



PREVENTIVNA PLATFORMA

PRIROČNIK na temo osnov preventive in vrednotenja preventivnih programov

Uredila:

Sanela Talić & Matej Košir
Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«

Ljubljana, maj 2014
(dopolnjena izdaja, november 2017)

VSEBINA

Predgovor	3
Struktura priročnika	4
I. SKLOP	5
Osnove preventive	5
Stanje na preventivnem področju v Sloveniji	6
Pojem preventive in kratek pregled zgodovinskega razvoja preventive	9
Univerzalna preventiva	13
Selektivna preventiva	13
Indicirana preventiva	13
Okoljske strategije	14
Teoretski pristopi v preventivi	17
Preventiva v šolskem okolju	23
Preventiva v družinskem okolju	26
Preventiva v lokalni skupnosti	29
Preventiva na lokacijah nočnega življenja	30
Preventiva v mladinskih organizacijah	32
II. SKLOP	35
Vrednotenje preventivnih programov	35
Uvod	36
PRVI DEL	37
Osnovni pojmi in definicije	37
DRUGI DEL	40
Standardi kakovosti in projektni cikel	40
TRETJI DEL	46
Smernice za načrtovanje in	46
izvedbo vrednotenja	46
III. SKLOP	55
Slovarček	55
Literatura in drugi uporabni viri	64

Predgovor

Preventiva je ključnega pomena pri obravnavi uporabe dovoljenih in prepovedanih drog, drugih oblik tveganega vedenja in zasvojenosti ter s tem povezanih problemov. Preventiva na področju preprečevanja zasvojenosti je vsaka aktivnost, ki prestavi ali zmanjša uporabo drog oziroma pojav ali obseg drugih oblik tveganega vedenja, ki lahko vodijo v različne oblike zasvojenosti. S preprečevanjem uporabe drog in drugih oblik tveganega vedenja lahko dosežemo, da so druge intervencije, še posebej tiste usmerjene v zdravljenje, zmanjševanje tveganj in škode ter socialne obravnave, manj potrebne. Vrednotenje različnih intervencij je ključno v smeri razvoja in izboljševanja obstoječih pristopov in pri prizadevanju za vzpostavitev dobrih praks na področju preventive.

Izobraževalni modul na temo osnov preventive je namenjen različnim ciljnim skupinam, ki so kakor koli vpete v preventivno delovanje - tisti, ki izbirajo preventivne programe, jih izvajajo ali celo financirajo. Tako kot vse druge znanosti, tudi preventivno znanost definirajo standardi, ki bi z doslednim upoštevanjem prinesli viden napredek v kakovosti in posledično učinkovitosti. Preventivna znanost se kot taka ne želi razločevati od njenih »sorodnic«, kot so npr. epidemiologija, psihologija, nevroznanost, sociologija in ekonomija, temveč utemeljuje njihovo medsebojno dopolnjevanje oziroma prepletanje na ravni raziskovanja in izvajanja intervencij v praksi. Izobraževalni modul na temo osnov preventive resnično ponuja osnovo, na kateri je možno dalje širiti in utrjevati posamezne dele modula.

Izobraževalni modul na temo vrednotenja preventivnih programov je ravno tako namenjen strokovnjakom in strokovnim delavcem, ki delujejo na področju preventive, in je lahko pomembna opora pri načrtovanju in vrednotenju preventivnih aktivnosti. V akcijskih načrtih EU na področju drog (2005-2008 in 2009-2012) je bil jasno izražen namen razvijanja dobrih praks na področju preventive, poleg tega pa se v državah članicah EU vse pogosteje prakse in politike na področju preprečevanja zasvojenosti tudi vrednoti. Vse to kaže na pomembnost preventive in vrednotenja v Evropski uniji.

Namen izobraževanja in spremljajočega priročnika je zvišati ugled preventive in vrednotenja preventivnih aktivnosti v Sloveniji ter zagotoviti sodobna in zlasti uporabna orodja izvajalcem preventive, s katerimi bodo lahko pri izvajanju aktivnosti in njihovem vrednotenju dosegli maksimalen izkoristek.

Matej Košir, direktor, Inštitut »Utrip«

Sanela Talić, vodja preventivnih programov, Inštitut »Utrip«

Struktura priročnika

Priročnik je razdeljen na tri sklope: prvi sklop obravnava osnove preventive, vključno z vsebinskimi smernicami in priporočili za kakovostno preventivno delo (npr. kaj deluje in kaj ne), drugi obravnava tematiko vrednotenja preventivnih programov, tretji pa je slovarček osnovnih pojmov, uporabljenih v priročniku in obeh izobraževalnih modulih.

I. SKLOP: OSNOVE PREVENTIVE

Del priročnika, ki obravnava osnove preventive, najprej ponuja krajši pregled preventivnih programov v Sloveniji. V nadaljevanju priročnika predstavimo pojem preventive in krajši zgodovinski pregled razvoja preventive in tipov preventivnih pristopov.

Preventivo lahko izvajamo v različnih okoljih, kar je predstavljeno po posameznih delih v zaključnem delu tega sklopa: šolska, družinska preventiva, preventiva v lokalnih skupnostih, nočnem življenju ter mladinskih organizacijah.

II. SKLOP: VREDNOTENJE PREVENTIVNIH PROGRAMOV

Del priročnika, ki obravnava vrednotenje preventivnih programov, vsebuje dva dela: prvi del obravnava standarde kakovosti in logično umestitev vrednotenja v projektni cikel, drugi del pa zajema osnovne smernice vrednotenja. V obeh sklopih so smiselno dodane tudi izbrane uporabne vsebine.

Prvi del sklopa je namenjen predstavitvi standardov kakovosti in projektne cikla. Ker je treba vrednotenje umestiti v nek širši kontekst, je prvi del priročnika namenjen predstavitvi standardov kakovosti na področju preventive ter njihovo umestitev v projektni cikel, katerega sestavni del sta tudi spremljanje in vrednotenje.

V drugem delu sklopa so podrobneje predstavljene smernice za načrtovanje in izvajanje vrednotenja. Ta del predstavlja ogrodje sklopa, pri čemer zajema vse korake in vprašanja, ki jih je med nekim vrednotenjem treba upoštevati. Pokriva štiri glavna področja: (1) fazo načrtovanja; (2) kakovostno in procesno vrednotenje; (3) vrednotenje rezultatov in učinkov; ter (4) sporočanje rezultatov vrednotenja.

III. SKLOP: SLOVARČEK

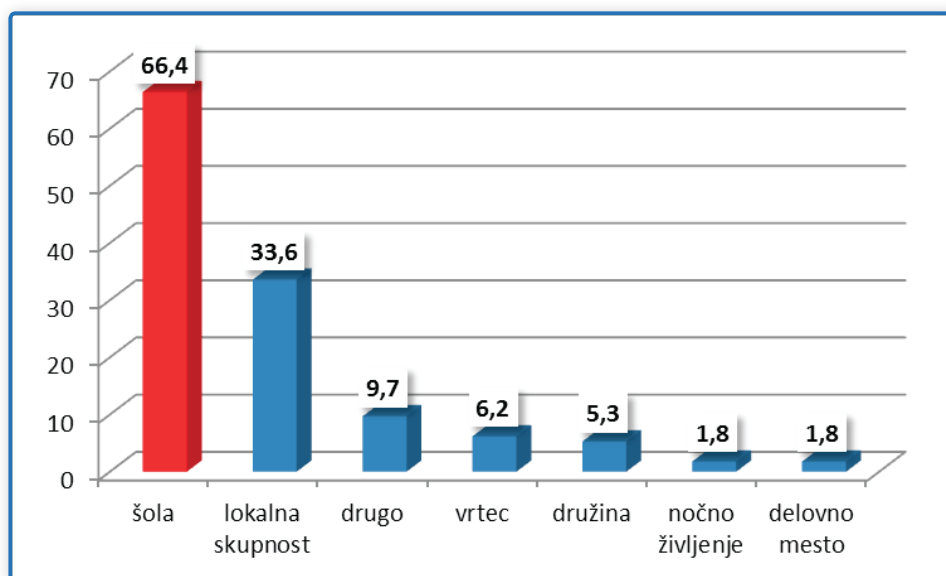
Slovarček vsebuje podrobne opise, definicije in razlage vsebinskih, tehničnih in metodoloških izrazov, ki jih uporabljamo v tem priročniku. Slovarček pomaga razumeti in uporabljati priročnik zlasti tistim, ki so manj seznanjeni s terminologijo in metodološkimi vprašanji na področju preventivne znanosti.

I. SKLOP

Osnove preventive

Stanje na preventivnem področju v Sloveniji

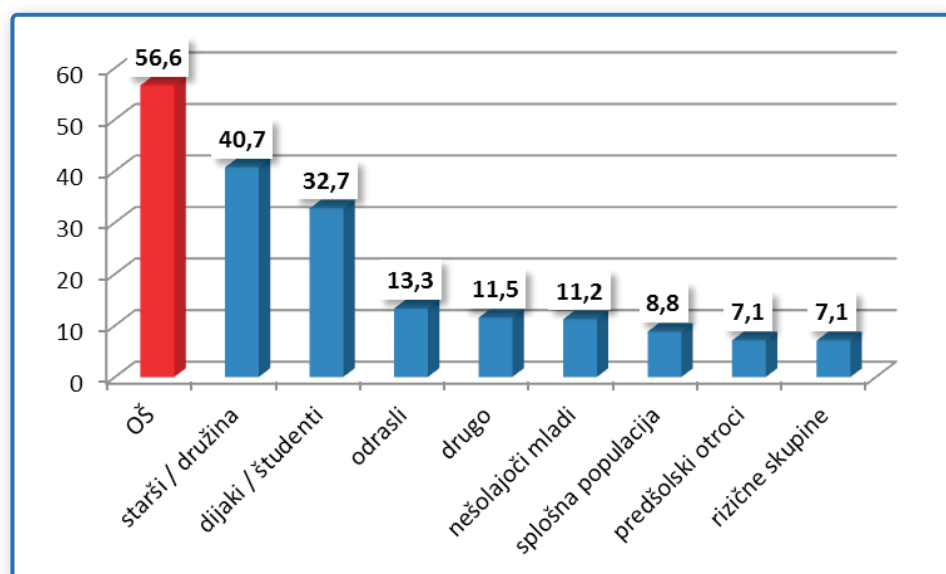
Slika 1 – Okolje, v katerem se izvaja preventivna dejavnost v Sloveniji



šolskem prostoru (kar 66,4 % zaznanih preventivnih dejavnosti se usmerja v šolski prostor), precej manj v lokalno skupnost – 33,6 % (predvsem aktivnosti t. i. lokalnih akcijskih skupin – LAS), v ostalih okoljih pa premoremo zelo malo preventivnih dejavnosti (Slika 1). Zlasti zaskrbljujoče je dejstvo, da je le peščica (5,3 %) evidentiranih preventivnih programov usmerjena v družino, kjer so potrebe zlasti po selektivnih in indiciranih preventivnih programih največje (Preventivna platforma, 2011).

Glede na neposredno ciljno populacijo, v katero so usmerjene preventivne dejavnosti, jih je največ (56,6 %) usmerjenih v osnovnošolsko populacijo, 40,7 % v starše in družine (večinoma prek šolskih preventivnih aktivnosti, kot so npr. predavanja ali delavnice za starše), 32,7 % v dijaško in študentsko populacijo itd. Ostale neposredne ciljne skupine so v preventivnih dejavnostih precej manj zastopane. Zlasti se majhen delež preventive usmerja v predšolsko populacijo in rizične oziroma ranljive skupine prebivalstva (Slika 2).

Slika 2 – Neposredne ciljne skupine preventivnih dejavnosti v Sloveniji



V obdobju od januarja do maja 2011 je v sklopu prve faze projekta »Preventivna platforma« potekalo obširno zbiranje osnovnih informacij o preventivnih dejavnostih v Sloveniji. S pomočjo projektnih partnerjev smo v omenjenem obdobju zbrali informacije o 116 različnih preventivnih dejavnostih, ki so razporejene po celotnem območju Republike Slovenije. Glede na okolje, v katerem se preventivne dejavnosti pojavljajo, so največ tovrstnih programov zaznali v

Glede na način izvedbe preventivnih dejavnosti prednjačijo delavnice (61,1 %) in predavanja (46,9 %). Ostali načini so precej manj zastopani, ko gre za preventivne dejavnosti. V veliki večini primerov ne gre za strukturirane, večkratne in dolgoročne programe, temveč zgolj za enkratne preventivne aktivnosti, ki praviloma nimajo dolgoročnih učinkov ali rezultatov na ciljno skupino, ki so jim namenjene.

V drugi fazi analize stanja smo želeli izvedeti podrobnejše informacije o programih. Zlasti nas je zanimalo, kakšen je njihov časovni okvir in območje izvajanja, tip ustanove ali organizacije, ki program izvaja, strokovne podlage, na katerih temelji program, splošne in specifične cilje, morebitne opravljene analize stanja in potreb, na podlagi katerih je program zasnovan, jasnost ciljev in vrednotenje programov. Prejeli smo zgolj 19 vprašalnikov preventivnih programov, ki so bili ocenjeni kot potencialno obetavne ali dobre prakse.

Med temi programi jih je večina (57,9 %) praviloma bolj strukturiranih in dolgoročno naravnanih. Podrobna analiza je pokazala, da je med temi programi precej takšnih, ki niso strukturirani na način, pri katerem bi se posamezne aktivnosti vsebinsko navezovala druga na drugo, temveč gre bolj za skupek nekkih aktivnosti, ki se dogajajo skozi daljše obdobje (npr. nekaj tednov ali mesecev). Le redki programi (3) imajo program strukturiran na način, da so aktivnosti (lekcije) med seboj logično in sistematično vsebinsko povezane ter so podprte s priročniki in drugimi izobraževalnimi in »izvajalskimi« gradivi in pripomočki.

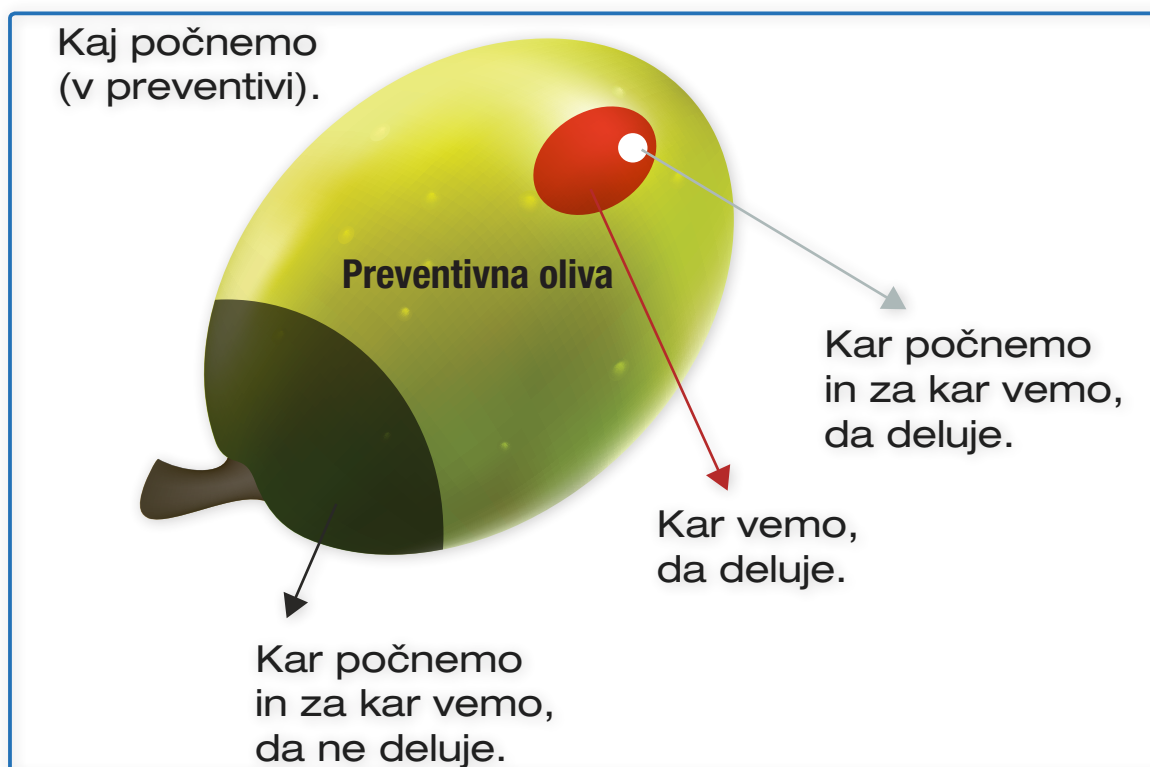
Glede območja izvajanja gre v veliki večini za programe, ki so vezani zgolj na eno ali nekaj občin (73,7 %), le približno petina jih izvajajo na nacionalni ravni oz. so razširjeni po vsej državi. Ugotavljamo, da so določena območja Slovenije na splošno zelo »podhranjena« glede preventivnih programov in aktivnosti, kar kaže na neenakost dostopa do (zlasti učinkovitih) preventivnih programov.

Redki preventivni programi v Sloveniji izhajajo iz priznanih teoretskih pristopov in obstoječih dobrih praks (oz. učinkovitih komponent). Kultura vrednotenja preventivnih programov je v Sloveniji zelo nerazvita, zlasti je problematično dejstvo, da zelo redki programi vrednotijo učinke in rezultate na dolgi rok. Pretežno gre za vrednotenja zadovoljstva in všečnosti programa s strani ciljnih skupin (Preventivna platforma, 2011).

Kultura vrednotenja preventivnih programov je v Sloveniji zelo nerazvita, zlasti je problematično dejstvo, da zelo redki programi vrednotijo učinke in rezultate na dolgi rok.

Stanje na področju preventive lahko najbolj preprosto ponazorimo s t. i. »preventivno olivo«, ki se v zadnjem času ponovno pojavlja v diskusijah strokovnih krogov s preventivnega področja.

Slika 3 – »Preventivna oliva«



V praksi so še vedno (pre)pogoste preventivne dejavnosti, za katere iz znanstvene literature vemo, da ne učinkujejo oziroma so celo škodljive (zgolj podajanje informacij, enkratne dejavnosti, množične prireditve, predavanja bivših zasvojenecv itd.). Na preventivnem področju je »neraziskano polje« še vedno veliko, saj je preventivna znanost relativno mlada, kljub temu pa nam ponuja kar nekaj dokazov o učinkovitih pristopih, ki jih v še vedno premajhnem obsegu uporabljamo v praksi.

Kaj botruje takšnemu stanju? Neizkušenosť, neznanje ključnih oseb, ki izbirajo oziroma izvajajo preventivne dejavnosti? Ali mogoče to stanje izvira iz pomanjkanja interesa za učinkovito preventivo? Iz česa izvira omenjena nezainteresiranost? Morebiti iz več desetletij obstoječega stanja, kjer po eni strani strokovnim delavcem ni bilo potrebno dokazovati učinkovitosti njihovih programov, po drugi strani pa financiranje tovrstnih programov ni bilo pogojeno s kakovostnimi standardi in smernicami?

Ciril Klajnšček, Rdeči križ Slovenije, je v svojem prispevku za enega izmed biltenov, ki izhaja pod okriljem projekta »Preventivna platforma«, zapisal: »To, kako se danes o drogah in zasvojenosti pogovarjamo, oziroma se ne pogovarjamo je odvisno od tega, koliko smo kot posamezniki o drogah in zasvojenosti poučeni in od načina, kako smo sami umeščeni v današnji na glavo postavljeni svet. Kar je danes trendovsko je dolgoročno uničujoče, tisto kar nas lahko rešuje pa se smatra za »out« in preživelo. Če to spregledamo, zgrešimo predmet naše razprave, prav tako pa tudi učinke naših preventivnih prizadevanj. Ker in kolikor tega nočemo, je treba stvari postaviti na svoje mesto. Zato je potrebno, da posamezne stvari poimenujemo s pravim imenom« (Klajnšček, 2011).

Spoznavne posledice za vsako zaresno preventivno delovanje med drugim vključujejo: »načelo, po katerem mora biti »vzgojitelj« sam vzgajan, in ki mu nujno sledi nenehni kritičen odnos do lastnega preventivnega delovanja. Le-tega omogočajo šele kriteriji, ki izhajajo iz v praksi preverjenih in strokovno utemeljenih primerov dobrih praks« (Klajnšček, 2011).

Preventivno delovanje pomeni poseganje v življenja različnih ciljnih skupin (otroci, mladostniki, starši ...), zato mora naše delovanje temeljiti na strokovni podlagi in seveda etiki. Le-ta pa: »ne more biti profesionalna etika te ali one stroke (medicine, psihologije, socialne psihologije, socialnega marketinga itd), ne prevladujoča ekonomska etika trga, ne heteronomna etika socialne vključenosti, ampak etika, ki predpostavlja in izhaja iz odnosa človeka do drugega kot so-človeka. Njen predpogoj pa je ravno nenehno, trajno in vztrajno razločevanje sebe in drugega kot človeka od sebe in drugega kot vloge/funkcije oziroma elementa družbene strukture« (Klajnšček, 2011).

Preventivno delovanje pomeni poseganje v življenja različnih ciljnih skupin (otroci, mladostniki, starši idr.), zato mora naše delovanje temeljiti na strokovni podlagi in etiki.

Pojem preventive in kratek pregled zgodovinskega razvoja preventive

Eno izmed pomembnih tematik na področju javnega zdravja so prav gotovo droge. Pogosto se vprašanja na to temo pojavijo prepozno, tj. ko se »problem« z drogami že pojavi. Pojem »preventive« je treba dojemati kot ukrepanje preden se problem sploh pojavi. Takšno razumevanje se je okrepilo šele v zadnjih nekaj letih in preventiva je danes eden izmed pomembnih delov širšega koncepta zdravstvene in družbene vzgoje. Preventiva je imela tako v Sloveniji, kot tudi drugod negativno konotacijo – ugotavljamo, da se le tej še nismo popolnoma izognili. Tako so se npr. šole odzvale tako, da so se izogibale aktivnostim, ki so bile kakorkoli povezane z drogami, saj bi s tem lahko dajale vtis, da v šoli obstaja problem z njimi. Ob vsem tem pa se je potrebno zavedati, da z neizvajanjem učinkovite in z znanstvenimi dognanji podprte preventive, učence, dijake, starše in druge ciljne skupine »puščamo na cedilu« (Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive, 2012).

Preventiva je socializacija, pri čemer je glavni poudarek na odločanju posameznika, seveda v skladu z družbeno sprejemljivim vedenjem. Cilj ni le preprečevanje uporabe drog, ampak tudi **prestavljanje začetka uporabe drog na kasnejše obdobje, zmanjšanje pogostosti uporabe ter preprečevanje prehoda od eksperimentiranja k redni uporabi drog.** Socializacija je proces prenosa kulturno sprejemljivih stališč, norm, prepričanj in vedenjskih vzorcev ter odzivanja na le-te na primeren način z ustreznim samonadzorom (EMCDDA, 2014).

Izziv preventivnega delovanja je tako v pomoči mladim, da bodo znali prilagoditi svoje vedenje, zmogljivosti in blaginjo različnim vplivom, kot so družbene norme, vrstnik, bivalni pogoji in njihove osebne lastnosti. To stališče se odraža tudi v modernih preventivnih pristopih, katerih cilj je zmanjšanje pojava različnih tveganih vedenj (EMCDDA, 2014).

S tega vidika se je danes nesmiselno ukvarjati s preprečevanjem posameznih zasvojenosti (zasvojenost z alkoholom, drugimi drogami, samopoškodovanje, nasilje, igre na srečo itd.). Človek je namreč danes obravnavan kot element sistema, ki ga različne ustanove učijo, kako biti prilagojen nezdravim in nemogočim okoliščinam. Narava sistema je kompulzivna, produkt le-tega pa je človek, ki si ne zastavlja temeljnih vprašanj in posledično postaja nekritičen državljan. Zatorej je nemogoče preventivno delovati po posameznih substancah oziroma zasvojenostih, saj vsaka zasvojenost izhaja iz kompulzivnosti, ki je temeljna lastnost sistema oziroma načina našega življenja (Klajnšček, 2013).

Zasvojenost potemtakem ni le odvisnost od te ali one substance, ampak je odvisnost človeka od nekega neovedenega načina lastnega bivanja in delovanja v začaranem krogu nezmožnosti in nemoči stopiti nas gibka tla vsakodnevnega življenja in se »spopasti« z njim po načelu realnosti. *Tobak, alkohol in droge so samo pomožno sredstvo, nekakšna eksistencialna bergla, s katero se avtonomnemu in produktivnemu življenju nedorasel človek zaslepi za realnost in zbeži od produktivnega soočenja z njo v destrukcijo lastnih (neovedenih) zmožnosti!*« (Klajnšček, 2013).

V zadnjih dvajsetih letih je prišlo do redefiniranja konceptualnih preventivnih pristopov zaradi napredka znanstvene osnove. Prvi mejnik, ki je preventivni znanosti dal trdno veljavo, je bila raziskava Hawkinsa in sodelavcev (1992) o dejavnih tveganja in varovalnih dejavnih glede zlorabe alkohola in drugih substanc pri mlajših odraslih in odraslih (Sloboda in Petras, 2014). Avtorji objavljene študije so glede učinkovitih preventivnih strategij velik pomen dali na pristope, osredotočene na dejavnike tveganja. Analizirali so preko 100 etioloških študij ter identificirali 17 skupin varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja, ki jih lahko razdelimo v dve skupini (Hawkins in sod., 1992):

1) Širši socialni in kulturni dejavniki: zakoni in norme (zakonske omejitve za prodajo alkohola in norme, netolerantne do uporabe alkohola naj bi pomembno vplivale na nižjo prevalenco uporabe alkohola); razpoložljivost – ne glede na to, ali gre za legalne ali ilegalne droge, dostopnost do drog vpliva na uporabo le teh. Večja razpoložljivost oziroma dostopnost do drog je celo večji dejavnik tveganja, v primerjavi z osebnimi značilnostmi posameznika; ekstremna ekonomska kriza; slabi medsosedske odnosi (otežen je prenos družbenih norm družine na otroke).

2) Individualni in interpersonalni dejavniki: psihološki dejavniki (iskanje pozornosti, impulzivno vedenje, genetske predispozicije); vrednote in odnos družine do uporabe alkohola in drugih drog (kot dejavniki tveganja v tej podskupini velja omeniti uporabo drog pri starših in bratih/sestrah, slabe družinske vezi, slaba navezanost na družino ipd. Do zelo pomembnih ugotovitev je v svoji raziskavi prišla McDermottova (1984) (in kasneje Catalano). Na iniciacijo uporabe alkohola in drugih drog pri mladostnikih naj bi v večji meri vplival permisiven odnos njihovih staršev do uporabe omenjenih substanc, kot dejanska uporaba teh drog pri starših.); slabo oziroma nekonsistentno družinsko delovanje (nejasna pričakovanja staršev, pomanjkanje nadzora oziroma spremljanja, malo pozornosti staršev do pozitivnega vedenja otrok in stroge, nekonsistentne kazni v primeru neželenega vedenja otrok, negativni komunikacijski vzorci, v katere so vključeni kritiziranje, moraliziranje, obtoževanje); družinski konflikti (večji dejavnik tveganja predstavljajo pogosti družinski konflikti, kot enostarševske družine; slaba navezanost na družino; vedenjske motnje, ki se pojavijo že zelo zgodaj v otroštvu; slab šolski uspeh; slaba navezanost na šolo; zavrnitev s strani vrstnikov; druženje z vrstniki, ki uporabljajo droge; odtujenost in uporništvo; toleranten odnos do uporabe drog; zgodnji začetek uporabe drog).

Preventivne intervencije na področju alkohola in drugih drog, ki temeljijo na znanstvenih teorijah, bi morale po mnenju Hawkinsa imeti dva cilja: zmanjšati oziroma odpraviti dejavnike tveganja ter povečati oziroma ojačati varovalne procese.

Med pomembnejšimi mejniki razvoja preventive kot znanosti je prav gotovo publikacija Inštituta za medicino. Sistematični pregled Mrazkove in Haggertya (1994): »*Zmanjševanje tveganj za pojav duševnih motenj*« odkriva obstoječe znanje o bioloških in psihosocialnih dejavnih tveganja ter varovalnih dejavnikov, ki so povezani z različnimi resnimi zdravstvenimi težavami, kot so Alzheimerjeva bolezen, shizofrenija, zloraba alkohola in zasvojenost, depresija, vedenjske motnje. Delo prav tako odkriva številne učinkovite preventivne intervencije, ki zmanjšujejo tveganja za pojav številnih zdravstvenih

težav, povezanih s fizičnim zdravjem, starševstvom in družinsko organizacijo, krepitvijo otrokovega razvoja, promocijo socialnih kompetenc, šolskim uspehom, uporabo drog, vedenjskimi motnjami, socialnim okoljem, preprečevanjem nasilja itd.

Nov model Inštituta za medicino (IOM model) predstavlja evolucijo v načinu razmišljanja o vlogi preventive v načrtovanju javnega zdravja. Do začetka 90. let prejšnjega stoletja je na področju preprečevanja bolezni prevladovala klasifikacija Komisije za kronične bolezni iz leta 1957, ki je razlikovala primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Cilji posameznih stopenj so bili naslednji:

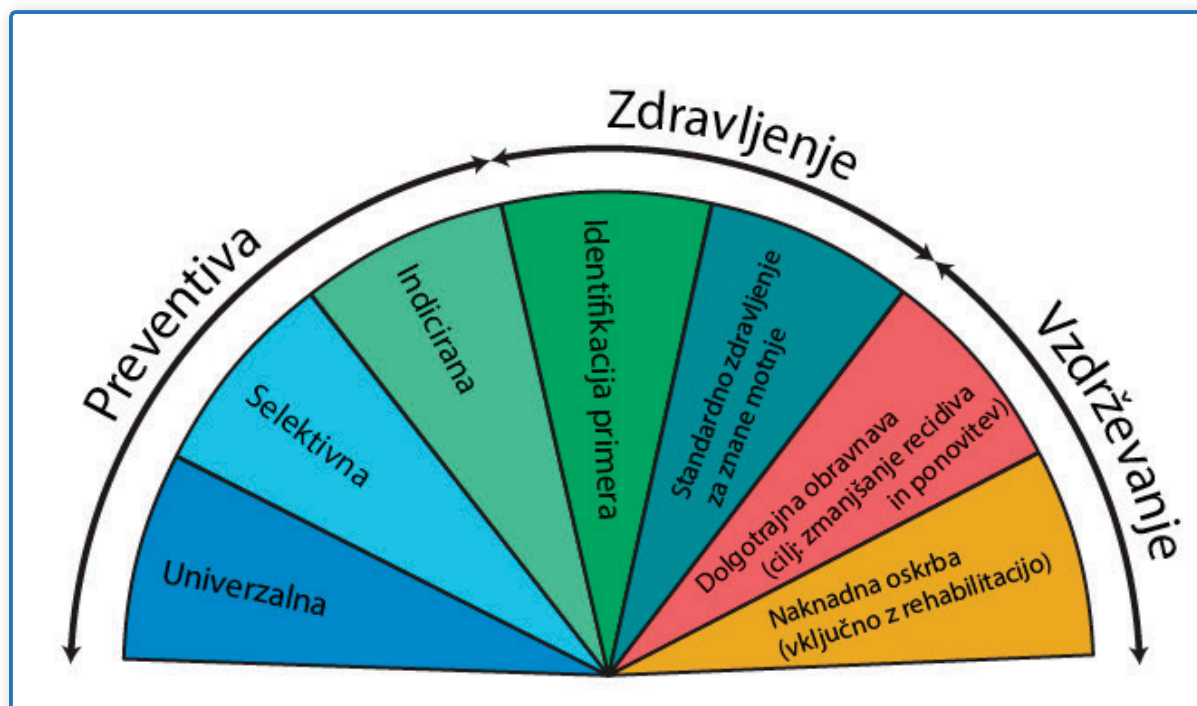
- *Primarna preventiva*: je bila definirana kot preprečevanje pojava »bolezni« zmanjševanje pojava novih primerov motenj oziroma bolezni. Pojem bolezni je bil jasno definiran, kar pa ne velja za uporabo drog (ali želimo preprečiti uporabo drog oziroma eksperimentiranje ali težave, povezane z uporabo drog).
- *Sekundarna preventiva*: vključuje intervencije za odkrivanje bolezni v zgodnji fazi, preden se pojavijo klinični znaki in simptomi s ciljem zmanjševanja resnosti bolezni oziroma zagotavljanje ustreznega zdravljenja.
- *Terciarna preventiva*: iskanje načinov za zmanjševanje nezmožnosti, ki je povezana z obstoječo motno oziroma boleznijo (Mrazek in Haggerty, 1994).

Klasičen primer primarne preventive v kontekstu javnega zdravja je bila odločitev mestnih oblasti v Londonu za zaprtje vodnega zajetja. Namreč, na podlagi dokazov dr. Snowa, je obstajala povezava med okuženo vodo in žrtvami kolere. Preventivni napori so tako kljub majhnemu razumevanju vzrokov in učinkov, obrodili sadove.

Vendar je bil omenjen model po nekaj letih deležen vse večjih kritik, saj je temeljil na predpostavkah, da so bili vzroki za pojav bolezni in njen razvoj jasni (uporaba drog naj bi bila vzrok težav). Raziskovalci na področju duševnega zdravja se niso strinjali s privzetim modelom, saj je le ta predvideval jasno zaporedje dogodkov, kar pa ne ustreza dejstvu, da je razvoj določenih zdravstvenih posledic odvisen od številnih, med seboj prepletajočih se dejavnikov.

Leta 1983 je Robert Gordon predstavil nove pojme, kot so *univerzalna*, *selektivna* in *indicirana preventiva*. Različne stopnje preventivnega delovanja so odražale potrebe različnih populacij z različnimi stopnjami tveganja za pojav zdravstvenih problemov. Gordonov model je bil sprva mišljen za področje bolezni in splošnega zdravja, kmalu pa ga je začel uporabljati omenjeni Inštitut za medicino, in sicer na področju preprečevanja zdravstvenih težav, povezanih z vedenjem (zloraba drog, duševne bolezni, motnje hranjenja, debelost, zasvojenost z igrami na srečo) ter škode, ki jo omenjene težave prinašajo posamezniku in družbi. Vzrok zgoraj omenjenih zdravstvenih težav je v številnih različnih dejavnikih tveganja (individualni in okoljski), označuje pa ga tudi kompleksna povezava med tveganjem in razvojem zdravstvenih težav (Springer in Phillips, 2006).

Slika 4 – Model Inštituta za medicino, 1994



Intervencijske faze so razdeljene na preventivo, zdravljenje in vzdrževanje obstoječega stanja, med njimi pa obstaja jasna razmejitev. Na primer, zdravljenje se začne šele, ko je bila ugotovljena diagnoza. V primeru uporabe substanc lahko preventivo opredelimo kot vse aktivnosti izvedene pred diagnozo zlorabe ali zasvojenosti. Prav tako pa IOM model ponuja nadaljnjo delitev posameznega dela. Pri delitvi preventivnega dela spektra je bil uporabljen Gordonov model (univerzalna, selektivna, indicirana preventiva). IOM model na področju preventive nudi možnost za različne preventivne intervencije različnim skupinam prebivalstva.

Razvrščanje preventive na univerzalno, selektivno in indicirano temelji na splošni ranljivosti ljudi, ki so jim preventivne dejavnosti namenjene.

Univerzalna preventiva

Ciljna populacija univerzalnih preventivnih strategij je celotna populacija (npr. lokalna skupnost, učenci ali soseska). Cilj univerzalne preventive je preprečiti ali časovno prestaviti začetek uporabe substanc z zagotavljanjem verodostojnih informacij ter veščin, ki so potrebne, da bi lahko pri posameznikih preprečili tvegano obnašanje in probleme. Univerzalni preventivni programi so namenjeni večjim skupinam brez predhodne selekcije glede tveganja za uporabo substanc. Vsi ljudje imamo načeloma enako splošno stopnjo tveganja za uporabo različnih substanc, čeprav se dejanska stopnja tveganja med posamezniki lahko zelo razlikuje.

Selektivna preventiva

Ciljne skupine selektivne preventive so specifične skupine ljudi, pri katerih je stopnja tveganja za bolezni, bodisi trenutno ali kadarkoli v življenju, znatno višja od povprečja (mladi prestopniki, otroci v rejniških družinah, osipniki, mladostniki, ki redno pijejo alkohol ipd.). Gre za odziv na vse večji pomen prepoznavanja/ugotavljanja dejavnikov tveganja za razumevanje vzrokov začetka in napredovanja/širjenja stopnjevanja uporabe substanc, zlasti med mladimi. Glavna prednost osredotočanja na ranljive skupine prebivalstva je, da te že obstajajo in so jasno prepoznavne. V evropski praksi na področju preventive je bilo več pozornosti namenjene dopolnilnim preventivnim intervencijam, ki so se selektivno osredotočale na specifične skupine ali okolja, na primer ogrožene soseske ali lokacije nočnega življenja.

Indicirana preventiva

Cilj indicirane preventive je identificirati posameznike, pri katerih se kažejo znaki, ki so močno povezani s posameznimi tveganji za razvoj uporabe substanc kasneje v življenju (npr. duševne motnje, šolski neuspeh, asocialno vedenje itd.), ali ki kažejo na zgodnje znake problematične uporabe drog (vendar ne še kliničnih znakov za razvoj zasvojenosti). Takšne posameznike je treba obravnavati s posebnimi intervencijami. Kazalci povečane stopnje tveganja pri posameznikih so lahko slabše ocene, vedenjske motnje, odtujitev od staršev, šole in ‚pozitivnih‘ skupin vrstnikov. Cilj indicirane preventive ni samo preprečevanje začetkov uporabe ali redne uporabe substanc, temveč tudi preprečiti (hiter) razvoj zasvojenosti, zmanjšati pogostost uporabe ter preprečiti ‚nevarno‘ uporabo substanc (npr. zmerno pitje namesto popivanja).

V povezavi s selektivnimi in indiciranimi preventivnimi pristopi, kjer je potrebno »izločiti«
bolj rizične skupine oziroma posameznike, se na teoretski ravni pogosto pojavlja bojazen za pojav stigme. Zato je zelo pomembna previdnost pri izbiri oziroma rekrutiranju posameznikov v preventivne programe, pogosto se v izogib temu izvajalci tovrstnih programov odločajo za vključevanje tudi »ne-rizičnih«
posameznikov oziroma družin.

Na področju preventive v zadnjem času opazamo tudi vključevanje **ukrepov »zmanjševanja tveganj in škode«**. Ti ukrepi so sicer lahko vključeni v različne intervencije, od preventive do zdravljenja, vendar ne na vseh ravneh in ne v vseh okoljih (npr. v vzgoji in izobraževanju oz. šolskem okolju zagotovo ne). Že sama definicija pristopa »zmanjševanja tveganj in škode« kot cilje opredeljuje zmanjšanje pojavnosti okužb in prevelikega odmerka drog, povezanih z uživanjem, in spodbujanje aktivnih uporabnikov drog, da se obrnejo na zdravstvene in socialne ustanove. Več kot očitno tudi preventivni ukrepi in zdravljenje na nek način zmanjšujejo škodo, ukrepi zmanjševanja škode pa so osredotočeni predvsem na problematične uporabnike drog oziroma zasvojenca, ne pa tudi na njihovo vedenje. Iz teh razlogov pristop zmanjševanja škode ne sodi v zgoraj omenjene preventivne strategije.

Pomembno je poudariti dejstvo, da so pristopi zmanjševanja škode priljubljene strategije alkoholne industrije. Nemalo je primerov »preventivnih« pristopov, ki jih industrija finančno podpira, in temeljijo na neučinkovitih ali celo škodljivih strategijah, na primer na učenju odgovornega pitja med mladostniki. Iz obstoječe literature je očitno, da ima učenje odgovornega pitja med mladostniki nasprotno učinke od pričakovanih, to je zmanjšanje tveganega pitja.

Naslednji argument, ki potrjuje, zakaj paradigma zmanjševanja škode (kot tudi zastareli preventivni pristopi) nima mesta v preventivi, je dejstvo, da je skupni dejavnik več oblik tveganega vedenja impulzivnost. Na impulzivnost lahko vplivamo tudi z univerzalnimi pristopi prek zunanjega nadzora (družina), v selektivnih programih pa prek krepitev notranjega nadzora. Pristop zmanjševanja škode in tradicionalni preventivni pristopi to dejstvo zanemarjajo in se osredotočajo le na kognitivne procese in kompetence posameznikov (Burkhart, 2014).

Okoljske strategije

Strokovnjaki na področju preventive se vedno bolj zavedajo pomembnosti izvajanja znanstveno dokazano učinkovitih preventivnih strategij. Tradicionalno se te strategije usmerjajo v varovalne dejavnike in dejavnike tveganja, ki vplivajo na posameznika in širijo oziroma krepijo znanje in veščine, s pomočjo katerih se mladi odločajo za zdrav življenjski slog. Vendar pa so cilji omenjenih preventivnih strategij nemalokrat preozko usmerjeni.

Nasprotno se okoljske strategije osredotočajo na spreminjanje pogojev v fizičnem, socialnem in kulturnem okolju neke skupnosti, s ciljem zagotoviti pogoje, ki posameznike odvrtaajo od uporabe drog. Michael Klitzner, eden izmed vodilnih strokovnjakov na področju okoljskih preventivnih strategij, razlikuje t. i. individualno in skupno okolje (Klitzner, 1999). Slika 5 prikazuje dejavnike sprememb v individualnem okolju, ki vključujejo družine, šole, verske skupnosti, izvajalce programov s področja javnega zdravja. Na splošno želimo na tem nivoju svetovati, socializirati, usmerjati, poučiti otroke, da bi povečali odpornost za zdravstvena tveganja.

Slika 5 – Individualna in skupna okolja



Omenjene strategije zagotavljajo informacije, trening veščin in priložnosti za razvoj skozi različne programe, vključujoč šolski kurikulum, mentorstvo, svetovanje ipd. Klitzner kot »skupno okolje, v katerem se otroci soočajo in spopadajo z različnimi zdravstvenimi tveganji vključuje soseščino, mesto, vas, državo ali narod kot celoto. Ustrezno oblikovano in urejeno skupno okolje lahko vsem otrokom nudi podporo zdravemu življenjskemu slogu, ne glede na to, kako so bili »pripravljeni« v individualnem okolju«. Ta vidik sloni na domnevi, da na posameznike vpliva kompleksen sklop dejavnikov, kot so pravila, predpisi v različnih družbenih ustanovah, norme v lokalnih skupnostih, izpostavljenost medijem, dostopnost alkohola, tobaka in prepovedanih drog.

Norme, dostopnost in predpisi kot pomembni dejavniki v skupnem okolju

Obstajajo trije dejavniki v skupnem okolju, ki oblikujejo tako pozitivna kot negativna vedenja: norme, dostopnost in predpisi.

Norme - Ko govorimo o normah, mislimo na tisto, kar je v družbi smatrano kot prav ali ne, sprejeto ali nesprejeto. Norme predstavljajo osnovo za različna specifična vedenja in jih je potrebno upoštevati pri izvajanju preventivnih strategij. Na primer, če v neki skupnosti prehitro vožnjo smatrajo kot nesprejemljivo, potem je večja možnost, da bodo prebivalci sprejeli postavitev cestnih blokad, prav tako se bodo strinjali z zaporno kaznijo za tiste, ki to pravilo kršijo.

Dostopnost - Lahko jo definiramo v smislu, koliko časa, energije in denarja je potrebno za nakup določenih proizvodov (alkohol, marihuana, cigareti). Več časa, energije in denarja pomeni težjo dostopnost.

Predpisi - Formalizirani zakoni, predpisi in politike, ki služijo nadzoru nad razpoložljivostjo in uzakonjajo norme, ki določajo sankcije za kršitve. Predpise lahko predlagajo vlade, javne agencije (npr. policijske službe, šolski sistem), nevladne organizacije (Klitzner, 1999).

Primeri okolij na makro, mezo in mikro stopnjah (Burkhart, 2014):

Makro	Družba in ekonomija: davki, predpisi; starostna omejitev, cene.
Mezo	Šole (pravila in šolska politika), skupnost, lokacije nočnega življenja.
Mikro	Družina (pravila), žepnina.

Teoretski pristopi v preventivi

Namen tega dela priročnika je kratek pregled teoretskih pristopov na področju preventive v zadnjih desetletjih. Na podlagi tega lahko še enkrat potrdimo, da so pristopi, osredotočeni le na posredovanju informacij o drogah in njihovih škodljivih učinkih, stvar preteklosti. V ospredje vedno bolj prodirajo konceptualno sofisticirani preventivni programi, ki področju preventive utrjujejo pot k uveljavljenosti kot znanosti.

1. Promocija zdravja

Kot začetek promocije zdravja štejemo prvo konferenco o promociji zdravja v Ottawi 1986 (Ottawska listina): *»proces, ki omogoča, da ljudje oz. skupnosti povečajo nadzor nad dejavniki, ki vplivajo na njihovo zdravje, in na tej podlagi svoje zdravje izboljšajo. Da bi dosegli stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje, mora biti posameznik ali skupina sposoben prepoznati in uresničiti želje, zadovoljiti potrebe in spremeniti oziroma prilagoditi okolje«*.

Praksa promocije zdravja temelji na številnih teorijah in modelih (na primer model zdravstvenih prepričanj, teorija upravičene akcije, transteoretični model spreminjanja vedenja, teorija socialnega učenja, socialno kognitivna teorija, teorija načrtovanega vedenja, model razvoja skupnosti in modeli organizacijskih sprememb), katerih namen je zagotavljanje informacij, bodisi za izboljšanje znanja ali spremembo vedenja (EMCDDA, 2014).

V praksi ima promocija zdravja generično možnost za pripravo dobre osnove za sporočila preventivnih programov na področju drog. Njena prednost je, da posreduje nenasprotujoče principe, s katerimi se lahko vsak strinja. Kljub temu se v tako širokem okviru postavlja vprašanje, v kolikšni meri so preventivne aktivnosti konkretne in ciljno usmerjene in v kolikšni meri so izvajalci zavezani principom javnega zdravja. Obstaja namreč razlika med tem, ali so preventivni programi na področju drog z natančno določenimi vsebinami in cilji del širše promocije zdravja, ali pa preventivno delovanje temelji zgolj na predpostavki, da bodo povečana blaginja, varno učenje, pozitivna šolska klima sami po sebi varovalen dejavnik, ko govorimo o uporabi drog. Pomembno je, da preventivna prizadevanja niso usmerjena le k učencem, temveč tudi na njihovo življenjsko okolje, s čimer se zagotovijo strukturni in normativni pogoji za učinkovito preprečevanje zlorabe drog, vendar pa ni dokazov, da zgolj promocija zdravja zadostuje za preprečevanje težav z drogami.

2. Kognitivni modeli, modeli, ki temeljijo na informiranju

Kognitivni modeli temeljijo na ideji, da posamezniki delujejo v skladu s svojim znanjem in prepričanji. Če so posamezniki torej obveščeni o negativnih posledicah določenega vedenja, bodo lahko racionalno spremenili to vedenje. Glavna pomanjkljivost kognitivnih modelov je, da ne upošteva razlike med namenom in dejanskim vedenjem, na katerega v večini primerov vpliva širok spekter socialnih, čustvenih in fizioloških dejavnikov.

Model zdravstvenih prepričanj (»Health belief model«)

»Nameravam ukrepati (se vesti) in sprejemati racionalne odločitve na podlagi tega, kar vem«.

Model zdravstvenega prepričanja temelji na konceptu, da je ključni dejavnik za pozitivno (zdravo) vedenje zaznavanje nevarnosti za določeno bolezen ter zaznavanje prednosti posameznikovih dejanj, s katerimi se želi izogniti tej bolezni. Torej, zagotavljanje ključnih informacij o negativnih učinkih in nevarnostih drog pri posamezniku ustvarja negativen odnos do drog in ga posledično odvrne od uporabe le teh.

Ta model ima določene omejitve, saj posameznikovo vedenje ne temelji zgolj na preprostih in racionalnih odločitvah.

Primer: uporaba kondomov za preprečevanje okužbe z virusom HIV med mladostniki. Zaznana stopnja nevarnosti (okužbe z virusom HIV) je relativno visoka, visoko je tudi zaznavanje osebne ranljivosti (na okužbo z virusom HIV), saj so mladostniki danes relativno dobro informirani, posamezniki se prav tako zavedajo učinkovitosti preventive (uporaba kondoma), zaznavanje možnosti učinkovitega zdravljenja pa je nizko. Po modelu zdravstvenega prepričanja, bi morali ti dejavniki vplivati na široko uporabo kondomov med mladostniki. V resnici pa je uporaba v tej ciljni populaciji nizka, saj na njihovo vedenje vpliva več čustvenih in socialnih dejavnikov, kot samo znanje in zaznavanje tveganja (EMCDDA, 2014).

Teorija upravičene akcije (Fishbein and Azjen – »Reasoned action-attitude model«)

»Vedel in odločal se bom v skladu z lastnimi vrednotami in upoštevanjem prepričanj drugih ... Vedenje je pod vplivom namer.«

Teorija upravičene akcije govori o tem, da je posameznikovo vedenjsko namero sestavljata odnos posameznika do specifičnega vedenja in zaznane družbene norme. Uporaba drog je torej posledica racionalne odločitve, prepričanja o posledicah uporabe in norme, ki jo ima družba do uporabe drog. Če povzamemo, zdrave odločitve temeljijo na posameznikovi nameri: če le-ta namerava ostati zdrav, bo zdrav tudi ostal. Omenjeni model se pogosto uporablja za razlago motivacije za uporabo drog in ponuja priročno strukturo za preučevanje relativnega pomena, ki jo imajo odnos in norme na vedenje posameznikov (EMCDDA, 2014). Teorija ponuja dobro osnovo za razumevanje pomembne vloge, ki jo imajo obstoječe družbene norme na vedenje posameznika. Na primer, mladostniki pogosto precenjujejo delež uporabe drog med vrstniki. Za spreminjanje vedenja zatorej ni dovolj spreminjanje norm, temveč tudi percepcijo do le teh. Popravljanje napačnih norm je lahko zelo uporabno in učinkovito preventivno sporočilo (Johnson in sod., 1988).

3. Modeli socialnega vpliva

Modeli socialnega vpliva temeljijo na predpostavki, da imajo na zgodnji začetek uporabe drog velik vpliv socialni dejavniki. Socialni vpliv imajo lahko mediji, vrstniki in družina. Ti modeli so z vidika preprečevanja uporabe drog pomembni zato, ker gre za prve pristope, katerih namen je spreminjanje vedenja. Model socialnega vpliva predstavlja alternativo drugim pristopih, kot so širjenje informacij in čustvena vzgoja. Modeli socialnega vpliva še vedno predstavljajo pomembne komponente najbolj uspešnih preventivnih programov (EMCDDA, 2014).

Teorija socialnega učenja (Bandura)

»Naše vedenje je bolj pod vplivom «pomembnih» drugih, kot vplivom našega znanja oziroma namena.«

Leta 1960 Bandura zavrnil preveč poenostavljeno behavioristično hipotezo, po kateri naj bi na vedenje posameznika vplivalo okolje. Bandura je znan po svoji teoriji učenja s posnemanjem (modelno učenje), ki pravi, da nekatere oblike obnašanja pridobimo na podlagi modelov obnašanja, ki smo jih videli pri drugih. Oblikovanje osebnosti je tako pod močnim vplivom drugih oseb, kot tudi pod vplivom načinov, kako vidimo svet in kako sprejemamo in predelujemo informacije. Namerno učenje z opazovanjem sestoji iz štirih faz, in sicer faza pozornosti, kjer učence usmerjamo na določene vidike izvajanja; faza zapomnitve; reprodukcije ter faza motivacije, ki pomeni, da naučeno tudi uporabimo (EMCDDA, 2014).

Študija s štiriletnimi otroki, kjer je prva skupina opazovala model, ki je bil za agresivno vedenje do napihnjene lutke nagrajen, druga skupina pa je opazovala model, ki je bil za enako vedenje kaznovan, in jo je izvedel Bandura (v Marjanovič Umek in Zupančič 2004, str. 39), je pokazala, da so otroci, ki so opazovali prvi prizor, tudi sami v igri z lutko posnemali tako vedenje, otroci iz druge skupine pa v igro z lutko niso vključevali agresivnega vedenja. Ko jim je bila kasneje za agresivno vedenje ponujena nagrada, sta se obe skupini otrok v igri z lutko vedli enako agresivno.

Z vidika preventivnega delovanja je omenjena teorija predvsem z vidika razumevanja vpliva, ki ga imajo mediji na vedenje (in tudi norme), ne samo na mladostnike, ampak tudi splošno populacijo, zelo pomembna.

Teorija življenjskih veščin (Botvin)

»Na našo interakcijo s «pomembnimi» drugimi lahko vpliva učenje socialnih in osebnih veščin.«

Teorija življenjskih veščin predlaga, da čeprav je tvegano vedenje posameznika posledica zapletenih medsebojnih vplivov osebnih, socialnih in okoljskih dejavnikov, vedenje v bistvu izhaja iz posameznika, zato bi morali biti posamezniki osrednja točka učenja življenjskih veščin.

Osnovne življenjske veščine so tako *reševanje problemov, kritično mišljenje, komunikacijske veščine, samozavedanje in obvladovanje stresa* (WHO, 1993). Z učenjem življenjskih veščin lahko opolnomočimo posameznike, da se bodo le-ti uspešno izognili vplivom zunanjih dejavnikov.

Zunanje vrednotenje programa *Life Skills* (LSP) je pokazalo, da zgolj učenje življenjskih veščin nima velikega učinka na uporabo drog in s tem povezane težave. LSP je eden redkih programov, ki je bil temeljito ovrednoten in za katerega obstajajo znanstveni dokazi, da ima majhen, vendar pozitiven vpliv na uporabo drog (EMCDDA, 2014).

Teorija normativnega prepričanja

»Na naše vedenje in interakcijo z drugimi močno vpliva naše prepričanje o tem, kaj je normalno in sprejemljivo.«

Teorija normativnega prepričanja se opira na teorije socialne ekologije, ki domnevajo, da se moramo namesto iskanja vzrokov znotraj posameznika ali celo v posameznikovi družbeni interakciji, osredotočiti na družbeni sistem in kako le-ta vpliva na posameznike (Hansen, Graham, 1991).

Z vidika preventive na področju drog je torej pomembno, da se osredotočamo na okolje, kot na posameznike. Izraz »normativno prepričanje« se navezuje na zaznavanje posameznika, koliko njegovih bližnjih prijateljev uporablja alkohol in druge droge. Oseba, ki lahko opazuje skupino vrstnikov, ki imajo pozitiven odnos do uporabe drog, je motivirana droge tudi uporabljati, saj ga na ta način skupina vrstnikov lahko sprejme medse. Podobno velja v obratni smeri (pozitiven vpliv vrstnikov, ki ne odobravajo uporabe drog). Omenjeni pristop se torej osredotoča na napačna prepričanja, da večina mladih in odraslih uporablja droge – normativno izobraževanje.

4. Sociološki in stopenjski modeli

Sociološki in stopenjskimi modeli so nova generacija modelov, razvitih v sredini 80. let prejšnjega stoletja, ki se osredotočajo na razvojne stopnje uporabe drog kot pristop k oblikovanju učinkovitih intervencij.

Evolucijski teoretični modeli (Kandel)

»Odlaganje prve uporabe »dovoljenih« drog ima vpliv na uporabo prepovedanih drog in težave, povezane z uporabo le-teh.«

Gre za skupino modelov, ki temeljijo na zaporednih in razvijajočih se teoretičnih konceptih. Zloraba substanc se razvije v zaporednem procesu, preko različnih vrst drog in stopenj deviantnega vedenja, ki ga oblikujejo družbeni odnosi (npr. uporaba drog v družini). Eden prvih primerov je »stopenjska teorija« Kandelove, v kateri so opazovali zaporedje uporabe DOVOLJENIH in prepovedanih drog. Opisane so tri faze uporabe drog: uporaba alkohola, uporaba marihuane in uporaba drugih prepovedanih drog. Na začetek posamezne faze vplivajo različni pokazatelji. Na uporabo alkohola naj bi tako vplivali manjši delikventni prekrški. Vzorec je pokazal, da obstaja velika verjetnost, da bodo posamezniki naprej uporabljali alkohol ali cigarete, šele nato prepovedane droge (npr. marihuano). Prav tako obstaja velika verjetnost, da bodo med prepovedanimi drogami posamezniki posegli najprej po marihuani. Mladostniki najpogosteje začnejo eksperimentirati z alkoholom ali cigareti, zato se ti dve drogi označujeta kot prehodni drogi. Delež tistih uporabnikov, ki takoj začnejo uporabljati prepovedane droge, je zelo majhen.

Obstajajo torej dokazi o predvidljivem zaporedju uporabe drog, ki se začne v adolescenci in se nadaljuje skozi vso odraslo dobo. V prvi fazi posamezniki uporabljajo vsaj eno legalno drogo, alkohol ali cigarete. Druga faza vključuje uporabo marihuane in drugih prepovedanih drog in /ali predpisanih zdravil. Zadnja faza vključuje zlorabo predpisanih zdravil. Ta vzorec velja za veliko večino ljudi. V opravljeni študiji je bilo manj kot 20 % ljudi, ki so odstopali od tega vzorca (Kendal in Yamaguchi, 1984).

Uporaba določene droge ne vodi nujno v uporabo drog, ki se pojavljajo kasneje v zgoraj omenjenem zaporedju. Dejstvo pa je, da ima preventiva na področju uporabe alkohola in tobaka vrsto pozitivnih učinkov. Pri tem ne mislimo samo na preprečevanje škode, ki jo imata alkohol in tobak na zdravje, temveč tudi preprečevanje redne in bolj tvegane uporabe drugih (prepovedanih) drog.

Socialno ekološki model (Hawkins in Weiss / Kumpfer in Turner)

»Da bi dosegli stalne oziroma dolgoročne vedenjske spremembe, moramo vključiti družino, šolo in lokalno skupnost.«

Ko govorimo o socialno ekoloških modelih, mislimo na skupino modelov na makro-družbenem nivoju, socialnem okolju, lokalnih mrežah, društvih, kot tudi o povezanosti znotraj družin, šoli, vrstnikih, torej o vsem, kar vpliva na posameznike in njihovo uporabo drog. Gre za novejši teoretični model preventivnih intervencij, razvili pa so ga Hawkins in Weiss (1985) ter Kumpfer in Turner (1991). Na podlagi tega modela naj bi učinkoviti preventivni pristopi vključevali elemente, ki izboljšujejo družinsko in šolsko klimo, samoučinkovitost, navezanost na šolo in vrstniške odnose. To naj bi dosegli z vzpostavljanjem in vztrajanjem pri jasnih pravilih in omejitvah, močni podpori in spodbujanjem (nagrajevanjem) pozitivnega vedenja (EMCDDA, 2014).

5. Modeli celovitega in socialnega vpliva

Temeljijo na modelu socialnega vpliva, predstavljajo pa koncept varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja, ki vplivajo na odnos in vedenje mladih v zvezi z uporabo drog. Ključno vlogo imata povezanost in odpornost. Povezanost se nanaša na občutek pripadnosti in močne vezi z družino, šolo, vrstniki in lokalno skupnostjo. Odpornost pomeni, da se je posameznik zmožen spopasti s problemi in zahtevami, s katerimi se lahko v življenju sreča. Pri obeh sta pomembni družinska podpora in podpora drugih pomembnih odraslih (vzorniki). Modeli celovitega socialnega vpliva zagotavljajo osnovo številnih učinkovitih preventivnih programov, še posebno selektivnih.

Model problematičnega vedenja (Jessor in Jessor)

»Uporaba drog je le ena izmed manifestacij nagnjenosti k problematičnim oblikam vedenja.«

Po modelu problematičnega vedenja je vedenje mladostnikov rezultat zapletenih interakcij med njimi in okoljem. Mladostniki naj bi uporabljali droge zato, da bi lažje dosegli osebne cilje oziroma se lažje spopadali z neuspehi, dolgočasenjem, žalostjo, socialno izključenostjo ali nizko samopodobo. Teorija ponuja ugotovitve, da naj bi bila možnost uporabe prepovedanih drog večja pri posameznikih, ki imajo slabo razvite socialne veščine, se ne zmorejo spopadati s težavami ipd. Jessor in sodelavci so določili dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, povezane z osebnostnimi sistemi, okoljem in vedenji, ki vplivajo na problematično vedenje mladih. Potrdili so obratno sorazmerje med dejavniki tveganja in varovalnimi dejavniki – večja, kot je »zaščita«, manjša je možnost za pojav problematičnega vedenja (EMCDDA, 2014).

Preventiva v šolskem okolju

Preventiva v šolskem okolju vključuje šolsko politiko, cilje, programe in druge aktivnosti, ki so povezane s preprečevanjem uporabe/zlorabe drog.

Obstajajo dokazi o učinkovitosti preventivnih programov v šolah, ko govorimo o zmanjševanju uporabe alkohola, tobaka in kanabisa (Foxcroft in Tsertsvadze, 2011). Najbolj učinkoviti programi so tisti, ki temeljijo na socialnih vplivih in življenjskih veščinah, zelo učinkoviti so tudi tisti programi, ki se osredotočajo na povezanost otrok in mladostnikov s šolo in ne omenjajo specifičnih drog. Kot primer lahko navedemo program *Igra lepega vedenja* (»Good Behavior Game«). Šolski preventivni programi naj ne bi bili vsebinsko preobsežni, avtorji programov bi tako morali upoštevati omejen čas, ki je na voljo v učnem načrtu. Prav tako je pomembna »lojalnost« programu, kar pomeni, da je za pozitivne učinke programa potrebno izvesti vse načrtovane lekcije, ki jih program vsebuje.

Vzgojno-izobraževalne ustanove so primeren kraj za izvajanje različnih izobraževalnih in preventivnih programov, katerih vsebine so uporaba drog, nasilje, najstniška spolnost, nosečnost, prehrana, fizična aktivnost ipd. (Botvin in Griffin, 2003). Šolski prostor ponuja idealno platformo, v okviru katere lahko izvajamo preventivne programe, saj lahko zajamemo veliko število učencev. V primerjavi z drugimi okolji (družinsko, lokalno) pa je šolske preventivne programe lažje izvesti, saj jih lahko vključimo v učni načrt.

Slaba stran v ponudbi različno kakovostnih preventivnih programov je prav gotovo izbira le teh, saj so tisti, ki programe izbirajo, prepuščeni zgolj lastni presoji in mnogokrat ne razlikujejo med učinkovitimi, neučinkovitimi in celo škodljivimi pristopi. Na »trgu« prevladuje neetična igra moči oziroma borbe za prevlado lastne prakse kot »kriterija« uspešnosti in učinkovitosti. Obstoječi »programi« se razlikujejo po strukturi, metodologiji in temeljni filozofiji, večini pa je skupno dejstvo, da niso vrednoteni z vidika učinkovitosti (Gallà in sod., 2002).

Uporaba alkohola, tobaka in drugih drog negativno vpliva na psihičen in fizičen razvoj, prav tako pa se poveča tveganje za razvoj zasvojenosti. Z zlorabo alkohola v mladostniškem obdobju so povezane zdravstvena tveganja, saj je adolescenca obdobje, v kateri so možgani še posebno občutljivi (Donaldson, 2009). Pod vplivom alkohola mladi težko presojujejo resnost situacije, kar lahko vodi v zelo tvegane oblike vedenja (tvegano spolno vedenje, nasilje, vožnja z opito osebo ipd.), prav tako pa lahko ti mladostniki v tveganje situacije privedejo tudi prijatelje, ki so z njimi a niso opiti. Navade iz otroštva, sploh ko govorimo o uporabi drog, lahko vplivajo na vedenje v odrasli dobi. Zgodnejši začetek kajenja je tako povezan z visoko stopnjo zasvojenosti, manjšimi možnostmi za prenehanje in večjo stopnjo smrtnosti kasneje v odrasli dobi. Podobno je bilo ugotovljeno v ZDA glede alkohola: predstavitev uporabe alkohola pri mladostnikih za eno leto pomeni 10% zmanjšanje možnosti za pojav zasvojenosti (Grant, Stinson in Harford, 2001).

Katere so učinkovite komponente preventivnega dela v šolah?

Preventivna znanost je relativno mlada in razvoj učinkovitih pristopov na področju šolske preventive, vključno s potrebnimi gradivi in orodji, je še vedno v povojih. Na številna vprašanja s področja preventive imamo zlasti s strani strokovnjakov iz ZDA in v zadnjem času vse bolj tudi iz Evrope, Kanade, Avstralije in Oceanije na voljo vse več odgovorov, ki so podprti s številnimi znanstvenimi dokazi in dobrimi raziskavami.

Dejstvo je, da so za različne potrebe, ciljne skupine in socialna okolja potrebni različni pristopi. Večina šol vidi svojo vlogo v zagotavljanju *univerzalne preventive*, vendar je lahko koristno tudi to, da šola v svoji politiki opredeli, kako se bo odzvala na vse tiste otroke in mladostnike, ki ustrezajo »*selektivni*« ali »*indicirani*« kategoriji.

Standardi, potrebni za uspešno izvedbo preventivnih programov:

- ✓ skrbno načrtovan program in vključenost le-tega v učni načrt (s tem lahko zagotovimo, da je program del celovitega šolskega programa na področju širokega spektra tematik, povezanih s preventivo, zdravstveno in družbeno vzgojo);
- ✓ umeščenost programa v kontekst in način delovanja šole, ki spodbuja zdravje in dobro počutje mladih;
- ✓ dolgoročna zastavljenost programa in ne zgolj »enkratni dogodki«;
- ✓ zajetost vseh starostnih skupin;
- ✓ usposobljenost učiteljev izvajalcev in njihova »zavezanost« programu;
- ✓ vključenost staršev;
- ✓ zagotovljena podpora celotnega šolskega osebja (vključno z vodstvom), skupnosti, njenih predstavnikov ter drugih ključnih oseb, ki tako ali drugače sodelujejo s šolo in podpirajo njene dejavnosti;
- ✓ spremljanje in analiziranje izvajanja programa ter sledenje novim znanstvenim dognanjem, raziskavam in ugotovitvam o tem, kaj v preventivi deluje in kaj ne (Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive, 2012).

Vsebinsko naj bi programi zadostili naslednjim zahtevam:

- ✓ Programi naj bi bili starostno primerni razvoju otrok.
- ✓ Poudarek naj bi bil na krepitvi varovalnih dejavnikov proti dejavnikom tveganja in nezdravim oblikam vedenja in na družbenih normah oziroma normativnih vplivih, ki lahko prispevajo k razvoju določenih oblik negativnega vedenja.
- ✓ Program naj bi upošteval določene specifične vplive na vedenje in kako ti vplivi delujejo na mlade, kot npr. vpliv in razumevanje medijev in oglaševanja ter delovanje »nezdrave« industrije.
- ✓ Zagotavljanje možnosti razvoja in krepitve osebnih veščin in kompetenc ter izvajanje in uporaba le-teh v praksi.
- ✓ Zagotavljanje potrebnega znanja in informacij z določenega področja, npr. s področja drog. Pri tem moramo upoštevati dejstvo, da imajo mladi ljudje o tem veliko znanja, pomembno pa je, kako to znanje uporabljajo.
- ✓ Upoštevanje novih znanj, ki bi jih lahko vključili, npr. razvoj možganov pri adolescentih.
- ✓ Uporaba primernih metode poučevanja – metod, ki spodbujajo aktivno učenje ter vključevanje učencev (Smernice in priporočila za delo na področju šolske preventive, 2012).

Učinkovitost preventivnih programov povečujejo:

- Uporaba interaktivnih metod
- Izvedba programa v obliki strukturiranih lekcij (običajno 10-15) enkrat tedensko, z krajšimi ponovitvami čez določen čas
- Program naj bi izvajali usposobljeni izvajalci
- Zagotavljanje možnosti uporabe in učenja osebnih in socialnih veščin, še posebej spopadanje s problemi, sprejemanje odločitev in odpornost
- Poudarek na kratkoročnih posledicah uporabe drog
- Spreminjanje napačnih prepričanj glede deleža mladostnikov, ki uporabljajo droge, in odnosa do drog

Značilnosti programov, ki nimajo učinkov oziroma prinašajo negativne učinke:

- Ne-interaktivne metode, kot je na primer predavanje
- Zgolj posredovanje informacij ali strašenje mladostnikov
- Pristopi, ki temeljijo na nestrukturiranih diskusijah
- Zgolj osredotočanje na krepitev samozavesti in čustvenem izobraževanju
- Osredotočanje na etičnih/moralnih odločitvah oziroma vrednotah
- Pričevanja bivših zasvojenecv
- Policisti kot izvajalci programov (UNODC International Standards for Drug Prevention, 2013)

Preventiva v družinskem okolju

Ko govorimo o uporabi drog med mladostniki in drugih oblikah tveganega vedenja, se moramo zavedati, da imajo starši in drugi družinski člani večji vpliv na vedenje mladostnikov, kot je bilo domnevano do nedavnega. Izzivi, s katerimi se soočajo sodobne družine, so različni, med njimi pa so zlasti prilagajanje družinskega življenja in delovnih obveznosti, zagotavljanje potrebnih finančnih sredstev za različne potrebe družinskih članov, izkoriščanje različnih podpornih mehanizmov družinam, druženje in iskanje časa za preživljanje skupnih trenutkov z ostalimi družinskimi člani.

Dejavniki, kot so pomanjkanje občutka varnosti, zaupanja in topline v odnosu med starši in otroki, neorganiziranost družinskega življenja ter nedoslednost pri postavljanju meja in disciplini, lahko privedejo do večjega tveganja, da otrok zaide na stranske poti, začne posegati po drogah in jih zlorablja (vključno z alkoholom in tobakom). Neizogiben pa ni niti pojav duševnih bolezni.

Na podlagi dolgoletnih raziskav na področju preventive lahko ugotovimo, da so se družinski preventivni programi pokazali kot učinkoviti pri preprečevanju različnih oblik tveganega vedenja, vključno z uporabo drog. Programe, ki vključujejo krepitev veščin pri otrocih ter starševskih in družinskih veščin, lahko izvajamo že od rane mladosti otrok, pa vse do obdobja adolescence. Znanstveno dokazano takšni programi pozitivno spreminjajo delovanje družin, kar se odraža v bolj zdravem in podpornem družinskem okolju, v katerem lahko otroci brezskrbno rastejo in se razvijajo. Mnoge družinske intervencije ne vključujejo le otrok in njihovih bioloških staršev, temveč tudi ostale osebe, s katerimi otroci preživljajo velik del svojega prostega časa. To so zlasti stari starši, strici in tete, starejši bratje in sestre, skrbniki, posvojitelji, rejniki in druge bližnje osebe.

Na otrokov razvoj vplivajo genetski, značajski in okoljski dejavniki. Kompetentne družine so tiste, ki predstavljajo zelo močan varovalni dejavnik, kar je bilo dokazano s številnimi raziskavami. Preizkušeni so bili različni modeli, katerih namen je bil ugotoviti, na kakšen način različni dejavniki vplivajo na začetek uporabe različnih drog pri mladostnikih. Kot že omenjeno, imajo ključno in najpomembnejšo vlogo pri tem družine. Dolgo je veljalo prepričanje, da na mladostnikovo odločitev v veliki meri vplivajo le vrstniki. Res je, da je vpliv vrstnikov velikokrat tisti, zaradi katerega se najstniki začnejo vesti tvegano. Vendar pa je pozitivno družinsko okolje tisto, zaradi katerega se mladostniki ne odločajo za tvegane oblike vedenja (npr. pitje alkohola in uporabo drugih drog, delikventnost in prezgodnji ali celo nezaščiten spolni odnos). Izbira najstnikovih prijateljev je odvisna predvsem od odnosa, ki ga ima najstnik s svojimi starši. Če je ta odnos pozitiven, obstaja večja možnost, da bo mladostnik izbral prijatelje, ki bodo nanj imeli pozitiven vpliv.

Ključni **družinski varovalni dejavniki**, ki najstnike lahko odvrnejo od tega, da bi začeli posegati po drogah, so:

- občutek varnosti in zdrava navezanost med otrokom in njegovimi starši;
- starševski nadzor, spremljanje in učinkovita disciplina;
- komunikacija o družinskih vrednotah;
- vključenost staršev v otrokovo življenje;
- podpora staršev (čustvena, kognitivna, socialna in finančna).
(Smernice in priporočila za delo na področju družinske preventive, 2012)

Nasprotno pa **dejavniki tveganja** povečujejo možnost uporabe drog pri otrocih. Gre za dejavnike, ki vplivajo tudi na razvoj drugih oblik tveganega vedenja (npr. pojav depresije, anksioznosti ter težav v odnosu s starši):

- slabe družinske vezi ter pomanjkanje varnosti v odnosu s starši;
- slabi odnosi s starši oziroma drugimi odraslimi skrbniki;
- neučinkovito starševstvo;
- kaotično domače okolje;
- uporaba drog pri starših oziroma drugih družinskih članih;
- duševne bolezni v družini ali vpletenost družinskih članov v kriminal;
- socialna izolacija.

Žal v Sloveniji na področju družinske preventive še vedno prevladujejo različna predavanja oziroma delavnice, ki so namenjene samo staršem. Ta predavanja ali delavnice so praviloma kratka in ne vključujejo otrok oziroma celih družin. Aktivnosti, namenjene samo staršem, niso pokazale takšnih učinkov kot celoviti družinski preventivni programi. V primerjavi s programi za mladostnike, ki temeljijo na posredovanju informacij in krepitvi samozavesti, so družinski preventivni programi 15-krat učinkovitejši, v primerjavi s treningom (vse)življenjskih veščin pa trikrat.

Pomembno je tudi dejstvo, da so se pozitivni učinki družinskih preventivnih programov obdržali dalj časa v primerjavi z učinki preventivnih programov, ki temeljijo na skupnostnem pristopu oziroma na učenju življenjskih veščin pri otrocih. Pozitivni učinki pri otrocih, ki so bili vključeni v družinski preventivni program, so zlasti prestavitev začetka uporabe drog na kasnejše obdobje, uspešno izboljšanje odpornosti mladostnikov proti negativnim vplivom vrstnikov, izogibanje vrstnikom, ki bi lahko negativno vplivali na mladostnika, uspešnejše reševanje problemov itd. Pri starših so se pozitivni učinki programov pokazali v izboljšanju starševskih in družinskih veščin (kot so npr. postavljanje pravil, družinsko dogovarjanje, spremljanje otrokovega vedenja in dosledna disciplina).

Poleg pozitivnih učinkov na odnose znotraj družin in njihovo funkcioniranje, so tovrstni programi učinkoviti tudi stroškovno.ocene so pokazale, da z vsakim vloženim evrom s tovrstnimi programi privarčujemo najmanj 14 evrov.

Splošna načela družinskih preventivnih programov, ki povečujejo učinek na izboljšanje starševstva, družinskih odnosov in funkcioniranja mladostnikov:

- Pri spreminjanju širokega spektra dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov pri otrocih so zelo učinkoviti celoviti pristopi (pristopi, v katerih je trening za starše kombiniran s treningom veščin pri otrocih).
- Družinsko osredotočeni preventivni programi so bolj učinkoviti v primerjavi s tistimi, ki se osredotočajo le na starše oziroma otroke.
- Učinkovitost preventivnega programa je odvisna tudi od intenzivnosti in trajanja programa. Raziskave potrjujejo, da je za »normalne« družine dovolj 31 ur intervencije, za rizične družine 45 ur in 100 ur za družine, ki so v socialni stiski.
- Družinski preventivni programi naj bi bili dolgoročni in trajni. Eden izmed načinov, kako zagotoviti trajnost programov, je spodbujanje družin za izvajanje družinskih sestankov tudi po tem, ko končajo s programom.
- Kulturno prilagajanje programov ciljnim družinam izboljšuje rekrutacijo, retencijo in učinkovitost.
- Družinski preventivni programi imajo trajne učinke, če le ti uspejo spremeniti družinsko dinamiko in družinsko okolje.
- V primeru disfunkcionalnih staršev so veliko bolj učinkovite intervencije, ki se začnejo že zelo zgodaj (v času nosečnosti oziroma zgodnjem otroštvu).
- Komponente učinkovitih starševskih in družinskih programov vključujejo strategije za izboljšanje družinskih vezi, komunikacije in starševskega nadzora.
- Uporaba video posnetkov, ki prikazujejo dobre in slabe starševske veščine.

Preventiva v lokalni skupnosti

Razumevanje »skupnosti« kot aktivnega socialnega omrežja aktivnih posameznikov, neodvisno od njihovega poklicnega ozadja, ni skupno vsem državam članicam EU. Zato se razumevanje preventive, ki temelji na skupnostnem pristopu, bistveno razlikuje po posameznih državah EU. Ker razumevanje t. i. skupnostnega pristopa v preventivi v smislu aktivnega sodelovanja v praksi ni razširjeno po vsej Evropi, je bilo doslej nemogoče primerjalno spremljati to področje preventive. Zato obstaja samo en možen skupni imenovalac za primerjave po državah in to je »skupnost« kot geografsko in upravno okolje. Z namenom, da bi definicija ustrezala dejanskemu stanju v praksi, se v stroki na evropski ravni uporablja izraz preventiva, ki se izvaja na ravni **lokalne skupnosti** (»community-located prevention« – npr. ki se nanaša zgolj na območje lokalne skupnosti), namesto izraza preventiva, ki temelji na skupnostnem pristopu (»community-based prevention« – ki bi obsegala aktivno vključenost skupnosti).

Star afriški pregovor prav: »Za vzgojo otroka je potrebna cela vas«, ki še kako velja tudi za delovanje na področju preventive. Dobro strukturo preventivi v lokalni skupnosti so v Sloveniji dolgo časa nudile t. i. lokalne akcijske skupine (LAS) ali sorodna medresorska in multidisciplinarna posvetovalna telesa na lokalni ravni, ki so združevala in ponekod še vedno združujejo strokovnjake z različnih področij. Žal je delovanje omenjenih LAS v Slovenijo sčasoma skoraj povsem zamrlo, le redke so še aktivne. Pomembno bi bilo te strukture obnoviti in jih še okrepiti, s čimer bi postavili kakovostne temelje za razvoj učinkovitih preventivnih programov na lokalni ravni.

Obstajata dva tipa najučinkovitejših lokalnih preventivnih pristopov, ko govorimo o zmanjševanju težav, povezanih s pitjem alkohola in uporabo drugih drog. Prvi tip so **okoljske strategije**, ki vključujejo oblikovanje in izvajanje lokalnih politik s področja alkohola in drugih drog. Na ta način pokrijemo celotno skupnost. Na lokalni ravni okoljske preventive obstaja širok spekter možnih ukrepov, ki so bili doslej le delno spremljani in vrednoteni: prodajne lokacije alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov, licenciranje prodajalcev alkoholnih pijač in dogodkov, kjer se le-te prodajajo, strožji odpiralni čas prodajalcev alkoholnih pijač ter tudi delovne skupine na ravni občin, ki se povezujejo z industrijo zabave ter ustanovami in organizacijami, ki delujejo na področju preventive (usmerjenost v proaktivno in usklajeno sodelovanje). Prvi korak v tej smeri je razvoj občinskih akcijskih načrtov. Zlasti za lokacije nočnega življenja so odpiralni čas (posebno v primeru mladoletnih obiskovalcev), omogočen javni prevoz do prizorišč zabav, cene brezalkoholnih pijač, pravila glede nasilja na ulici ter pitje na javnih površinah tisti predpisi, ki se praviloma lahko urejajo na lokalni ravni. Na videz so vsi ti preventivni ukrepi v marsičem odvisni od kulturnih navad in običajev v določenem okolju.

Drugi tip vključuje oblikovanje t. i. **»oaze stabilnosti«** v posamezni lokalni skupnosti. S terminom »oaze stabilnosti« pokrijemo celo vrsto intervencij, s katerimi želimo zavarovati ciljno populacijo pred potencialno negativnimi zunanjimi vplivi, in s katerimi želimo zagotoviti stalno in pozitivno podporo ter spodbujanje. Za uspešno delovanje »oaze stabilnosti« je potrebno upoštevati potrebe posameznika in tudi specifične lokalne skupnosti. Izbira preventivnih strategij iz drugih lokalnih skupnosti, kjer so bili dokazani učinki, najverjetneje ne bo primerna rešitev, saj so si lokalne skupnosti med seboj različne. Vprašanje, ki je še v fazi raziskovanja je, katera »mešanica« intervencij bo prinesla maksimalno zmanjšanje težav, povezanih z uporabo alkohola in drugih drog.

V preventivi ni hitrih rešitev, ko govorimo o uporabi alkohola in drugih drog. Uspešnost je pogojena z izbiro znanstveno dokazanih učinkovitih preventivnih pristopov. Preventivno delovanje moramo razširiti izven šolskega prostora, saj iz analize

stanja na področju preventive vemo, da je le-to v velikem obsegu omejeno na šole. Glavno vlogo bi na tem mestu morali odigrati preventivni strokovnjaki, ki bi lokalnim skupnostim zagotavljali oziroma nudili podporo, saj preventiva v lokalni skupnosti ne pomeni, da je le-ta usmerjena zgolj v soseščino (Sloboda in Bukoski, 2006).

V primeru **selektivne preventive** ima pomembno vlogo dobro usklajevanje lokalnih služb, saj se ranljivi mladostniki znajdejo v obravnavi različnih pristojnih služb: lokalne socialne službe, pravosodje, policija, zdravstvo, izobraževalne ustanove. V primeru **indicirane preventive** je identificiranje mladostnikov z visoko stopnjo tveganja in posredovanje pri teh posameznikih na individualni ravni v lokalnih skupnostih zelo zapleteno. Kot primer lahko omenimo intervencije na urgentnih oddelkih bolnišnic za mladostnike, ki so bili hospitalizirani zaradi prekomernega pitja alkohola. V tem primeru se najpogosteje uporabljajo kratki motivacijski razgovori. Sem spadajo tudi klinične obravnave otrok z motnjami v vedenju.

Preventiva na lokacijah nočnega življenja

Ta specifična okolja selektivne preventive so bila v zadnjem obdobju relativno dobro raziskana in opisana. Gre za lokacije, kot so npr. nočni klubi, diskoteke, bari, pubi, razne zabave v zaprtih prostorih, plesni in koncertni dogodki na prostem (npr. festivali) in začasne lokacije (npr. plaže, parki), ki se občasno uporabljajo kot lokacije nočnega življenja.

Nočno življenje ima pomembno vlogo v sodobnem življenju mladih ter predstavlja enega od kritičnih vidikov preživljanja njihovega prostega časa. Nočno življenje poleg pozitivnih učinkov prinaša tudi zdravstvene in socialne probleme, kot je tvegano in škodljivo pitje alkohola, uporaba prepovedanih drog ter drugih oblike tveganega vedenja mladih. Ustvarjanje varnejšega in bolj zdravega okolja za nočno zabavo mladih je vse pomembnejša prednostna naloga številnih držav in lokalnih skupnosti (zlasti mest) po vsej Evropi in drugod. Učinkovito upravljanje nočnega življenja je ključnega pomena za varovanje zdravja mladih ter zmanjševanje številnih bremen, ki jih tvegano vedenje mladih prinaša javnim službam in družbi kot celoti.

Z vidika izboljšanja stanja na tem področju bi se morali osredotočiti v sledeče **dokazano učinkovite ukrepe** (*Resolucija o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2014-2020*):

- Povečanje učinkovitosti izvajanja obstoječih zakonodajnih in političnih ukrepov na področju tveganega vedenja mladih v nočnem življenju, ki temeljijo na dokazih. Ob tem je treba zagotoviti redno spremljanje in vrednotenje izvajanja zakonov in drugih predpisov ter po potrebi sproti predlagati spremembe.
- Okrepitev pristojnih inšpekcijskih služb in policije za učinkovito delovanje v zelo specifičnem okolju nočnega življenja mladih, obenem pa v preventivne aktivnosti v gostinskih lokalih, ki obratujejo v nočnem času, v večji meri s kakovostnimi programi vključiti nevladne organizacije, ki delujejo na tem področju.
- Izboljšanje kakovosti in strukturiranosti podatkov o dejanskem stanju na področju tveganega vedenja mladih v okoljih za preživljanje prostega časa ter podatkov o učinkovitih zakonodajnih in političnih ukrepih na tem področju, ki temeljijo na dokazih, in ki jih je možno izvajati tako na nacionalni kot tudi lokalni ravni.
- Razvoj sklopa zdravstvenih in varnostnih standardov za gostinske lokale, ki obratujejo v nočnem času, ter priprava meril za lokalne skupnosti (zlasti mesta), na podlagi katerih bodo lahko dolgoročno spremljale svojo zavezanost k zagotavljanju varnejšega in bolj zdravega okolja za nočno zabavo mladih. V razvoj zdravstvenih in varnostnih standardov je treba poleg pristojnih vladnih resorjev pritegniti tudi vse zainteresirane akterje, zlasti pa lastnike ali upravljalce gostinskih lokalov, ki obratujejo v nočnem času, osebje v teh lokalih, lokalne skupnosti ter strokovnjake in nevladne organizacije, ki delujejo na tem področju.
- Uveljavitev celovitega koncepta ter razvoj različnih kakovostnih programov usposabljanja za osebje v gostinskih lokalih, ki obratujejo v nočnem času, z namenom izboljšanja stanja in učinkovitejšega obvladovanja različnih incidentov. Priporočljivo bi bilo zakonsko uveljaviti obvezno usposabljanje za vse osebje v vseh omenjenih gostinskih lokalih.
- Razvoj različnih kakovostnih preventivnih programov ter programov zmanjševanja tveganj in škode na področju nočnega življenja mladih, ki temeljijo na znanstvenih dognanjih, in ki jih lahko na podlagi strokovnih kriterijev (npr. s strani EMCDDA) opredelimo kot primere obetavnih in dobrih praks. Ob tem je treba zagotoviti tudi redno spremljanje in vrednotenje omenjenih programov.
- Posebno pozornost bi bilo treba nameniti tudi medijem in oglaševalski industriji ter povečati občutljivost glede njihovega deleža odgovornosti za ukrepanje ter promocijo zdravlja in zdravega življenjskega sloga mladih.
- Razvoj kakovostnih preventivnih programov, ki so usmerjeni k zviševanju socialne kompetentnosti mladih, pridobivanju ustreznih socialnih veščin in povečanju kapacitet za odgovorno in zdravo življenje ter zabavo. Obenem je v kontekstu nočnega življenja mladih treba razvijati tudi programe zmanjševanja škode, s katerimi naj bi se zmanjšalo tvegano vedenje mladih ter znižal obseg poškodb, z nočnim življenjem povezane prometne nesreče ter prezgodnje umrljivosti.

Preventiva v mladinskih organizacijah

Mladinske organizacije so, ko govorimo o preventivnih dejavnostih, pogosto vključene kot ponudniki (izvajalci) ali udeleženci le-teh. Predvsem velja to za področje alkoholne in tobačne politike oziroma zmanjševanja tveganega in škodljivega pitja alkohola in kajenja med mladimi. To dejstvo je zelo pomembno, saj sta še posebej pitje alkohola in kajenje med mladimi najbolj problematična, kar je skrb vzbujajoče za oblikovalce politik in odločevalce, učitelje, starše, mladinske delavce in vse zaposlene v zdravstvenih in socialnih ustanovah ter policiji (WHO, 2014a).

S preventivnega vidika je zato zelo pomembno, da se mladi aktivno vključujejo v reševanje zaskrbljujočega stanja in ga poskušajo spremeniti na bolje, zlasti med svojimi vrstniki.

Pogoste preventivne intervencije v mladinskih organizacijah – kaj pravijo dokazi?

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) na področju alkoholne in tobačne politike spodbuja tako imenovane »najboljše prakse«, ki vključujejo zlasti politične ukrepe (npr. dvig davkov na alkohol in tobačne izdelke, omejevanje dostopa do alkohola in tobaka ter prepoved oglaševanja alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov) (WHO, 2014b). Vendar poleg omenjenih praks obstaja tudi nekaj preventivnih intervencij, ki jih prav tako lahko opredelimo kot znanstveno dokazano učinkovite, in jih mladinske organizacije lahko zlahka izvajajo. Primeri takšnih intervencij so zlasti vrstniško izobraževanje, spremljanje izvajanja zakonov glede prodaje alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov mladoletnim osebam in opitim mladim, zagovorništvo in še nekaj drugih aktivnosti.

Vrstniško izobraževanje

Na podlagi pregledane obstoječe literature in raziskave v sklopu evropskega projekta »Let it hAPYN!« (<http://www.letithapyn.eu>) lahko trdimo, da je vrstniško izobraževanje zelo pogosta in priljubljena oblika preventivnih intervencij v mladinskih organizacijah. Pristopi vrstniškega izobraževanja vključujejo novačenje in usposabljanje vrstniških trenerjev, ki potem izvajajo preventivne aktivnosti v šolah, mladinskih organizacijah, klubih ipd., pogosto pa se vrstniško izobraževanje izvaja v okviru šolskih preventivnih programov, ki jih izvajajo učitelji (Cuijpers, 2002, Cairns in sod., 2011). V delu priročnika, ki govori o šolski preventivi, je navedeno, katere so tiste značilnosti programov (vključno z vrstniškim izobraževanjem), ki prinašajo zelene/neželene učinke, in kateri so tisti pristopi, ki ne prinašajo nikakršnih rezultatov oziroma učinkov.

Med prednostmi vrstniškega izobraževanja različni viri navajajo: (a) komunikacijo oziroma jezik, ki je mladostnikom bližji; (b) izmenjavo izzivov, interesov in izkušenj mladih; (c) vrstniški trenerji naj bi, v primerjavi z učitelji oziroma drugimi zunanji izvajalci, bolje razumeli položaj mladih; (č) imeli večjo stopnjo zaupanja in s tem večjo možnost pogovora o bolj občutljivih temah itd. (Jaworski in sod., 2013; Medley in sod., 2009). Tovrstne delavnice pa koristi prinašajo tudi izvajalcem, saj se pri njih izboljšajo predvsem komunikacijske in organizacijske veščine, znanje o zdravju ter poučevanju. Med pomanjkljivostmi vrstniškega izobraževanja viri poudarjajo predvsem pomanjkanje znanja in veščin pri izvajalcih (Jaworski in sod., 2013; Medley in sod., 2009). Med zelo redkimi dokazi o učinkovitosti vrstniškega izobraževanja ne najdemo takšnih, ki bi takšnemu pristopu pripisali izboljšano vedenja mladih, kot je npr. zmanjšano pitje ali kajenje (Jaworski in sod., 2013; Medley in sod., 2009; Martin in sod., 2013, Cairns in sod., 2011; Simoni in sod., 2011).

Prodaja alkoholnih pijač mladoletnim / opitim osebam

Razpoložljivost je pomemben prediktor zgodnjega in prekomernega pitja alkohola in kajenja pri mladostnikih. Številne države so uvedle starostne omejitve z namenom preprečevanja kupovanja alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov s strani mladoletnih oseb (Gosselt in sod., 2012). Z uvedbo minimalne starostne omejitve lahko med mladimi zmanjšamo obseg tveganj in škode zaradi pitja alkohola ali kajenja, toda iz prakse vemo, da so alkohol in tobačni izdelki še vedno lahko dostopni tudi za mladoletne (Rossow in sod., 2008; Gosselt in sod., 2007). Obstajajo dokazi, da lahko večkomponentne intervencije na lokalni ravni (kot je npr. odgovornejša strežba alkoholnih pijač v nordijskih državah) močno vplivajo na zmanjšanje prodaje alkohola opitim posameznikom še posebej, ko trening osebja in hišno politiko lokalov dopolnujemo z doslednejšim izvajanjem zakonodaje (npr. nadzor nad licencami oziroma doslednostjo izvajanja zakonodaje) ter aktivnim vključevanjem zdravstvenega in socialnega sektorja.

V nekaterih državah (npr. na Nizozemskem) za ugotavljanje upoštevanja zakonsko določene starostne meje za nakup alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov zelo pogosto uporabljajo akcije skritih kupcev (angl. »mystery shopping«), ki so se izkazale kot zelo učinkovite, še posebej ko so skrivnostni kupci mladoletne osebe (Gosselt in sod., 2007; Gosselt, 2011). Podobno na Švedskem za takšne akcije uspešno angažirajo mlade igralce, ki v lokalu igrajo vidno opito osebo in skušajo kupiti alkoholno pijačo (prodaja vidno opitim tam ni dovoljena, enako kot v Sloveniji) (Lindewald, 2007).

Zagovorništvo / medijsko zagovorništvo

Zagovorništvo je pogosto zelo učinkovit način vplivanja na politične procese (tako z vidika priprave politik kot tudi odločanja), s ciljem razvoja, vzpostavitve ali spreminjanja politik ter vzpostavitve, vzdrževanja in (so)financiranja kakovostnih programov in storitev. Zagovorništvo lahko vključuje številne dejavnosti, ki jih posameznik ali organizacija izvaja, vključno z medijskimi kampanjami, nastopi v javnosti, objavljanjem rezultatov raziskav ali anket itd. Z zagovorništvom imamo možnost oblikovati ali spremeniti politiko na način, da lahko vplivamo na zdravje tisočih, če ne milijonov ljudi, na kar kažejo številni primeri iz zgodovine (npr. spremembe politik ali predpisov na področju tobaka in prometnih nesreč). Nekateri izmed najbolj znanih primerov javnozdravstvenega zagovorništva (predvsem to velja za preventivo ter nadzor nad izvajanjem alkoholne in tobačne politike) vključujejo mlade (Thackeray in Hunter, 2010; Casswell in Thamarangsi, 2009). Zdi se, da je strateško zagovorništvo eno izmed najučinkovitejših okoljskih strategij, s katerim lahko povečamo javno ozaveščenost o problemih, povezanih s pitjem mladoletnih, ter obstoječih učinkovitih intervencijah (Flewelling in sod., 2013).

Mladi so del skupnosti in lahko postanejo del rešitve za težave, povezane z alkoholom ali tobakom. Z omogočanjem mladim, da uspešno sodelujejo pri družbenih spremembah, da so slišani, in da lahko sodelujejo v političnih procesih, lahko ustvarimo generacijo mladih, ki bo večine in zdrave navade prenesla v odraslo dobo. Opremljeni z znanjem in veščinami zagovorništva in dobrimi izkušnjami lahko postanejo aktivni posamezniki pri pomembnih političnih odločitvah glede zdravja in zdravega življenjskega sloga mladih in drugih skupin prebivalstva. Poleg tega je verjetno, da bo vpetost v zagovorništvo vplivala na njihov lasten odnos do zdravja, norme, prepričanja in nenazadnje tudi vedenje (Winkleby in sod., 2004).

Ostale aktivnosti

Interne politike ali pravila v mladinskih organizacijah (podobno kot šolska politika) lahko zmanjšajo uporabo drog (vključno z alkoholom in tobakom) med vodji, osebjem, člani ali prostovoljci. Prav tako tudi zmanjšujejo možnost pojava nekaterih drugih rizičnih vedenj. Takšne politike običajno določajo, da je uporaba kakršnih koli substanc v mladinskih organizacijah ali med izvajanjem aktivnosti zunaj organizacij prepovedana. Takšna pravila, še posebej če so bila določena s sodelovanjem vseh deležnikov, lahko močno prispevajo k večji udeležbi mladih, pozitivni navezanosti in pripadnosti mladinski organizaciji.

Še vedno pa so v praksi popularni in široko razširjeni preventivni pristopi, ki imajo minimalen ali nikakršen učinek na zmanjševanje uporabe alkohola, tobaka in drugih drog ali pa so celo kontraproduktivni. Poleg tega je zelo malo izvajalcev med mladinskimi organizacijami, ki izvajajo prakse, utemeljene na kakovostnih standardih (npr. ne osredotočajo se na to, kako se izvajajo, kdo jih izvaja, komu so namenjene, na katerih lokacijah se izvajajo itd.) (Ennett, 2003). Najbolj priljubljene neučinkovite preventivne strategije vključujejo enkratne aktivnosti (npr. eno ali dvournno predavanje in delavnico za večje skupine ciljne populacije), predavanja, usmerjena v podajanje informacij o tveganjih in škodi, programi, osredotočeni na izgradnjo odpornosti učencev ali dijakov, ki naj bi le-te pripravili na pritisk vrstnikov, ter pristopi, ki mlade učijo oziroma spodbujajo, da drogam rečejo »ne« (UNODC, 2015; Gorman, 2003; Hawthorne in sod., 1995; Clayton, 1996).

II. SKLOP

Vrednotenje preventivnih programov

Uvod

Vrednotenje preventivnih programov se je v zadnjem desetletju v Evropi precej razširilo, medtem ko smo v Sloveniji glede tega še vedno dokaj na začetku. Evropske in nacionalne javne ustanove, ki zagotavljajo finančna sredstva, različna združenja poklicnih in strokovnih delavcev na področju javnega zdravja, nacionalne mreže zdravih šol, mednarodne ustanove in organizacije ter koalicije s področja promocije zdravja in zdravega življenjskega sloga vse pogosteje in odločnejše zahtevajo izvajanje učinkovitih preventivnih intervencij, ki temeljijo na dokazih in so ovrednotene (tudi) z vidika rezultatov in učinkov. Čeprav obstaja visoka raven soglasja o vrednosti in potrebi po vrednotenju preventivnih programov, pa še vedno ni soglasja o tem, kateri pristopi k vrednotenju programov so bolj primerni (npr. še vedno smo priča precejšnjemu odporu do uveljavljanja vrednotenja rezultatov in učinkov, ki edino lahko tako izvajalcem kot (so)financerjem pove, ali je neka preventivna intervencija učinkovita ali ne). Prav tako obstajajo precejšnje nejasnosti v zvezi z uporabo teoretičnih okvirov v postopkih načrtovanja in vrednotenja programov.

Temeljni cilj izobraževalnega modula je okrepiti znanje o vrednotenju preventivnih programov, zlasti novincem na področju vrednotenja, ter pri tem razširiti njihovo razumevanje »logike vrednotenja«. Želimo tudi pojasniti nekatera vprašanja, da bi se v prihodnje izognili pogostim nesporazumom glede vrednotenja, in predstaviti različne metode, ki so bolj prilagojene konkretnim praktičnim primerom. Strokovnjaki in strokovni delavci, ki želijo (o)vrednotiti preventivne intervencije, morajo razmišljati o uporabi široke palete postopkov za zbiranje in obdelavo informacij s pomočjo različnih metod. Prepoznati morajo vrednost metodološkega pluralizma ter vlogo teorije pri zasnovi in vrednotenju programov.

Izobraževalni modul vključuje poudarke o vlogi teorije pri vrednotenju in obrazložitev nekaterih terminoloških in konceptualnih razlik med pristopi ali podobnimi izrazi, številne praktične primere in nasvete o tem, kako izpeljati prve korake ustreznega vrednotenja (npr. kako oblikovati evalvacijska vprašanja, kako izbrati primerne oblike in metode vrednotenja ter nekatera druga vprašanja pri postopkih vrednotenja, kot so odnosi z deležniki, etična vprašanja, različne uporabe vrednotenja, razlike med spoloma in etničnimi skupinami, stroški in administrativni pripomočki, razlike med spremljanjem (»monitoring«) in vrednotenjem (»evaluation«) idr.).

Vrednotenje preventivnih programov se v Evropi v zadnjem času zelo širi in je sedaj del vsakodnevne dejavnosti številnih ustanov in organizacij, bodisi v javnem, neprofitnem ali prostovoljnem sektorju. Javno in zasebno financiranje pogosto vključuje obveznost oziroma dolžnost nosilcev ali izvajalcev, tudi pri projektih manjšega obsega, da načrtujejo in izvedejo vrednotenje. Kljub vse večjemu pritisku za izboljšanje kulture vrednotenja pa obstaja veliko nezadovoljstvo nad nizko ravni metodološke kakovosti in uporabnosti znanja, ki ga nosilci in izvajalci programov pridobijo z vrednotenjem. Vrednotenje se še vedno pogosto razume kot merjenje »všečnosti« programov ali aktivnosti ali zgolj »poročanje« o njihovi izvedbi, redki pa vrednotenje razumejo predvsem kot merjenje rezultatov in učinkov na ciljne populacije, čemur je v osnovi intervencija sploh namenjena.

PRVI DEL

Osnovni pojmi in definicije

Kaj je spremljanje (»monitoring«) in kaj vrednotenje (»evaluation«)?

Spremljanje (»monitoring«) in vrednotenje (»evaluation«) sta sicer dve različni, a medsebojno zelo povezani aktivnosti. Pojma se pogosto napačno uporabljata oziroma zamenjujeta, zato je oba treba pojasniti in ju umestiti v pravi kontekst.

Spremljanje pomeni stalno pregledovanje oziroma ocenjevanje poteka preventivnih intervencij¹, ki ga praviloma izvaja skupina strokovnjakov z različnih področij ali sektorjev. Namen spremljanja je določiti, ali se intervencija razvija v skladu z načrtom in proračunskimi zahtevami in ali so potrebni kakšni popravki, da bi dosegli načrtovane cilje. Učinkovito spremljanje vključuje koordiniran sistem *poročanja*.

Vrednotenje je sistematično pregledovanje in ocenjevanje posameznih sklopov preventivnih dejavnosti in njihovih učinkov z namenom, da bi pripravili informacije, ki bi bile uporabne tistim, ki imajo interes izboljšati njihovo učinkovitost (WHO, 1998). Namen vrednotenja je prispevati k reševanju praktičnih problemov z vidika „kaj deluje“ in „zakaj“. Gre za zbiranje informacij za podporo aktivnostim. Večinoma gre za učenje prek izkušenj (Springett, 2001).

***Vrednotenje** pomeni sistematično zbiranje, analiziranje in interpretiranje informacij o tem, kako preventivna intervencija deluje ter s kakšnimi učinki in na koga, z dosledno uporabo znanstvene metodologije družboslovnega raziskovanja ter presojanjem koristi in vrednosti intervencije. Znanje, ki izvira iz vrednotenja, lahko uporabljamo za izboljšanje, razširitev ali opustitev neke intervencije ter pridobivanje spoznanj pri oblikovanju bodočih ali izboljšanju obstoječih intervencij (EMCDDA, 2011).*

¹ V izobraževalnem modulu večkrat uporabljamo izraz “preventivna intervencija” namesto “projekt” ali “program”, saj lahko ta dva pojma različnim ljudem pomenita različne stvari. Ohranili smo izraz v primeru “programske teorije”, da bi se izognili zmešnjavi z “intervencijsko teorijo”, ki ima v literaturi druge pomene.

Vrednotenje mora odgovoriti na naslednja vprašanja (EMCDDA, 2011):

- Ali je intervencija ustrezno načrtovana in zasnovana?
- Ali intervencija temelji na znanstvenih dokazih, smernicah in priporočilih?
- Kako so bili vključeni različni deležniki, ustanove in organizacije na ravni skupnosti?
- Ali intervencija sloni na teoretičnih okvirjih? Ali izbrano teorijo dosledno uporabljamo?
- Kako intervencijo izvajamo?
- Ali intervencija dejansko doseže ciljno skupino?
- Kakšni so rezultati in učinki? Kako se spreminjajo v primeru različnih okoliščin?
- Ali obstajajo pozitivni oziroma negativni nenamerni učinki?
- Ali intervencija upošteva vprašanja, povezana z neenakostjo pri zdravju?
- Ali je intervencija cenovno učinkovita?
- Ali lahko neuspehe pri intervenciji zaradi slabe zasnove in napačnih teoretičnih predpostavk ločimo od nezmožnosti doseganja uspešnih rezultatov zaradi nepravilnega vodenja in izvedbe?
- Kakšna spoznanja lahko izluščimo iz rezultatov vrednotenja? Ali jih lahko posplošimo in nekatere ugotovitve prenesemo na širše kontekste?

Odgovori na ta vprašanja pomagajo, da obetavne in učinkovite preventivne intervencije ločimo od neučinkovitih. To ni pomembno le v smislu izboljšanja ravni znanja o preventivi, ampak lahko predstavlja tudi osnovo, na kateri se oblikovalci politik in financerji odločajo, katere projekte bodo podprli in katere ne.

DRUGI DEL

Standardi kakovosti in projektni cikel

Da bi vrednotenje umestiti v širši kontekst preventivnega dela, se nam je zdelo koristno, da v priročniku predstavimo tudi temeljne standarde kakovosti na področju preventive ter jih umestimo v projektni cikel, katerega sestavna dela sta tudi spremljanje in vrednotenje.

Evropski preventivni standardi kakovosti na področju drog, ki jih je izdal Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA)², vsebujejo prve evropske smernice o zagotavljanju izvajanja visoko kakovostne preventive na področju preprečevanja zasvojenosti. Standardi poudarjajo naslednje vidike kakovosti preventivnega dela:

- pomen preventivne dejavnosti za ciljne skupine in (med)vladno politiko;
- spoštovanje sprejetih etičnih načel preventivnega dela;
- integracijo in promocijo znanstvenih dokazov s področja preventive; ter
- notranjo skladnost, izvedljivost projektov/programov in trajnost.

Pri standardih je treba razlikovati med poudarkom na vsebini intervencij („kaj“) in formalnimi vidiki preventive („kako“)³. V tem delu priročnika smo se osredotočili na smernice z vidika „kako“ izvajati učinkovito preventivo. Omenjene standarde kakovosti so uporabili tudi v študiji o razvoju temeljnega okvira EU za minimalne standarde kakovosti in meril na področju zmanjševanja povpraševanja po drogah (EQUUS)⁴.

Sprejetje in izvajanje standardov bo izboljšalo preventivno prakso na področju preprečevanja zasvojenosti, njeno učinkovitost ter zmanjšalo verjetnost izvajanja intervencij, ki nimajo učinkov oziroma imajo lahko celo negativne (škodljive) učinke. Standardi tako predstavljajo dobro orodje za strokovnjake na področju preventive pri razvoju in spodbujanju najboljših praks. Omogočajo jim, da dokažejo uspešnost pri uresničevanju splošnih in specifičnih ciljev lokalnih, regionalnih, nacionalnih in mednarodnih strategij in politik na področju preventive.

Priročnik EMCDDA, ki vsebuje navedbo vseh standardov, je na voljo brezplačno:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>

Več informacij in gradiv o kakovostnih standardih na področju preventive lahko dobite na:

<http://www.prevention-standards.eu> in <http://www.preventivna-platforma.si>

2 Brotherhood A., Sumnall H. in Prevention Standards Partnership (2011). European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals, EMCDDA Manuals No 7, Luxembourg: The Publications Office of the European Union.

3 Standardi, ki se osredotočajo na „kaj“ storiti v preventivi, in jih je izdal Urad Združenih narodov za droge in kriminal (UNODC), so podrobneje predstavljeni v modulu 1 (osnove preventive) tega priročnika.

4 EQUUS je bil projekt, ki ga je vodil Raziskovalni inštitut za javno zdravje in zasvojenost Univerze v Zürichu, sofinanciran pa je bil s strani Evropske Unije. Več informacij: <http://www.isgf.ch/index.php?id=59&uid=41>.

Standardi so v projektnem ciklu organizirani kronološko. S pomočjo projektnega cikla si lahko najlažje predstavljamo strukturo standardov, ki temeljijo na pregledu že obstoječih standardov in posvetovanju s strokovnjaki s preventivnega področja.

Projektni cikel vsebuje **osem sklopov**: ocena potreb, ocena virov, oblikovanje programa, oblika intervencije, upravljanje in mobilizacija virov, izvedba in spremljanje, končno vrednotenje ter širjenje informacij in izboljšave programa. Kot je razvidno iz slike 5, se v središču projektnega cikla pojavljajo tudi štirje temeljni (presečni) elementi, ki so pomembni v vseh fazah nastajanja ali izvajanja projekta/programa. To so: trajnost in financiranje, komuniciranje in sodelovanje deležnikov, razvoj kadrov in etična vprašanja.

Projektni cikel predstavlja predlogo, ki jo strokovni delavci lahko upoštevajo pri načrtovanju in izvajanju preventivnih aktivnosti. Prav tako predstavlja tudi poenostavljen model preventivnih dejavnosti na področju drog, ki ga strokovnjaki lahko prilagodijo glede na specifične okoliščine preventivnega dela. Na primer, če je dejavnost že v fazi izvajanja, bodo kasnejše projektne faze bolj pomembne od začetnih faz programskega načrtovanja.

Vsaka stopnja projekta je razdeljena na več delov, ki vsebujejo napotke o potrebnih ukrepih. Skozi vse faze projekta je vključenih 31 elementov in 4 presečni premisleki, ki so pomembni v vseh fazah projekta (glej tabelo 1). Posamezen element je pospremljen z uvodnim besedilom, ki vsebuje utemeljitev, zakaj je vključen v standarde in kaj je potrebno upoštevati pri njegovem izvajanju. Oštevilčenje elementov ne pomeni nujno prednost ali kronološki vrstni red. V tem priročniku ni potrebe po podrobnejših opisih standardov, saj so objavljeni v **hitrem vodniku**, ki je objavljen na spletni strani www.preventivna-platforma.si.

Slika 5 - Projektni cikel preventive na področju preprečevanja zasvojenosti

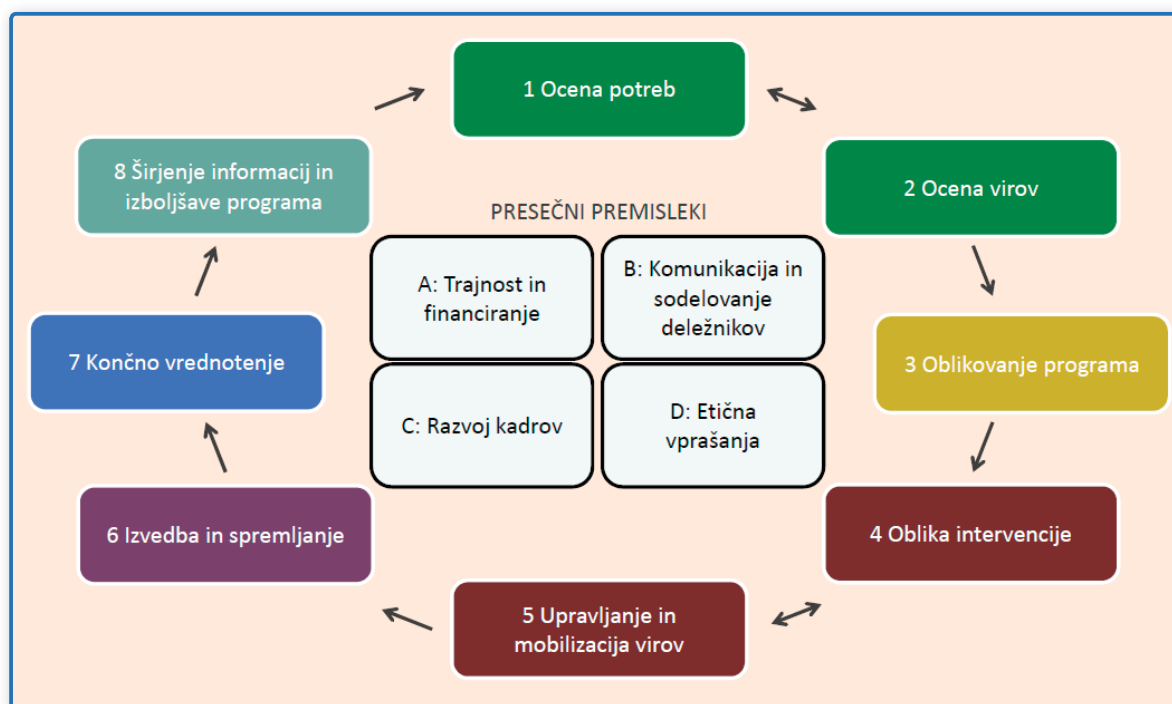


Tabela 1 - Projektne faze in sestavni deli standardov kakovosti na področju preventive

Presečni premisleki
A: Trajnost in financiranje
B: Komunikacija in sodelovanje deležnikov
C: Razvoj kadrov
D: Etična vprašanja
1 Ocena potreb
1.1 Poznavanje politik na področju drog in zakonodaje
1.2 Ocena uporabe drog in potreb skupnosti
1.3 Opis potreb - utemeljitev intervencij
1.4 Razumevanje ciljne populacije
2 Ocena virov
2.1 Ocena ciljne populacije in virov skupnosti
2.2 Ocena notranjih zmogljivosti
3 Oblikovanje programa
3.1 Opredelitev ciljne populacije
3.2 Uporaba teoretičnega modela
3.3 Opredelitev namenov in ciljev
3.4 Opredelitev okolja
3.5 Upoštevanje dokazov o učinkovitosti
3.6 Določanje časovnega okvira
4 Oblika intervencije
4.1 Oblikovanje za kakovost in učinkovitost
4.2 Če ste izbrali obstoječo intervencijo
4.3 Prilagoditev intervencije ciljni populaciji
4.4 Če načrtujete končno vrednotenje
5 Upravljanje in mobilizacija virov
5.1 Načrtovanje programa - projektni načrt
5.2 Finančni načrt
5.3 Sestavljanje ekipe
5.4 Pridobivanje in motiviranje udeležencev
5.5 Priprava materialov
5.6 Priprava opisa programa
6 Izvedba in spremljanje
6.1 Če se izvaja pilotna intervencija
6.2 Izvedba intervencije
6.3 Spremljanje izvajanja
6.4 Prilagajanje izvajanja
7 Končno vrednotenje
7.1 Če izvajate vrednotenje rezultatov
7.2 Če izvajate procesno vrednotenje
8 Širjenje informacij in izboljšave programa
8.1 Odločanje o trajnosti programa
8.2 Širjenje informacij o programu
8.3 Priprava končnega poročila

Presečni razmisleki

Obstaja veliko ponavljajočih se tem, ki ne zadevajo le ene faze projekta, temveč celoten projektni cikel. Štiri teme, ki so bile izpostavljene v sredini projektnega cikla, bi bilo potrebno preučiti v vsaki od faz projekta, in to so: trajnost in financiranje, komunikacija in sodelovanje deležnikov, razvoj kadrov ter etična vprašanja.

Faza projekta 1: Ocena potreb

Preden sploh začnemo intervencijo podrobno načrtovati, je pomembno, da raziščemo naravo in obseg potreb, ki so povezane z uporabo drog, kot tudi možne vzroke in dejavnike, ki prispevajo k tem potrebam. Če ugotovimo, da potrebe so, to zagotavlja, da je intervencija nujna, in da bo obravnavala ustrezne potrebe in ciljne populacije. Razlikujemo štiri vrste potreb: politične potrebe, (splošne) potrebe skupnosti, potrebe, ki jih opredeljujejo vrzeli pri zagotavljanju preventive in (posebne) potrebe ciljne populacije.

Faza projekta 2: Ocena virov

Program ni opredeljen zgolj na podlagi potreb ciljnega prebivalstva, ampak tudi glede na razpoložljive vire. Medtem ko ocena potreb kaže, katere cilje bi morali s programom doseči, ocenjevanje virov zagotavlja pomembne informacije o tem, ali in kako bi lahko te cilje dosegli. Viri morajo zagotavljati realno razumevanje želenega in možnega v okviru delovanja programa.

Faza projekta 3: Oblikovanje programa

Oblikovanje programa vključuje programsko vsebino in strukturo ter zagotavlja potrebne temelje za usmerjeno, podrobno, skladno in realistično načrtovanje. Na podlagi ocene potreb ciljnih skupin in razpoložljivih virov je treba temeljne elemente v programu jasno opredeliti. Cilj oziroma namen standardov je spodbuditi spremembe v (preventivni) strokovni kulturi, da bi zagotovili bolj sistematično, na strokovnih dokazih temelječe preventivno delo.

Faza projekta 4: Oblika intervencije

Vsebina intervencije je običajno zajeta v smernicah namesto standardih kakovosti, saj je specifična za potrebe ciljne populacije, namene programa itd. Vendar pa obstajajo nekateri formalni vidiki, ki se lahko posplošijo. Ti standardi pomagajo pri razvoju nove intervencije, kot tudi pri izbiri in prilagajanju obstoječe intervencije. Standardi spodbujajo tudi k razmisleku o potrebah po vrednotenju, kot pomembnega dela oblikovanja intervencije.

Faza projekta 5: Upravljanje in mobilizacija virov

Preventivnega programa ne sestavljajo le dejanske intervencije, temveč zahteva tudi dobro projektno vodenje in podrobno načrtovanje, da se zagotovi dejanska izvedljivost. Poleg zasnove intervencije je treba upoštevati tudi vodstvene, organizacijske in praktične vidike. Za začetek izvajanja intervencije je treba aktivirati razpoložljiva sredstva in po potrebi oceniti nove vire. Referenčni priročniki za vodenje projektov nudijo podrobne informacije o tem, kako načrtovati in voditi projekte.

Faza projekta 6: Izvajanje in spremljanje

V tej fazi se predhodno razviti načrti izvedejo v praksi. Posebno vprašanje v tej fazi je potreba po ohranitvi ravnovesja med »zvestobo« prvoletnemu programu (torej upoštevanjem načrta projekta) in prilagodljivostjo (torej odziv na nove situacije). V sestavnih delih je opisano, kako se to ravnotežje lahko doseže s spremljanjem kakovosti in postopkov izvajanja ter z izvajanjem nadzorovanih sprememb za izboljšanje programa.

Faza projekta 7: Končno vrednotenje

Ko je intervencija zaključena, s pomočjo končnega vrednotenja ocenimo učinek in/ali proces uresničevanja ter izvedbe programa. Na kratko, vrednotenje rezultatov ali učinkov se osredotoča na spremembo vedenjskih vzorcev udeležencev (npr. zmanjšana uporaba drog), medtem ko se procesno vrednotenje osredotoča na rezultate dejavnosti (npr. število izvedenih lekcij, število udeležencev, zadovoljstvo z izvedbo ipd.). Ugotovitve vrednotenja rezultatov ter procesnega vrednotenja moramo interpretirati skupaj, če želimo temeljito razumeti uspešnost programa.

Faza projekta 8: Širjenje informacij in izboljšave programa

V končni fazi projekta je glavnega pomena prihodnost programa: ali se bo program nadaljeval, in če da, kako? Razširjanje informacij o programu lahko pomaga spodbujati njegovo nadaljevanje, obenem pa omogoča, da se drugi učijo iz izkušenj izvajanja programa.

TRETJI DEL

Smernice za načrtovanje in izvedbo vrednotenja

Vrednotenje načrtovanja

Vrednotenje načrtovanja nekega projektnega predloga/načrta ali intervencije se izvede po načrtovanju in zasnovi preventivne intervencije in po tem, ko izberemo njene cilje, sredstva, metode, ciljno skupino in delovni načrt. Načrt intervencije je običajno skladen z nekim vnaprej opredeljenim formatom, v skladu z zahtevami sponzorja ali ustanove, ki intervencijo financira.

Ta faza vključuje presojo:

- ustreznosti strategije intervencije;
- ocene konteksta, potreb in virov;
- kakovosti predloga in izvedljivosti;
- potencialnih rezultatov in učinkov;
- jasnosti in tehnosti predpostavk, zakaj smo se odločili ravno za to intervencijo;
- uporabe znanstvenih dokazov v sami osnovi preventivnega pristopa;
- skladnosti različnih faz predloga ter primernosti in trdnosti partnerskih dogovorov.

Tovrstno oceno oziroma presojo običajno izvajajo uradniki, ki so odgovorni za sredstva, namenjena preventivi (npr. pri javnem razpisu za izbiro in sofinanciranje predlogov na področju preventive), ali pa nek zunanji ocenjevalec ali oseba, ki je odgovorna za intervencijo. Informacije je treba pridobiti od načrtovalcev in skupine, ki bo dejansko izvedla intervencijo, ter iz dokumenta projektnega predloga.

Problem / pojav

Izhodišče za fazo načrtovanja je opis vrste, obsega in lokacije problema / pojava, ki ga bo intervencija obravnavala. V tem priročniku raje uporabljamo izraz »pojav«, kajti izraz »problemi, povezani z drogami«, ki bi ga prav tako lahko uporabljali, ima bolj negativen prizvok, in ker lahko program na področju preventive uporabimo za obravnavo različnih vrst pojavov. Ta pojav je treba definirati kot vedenje, povezano z uporabo substanc, ki ga načrtovana intervencija želi preprečiti, ali kot stališče do uporabe psihoaktivnih substanc in (ne)zdravega življenjskega sloga. Prav tako je treba izpostaviti značilnosti tistih, na katere ta pojav vpliva.

Konceptualno ozadje in teoretski okvir

Po tem, ko smo opredelili pojav, je treba začrtati teorijo v zvezi z dojetjem, ki ga morda imajo strokovni delavci (ali načrtovalci) o vzroku, spremembah in nadzoru nad pojavom. S tem bi morali razjasniti, zakaj so ti izbrali neko konkretno strategijo in pristop k preventivni intervenciji na področju drog in zakaj so navedli določene cilje in metode za intervencijo. Pri zasnovi neke intervencije morajo pojasniti tudi teoretično ozadje in zakaj bo po njihovem mnenju takšna intervencija povzročila nek pričakovani pozitiven učinek na določeno ciljno skupino.

Potreba po preventivni intervenciji

Preveriti je treba tudi, ali pojav obstaja v takšni meri, ki upravičuje intervencijo. Takšna analiza potrebe po določeni intervenciji mora izračunati število ljudi, na katere pojav vpliva, podati dobre argumente za to določeno intervencijo za razliko od kakšne druge ter opisati kako (če sploh) le-ta ustreza drugim aktivnostim.

Ciljna skupina

V naslednjem koraku je treba razmisliti o skupini, na katero se bo konkretna intervencija osredotočila (ciljna skupina). Običajno lahko razlikujemo med dvema vrstama ciljne skupine: končna ciljna skupina, ki je najbolj podvržena tveganju uporabe substanc, in vmesna ciljna skupina, ali dejavniki sprememb, kot so npr. starši, učitelji, športni trenerji, socialni in zdravstveni delavci, deležniki v skupnosti, vrstniške skupine, neprofitne organizacije, mladinski vodje in splošna populacija. Če intervencija obravnava zgolj vmesno ciljno skupino, potem moramo to skupino opisati kot ciljno skupino. Prav tako je treba pojasniti, kako se boste približali ciljni skupini in jo motivirali za sodelovanje v intervenciji.

Cilji

Cilji intervencije morajo biti popolnoma jasni, pri čemer morajo biti opredeljeni njeni pričakovani rezultati oziroma učinki na vedenje, povezano z uporabo substanc, in na posredovalne spremenljivke. Prav tako je treba opisati, kakšne rezultate ali učinke naj bi intervencija dosegla pri vsakršni vmesni ciljni skupini.

Metode

Treba je razjasniti tudi metode in strategije, ki jih boste uporabili za doseganje ciljev. Opisati je treba empirične dokaze za te strategije ter tudi časovni raspored in časovni okvir, ki sta potrebna za intervencijo.

Sredstva

Ko pojasnite cilje in metode, je treba preučiti tudi razpoložljiva sredstva (vključno z razpoložljivim časom osebja), da bi zagotovili, da ni nobenih ovir, ki bi lahko vplivale na izvedbo ali vrednotenje.

Kako oblikovati evalvacijska vprašanja

Prvemu koraku vrednotenja, tj. opisu intervencije in »teorije programa«, sledi drugi korak, ki se nanaša na opredelitev konkretnih evalvacijskih vprašanj. Medtem ko lahko spremljamo vsak vidik intervencije, pa ne moremo ovrednotiti vsega: konkretnim evalvacijskim vprašanjem moramo določiti prednost in pomembnost. Dobro vprašanje je zelo pomembno.

Kako interpretirati in uporabiti rezultate vrednotenja

Programi se običajno izvajajo verižno, dlje časa in pogosto vključujejo številne upravne ravni (tj. občine, regije, državo) ter mnoge druge deležnike. Intervencije ne delujejo same po sebi: učinek dobijo zgolj skozi utemeljitve ter odzive njenih prejemnikov in izvajalcev. Prejemniki so številni in različni. Izvirajo iz različnih okolij, ustanov, kultur in ozadij. Odzivi na intervencije so torej različni in ustvarjajo raznovrstne rezultate in učinke. Intervencije so omejene aktivnosti, ki so vdelane v kompleksne družbene sisteme in se pojavljajo na širših območjih. Niso hermetično zaprte, ampak nastajajo v odprtih sistemih, za katere so značilne številne intervencije, pri čemer vsaka od teh posega v sprejemanje druge. Strokovni delavci morajo delati in se učiti, kako izboljšati izvajanje intervencij, ne pa samo ohraniti enoličnost, da bi izpolnili zahteve vrednotenja in preizkusov (npr. pilotnih izvedb).

Akterji vrednotenja:

- (so)financerji projekta / programa / aktivnosti
- vodstvo / vodilni kader ustanove ali organizacije
- zaposleni na projektu / programu / aktivnosti
- ciljna populacija
- drugi strokovnjaki, ki delajo na sorodnih področjih
- pripravljalci politik
- politiki / odločevalci
- širša skupnost (npr. na področju javnega zdravja)
- raziskovalci / akademiki / teoretiki

Procesno vrednotenje in sistem spremljanja

Procesno vrednotenje je treba načrtovati ne glede na to, ali pri tem uporabljamo kvalitativno ali kvantitativno metodo preiskovanja. Ocenjujemo izvedbe neke intervencije in reakcije strokovnih delavcev, različnih deležnikov in udeležencev.

Procesno vrednotenje opisuje:

- če in kako smo izvedli preventivno intervencijo;
- kako so bila porabljena različna sredstva (čas, denar, pripomočki, orodja ipd.);
- do kakšne mere in kako so bile dosežene določene ciljne skupine;
- kakšna je raven sodelovanja različnih deležnikov in kako so sodelovali različni partnerji.

S procesnim vrednotenjem obravnavamo tudi kakovost intervencije. S tem ko zbiramo vse pomembne podatke o izvajanju intervencije, ponujamo uporabne informacije, ki jih je mogoče uporabiti za izboljšanje bodočih intervencij in za pojasnitev, »zakaj« smo oziroma nismo dosegli nekaterih rezultatov. Opis izvedbe in razvoja intervencije bi moral zajeti vse aktivnosti, ki so dejansko bile izvedene. To nam omogoča oceno o tem, ali smo intervencijo izvedli, tako kot je bilo prvotno načrtovano (npr. privrženost, zvestoba, ponovno odkrivanje določenih karakteristik in ozadij, nepričakovane ali namenske spremembe). Med nadzorovanjem in vrednotenjem vedno obstaja zmeda. Sistem nadzora lahko opredelimo kot sistem opazovanja, katerega cilj je preverjati, ali se aktivnosti projekta odvijajo v skladu z intervencijskim načrtom in ali se sredstva (čas, denar, pripomočki ali orodja) uporabljajo na pravilen in učinkovit način. Sistem nadzora upravlja interno osebje in mora vodjem projekta zagotavljati stalen dotok podatkov skozi celoten potek intervencije, da bi ti lahko sprejeli prave odločitve. Med vrednotenjem je mogoče in uporabno, če ne že nepogrešljivo, uporabljati podatke o nadzoru, še posebej administrativne podatke. Medtem ko je vrednotenje usmerjeno v izražanje konkretnih presoj na osnovi meril, včasih tudi standardov, pa sistem nadzora zagotavlja pretok zbiranja podatkov. To je stalna funkcija upravljanja, ki je v prvi vrsti osredotočena na zagotavljanje rednih povratnih informacij in zgodnjih znakov napredka oziroma nedoseganja pričakovanih vmesnih rezultatov.

Načrtovanje procesnega vrednotenja

Pri načrtovanju procesnega vrednotenja se je potrebno odločiti, katere spremenljivke in pokazatelje (indikatorje) je treba izmeriti.

Spremljanje preventivne intervencije

To je morda najpomembnejša točka v življenju intervencije. Opis njene izvedbe in razvoja mora zajemati vse aktivnosti, ki so dejansko bile izpeljane. To nam omogoča oceno o tem, ali je bila intervencija izvedena tako, kot je bilo sprva načrtovano.

Ponovna obravnava ciljne skupine

Preučiti je treba tudi to, ali je želena ciljna skupina bila dosežena ali ne. Nadalje je treba ugotoviti, v kolikšni meri je preventivna intervencija dejansko dosegla ciljno skupino (izpostavljenost intervenciji).

Kakovost preventivne intervencije

Poleg ugotavljanja, kako je intervencija bila izvedena, je treba oceniti tudi, kako dobro je bila izvedena. Kakovost intervencije je mogoče ugotoviti v smislu odzivov in odnosa ciljne skupine do intervencije (npr. sprejemanje, stopnja poistovetenja, vključenost, osebna korist itd.).

Razprava o rezultatih procesnega vrednotenja

Tako kot pri načrtovanju vrednotenja intervencije je tudi tukaj treba analizirati in interpretirati rezultate procesnega vrednotenja. Te rezultate je treba primerjati z rezultati, pridobljenimi iz drugih vrednotenj in ustreznih raziskav, analiza pa bi morala vključiti tudi predloge za naprej.

Kontrolni seznam procesa

Procesno vrednotenje intervencije je sedaj zaključeno.

Do te točke bi morali razjasniti naslednje:

- kako se bo »proces« meril;
- kaj se je dejansko zgodilo oziroma dogajalo v času intervencije;
- koliko ljudi je intervencija dejansko dosegla;
- kolikšen odstotek ciljne skupine je intervencija dosegla; in
- kako »dobra« je bila intervencija.

Tudi dejansko izvedbo intervencije je treba pregledati, skupaj z izvirnimi načrti, da bi videli, kaj se je spremenilo v praksi. Naslednje poglavje bo pomagalo pri vrednotenju končnih srednjeročnih in dolgoročnih rezultatov ter učinkov intervencije. Z drugimi besedami, ali je intervencija res dosegla tisto, kar je bilo potrebno in načrtovano.

Vrednotenje rezultatov in učinkov

Vrednotenje rezultatov in učinkov preučuje srednjeročne in dolgoročne rezultate oziroma učinke intervencije. Ugotavlja, ali je intervencija dejansko dosegla nameravane cilje, in tako predstavlja pomembno orodje za presojo o tem, ali se določeno intervencijo splača nadaljevati, prilagoditi ali zavreči. Zasnova vrednotenja rezultatov in učinkov ima zelo močan vpliv na kakovost rezultatov in učinkov. To poglavje se torej prične z opisom načrtovanja vrednotenja rezultatov in učinkov, še preden si postavimo vprašanje, kako lahko rezultate vrednotenja rezultatov in učinkov uporabimo.

Načrtovanje vrednotenja rezultatov in učinkov

Z načrtovanjem vrednotenja rezultatov in učinkov moramo pričeti pred začetkom intervencije, saj lahko odločitve iz te faze vplivajo na časovni raspored intervencije in zbiranje podatkov.

Naslednja razvrstitev kazalnikov in orodij je lahko v pomoč:

- kazalniki in orodja za merjenje vedenja glede uporabe substanc pri končni ciljni skupini;
- kazalniki in orodja za merjenje posrednih spremenljivk, povezanih z vedenjem glede uporabe substanc pri končni ciljni skupini;
- kazalniki in orodja za merjenje drugih posrednih spremenljivk pri končni ciljni skupini;
- kazalniki in orodja za merjenje ciljev pri vmesni ciljni skupini.

Izvedba vrednotenja rezultatov in učinkov

Oboroženi z načrtom vrednotenja morate nato opisati dejansko vrednotenje rezultatov in učinkov, ki mora biti osredotočeno na spremembe ali prilagoditve ne le v vzorcu, ampak tudi v zasnovi in pri uporabi orodij oziroma pripomočkov. Prav tako je treba razlikovati med nepričakovanimi in namernimi spremembami.

Vzorec

Priskrbeti je treba informacije o vzorcu, ki ga bomo uporabili pri pridobivanju podatkov za vrednotenje rezultatov in učinkov. Vzorec naj bi glede različnih značilnosti ustrezal vsem, ki jih bo intervencija dosegla, oziroma načrtovani ciljni skupini. Treba je opisati značilnosti vzorca in postopek nabora ter stopnjo (morebitnega) osipa.

Rezultati in učinki

Na neki točki vrednotenja rezultatov in učinkov je treba preučiti izsledke intervencije. Rezultate lahko predstavite v tabelah, kot kompleksne statistične analize ali kot pisno izjavo.

Razprava o izsledkih vrednotenja rezultatov in učinkov

Na koncu je treba analizirati in interpretirati rezultate vrednotenja rezultatov. Tako kot pri procesnem vrednotenju je te rezultate treba primerjati s tistimi, ki smo jih pridobili pri drugih vrednotenjih in primerljivih raziskavah, ter nato podati predloge za nadaljnji razvoj in izvajanje intervencije.

Kontrolni seznam glede rezultatov in učinkov

Vrednotenje rezultatov je sedaj zaključeno in celoten proces vrednotenja je skoraj končan.

Do sedaj bi morali imeti jasno sliko o naslednjih točkah:

- kako je bilo načrtovano merjenje rezultatov in učinkov;
- kako je bilo dejansko izpeljano vrednotenje rezultatov in učinkov;
- od koga smo zbirali informacije o rezultatih in učinkih;
- ali je intervencija imela kakršenkoli vpliv na vedenje ciljne skupine; in
- ali je intervencija dejansko dosegla svoj namen.

Intervencija je sedaj ovrednotena. Naslednja faza je to dejstvo objaviti in pridobljene izkušnje deliti z drugimi. Najboljša rešitev (če je možno) je osebu programa oziroma intervencije zagotavljati stalne povratne informacije o rezultatih vrednotenja, saj lahko ti bolje izkoristijo priporočila in globlji vpogled, ki jih ponuja vrednotenje, ter se po potrebi odločijo za pravočasne spremembe intervencije z namenom, da bi dosegli nameravane učinke.

Najpogostejše napake oziroma pomanjkljivosti pri vrednotenju:

- premajhen vzorec
- prekratka izvedba
- šibka kakovost izvedbe
- neprimerne uporabljene metode
- etični vidiki zanemarjeni
- udeleženci ne razumejo intervencije
- slabo vodena izvedba
- politika lahko zlorabi ugotovitve
- industrija lahko zlorabi pilotske izvedbe za lastne interese

Dileme pri vrednotenju:

- Vrednotenje z vključevanjem težko dosegljive ciljne populacije
- Vrednotenje kompleksnih pristopov (različne interpretacije)
- Kako zagotoviti, da bodo naši dokazi šteli (razširjanje rezultatov)?

10 uporabnih namigov pri vrednotenju:

- Pripravite načrt vrednotenja pred začetkom postopka vrednotenja.
- Identificirajte relevantne pokazatelje (indikatorje) uspeha in jih uporabite pri izbiri metod in zbiranju podatkov.
- Preučite proces in kontekst ter tudi rezultate oziroma učinke (kako in zakaj je program lahko uporaben).
- Struktura in metode morajo biti usklajene z vrednotami in etičnimi vidiki programa.
- Vztrajajte pri vključevanju ključnih akterjev, da povečate relevantnost in uporabnost vrednotenja.
- Uporabite različne poglede (perspektive) in raznolike metode, da okrepite dokaze.
- Etična vprašanja morajo biti razrešena skozi celoten proces vrednotenja.
- Bodite pripravljeni, da uporabite inovativne rešitve, da premostite ovire in težave.
- Zagotovite, da bodo ugotovitve jasno predstavljene in dostopne različnim javnostim.
- Bodite iskreni glede dokazov in njihovih omejitev.

III. SKLOP

Slovarček

Cilji

Cilji so konkretne in merljive izjave, ki se nanašajo na želen končni rezultat preventivne intervencije. Za namene ocenjevanja mora oblikovanje ciljev natančno določiti spremenljivke, ki se bodo spreminjale, in vzpostaviti merljive kriterije uspešnosti. Prepričljiva in preverljiva predpostavka mora programske aktivnosti povezati s cilji, cilje pa s predvidenimi končnimi rezultati. Če si zastavimo nejasne splošne cilje, ki jih ne moremo oblikovati v konkretne cilje, ne bo mogoče izvesti intervencije ali oceniti njene učinkovitosti.

Ciljna skupina

Ciljna skupina je skupina ljudi, gospodinjstev, ustanov ali organizacij, skupnosti ali kakšnih drugih prepoznavnih enot, v katere je usmerjena preventivna intervencija. Poznamo dve vrsti ciljne skupine: končne in vmesne ciljne skupine. Skrbna analiza ter ocena velikosti in narave ciljne skupine sta ključna predpogoja pri preučevanju potreb po preventivni dejavnosti. Le-ta bo tudi povečala kakovost in učinkovitost projekta/programa.

Deležniki

Deležniki so lahko osebe v programu, udeleženci programa, odločevalci in ocenjevalci.

Indicirana preventiva

Strategije indicirane preventive so usmerjene v identifikacijo in obravnavo posameznikov, ki kažejo zgodnje znake uporabe ali zlorabe substanc (vendar še niso razvili znakov zasvojenosti) in drugih tveganih ravnanj. Te ciljne skupine potrebujejo specifične intervencije, usmerjene pretežno v individualno obravnavo v smislu preprečevanja tveganega obnašanja.

Izpostavljenost

Izpostavljenost meri obseg neke intervencije, ki jo je ciljna skupina dejansko izkusila. To zajema število in dolžino intervencijskih srečanj in uporabljena gradiva. Stopnja izpostavljenosti se nanaša tudi na raven sodelovanja in to, ali je intervencija v resnici dosegla udeležence.

Kakovost izvedbe intervencije

Kakovost izvedbe se nanaša na to, kako udeleženci ali izvajalci ocenijo intervencijo in njeno kakovost. Pokazatelji, povezani z dojetjem intervencije, so lahko sprejemanje njene vsebine, stopnja poistovetenja s to vsebino in verodostojnost teh vsebin, zadovoljstvo z intervencijo, osebna korist in ustreznost glede na težavo. Pokazatelji, ki se nanašajo na predstave o kakovosti intervencije, so lahko prepričljivost izvajalcev, njihovo motivacijo in interakcijo med izvajalci in udeleženci.

Končna ciljna skupina

Končna ciljna skupina je skupina ljudi, ki bo na koncu imela koristi od intervencije. Te posameznike je mogoče obravnavati neposredno z intervencijo ali posredno prek vmesne ciljne skupine. Za prepoznavanje končne ciljne skupine je mogoče uporabiti dva koncepta: rizična populacija in populacija, ki je potrebna pomoči. Prva pokriva del populacije z veliko verjetnostjo razvoja vedenja, povezanega z uporabo drog (npr. otroci iz razpadlih družin, otroci s starši ali brati oz. sestrami, ki so zasvojeni z drogami). Nasprotno pa izraz »pomoči potrebna populacija« opredeljuje ciljno populacijo kot enoto s posebnimi značilnostmi (npr. vsi petošolci).

Kontrolna skupina

Kontrolna skupina je skupina ljudi, ki ne sodelujejo v preventivni intervenciji, ki jo prvenstveno vrednotimo z vidika spremembe vedenja. Namesto tega ta skupina bodisi ne prejema nobene intervencije ali pa prejema intervencijo, ki ni povezana z vrednoteno preventivno dejavnostjo.

Kvalitativni pristop

Kvalitativni pristopi k vrednotenju želijo nek program ali določene vidike le-tega razumeti kot celoto. Namesto da študijo pričnemo s predobstoječimi pričakovanji glede merjenja procesov ter končnih rezultatov (kvantitativni pristop), se poudarek daje podrobnemu opisu in poglobljenem razumevanju, kot izhaja iz neposrednega stika in izkušenj s programom in udeleženci v le-tem. Kvalitativne tehnike slonijo na opazovanju, intervjujih, študijah primera in drugih sredstvih terenskega dela. Ta pristop je primeren, če se uporabi samostojno ali v kombinaciji s kvantitativnimi pristopi, npr. kadar nek program poudarja individualizirane končne rezultate, kadar obstajajo pomisleki o kakovosti programa ali kadar so cilji nekega programa dokaj nejasni. Kvalitativnih podatkov ni mogoče preprosto povzeti v številkah, vendar pa jih je mogoče pretvoriti v kvantitativne podatke.

Kvantitativni pristop

Kvantitativni podatki so opažanja, ki jih je mogoče predstaviti v številkah, kot so npr. odgovori v strukturiranih vprašalnikih. Kvantitativni pristopi k vrednotenju obravnavajo predvsem merjenje končnega števila opredeljenih izsledkov. Poudarek je na merjenju, povzemanju, seštevanju in primerjanju meritev ter na izpeljevanju pomena iz kvantitativnih analiz. Tehnike, ki se pogosto uporabljajo v kvantitativnih pristopih, so eksperimentalni načrti in uporaba kontrolnih skupin. Ti so še zlasti pomembni, kadar je poglavitni cilj vrednotenja vzpostaviti učinkovitost programa (kvalitativni pristop).

Namerne spremembe

Namerne spremembe se sprožijo namerno, da bi izboljšali intervencijo ali vrednotenje.

Nepričakovane spremembe

Nepričakovane spremembe v izvedbi ali vrednotenju programa so spremembe ali odstopanja od programskega načrta, ki so bile nenačrtovane in nepredvidene. Lahko so negativne glede na svoje posledice (pomanjkanje sprejemanja programa, spremembe v šolskem okolišu, proračunski rezi itd.). Lahko pa so tudi pozitivne, na primer nepričakovano visoka stopnja udeležbe in dodatni sponzorji.

Norme

Norme so nepisana pravila vedenja, ki jih zaznavamo kot prepričanja ali mnenja. V kontekstu uporabe substanc so v empiričnih raziskavah normativna prepričanja prepoznana kot močne posredovalne spremenljivke za sprožitev vedenja, povezanega z uporabo substanc. Eden izmed ciljev preventivne intervencije je lahko vplivati ali spremeniti ta normativna prepričanja.

Ocena potreb

Ocena potreb (ali analiza potreb) je sistematična presoja zaznanega pojava in ustreznosti predlagane intervencije. Je bistvenega pomena, če želimo preprečiti napačno presojo velikosti in lastnosti konkretne težave in tako tudi potrebe po določeni intervenciji. Pri oceni potreb je mogoče uporabiti različne tehnike. Tako imenovani »pristop ključnega posredovalca informacij« vključuje prepoznavanje, izbiranje in posvetovanje s strokovnjaki, ki delajo na tem področju. Vrednost te tehnike je, da je mogoče pridobiti širok vtis o potrebah in storitvah, ki so potrebne za to ciljno skupino. Omejitev pa je, da lahko ta vtis temelji na predobstojećih predsodkih ali pristranskih informacijah, ki jih imajo strokovnjaki. Zato je dobra strategija, da postavimo sklop vprašanj, ki se bodo uporabljala enako pri vseh strokovnjakih. To bo omogočalo primerjavo odgovorov, ki jih podajo različni strokovnjaki. Vprašanja naj obravnavajo določene in konkretne informacije (kdo, kje, kaj in kako) - kot še ena kontrola pred pristranskimi informacijami. »Pristop skupnostnega foruma« temelji na odprtem srečanju članov skupnosti. Uporabiti ga je mogoče za zbiranje informacij o razširjenosti in pojavnosti neke težave in o značilnostih ciljne populacije. Tako kot pri pristopu »ključnega posredovalca informacij«, še vedno obstaja možnost pristranskih informacij, bodisi zaradi premajhne ali pa prevelike zastopanosti posameznikov v forumu skupnosti, ki jih je ta težava prizadela. Najboljše rezultate je torej mogoče dobiti, če ocenjevalec uporabi reprezentativni vzorec skupnosti. Pomaga, če sprašujemo zelo konkretna vprašanja, da bi zagotovili veljavnost informacij. Pristop »ocene obstoječe intervencije« ocenjuje ciljno populacijo, s tem ko analizira izkušnje podobne preventivne dejavnosti v neki drugi skupnosti. Ta pristop temelji na predpostavki, da bodo značilnosti in velikost dveh skupin podobne. »Pristop pokazateljev« ocenjuje ciljno populacijo na podlagi epidemioloških podatkov iz državnih statističnih virov. To statistiko običajno ustvarjajo različne javne ustanove in pristojna ministrstva. Pogosto so na razpolago podatki o prebivalstvu mest, krajev in okrožij. Nazadnje pa so posebej naročene ankete, ki ocenjujejo naravo in obseg neke težave, najbolj neposreden in pogosto najbolj natančen način, da ocenimo potrebo po neki intervenciji.

Ocenjevalec / izvajalec vrednotenja

Oseba, ki nastopa kot ocenjevalec oziroma izvajalec vrednotenja, bi morala biti seznanjena z načrtovanjem vrednotenja, metodologijo družboslovnih raziskav, statističnimi načrti in povezanimi težavami. Oseba mora imeti zadostno znanje o statistiki, da analiza podatke, ki so bili zbrani med izvedbo intervencije, prav tako pa mora poznati konkretne programske pakete (kot sta SPSS in SAS). Ker sistematično vrednotenje temelji na družboslovnem raziskovanju, imajo mnogi strokovnjaki za vrednotenje tudi osnovno znanje družboslovnih ved. Obstajata dva temeljna modela za ocenjevalčevo razmerje z organizacijo, ki izvaja intervencijo, in sicer ocenjevalec lahko opravi »notranjo oceno« (kadar ocenjevalec pripada organizaciji, ki izvaja intervencijo) ali »zunanjo oceno« (kadar ocenjevalec dela za raziskovalni inštitut, svetovalno podjetje ali univerzo). Obe možnosti imata svoje prednosti in slabosti. Ker imajo notranji ocenjevalci boljši dostop do osebja, vključenega v program, in administracije, so lahko ti bolje seznanjeni z intervencijo kot pa nek zunanji ocenjevalec. Veliko informacij, ki se pridobijo po neuradni poti, zunanjemu ocenjevalcu namreč ne bodo na voljo. Kot oseba, ki jo zaposleni dobro poznajo in ji zaupajo, notranji ocenjevalec običajno ugotovi, da je osebje bolj pripravljeno posvetiti čas vrednotenju, priznati težave in deliti zaupne stvari. Rezultati vrednotenja se tako lahko tudi lažje in bolj neuradno posredujejo nazaj projektne osebe. Očitna slabost notranjega ocenjevalca pa je lahko pomanjkanje objektivnosti, in sicer zaradi odvisnosti od organizacije in, drugič, zaradi osebnih odnosov ocenjevalca z osebjem v programu. Notranji in zunanji ocenjevalci lahko izvedejo vse tri faze – načrtovanje vrednotenja, procesno vrednotenje ter vrednotenje rezultatov in učinkov. Vendar pa se določene situacije bolj prilegajo eni ali drugi vrsti ocenjevalca. Morda bi bilo primerneje, če načrtovanje vrednotenja in procesno vrednotenje izvede notranji ocenjevalec, medtem ko bi vrednotenje rezultatov in učinkov bolje opravil zunanji ocenjevalec.

Okoljske strategije oziroma strategije, usmerjene v spremembo okolja

Gre za specifične preventivne strategije, s katerimi skušamo neposredno vplivati na kulturno, politično in družbeno okolje. Glavni cilj večine preventivnih aktivnosti je običajno v preprečevanju uporabe oziroma prestavitvi prve uporabe substanc, saj zgodnja uporaba pomeni tudi večje tveganje za kasnejšo problematično rabo drog in razvoj zasvojenosti. Po drugi strani pa sta zlasti uporaba tobaka in alkohola močno povezana s kulturnim okoljem in normami ter sprejemljivostjo uporabe in dostopnostjo teh substanc v določenem kulturnem ali družbenem okolju. V povezavi s tem spadajo okoljske strategije oziroma strategije, usmerjene v spremembe okolja, med tiste preventivne ukrepe, s katerimi skušamo učinkovati na ravni družbenih, formalnih in kulturnih norm glede alkohola, tobaka in v nekaterih okoljih tudi konoplje (kanabisa). Te strategije so usmerjene v oblikovanje odnosa (razpoloženja), pravega dojemanja in vrednot glede omenjenih substanc v posamezni družbi oziroma okolju.

Osip

Preiskovanje osipnikov je ključnega pomena za srednje in dolgoročne preventivne intervencije. Osipnik je udeleženec neke intervencije, ki se je udeležil začetnega zbiranja podatkov, vendar v vzorcu ni ostal do konca trajanja intervencije oziroma zbiranja podatkov. Veliko število osipnikov lahko ogrozi veljavnost izsledkov, s tem pa se lahko ustvarja pristranskost. Osipniki lahko povzročijo tudi težave pri statistični analizi s tem, ko zmanjšajo velikost vzorca.

Ovire

Finančna situacija, kadrovanje, politika, administrativne težave in mnoge druge razmere lahko ovirajo vrednotenje katerekoli preventivne intervencije. Ovire so lahko izguba finančnih sredstev, negativna stališča osebja, odločitev, da se poročilo o vrednotenju ne objavi, ali pa zavrnitev šole, ki ne dovoli raziskovanja med svojimi učenci ali dijaki.

Predtest in potest

Zasnova predtesta in potesta je preprost način za načrtovanje vrednotenja rezultatov in učinkov brez uporabe kontrolne skupine. V tej zasnovi se meri le tiste ljudi, ki so deležni intervencije. Ti so testirani (npr. v zvezi z znanjem, odnosi ali namerami) pred in po intervenciji. Razlike med tema dvema merjenjema se nato preverijo glede na njihovo statistično pomembnost. Prednost te zasnove je njena preprostost in dejstvo, da zanjo ne potrebujemo veliko časa. Glavna pomanjkljivost pa je dejstvo, da brez kontrolne skupine ni jasno, ali so rezultati dejansko posledica intervencije ali kakšnih drugih sočasnih dejavnikov.

Preventivna intervencija

Preventivno intervencijo lahko opišemo kot aktivnost oziroma dejavnost, ki jo posameznik ali ustanova izvaja z namenom preprečiti vedenje, povezano (pretežno) z uporabo različnih substanc (npr. alkohola, tobaka ali drugih drog). Preventivno intervencijo lahko izvedemo v različnih okoljih (oziroma na različnih lokacijah) ter z različnimi metodami in vsebino. Intervencijo lahko izvedemo v obliki enkratne aktivnosti ali dolgoročnega projekta, ki traja nekaj mesecev ali več.

Pripomočki / orodja

Pripomočki ali orodja se nanašajo na vse metode, ki so uporabljene za zbiranje informacij o ciljni skupini, vrednotenju itd. Največkrat uporabljeni pripomočki ali orodja pri vrednotenju so samoporočevalni vprašalniki, testi, ocene, intervjuji in pripomočki za opazovanje. Priporočljivo je uporabiti pripomočke z dobro osnovano objektivnostjo, veljavnostjo in zanesljivostjo. Izvedljivost pripomočkov je treba pred uporabo v širšem obsegu predhodno preizkusiti.

Privrženost

Privrženost je eden od vidikov izvedbe intervencije, skupaj z zvestobo in ponovnim odkrivanjem. Pokazatelji privrženosti (npr. v eksperimentalni skupini) se lahko nanašajo na vprašanja, ali je bil program izveden dovolj dosledno, da bi lahko sklenili, da je bil izpeljan, oziroma ali je program trajal dovolj dolgo, da ga je ciljna skupina zaznala.

Pristranskost

Pristranskost se nanaša na vse vrste nenačrtovanih in pogosto neopaženih sprememb, ki nastanejo v procesu zbiranja podatkov, in ki lahko vplivajo na rezultate vrednotenja. Primer pristranskosti je obseg, v okviru katerega v intervenciji sodelujejo le konkretne podskupine določene ciljne skupine (npr. le zelo motivirani otroci). Takšen vzorec je »izkrivljen« in rezultati so lahko neveljavni. Do pristranskosti lahko pride tudi z osipom in logičnimi napakami v zasnovi vrednotenja.

Pojavnost

Pojavnost je opredeljena kot število novih primerov, ki izkazujejo nek določen pojav, ki se pojavlja na določenem geografskem območju v določenem časovnem obdobju.

Pokazatelj / indikator

Pokazatelj oziroma indikator je mera, ki odraža določeno težavo ali stanje. Pokazatelji se uporabijo za nadomestitev nekega cilja ali koncepta, ki ga ni mogoče meriti neposredno, ali ki bo opažen šele v prihodnosti. Izbira primernih pokazateljev mora temeljiti na literaturi, teorijah ali predhodnih raziskavah. Pokazatelji se uporabljajo za merjenje kakovosti izvedbe ali rezultatov in učinkov neke intervencije.

Pokritost

Pokritost pomeni obseg, v okviru katerega neka intervencija doseže svojo predvideno ciljno skupino. Lahko jo opredelimo tudi kot razmerje med številom dejanskih udeležencev in številom predvidenih udeležencev, nizka pokritost pa lahko poveča pristranskost.

Ponovno odkritje

Ponovno odkritje je eden izmed vidikov izvedbe intervencije, skupaj s privrženostjo in zvestobo. Nanaša se na popravke v vsebini in izvedbi programa glede na izvirno zasnovan standard. Od pomanjkanja privrženosti se razlikuje v tem, da vključuje namerne in načrtovane spremembe, ki so bile sprožene, da bi izboljšali učinkovitost programa (za razliko od pomanjkanja sprejemanja, nesodelovanja ali nenačrtovanih sprememb). Ponovno odkritje je še posebej pomembno, ko je učinke programa mogoče okrepiti s prilagajanjem njegove vsebine določenim okoljem ali populacijam.

Posredovalne spremenljivke

Posredovalne spremenljivke naj bi bile povezane z vedenjem pri uporabi drog, s tem ko spodbujajo spremembe v vedenju, povezanim z uporabo drog, ki jih prinese preventivna intervencija. Razlikujemo med dvema vrstama posredovalnih spremenljivk: (1) posredovalne spremenljivke, ki so neposredno povezane z uporabo drog in povpraševanjem po drogah, kot sta odnos do drog ali namen uporabiti droge; (2) posredovalne spremenljivke, ki so posredno povezane z uporabo drog (na strani ponudbe in povpraševanja), kot so npr. življenjske veščine, dejavniki tveganja, zaščitni dejavniki, strukturne spremembe, življenjski slog, kulturne navade, problematično vedenje, dostopnost in cene drog.

Program

Program lahko opišemo kot skupno število koordiniranih aktivnosti ali intervencij. Program želi doseči splošne cilje, ki so npr. povezani z zmanjšanjem uporabe drog.

Različni pogledi na potrebe

Strokovni delavci, oblikovalci politik, odločevalci in ciljne skupine imajo lahko različne poglede na to, kaj je problem (pojav) v nekem okolju, ki ga je treba obravnavati. Kar se eni skupini zdi kot problem, druga morda tega ne bo dojela tako. Očitno je, da raziskave ne morejo rešiti vprašanja, kateri pogled je »pravi«, lahko pa odpravijo spore, ki bi lahko nastali zaradi pristopanja k pojavu uporabe drog iz različnih perspektiv. Del načrtovanja vrednotenja lahko vsebuje oceno potreb iz več perspektiv, ki bi lahko bile vključene v intervencijo.

Razširjenost

Razširjenost je število primerov z nekim danim pogojem ali značilnostjo v populaciji nekega določenega geografskega območja v nekem določenem času (npr. število ljudi, ki je v preteklem letu uporabljalo konopljo).

Selektivna preventiva

Strategije selektivne preventive so usmerjene v razne specifične podskupine populacije, za katere menimo, da so podvržene večjim tveganjem za uporabo substanc. Omenjeno tveganje je pogosto povezano s pripadnostjo določenim skupinam prebivalstva, npr. otroci alkoholikov, osipniki, učenci oziroma študenti z učnimi težavami idr. Temeljni namen selektivne preventive je preprečiti uporabo substanc s krepitvijo dejavnikov zaščite in zmanjševanjem dejavnikov tveganja v okolju, v katerem živijo posamezniki, ki so podvrženi omenjenim tveganjem.

Spremljanje (»monitoring«)

Neprekinjena funkcija, ki uporablja sistematično zbiranje podatkov o posameznih pokazateljih, da se vodstvu in glavnim deležnikom intervencije, ki je v teku, zagotovi prikaz napredovanja in doseganja ciljev ter napredka pri uporabi dodeljenih sredstev.

Stališča do drog

Stališča do drog so sestavljena iz vseh mnenj, prepričanaj in norm, ki jih imajo ljudje do drog. Primeri tega so lahko: »zaradi alkohola se ljudje vedejo trapasto«, »ljudje, ki uživajo konopljo, se imajo bolje« in tako naprej. Stališča do drog so posredovalne spremenljivke in se pogosto uporabljajo kot pokazatelji pri vrednotenju rezultatov in učinkov, čeprav vzročnega razmerja z vedenjem, povezanim z uporabo drog, ni mogoče vedno ugotoviti. Vseeno pa ostaja domneva, da pozitivna stališča do drog vodijo do pogostejšega vedenja, povezanega z uporabo drog, medtem ko negativna stališča zmanjšajo primere takšnega vedenja.

Težavno vedenje

Določene vrste težavnega vedenja je mogoče smatrati kot dejavnike tveganja za uporabo drog. Te lahko vključujejo neprimerno sramežljivo ali agresivno vedenje, laganje, krajo, neupravičeno izostajanje od pouka, tesnoba itd.

Univerzalna preventiva

Strategije univerzalne preventive so usmerjene na celotno populacijo (npr. na nacionalni ravni, na ravni lokalne skupnosti, šole ali soseske) s sporočili in programi, katerih namen je preprečiti uporabo ali prestaviti prvo uporabo alkohola, tobaka ali drugih drog na kasnejše starostno obdobje.

Vedenje, povezano z uporabo drog

Vedenje, ki je povezano z uporabo drog, se nanaša na uporabo neke substance. Z drogami povezano vedenje je mogoče opisati z vidika uporabljenih substanc (alkohol, heroin, kokain, tobak, konoplja idr.), vzorcev uporabe (občasna uporaba, redna uporaba, rekreativna uporaba, zloraba, odvisniška uporaba itd.) in pogostosti uporabe.

Vmesna ciljna skupina

Vmesna ciljna skupina je skupina ljudi, ki je cilj neke intervencije in ki igra posredovalno vlogo. Nadejamo se, da bodo ti sposobni vplivati na prihodnje z uporabo drog povezano vedenje končne ciljne skupine, in sicer s tem ko bodo posredovali vsebino intervencijo. Pristopi, ki so osredotočeni na množitelje, pristopi za skupine vrstnikov in pristopi, ki so usmerjeni v družine, vsi obravnavajo neko vmesno ciljno skupino.

Vrednotenje

Vrednotenje je sistematična uporaba znanstvenih metod za ocenjevanje zasnove, izvedbe, izboljšav, rezultatov in učinkov neke intervencije. Izraz »intervencija« lahko vključuje kakršnokoli organizirano akcijo, kot so npr. medijske kampanje, izobraževalne storitve, zdravstvene in socialno-varstvene storitve, javne politike, raziskovalni projekti itd.

Znanje o uporabi substanc

To se nanaša na poznavanje dejstev o uporabi substanc, ki ga imajo udeleženci. Včasih se domneva, da so ljudje zaradi pomanjkanja znanja izpostavljeni tveganju za uporabo substanc, vendar je to sporno, saj lahko ozaveščenost o pomembnih dejstvih in boljše poznavanje učinkov substanc včasih pripelje do povečanega eksperimentiranja z novimi psihoaktivnimi drogami. Radovednost, eksperimentiranje ali želja po tveganju so prvi dejavniki, ki veliko ljudi pritegnejo v to, da poskusijo prepovedane droge. Znanja o uporabi drog ni mogoče smatrati kot posredovalno spremenljivko ali pokazatelj pri vrednotenju rezultatov in učinkov.

Zvestoba

Poleg privrženosti in ponovnega odkritja je tudi zvestoba eden od vidikov izvedbe programa. Zvestoba meri, ali je bil program izveden kot je bil izvirno zasnovan – se pravi, do kakšne mere ste ostali zvesti prvotnemu načrtu. To je mogoče meriti bodisi s subjektivno oceno ocenjevalca ali bolj objektivnim dokumentiranjem postopkov, kot npr. ali je bilo izvedeno potrebno število programskih srečanj.

Življenjske veščine

Življenjske veščine ljudem omogočajo, da se učinkovito spopadejo z zahtevami in izzivi vsakdanjega življenja, s tem ko učijo se prilagojenega in pozitivnega vedenja. Te veščine izboljšajo posameznikove kompetence, zmanjšajo dovzetnost za uporabo drog in spodbujajo zdravje in dobro počutje otrok in mladostnikov. Preventivne intervencije so pogostokrat usmerjene v naslednje življenjske veščine: sprejemanje odločitev, reševanje problemov, ustvarjalno ali kritično razmišljanje, učinkovita komunikacija, veščine za krepitev medosebnih odnosov, samozavedanje, empatija, soočanje s čustvi, soočanje s stresom in vztrajnost.

Življenjski slog

Življenjski slog se nanaša na konkreten odnos do drog v določenih skupinah in v posameznih socialnih razmerah ali značilnostih okolja. Plesna scena je značilen primer življenjskega sloga, kjer se obiskovanje nočnih klubov povezuje z uporabo sintetičnih drog. Eden od ciljev preventivne intervencije je lahko sprememba življenjskega sloga.

Literatura in drugi uporabni viri

Botvin, G. J., in Griffin, K. W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. V Z. Sloboda, & W. J. Bukoski (ur.), Handbook of drug abuse prevention: Theory, science, and practice (str. 45–74). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Brotherhood A. in Sumnall H. R. (2013). Evropski standardi kakovosti na področju preventive: hitri vodnik (uradni slovenski prevod). Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«. Ljubljana.

Cairns G., Purves R., Bryce S., McKell J., Gordon R. in Angus K. (2011). Investigating the Effectiveness of Education in Relation to Alcohol: A Systematic Investigation of Critical Elements for Optimum Effectiveness of Promising Approaches and Delivery Methods in School and Family Linked Alcohol Education. Institute for Social Marketing. University of Stirling and the Open University.

Casswell S. in Thamarangsi T. (2009). Reducing harm from alcohol: call to action. Lancet 2009; 373: 2247–2257.

Clayton R., Cattarello A. in Johnstone B. (1996). The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (project DARE): 5-year follow-up results. Preventive Medicine. 1996; 25: 307-318.

Cuijpers, P. (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison, Journal of Drug Education, 32(2): 107-119.

Donaldson L., Jewell T. in McBride M. (2009). Draft guidance on the consumption of alcohol by children and young people from the Chief Medical Officers of England, Wales and Northern Ireland. London: Department of Health; 2009. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). Prevention and evaluation resources kit (PERK), EMCDDA Manuals No 4, Lisbon.

Ennett S., Ringwalt C., Thorne J., Rohrbach L., Vincus A., Simons-Rudolph A. in Jones S. (2003). A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. Prevention Science, 2003 Mar; 4(1): 1-14.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998). Evaluating drug prevention in the European Union, Scientific Monograph Series No 2, EMCDDA, Lisbon.

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998). Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators, Luxembourg, Publications Office of the EU. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention>

EMCDDA European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2012). Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators. Second edition. Luxembourg, Publication Office of the EU. http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010), Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). A manual for prevention professionals. Luxembourg, Publications Office of the EU. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk>

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011), European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals, EMCDDA Manuals No 7, Luxembourg, Publications Office of the EU. www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Best practice portal
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

Flewelling L. R., Grube J. W., Paschall M. J., Biglan A., Kraft A., Black C., Hanley S. M., Ringwalt C., Wiesen C. in Ruscoe J. (2013). Reducing Youth Access to Alcohol: Findings from a Community-Based Randomized Trial. *American Journal of Community Psychology*. Mar; 51(1-2): 264-277.

Gallà M. in sod. (2002). Making Schools a Healthier Place. Manual on Effective School-Based Drug Prevention. Trimbos Institute.

Gorman D. (2003). The best of practices, the worst of practices: The making of science-based primary prevention programs. *Psychiatric Service*, 2003; 54: 1087-1089.

Gosselt J. F., van Hoof J. J., de Jong M. D. T. in Prinsen S. (2007). Mystery Shopping and Alcohol Sales: Do Supermarkets and Liquor Stores Sell Alcohol to Underage Customers? *Journal of Adolescent Health* 41 (2007): 302–308.

Gosselt J. F. (2011). Off Limits. The effectiveness of age limits in reducing underage sales. Enschede, the Netherlands: University of Twente.

Gosselt J. F., van Hoof J. J. in De Jong M. D. T. (2012). Why should I comply? Sellers' accounts for (non-)compliance with legal age limits for alcohol sales. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2012, 7:5.

Grant B. F., Stinson F. S. in Harford T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse*. 13(4) (str. 493-504).

Hansen W. B. in Graham J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*. 20(3) (str. 414-430).

Hawkins, J. D., Catalano R. F. in Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 112(1) (str. 64-105).

Hawthorne G., Gerrad J. in Dunt D. (1995). Does life education's drug education program have a public health benefit? *Addiction*, 1995; 90: 205-216.

Jaworsky D., Larkin J., Sriranganathan G., Clout J., Janssen J., Campbell L., Flicker S., Stadnicki D., Erlich L. in Flynn S. (2013). Evaluating Youth Sexual Health Peer Education Programs: Challenges and Suggestions for Effective Evaluation Practices. *Journal of Education and Training Studies*. Vol. 1, No. 1. Redfame Publishing.

Johnson E. M., Amatetti S., Funkhouser J. E. in Johnson S. (1988). Theories and Models Supporting Prevention Approaches to Alcohol Problems Among Youth. *Public Health Reports*. 103(6) (str. 578–586).

Klitzner M. (1999). Integrating environmental change theory into prevention practice. V: *Environmental Prevention Strategies: Putting Theory Into Practice, Training and Resource Guide*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Lindewald B. (2007). Responsible Beverage Service - a method for preventing alcohol-related injuries in bars, pubs and restaurants. Swedish National Institute of Public Health. Alcohol and Drug Division. Östersund. Sweden.

Martin K., Nelson J. in Lynch S. (2013). Effectiveness of School-Based Life-Skills and Alcohol Education Programmes: a Review of the Literature. Slough: NFER.

Medley A., Kennedy C., O'Reilly K. in Sweat M. (2009). Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention in Developing Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Education and Prevention*, 21(3), 181–206.

Mrazek P. in Haggerty R. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press.

Rossow I., Karlsson T. in Raitasalo K. (2008). Old enough for a beer? Compliance with minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway *Addiction*, 103, 1468–1473.

Simoni J. M., Nelson K. M., Franks J. C., Yard S. S. in Lehavot K. (2011). Are Peer Interventions for HIV Efficacious? A Systematic Review. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1589–1595.

Springer F., Phillips J. L. (2006). The IOM Model: A Tool for Prevention Planning and Implementation. *Prevention tactics*. Edition 8:13. Community Prevention Institute (CPI).

Thackeray R. in Hunter M. (2010). Empowering Youth: Use of Technology in Advocacy to Affect Social Change. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 15 (2010) 575–591.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime (2015), *International Standards on Drug Use Prevention*, Vienna, United Nations.

<http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

Yamaguchi K. in Kandel D. B. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progression. American Journal of Public Health. 74(7) (str. 660–666).

Winkleby M. A., Feighery E., Dunn M., Kole S., Ahn D. in Killen J. D. (2004). Effects of an Advocacy Intervention to Reduce Smoking among Teenagers. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2004; 158(3): 269-275.

World Health Organization (2014a). Management of substance abuse - Alcohol. World Health Organization (WHO). http://www.who.int/substance_abuse/en/ (dostopano junija 2014).

World Health Organization (2014b). Global status report on noncommunicable diseases. Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility. World Health Organization (WHO). <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (dostopano maja 2015).

Izdal: Inštitut za raziskave in razvoj »Utrip«

Za izdajatelja: Matej Košir

Uredila: Sanela Talić in Matej Košir

Priročnik je bil izdan v sklopu projekta »Opolnomočenje NVO za kakovostno izvajanje preventivnih programov na področju preprečevanja zasvojenosti«, ki ga financirata Evropska unija in Ministrstvo za notranje zadeve iz Evropskega socialnega sklada. Projekt se izvaja v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007-2013, razvojna prioriteta: »Institucionalna in administrativna usposobljenost«, prednostna usmeritev 5.3.: »Spodbujanje razvoja nevladnih organizacij in civilnega dialoga«. Dopolnjena izdaja priročnika je bila izdana v sklopu programa »Preventivna platforma«, ki ga sofinancira Ministrstvo za zdravje v obdobju 2017-2019. Sofinancer dodatnega poglavja na temo preventive v mladinskih organizacijah je Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, Urad RS za mladino.

Dokument je brezplačno na voljo na spletni strani projekta www.preventivna-platforma.si.



© Inštitut za raziskave in razvoj "Utrip", 2014 in 2017 (dopolnjena izdaja).

Trubarjeva cesta 13, 1290 Grosuplje

Telefon: (031) 880-520

Spletna stran: www.institut-utrip.si

Sofinancerji:



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA NOTRANJE ZADEVE



REPUBLIKA SLOVENIJA
**MINISTRSTVO ZA IZOBRAŽEVANJE,
ZNANOST IN ŠPORT**

URAD REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MLADINO



Naložba v vašo prihodnost
OPERACIJO DELNO FINANCIRA EVROPSKA UNIJA
Evropski socialni sklad



PREVENTIVNA PLATFORMA