

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи

**Кваліфікаційна (бакалаврська) робота
за спеціальністю 231 «Соціальна робота»**

**на тему: СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ
НАРКОМАНІЇ СЕРЕД УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ**

Виконала: студентка 4 курсу, 1 групи

III мед. фак., спеціальність «Соціальна робота»

Прохоренкова Діана Олексіївна

Керівник: викладач кафедри психіатрії, наркології,
медичної психології та соціальної роботи,
доктор філософії у галузі соціальної роботи

Могилка Олександр Петрович

Рецензенти:

завідуюча кафедрою соціальної роботи

КЗ ХОР «ХГПА»

к.п.н., доцент Катерина Волкова.

Президент БО «ХБФ «Благо» Володимир Казусь

Харків 2023

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ	7
1.1. Профілактика наркоманії як науково-практична проблема.	7
1.2. Соціальна робота з первинної профілактики наркоманії серед учнів, як стратегія зменшення вживання наркотиків.	17
1.3. Соціальна робота з профілактики вживання психоактивних речовин у практиці діяльності соціальної служби загальноосвітніх закладів.	26
Висновки до першого розділу	37
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА СОЦІАЛЬНОГО ПРОЄКТУ З ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОМАНІЇ СЕРЕД УЧНІВ СОЦІАЛЬНОЮ СЛУЖБОЮ ШКОЛИ	38
2.1. Аналіз практичного досвіду профілактики наркоманії в країнах світу	38
2.2. Теоретичне обґрунтування методів первинної профілактики наркоманії серед учнів загальноосвітніх закладів.	47
2.3. Розробка та реалізація соціального проекту з первинної профілактики наркоманії серед учнів загальноосвітніх закладів шкільною соціальною службою.	54
Висновки до другого розділу	64
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	66
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	75

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ЛДС (англ. Lysergic acid diethylamide - діетиламід лізергінової кислоти) - галюциногенний наркотик

ХНМУ – Харківський національний медичний університет

SUDs (substance use disorders) - розлади вживання психоактивних речовин (призводить до нездатності контролювати вживання таких речовин)

ПАР - психоактивні речовини

ОБЖ – основи безпечної життєдіяльності

ЗМІ – засоби масової інформації

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ВСТУП

Актуальність. Вживання наркотиків - проблема нашого часу. В Україні відбуваються швидкі економічні, соціальні та людські зміни. Через складні соціально-економічні умови найбільш вразливою є молодь. Як нове соціальне явище серед молоді, навіть серед підлітків, надуло поширення вживання наркотиків: групи амфетамінів, екстазі, галюциногену, препаратів ЛСД, паління гашишу. Наркотики продають у навчальних закладах та на вулицях. Політика контролю за наркотиками та профілактики наркоманії є невід'ємною частиною внутрішньої та зовнішньої політики держави. За результатами багаторічних досліджень ООН дійшли висновку у тому, що та країна, в якій більше 7% населення вживають наркотики є приреченою та не має майбутнього.

Статистика по Україні і Харківській області налічує захворювання на 100 тисяч населення, через зловживання наркотичними речовинами найбільш ураженими є Запорізька область (406), м. Київ (279), Донецька (277), Кіровоградська (251), Одеська (230), і Херсонська (211) у Харківській області показники поширеності набагато нижчі у порівнянні з середніми показниками в Україні. Таким чином, можна сказати, що в Україні проблема вживання наркотиків і поширеність вживання є загрозою для школярів. Наркоманія - велика проблема, це не лише моральна, а й економічна втрата для країни. На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, проблема наркотиків у школах є дуже серйозною та складною, яка в майбутньому стане ще більшою, тому є дуже важливим зупинити її поширення. У зв'язку з поширенням у школах країни вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, зростанням злочинності та самогубств стає очевидно гострою проблемою навчальних закладів - це є недостатня підготовленість до роботи з учнями в умовах підвищеного поведінкового ризику, тому підготовка спеціалістів та інших представників громадськості є пріоритетним напрямком профілактики наркоманії.

Мета дослідження: Проаналізувати роботу шкільних фахівців з профілактики вживання психоактивних речовин та розробити проєкт шкільної

соціальної служби з профілактики наркоманії серед учнів загальноосвітніх закладів.

Завдання дослідження :

- 1) Проаналізувати наукову літературу та нормативно-правові акти щодо організації профілактики наркоманії серед учнів загально-освітніх закладів.
- 2) Визначити особливості роботи шкільних фахівців з профілактики вживання наркотиків серед учнів.
- 3) Проаналізувати роботу соціального працівника з метою оцінки діяльності профілактики наркоманії.
- 4) Розробити проєкт шкільної соціальної служби з профілактики наркоманії та інших форм ризикованої поведінки.

Предмет дослідження. Система соціальної роботи з профілактики вживання наркотиків серед учнів в загально-освітніх закладах.

Об'єкт дослідження. Діяльність соціальної служби з профілактики наркоманії у школах.

Методи дослідження:

- 1) Теоретичний, аналіз наукової літератури для вивчення теоретичних основ соціальної роботи з роботою підлітків-споживачів наркотиків.
- 2) Усні та письмові опитування, для вивчення потреб підлітків та встановлення рівня знань шкільних фахівців.
- 3) Статистика та аналіз отриманих результатів діагностичних методик.

Матеріали дослідження пройшли апробацію під час Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти актуальні проблеми досліджень у галузі соціальної педагогіки і соціальної роботи, яка відбулася 19 травня 2023 року в Харківському національному педагогічному університеті. За результатами конференції були надруковані тези на тему «Підліткова девіантна кластеризація однолітків як механізм, що лежить в основі прогресування від раннього вживання психоактивних речовин до подальшої підліткової залежності».

Дана кваліфікаційна бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів по три параграфи у кожному, висновків до розділів, загальних висновків, переліку джерел та одного додатку. Основний зміст роботи викладено на 65 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПРОФІЛАКТИКИ ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ

1.1. Профілактика наркоманії як науково-практична проблема.

Наркоманія є захворюванням, яке виникає при систематичному вживанні речовин, які є у державному списку наркотиків при цьому з'являється психологічна та фізична залежність від них. До споживачів наркотиків входить досить велика кількість молоді та підлітків. Якщо подивитися на статистику, коли вперше вживаються наркотичні речовини можна відмітити, що це саме у підлітковому віці. Тому важливо помічати та розуміти деякі ознаки вживання, тому що значно легше зробити корекцію на ранній стадії, щоб не допустити хронічного характеру [14]. Ознаки та симптоми які вказують на це :

- Сп'яніння після вживання;
- Голод і спрага, після паління відчуття настрою та припливу сил;
- Настрій сильно коливається зі сміху до тривоги та страху;
- Зіниці розширені, блищать, шкіра бліда, губи сухі;
- Закінчується тяжким сном, апатією та слабкістю

Між прийомами наркотичних засобів суттєвих змін можна не побачити у поведінці підлітків. Через 1-2 місяці щоденного вживання є ознаки дратівливості, головного болю, порушується сон та підвищується артеріальний тиск. Самостійно батьки або вчителі не можуть стверджувати, що підліток вживає ПАР, однак це може спонукати їх звернутися до фахівців.

Найпоширеніша сьогодні класифікація наркотичних речовин виглядає наступним чином:

1. Опіати;
2. Депресанти (снодійні, транквілізатори, седативні препарати);
3. Стимулятори (кофеїн, адреналін, амфетамін);
4. Галюциногени;
5. Інші речовини (інгалянти, канабіс та інші).

Також виділяють найнебезпечніші (морфій, героїн, кодеїн) та малонебезпечні (марихуана, ЛДС) наркотичні речовини, які незалежно від сили дії завдають шкоду людині, роблячи її безвільною та залежною від чергової дози [15].

Чому виникає бажання вжити наркотичні речовини? Експерти виявили та розділили причини адиктивної поведінки на три групи:

1. Гедоністичні (бажання випробувати нові відчуття);
2. Атарактичні (необхідність «забутися» подалати стрес);
3. Субмісивні (залежність від думки інших людей).

Численні дослідження виявили зв'язок між раннім віком першого вживання психоактивних речовин і розвитком залежності від них. Інші фактори ризику розвитку вживання психоактивних речовин і SUDs (substance use disorders) включають особливості окремої людини, однолітків, сім'ї та спільноти. Більшість підлітків, які рано почали вживати психоактивні речовини (наприклад, у віці до 13-14 років) або у яких розвивається SUDs, зазвичай мають численні фактори ризику.

Сімейні фактори ризику:

- вживання батьками наркотиків/алкоголю;
- внутрішньоутробний вплив наркотиків/алкоголю;
- подружній конфлікт;
- сімейна дисфункція/порушене сімейне середовище;
- прихильне ставлення батьків до вживання алкоголю та/або наркотиків;
- вживання психоактивних речовин серед братів і сестер;
- негативні життєві події;
- погане виховання – неприйняття, відсутність батьківського тепла, конфлікт між батьками та дитиною, батьківська ворожість/низька прихильність, суворі дисципліна, відсутність або непослідовність дисципліни, вседозвільне виховання, неадекватний нагляд і контроль, жорстоке поводження з дітьми.

Індивідуальні фактори ризику:

- важкий темперамент/негнучкість, депресія, замкнутість;

- дратівливість;
- рухові, мовні та когнітивні порушення;
- рання агресивна поведінка;
- погані соціальні навички: імпульсивний, агресивний, пасивний і замкнутий;
- погані навички вирішення соціальних проблем;
- пошук сенсацій;
- відсутність поведінкового самоконтролю;
- ранні стійкі проблеми поведінки/антисоціальна поведінка;
- синдром дефіциту уваги з гіперактивністю;
- поганий контроль імпульсів, погана концентрація;
- низька самооцінка, уявна некомпетентність, негативний стиль пояснення та наведення;
- погані оцінки/досягнення/шкільна неуспішність, низька відданість школі;
- вживання тютюну, вживання канабісу.

Фактори ризику однолітків:

- девіантна група однолітків;
- ставлення однолітків до наркотиків;
- зниження соціальної підтримки, що супроводжує входження в новий соціальний контекст;
- відвідування коледжу;
- однолітки, які вживають психоактивні речовини;
- соціальне неблагополуччя

Фактори ризику спільноти:

- закони та норми, що сприяють вживанню алкоголю та наркотиків;
- доступність алкоголю;
- міське середовище;
- бідність;
- насильство в громаді/школі [47].

Існують сильні екологічні та генетичні фактори ризику для розвитку SUDs. Так, з метою встановлення генетичного або спадкового компонента схильності до тютюну, алкоголю та, власне, розладу вживання заборонених наркотиків було проведено дослідження, що охопило сім'ї, котрі всиновили близнюків. Дослідження показало, що спільний вплив навколишнього середовища є дещо сильнішим на ранніх стадіях вживання речовини (початок і використання). Також виявлено значне збігання генетичних впливів, пов'язаних із SUDs у різних класах препаратів, і спільні генетичні впливи сприяють зв'язку між SUDs та екстерналізованими розладами, які зазвичай спостерігаються.

Як і у випадку з більшістю поведінкових і психіатричних розладів, взаємодія між генетичним ризиком, рисами темпераменту та навколишнім середовищем може схилити певну молодь до раннього та постійного вживання психоактивних речовин. Після контакту з речовинами системи винагороди мозку посилюють вживання речовин, що призводить до повторного вживання та зниження здатності контролювати вживання речовин. Оскільки мозок підлітка ще не повністю дозрів, вплив речовин на систему винагороди схиляє до більш глибоких наслідків вживання психоактивних речовин порівняно зі старшим віком на початку вживання.

Це дослідження підтверджує етіологічну модель індивідуальних відмінностей у вживанні психоактивних речовин, у якій на початок і ранні моделі вживання сильно впливають соціальні та сімейні чинники навколишнього середовища, тоді як на більш пізні рівні вживання сильно впливають генетичні фактори.

Експерти виділяють три періоди: перший - «рожевий» коли людина думає лише як отримати «кайф», тобто саме у цьому стані наркотик є атрибутом відпочинку, ліками проти стресу, закомплексованості та ін. Другий період «заперечення» - виникають проблеми в сім'ї, роботі, зі здоров'ям, але заперечення продовжуються. Третій період - це деградація і фізичне самознищення. Тобто можна зрозуміти, що в результаті людина втрачає зв'язок

з рідними, оточуючі стають ворогами, друзі тільки ті, хто розділяє нарко-пристрасть.

Група вчених з Центру клінічних досліджень Адденбрукської лікарні при Кембриджському університеті зайнялася питанням про спадкову базу наркозалежності.

Відомо, що у наркоманів є зміни в деяких ділянках префронтальної кори великих півкуль. Ці ділянки відповідають за самоконтроль і поведінкові мотивації. При їх порушенні швидко формуються неадекватні звички, шкідливі як для здоров'я індивіда, так і для його суспільного статусу, до яких відноситься і наркозалежність. Архітектурні особливості мозку у великій мірі успадковуються, отже, успадковується і підвищений ризик стати наркоманом. Попередні роботи дійсно виявили високу генетичну складову цієї неприємної риси. Однак тут важливо зрозуміти: які успадковані структури мозку стають головними винуватцями наркозалежності? Для відповіді на це питання необхідно спочатку окреслити структури мозку, які демонструють відхилення у наркоманів.

Після можна порівняти пари наркозалежних і здорових родичів зі здоровими парами. В цьому випадку виявиться статистична кореляція між присутністю тих чи інших дефектів і спадкової складової. Отримавши цю кореляцію, можна вже будувати припущення про нейрофізіологічні механізми появи наркозалежності.

У дослідженні брали участь 50 пар братів і сестер, один з яких зареєстрований як наркоман. Їх порівнювали з 50 здоровими неспорідненими їм добровольцями. Усі добровольці були приблизно такого ж віку та IQ, як і споріднені пари. Автори дослідження відзначають більшу пристрасть до сигарет серед споріднених пар, ніж серед контрольної групи добровольців.

Насамперед вчені перевірили рівень самоконтролю випробовуваних, тобто те, наскільки ефективно працюють у них системи придушення. Це так званий стоп-тест.

Тест «стоп-сигнал» використовується для оцінки реакції придушення і заснований на реєстрації часу, який потрібно досліджуваному, щоб перестати натискати на кнопку; тест добре пророкує ймовірність появи наркозалежності.

Судячи зі стоп-тестів, здорові люди з контрольної групи демонструють більш високий рівень самоконтролю, ніж самі наркологічні пацієнти і ніж їх здорові брати і сестри. Цей результат, очевидно, говорить про те, що порушення самоконтролю виникають внаслідок схильності до наркотиків, якої б природи вона не була, а не через тривалу дію наркотиків.

Томографічні дослідження виявили відмінності деяких структур мозку і у наркоманів, і у їх здорових братів і сестер в порівнянні з контрольною групою. Такими ділянками виявилися: біла речовина (тобто відростки нейронів) правої нижньої лобової частки (дефіцит і незв'язність нейронних шляхів), середня скронева завивина і смугасте тіло (збільшений загальний обсяг), задня постцентральна завивина і прилеглі до неї області верхньої скроневої частки і задня частка острівця (зменшений обсяг сірої речовини). При цьому характеристики мигдалини, яку зазвичай розглядають у зв'язку з формуванням наркозалежності, були різними у наркозалежних і здорових родичів. Так що цей відділ мозку, скоріш за все, змінюється під дією наркотиків. Але, так чи інакше, схильність до розвитку наркозалежності (генетична або викликається специфічними зовнішніми факторами) тягне за собою абсолютно певні зміни в мозку.

Даний висновок має виняткову важливість: він показує, що, навіть маючи схильність до наркотиків, людина цілком може чинити опір цій напасті. Інакше брати і сестри наркоманів в результаті теж ставали б наркоманами. Що ж їм допомагає чинити опір? Такими помічниками можуть бути як відмінності в обставинах життя братів і сестер, так і додаткові генетичні відмінності. Останні, очевидно, відображаються на прояві якихось особливостей в будові мозку. І дійсно, вчені знайшли такі структурні особливості: зменшений обсяг середньої орбітофронтальної кори і предкління (тім'яної відділ) у наркоманів в порівнянні з їх здоровими родичами. Орбітофронтальна ділянка асоціюється з гнучкістю

поведінки в непередбачуваних обставинах, позитивним настроєм, емоційністю; недорозвинення його призводить до ригідності і імпульсивності поведінки. Нейрони передклінії відіграють важливу роль у оцінці соціальних стимулів. Його активність обернено пропорційна чутливості і пошуку гострих відчуттів: чим вище його активність, тим менше потрібно таких емоцій, тим менше ризик стати наркоманом.

Відмінності в показниках стоп-тесту у споріднених пар і контрольної вибірки пов'язуються зі змінами в нижній лобовій частці мозку. Це саме ті структури, які забезпечують контроль поведінки; зміни в базальних гангліях і прилеглих ділянках асоціюються з імпульсивними, часом антисоціальними вчинками.

Цікаво, що при дорослішанні профіль змін в мозку нагадує ту дефектну картину, яка виявлена у наркоманів і їх родичів. Структури лімбічної системи формуються швидше, ніж префронтальна система. Іншими словами, системи нагороди, які обслуговуються лімбічними відділами, вже повністю в дії, а системи префронтальної області, що забезпечують контроль поведінки, ще не досягли свого розвитку. Тому в молодому віці люди частіше роблять несподівані вчинки, пробують наркотики — молодий вік завжди пов'язаний з пошуком гострих відчуттів. У деяких людей подібне співвідношення в розвитку різних відділів, мабуть, таким і залишається [30, 32].

Хотілось би розглянути нагальні проблеми профілактики наркоманії. По-перше, недостатність теоретичних досліджень у галузі профілактики та оцінки ефективності превентивних програм не дозволяє нам розглядати та впроваджувати вже адаптовані та більш ефективні програми. По-друге, на сьогоднішній день існує недостатній зв'язок науки та практики. Проводиться досить багато досліджень у вищих школах, але часом їх результати до практичних рекомендацій не доходять. В контексті даної роботи важливим є питання щодо самого терміну «профілактика наркоманії». Виділяють наступні види профілактики: первинна, вторинна та третинна.

Первинна профілактика є суто масовою і спрямована на всю популяцію населення загалом, щоб попередити поширення вживання ПАР (психоактивні речовини). Вторинна профілактика є і масовою, і індивідуальною, вона спрямована на зменшення шкоди, пов'язаної із вживанням ПАР. Третинна профілактика – це вже лікування та реабілітація, її мета – профілактика рецидивів та збереження результатів помірності вживання ПАР. У кожній із перелічених вище профілактик є свій споживач інформації, адже кожна з них має свої цілі, завдання, методологію, цільові групи.

Важливе питання політики та нормативно-правового регулювання щодо профілактики. Всі ми знаємо, що первинна профілактика споживання ПАР спирається у своїй основі на довгострокову загальнодержавну політику, спрямовану на формування громадської думки, нетерпимої щодо вживання тютюну, алкоголю та наркотиків, зокрема дітьми, підлітками та молоддю.

Також важливі знання правової бази й у педагогів упорядкування алгоритму дії, якщо дитина перебуває у наркотичному сп'яніння. Що зробити потрібно насамперед: викликати швидку чи поліцію, а можливо, батьків. Багато педагогів сумніваються у правильній оцінці своїх дій.

Займаючись профілактичною роботою, фахівці повинні знати, що проведення моніторингу та епідеміологічних досліджень є одним із важливих та ключових моментів. Іноді проводиться профілактична програма, а оцінити її неможливо, або просто оцінка її ефективності не включена. Ми маємо чітко знати, на якому етапі проводитиметься моніторинг, коли, ким і для чого. Є розрив між дослідженнями і фахівцями, які проводять превентивну роботу. Практики не беруть участь у дослідженнях, а дослідники у профілактичній роботі. Потенціал епідеміологічних досліджень не повністю використовується в роботі спеціалістів-практиків.

Успіх ефективності профілактичних програм багато в чому визначається взаємозв'язком між епідеміологією та профілактикою, між дослідницькою роботою та практикою.

Важлива у дослідницької діяльності оцінка ефективності тієї чи іншої профілактичної програми. Відсутність критеріїв ефективності не дозволяє порівнювати різні програми та повною мірою використовувати ресурси їхнього поширення. За визначенням, прийнятим Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркозалежностей, оцінка профілактичних програм — це систематичний та науковий збір даних, пов'язаних із впровадженням програми, їх обробка та аналіз з метою визначення ефективності та дієвості програми.

Таким чином, оцінка ефективності профілактичних заходів дає змогу набути нових знань у цій галузі, об'єднати вже наявний досвід та отримані результати та визначити, чи досягнуто кінцевих цілей, а також витрати на їх досягнення та ефективність застосування методів.

Якщо заглибитися в історію пов'язаної з вживанням наркотичних препаратів в цьому світі, то ситуація залишається вкрай напруженою. За даними звіту Організації Об'єднаних Націй, у 2008 році у всьому світі щонайменше один раз наркотичні препарати вживали від 155 до 250 млн осіб, тобто 3,5-5,7% населення віком 15-64 років. Історія доводить, наркотизм - це стійке явище і безпечну наукову цінність у рамках боротьби мають дослідження історії наркотизму на основі різних історичних документів, релігійних культур, юридичних документів та фрагментів літературних творів.

Археологічні дані звітують про знайомство з психоактивними речовинами з найдавніших часів. При розкопках первісних поселень неодноразово виявляли залишки насіння рослин, що мали одурманюючі властивості. Що стосовно Скіфів, ще історик Геродот (2 тис. років тому) відмітив, що частиною їхніх культових обрядів було спалювання стебел конопель, дим викликав сп'яніння та екстаз.

Згадки про вживання психоактивних речовин міститься у літературі стародавніх часів. Так, Гомер пише про якесь зілля, яким чарівниця Кіра обпоїла супутників Одиссея. Симптоми сп'яніння, коли мандрівники уявляли себе тваринами, а один з них упав з даху і розбився, дають підстави підозрювати, що

в цьому випадку було використано психоактивну речовину. Опис сп'яніння, як стану спілкування з богом ми знаходимо і в європейській культурі.

Безумовно, описи використання наркотичних препаратів містяться у релігійних джерелах давніх часів. Найбільш поширений наркотик сучасності канабіс (гашиш) використовувався в індійських релігійних церемоніях, причому його вживання дозволялося лише вищій касті - брахманам. У середині століття опій рекомендувався Теофаном Парацельсом як ліки. Сировина надійшла з Близького Сходу через Візантію та торговельні міста Італії і використовувалися середньовічними відьмами в ритуалах.

З розвитком європейської медицини поступово зникали засоби «магічного характеру». Практично не було такої хвороби, коли опій не вважався б корисним. Широкому поширенню опію сприяла колоніальна експансія та захоплення європейцями місць традиційного вирощування та використання опійного маку. Особливу популярність вікторіанської епохи засіб набув в Англії.

Таким чином, в історії можна виділити різні підходи відношення суспільства до проблеми споживання наркотиків. Перший, властивий стародавнім цивілізаціям: ставлення до наркотиків, як до культурно-регульованого явища, яке загалом приймається суспільством, а в окремих випадках навіть заохочується. На другому етапі почало сприйматися, як небажана поведінка, але регулювання їх споживання розглядалося лише, як питання особистої відповідальності. Наслідки вживання привели до третього підходу: споживання наркотиків почало сприйматися, як хвороба, яка потребує лікування.

1.2. Соціальна робота з первинної профілактики наркоманії серед учнів, як стратегія зменшення вживання наркотиків.

Профілактика (від грецького prophylaktikos - запобіжний) - це сукупність заходів, спрямованих на охорону здоров'я, попередження виникнення і поширення хвороб людини, на поліпшення фізичного розвитку населення, збереження працездатності та забезпечення довголіття [2].

Можна виділити наступні основні сучасні профілактичні підходи до зловживання психоактивних речовин:

1. Підхід, заснований на поширенні інформації про наркотики. Даний підхід є найбільш поширеним типом превентивних відносин. Він базується на наданні часткової інформації про наркотики, їх шкоду та негативні наслідки вживання.

2. Підхід, заснований на афективному (емоційному) навчанні. В основі цього підходу лежить теоретичне положення про те, що вживати наркотичні речовини починають, перш за все, люди з недостатньо розвиненою емоційною сферою, які виховувалися в сім'ях, де існувала заборона на вираження емоцій. У зв'язку з цим у них не формується вміння накопичувати власний і чужий досвід переживань, не розвиваються навички прийняття рішень в складних стресових ситуаціях. Крім того, люди з нерозвиненою здатністю відкрито проявляти свої емоції, зазвичай недостатньо товариські, скуті в прояві почуттів, низько оцінюються однолітками і тому готові за всяку ціну, навіть за допомогою залучення до наркотиків, включитися в групу однолітків і бути там прийнятим. Хоча дана модель і є ефективною, в сучасних умовах вона не може використовуватися ізольовано від інших, так як наркотизація в даний час поширилася не тільки на підлітків з проблемною емоційною сферою, але і на багато інших прошарків цієї вікової групи.

3. Підхід, заснований на впливі соціальних факторів. Він базується на розумінні того, що вплив однолітків і сім'ї відіграє важливу роль, сприяючи або перешкоджаючи наркотизації. З точки зору даного підходу найважливішим фактором розвитку людини є соціальне середовище як джерело зворотного

зв'язку, заохочень і покарань. У зв'язку з цим підкреслюється важливість соціально-орієнтованої інтервенції, що представляє собою спеціальні програми для батьків або програми, спрямовані на запобігання соціального тиску наркотичного середовища однолітків.

4. Підхід, заснований на формуванні життєвих навичок. В даному підході центральним є поняття про зміну поведінки, тому в ньому використовуються переважно методи поведінкової модифікації і терапії.

5. Підхід, заснований на розвитку діяльності, альтернативної вживання наркотиків. Цей метод передбачає необхідність розвитку альтернативних соціальних програм для молоді, в яких могли б бути в соціально нормативних рамках реалізовані прагнення до ризику, пошук гострих відчуттів, підвищена поведінкова активність, що є властивими для підлітків моделями поведінки. Даний напрямок є спробою розвитку специфічної активності з метою зменшити ризик вживання наркотиків.

6. Підхід, заснований на зміцненні здоров'я. Зміцнення здоров'я - це процес, який допомагає людині посилити контроль над факторами здоров'я і таким чином поліпшити його. Основою програм зміцнення здоров'я є розвиток здорової особистості, що проявляє здоровий життєвий стиль, не тільки впливає на власне благополуччя людини, але і сприяє позитивним змінам середовища, соціальної та культурної ситуації [5].

Як зазначалося вище, первинна профілактика наркоманії має на меті запобігти виникненню порушення або хвороби, попередити негативні наслідки і посилити позитивні результати розвитку індивіда. Це може бути досягнуто кількома шляхами:

- розвиток і посилення мотивації на позитивні зміни у власному життєвому стилі індивіда і в середовищі, з якою він взаємодіє;
- напрямок процесу усвідомлення індивідом себе, поведінкових, когнітивних і емоційних проявів своєї особистості, навколишнього його середовища;
- вплив на фактори ризику наркотизації з метою їх зменшення;

- розвиток процесу самоврядування індивідом своїм життям (управління самосвідомістю, розвитком);
- розвиток соціально - підтримуючого процесу.

Первинна профілактика є найбільш масовою, неспецифічною, що використовує переважно педагогічні, психологічні та соціальні впливи. Її вплив спрямований на загальну популяцію дітей, підлітків і молодих людей [6].

В результаті первинної профілактики передбачається досягти повного уникнення патологічних результатів, редукування числа осіб, у яких може бути розпочатий патологічний процес, що визначає її найбільшу ефективність. Вона впливає, перш за все, на формування здоров'я шляхом заміни одних розвиваючих процесів на інші [9].

Сформувавши активний, функціональний адаптивний життєвий стиль людини, можна зміцнити його здоров'я і попередити розвиток хвороби. Даний вид профілактики здатний охопити найбільше число людей, впливати на населення в цілому, мати найбільш ефективні результати [4].

Первинна профілактика наркоманії проводиться за допомогою декількох стратегій:

1. Інформування населення про психоактивні речовини (їх видах і впливі на організм, психіку і поведінку людини) і формування мотивації на ефективне соціально-психологічний і фізичний розвиток;
2. Формування мотивації на соціально-підтримуючу поведінку;
3. Розвиток проєктивних факторів соціальної ефективною поведінки;
4. Розвиток навичок вирішення проблем, пошуку соціальної підтримки, відмови від пропонованого психоактивної речовини.

Контингенти впливу:

- діти і підлітки, які відвідують школу;
- учнівська молодь;
- батьки (сім'я);
- вчителі;
- позашкільні підліткові молодіжні колективи і групи;

- діти, які не відвідують школу;
- діти, позбавлені батьків і постійного місця проживання;
- неорганізовані групи населення.

Первинна профілактика орієнтується не на патологію, не на проблему і її наслідки, а на захист від виникнення проблем потенціалу здоров'я. Мета первинної профілактики полягає у вихованні психічно здорового, особистісно розвиненої людини, здатного самостійно справлятися з власними психологічними труднощами і життєвими проблемами, що не потребує прийому ПАР. Ключовим елементом в системі первинної профілактики наркоманії серед неповнолітніх і молоді повинні стати школи і ВНЗ, тому що в сучасному суспільстві всі громадяни, отримуючи освіту, проходять через систему освітніх установ. Школа повинна сформувати у дитини негативне ставлення до даного соціального явища, виробити позитивну мотивацію на здоровий спосіб життя [11].

Для порівняння розглянемо вторинну профілактику. Вторинна профілактика має на меті змінити дезадаптивні та псевдоадаптивні моделі поведінки ризику на більш адаптивну модель здорової поведінки.

Поведінка ризику може бути викликана характеристиками індивіда, що має ті чи інші предиспозиції особистісних, поведінкових та інших розладів; характеристиками середовища, що діє на індивіда; специфічними комбінаціями середовищних і поведінкових характеристик [8].

При цьому середовище розглядається в якості носія такого домінуючого фактора, як стрес (будь-яка вимога середовища є стресом; в разі поведінки ризику стресовий тиск середовища, її опір різко збільшується як реакція на цю поведінку), а сама поведінка індивіда-як фактор ризику наркоманії [7].

Вторинна профілактика наркоманії здійснюється із застосуванням різних стратегій:

1. Формування мотивації на зміну поведінки;
2. Зміна дезадаптивних форм на адаптивні;
3. Формування і розвиток соціально-підтримуючої мережі.

Контингенти впливу - діти і дорослі (сім'я, вчителі, фахівці, непрофесіонали).

У школі можна виділити наступні завдання профілактики наркоманії:

- надати дітям об'єктивну інформацію про дію хімічних речовин на організм;
- зорієнтувати їх на здатність зробити свій власний вибір;
- діти і підлітки повинні відчувати, що дійсно можуть зробити правильний для себе вибір, що їм це довіряють, але, ні в якому разі не за принципом «тут, тепер і відразу»;
- дати дітям можливість оволодіння певними поведінковими навичками, що полегшують дотримання здорового способу життя;
- провести інформаційно-просвітницьку роботу з батьками учнів 5-11 класів, де в доступній формі викласти інформацію про методи ранньої діагностики наркоманії та методи профілактики наркозалежності у дітей.

У випадках, коли ставиться діагноз «наркоманія», учень потребує спеціального комплексного обстеження, лікування та реабілітації.

Профілактика, лікування, і реабілітація - це взаємопов'язаний процес. Реабілітація починається з першого контакту хворого з медичною службою і триває до тих пір, поки не буде відновлений його особистісний, професійний і соціальний статус.

Заходи, спрямовані на запобігання зривів і рецидивів наркоманії, відносяться до третинної профілактики. Власне це і є реабілітація, яка являє собою комплексне спрямоване використання медичних, психологічних, соціальних, освітніх і трудових заходів з метою пристосування хворого до діяльності на максимально можливому для нього рівні.

Незважаючи на високий рівень участі психіатрів - наркологів в здійсненні вторинної і особливо третинної профілактики, активну участь в цьому процесі вихователів, педагогів, шкільних психологів, соціальних педагогів не тільки не може бути виключено, але має розглядатися в якості одного з основних факторів вирішення проблем реабілітації.

На комплексній основі і забезпечується спільними зусиллями вихователів, вчителів, психологів, медиків, соціальних працівників, співробітників правоохоронних органів. Однак незважаючи на всі зусилля, саме профілактика є найбільш вразливим місцем. Виявлення осіб з наркотичними проблемами і до теперішнього часу викликає великі труднощі. Фактично вся лікувально-профілактична робота і реабілітаційна робота стосується явних випадків споживання психоактивних речовин.

В даний час викладачі не мають сучасних знань з питань профілактики наркоманії, а їх перепідготовка йде дуже повільно. І сьогодні виникає проблема, як педагогу визначити, яка дитина споживає наркотики і в якому стані він прийшов на урок? На жаль, і серед основної маси медичних працівників поняття про споживачів наркотиків, симптоми захворювання і способи виявлення ознак цієї хвороби дуже розпливчаста [3].

Вживання заборонених наркотиків і політичні відповіді на цю проблему надають великий вплив на життя сотень мільйонів людей. Отже, розробка і здійснення ефективних стратегій в цій області - важливий аспект соціальної політики. Тож викликає заклопотаність той факт, що в дебатах і рішеннях з наркополітики - в національних парламентах і міжнародних структурах, таких як Європейський Парламент, ОАД [OASCICAD], АСЕАН [ASEAN/China ACCORD] або Комісія ООН з наркотичних засобів часто домінують ідеологічні, політичні чи дипломатичні міркування, а не об'єктивний пошук стратегій і програм, спрямованих на максимальне забезпечення здоров'я і добробуту.

За останні 10 років істотно покращився стан з наявністю даних і аналізу щодо вживання наркотиків, пов'язаних з цими проблемами, а також про вплив наркополітики, але в даний час в міжнародних політичних дебатах такі дані і результати враховуються не в повній мірі. Багато урядів в 1990-х рр. розробили

всесторонні національні стратегії щодо наркотиків, і взяли на себе зобов'язання постійно проводити оцінки і переглядати стратегії з урахуванням накопиченого досвіду і нових даних. На практиці лише деякі країни проводили незалежні оцінки - зазвичай проводилися поверхневі внутрішні перевірки, після

яких заново затверджувалися і продовжували діяти основні елементи вже існуючої стратегії. Так само, ООН зараз наближається до завершення 10-річної стратегії, узгодженої на спеціальній сесії Генеральної Асамблеї ООН у 1998 році. У цій стратегії були визначені амбітні цілі щодо скорочення попиту і пропозиції заборонених наркотичних засобів [12].

Викликає занепокоєння той факт, що проводиться дуже мало заходів з вивчення отриманих протягом цього ключового етапу даних, і виникає відчуття, що держава не бере участі і готується просто заново затвердити діючі в даний час стратегії і програми. Враховуючи значні зміни, що відбулися за останні 10 років в масштабах і характері глобального ринку наркотиків, а також той факт, що національні стратегії і міжнародне співробітництво не привели до помітних успіхів у справі скорочення споживання наркотиків (або в заходах щодо усунення шкідливих наслідків), можна стверджувати, що зараз настав дуже вдалий час для всебічної оцінки досягнутого досі прогресу і для розробки варіантів майбутньої політики.

Виявлення всіх споживачів наркотиків і заходи щодо кожного з них потребували б ресурсів, недоступних навіть для найбагатших країн, були б пов'язані з масовими порушеннями прав людини і спричинили б тяжкі негативні соціальні наслідки. Цей «пробіл у правозастосуванні» підриває головне завдання застосування законів про наркотики, які стримують потенційних споживачів зі страху перед арештом і покаранням. Споживачі та потенційні споживачі наркотиків знають, що ризик затримання для них мінімальний.

Опитування щодо факторів, що впливають на рішення про те, чи буде людина споживати наркотики або відмовиться від них, незмінно показують, що ризик арешту і покарання надає тільки незначний вплив на такі рішення, в той час як на передній план виходять соціальні, культурні та емоційні фактори.

Більше того, за даними досліджень про зв'язок між застосуванням правоохоронних заходів і поширеністю наркоманії, неможливо встановити явного взаємозв'язку - в деяких країнах з високими показниками затримань і покарань зберігається високий рівень поширеності наркоманії, в той час як в

інших країнах з більш ліберальними законами спостерігається низький рівень поширеності наркоманії.

Враховуючи, що широко поширені переслідування та покарання споживачів наркотиків надають лише обмежений вплив на виконання завдань наркополітики, важко знайти доводи на користь подальшої підтримки таких підходів, так як вони характеризуються істотними негативними побічними ефектами:

- Широке застосування каральних методів, кримінального переслідування і покарання щодо споживачів наркотиків важким тягарем лягає на державні витрати і в багатьох країнах є фактором, що призводить до надмірного «засмічення» судової та пенітенціарної системи.

- Правоохоронні заходи щодо споживачів наркотиків завжди застосовуються на нерівній основі, в центрі уваги поліції виявляються споживачі наркотиків з бідних верств населення, міських або етнічних меншин. Причиною цього служить або те, що їх легше визначити, або інституційне упередження.

- Зусилля щодо усунення «прогалини в правозастосуванні» часто призводять до того, що влада вдаються до сумнівних, з точки зору прав людини, методів, таким як відмова від презумпції невинуватості або порушення права на приватне життя.

- У тих випадках, коли в якості покарання застосовується тюремне ув'язнення, це призводить до того, що в закритій установі концентрується велике число споживачів наркотиків, а це створює умови для підвищеного тиску на осіб, які не вживають наркотики, а також для поширення інфекцій і захворювань, пов'язаних з вживанням наркотиків.

Якщо наші завдання полягають у зниженні згубних наслідків до мінімуму, тоді діяльність і ресурси, що спрямовуються на зниження попиту, необхідно перенаправити на надання допомоги споживачам і потенційним споживачам, щоб зрозуміти ризики, пов'язані зі вживанням наркотиків, і забезпечити легкий доступ до послуг з консультування та реабілітації для тих, хто їх потребує. На практиці це означає широко поширювану та чесну інформацію та просвітницькі

програми про властивості наркотиків і ризику, пов'язані з їх вживанням, широкий доступ до ефективного лікування для осіб, які страждають наркозалежністю, і, що більш важливо, програми соціальної інтеграції для зведення до мінімуму бідності і відчуження, які лежать в основі більшості проблем, пов'язаних зі вживанням наркотиків.

Існують також величезні політичні та дипломатичні перешкоди для деяких запропонованих нами планів дій. Визнаючи складність міжнародних відносин у цій області важливо чітко заявити про те, що керівними принципами належних стратегій наркоконтролю, перш ніж вступати в значно більш довгі дебати про те, як такі стратегії слід правильно впроваджувати і здійснювати.

1.3. Соціальна робота з профілактики вживання психоактивних речовин у практиці діяльності соціальної служби загальноосвітніх закладів.

Що таке профілактика зловживання наркотиками? «Профілактика зловживання наркотиками» - широко вживаний термін, але що насправді він означає? І що це означає стосовно до шкіл? «Профілактика наркотиків» або «профілактика зловживання наркотиками» включає три основних компонента:

- *Стратегії скорочення попиту.* Ці стратегії спрямовані на зниження бажання і готовності купувати і вживати наркотики, а також на попередження, скорочення або відстрочку їх уживання. Сюди можуть входити стратегії, орієнтовані на повне утримання (абстиненцію).
- *Стратегії скорочення пропозиції.* Ці стратегії спрямовані на припинення виробництва та постачання незаконних наркотиків, а також обмеження доступу до законних наркотиків та їх наявності впевних контекстах. Для шкіл-це заходи щодо обмеження вживання, зберігання та продаж незаконних наркотиків на шкільній території.
- *Стратегії пом'якшення негативних медичних та соціальних наслідків вживання наркотиків.* Ці стратегії спрямовані на зменшення впливу вживання наркотиків та діяльності, пов'язаної з наркотиками, на окремих осіб і спільноти людей [26].

П'ять основних принципів консультування з проблем, пов'язаних з наркотиками:

1. Необхідно гарантувати конфіденційність. Конфіденційність сприяє відкритості і довірі, які є істотним умовою надання допомоги. Якщо повну конфіденційність гарантувати неможливо, персонал школи повинен заздалегідь попередити учнів про можливі наслідки перекази інформації гласності. Студенти, ймовірно, не захочуть скористатися можливістю пройти курс консультацій, якщо не буде гарантована конфіденційність.

2. Вчителі повинні знати свої сильні сторони і не забувати про лімітуючі фактори. Вчителі повинні оцінити свої навички та знання, перш ніж вживати

заходів втручання, не забуваючи при цьому про лімітуючих факторах, таких як наявність часу, конфіденційність і розташування учнів. При необхідності вчителі повинні бути готові направити учня до консультанта з проблем наркотиків або самим звернутися до нього за порадою.

3. Консультування не можна змішувати з питаннями дисципліни. У деяких школах неможливо виділити двох окремих штатних викладачів, які займалися б тільки питаннями консультацій і дисципліни. Однак по можливості ці ролі слід розділяти, щоб підвищити ефективність заходів втручання в тій і іншій області.

4. Уникати стигматизації, але і не ігнорувати факти вживання наркотиків. Вчителі не повинні намагатися змусити учнів змінитися, оскільки це може лише посилити опір з їхнього боку. До негативних результатів може, однак, привести і ігнорування поведінки учня або його засудження. Натомість до учня слід ставитися як до людини, яка сама приймає рішення, у якого є певні причини для конкретного вибору, заснованого на власному сприйнятті світу. Освітяни повинні спрямовувати свої зусилля на те, щоб допомогти учню зважити всі «за» і «проти» прийнятих ним рішень.

5. Зосередьтеся на взаєморозумінні та співпереживанні. Вживання наркотиків є делікатною темою, і молоді люди, як правило, неохоче говорять про це. Деякі з них вважають, що дорослі будуть переконувати їх кинути це заняття, критикувати їх поведінку або покарають їх. Для надання допомоги надзвичайно важливо створити сприятливу атмосферу і проявити розуміння [20].

Найважливішим напрямком роботи всіх загально-освітніх установ залишається цілеспрямований процес формування у навчанні ціннісних моральних і духовних орієнтирів, виховання почуття повноцінності та громадянської позиції, профілактика наркоманії серед підлітків [45].

Пропоновані методичні рекомендації для:

- соціальних педагогів;
- педагогів-психологів;
- класних керівників;
- бібліотекарів;

- спеціалістів штабу виховної роботи.

Мета: систематизувати та актуалізувати знання учнів про здоровий спосіб життя; формувати активну позицію, спрямовану на участь молоді в соціально-політичному житті, залучення до альтернативних форматів дозвілля на протигагу наркотичній залежності; формувати здатність сказати: «ні», приймати усвідомлені рішення в повсякденному житті і в кризових життєвих ситуація;

формувати основу правової культури, як необхідність слідувати соціально схвалюваним правовим нормам.

При проведенні профілактичної бесіди або уроку по профілактиці наркоманії важливо враховувати вікові, індивідуальні та психологічні особливості школярів, таким чином необхідно розпланувати заняття:

- теоретична освітня частина;
- практична частина з психологічними вправами на закріплення матеріалу і формування поведінки соціально-схвалюваного правовим нормам.

Продуктивною виявиться робота з учнями у груповому форматі з використанням таких форм як малюнки, колаж, написання розповідь.

Особливу увагу слід приділити формі проведення уроку. Спеціалісту слід уникати пасивних форм проведення заходу. Необхідно включити всіх учнів класу в активну діяльність.

В основній школі (5-6 класи) універсальний урок може рівною мірою вирішувати завдання як пізнавального, так і виховного характер. Психолого-педагогічні особливості учнів даної категорії дітей обумовлені змістом важливого етапу – початку підліткової кризи (11-13 років). Тому в цей віковий період рекомендується використовувати технології проектування і моделювання в груповому форматі:

- дискусія (акваріум) в класах, де практикувалися подібні форми раніше;
- мозковий штурм;
- представлення візиток-портретів;
- зворотній зв'язок (рефлексія);

- соціальне проектування, моделювання ситуацій та спільне рішення;
- інсценування;
- рольові ігри;
- інтерактивні ігри.

У 7-8 класах психолого-педагогічні особливості учнів обумовлені продовженням підліткової кризи. В цей період успішна соціалізація підлітка здійснюється перш всього за умови забезпечення для нього можливості усвідомлювати і на ціннісно-емоційному рівні висловлювати власне ставлення по загальнокультурним зразкам, нормам і закономірностям взаємодії з навколишнім світом. При роботі з цією категорією підлітків використовуються ті ж форми групової роботи (5-6 класи).

У старших класах (9-11 класи) методика роботи спеціаліста має свої особливості (15-18 років). Криза ідентичності є нормативним для 15-18 років. Він необхідний для нормального дорослішання і проявляється в бурхливому зростанні самосвідомості. Змінюється ставлення до своєї особистості. Юнак або дівчина усвідомлює себе неповторною, несхожою на інших особистостей, з власним світом почуттів, думок і переживань, з власними поглядами і оцінками. Бажанням виділитися серед однолітків, спроби бути оригінальним призводять до прагненню самоствердитися в зовнішніх формах поведінки, в оригінальних судженнях і незвичайних вчинках. Педагог налаштовує старшокласників на більш глибоке розуміння [13].

Можуть бути обрані такі форми:

- дискусія;
- диспут;
- круглий стіл;
- мозковий штурм;
- соціальне проектування, моделювання ситуацій та спільне рішення;
- пошукові дослідження;
- практикум.

Педагогічними та методичними умовами успішного проведення тематичних бесід з використанням лекційного матеріалу з профілактики наркоманії серед підлітків є:

- використання дозвільно-культурних і профілактичних програм;
- опора на методичний матеріал в даній тематиці;
- опора на знання учнів, отримані в ході освітнього процесу в рамках сполучених дисциплін – суспільствознавство, ОБЖ.
- використання наочного матеріалу, мультимедійних презентацій з Інтернет-ресурсів.

Кожному фахівцеві необхідно конструювати свій варіант проведення уроку або бесіди, орієнтуючись на вікові і індивідуальні особливості учнів класу і на рівень їх підготовленості.

При цьому слід враховувати, що при організації та проведенні уроку необхідно витримати структуру (теоретичний і практичний етап уроку), з обов'язковим включенням учнів в активну діяльність.

Для створення доброзичливої сприятливої атмосфери фахівцям на початку уроку необхідно провести вправи розминки, які налаштують колектив на гарний настрій і командну роботу.

У висновку заходу необхідно використовувати формат групової рефлексії, в рамках якої кожен учасник уроку висловить свої почуття і ставлення до почутого і побаченого матеріалу на зустрічі [1]. Рівень злочинності, який супроводжується дезадаптацією та аморалізацією молодих людей, які часто виступають у ролі суб'єкта або об'єкта протиправної поведінки. Рівень злочинності серед підлітків у півтора рази перевищує аналогічний показник серед інших вікових молодіжних груп. Це свідчить про те, що наркоманія є не лише медичною, а й соціальною проблемою.

Особливо гостро стоїть питання профілактики наркоманії у підлітків, тому що ця категорія молоді найменш інтегрована у соціальні зв'язки, найменш стійка у своїх поглядах, у своїй поведінці щодо навколишнього світу.

Проведене опитування експертів та соціальних педагогів у школах показало, що основними причинами, з яких підлітки вживають наркотики, є: цікавість (50% опитаних), невіра в те, що на наркотик можна «підсісти» (37%), бажання уникнути соціальних і особистісних проблем (29%), щоб розважитися (26%), бути як усі (16%), уникнути образ і страху (15%), щоб розслабитися (7%), це престижно (5%) та ін.

Основний метод перевиховання підлітків, які вживають, профілактика як цілісна, організована в рамках єдиної державної програми система заходів, що має свій зміст, етапність та динаміку розвитку, певний кінцевий результат, який реалізується державними та суспільними структурами. Антинаркотичні профілактичні дії мають бути спрямовані на фактори, що сприяють залученню підлітків до наркотиків та на виховання стійкості до негативних явищ самого підлітка.

Вчителі, психологи, соціальні педагоги можуть грати в профілактичній роботі вирішальну роль. Головна педагогічна мета - сформувати психологічний імунітет, тобто викликати у підлітка негативне ставлення до наркотиків. У більш ранньому віці – на рівні «добре – погано», а в старшому - пояснити згубні механізми дії наркотиків.

Педагогічна профілактика запобігає початок вживання наркотиків, що повторюється вживання на початковій стадії (адитивна поведінка, тобто залежність), негативний вплив наркотичних речовин на розвиток особистості і на сам процес життєдіяльності учнівського колективу.

Метою педагогічної профілактики є створення в освітньому середовищі ситуації, що перешкоджає розвитку зловживання наркотиками; формування стратегії ведення здорового способу життя; виховання особистості, здатної до аналізу своїх вчинків, що має критичне мислення, навички конструктивної взаємодії і опору груповому тиску.

Як було вже сказано раніше відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, профілактику прийнято розділяти на первинну, вторинну і третинну. Первинна профілактика спрямована на попередження

виникнення хвороби. Вторинна профілактика має справу вже з розпочатим зловживанням. Основний принцип на цьому етапі – раннє виявлення даної «групи ризику», надання адекватної психолого - педагогічної допомоги, направлення до фахівців. Третинна форма профілактики полягає в лікуванні людей, повністю залежних від наркотиків на соціальному, психічному і фізичному рівнях.

Основними напрямками профілактики наркоманії та попередження наркозлочинності є:

- своєчасне виявлення причин і умов, що сприяють поширенню наркоманії та наркозлочинності, організація і реалізація заходів щодо їх усунення або мінімізації;
- формування в суспільстві негативного ставлення до наркоманії і пов'язаних з нею правопорушень;
- антинаркотична пропаганда та реклама, протидія фактам пропаганди та незаконної реклами наркотиків;
- психолого-педагогічна та медична діагностика наркотичної поведінки та своєчасне виявлення незаконних споживачів наркотиків та осіб, схильних до їх споживання;
- підвищення рівня обізнаності населення про негативні наслідки немедичного споживання наркотиків та відповідальності за участь у незаконному обігу наркотиків;
- вивчення і впровадження в практику найбільш ефективних видів і напрямків профілактичної роботи, заснованих на вітчизняному та зарубіжному досвіді організації профілактики наркоманії та попередження наркозлочинності;
- створення умов і формування мотивації на лікування в осіб, хворих на наркоманію, підвищення ефективності та доступності соціально-медичної та духовно - психологічної реабілітації; зниження тяжкості медичних і соціальних наслідків наркоманії;
- навчання і перепідготовка педагогів освітніх установ, батьків (законних представників) та інших фахівців, які здійснюють роботу з молоддю сучасним

формам, методам і засобам профілактики наркоманії та попередження наркозлочинності;

- популяризація масових видів спорту та залучення дітей та підлітків до СІС-тематичні заняття фізичною культурою та спортом;
- формування волонтерського молодіжного антинаркотичного руху;
- удосконалення законодавства у сфері профілактики наркоманії, реабілітації наркозалежних та попередження наркозлочинності.

Таким чином, вирішення проблеми профілактики наркоманії серед підлітків має велике соціальне, економічне і моральне значення.

Комплексна соціальна допомога, що включає медико-психологічні, соціально-психологічні та педагогічні аспекти особам, що страждають залежністю, і членам їх сімей - основна мета медико-соціальної роботи з наркозалежними

Соціальна робота в наркології - це не просто поява додаткових функцій у наркологічної служби, це кардинальна перебудова всього лікувально-профілактичного процесу і профілактичної роботи. У систему відносин з пацієнтом в якості повноправного його партнера, поряд з медичним персоналом, включається фахівець із соціальної роботи, який координує діяльність декількох соціальних працівників або консультантів [10] .

Метою медико-соціальної роботи є досягнення оптимально можливого рівня адаптації та функціонування осіб з фізичною, психічною та соціальною патологією. Як правило, такі особи виявляються у важкій життєвій ситуації. Об'єктом медико-соціальної роботи в наркології є різні контингенти осіб, які мають виражені медичні та соціальні проблеми, викликані зловживанням і залежністю від пар, які взаємно потенціюють один одного і їх вирішення важко в обсязі односторонніх професійних заходів. Робота з такими контингентами однаково важка і малоефективна як для медичних працівників, так і для фахівців соціальних служб, оскільки вони неминуче опиняються перед колом проблем, що виходять за рамки їх професійної компетенції і перешкоджають успішній професійній діяльності.

Особливість соціальної роботи з наркозалежними полягає в тому, що як професійна діяльність вона формується на стику двох самостійних галузей - охорони здоров'я та соціального захисту населення. Вітчизняний і зарубіжний досвід показує, що, незважаючи на що робиться координацію зусиль у допомозі особам, які мають як медичні, так і соціальні проблеми, реальна координація відомих дій недостатньо ефективна.

Все більше число програм по реабілітації осіб, залежних від ПАР, розробляються і реалізуються на практиці при безпосередній участі фахівців із соціальної роботи, тому, діяльність фахівця з соціальної роботи в наркологічному закладі набуває все більш значиму роль.

Діяльність фахівця з соціальної роботи на медико-соціальному етапі допомоги наркоманам полягає в наступному:

- вирішення організаційних та терапевтичних проблем у тісній взаємодії з медичним персоналом;
- організація та участь у спеціальних психологічних тренінгах, що сприяють ранній реадaptaції та реабілітації пацієнтів;
- організація сімейної психотерапії та участь в ній;
- організація та участь у різних програмах реабілітації та реадaptaції пацієнтів.

Функції фахівців із соціальної роботи, що займаються проблемами підліткової наркоманії, і обсяг знань, необхідних їм для ефективної діяльності, визначені посадовими обов'язками соціального працівника:

1. Спеціаліст із соціальної роботи визначає систему соціально-психологічних і соціально - правових відносин у сфері профілактики і лікування наркоманії.

2. У напрямі профілактики: сприяє проведенню широкої інформаційно-просвітницької роботи з представлення наркоманії як хвороби, що має фізіологічні, психологічні та соціальні причини, прояви і наслідки.

3. У напрямі лікування: встановлює первинний контакт з підлітком, його сім'єю і школою, повідомляє клієнтам необхідну інформацію про хворобу,

способи боротьби з нею, формує установки на лікування; встановлює зв'язок підлітка з лікувальними програмами центру і групами самопомоги («анонімні наркомани»), здійснює соціально - психологічну допомогу членам сім'ї і близьким клієнта, встановлює їх зв'язок з лікувальними програмами для родичів і групами самопомоги.

4. У напрямі реабілітації: координує реабілітацію підлітка в сім'ї, в школі, допомагає у вирішенні соціальних проблем, співпрацюючи з державними, громадськими та приватними організаціями.

5. Спеціаліст повинен знати: постанови, розпорядження, накази керівних органів, методичні та нормативні керівні матеріали по соціальній роботі в загальній і наркологічній практиці, сучасні методи допомоги наркологічним хворим і їх близьким, передовий вітчизняний і зарубіжний досвід роботи фахівців із соціальної роботи в сфері допомоги наркоманам.

Для соціальних працівників, які не мають медичної освіти в області роботи з підлітками-наркоманамі необхідні спеціальні знання про біо-психо-соціальної моделі хімічної залежності, про залежність і соціумі в мікро - і макропрояви, про моделях і принципах лікування наркотично залежних підлітків. Соціальний працівник повинен використовувати в своїй роботі знання про сім'ю і співзалежності, про особистісних, етнічних, соціальних і культурних факторах освіти і розвитку залежності, про СНІД і наркоманії, а також про профілактику залежності. Соціальний працівник повинен враховувати етичні особливості професійного консультування при роботі з оточенням, суспільством, ЗМІ, аналізувати результати роботи, мати навички їх статистичної обробки та ведення документації.

Крім вимог до професійних умінь і навичок фахівців, практична діяльність у сфері соціальної роботи пов'язана з виконанням певних умов в плані способу життя і поведінки, манери спілкування, іміджу.

Фахівець, який бере участь в профілактичній роботі, повинен не тільки добре представляти і розуміти психологічні особливості етапів розвитку дітей і підлітків, реальну специфіку та інтереси підліткового середовища, а й володіти

психокорекційними технологіями, а також вміти терпляче завойовувати довіру підлітків.

Соціальна робота в наркології знаходиться на початковому етапі свого розвитку. Ще не закінчено формування програм соціальної реабілітації хворих, не до кінця оформилася роль фахівців із соціальної роботи в загальному процесі лікування та взаємодії з фахівцями суміжних спеціальностей. При очевидній актуальності розвитку практики медико-соціальної роботи в наркології, не менш актуальна розробка її теоретичних і організаційно-методичних основ.

Завданням першорядної важливості є створення системи вуличної соціальної роботи, що включає мобільні групи фахівців, орієнтованих на виявлення неформальних підліткових об'єднань на рівні мікрорайону, що організують канали спілкування соціальних установ з молодіжною субкультурою, розробляють соціальні програми з корекції та реабілітації.

Такі фахівці покликані виконувати функції посередників між дітьми та підлітками «групи ризику» та оперативними службами територіально управління та самоврядування.

Висновки до першого розділу

Очевидно, що істотне зниження рівня наркотизації населення, особливо підростаючого покоління, вимагає кардинальної перебудови роботи всіх органів і служб, що мають відношення до проблеми.

У межах нової антинаркотичної політики необхідно створити дієву систему обліку на сучасних принципах і методах. Сьогодні все частіше можна зустріти точку зору, що наркоманія є не медичною, а соціальною проблемою.

Видається доцільним, зокрема, запровадити в Україні поширену в демократичних державах і схвалювану нашими медиками систему так званого «альтернативного лікування», створюючи для наркозалежного порушника закону можливість вибрати замість тюремного ув'язнення необхідне лікування.

Відбуваються в сфері наркоманії тенденції - перш за все різке зниження віку наркоманів, збільшення відсотка підлітків та жінок, є не просто тривожними фактами, а й відображають зростаючу силу соціально-економічні та культурно-антропологічні процеси - в даному випадку зростання бездоглядності підлітків, зниження можливостей для молоді знайти перспективну, високооплачувану роботу, криза становища в суспільстві молодих жінок та інші.

На жаль, держава часто демонструє своє безсилля, намагаючись безпосередньо впливати на ситуацію за допомогою правових санкцій, борючись тим самим не з причиною, а з наслідками. Однак тепер вже зрозуміло, що вирішення даної проблеми - головним чином завдання грамотної соціальної політики, і такий метод профілактики наркоманії як соціальна реклама виявляється чи не найефективнішим, саме тому, що вона націлена на боротьбу з причиною хвороби.

Зазначимо, що наркоманія є соціальною, а не тільки медичною проблемою, і, відповідно, напрями боротьби з нею мають мати соціальний характер. Необхідно першорядну увагу приділяти профілактиці. Велику роль у профілактиці наркоманії, серед підлітків грають батьки та педагоги. Їхнє основне завдання показати, що - життя прекрасне, багатогранне, цікаве, захоплююче лише тоді, коли головна мета кожного орієнтир на здоровий спосіб життя.

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ, РОЗРОБКА СОЦІАЛЬНОГО ПРОЕКТУ З ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ НАРКОМАНІЇ СЕРЕД УЧНІВ СОЦІАЛЬНОЮ СЛУЖБОЮ ШКОЛИ

2.1. Аналіз практичного досвіду профілактики наркоманії в країнах світу

Сьогодні існує кілька підходів щодо формування наркополітики в різних країнах світу. У деяких країнах, здебільшого з тоталітарною формою правління, можна сказати, що наркополітики як такої не існує через суцільну криміналізацію всього, що пов'язано з наркотиками. Основними методами боротьби з наркоманією є каральні методи та суспільний осуд. У розвинутих країнах світу з демократичною формою правління існує певний рівень легалізації наркотиків. Такий підхід передбачає застосування комплексу заходів, спрямованих на встановлення контролю за розповсюдженням наркотиків, формування культури вживання психоактивних речовин, широке впровадження програм зменшення шкоди від вживання наркотиків та підвищення ефективності на кожному рівні профілактики, зокрема на рівні первинної профілактики.

Цікавим та корисним для аналізу формування наркополітики, на нашу думку, є Португалія, як країна, що декриміналізувала придбання, зберігання, громадське та приватне вживання всіх наркотиків у 2000 році, застосовуючи підхід, орієнтований на охорону здоров'я, а не на пріоритети громадського порядку. Стверджуючи, що португальська модель наркополітики виявилася недостатньо впливовою, щоб позбавити вживання наркотиків від стигматизації, яка асоціює його або зі злочинністю,

З цією метою були проаналізовані міжнародні та національні правові документи, що стосуються наркотиків, а також офіційні місцеві дані. Незважаючи на обнадійливі результати, висновки вказують на те, що ця політика відзначається суперечностями та неоднозначністю, які пронизують її історію з самого початку, й скромними амбіціями, особливо щодо впровадження заходів для зменшення шкоди. Крім цього, суперечливе рішення Верховного суду, яке відновило вживання наркотиків у 2008 році як злочин, коли їх кількість

перевищувала кількість необхідну для вживання середньостатистичною людиною протягом 10 днів, могло вплинути на ситуацію з покаранням за вживання наркотиків. В останнє десятиліття почастишали випадки застосування покарань щодо споживачів наркотиків, включаючи кримінальні покарання у вигляді тюремного ув'язнення.

Якщо взяти приклад коливання між громадським порядком та охороною здоров'я (1970 – 2000 роки), то можна відмітити, що Португалія приєдналася до війни з наркотиками в сімдесятих роках, хоча на той час вживання наркотиків не було актуальною соціальною проблемою в країні, і до цього часу законодавець не розрізняв вживання та торгівлю наркотиками. Утопія суспільства, вільного від наркотиків, у Португалії та інших країнах підтримувалася консервативними дискурсами, створеними у сфері права (політико-правові дискурси) та у сфері охорони здоров'я (медико-психологічні дискурси), які, діючи як засоби соціального контролю, сходяться в розумінні вживання наркотиків, як відхилення по відношенню до норми, будь-то з юридичної точки зору (злочин) або з точки зору здоров'я (патологія). Тим часом рух за зменшення шкоди кинув виклик глобальній забороні і зарекомендував себе, принаймні потенційно, як двигун соціальних перетворень. Звільнення явища вживання наркотиків від парадигми війни з наркотиками лежить в основі подвійного зменшення шкоди та прав людини - зокрема, в його сильній версії, яка повністю визнає право на вживання наркотиків, а також на відміну від його слабкої версії, яка захищає головним чином права на здоров'я.

У 2001 році Португалія першою в світі скасувала покарання за вживання всіх наркотиків, включаючи героїн. Нова стратегія передбачала, що споживачам наркотиків потрібно допомагати, а не саджати у в'язницю. Зміна стратегії призвела до радикального зниження смертності від передозувань і числа випадків зараження ВІЛ. Творцем стратегії був доктор Жоау Каштель-Бранко Гоулау.

У 1993 році Португалія була однією з перших країн у світі, яка запустила національну програму з обміну шприців та голок, замісної терапії. До цього

рішення призвело катастрофічне становище, а саме епідемія споживання героїну, яка почалася в кінці 70-х років і охопила все населення при цьому ситуацію ускладнювало поширення ВІЛ на початку 80-х, тому для подолання такої проблеми необхідно було зробити щось нове, чого ніколи ще не робили.

Програма заміни шприців та голок була досить інноваційною, де головною ланкою стали місцеві фармацевти: в кожній районній аптеці можна було скористатися цією послугою. Будь-хто міг прийти з використаним шприцом, викинути його в спеціальний контейнер і отримати новий набір: шприци, презервативи та інші (одноразові) предмети, які додавали з кожним роком в цей гігієнічний набір для наркоспоживачів.

Проблема з наркотиками з'явилася пізніше, ніж у більшості європейських країн. Довгий час португальці жили при диктатурі, і в той час у них не було настільки серйозних проблем з наркотиками. Були суворі покарання, наркоспоживачів жорстко переслідували, - по суті, дуже мало хто насмілювався вживати наркотики, і дістати їх було складно. Після революції в 1974 році суспільство раптом стало відкритим в країну повернулися солдати з колоній — Анголи, Мозамбіку та інших.

Відбулося багато швидких соціальних змін був справжній вибух доступності наркотиків, люди стали експериментувати з ними, але це було не так, як в інших європейських країнах. У Португалії наркотики поширилися по всьому суспільству, у всіх соціальних групах — не тільки серед маргіналів або представників меншин, але і в середньому, і у вищому класі, і серед політиків. Вже через десятиліття було майже неможливо знайти португальську сім'ю, яка не мала проблем з наркотиками, люди почали сприймати це так: “О, мій хлопчик, мій син — не злочинець, він - людина, якій потрібна допомога”. І це як би знизу вгору створило рух, спрямований на гуманний підхід до наркополітики. Хоча закони були каральними, держава все одно прикладала серйозні зусилля до того, щоб запропонувати тим, хто потребував лікування, можливість його отримати, не тільки лікування, але і можливості по зниженню шкоди: в тому числі заміну голок і шприців, а пізніше — замісну терапію. Так як основною причиною проблем був

героїн, вони стали розвивати метадонові програми, не тільки для лікування, але і так звані низькопорогові програми зниження шкоди. Замість тюремного ув'язнення, тільки лише за факт вживання наркотиків, більшість споживачів були направлені в лікувальні установи. Пізніше, наприкінці 90-х років, було створено першу національну стратегію наркополітики. Здебільшого це була систематизація того, що вже робили, але були й інноваційні заходи, в цій стратегії були заходи щодо зниження не тільки пропозиції наркотиків, але і особливо попиту на них: запобігання, лікування, зниження шкоди, реінтеграція людей у суспільство. Було запропоновано декриміналізувати споживання всіх наркотиків, тому що це скоріше проблема, пов'язана з охороною здоров'я, ніж зі злочинністю. Тому запропонували змінити політику в тому, що стосується особистого вживання і зберігання для себе.

Було прийнято, що повинен бути повний набір заходів, тому що декриміналізація сама по собі була б марною, разом з нею потрібно мати систему охорони здоров'я, готову справлятися з проблемами, викликаними наркотиками. Потрібно пропонувати легкодоступне лікування, без усяких черг, без примусу і оплати для всіх, хто його потребує і вони зробили це до декриміналізації. Також необхідно було знаходити контакт з найбільш маргіналізованими наркоспоживачами, йти у ті місця, де вони вживають наркотики, звертатися до них, просвіщати, навчати більш безпечного вживання, робити так, щоб вони довіряли медичним працівникам — це має бути першим кроком до того, щоб вони почали лікування. Не повинно бути примусового лікування, але потрібно бути досить переконливими, при спілкуванні з ними, пропонувати початок лікування, перестати вживати і робити те, що вони роблять. В свою чергу як декриміналізація відновлює в наркоспоживачах втрачену довіру до державних послуг в цілому, тобто якщо середовище залишається криміналізованим, люди намагаються уникати спілкування з державними службовцями, тому що вони бояться, що їх здадуть в поліцію і висунуть звинувачення, а в Португалії у них немає такого побоювання, вони знають, що це не відбувається, що медпрацівники не стануть передавати їх до поліції і для них не буде ніяких негативних наслідків.

Тож є набагато більше можливостей розширити доступ до лікування і щоб досягти цього, потрібно пропонувати його в декриміналізованому середовищі.

Один з найбільш вражаючих результатів, якого домоглися було зниження числа проблемних наркоспоживачів. Коли прийняли наркополітику, за певними розрахунками, яких було близько 100 тисяч тільки серед споживачів героїну. З тих пір вони змогли забезпечити людям лікування, навчити їх вживати більш безпечно, запропонувати низькопорогову замісну терапію, і сьогодні, за місцевими оцінками, мають справу з 50 тисячами проблемних споживачів, причому за всіма сумарно серед споживачів всіх наркотиків. Велика частина з них проходить лікування або користується програмами зниження шкоди, тепер стало дуже складно знайти людину, яка споживає наркотики так, що це створює проблеми в його житті, і при цьому ніяк не пов'язаний з програмами охорони здоров'я. Що стосовно проблемного вживання визначено внутрішньовенне, нав'язливе і щоденне вживання. Це люди, центральне місце в житті яких займають наркотики це зовсім інше, ніж споживання від випадку до випадку з рекреаційними цілями, коли людина вживає раз на тиждень, у вихідні, або на який-небудь вечірці. Більшість таких людей не вважають проблемними наркоспоживачами, навіть якщо у них є ризик перетворитися в таких, вони намагаються знизити рівень вживання в суспільстві і тому досягли хороших результатів. Наприклад, серед молоді домоглися збільшення віку експериментування, якщо раніше він був близько 12-13 років, то сьогодні люди вперше пробувають наркотики в 16, а чим пізніше ти починаєш вживати наркотики, тим менше ймовірність, що станеш залежним від них.

Хоча сам рівень споживання не знизився — а точніше, відсоток людей, які один раз в житті спробували або вживають від випадку до випадку, — вони досягли великих успіхів саме з проблемними наркоспоживачами, залежними людьми, яким було запропоновано лікування при цьому впровадили рішення в сфері здоров'я, завдяки яким вони змогли перестати вживати.

Навіть з урахуванням того, що йде мова про хронічні рецидивуючі хвороби, іноді рецидиви трапляються — але вони вже знають, що робити в такому випадку, куди звертатися за допомогою, якщо в їхньому житті щось піде шкереберть.

Ефект цієї реформи не справив на загальну статистику злочинності, такої як грабежі, вбивства на вулиці і так далі. В Португалії ніколи не було проблеми високого рівня злочинності, пов'язаного з наркотиками. Було багато нетяжких корисливих злочинів, але без крові, і навіть цей невеликий рівень злочинності знизився після реформи. Тепер в них менше грабежів, менше злочинності в звичайному житті людей. Також є один дивовижний побічний ефект їхньої декриміналізації: збільшення ефективності поліції та митних служб, тому що замість того, щоб витратити весь свій час і енергію на звичайних наркоспоживачів на вулиці, вони зайнялися великими злочинними організаціями. Вони поліпшили взаємодію з закордонними колегами, і тепер замість того, щоб конфісковувати грами і кілограми на вулиці, вони перехоплюють тонни в контейнерах у відкритому морі — великими партіями. У підсумку, коли вони представляють свої результати у кінці року, загальний обсяг конфіскацій виходить більше. Це не підсумки якихось конкретних років, це тренд: вони стали більш ефективно боротися з великою контрабандою.

Якщо розглянути замісну терапію з точки зору випадкової людини, це може здатися способом для наркоспоживачів бути «під кайфом» постійно і безкоштовно, але замісна терапія в основному працює з опіатами. Героїн має короткий період напіввиведення, тому його споживачі, щоб не страждати від депривації - нестачі опіатів в організмі, - повинні вживати його кілька разів на день. У випадку з метадоном можна приймати одну дозу в день, причому пероральним методом, і коли доза збалансована, людина може жити абсолютно нормальним життям. Таким чином можна керувати автомобілем, мати роботу і так далі. У цьому вся різниця, звичайно, метадон виписують лікарі, і вони підбирають дозу до ваших потреб але коли вона підібрана, залежний повністю функціональний, метадон не приносить «кайфу», як героїн він не викликає ейфорії.

Люди мають зазвичай дві різні точки зору з приводу розділу на “тяжкі” та “легкі” наркотичні речовини: перша - що, наприклад, марихуана або психоделічні гриби менш шкідливі для здоров’я, інша - що це лише трамплін до більш важких і небезпечних наркотиків і тому ми повинні заборонити їх однаковим законом. В Португалії не мають поділу між легкими і важкими наркотиками, що дійсно важливо - це ставлення людини до речовини. Можна мати серйозну залежність від так званих легких наркотиків, а можна від випадку до випадку приймати так звані важкі. Важливо, як до цього ставиться конкретна людина, саме виходячи з цього вони декриміналізували споживання всіх речовин і не робили різниці між марихуаною, героїном, кокаїном та чимось іншим.

Сьогодні в українському суспільстві також існує дискусія про нову парадигму — регуляторну, частина суспільства підтримують ідею легалізувати марихуану. І хоча на офіційному рівні мова йдеться про медичне застосування канабісу, все ж сама по собі постановка цього питання, а тим більше прийняття позитивного рішення, буде значним проривом у напрямку лібералізації наркополітики в Україні.

Потрібно думати про регулювання ринку всіх наркотиків і інформувати кожного громадянина, щоб він міг вирішувати, вживати йому конкретну речовину чи ні.

Зараз в деяких країнах йдуть експерименти з легалізації та регулювання ринку таких речовин, як канабіс.

Коли ми побачимо дані про вплив (легалізації) на ці показники — з Канади, Уругваю або деяких штатів США, — ми будемо більш поінформовані, щоб приймати подібні рішення. Всі ці експерименти досить безпрецедентні, особливо Канадський, за яким найбільше слід стежити, тому що в США сильно змішуються теми медичного використання марихуани та рекреаційного і контекст її вживання (в загальному випадку) незрозумілий, що стосується Уругваю, то там експеримент досить обмежений і через державну монополію зміна показників теж не цілком зрозуміла.

Так що Канадський експеримент здається тим, прикладу якого, можливо, варто наслідувати. У будь-якому випадку поки оцінювати вплив подібних заходів на ці показники занадто рано: що станеться у зв'язку з тим, що марихуану почнуть вживати діти, як це впливає на людей, у яких проблеми з психікою. Навіть чи зміниться рівень насильства, що станеться не зрозуміло. Я б хотіла спочатку побачити цифри, які покажуть ясну картину трендів в цих показниках, перш ніж підтримувати та вступати за таке рішення.

Якщо порівняти статистики та політики щодо передозування в Португалії з подібними показниками в інших країнах дає більш повну картину. Порівняно з рештою Європи, Португалія має значно нижчий рівень смертності від наркотиків це - 10 смертей від наркотиків на мільйон населення у 2020 році. Норвегія почала наслідувати приклад Португалії в останні роки, але стара Політика Норвегії щодо криміналізації вживання наркотиків призвела до того, що в країні найвищий рівень смертності від наркотиків у всій Європі становить 85 смертей на мільйон населення в 2020 році, (того ж року в США, за оцінками, загинуло близько 300 людей.) Крім того, хоча майже 75 відсотків людей у Португалії з розладами вживання наркотичних речовин отримують відповідну медичну допомогу, менше половини американців, які потребують такого ж лікування, отримують її. Хоча багато країн називають потенційну вартість таких програм причиною відмови від них, Португалія фактично заощадила гроші, перейшовши до своєї нинішньої моделі декриміналізації. Під час американського аналізу економічної ефективності програм обміну шприців, подібних до тієї, що була проведена в Португалії, дослідники виявили, що кожен витрачений долар заощадить щонайменше шість доларів на запобіганні витратам, пов'язаним лише з ВІЛ.

Підхід Португалії до епідемії передозування наркотиків може бути повчальним, як зазначають експерти, люди частіше звертаються за лікуванням розладів вживання наркотичних речовин, коли в суспільстві менше стигматизації та причин для сорому. Політика, яка декриміналізує дрібні правопорушення, пов'язані з наркотиками, може допомогти в цьому відношенні, посилюючи ідею

про те, що наркоманія, як захворювання, краще піддається лікуванню, ніж тюремному ув'язненню.

Ще один урок, який варто відзначити, полягає в тому, що однієї декриміналізації недостатньо для вирішення епідемії передозування, політика зменшення шкоди, така як кабінети для прийому психоактивних речовин та служби перевірки наркотиків, залишається досить суперечливою. Урок у цьому випадку полягає не стільки в тому, що ті самі заходи, безсумнівно, є відповіддю на високі показники передозування наркотиків в інших країнах, таких як США, скільки в тому, що ефективне рішення дозволить вирішити проблему з різних сторін за допомогою безлічі втручань.

У цьому контексті важливим є питання первинної профілактики, оскільки від її ефективності залежатиме рівень наркотизації молоді. Саме тому необхідно знаходити сучасні методи здійснення первинної профілактики наркоманії серед учнів шкіл, робити її не навязливою з боку малокомпетентних дорослих, а залучати до цього процесу самих підлітків, які пройдуть базове навчання щодо проблем наркоманії та будуть знайомі з методами профілактичної роботи. Ось чому залучення студентської молоді до здійснення первинної профілактики, на нашу думку, може дати позитивні результати. Саме таку модель спробуємо викласти у нашому соціальному проєкті, спрямованому на створення певної систематизованої роботи у вигляді шкільної соціальної служби до якої будуть залучатися студенти, майбутні соціальні працівники.

2.2. Теоретичне обґрунтування методів первинної профілактики наркоманії серед учнів загальноосвітніх закладів.

За даними National Library of Medicine (USA) існує чотири основні концептуальні підходи до профілактики: фактори ризику, розвиток, соціальний вплив і специфічна спільнота.

Підхід факторів ризику.

Фактор ризику — це будь-яка спостережувана (вимірна) характеристика індивідуума (включаючи тривалість впливу певних умов навколишнього середовища), яка суттєво корелює (у популяційних дослідженнях або дослідженнях «випадок-контроль») із критеріальною поведінкою чи результатом — у даному випадку з початком вживання заборонених наркотиків, певним пороговим рівнем споживання або клінічним проявом зловживання наркотиків чи залежності. Ця специфікація робить модель факторів ризику більш емпіричною, ніж теоретичною. Фактор ризику повинен передувати або принаймні виникати одночасно з наркотичною поведінкою; тобто фактор ризику має бути потенційною причиною чи передвісником, а не прямим чи непрямим наслідком або симптомом критеріальної поведінки. Взаємний причинно-наслідковий зв'язок між факторами ризику та критеріальною поведінкою не виключається; насправді, підсилювальний зворотний зв'язок від проблемної поведінки є загальною моделлю. Наприклад, бажання отримати схвалення однолітків може схилити підлітка спробувати марихуану зі своїми друзями, зниження гальмування та розслаблення, які відчуються під час вживання, посилюють поведінку та схиляють її до наступної можливості прийому наркотичної речовини. Більшість досліджених факторів ризику, з точки зору щойно розглянутої концептуальної основи, вважаються елементами схильності [16,17,18].

Втручання з метою запобігання вживанню наркотиків відповідно до підходу факторів ризику, як правило, наголошують на освітніх підходах для зміни самооцінки, конкретних переконань та установок щодо вживання наркотиків і відповідних факторів схильності. Фактори ризику є статистичними

або ймовірнісними: якщо людина «має» фактор, його або її шанси (тобто статистичний ризик) отримати результат є вищими, ніж якщо людина не має фактору, за інших рівних умов. Наприклад, якщо Андрій вважає марихуану нешкідливою, то шанси, що він спробує її, вищі, ніж якщо він думає, що ця рослина може йому зашкодити. Фактори ризику зазвичай доповнюються, тобто ризики додаються: чим більше їх застосовується, тим більш ймовірно, що буде дотримано результат критерію «ризик». Деякі фактори ризику легше змінити, ніж інші, а деякі можуть мати більшу вагу (вищий нульовий порядок або часткова кореляція з критерієм) ніж інші. Ті, які відповідають обом цим критеріям, стають більш стратегічними цілями для втручання [23,24].

Деякі ризики можуть взаємодіяти або мати «синергетичний» ефект, у якому один фактор статистично збільшується, а не просто додає ефект інших факторів; іншими словами, «а» може бути незначним фактором ризику, «b» може бути незначним фактором ризику, але «а» і «b» разом можуть бути надзвичайно значущим фактором ризику. Таким чином, хоча «а» може бути значним фактором ризику, за відсутності «b» його вплив на вживання наркотиків є мінімальним. Відкритим залишається питання про те, чи є фактори ризику загальними (тобто для багатьох наркотичних речовин) чи специфічними (для кожної групи препаратів) [25,40].

Молоді люди, які мають одну зі шкідливих для здоров'я форм поведінки, часто залучаються й до іншої. Доведено, що зловживання алкоголем та іншими наркотиками поєднується з правопорушеннями та кримінальною діяльністю. З точки зору тимчасового порядку (і, отже, пов'язаного зі схильностями), першому втягненню в правопорушення зазвичай передують вживання заборонених наркотиків. Результати ряду досліджень (наприклад, Jones, 1968, 1971; McCord and McCord, 1962; Monnelly et al., 1983; Ricks and Berry, 1970; Robins, 1966, 1978) свідчать про те, що у вживання наркотиків і антисоціальної поведінки у підлітків є схожі провісники: агресивність, проблеми з поведінкою в школі, погані оцінки та менш за попередні, сором'язливість, тривога, депресія та проблеми у стосунках з однолітками. Раннє вживання алкоголю та наркотиків разом із

насильницькою або хижацькою поведінкою, ранньою та агресивною сексуальною поведінкою є частиною загальної моделі бунтарства та невідповідності, яку називають по-різному: «синдромом девіантності», «антисоціальною особистістю», «розладом поведінки» або «розлад адаптації підлітків» [28,29,41].

В аналізі, заснованому на загальнодержавному дослідженні 11 - 17-річних підлітків у 1976 році, Елліотт і Морс (1987) продемонстрували взаємозв'язок вживання наркотиків, правопорушень, сексуальної активності та вагітності. Вони виявили, що 71 відсоток чоловіків і 52 відсотки жінок, які вживали кілька заборонених наркотиків, були сексуально активними, порівняно з 10 відсотками чоловіків і 3 відсотками жінок, які не вживали жодних наркотиків. Подібним чином були результати дослідження майже 1000 підлітків у Лос-Анджелесі в 7 - 9 класах, які були повторно опитані в 10 - 12 класах (Newcomb et al., 1986). Близько 51 відсотка вибірки старшого шкільного віку колись вживали марихуану. Лише 22 відсотки тих, у кого не виявлено жодного з факторів ризику (низький середній бал, відсутність релігійної участі, погані стосунки з батьками, раннє вживання алкоголю, низька самооцінка, відсутність конформізму, пошук відчуттів, сприйняття легкості при отриманні наркотиків та інше) вживали марихуану, порівняно з 94 відсотками тих, у кого є 7 або більше факторів ризику. Ці результати були відповідними для всіх інших препаратів і для більш високих рівнів споживання. Близько 8 відсотків вибірки вживали марихуану щодня. Проте серед молоді у вибірці з нульовими факторами ризику менше 1 відсотка щоденно споживали марихуану; з тих, хто має 7 або більше факторів ризику, 56 відсотків щоденно вживали марихуану.

У цих аналізах не домінує жоден з факторів схильності; скоріше рух до проблем із наркотиками відбувається шляхом накопичення незначних і взаємопідтримуючих ефектів з часом — протягом раннього дитинства й у підлітковому віці. Цей рух є загальним до різного роду проблемної поведінки підлітків і відходом від просоціальних пошуків. Якщо цей дрейф через континуум у ще більш проблемні сфери справді є основним типом причинно-

наслідкового процесу, що повертає до вживання наркотиків, і особливо до більш високих (і диверсифікованих) рівнів споживання, які відмічають зловживання та залежність, то профілактичний підхід, який систематично звертається до широкого діапазону змінних у період дитинства був би дуже привабливим. У цьому відношенні це схоже на поступове накопичення ризику серцево-судинних захворювань і раку внаслідок кумулятивних ефектів відносно нешкідливих окремих дій і поступової зміни моделей поведінки. Таким чином, дослідження факторів ризику веде прямо до повороту в розвитку [30,35,36].

Отже, фактори ризику, що вивчаються, включають біологічні, особистісні та соціально-економічні змінні. Загалом, під час довгострокового дослідження, фактори ризику діють як окремі невеликі, але кумулятивні причини критеріальної поведінки. Ці дослідження, як правило, пропонують стратегії профілактики, засновані на виявленні молоді з групи високого ризику, до якої відноситься велика кількість таких факторів. Дослідженням факторів ризику заважають недоліки вимірювання, зокрема щодо змінних навколишнього середовища, і в цьому відношенні потрібні методологічні інвестиції та вдосконалення.

Розвиваючий підхід.

Цей підхід особливо підкреслює характер і динаміку взаємодії протягом тривалого часу в сім'ї в ранньому дитинстві та в таких середовищах, як школа, особливо 1 - 6 класи. Він поділяє з деякими теоріями факторів ризику занепокоєння ранніми вадами розвитку або факторами схильності. Однак він відрізняється від теорій факторів ризику своєю великою концентрацією на характеристиках сімейного та шкільного середовища, які безпосередньо підсилюють небажані моделі афектів, переконань або (найголовніше) поведінки. І навпаки, він також зосереджується на зміцненні середовища розвитку позитивної мотивації, освітнього потенціалу та просоціальної поведінки. Розвиваючий підхід формулює більш детально пов'язаний і структурований набір факторів, ніж підхід факторів ризику. Однак він має більш дифузну ціль: замість того, щоб намагатися ідентифікувати та зосередити увагу на особах, які

належать до групи «високого ризику», як на об'єкті превентивного втручання, підхід до розвитку має тенденцію виділяти більш інклюзивні групи населення та робити більше вимірів способу життя чи поведінки (тобто більше, ніж вживання наркотиків) як локуси довгострокових екологічних та інституційних змін [37,38,42].

Отже, розвиваючий підхід передбачає більш структуровану, послідовну модель поганого раннього виховання дітей, шкільної дезадаптації, академічної недостатності та потягу до шкільних опозиційних груп, які є розсадником вживання заборонених наркотиків та іншої неорганізованої та проблемної поведінки. Цей підхід включає загальне відчуття того, що сімейні зв'язки послаблюються серед усього населення і що початкові школи, які можуть бути більш придатними для втручання, зокрема експериментального, ніж сімейні одиниці, мають бути ключовим місцем досліджень.

Підхід соціального впливу.

Теоретично він найбільш чітко сфокусований і базується на популяції. У дослідженнях соціального впливу все більше уваги приділяється відмінностям між демографічними та іншими групами. Він визнає важливу роль однолітків у початку та прогресуванні вживання наркотиків [43].

Модель соціального впливу базується на чотирьох основних компонентах:

1. надання інформації про негативні соціальні та короточасні фізіологічні наслідки наркотиків;
2. надання інформації про соціальні впливи на вживання наркотик, а саме однолітків, батьків і ЗМІ;
3. виправлення роздутих уявлень про поширеність наркотиків;
4. навчання, моделювання, репетиції та закріплення методів протистояння соціальному впливу наркотиків.

Втручання здебільшого зосереджені на учнях 6 - 10 класів і найбільш відомі тим, що спрямовані на запобігання початку вживання шляхом зміни сприятливих факторів; зокрема, підвищення рівня знань про шкідливі наслідки

та навчання конкретним навичкам опору для протистояння переконливим повідомленням від однолітків та ЗМІ [44,46].

Важливим варіантом підходу до соціального впливу є когнітивно-поведінкова модель, яка базується на припущенні, що вживання психоактивних речовин є результатом спільного впливу соціальних і психологічних факторів. На основі роботи Шінке та його колег із запобігання вагітності (Schinke та Gilchrest, 1977; Schinke, 1982) цей підхід був адаптований до куріння, наркотичних та інших речовин. Теоретична основа моделі походить як від теорії розвитку, так і соціального навчання. Вживання алкоголю та наркотиків розглядається як інструмент для задоволення потреб молоді в розвитку (наприклад, маркер переходу, зниження стресу, прийняття групою однолітків, встановлення незалежності). Стратегія профілактики вживання наркотиків наголошує на розвитку сприятливих навичок, набутті навичок прийняття рішень і вирішення проблем, щоб навчити молодь приймати обґрунтовані рішення щодо вживання алкоголю та наркотиків. Основна увага приділяється розвитку когнітивних, поведінкових та міжособистісних навичок [48,50]. Підхід базується на п'яти основних елементах:

- мати справу з широким колом проблемних ситуацій за допомогою систематичної стратегії вирішення проблем,
- надати точну інформацію,
- навчити стратегіям подолання стресу та тривоги,
- розвивати навички самовпевненості,
- розвивати прийоми самонавчання для поведінкового самоконтролю.

Останнім важливим напрямком роботи є підхід до життєвих навичок, який наголошує на розвитку загальних життєвих умінь і змоги подолання як додаток до знань, пов'язаних безпосередньо з опором впливу однолітків на вживання наркотичних речовин (Ботвін та ін., 1980; Ботвін та Енг, 1980). Програма зосереджена на навчанні когнітивно-поведінкових навичок, які виправляють психологічні або поведінкові дефіцити. Програма «Модель життєвих навичок» складається з трьох основних компонентів. Специфічний компонент речовини

включає більшу частину інформації з підходу соціальних впливів. Другий компонент стосується розвитку особистих навичок, таких як стратегії подолання, критичного мислення та навичок прийняття рішень, і навчає основних принципів зміни поведінки. Третій компонент розвиває соціальні навички, спрямовані на покращення міжособистісного функціонування [19,21].

Підхід, орієнтований на специфічну спільноту.

Четверта перспектива намагається охопити всі попередні три. Профілактиці орієнтованій на специфічну спільноту приділяється велика увага в різних сферах охорони здоров'я, зокрема в запобіганні курінню сигарет і в контролі факторів ризику серцево-судинних захворювань, раку, СНІДу, підліткової вагітності та інших серйозних проблем зі здоров'ям або пов'язаних із ними соціальних проблем [22,27,49].

Концептуальні основи профілактики зловживання наркотиками історично були запозичені з поведінкових і соціальних наукових досліджень щодо зменшення куріння сигарет і зміцнення громадського здоров'я в цілому. Великі відмінності в масштабах і характері серйозних проблем з наркотиками, які виникають у різних спільнотах, роблять підхід до конкретної громади особливо застосовним для запобігання зловживанню наркотиками, оскільки він орієнтований на дослідження відмінностей у популяціях і варіацій у громадах, а також на мобілізацію ресурсів відповідно. Тим не менш, підхід, орієнтований на громаду, є мало культивованою сферою дослідження профілактики зловживання наркотиками, в рамках якої опубліковані роботи не співмірні за обсягом літератури про фактори ризику, розвиток і соціальний вплив [31,33,34].

2.3. Розробка та реалізація соціального проекту з первинної профілактики наркоманії серед учнів загальноосвітніх закладів.

За даними «КНП ХОР Обласного центру медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності» у м. Харкові у 2020 році на обліку перебувало 1352 хворих на наркоманію (показник поширеності становить 95 випадків на 100 тис. населення) і хоча кількість наркозалежних зменшилась у порівнянні з минулим роком (1553 хворих у 2019 році) вона досі викликає хвилювання. Необхідно також зазначити, що підлітки є найбільш вразливою категорією населення, адже вони набагато легше піддаються своїм емоціям та впливу оточуючих у прийнятті рішень, тому наш проект спрямований саме на даний прошарок суспільства з метою первинної профілактики наркоманії. Для цього ми плануємо залучити відомих людей, які є авторитетами серед молоді і стануть ключем для популяризації здорового способу життя. Створивши тренд «Healthy habits – up to the challenge?» серед школярів ми спробуємо витіснити за його допомогою зацікавленість останніх у спробах вжити наркотичні речовини, адже саме бажання бути схожими на своїх «кумирів» або вступити у певну соціальну групу є одним із найбільш вагомих тригерів до дії та змін серед молоді категорії населення. Якщо говорити простими словами, ми будемо намагатися вибити клин клином. Окрім даної стратегії необхідно підвищити обізнаність молоді щодо жахливих наслідків наркозалежності задля розуміння ризиків, а також формування відрази до наркоманії. Тому що невідання грізних результатів бажаного дає свободу дії, а також знімає відповідальність за свої вчинки, адже після зробленої помилки можна вільно сказати: «Я не знав/ла що так станеться, це не моя провина». Тим не менш, звичайне монотонне зачитування лекційного матеріалу навіє нудьгу не тільки гіперактивному школяру, але навіть дорослій людині з витримкою, тому для вирішення даного питання ми застосуємо творчий підхід. Приклади справжніх трагічних випадків наркозалежності та основні моменти необхідного мінімуму теоретичного матеріалу будуть продемонстровані цілеспрямовано

створеною для цієї мети студентською організацією ХНМУ у форматі квестів та міні-роликів онлайн.

Отже, **мета** нашого **проекту** полягає у запобіганні появи бажання спробувати наркотичні речовини підлітками шляхом популяризації здорового способу життя визнаними блогерами та підвищення обізнаності щодо наркозалежності студентською організацією ХНМУ висвітлюючи життєві сумні історії наркоманів, а також необхідний теоретичний матеріал у форматі квестів та міні-роликів онлайн.

Завдання проекту:

1. Створити новий сектор у ХНМУ, основною метою якого буде допомога у реалізації даного проекту, а також його вдосконалення і підтримка у майбутньому. Крім цього, студенти будуть працювати над іншими ідеями щодо первинної профілактики наркоманії серед учнів загальноосвітніх закладів.
2. Вивчити найбільш популярні соцмережі, додатки та способи комунікації серед підлітків для подальшого впливу через них на школярів.
3. Виявити популярних блогерів серед молоді, які зможуть брати участь у даному проекті
4. Розробити челендж «Healthy habits – up to the challenge?» з метою популяризації пропаганди здорового способу життя
5. Реалізувати челендж «Healthy habits – up to the challenge?» через популярних блогерів з метою становлення його трендом серед молоді.
6. Створити квести та міні-ролики про сумні наслідки наркозалежності
7. Продемонструвати школярам в онлайн форматі створені квести та міні-ролики

Цільова аудиторія:

- прями бенефіціари: школярі. Дана аудиторія буде активно та пасивно брати участь у всіх заходах, створених безпосередньо для них, а отже й зазнає найбільшого впливу від даного проекту
- опосередковані бенефіціари:

- вчителі (будуть вільні від додаткового навантаження, а саме відповідальності за первинну профілактику наркоманії серед своїх учнів)
- батьки (при успішності проекту їхні діти зацікавляться здоровим способом життя, а також уникнуть можливої наркозалежності)
- шкільна поліція (будуть вільні від додаткового навантаження, а саме від меншої кількості правопорушників серед школярів)
- держава (при успішності проекту будуть менші витрати для лікування наркоманів та збільшення здорового населення спроможного працювати і приносити користь суспільству)

Терміни реалізації заплановані на один навчальний рік (2023-2024 рр). Цього часу повинно бути достатньо для виконання запланованих контрольованих задач (створення нового сектору в ХНМУ, виявлення найбільш популярних соцмереж та блогерів, розроблення челенджу «Healthy habits – up to the challenge?»), а також аналізу неконтрольованих проміжних результатів проекту (челендж «Healthy habits – up to the challenge?» за допомоги популярних блогерів, квести та міні-ролики про сумні наслідки наркозалежності в онлайн форматі)

Географія проекту: загальноосвітні школи міста Харкова. Дане географічне місце проведення проекту найдоречніше у зв'язку з теперішньою ситуацією в країні, оскільки Харківський регіон один з найбільш відомих населених пунктів еміграції мешканців, тому онлайн проект буде як ніколи доречним для школярів, які навчаються дистанційно. Крім цього, студентам зі створеного нами нового сектору в ХНМУ буде набагато легше мати справу зі знайомими школами та вчителями. Також необхідно зазначити, що онлайн формат проекту дозволить нам залучити набагато більше людей не тільки у плані цільової групи, але й партнерів у порівнянні з офлайн, адже це дозволить працювати на відстані. У майбутньому при офлайн навчанні ми та студентська організація матимемо можливість попрацювати зі школярами віч-на-віч, якщо виникне така необхідність.

Основні партнери:

- **Блогери.** Вибір конкретних блогерів в якості партнерів буде здійснено після аналізу анкетування серед школярів, а саме найбільш популярних і доступних для співпраці. У свою чергу вони отримують наступні переваги: матеріальну винагороду, ідею та план для створення тренду (буде запропоновано декілька Health Challenge зі змогою власного корегування, наприклад, кожного ранку виконувати 20 присідань та 5 віджимань від підлоги; складання трекеру гарних звичок; випивати склянку води зранку та інше). Блогери потрібні даному проекту як взірці для наслідування здорових звичок серед школярів, завдяки чому прямі бенефіціари не тільки стануть здоровіші, але й не звертатимуть багато уваги на наркотичні речовини, тому що останнє стане не «модним» і не «престижним».

- **Вчителі.** Дана категорія партнерів отримує наступну перевагу від співпраці - зосередження на навчальному процесі (зникне потреба у роз'ясненні школярам про шкідливість наркотичних речовин та переживань як донести дану інформацію). Вчителі необхідні для знайомства та організації зустрічі зі школярами. Тільки за їх допомоги ми зможемо зустрітися з усіма школярами, адже на повідомлення та дзвінки з пропозиціями від сторонньої людини відповідь навіть не кожна доросла людина.

- **Студенти ХНМУ** отримують додаткові бали до рейтингу, а також матеріальну винагороду. З їхньою допомогою буде створений новий сектор в університеті, основна мета якого буде направлена на первинну профілактику наркоманії серед школярів. Також не буду зайвим зазначити, що студенти – основні партнери, адже саме вони будуть виконувати найбільший об'єм роботи (анкетування, аналіз, допомога у розробці і реалізації челенджів та інше), а у майбутньому можуть запропонувати нові ідеї. У свою чергу найбільшу вигоду отримують студенти зі спеціальності «Соціальна робота», а також ті, хто планує працювати психіатрами та наркологами, тому що вони матимуть змогу отримати практичні навички роботи з підлітками.

План реалізації:

У першу чергу необхідно зібрати команду, яка буде допомагати з реалізацією даного проекту, а також у майбутньому стане незалежною організацією, яка займатиметься первинною профілактикою наркоманії серед учнів загальноосвітніх закладів Харкова на регулярній основі. При цьому необхідно зазначити, що при успішності проекту, вона буде не тільки виконувати поставлені задачі запропонованого способу профілактики, слідкувати за отриманими результатами й аналізувати їх, але як самостійна організація впроваджувати нові ідеї та способи боротьби з наркоманією на свій розсуд.

Якщо реалістично подивитися на ситуацію нашої країни, то будь-яка людина однозначно відповість, що наркозалежність не є головною проблемою у теперішній складний час, а тому, як результат, знайти гарного спонсора для реалізації проекту з первинної профілактики наркоманії буде надзвичайно складно. Хоча, навіть у мирні дні було б досить не легко з вирішенням даної проблеми. Виходячи з вище сказаного, необхідно створити таку команду, яка була б спроможна існувати довгий час та розвиватися без значного доходу й при цьому мати ентузіазм, креативність та відповідальність до запропонованої роботи. Також необхідно зазначити, що звичайні волонтери не підійдуть на таку роль, адже для виконання поставленої мети необхідні певні навички, наприклад, базові теоретичні знання з медичної психології, наркології, соціальної роботи та інше. У результаті ми прийшли до висновку, що створення спеціального сектору в медичному університеті є найоптимальнішим варіантом, адже здобувачі вищої медичної освіти підходять під усі перераховані критерії.

Отже, на початку вересня ми плануємо зустрітися зі студентським самоврядуванням ХНМУ щодо створення нового сектору в університеті, основна мета якого буде направлена на первинну профілактику наркоманії серед школярів. Очікуваним продуктом даного заходу буде схвалення запропонованого запиту, а також розміщення об'яви на офіційних сторінках ХНМУ щодо набору студентів в організацію по боротьбі з наркоманією. При

необхідності повторне розповсюдження інформації про набір до команди через старостат.

Наступним кроком буде організація сектору боротьби з наркоманією у ХНМУ до кінця вересня. Очікувані результати даного заходу:

- затвердження основного складу команди – вибір голови сектору, заступника голови та ведення бази усіх інших членів;
- створення та налагодження графіку зборів сектору – як мінімум 1 раз на тиждень;
- вирішення питання щодо основного способу зв'язку – створення Telegram групи для виникнення і обговорення будь-яких питань, а також обрання онлайн платформи для зборів (google meet, zoom...)
- обговорення деталей запланованого проекту – мета, завдання, бенефіціари, терміни реалізації, географія, партнери;
- створення спільного плану;
- розподіл задач серед команди – створення анкет, знаходження контактів вчителів/директорів шкільних закладів, створення Health Challenge, написання сценаріїв для міні-роликів та квестів, освоєння програми Quizizz або іншої альтернативи та інше

У жовтні заплановано зв'язатися з представниками загальноосвітніх шкіл Харкова. Очікуваний продукт – зустріч, представлення та обговорення проекту з вчителями обраних шкіл, дозвіл та допомога останніх в реалізації запропонованого способу первинної профілактики наркоманії серед школярів середніх та вищих класів (виняток 9-й та 11-й класи у зв'язку з важливими іспитами та навантаженням даної категорії учнів) їхніх закладів. Під допомогою мається на увазі представлення нашої команди здобувачам освіти з наголошенням на подальшу співпрацю.

До кінця цього ж місяця ми плануємо провести анонімне анкетування у форматі google форми щодо найпопулярніших соціальних мереж, блогерів, додатків та способів комунікації серед школярів обраних шкіл з

представниками яких ми успішно зав'язали партнерство до цього. Результатом даного заходу буде збір важливої для нас інформації.

Наступним кроком буде аналіз відповідей здобувачів середньої освіти. Очікувані результати:

- виведення найбільш популярних соцмереж – дана інформація буде застосована для впливу на школярів через відібрані ресурси
- визначення найвпливовіших блогерів при цьому буде здійснений подвійний відбір: по-перше – за популярністю, по-друге – за доступністю до співпраці у проекті
- ознайомлення з іншими популярними додатками та способами комунікації серед підлітків

Після проведеного аналізу до кінця листопада ми плануємо зв'язатися з відібраними кандидатами. Очікуваний продукт – зустріч, представлення та обговорення проекту, згода блогерів до співпраці у роботі зі створення тренду серед молоді.

Наступного місяця очікується реалізація популяризації пропаганди здорового способу життя через блогерів. Останні почнуть створювати челенджі «Healthy habits – up to the challenge?» та кидати виклики один одному у соцмережах впливаючи на своїх глядачів при цьому створюючи тренд серед молоді. Треба зауважити, що челендж «Healthy habits – up to the challenge?» не містить у собі якихось обмежень з вибору вправ чи інших здорових звичок, бо не можливо підібрати щось універсальне, тому будуть як прості (наприклад, випивати склянку води кожного ранку) так і складні (наприклад, забіг на 10 км) виклики в залежності від вподобань представника та його аудиторії. Очікуваний результат – зацікавленість та слідування за новим трендом школярами.

У березні, а за можливості раніше ми плануємо запуснути створені міні-ролики на платформі google meet та інтерактивні квести через програму Quizizz про основні теоретичні моменти наркотичних речовин та спроби вживання наркотиків з їх сумними наслідками студентською організацією в онлайн форматі. Очікуваний продукт – поява відрази школярів до наркотиків.

Комунікаційна стратегія проекту:

Будуть застосовані усі три типи комунікації:

- усний – основний.

Методи: презентація, групове обговорення, зустрічі один на один.

- письмовий.

Методи: електронна пошта, чати у соцмережах, звіти.

- невербальний.

У першу чергу ми назначимо зустріч з майбутніми партнерами використовуючи електронну пошту або телефонний дзвінок. У подальшому буде застосований метод презентації для кращого розуміння суті нашого проекту партнерами, а далі групове обговорення і за потреби зустрічі один на один для роз'яснення незрозумілих деталей. При неможливості зустрічі офлайн ми скористаємося онлайн платформами (google meet та zoom).

У процесі реалізації проекту при виникненні будь-яких питань будуть застосовані, в основному, групові чати у Telegram або платформи google meet та zoom при планових зборах команди.

Комунікація з прямими бенефіціарами буде здійснюватися, в основному, також через онлайн платформи для показу відео роликів та програму Quizizz для проведення квестів. Вплив блогерів на школярів відбуватиметься через популярні соцмережі, тобто усний і невербальний спосіб комунікації.

Проектні ризики:

1. Протилежний ефект міні роликів та квестів про трагічні наслідки наркозалежності та боротьбу з нею. Таким чином, школярі можуть подумати про те, що залежність від наркотичних речовин – це якась нісенітниця і у будь-який момент можливо зав'язати з цим приклавши тільки силу волі і головне бажання. Саме через такі думки з'являється жадоба довести свою точку зору на своєму прикладі. Тобто представлена інформація для попередження спроб вживання наркотиків, навпаки, може стати тригером до її вжитку. Даному ризику тяжко запобігти, тому єдине що ми можемо зробити, так це отримувати анонімний фідбек від школярів після кожного проведеного заходу студентською

організацією з метою відстеження вражень здобувачів середньої освіти для необхідного вторгнення за необхідності у процес.

2. Надмірний психологічний тиск на школярів. Мало кому подобається, коли тобі вказують, що треба робити, а про що треба назавжди забути або що погано, а що добре, тому коли з'являється відчуття, що тобою маніпулюють або хочуть «навчити життю» виникає відраза, супротив або байдужість до представленої інформації. Для зниження даного ризику необхідно детально обговорити цю проблему з партнерами, а також запроваджувати проект поступово, щоб поява бажаного тренду виглядала «природньо», а подача базових теоретичних знань не носила «примусовий» характер.

3. Відмова у співпраці бажаних партнерів. Необхідні за нашими розрахунками люди можуть не погодитися брати участь у проекті за різних причин, наприклад, недостатня грошова підтримка, невподобана ідея челенджів, недостатність часу та інше. Для вирішення даної проблеми необхідно запропонувати вигідні умови для майбутніх партнерів.

4. Невдалий вибір авторитетів. Після аналізування може виникнути проблема з вибором кандидата, наприклад, велика кількість «зірок» із-за кордону, або, на перший погляд, гарний вибір на початку проекту обернеться поганим у кінці (невдала подача матеріалу своїй аудиторії та інше). Для зниження даного ризику необхідно вказати в анкетуванні декілька критеріїв, які допоможуть відібрати гідного претендента для співпраці, а також потрібно провести якісний аналіз анонімного анкетування.

Діяльність, що планується після завершення проекту

1. Аналіз результатів проекту:
 - виведення статистики
 - виявлення позитивних і негативних наслідків
 - визначення побічних ефектів
2. Робота над помилками та вдосконалення прийнятих заходів
3. Подальше вивчення проблеми первинної профілактики наркоманії та методів впливу на підлітків

4. Розширення студентського сектору боротьби з наркоманією – при успішності організації можливе її розширення за допомогою об'єднання зацікавлених студентів з інших медичних закладів та створення єдиної мережі по всій Україні

5. Залучення інших донорів при успішності проекту.

На даному етапі проектування бюджет не прораховувався. У подальшому, при складанні бюджету проекту основними статтями витрат можуть бути витрати на розробку інструментів для здійснення первинної профілактики (картки, плакати, ігри тощо) та випуск поліграфічної продукції тощо.

Схематично даний соціальний проект наведено у Додатку.

Висновки до другого розділу

Зважаючи на світовий досвід боротьби з наркоманією та різноманіття засобів, що застосовуються у цій боротьбі слід чітко розуміти, яка ситуація у цьому питанні є у нашій країні. Мова йдеться про готовність суспільством сприймати ліберальну модель наркополітики, готовність органів державної влади до регулювання всіх процесів у межах наркополітики тощо. Важливим також є питання спроможності ресурсного забезпечення всіх складових наркополітики.

Отже, зважаючи на реалії сьогодення, для України може бути прийнятний шлях соціальних проєктів для здійснення різних видів профілактики наркоманії. Соціальний проєкт – це не лише новації, експерименти, а ще й додаткові ресурси, що можуть вплинути на якість первинної профілактики і, як наслідок, на її ефективність.

Метою таких проєктів може бути запобігання появи бажання спробувати наркотичні речовини підлітками шляхом популяризації здорового способу життя визнаними блогерами та підвищення обізнаності щодо наркозалежності студентською організацією ХНМУ висвітлюючи життєві сумні історії наркоманів, а також необхідний теоретичний матеріал у форматі квестів та міні-роликів онлайн.

Відповідно до мети, завданнями таких проєктів може буде необхідність створення нових секторів у закладах вищої освіти, які готують фахівців із соціальної роботи; вивчення найбільш популярних соцмереж, додатків та способів комунікації серед підлітків; виявлення популярних блогерів серед молоді, які зможуть брати участь у даному проєкті; розробити та реалізувати челендж «Healthy habits – up to the challenge?»; створити квести та міні-ролики про сумні наслідки наркозалежності й продемонструвати їх школярам в онлайн форматі.

Слід зазначити, що основними вигодонабувачами від впровадження таких проєктів будуть, перш за все діт – учні шкіл та їх батьки. Опосередкованими вигодонабувачами будуть вчителі, працівники правоохоронних органів,

студенти – майбутні соціальні працівники, оскільки отримають гарний досвід практичної роботи ще під час навчання.

Під час реалізації проекту зі створення шкільної соціальної служби слід передбачити можливі ризики та продумати шляхи їх подолання. Ймовірними, на нашу думку є такі ризики:

- протилежний ефект міні роликів та квестів про трагічні наслідки наркозалежності та боротьбу з нею. Заходи: отримувати анонімний фітбек від школярів після кожного проведеного заходу студентською організацією з метою відстеження вражень здобувачів середньої освіти для необхідного втручання за необхідності у процес.
- надмірний психологічний тиск на школярів. Заходи: детальне обговорення даної проблеми з партнерами, а також поступове запровадження проекту
- відмова у співпраці бажаних партнерів. Заходи: необхідно запропонувати вигідні умови для майбутніх партнерів.
- невдалий вибір авторитетів. Заходи: необхідно вказати в анкетуванні декілька критеріїв, які допоможуть відібрати гідного претендента для співпраці, а також провести якісний аналіз анонімного анкетування.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Наркоманія є великою проблемою, яка завдає не тільки моральні, але й економічні втрати для країни. На думку експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, проблема наркотиків у школах є дуже серйозною та складною, яка в майбутньому стане ще більшою, тому дуже важливо зупинити її поширення. У зв'язку зі збільшенням у школах вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, а також злочинності та самогубств стає очевидною гостра проблема навчальних закладів - недостатня підготовленість до роботи з учнями в умовах підвищеного ризику, тому якісне навчання спеціалістів та інших представників громадськості є пріоритетним напрямком профілактики наркоманії.

Відповідно до першого завдання було проаналізовано наукову літературу та нормативно-правові акти щодо організації профілактики наркоманії серед учнів загально-освітніх закладів. Отже, на сучасному етапі виділяють наступні основні профілактичні підходи до зловживання психоактивних речовин:

1. Підхід, заснований на поширенні інформації про наркотики. Базується на наданні часткової інформації про наркотики, їх шкоду та негативні наслідки вживання.

2. Підхід, заснований на афективному (емоційному) навчанні. В основі лежить теоретичне положення про те, що вживати наркотичні речовини починають, перш за все, люди з недостатньо розвиненою емоційною сферою, які виховувалися в сім'ях, де існувала заборона на вираження емоцій.

3. Підхід, заснований на впливі соціальних факторів. Базується на розумінні того, що вплив однолітків і сім'ї відіграє важливу роль, сприяючи або перешкоджаючи наркотизації.

4. Підхід, заснований на формуванні життєвих навичок. В даному підході центральним є поняття про зміну поведінки, тому в ньому використовуються переважно методи поведінкової модифікації і терапії.

5. Підхід, заснований на розвитку діяльності, альтернативної вживання наркотиків. Цей метод передбачає необхідність розвитку альтернативних соціальних програм для молоді, в яких могли б бути в соціально нормативних

рамках реалізовані прагнення до ризику, пошук гострих почуттів, підвищена поведінкова активність.

6. Підхід, заснований на зміцненні здоров'я. Зміцнення здоров'я - це процес, який допомагає людині посилити контроль над факторами здоров'я і таким чином поліпшити його.

Відповідно до другого завдання були визначені особливості роботи шкільних фахівців з профілактики вживання наркотиків серед учнів, а саме при проведенні профілактичної бесіди або уроку по профілактиці наркоманії важливо враховувати вікові, індивідуальні та психологічні особливості школярів, таким чином необхідно розпланувати урок:

- теоретична освітня частина;
- практична частина з психологічними вправами на закріплення матеріалу і формування поведінки соціально-схвалюваного правовим нормам.

Також необхідно зазначити п'ять основних принципів консультування з проблем, пов'язаних з наркотиками:

1. Необхідно гарантувати конфіденційність.
2. Вчителі повинні знати свої сильні сторони і не забувати про лімітуючі фактори.
3. Консультування не можна змішувати з питаннями дисципліни.
4. Уникати стигматизації, але і не ігнорувати факти вживання наркотиків.
5. Зосередження на взаєморозумінні та співпереживанні.

Відповідно до третього завдання було проаналізовано роботу соціального працівника з метою оцінки діяльності профілактики наркоманії і виявлено наступні обов'язки:

1. Спеціаліст із соціальної роботи визначає систему соціально-психологічних і соціально - правових відносин у сфері профілактики і лікування наркоманії.
2. В області профілактики: сприяє проведенню широкої інформаційно-просвітницької роботи з представлення наркоманії як хвороби, що має фізіологічні, психологічні та соціальні причини, прояви і наслідки.

3. У сфері лікування: встановлює первинний контакт з підлітком, його сім'єю і школою, повідомляє клієнтам необхідну інформацію про хворобу, способи боротьби з нею, формує установки на лікування; встановлює зв'язок підлітка з лікувальними програмами центру і групами самопомоги («анонімні наркомани»), здійснює соціально - психологічну допомогу членам сім'ї і близьким клієнта, встановлює їх зв'язок з лікувальними програмами для родичів і групами самопомоги.

4. У сфері реабілітації: координує реабілітацію підлітка в сім'ї, в школі, допомагає у вирішенні соціальних проблем, співпрацюючи з державними, громадськими та приватними організаціями.

5. Спеціаліст повинен знати: постанови, розпорядження, накази керівних органів, методичні та нормативні керівні матеріали по соціальній роботі в загальній і наркологічній практиці, сучасні методи допомоги наркологічним хворим і їх близьким, передовий вітчизняний і зарубіжний досвід роботи фахівців із соціальної роботи в сфері допомоги наркоманам.

Відповідно до останнього завдання був розроблений соціальний проект мета якого полягає у наступному: запобіганні появи бажання спробувати наркотичні речовини підлітками шляхом популяризації здорового способу життя визнаними блогерами та підвищення обізнаності щодо наркозалежності студентською організацією ХНМУ висвітлюючи життєві сумні історії наркоманів, а також необхідний теоретичний матеріал у форматі квестів та міні-роликів онлайн.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. А. Г. Макеєва « Не допустити біди: Педагогічна профілактика наркотизму школярів», Посібник для вчителя. Під ред. М. М. Безруких, М., 2003.
2. Альтушер, В. Б. Наркоманія: дорога у прірву/В.Б. Альтушер, А.В. Надеждин. - М: Освічений 2000. - 204 с.
3. Аналітичний звіт „Оцінка ефективності програми центрів ССМ щодо профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі”, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді, 2003.
4. Григорьев С.И., Гуслякова Л.Г., и др. Теория и методология социальной работы. - М.: Наука, 1994.
5. Єнікєєва, Д.Д. Як попередити алкоголізм та наркоманію у підлітків: Навчальний посібник студентів середніх та вищих педагогічних навчальних закладів / Д.Д. Єнікєєва. «Академія», 2001. - 144с.
6. Князєв, Ю.М. Профілактика залежності серед молоді/Ю.М. Князєв. 2003.- 226 с.
7. Моделі первинної та вторинної профілактики вживання наркотиків та інфікування ВІЛ/ІПСШ, Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді, 2008.
8. Навчально-методичний посібник „Комунікативні техніки зміни поведінки підлітків та молоді”, Фонд Народонаселення ООН (UNFPA), 2008.
9. Носова, Є. Попередження підліткової наркотизації / Є. Носова // Виховання шкільні -2008. - N 7.-с. 61-65.
10. Орел Г. О. Організація профілактичної діяльності. Профілактика наркоманії. Соціальний працівник. 2007.
11. Педагогічна психологія /За ред. Л. Проколієнка. – К. 1991.
12. Роль засобів масової інформації та інших джерел у формуванні здорового способу життя молоді / О. Яременко, О. Балакірєва, Н. Бутенко, О. Вакуленко. Київ, 2000
13. Школа сприяння здоров'я - Харківська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №127 імені Г.К. Жукова Харківської міської ради Харківської

області. Головна - Харківська загальноосвітня школа I-III ступенів №127 імені Г.К. Жукова Харківської міської ради Харківської області.
URL: http://school127.edu.kh.ua/osnovni_napryami_diyalnosti_shkoli/shkola_spriyanna_zdorovya/plan_zahodiv_schodo.

14. Що потрібно знати про наркоманію | КПІ ім. Ігоря Сікорського. *КПІ ім. Ігоря Сікорського*. URL: <https://kpi.ua/nark>.

15. Що таке наркоманія?. *Наркологічний центр MedicoN*. URL: <https://nonarcotic.com.ua/uk/statti/240-shcho-take-narkomaniia/>.

16. Ames, C. in press The enhancement of student motivation, In M.L. Maehr, editor; and D.A. Kleiber, editor. , eds., *Advances in Motivation and Achievement*, Vol. 5. Greenwich, Conn.: JAI Press.

17. Bamberg, R., R.T. Acton, J.M. Roseman, R.C.P. Go, B.O. Barger, C.J. Vanichanan, and R.B. Copeland 1990. The effect of genetic risk information and health risk assessment on compliance with preventive behaviors. *Health Education* 21(2):26-32.

18. Brook, J.S., D.W. Brook, A.S. Gordon, M. Whiteman, and P. Cohen 1990. The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* 116:111-267. [[PubMed](#)]

19. Brummer J., Hesse M., Frederiksen K.S., Karriker-Jaffe K.J., Bloomfield K. How do register-based studies contribute to our understanding of alcohol's harms to family members? A scoping review of relevant literature. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2021;82(4):445–456. doi: 10.15288/jsad.2021.82.445. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

20. B. Wilson, *Quality Education and the Health of Young Australians, HIV/AIDS and Sexual Health and Drug Education Forums* (Education Queensland, Health Issues Section, Australia, 1998)

21. Chilton R., Pearson M., Anderson R. Health promotion in schools: a scoping review of systematic reviews. *Health Educ*. 2015;115(3/4):357–376. doi: 10.1108/HE-03-2014-0033. [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

22. Christensen A.I., Ekholm O., Gray L., Glümer C., Juel K. What is wrong with non-respondents? Alcohol-, drug- and smoking-related mortality and morbidity in a 12-year follow-up study of respondents and non-respondents in the Danish health and morbidity survey. *Addiction*. 2015;110(9):1505–1512. doi: 10.1111/add.12939. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
23. Dembo, R., L. Williams, J. Schmeidler, E.D. Wish, A. Getreu, and E. Berry 1991. Juvenile crime and drug abuse: a prospective study of high risk youth. *Journal of Addictive Diseases* 11:5-31. [[PubMed](#)]
24. Ellickson, P.L., and R.M. Bell 1990. Drug prevention in junior high: a multi-site longitudinal test. *Science*247:1299-1305. [[PubMed](#)]
25. Fitzpatrick, J. 1990. Drugs and Puerto Ricans in New York City. Pp. 103-126 in R. Glick, editor; and J. Moore, editor. , eds., *Drugs in Hispanic Communities*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University.
26. G. Botvin, *Prevention Update* (Cornell University Medical College, Institute of Prevention Research, United States of America, 1995).
27. Green J.G., McLaughlin K.A., Fillbrunn M., Fukuda M., Jackson J.S., Kessler R.C., Sadikova E., Sampson N.A., Vilsaint C., Williams D.R., Cruz-Gonzalez M., Alegría M. Barriers to mental health service use and predictors of treatment drop out: racial/ethnic variation in a population-based study. *Adm. Policy Ment. Health Ment. Health Serv. Res.* 2020;47(4):606–616. doi: 10.1007/s10488-020-01021-6. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Green, L.W., and M.W. Kreuter 1991. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto, Calif.: Mayfield.
29. Green, L.W. 1990. The revival of community and the public obligation of academic health centers. Pp. 148-164 in R. Bulger, editor; , R.E. Bulger, editor; , and S. Reiser, editor. , eds., *The Role of the Academic Health Center in Humanizing Medicine*. Ames, Iowa: University of Iowa Press.
30. Jessor, R., J.E. Donovan, and F.M. Costa 1992. *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*. New York: Academic Press.

31. Jääskeläinen M. Mental disorders and harmful substance use in children of substance abusing parents: a longitudinal register-based study on a complete birth cohort born in 1991 Mental disorders in children of substance abusing parents. *Drug Alcohol Rev.* 2016;35(6):728–740. doi: 10.1111/dar.12417. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
32. Karen D. Ersche, P. Simon Jones, Guy B. Williams, Abigail J. Turton, Trevor W. Robbins, Edward T. Bullmore. Abnormal Brain Structure Implicated in Stimulant Drug Addiction // *Science*. 3 February 2012. V. 335. № 6068. P. 601–604.
33. Kessler R.C., McLaughlin K.A., Green J.G., Gruber M.J., Sampson N.A., Zaslavsky A.M., Aguilar-Gaxiola S., Alhamzawi A.O., Alonso J., Angermeyer M., Benjet C., Bromet E., Chatterji S., de Girolamo G., Demyttenaere K., Fayyad J., Florescu S., Gal G., Gureje O., Haro J.M., Hu C.-y., Karam E.G., Kawakami N., Lee S., Lépine J.-P., Ormel J., Posada-Villa J., Sagar R., Tsang A., Üstün T.B., Vassilev S., Viana M.C., Williams D.R. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *Br. J. Psychiatry.* 2010;197(5):378–385. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
34. Khemiri L., Larsson H., Kuja-Halkola R., D’Onofrio B.M., Lichtenstein P., Jayaram-Lindström N., Latvala A. Association of parental substance use disorder with offspring cognition: a population family-based study. *Addiction.* 2020;115(2):326–336. doi: 10.1111/add.14813. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
35. Knitzer, J., Z. Steinberg, and B. Fleish 1990. *At the Schoolhouse Door: An Examination of Programs and Policies for Children with Behavioral and Emotional Problems*. New York: Bank Street College of Education.
36. Labouvie, E.W., R.J. Pandina, and V. Johnson in press *Developmental trajectories of substance use in adolescence: differences and predictors*. *International Journal of Behavioral Development*.
37. MacKinnon, D.P., C.A. Johnson, M.A. Pentz, J.H. Dwyer, W.B. Hanson, B.R. Flay, and E.Y.I. War 1991. *Mediating mechanisms in a school-based drug prevention*

- program: first-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology* 10(3):164-172. [[PubMed](#)]
38. National Commission on the Role of the School and the Community in Improving Adolescent Health 1990. *Code Blue: Uniting for Healthier Youth*. Alexandria, Va.: National Association of State Boards of Education, and Chicago, Ill.: American Medical Association.
39. Nora D. Volkow, Ruben D. Baler. To Stop or Not to Stop? // *Science*. 3 February 2012. V. 335. № 6068. P. 546–548.
40. Pedersen M.U., Thomsen K.R., Heradstveit O., Skogen J.C., Hesse M., Jones S. Externalizing behavior problems are related to substance use in adolescents across six samples from Nordic countries. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2018 doi: 10.1007/s00787-018-1148-6. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
41. Pedersen M.U., Thomsen K.R., Pedersen M.M., Hesse M. Mapping risk factors for substance use: introducing the YouthMap12. *Addict. Behav.* 2017;65(Supplement C):40–50. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.09.005. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]
42. Pickens, R.W., D.S. Svikis, M. McGue, D.T. Lykken, L.L. Heston, and P.J. Clayton 1991. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry* 48(1):19-28. [[PubMed](#)]
43. Reuter, P., R. MacCoun, and P. Murphy 1990. *Money from Crime . A Study of the Economics of Drug Dealing in Washington, D.C.* Publication R-3894-RF. Santa Monica, Calif.: The Rand Corporation.
44. Schaps, E., and V. Battistich 1991. Chapter in E. Goplerud, editor. , ed., *A Practical Guide to Substance Abuse Prevention in Adolescent*. OSAP Prevention Monograph 8. DHHS Publ No. (ADM) 91-1725. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
45. *Skills for Drug Educatin in Schools: A Manual for Teachers and Trainers*
46. Thomas, S.B. 1990. Social change theory: applications to community health. Pp. 45-65 in N. Bracht, editor. , ed., *Health Promotion at the Community Level*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications.

47. UpToDate. *Evidence-Based Clinical Decision Support System/ UpToDate / Wolters Kluwer*. URL: https://www.uptodate.com/contents/substance-use-disorder-in-adolescents-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-consequences-course-assessment-and-diagnosis?search=Drug%20addiction%20prevention&source=search_result&p:selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#subscribeMessage.
48. White, H.R. 1990. The drug use-delinquency nexus in adolescence. In R. Weisheit, editor. , ed., *Drugs, Crime and the Criminal Justice System*. Champaign, Ill.: Anderson.
49. World Health Organization . 2nd ed. World Health Organization; Geneva: 2004. ICD-10 : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : Tenth Revision. ed. [[Google Scholar](#)]
50. Zimmerman, M.A., and K.I. Maton 1992. Lifestyle and substance use among male African-American urban adolescents: a cluster analytic approach. *American Journal of Community Psychology* 20:121-138. [[PubMed](#)]

Проект шкільної соціальної служби	
Склад команди	Студенти ХНМУ
Назва проекту	Сучасні тренди серед молоді як засіб первинної профілактика наркоманії
Обґрунтування проекту Опис проблеми, на вирішення якої спрямований проект (не більше трьох абзаців)	За даними «КНП ХОР Обласного центру медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності» у м. Харкові у 2020 році на обліку перебувало 1352 хворих на наркоманію (показник поширеності становить 95 випадків на 100 тис. населення) і хоча кількість наркозалежних зменшилась у порівнянні з минулим роком (1553 хворих у 2019 році) вона досі викликає хвилювання. Необхідно також зазначити, що підлітки є найбільш вразливою категорією населення, адже вони набагато легше піддаються своїм емоціям та впливу оточуючих у прийнятті рішень, тому наш проект спрямований саме на даний прошарок суспільства з метою первинної профілактики наркоманії. Для цього ми залучимо відомих людей, які є авторитетами серед молоді і стануть ключем для популяризації здорового способу життя і відрази до наркотиків.
Мета проекту (не більше двох речень)	Запобігання появи бажання спробувати наркотичні речовини підлітками шляхом популяризації здорового способу життя визнаними блогерами та підвищення обізнаності щодо наркозалежності студентською організацією ХНМУ висвітлюючи життєві сумні історії наркоманів, а також необхідний теоретичний матеріал у форматі квестів та міні-роликів онлайн.
Завдання проекту (від 2 до 5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Створити новий сектор у ХНМУ. 2. Вивчити найбільш популярні соцмережі, додатки та способи комунікації серед підлітків. 3. Виявити популярних блогерів серед молоді, які зможуть брати участь у даному проекті 4. Розробити челендж «Healthy habits – up to the challenge?» 5. Реалізувати челендж «Healthy habits – up to the challenge?» через популярних блогерів. 6. Створити квести та міні-ролики про сумні наслідки наркозалежності 7. Продемонструвати школярам в онлайн форматі створені квести та міні-ролики
Цільова аудиторія (прямі та опосередковані бенефіціари)	Прямі бенефіціари: школярі Опосередковані бенефіціари: вчителі, батьки, шкільна поліція, держава
Терміни реалізації	2023-2024 рр
Географія проекту (де буде відбуватися)	Загальноосвітні школи міста Харкова

основна діяльність за проектом)		
Основні партнери	Блогери Вчителі Студенти ХНМУ	
План реалізації (приблизний план заходів – не більше 10 позицій)		
Період	Захід	Очікуваний продукт
Вересень	Зустріч зі студентським самоврядуванням ХНМУ щодо створення нового сектору в університеті	Схвалення запропонованого запиту, а також розміщення об'яви на офіційних сторінках ХНМУ щодо набору студентів в організацію по боротьбі з наркоманією.
Вересень	Організація сектору боротьби з наркоманією у ХНМУ	<ul style="list-style-type: none"> • затвердження основного складу команди; • створення та налагодження графіку зборів сектору; • вирішення питання щодо основного способу зв'язку • обговорення деталей запланованого проекту • створення спільного плану; • розподіл задач серед команди
Жовтень	Зв'язок з представниками загальноосвітніх шкіл Харкова	Зустріч, представлення та обговорення проекту з вчителями обраних шкіл, дозвіл та допомога останніх в реалізації запропонованого способу первинної профілактики наркоманії серед школярів середніх та вищих класів (виняток 9-й та 11-й класи у зв'язку з важливими іспитами та навантаженням даної категорії учнів) їхніх закладів
Жовтень	Проведення анонімного анкетування серед школярів, щодо найпопулярніших соціальних мереж, додатків та способів комунікації серед підлітків.	Збір важливої для нас інформації.
Листопад	Аналіз відповідей здобувачів середньої освіти.	• виведення найбільш популярних соцмереж

		<ul style="list-style-type: none"> • визначення найвпливовіших блогерів • ознайомлення з іншими популярними додатками та способами комунікації серед підлітків
Листопад	Зв'язок з відібраними кандидатами	Зустріч, представлення та обговорення проекту, згода блогерів до співпраці у роботі зі створення тренду серед молоді
Грудень	Реалізація популяризації пропаганди здорового способу життя через блогерів.	Зацікавленість та слідування за новим трендом.
Березень	Запуск створених міні-ролики на платформі google meet та інтерактивних квестів через програму Quizizz про основні теоретичні моменти наркотичних речовин та спроби вживання наркотиків з їх сумними наслідками студентською організацією в онлайн форматі.	Поява відрази школярів до наркотиків.
Комунікаційна стратегія проекту Як буде побудована комунікація з оточенням проекту. Які інформаційні канали / методи комунікації будуть використовуватися	Будуть застосовані усі три типи комунікації: <ul style="list-style-type: none"> • Усний – основний. Методи: презентація, групове обговорення, зустрічі один на один • Письмовий. Методи: електронна пошта, чати у соцмережах, звіти • Невербальний. В першу чергу ми назначимо зустріч з майбутніми партнерами використовуючи електронну пошту. У подальшому буде застосований метод презентації для кращого розуміння суті нашого проекту партнерами, а далі групове обговорення і за потреби зустрічі один на один для роз'яснення незрозумілих деталей. У процесі реалізації проекту при виникненні будь-яких питань буде застосован один з вище перерахованих методів в залежності від ситуації. <p>Комунікація з прямими бенефіціарами буде здійснюватися в основному усним і невербальним типом через наших партнерів.</p>	