ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров’я України
25 листопада 2026 року № 1890

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для впровадження заходів з профілактики вживання психоактивних речовин, заснованих на доказах

І. Загальні положення

1. Ці Методичні рекомендації для впровадження заходів з профілактики вживання психоактивних речовин, заснованих на доказах (далі – Методичні рекомендації) розроблено з метою належної організації профілактики вживання психоактивних речовин (далі – ПАР), зокрема серед дітей та підлітків. Методичні рекомендації передбачають надання закладам охорони здоров’я, представникам органів виконавчої влади та місцевого самоврядування, закладам освіти, соціального захисту, правоохоронним органам і громадським організаціям науково обґрунтованих практичних інструментів для створення та розвитку ефективної системи профілактики, зокрема серед дітей та підлітків, що сприятиме їх здоровому розвитку.

2. Методичні рекомендації визначають основні завдання, спрямовані на планування цілісної системи профілактики, у якій рішення щодо програм, політик і розподілу ресурсів ухвалюються на основі оцінки місцевих потреб, доступних наукових доказів і міжнародних стандартів якості, а саме:

1) надання стислого огляду сучасних міжнародних підходів до профілактики вживання ПАР, факторів ризику і захисту, а також втручань, ефективність яких підтверджено дослідженнями;

2) застосування практичних критеріїв відбору профілактичних програм та втручань, із використанням міжнародних реєстрів, стандартів якості та доказової бази;

3) надання покрокових рекомендацій щодо планування, впровадження, міжвідомчої координації та забезпечення якості профілактичної діяльності на рівні громади;

4) визначення підходів до моніторингу й оцінювання профілактичних втручань для забезпечення їхньої результативності, якості та сталості.

3. Методичні рекомендації містять практичні рекомендації щодо

впровадження профілактики вживання ПАР на рівні громад і ґрунтуються на сучасних міжнародних стандартах і документах у сфері профілактики вживання ПАР, які поєднують результати наукових досліджень, практичний досвід різних країн та вимоги до забезпечення якості профілактичної роботи.

4. Методичні рекомендації ґрунтуються на таких принципах етичної профілактики:

- відповідності законодавчим вимогам;
- поваги до прав та автономії учасників;
- доведеної користі і відсутності шкоди;
- достовірності, доступності і публічності інформації;
- інформованої добровільної згоди та конфіденційності даних;
- адаптації до потреб учасників та їх залучення як партнерів, а не тільки як цільової аудиторії.

5. Основною метою профілактики вживання ПАР є посилення факторів захисту та мінімізація факторів ризику, з метою запобігання та відтермінування початку вживання ПАР і подальшого розвитку розладів. Розширена мета профілактики полягає у підтримці гармонійного розвитку дітей і підлітків, створенні умов для реалізації їхнього потенціалу та формуванні активної, відповідальної участі в житті суспільства.

6. Цілі профілактики:

- запобігання початку вживання ПАР або його відтермінування, особливо серед дітей та підлітків;
- запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, пов’язаних із вживанням ПАР, припинення або стримування процесу періодичного вживання ПАР, з метою мінімізації ризику переходу до регулярного вживання ПАР, зі шкідливими наслідками або ризиками розвитку залежностей;
- сприяння здоровому та безпечному розвитку молоді, оскільки профілактика не обмежується лише відмовою від уживання ПАР. Ефективні профілактичні програми сприяють позитивній взаємодії молоді з родиною, школою, однолітками та громадою, розвитку соціальних та емоційних навичок, критичного мислення, саморегуляції, здатності ухвалювати обґрунтовані рішення та долати стресові ситуації;
- зменшення негативних медичних і соціальних наслідків вживання ПАР (зниження тягаря хвороб і соціальних проблем, пов’язаних із вживанням ПАР, зокрема делінквентності, ризиків правопорушень, ризиків невідвідування закладів освіти, зниження успішності навчання, ризиків розвитку психічних розладів, травматизму та інших негативних наслідків), а також зменшення довгострокових економічних витрат (кошти, інвестовані в профілактику, дають змогу заощадити у майбутньому за рахунок зменшення витрат на охорону здоров’я, соціальну підтримку та кримінальне правосуддя).

7. Підлітки залишаються ключовою групою ризику. Пріоритетом має бути впровадження шкільних профілактичних програм, програм раннього дитячого розвитку, сімейних профілактичних програм.

8. Рівні профілактики класифікуються за двома підходами:

1) залежно від стадії розвитку захворювання:

первинна (спрямована на запобігання початку вживання ПАР);

вторинна (спрямована на раннє виявлення проблемного вживання ПАР і втручання на початкових стадіях проблемного вживання);

третинна (спрямована на мінімізацію шкоди в осіб із вже сформованими розладами, підтримку психосоціального відновлення та якості життя);

2) залежно від рівня ризику для цільової групи, на яку спрямовано втручання:

універсальна – охоплює все населення або певну вікову групу, незалежно від рівня ризику (наприклад, шкільні програми для всіх учнів);

селективна – орієнтована на групи з підвищеним ризиком (діти батьків із залежністю, сім'ї у складних життєвих обставинах, діти і підлітки, які проживають на територіях, на яких ведуться (велися) бойові дії, або на тимчасово окупованих російською федерацією територіях);

індикативна – спрямована на осіб, які вже демонструють ранні ознаки проблемної поведінки, або розпочали епізодичне вживання ПАР.

Класифікація за рівнем ризику покладена в основу міжнародних стандартів, зокрема Міжнародних стандартів профілактики вживання наркотиків, розроблених Управлінням Організації Об'єднаних Націй з наркотиків і злочинності спільно із Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ), рекомендацій ВООЗ щодо профілактики психічних розладів та Європейської навчальної програми з профілактики (EUPC).

9. Фактори, які впливають на вживання ПАР, діють на трьох рівнях взаємодії:

особистісні характеристики (внутрішні біологічні та психологічні властивості): генетична схильність, темперамент, імпульсивність, навички саморегуляції, стан психічного здоров'я;

мікрорівневе середовище (безпосереднє оточення): сім'я, школа, однолітки (ключові агенти соціалізації);

макрорівневе середовище: умови громади, соціальні норми, законодавство, рівень доступності ПАР, соціально-економічні умови.

10. Фактори, на які необхідно впливати шляхом впровадження заходів із первинної профілактики:

фактори ризику – умови, що підвищують ймовірність вживання ПАР і розвитку розладів;

фактори захисту – умови, що знижують ймовірність вживання ПАР і сприяють компенсації наявних ризиків.

11. Фактори ризику та захисту виявляються на всіх рівнях взаємодії, від особистісних характеристик до макросередовища, і мають такі особливості:

- змінюються з віком: вплив батьків є визначальним у ранньому дитинстві і поступово знижується з віком дитини, підлітка;
- мають «перехресний» ефект: один набір ризиків може одночасно сприяти виникненню кількох проблем (вживання ПАР, розладів психічного здоров'я, шкільної неуспішності, правопорушень). Водночас профілактичне втручання, що впливає на спільні фактори ризику, може одночасно знижувати ризик кількох розладів.

У разі накопичення факторів ризику виникає синергічний ефект.

12. Основні передумови, які можуть сприяти ранньому початку вживання ПАР:

- складні соціально-економічні умови, наслідком яких є хронічний стрес, соціальна ізоляція, погіршення загального стану соматичного здоров'я, обмеження доступу до медичної допомоги, відсутність соціальної підтримки, бідність;
- травматичний дитячий досвід (травматичні події, нехтування потребами дитини, жорстоке поводження, булінг, соціальна депривація тощо), який є однією із основних задокументованих передумов вживання ПАР і розвитку залежностей, зокрема, як стратегії подолання болю, та впливає на нейробіологічний розвиток, підвищуючи вразливість до психічних розладів і знижуючи здатність до саморегуляції;
- стигма, що проявляється у формуванні в суспільстві спотвореного образу людини, яка вживає ПАР, що безпосередньо впливає на зниження мотивації до звернення за допомогою або відтермінування такого звернення, через страх осуду з боку сім'ї, громади або фахівців, що призводить до несвоєчасного або неналежного надання допомоги людям, які вживають ПАР;
- нерівність в доступі до профілактики та допомоги.

13. Планування та оцінювання ефективності профілактичної програми ґрунтуються на епідеміологічних даних, що збираються з метою отримання інформації за п'ятьма основними напрямами:

- масштаб проблеми (оцінка поширеності вживання ПАР серед загального населення або окремих його груп та захворюваності внаслідок вживання ПАР, тобто, кількості нових випадків захворювання (вживання ПАР) за певний період);
- характеристики людей, які вживають ПАР (вік, стать, соціально-економічний статус, належність до вразливих груп);
- географія та середовище (в яких регіонах, громадах, середовищах виявлено найгостріші проблеми, пов'язані із вживанням ПАР);
- тенденції (динаміки показників, віку початку вживання, появи нових ПАР, способів, моделей вживання ПАР);

- наслідки та вплив на здоров’я, громадську безпеку, економіку (соціальний, психологічний та економічний вплив на осіб, родини, громади та суспільство загалом).

ІІ. Основні засади організації профілактики вживання ПАР серед дітей та підлітків у громаді

1. У цих Методичних рекомендаціях термін «громада» вживається у значенні групи людей, які проживають на певній території, мають спільні інтереси та дотримуються спільних правил.

2. Програми профілактики вживання ПАР на рівні громади рекомендовано впроваджувати з урахуванням восьми послідовних етапів та мінімального переліку заходів, які рекомендовано здійснити на кожному з цих етапів.

3. Рекомендовано дотримуватися такої структури етапів та переліку заходів на кожному з них:

1) оцінка потреб (визначення проблеми, групи, у якій цю проблему виявлено та необхідності втручання. Оцінка потреб ґрунтується на доступних епідеміологічних даних);

2) оцінка ресурсів (оцінка готовності цільової групи та громади підтримати втручання, наявності кадрових, фінансових та організаційних ресурсів. Оцінку ресурсів рекомендовано проводити паралельно з оцінкою потреб);

3) формулювання профілактичної програми (визначення цільової групи, типу теорії змін, на якому ґрунтується втручання, мети, цілей, завдань, місця та строків впровадження втручання, а також наукових доказів, на яких базується таке втручання);

4) дизайн програми та її детальний опис (розроблення нової програми або відбір та адаптація наявної програми з урахуванням особливостей цільової групи, планування процесу оцінювання результату);

5) управління та мобілізація ресурсів (розроблення операційного плану впровадження програми, який містить проєктний план, бюджет, перелік залучених кадрових ресурсів, опис процесу набору учасників і заходів, необхідних для забезпечення безперервної участі учасників у програмі, перелік матеріалів, письмовий опис програми);

6) реалізація та моніторинг (впровадження програми, за потреби, з пілотуванням впровадження програми, організація відстеження виконання програми, внесення за потреби змін до програми втручання з обґрунтуванням таких змін);

7) фінальне оцінювання (оцінювання результату (що змінилося в поведінці учасників) та процесу (як саме відбувалося впровадження) після завершення втручання);

8) поширення та вдосконалення (ухвалення рішення щодо продовження реалізації програми, її масштабування, поширення інформації про реалізацію програми серед заінтересованих сторін, підготовка підсумкового звіту, за потреби).

4. Кожен з етапів організації профілактики, визначених у пункті 3 цього розділу, ґрунтується на чотирьох наскрізних положеннях, які передбачають:

- сталість і фінансування (втручання є частиною довгострокової стратегії профілактики вживання ПАР на рівні громади або в певному середовищі);
- комунікацію із заінтересованими сторонами, які рекомендовано залучати на кожному з етапів з урахуванням особливостей його реалізації;
- підготовку персоналу на початку реалізації програми, його супровід в процесі реалізації та безперервний професійний розвиток;
- дотримання етичних принципів профілактики: забезпечення добровільної згоди учасників, конфіденційності, поваги до прав учасників та доступу до програм представників усіх соціальних верств населення.

5. Під час підготовки до впровадження профілактичних програм рекомендовано використовувати провідні міжнародні документи: Європейські стандарти якості профілактики вживання наркотиків, Комплект ресурсів для профілактики та оцінювання (PERK), Міжнародні стандарти профілактики вживання наркотиків.

6. Профілактичні заходи рекомендовано здійснювати в межах групи з впровадження програм профілактики, до складу якої можуть входити представники таких сфер і заінтересованих сторін:

- сфера освіти (педагоги, психологи);
- сфера охорони здоров’я (сімейні лікарі, медичні психологи);
- правоохоронна сфера (ювенальна поліція);
- соціальна сфера (соціальна служба, служба у справах дітей, територіальний орган Національної соціальної сервісної служби);
- громадянське суспільство (громадські та благодійні організації, медіа, релігійні організації);
- батьки, діти і підлітки;
- інші заінтересовані члени громади.

7. Взаємодію представників заінтересованих сфер рекомендовано налагоджувати із застосуванням, зокрема, таких інструментів:

- організація та проведення ініціативних зустрічей представників різних сфер громади та заінтересованих сторін, визначених у пункті 6 цього розділу. Під час таких зустрічей можуть розглядатись наявні потреби громади, визначення проблеми та можливості спільних дій, попередня оцінка готовності громади до впровадження профілактичних заходів;

- ухвалення за результатами ініціативної зустрічі рішення органу місцевого самоврядування (виконавчого комітету або місцевої ради) про створення групи з впровадження програм профілактики вживання ПАР;
- затвердження положення про групу з впровадження програм профілактики, з визначенням мети, складу, функцій, повноважень, порядку ухвалення рішень, організації засідань і відповідальності учасників;
- організація та проведення навчання членів групи з впровадження програм профілактики щодо основ науково обґрунтованої профілактики вживання ПАР;
- розроблення та затвердження річного плану роботи групи з впровадження програм профілактики, який містить: перелік заходів, чітко визначені завдання, відповідальних за їх виконання з числа членів групи, орієнтовні строки виконання завдань, очікувані результати.

III. Організація програм профілактики вживання ПАР серед дітей та підлітків в громаді

1. У цьому розділі Методичних рекомендацій описано основні заходи, які рекомендовано здійснювати групі з впровадження програм профілактики на кожному з етапів організації програм профілактики в громаді, визначених у розділі II цих Методичних рекомендацій.

2. На першому етапі організації програм профілактики рекомендовано провести аналіз поточної ситуації та потреб громади, а також визначити цільові групи, на які будуть спрямовані профілактичні заходи.

Під час аналізу рекомендовано визначитися із відповідями на такі питання:

- яке саме явище необхідно попередити, наприклад, раннє вживання підлітками алкоголю, тютюну, інших ПАР, зокрема вживання канабісу старшокласниками?;
- на кого орієнтована програма профілактики, яка вікова група, стать, соціальне становище осіб?;
- в яких середовищах ця проблема виявляється найгостріше, у яких закладах освіти, мікрорайонах населеного пункту, громади?;
- чи носить проблема постійний характер, як давно існує?;
- які умови сприяють виникненню цієї проблеми, які фактори підтримують її існування (несприятлива соціально-економічна ситуація, доступність ПАР, брак батьківського контролю, булінг тощо)?;
- якою є поширеність проблеми відповідно до кількості осіб, яких вона стосується, кількості нових випадків, що виникають та реєструються?;
- які наслідки можуть настати, якщо не застосовувати втручання?;
- чи однозначним є розуміння необхідності потреби у застосуванні втручання серед усіх заінтересованих сторін?

Під час проведення аналізу поточної ситуації, потреб громади та визначення цільових груп для профілактичного втручання рекомендовано використовувати широкий спектр доступних джерел інформації, даних щодо різних аспектів характеристик цільової групи та середовища, а також щодо епідеміологічної ситуації, соціальних умов, нормативно-правового підґрунтя та культурного контексту.

До рекомендованих джерел даних належать:

- національні та регіональні дані про вживання ПАР підлітками: дані, отримані в межах Європейського опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD), загальнопопуляційних і регіональних досліджень, дані Міністерства охорони здоров'я, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я»;
- дані щодо кількості звернень з приводу отруєнь, передозувань, травм у стані наркотичного або алкогольного сп'яніння, кількості випадків надання медичної допомоги з приводу психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР (знеособлені узагальнені статистичні дані, отримані на запит від закладів охорони здоров'я, відділень екстреної медичної допомоги, центрів контролю та профілактики хвороб, центрів ментального здоров'я, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я»);
- дані щодо кількості правопорушень, скоєних неповнолітніми, пов'язаних із вживанням ПАР, зокрема алкоголю (знеособлені узагальнені статистичні дані, отримані на запит від спеціалізованих підрозділів Національної поліції у сфері ювенальної превенції, поліцейських офіцерів громади);
- дані щодо кількості дітей та сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, узагальнені статистичні дані на рівні громади (дані соціального паспорта громади), дані служби у справах дітей та центрів соціальних служб;
- інформація про відвідування учнями закладів освіти, випадки відрахування учнів із закладів освіти, дисциплінарні інциденти (знеособлені узагальнені статистичні дані, отримані на запит від відділів (управлінь) освіти громади, практичних психологів закладів освіти, соціальних педагогів);
- дані оцінювання навколишнього середовища, отримані шляхом проведення простого спостереження, щодо кількості місць продажу алкогольної та тютюнової продукції поблизу закладів освіти, наявності реклами алкогольної та тютюнової продукції на вулицях та поблизу закладів освіти, випадків продажу такої продукції дітям і підліткам.

Також рекомендовано здійснити збір інформації та даних за результатами проведення:

- опитування ключових заінтересованих сторін (педагогів, сімейних лікарів, психологів, поліцейських, соціальних працівників, представників релігійних організацій (священнослужителів), молодіжних працівників, лідерів молодіжних громадських об'єднань, суб'єктів молодіжної роботи, мешканців громади) щодо визначеної проблеми;

- фокус-груп із заінтересованими сторонами (підлітками та молоддю) для оцінювання поточного стану незаконного ринку ПАР, місць незаконного продажу, доступності ПАР, ставлення до вживання ПАР;
- коротких анонімних онлайн-опитувань учнів закладів загальної середньої, професійної (професійно-технічної), фахової передвищої освіти.

Рекомендовано насамперед використовувати наявні джерела інформації, а не одразу проводити масштабні дослідження.

На основі зібраних даних, зазначених у цьому пункті, складається перелік факторів ризику та факторів захисту, а також визначається цільова група, на яку буде спрямоване профілактичне втручання, з урахуванням трьох рівнів втручань: універсального, селективного та індикативного;

Результати оцінки потреб рекомендовано оформлювати у вигляді письмового документа, який може бути поданий на розгляд групи з впровадження програм профілактики.

3. Основним заходом, який рекомендовано здійснити на другому етапі організації програм профілактики, є оцінювання наявних зовнішніх та внутрішніх ресурсів шляхом збору інформації (даних).

Оцінку наявних зовнішніх ресурсів громади рекомендовано проводити на підставі зібраної інформації/даних щодо:

- переліку організацій, закладів освіти, закладів охорони здоров’я, зокрема, центрів первинної медико-санітарної допомоги, соціальних служб, центрів психологічної допомоги, центрів ментального здоров’я, неурядових організацій, релігійних організацій;
- переліку та формату профілактичних заходів, які здійснюють різні суб’єкти;
- кола сторін, які потенційно можуть підтримати реалізацію профілактичної програми, а також тих, хто може їй протидіяти.

За результатами збору інформації (даних) групі з впровадження програм профілактики рекомендовано здійснити картування наявних ресурсів та провести оцінку наявних внутрішніх ресурсів основних суб’єктів реалізації програми профілактики з урахуванням інформації (даних) щодо:

- наявних людських ресурсів, які будуть залучені до реалізації та координації профілактичної програми: кількості кадрів, ресурсів часу, рівня знань і навичок персоналу (наприклад, управління проєктами, роботи з підлітками, фасилітації), попереднього досвіду реалізації профілактичних програм;
- фінансових ресурсів: доступного фінансування з різних джерел, не заборонених законодавством;
- організаційних і технічних ресурсів: доступних приміщень, обладнання та технічної інфраструктури, необхідних для реалізації профілактичних програм (зали, комп’ютери, доступ до мережі Інтернет, програмне забезпечення для моніторингу та оцінювання);

- зв’язків із цільовою групою та партнерською мережею (оцінка доступу до цільової аудиторії, співпраці з органами місцевого самоврядування, медіа, підприємницькими колами, неурядовим сектором).

4. Основним рекомендованим заходом третього етапу організації програм профілактики є стратегічне планування.

Під час стратегічного планування групі з впровадження програм профілактики рекомендовано використовувати такі підходи:

1) визначення пріоритетних факторів ризику та захисту серед цільової групи, яку було виявлено під час оцінки потреб;

2) оцінювання кожного пріоритетного фактора за критеріями важливості та змінюваності: рекомендовано обирати фактори з високою важливістю та високою змінюваністю, або з високою важливістю і низькою змінюваністю;

3) вибір програм і практик для кожного пріоритетного фактора;

4) поєднання декількох програм в комплексний підхід;

5) визначення логічної моделі та ознайомлення з нею заінтересованих сторін.

Приклад логічної моделі: «оцінка потреб → робоча гіпотеза (теорія) → компоненти втручання → завдання → індикатори → результати».

Наприклад, під час оцінки потреб виявлено, що головним фактором ризику є недостатній батьківський моніторинг. Відповідно до теоретичного підґрунтя, покращення батьківських навичок (зокрема батьківського моніторингу) знижує ризик вживання ПАР підлітками, тому компонентом втручання мають стати тренінги для батьків. Якщо ж фактором ризику є низька прихильність до відвідування закладів освіти, то компонентом втручання буде покращення шкільного клімату, проведення тренінгів для педагогів тощо.

Побудовану логічну модель рекомендовано представити заінтересованим сторонам на рівні громади.

5. Стратегічний план рекомендовано складати з урахуванням таких основних компонентів:

- визначення цільової групи, на яку спрямовано втручання, та критеріїв включення і виключення до неї;
- вибір доказово обґрунтованої теоретичної моделі (відповідно до теорії змін);
- визначення мети, цілі, завдань;
- пошук наукових доказів ефективності обраного втручання;
- визначення часових строків реалізації втручання.

6. Основним заходом, який рекомендовано здійснити на четвертому етапі організації програм профілактики, є розроблення дизайну профілактичної програми.

Під час складання дизайну програми рекомендовано:

1) деталізувати послідовність заходів (сесій і занять) так, щоб за результатами їх проведення набувались знання, навички, пов’язані з логічною моделлю втручання відповідно до підпункту 5 пункту 4 цього розділу;

2) планувати змістовні форми роботи: рекомендовано застосовувати не лише лекції, а й інтерактивні методи (обговорення, рольові ігри, вправи на розвиток навичок);

3) враховувати особливості цільової групи (рівень освіти, соціальний і культурний контекст, мотивацію, попередній досвід участі у подібних втручаннях) та застосовувати інтерактивні методи;

Після вибору профілактичного втручання, заснованого на доказах, рекомендовано адаптувати програму з урахуванням особливостей цільової групи: віку, етапів розвитку учасників, культурних особливостей (мови, традицій та норм цільової групи), особливостей середовища.

Групі з впровадження програм профілактики рекомендовано передбачити планування оцінювання профілактичної програми, яке здійснюється на початку реалізації профілактичного втручання.

Планування оцінювання включає:

- визначення типу оцінювання, яке можна здійснити в реальних умовах;
- визначення зв’язку кожної цілі та завдання з конкретними індикаторами процесу і результату та інструментами збору даних;
- опис організації оцінювання;
- розроблення індикаторів процесу та результату.

7. Основним заходом, який рекомендовано здійснити на п’ятому етапі організації програм профілактики, є розроблення письмового проєктного плану (далі – письмовий план), який визначає мету, цілі та завдання з урахуванням послідовності етапів реалізації програми, описує механізми моніторингу та план реагування в разі виникнення суттєвих зовнішніх або внутрішніх чинників впливу (недостатній набір учасників, кадрові зміни тощо).

Письмовий план рекомендовано складати з урахуванням:

- оцінки повного обсягу фінансових потреб і співвіднесення статей витрат з конкретними джерелами фінансування (місцевий бюджет, грант, внесок партнера);
- механізму забезпечення довгострокової сталості шляхом передбачення фінансування профілактичної програми або окремих її елементів у місцевому бюджеті;
- опису функцій, ролей та компетентностей учасників, залучених до реалізації профілактичної програми та роботи групи з впровадження програм профілактики, регулярності зустрічей та каналів комунікації;
- аналізу можливих бар’єрів для участі представників цільової аудиторії (час, місце проведення, стигма, транспортна доступність тощо) та заходів для їх подолання;
- підготовки переліку робочих матеріалів;

- опису визначених профілактичних втручань (цільова аудиторія, час та місце проведення, цілі, очікувані результати, права учасників).

8. Основними заходами, які рекомендовано здійснити на шостому етапі організації програм профілактики, є впровадження профілактичного втручання та моніторинг впровадження.

Перед початком впровадження профілактичного втручання рекомендовано провести його пілотування.

Впровадження втручання здійснюється відповідно до затвердженого письмового плану.

Моніторинг впровадження рекомендовано здійснювати регулярно відповідно до письмового плану:

1) для проведення моніторингу втручання рекомендовано визначити відповідальну особу та використовувати спеціальні інструменти і форми обліку;

2) мінімальний рекомендований набір даних, які збираються під час моніторингу втручання, містить інформацію щодо:

- відвідування і стану вибуття учасників;
- кількості проведених сесій, порівняно із запланованими;
- стислих відгуків осіб, які проводять втручання, після кожного циклу занять;

3) періодичність моніторингу визначається індивідуально з урахуванням такого підходу: частіше на початку впровадження, рідше – після стабілізації процесу.

9. На сьомому етапі організації профілактичного втручання рекомендовано проводити фінальне оцінювання, яке включає оцінювання результату та оцінювання процесу впровадження.

Під час оцінювання результату рекомендовано переконатися, що:

- оцінювання результату передбачає порівняння ситуації до і після втручання;
- розмір вибірки є достатнім для аналізу, а аналіз даних проведено коректно;
- усі результати оцінювання повідомлено та пояснено учасникам (зокрема ті результати, що не засвідчили ефекту);
- зміни в поведінці представлено окремо від інших результатів (наприклад, змін у знаннях чи ставленні);
- враховано можливість небажаних, зокрема негативних, ефектів втручання.

Під час оцінювання процесу рекомендовано переконатися, що:

- оцінювання процесу враховує інформацію щодо показників кількості учасників, проведених заходів, використання ресурсів, проаналізувати стан дотримання письмового плану;
- результати задокументовано письмово та використано для пояснення результатів оцінювання ефекту.

10. За результатами збору та аналізу даних на восьмому (фінальному) етапі рекомендовано зробити висновок щодо ефективності втручання, доцільності його продовження, масштабування або модифікації.

Структуру фінального оцінювання рекомендовано базувати на двох складових:

1) оцінюванні результату: порівняння ситуації до і після втручання;

2) оцінюванні процесу щодо кількості учасників, проведених заходів, дотримання плану та використання ресурсів. Результати оцінювання процесу рекомендовано документувати письмово й використовувати для пояснення результатів оцінювання ефекту.

Отримані результати оцінювання рекомендовано поширювати та використовувати під час ухвалення рішень щодо продовження, масштабування, адаптації або припинення впровадження профілактичного втручання.

Додатково рекомендовано оцінювати необхідні витрати, наявні ресурси, спроможність до подальшої реалізації втручання та його відповідність актуальним потребам і пріоритетам громади.

Отримані результати рекомендовано поширювати серед різних аудиторій: учасників, батьків, управлінців, партнерів, фахівців інших громад, потенційних донорів та широкої громадськості. Формами поширення інформації про результати втручання можуть бути презентації, публікації, інформаційні матеріали, професійні зустрічі, обговорення в громаді тощо.

На цьому етапі рекомендовано підготувати фінальний звіт – систематизований документ, який узагальнює досвід реалізації втручання та містить опис контексту, цілей і цільових груп, основних компонентів втручання та ходу його впровадження, результати підсумкового оцінювання, висновки та рекомендації.

В. о. завідувача
Сектору наркополітики **Павло ПОЛАМАРЧУК**