behavior», *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, pp. 179–211.
- Ayllón, S. and Ferreira-Batista, N. N. (2018), «Unemployment, drugs and attitudes among European youth», *Journal of Health Economics* 57, pp. 236–248.
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, General Learning Press, New York.
- Barden, J. and Tormala, Z. L. (2014), «Elaboration and attitude strength: the new metacognitive perspective», *Social and Personality Psychology Compass* 8(1), pp. 17–29.
- Bartholomew, L. K. and Mullen, P. D. (2011), «Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions», *Journal of Public Health Dentistry* 71(1), pp. 20–33.
- Bergsma, L. J. and Carney, M. E. (2008), «Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review», *Health Education Research* 23(3), pp. 522–542.
- Biglan, A. and Hinds, E. (2009), «Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities», *Annual Review of Clinical Psychology* 5, pp. 169–196.
- Bronfenbrenner, U. (1979), *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Brotherhood, A., Sumnall, H. R. and the European Prevention Standards Partnership (2015), *EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts («Adaptation and Dissemination Toolkit»)*. Step 3: Undertaking the adaptation, Centre for Public Health, Liverpool.
- Cairney, P. (2016), *The politics of evidence-based policy making*, Springer Berlin, New York.
- Castro, F. G., Barrera, Jr., M. and Martinez, Jr., C. R. (2004), «The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit», *Prevention Science* 5, pp. 41–45.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. and Kopak, A. (2010), «A methodology for conducting integrative mixed-methods research and data analyses», *Journal of Mixed Methods Research* 4, pp. 342–360.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan J. A. M., Lonczak, H. S. and Hawkins, J. D. (1999), *Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs*, DHHS and NICHD, Washington, DC.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010), *Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide*, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health, Division of Environmental Hazards and Health Effects, Air Pollution and Respiratory Health Branch, Atlanta, GA.
- Charvat, M., Jurystova, L. and Miovsky, M. (2012), «Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system», *Adiktologie* 12(3), pp. 190–211.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L. and Rucker, D. D. (2008), «A new look at the consequences of attitude certainty: the amplification hypothesis», *Journal of Personality and Social Psychology* 95(4), pp. 810–825.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., Rucker, D. D. and Dugan, R. G. (2013), «The malleable influence of social consensus on attitude certainty», *Journal of Experimental Social Psychology* 49(6), pp. 1019–1022.
- Coffman, J. (2007), «What's different about evaluating advocacy and policy change?», *Evaluation Exchange* 13, pp. 2–4.
- Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., Freedman, G. and Burstein, R. (2013), «Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010», *Lancet* 382, pp. 1564–1574.
- Elkins, S. R., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E. and Wells, K. C. (2014), «Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school», *Psychology of Addictive Behaviors* 28(2), pp. 475–486.

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2014), A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases, ECDC, Stockholm.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2011), European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals, EMCDDA Manuals, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2013a), European drug prevention quality standards: a quick guide, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2013b), North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2015), New psychoactive substances in Europe: an update from the EU early warning system, EMCDDA Rapid Communication, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2017a), European Drug Report 2017: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2017b), Health and social responses to drug problems: a European guide, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2018a), European Drug Report 2018: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

EMCDDA (2018b), Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical Report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Commission (2015), Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Evidence Based Practice Institute (2012), <https://www.ebp.institute/>

Federal Office of Public Health (2006), Lessons learned — vulnerable young people and prevention, Federal Office of Public Health, Bern (available at https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/03.00-049_vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf).

Fishbein, M. (2011), «Predicting and changing behavior: a reasoned action approach» in: Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach, Psychology Press, pp. 3–21.

Flay, B. R. and Petraitis, J. (2003), «Bridging the gap between substance use prevention theory and practice», in Sloboda, Z. and Bukoski, W. J. (eds.), Handbook on drug abuse prevention: theory, science, and practice, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, pp. 239–306.

Fong, G. T., Graig, L. V., Guignard, R., Nagelhout, G. E., Tait, M. K., Driezen, P., Kennedy, R. D. et al. (2013), «Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: findings from the ITC France survey», Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire 20, pp. 217–223.

Frone, M. R. (2013), Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace, American Psychological Association, Washington, DC.

Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A. M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaité, L. et al. (2015), Quality plan for prevention science education and training in Europe, Science for Prevention Academic Network (SPAN), Oxford.

Gasper, J. (2011), «Revisiting the relationship between adolescent drug use and high school dropout», Journal of Drug Issues 41(4), pp. 587–618.

Ginsburg, I. (1982), «Jean Piaget and Rudolf Steiner: stages of child development and implications for pedagogy», Teachers College Record 84(2), pp. 327–337.

Glantz, M. D. and Pickens, R. W. (1992), «Vulnerability to drug abuse: introduction and overview», in Glantz, M. D. and Pickens, R. W. (eds.), Vulnerability to drug abuse, American Psychological Association, Washington, DC pp. 1–14.

- Green, E. C. and Witte, K. (2006), «Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence?», *Journal of Health Communication* 11, pp. 245–259.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. and Zins, J. E. (2005), *The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice*, Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- Hanushek, E. A. and Wößmann, L. (2007), «The role of education quality in economic growth», *World Bank Policy Research Working Paper 4122* (available at <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1>).
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. and Miller, J. Y. (1992), «Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention», *Psychological Bulletin* 112, pp. 64–105.
- Hovland, C. I. and Weiss, W. (1951), «The influence of source credibility on communication effectiveness», *Public Opinion Quarterly* 15, pp. 635–650.
- Hovland, C. I., Janis, I. and Kelley, H. H. (1953), *Communication and persuasion*, Yale University Press, New Haven, CT.
- Jessor, R. and Jessor, S. L. (1977), *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, Academic Press, New York.
- Kaluzny, A. P. and Hernandez, S. R. (1988), «Organizational change and innovation», in Shortell, S. and Kaluzny, A. (eds.), *Health care management: a text in organizational theory and behavior*, 2nd edition, John Wiley and Sons, New York, pp. 379–417.
- Lasswell, H. D. (1949), «The structure and function of communication in society», in Bryson, L. (ed.), *The communication of ideas*, Harper, New York, pp. 37–51.
- Lazarsfeld, P. F., Berelson, B. and Gaudet, H. (1944), *The people's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign*, Columbia University Press, New York.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E. and Witkiewitz, K. (eds.), (2011), *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, Guilford Press, New York.
- Mendes, F. J. F. and Mendes, M. R. (2011), *Healthy and safer nightlife of youth project: staff training for nightlife premises*, Club Health (available at https://www.club-health.eu/docs/EN/Club_Health_training_of_staff_manual_EN.pdf).
- Mercer, S. L., Sleet, D. A., Elder, R. W., Cole, K. H., Shults, R. A. and Nichols, J. L. (2010), «Translating evidence into policy: lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers», *Annals of Epidemiology* 20, pp. 412–420.
- Michie, S., Van Stralen, M. M. and West, R. (2011), «The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions» *Implementation Science*, doi:10.1186/2F1748-5908-6-42.
- Miller, B. A., Holder, H. D. and Voas, R. B. (2009), «Environmental strategies for prevention of drug use and risks in clubs», *Journal of Substance Use* 14(1), pp. 19–38.
- Mrazek, P. J. and Haggerty, R. J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington, DC.
- NAMLE (National Association for Media Literacy Education) (2010), *The core principles of media literacy education*, <http://namle.net/publications/core-principles/>.
- O'Neill, B. (2008), «Media literacy and the public sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland», Paper presented at the Media@lse Fifth Anniversary Conference, 21–23 September, London (available at [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill\(LSEROverversion\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill(LSEROverversion).PDF)).
- Peloza, J. (2014), *Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*, Infokart, Ljubljana.
- Piazza, P. V. and Deroche-Gamonet, V. (2013), «A multistep general theory of transition to addiction», *Psychopharmacology* 229(3), pp. 387–413.

- Plant Work (2006), «Coming clean: drug and alcohol testing in the workplace», *World of Work: The Magazine of the ILO* 57, pp. 33–36.
- Poulin, F. and Dishion, T. (2001), «3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions», *Applied Developmental Science* 5(4), pp. 214–224.
- Ricordel, I. and Wenzek, M. (2008), «Cannabis and safety of work: evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF», *Annales Pharmaceutiques Françaises* 66, pp. 255–260.
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B. and Erausquin, J. T. (2014), «The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use», *Journal of Youth and Adolescence* 43(5), pp. 717–728.
- Silvestre, S., Liutkutė, V., Peloza, J., Talić, S., Kokole, D., Ribeiro, S., Galkus, L. et al. (2014), Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy, Alcohol Policy Youth Network (APYN) and No Excuse Slovenia, Ljubljana.
- Sloboda, Z., Dusenbury, L. and Petras, H. (2014), «Implementation science and the effective delivery of evidence-based prevention», in Sloboda, Z. and Petras, H. (eds.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, pp. 293–314.
- Small, S. and Supple, A. (1998), «Communities as systems: is a community more than the sum of its parts?», presented at the national forum on «A community effects on children, adolescents and families», Penn State University, State College, PA.
- Stovall, E. E., Rossow, I. and Rise, J. (2014), «Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs», *Journal of Substance Use* 19, pp. 38–43.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013), *International standards on drug use prevention*, UNODC, Vienna (available at <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).
- Van der Kreeft, P., Jongbloet, J. and Van Havere, T. (2014), «Factors affecting implementation: cultural adaptation and training», in Sloboda, Z. and Petras, H. (eds.), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, New York, pp. 315–334.
- VeneKlasen, L. and Miller, V. (2002, rev 2007), «Planning moment #5: Mapping advocacy strategies», in *A new weave of power, people & politics: the action guide for advocacy and citizen participation*, Practical Action Publishing, pp. 185–208.
- Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L. and Saul, J. (2008), «Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation», *American Journal of Community Psychology* 41(3–4), pp. 171–181.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveau, L. and Kaljee, L. (2013), «The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination», *Social Science and Medicine* 97, pp. 161–169.
- Werner, E. E. and Smith, R. S. (1982), *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*, McGraw-Hill Book Co., New York.
- WHO (World Health Organization) (2018), *Global status report on alcohol and health*, WHO, Geneva.
- WHO (n.d.), Substance abuse, http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ (accessed on 30 September 2017).

ДОДАТКИ

ЗМІСТ

Додаток 1. Огляд методології.

Додаток 2. Етапи розвитку з 3 до 16 років.

Додаток 3. Глосарій.

Додаток 4. Довідкова інформація.

Додаток 5. Довідкова інформація щодо профілактики вживання ПАР в Україні.

ОГЛЯД МЕТОДОЛОГІЇ

Наша методологія засновується на рекомендаціях Європейського партнерства зі стандартів профілактики щодо адаптації та розповсюдження стандартів якості в різних контекстах (EDPQS Toolkit 4⁴¹). Вони описують, яким чином слід проводити адаптацію та що необхідно враховувати в цьому процесі.

Команда проєкту HoGent на базі кафедри дослідження профілактики Коледжу Гентського університету (Бельгія) була визначена робочою групою. До ядра групи входила робоча група та Зілі Слобода (Міжнародна організація з прикладних досліджень у сфері профілактики), Міхал Міовські (Карлів університет у Празі), Грегор Бурхарт (EMCDDA) та Джефф Лі (Міжнародна спільнота фахівців у сфері вживання ПАР), які є експертами у сфері профілактики вживання ПАР.

Головна мета основної групи — уникнути (де можливо) змін ключових компонентів оригінальної Універсальної навчальної програми профілактики, змінюючи її при цьому для цілей адаптації до Європейського контексту. Група фінального проєкту, «референтна група», складалася з 11 партнерів, учасників проєкту «UPC-Adapt». Сюди входили представники Бельгії, Німеччини, Естонії, Іспанії, Хорватії, Італії, Польщі та Словенії.

Процес адаптації почався із уважного вивчення Посібника для тренерів, розробленого Міжнародною організацією з прикладних досліджень у сфері профілактики (APSI). Після того, як робоча група вивчила навчальну програму 1, тобто загальну вступну Європейську навчальну програму з профілактики, нею було створено робочий документ, який надавав опис адаптованого продукту та попередню категоризацію можливих адаптацій. Адаптації були поділені на «глибокі» та «поверхневі»; також документ містив пояснення для змін, які пропонувалося внести. «Поверхневі адаптації» — це були, наприклад, адаптації щодо місць, прикладів, даних, місцевих виразів та ідіом.

«Глибокі» адаптації були адаптаціями до контексту (соціальна та політична організація), технічних аспектів (графіка та ілюстрації) та змісту (видалення, зміни або додавання без зміни ключових елементів). Ця попередня робота спочатку обговорювалася в робочій групі. Після досягнення консенсусу основна група переглядала попередню категоризацію та робочий документ.

Аналогічна процедура повторювалася в процесі адаптації інших навчальних програм: фармакологія та фізіологія (програма 2), моніторинг та оцінювання (програма 3), профілактика в родині (програма 4), профілактика в школі (програма 5), профілактика на робочому місці (програма 6), профілактика в оточуючому середовищі (програма 7), профілактика через медіа (програма 8) та профілактика в громаді (програма 9). Спочатку досягали консенсусу в робочій групі, а потім запропоновані адаптації обговорювалися в основній групі через відеоконференції та електронну пошту.

Попередній проєкт навчальної програми був завершений у червні 2017 року, референтна група та основна групи досягли консенсусу щодо першого проєкту в жовтні 2017 року.

Додаток 2

ЕТАПИ РОЗВИТКУ З 3 ДО 16 РОКІВ

	Соціальний	Мовленнєвий	Фізичний	Інтелектуальний	Емоційний	Поведінковий
3–4 роки	Ділиться, добре грає з іншими, може грати наодинці, користується ложкою та виделкою, щоб їсти, має навички особистої гігієни	Називає цифри, але вміє рахувати тільки до 3, розмовляє, розповідає вірші та співає пісні, має улюблену історію	Вміє нанизувати намистини, користуватися ножицями, ходити навшпиньках, крутити педалі та керувати кермом, тримати баланс, має просторове мислення	Може побудувати вежу, малює, може намалювати голову, якщо малює людину, тримає олівець	Вміє чекати, щоб задовольнити потреби, має почуття гумору, розуміє теперішній та минулий час	Має вміння домовлятися, але не міркувати, використовує уяву, боїться темряви, боїться бути залишеним, отримує насолоду від гумору
5–7 років	Ділиться, використовує уяву для гри, одягається та роздягається	Отримує насолоду від історій та використовує їх для гри, розуміє подвійне значення слів	Іграшки-конструктори, розмальовки, ігри, грає з м'ячем, танцює, стрибає, підстрибує, рухаючись вперед	Може копіювати букви, рахує на пальцях, додає деталі до малюнків, розуміє, що таке час	Піклується про друзів та маленьких дітей, контролює свою поведінку	Виражає гнів та розчарування більше словами, ніж діями, є більш незалежною
8–12 років	Не залежить від батьків, має відчуття, що правильно/неправильно робити, має відчуття майбутнього	Вміє читати та писати, краще виражає себе при мовленні, підтримує розмову, може сперечатися, пов'язує події	Зміни у фізичному вигляді стають більш помітними, ранній пубертатний розвиток у дівчат, покращення координації очей та рук	Говорить про думки та почуття, більш логічно мислить, розвиваються навички з читання та математики	Навчається через спостереження та розмову, надає підтримку при стресових ситуаціях, спроможна проявляти емпатію	Приєднується до клубів та спілкується з більшою кількістю однолітків, прагне прийняття однолітками
13–16 років	Проводить більше часу з однолітками, формує ідентичність, перевіряє кордони, доросліші рольові моделі	Ясність думки, вираження своїх власних переконань	Пубертатний розвиток для обох статей, швидкий ріст м'язів та кісток, підвищення витривалості	Більше піклується про інших та спільноту, ставить під питання та кидає виклик правилам, вивчає нові ідеї	Переживає гормональні зміни, готується до незалежності від родини, імпульсивно себе поводить	Підвищення бажання права на приватність, проводить більше часу з однолітками

Додаток 3

ГЛОСАРІЙ

Адаптація	Модифікація змісту цільової програми з метою відповідності до культури й потреб специфічної групи споживачів.
Адвокація	Політичний процес, розпочатий особою або групою, мета якого — вплив на державну політику та рішення щодо надання ресурсів у політичних і соціальних системах та установах (Peloza, 2014).
Авдиторія	Ті, на кого спрямована комунікація; ті, на кого скероване повідомлення.
Багатокомпонентні ініціативи в громаді	Зазвичай вони передбачають широкий спектр доказово обґрунтованих інтервенцій та політик, які можуть мати вплив на багато вікових груп за різних обставин. До типових зусиль у таких ініціативах входить підтримка впровадження антиалкогольних та антитютюнових політик, інтервенції, політики в школі та послуги для родин.
Батьківський моніторинг	Знання батьків про місцезнаходження та заняття своїх дітей.
Вживання психоактивних речовин	Такими речовинами можуть бути тютюнові продукти, алкоголь, інгалянти та інші речовини, такі як: героїн, кокаїн, канабіс та психоактивні рецептурні медичні препарати (у випадку немедичного застосування).
Вимірювання на індивідуальному рівні	Вимірювання, яке стосується окремих респондентів, а не цілих груп.
Випробування ефективності	Такі випробування перевіряють, наскільки інтервенції є ефективними в умовах «реального світу» або в «природних» обставинах. Також завдяки цьому процесу можна встановити, для кого та за яких умов донесення інтервенції матиме ефект.
Відповідність інтервенції	Те, наскільки близько до оригінального плану була впроваджена інтервенція. Якість впровадження інтервенції часто розраховується за допомогою вимірювання відповідності, дози, якості донесення та елементів, доданих до протоколу інтервенції.
Внутрішня достовірність	Те, до якої міри результати профілактичної інтервенції можуть бути приписані цій інтервенції.
Вплив	Стосується охоплення аудиторії через медіа, тобто до якої міри комунікація досягає цільової аудиторії.
Впровадження	Донесення профілактичної інтервенції, політики або декількох інтервенцій та політик, які, відповідно до проведених досліджень, можуть мати більший вплив на населення.
Вразливість	Індивідуальна схильність, визначена генетичними, психологічними та соціальними факторами, може бути ймовірною причиною розвитку ризикованої поведінки та психічних розладів. Протилежним до цієї якості є стійкість (Федеральний офіс громадського здоров'я (Швейцарія), від англ. The Federal Office of Public Health, 2006).
Громада	Географічно визначена одиниця, де можуть розроблятися та впроваджуватися ефективні політики й практики. Більшість координаторів з профілактики працюють на різних рівнях спільноти. До спільноти може входити середовище макрорівня, яке складається з багатьох середовищ мікрорівня.
Дієвість	Це критерій проведення вимірювання щодо того, наскільки інтервенція (технологія, лікування, процедура, послуга або програма) приносить більше користі, ніж шкоди під час її реалізації за оптимальних умов.
Джерело	Особа або організація, яка доносить переконуюче повідомлення.
Доказово обґрунтована практика	Систематичні процеси прийняття рішень або надання послуг, які, обґрунтовуючись на наявних наукових доказах, показали спроможність послідовно покращувати вимірювані результати клієнтів. Замість традиції, інтуїції або одноразового спостереження як основи для прийняття рішень, доказово обґрунтована практика покладається на дані, зібрані в результаті експериментальних досліджень, та враховує індивідуальні характеристики клієнтів та клінічний досвід (Інститут доказово обґрунтованої практики, 2012).
Доказово обґрунтовані профілактичні інтервенції та політики	Профілактичні інтервенції та політики, які за допомогою дослідження показали свою ефективність у попередженні початку вживання ПАР.

Донесення інтервенції	Те, яким чином впроваджуватимуться інтервенція або політика та очікування щодо сприйняття та отримання інтервенції або політики цільовою аудиторією, наприклад, в результаті використання інтерактивних навчальних стратегій для дорослих та підлітків, пропонування програм з розвитку виховних навичок у зручний для родин час та моніторинг впровадження інтервенції або політики для посилення відповідності ключовим елементам інтервенції.
Дослідження	Систематичне розслідування, включно з розробкою, тестуванням та оцінкою, які проводяться з метою сприяння та формування системи знань широкого застосування.
Економічно доцільний	Ефективний з точки зору витрат.
Емпіричний	Заснований на спостереженні та експерименті.
Емпірично перевірене дослідження	Дослідження, засноване на спостереженні та/або експерименті, результати якого систематично підтверджуються наступними експериментами та підкріплюються фактами.
Епідеміологія	Вивчення розповсюдження та визначення факторів станів або подій, пов'язаних зі здоров'ям (включно з хворобами), початку станів/подій/хвороб, пов'язаних зі здоров'ям (захворюваність), існуючі випадки станів/подій/хвороб, пов'язаних зі здоров'ям (розповсюдження), та застосування цього вивчення з метою контролю за хворобами та іншими проблемами зі здоров'ям.
Етіологічна модель	Ця модель складається з мікро- та макросередовища, які впливають на людей від народження до досягнення зрілого віку. Ці середовища взаємодіють з особистими характеристиками осіб, що підвищують або знижують ризик вживання ПАР, та іншої проблемної поведінки. Ці середовища можуть бути двох рівнів: до макрорівня належить широке середовище — район, громада, регіон або країна; до мікрорівня належить середовище, яке найбільш наближене до особи — родина, однолітки, школа, організації в громаді та робоче місце.
Засоби масової інформації	Загальна категорія комунікацій, включно з телебаченням, радіо, газетами, які досягають широкої групи людей.
Зацікавлена сторона (стейкхолдер)	Особа, група або організація, що має інтерес або занепокоєність щодо сторони, на яку впливає інтервенція, план діяльності або політика.
Зміст інтервенції	Завдання інтервенції та інформація, навички й стратегії, які використовуються для виконання цих завдань. Наприклад, інтервенція може складатись як з навички відмови одноліткам, так і з розвитку соціальних норм та навчання спілкування в родині.
Зниження попиту	Зменшення або щонайменше затримання вживання ПАР цільовою групою за допомогою просування цінностей, переконань та ставлень проти вживання ПАР та за допомогою вдосконалення навичок відмови.
Зниження пропозиції	Розробка раціональних, чітких та послідовно впроваджуваних політик, спрямованих на протидію володінню, вживанню та продажу усіх ПАР, включно з алкоголем і тютюном, поблизу території школи та на всіх шкільних заходах.
Зовнішня достовірність	Те, до якої міри результати профілактичної інтервенції можуть бути використані для іншої популяції або іншого стану.
Інтервенції для оточуючого середовища	Вони передбачають політики, регулювання та закони, які контролюють доступ до ПАР, особливо для молоді. Вони також впливають на норми вживання ПАР як результат існування законів та їхнього впровадження. Більшість досліджень стосується зусиль з контролю вживання алкоголю та тютюну. Такі інтервенції часто стосуються умов, за яких відбувається вживання ПАР. Це може бути громада або конкретні місця, наприклад, місця роздрібного продажу алкоголю, парки або місця розваг.
Інтервенція	Діяльність, яка зосереджена на зміні траєкторій вживання ПАР шляхом просування позитивних результатів, пов'язаних із розвитком та зниженням рівня ризикованої поведінки та її наслідків.
Інфраструктура	Базові фізичні, організаційні структури та установи, необхідні для діяльності суспільства. У цій програмі до складу інфраструктури входять команди спільнот, навчальна та технічна допомога, фінансові та людські ресурси, необхідні для впровадження доказово обґрунтованих профілактичних інтервенцій та політик.
Кампанія, медіа	Низка запланованих заходів або комбінація заходів, розроблених з метою переконання осіб або груп.
Когнітивні навички	Спроможність людей думати самостійно, виявити та раціонально розглядати факти й проблеми, концептуалізувати та вирішувати проблеми, робити висновки та знаходити рішення шляхом аналізу.

Колаборативне оцінювання	Колаборативний підхід залучає персонал програми та оцінюючий персонал до роботи в одній команді. Додатковими учасниками також можуть бути організації, зацікавлені в результатах профілактичної інтервенції. Однак, важливо, щоб ролі команд, заходи, відповідальність та взаємодія були чітко визначені.
Комунікація	Процес передачі повідомлення, що здійснюється за допомогою ЗМІ; воно може містити лише слова, зображення або їхнє поєднання. Якщо правильно розроблена й реалізована комунікація, то вона забезпечує однаково належне розуміння та донесення до аудиторії значення повідомлення.
Короткі інтервенції	Систематичні, сфокусовані процеси, метою яких є дослідження потенційного вживання ПАР та мотивація осіб до зміни своєї поведінки. Мета — зменшити вживання ПАР до того, як особа зазнає шкоди, або до того, як особа вдасться до більш ризикованого вживання ПАР чи до появи розладів, пов'язаних із вживанням ПАР.
Медіа	Будь-яка форма масової комунікації (телебачення, радіо, журнали, веб-сайти, газети, плакати, рекламні борди, соціальні мережі тощо).
Медіатори інтервенції	Фактори, за допомогою яких інтервенція планує маніпулювати та які прямо пов'язані з бажаними результатами.
Моніторинг (процес оцінювання)	Довготривалий процес, за допомогою якого залучені сторони отримують регулярний зворотний зв'язок щодо прогресу в досягненні цілей інтервенції.
Надійність вимірювання	Наскільки стабільним є повторюване в часі вимірювання. Також називається «узгодженість».
Найкращі практики	Найкраще застосування прямих доказів в поточній діяльності у сфері протидії вживанню ПАР.
Неінфекційні захворювання	Хвороби, які не можуть бути передані від однієї людини іншій.
Отримувач	Особа або група осіб, на яких спрямована комунікація в контексті «переконання — спонукання прийняти донесену інформацію».
Охоплення	У медіа — кількість глядачів, які сприймають певну комунікацію.
Оцінювання	Ретельне та незалежне оцінювання завершеної або поточної діяльності.
Оцінювання на рівні громади	Вимірювання загальних або широко розповсюджених (середньостатистичних) переконань, ставлень або цінностей великої групи (наприклад, у нації, громаді, спільноті, школі) на відміну від оцінювання на рівні окремої особи.
Оцінювання результату	Процес, що характеризує, наскільки змінилися знання, ставлення, поведінка та практики в тих осіб або організацій, які отримали інтервенцію або на яких була спрямована політика в порівнянні з тими, які не отримували інтервенції (часто розглядаються як коротко- та середньо термінові результати). Довготермінові результати стосуються бажаного кінцевого продукту інтервенції, яким у нашому випадку є зниження або припинення вживання психоактивних речовин. Часто оцінювання завершуються визначенням отриманих довготермінових результатів.
Переконування	Діяльність з впливу на інших з метою прийняття певного переконання, набору переконань, позиції або зміни поведінки.
Суб'єкт, який переконує	Особа або установа, яка намагається змінити думку, ставлення, переконання або поведінку інших.
Поведінкові інтервенції	Це скеровані безпосередньо на особу інтервенції, метою яких є зміни її ставлення та поведінки щодо вживання ПАР, або за допомогою інших — батьків, вчителів, роботодавців. Таким інтервенціям можна протиставити інтервенції, які націлені на суспільне середовище, первинна спрямованість яких — контекст, у якому отримують доступ до ПАР або вживають їх.
Програма	Конкретна спеціально розроблена та названа інтервенція.
Профілактика	Діяльність з попередження певного явища, події або попередження певних дій з боку особи (Кембриджський словник, 2017).
Профілактика через медіа	Використання медіа, зазвичай за допомогою скоординованих кампаній, з метою попередження початку вживання ПАР або заохочення осіб припинити вживати такі речовини.
Психоактивні речовини (або ПАР)	Речовини, які при вживанні або потрапленні до організму діють на ЦНС та впливають на психічні процеси, тобто пізнавальну діяльність та емоційний стан. Цей термін та його еквівалент «психотропний наркотик» є найбільш нейтральним та описовим терміном для цілого класу законних та незаконних речовин, які є актуальними для антинаркотичної політики. «Психоактивні» не обов'язково означає, що вони викликають залежність; зазвичай у мовленні цей термін використовується як «вживання наркотиків» або «вживання речовин» (ВООЗ, без дати).

Район	(від англ. Neighbourhood, прямий переклад — сусідська спільнота). Певна частина міста, що оточує чийсь дім, або група людей, які живуть у цій частині міста.
Родина	Родини можуть визначатись просто, за структурою, залежно від того, кого вважати частиною родини; за функцією, що передбачає розуміння цілі створення сім'ї та що ця сім'я робить. Визначення складу родини в кожній країні різне. У США, Канаді та багатьох європейських країнах «родина» найчастіше визначається як нуклеарна сім'я (мати, батько та діти). В інших країнах до «родини» можуть входити інші родичі: бабуся та дідусь, тітки, дядьки, двоюрідні сестри та брати.
Розлади внаслідок вживання ПАР	Розлади внаслідок вживання ПАР передбачають широкий спектр проблем, спричинених вживанням ПАР, включно із залежністю та шкодою фізичному здоров'ю, а також негативні соціальні наслідки, як-от: неспроможність виконувати соціальні, сімейні, освітні або робочі обов'язки. Важливо зазначити, що особа продовжуватиме вживати ПАР, не зважаючи на те, що їй завдано повторної психологічної та фізичної шкоди. Найбільш відомі описи розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, надані в Діагностичній статистичній класифікації Американської психіатричної асоціації (DSM-5) та Міжнародної класифікації хвороб — 11 (МКХ-11 ВООЗ, від англ. WHO's ICD — 11).
Розробник політики	Особа, яка підготовлює та/або приймає рішення щодо нових політик для уряду, політичної партії, тощо (Кембриджський словник, 2017).
Середовища макрорівня	Прикладами є соціальне та фізичне середовище, район, економіка, політичне середовище, соціальні та природні катастрофи.
Середовища мікрорівня	Наприклад: родина, однолітки, адміністрація школи, релігійні лідери, адміністратори на робочому місці та колеги.
Системи впровадження	Декілька взаємопов'язаних компонентів інтервенцій, метою яких є досягнення конкретного результату; система часто передбачає спеціальний порядок реалізації компонентів з метою досягнення більшої ефективності.
Соціалізація	Процес, який триває все життя та за допомогою якого передаються й засвоюються людиною культурно прийнятні ставлення, норми, переконання та поведінки.
Сталість	Довготермінове, високоякісне впровадження доказово обґрунтованих інтервенцій та система впровадження, яка підтримує їхнє продовження.
Створення повідомлень	Процес, за допомогою якого розгортається комунікація переконань включно з переконуючими компонентами поглядів, вбудованими в комунікацію, з метою впливу на переконання та дії людей.
Стигма	Низка негативних та часто несправедливих переконань суспільства або групи людей щодо чогось: осуд особистих характеристик або переконань, які суперечать культурним нормам. Стигма часто призводить до втрати статусу, дискримінації та виключення з вагової участі в суспільстві.
Структура інтервенції	Те, як організована та структурована профілактична інтервенція або політика, наприклад, необхідна кількість сесій або їх організація тощо.
Тестування на ПАР	Хімічний аналіз біологічних зразків (крові, сечі, волосся та поту) для визначення наявності ПАР або їхніх метаболітів (зверніть увагу, що це не аналіз ПАР, який проводиться з метою хімічного аналізу препаратів).
Фактори захисту	Характеристики, які зменшують імовірність вживання ПАР.
Той, хто впливає на громадську думку	Особа, чия точка зору впливає на точку зору багатьох інших людей (Словник Мерріам-Вебстер)
Той, хто ухвалює рішення	Особа, яка вирішує питання, насамперед, на високому рівні в організації (Кембриджський словник)
Фактори ризику	Характеристики, які взаємодіють з особистою вразливістю та підвищують ймовірність вживання психоактивних речовин.
Цільова група	Група людей, на яку прагнуть вплинути фахівці з профілактики, або на яку скеровані спроби переконання.
Школа	Місце, де діти отримують освіту (Кембриджський словник, 2017).
UPC-Adapt	Назва проєкту, який працював над адаптацією Універсальної навчальної програми з профілактики. Проєкт фінансувався Європейською Комісією. У його рамках співпрацювали партнери з дев'яти європейських країн.

Додаток 4

ДОВІДКОВА ІНФОРМАЦІЯ

Рекомендації

- Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA)– Стандарти якості. Європейські стандарти якості у сфері профілактики вживання наркотиків (EDPQS) містять набір принципів, розроблених з метою допомогти розвинути та оцінити якість роботи з профілактики вживання ПАР. Вони є загальним ресурсом, що описує всі елементи діяльності з профілактики вживання ПАР. EDPQS були розроблені Європейським партнерством із стандартів профілактики в рамках дослідницького проєкту, співфінансованого Європейським Союзом. Партнерство зробило огляд та узагальнення існуючих міжнародних та національних стандартів, а також провело консультації з більше, ніж 400 фахівцями в 6 європейських країнах для визначення стандартів якості, які повинні застосовуватися в діяльності з профілактики вживання ПАР (42).
- Рада Європейського Союзу (2015), Висновки Ради щодо впровадження Плану дій ЄС щодо наркотиків на 2013-2016 роки щодо мінімальних стандартів якості зі зниження попиту на наркотики в Європейському Союзі.
- UNODC/BOOЗ — Міжнародні стандарти профілактики вживання наркотиків (друга оновлена версія) (42). Ці глобальні Міжнародні стандарти узагальнюють наявні наукові докази, описують інтервенції та політики, які мали позитивні результати для профілактики. На цей час глобальні Міжнародні стандарти визначають основні компоненти та риси ефективної національної системи з профілактики вживання ПАР (43).
- Портал найкращих практик — стандарти та рекомендації: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>.
- Реагування на проблеми наркотиків з точки зору охорони здоров'я та суспільства, європейські рекомендації: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>.

Реєстри

Назва	Країна/регіон	Веб-сайт
Xchange («Обмін»)	Європа	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange
Best practice portal («Портал найкращих практик»)	Європа	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_en
Green list («Зелений список»)	Німеччина	http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
Evidence-based prevention («Доказово обґрунтована профілактика»)	Іспанія	http://prevencionbasadaenlaevidencia.net
Centre for Analysis of Youth Transitions database (База даних Центру аналізу змін молоді)	Велика Британія	http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/
Blueprints (Список проєктів для здорового розвитку дітей)	США	https://www.blueprintsprograms.org
National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (Національний реєстр доказово обґрунтованих програм та практик)	США	https://www.samhsa.gov/nrepp
Preventing Drug Use among Children and Adolescents (Профілактика вживання наркотиків дітьми та підлітками)	США	https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

ДОВІДКОВА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПАР В УКРАЇНІ

Переклад та адаптація цього видання стали можливими за ініціативи EMCDDA та фінансування Європейським Союзом через проєкт EU4MD, а також за активної участі учасників створеного з цією метою Консорціуму з профілактики. До складу Консорціуму увійшли представники Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства юстиції України та Академії державної пенітенціарної служби України, Інститут психіатрії при Національному Університеті ім.Тараса Шевченка, низка недержавних організацій та зацікавлених осіб.

Окрема вдячність за вклад у переклад та адаптацію висловлюється:

- Команді EMCDDA, зокрема, Грегору Бурхарту, Ілзе Єкабсоне, Анні Бергенстрьом.
- Президентці ГО «Геополітичний альянс жінок», Фахівчині із спільного стратегічного планування, Експертці із налагодження ефективної взаємодії влади та громади, Авторці і керівнику проєкту «Українські жінки в підтримку діяльності ООН» Світлані Саламатовій та координатору проєкту з перекладу і адаптації Олені Пугач.
- Голові Національного бюро Польщі з профілактики наркотиків Артуру Мальчевському.
- Головному експерту з адаптації цього посібника — Лікарю-психологу Університетської клініки КНУ ім.Т.Шевченка, фахівцю Інституту психіатрії КНУ ім.Т.Шевченка, координатору проєкту ITTC Ukraine, консультанту бюро ВООЗ Україна Юлії Ячнік.
- Начальнику Центру організації психіатричної допомоги ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України» Олексію Суховію,
- Директору Інституту психіатрії КНУ ім.Т.Шевченка, доктору медичних наук, лікарю-психіатру вищої категорії Ірині Пінчук.
- Керівнику експертної групи з питань обігу наркотичних засобів Директорату фармацевтичного забезпечення Міністерства охорони здоров'я Анні Шемет.
- Доктору педагогічних наук, професору кафедри Академії державної пенітенціарної служби України Вікторії Аніщенко.
- Державному експерту експертної групи з питань розвитку інновацій директорату науки і інновацій Міністерства освіти і науки України Оксані Крукевич.
- Засновниці Благодійної організації «Благодійний Фонд «Добробут поколінь» Світлані Румянцевій,

А також безпосередньо Вікторії Мозговій, Анні Міщенко, Євгену Тищенку, Ользі Давиденко, Наталії Савченко, Тетяні Кір'язовій, Ірині Сороці, Олексію Яхно, Наталії Гриб, Ользі Панчук, Олені Макаренко, Дар'ї Шапошнік-Домінській, Марині Єрошиній, Олені Василевській.

Фахівцям з профілактики, користувачам посібника, а також іншим зацікавленим у питанні розвитку профілактики вживання ПАР в Україні автори рекомендують взяти до уваги таку інформацію.

Станом на травень 2022 року в Україні не проводились дослідження поширеності вживання ПАР серед населення у віковій категорії 15-64 років. Тому Україна не мала повного обсягу зведеної інформації щодо цього питання. Однак деякі кроки для вивчення поширеності вживання ПАР серед певних категорій громадян здійснюються. Так, в Україні з 1995 року на регулярній основі проводяться опитування учнівської молоді в рамках міжнародного проєкту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин — ESPAD» (далі — ESPAD). Останні дані про споживання різних речовин (алкоголю, тютюну тощо) серед 15–17-річних учнів були отримані в 2019 році в рамках міжнародного проєкту ESPAD. При цьому, слід зазначити, що класичне дослідження ESPAD надає вичерпну картину ситуації серед учнів віком 15–16 років.

Щорічно Державною установою «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України» (<https://cmhmda.org.ua>) здійснює моніторинг наркотичної та алкогольної ситуації в Україні згідно з відповідним Порядком, затвердженим Постановою Кабінету Міністрів України від 10 липня 2019 року № 689 (далі — Порядок), та за показниками, визначеними Європейським моніторинговим центром наркотиків та наркотичної залежності, Комісією

з наркотичних засобів при ООН, Міжнародним комітетом з контролю за наркотиками. Моніторинг передбачає регулярне спостереження за розвитком ситуації у сфері обігу психоактивних речовин, протидії їхньому незаконному обігу, профілактики немедицинного вживання ПАР, лікування, ресоціалізації, діагностики та реабілітації (медичної та соціальної) залежних осіб, що здійснюється з урахуванням вимог законодавства у сфері захисту персональних даних⁴².

За показником «профілактичні заходи, спрямовані на зниження рівня вживання психоактивних речовин», визначеним зазначеним Порядком, збирається інформація/дані про здійснені медичні, соціально-економічні та інші профілактичні заходи, спрямовані на запобігання та зниження рівня вживання ПАР. Показник містить інформацію/дані про затверджені та здійснені заходи з питань профілактики та зниження рівня вживання ПАР, кількість сімей/осіб, які брали участь у цих заходах, кількість сімей/осіб, які перебували в складних життєвих обставинах внаслідок вживання ПАР, кількість розповсюджених засобів особистого захисту. Такі дані за формою, затвердженою Порядком, щорічно подають МОЗ, Нацсоцслужба, МОН, Мін'юст, МВС, Національна поліція, Міноборони, Мінмолодьспорт, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації, а також за згодою АТ «Укрзалізниця».

Таким чином, для дослідження епідеміологічного стану по Україні щодо вживання ПАР, командою з адаптації підручника навчальної програми рекомендується звернутись до таких джерел:

- Щорічний звіт щодо наркотиків та алкоголю, підготовлений Державною установою «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України» <https://cmhmda.org.ua/report/>.
- Міжнародний проєкт «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин — ESPAD (ESPAD)» <http://www.uisr.org.ua/espad>.
- Звіт щодо психіатричної допомоги особам в Україні (зведена форма 10) <https://cmhmda.org.ua/category/zvedena-forma-10/>.
- Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проєкту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC 2018) <http://www.hbsc.org/membership/countries/ukraine.html>.
- Звіт ВООЗ про глобальний стан справ щодо алкоголю та здоров'я (2018), с. 297 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>.
- Звіт ООН щодо стану молоді в Україні (2019) <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2020-06/THE%20STATE%20OF%20YOUTH%20IN%20UKRAINE%20report.pdf>.
- Репрезентативне соціологічне дослідження становища молоді в Україні -2021 Міністерства молоді та спорту України <https://pon.org.ua/novyny/9234-standovyshe-molodi-v-ukraini-2021-nove-sociologichne-doslidzhennia.html>
- ПРИХОВАНІ НАСЛІДКИ КОНФЛІКТУ. Проблеми психічного здоров'я та доступ до послуг серед внутрішньо переміщених осіб в Україні (2017) <https://www.international-alert.org/publications/hidden-burdens-of-conflict/>.
- Вплив COVID-19 на ринки наркотиків, вживання наркотиків, шкоду, пов'язану з наркотиками, та відповіді на них в країнах Східної Європи https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13263/EU4MD_Trendspotter_East_ENP_FINAL.pdf.
- Опитування щодо вживання наркотиків через мережу інтернет https://www.emcdda.europa.eu/topics/european-web-survey-on-drugs_en
- Інших доступних науково обґрунтованих опитувань та досліджень.

У Проєкті Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року питання профілактики вживання ПАР є пріоритетним. Популяризація здорового способу життя, зменшення попиту на психоактивні речовини — це перша стратегічна ціль.

Крім того, основними завданнями «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» є зміцнення інституту сім'ї, підвищення психологічної компетентності педагогів, батьків або осіб, що їх замінюють, з питань збереження психічного здоров'я; здійснення моніторингу ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки та проведення корекційно-відновлювальної роботи з учнями щодо підтримки їхнього психоемоційного здоров'я. Урядом було затверджено план заходів щодо її виконання, а також визначені пріоритетні шляхи впливу на ситуацію.

42 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/689-2019-%D0%BF#Text>

Також Національною стратегією розбудови безпечного й здорового освітнього середовища в новій українській школі передбачено низку заходів, спрямованих на збереження здоров'я населення України, у тому числі дітей та молоді, вказано на актуальність заходів, які здійснюються територіальними громадами в цьому напрямку.

Стратегією розвитку фізичної культури й спорту на період до 2028 року передбачено подальше системне залучення громадян до участі в активних формах організації дозвілля, переваги спорту в повсякденному житті тощо.

Для отримання інформації щодо наявності науково обґрунтованих інтервенцій, їхнього моніторингу, оцінювання та ведення реєстру авторами цього додатку пропонується періодично переглядати офіційні джерела, зокрема інтернет-сторінки, офіційні видання, інформаційні бюлетені міністерств та відомств України.

Консорціум з профілактики в Україні має надію, що поява цього посібника надасть поштовху для розвитку питання профілактики вживання ПАР в нашій країні, імплементації на національному рівні міжнародних стандартів профілактики, найкращих та науково обґрунтованих практик для вирішення нагальних проблем та виконання цілей проекту Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року.

ПОСИЛАННЯ НА ПОСІБНИК «ЄВРОПЕЙСЬКА НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА З ПРОФІЛАКТИКИ» ІНШИМИ МОВАМИ



[англійською](#)



[голландською](#)



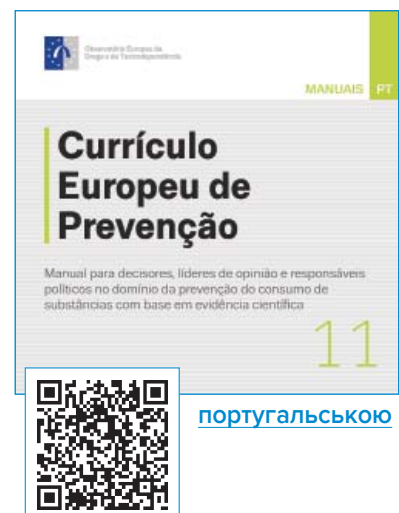
[французською](#)



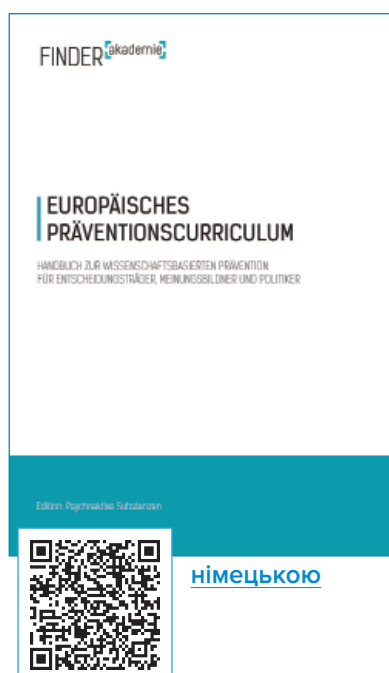
[латиською](#)



[литовською](#)



[португальською](#)



[німецькою](#)



[хорватською](#)



[естонською](#)



Про публікацію

Основна мета розробки цього посібника — створити довідковий матеріал для Європейської навчальної з профілактики (ЄНПП). Ця публікація також містить загальний вступ до науки про профілактику та, передусім, до науково обґрунтованих інтервенцій. Навчальна програма була розроблена в рамках європейського проєкту UPC-Adapt (Адаптація Універсальної програми з профілактики), який спів фінансувався Європейською Комісією.

Про Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA)

Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності є основним джерелом та офіційним органом з питань наркотиків у Європі. Вже понад 20 років ця установа збирає, аналізує та поширює науково обґрунтовану інформацію щодо наркотиків, наркотичної залежності та її наслідків, надаючи своїм аудиторіям доказово обґрунтований опис явища наркотиків на європейському рівні.

Публікації EMCDDA є первинним джерелом інформації для широкої аудиторії, включаючи осіб, які розробляють політику, та їх радників; фахівців та науковців, що працюють у цій сфері; засоби масової інформації та громадськість у цілому. EMCDDA, розташований в Лісабоні, є одним з децентралізованих агентств Європейського Союзу.

