


Islandijos jaunimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos modelis

Islandijos jaunimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos modelio plėtojimo ir gairių principai

Alfgeir L. Kristjansson, PhD^{1,2} 
 Michael J. Mann, PhD³
 Jon Sigfusson, MEd²
 Ingibjorg E. Thorisdottir, MPH²
 John P. Allegrante, PhD⁴
 Inga Dora Sigfusdottir, PhD²

Psichoaktyviųjų medžiagų – alkoholio, tabako ir kitų kenksmingų medžiagų, vartojimas tarp paauglių išlieka pasauline problema ir kelia iššūkių visuomenės sveikatos institucijoms bei visuomenei. Kaip atsaką į dažną psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą tarp paauglių XX a. 10 deš., Islandija pirmoji parengė Islandijos jaunimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos modelį: teorija pagrįstą požiūrį, kuris buvo efektyvus mažinant psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą Islandijoje per pastaruosius 20 metų. Siekdami aprašyti mūsų požiūrį ir informuoti apie potencialiai pakartotinus, praktika paremtus procesus, kuriuos galima įgyvendinti kitose šalyse, pateikiame dviejų dalių straipsnių seriją, pagrindą ir teoriją, požiūrio gairių principus ir pagrindinius žingsnius, kurių imamasi sėkmingai įgyvendinant šį modelį. Šiame straipsnyje aprašome pagrindo kontekstą, teorinį orientyrą ir požiūrio plėtrą bei trumpai apžvelgiame paskelbtus rezultatus. Be to, pateikiame penkis pagrindinius principus, kuriais grindžiamas Islandijos prevencijos modelio požiūris į paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją ir aptariami surinkti įrodymai, pagrindžiantys modelio efektyvumą. Antroje straipsnio dalyje nurodysime ir aprašysime 10 pagrindinių žingsnių, skirtų efektyviam, praktika pagrįstam modelio įgyvendinimui.

Raktiniai žodžiai: paauglystė, Islandijos modelis, įgyvendinimas, praktika pagrįsti įrodymai, prevencija, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas

>> Įžanga

Jaunimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija yra nuolatinis iššūkis, ypač daugelyje išsivysčiusios ekonomikos pasaulio šalių. Iš visuomenės sveikatos perspektyvos, protingiausias požiūris į prevenciją yra išvengti ir atitolinti alkoholio, tabako ir kitų kenksmingų medžiagų vartojimo pradžią kaip įmanoma ilgiau. Ankstyvas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas kenkia psichosocialiniam ir neurokognityviniam vystymuisi ir padidina jaunimo pažeidžiamumą, susijusį su vėlesniu legalių ir nelegalių medžiagų vartojimu, akademinėmis nesėkmėmis, aukštos rizikos seksualiniu elgesiu ir psichikos sveikatos problemomis (Atherton, Conger, Ferrer ir Robins, 2016; Windle ir Zucker, 2010) ir dažnai lemia vėlesnę priklausomybę (Kendler, Myers, Damaj ir Chen, 2013; Moss, Chen, ir Yi, 2014).

¹West Virginia University School of Public Health, Morgantown, WV, JAV

²Reykjavik University, Reykjavik, Islandija

³Boise State University, Boise, ID, JAV

⁴Columbia University, New York, NY, JAV

Health Promotion Practice

2020 m. sausis Tomas 21, Nr. (1) 62–69

DOI: 10.1177/1524839919849032



Straipsnio naudojimo gairės: sagepub.com/journals-permissions © 2019 Autorius(-iai)

Autoriaus pastaba: Adresas korespondencijai: Alfgeir L. Kristjansson, Department of Social and Behavioral Sciences, School of Public Health, West Virginia University, Morgantown, WV 26505, USA; el. paštas: alkristjansson@hsc.wvu.edu.

Tačiau, nepaisant efektyvios pirminės prevencijos poreikio, dauguma programų ir požiūrių neteikia ilgalaikio poveikio ir naudos visuomenei (Hopfer et al., 2010; Kumpfer, Smith ir Summerhays, 2008).

Nors egzistuoja sėkmingų prevencijos požiūrio pavyzdžių, pavyzdžiui, Stateginė prevencijos sistema, parengta Piktnaudžiavimo psichoaktyviosiomis medžiagomis ir psichikos sveikatos tarnybų administracijos (Anderson-Carpenter, Watson-Thompson, Chaney ir Jones, 2016) bei Bendruomenės, kurioms rūpi (Hawkins et al., 2008), verta atskirai paminėti Islandijos pirminės psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos sėkmės istoriją. Šis straipsnis yra pirmasis dviejų dalių serijos straipsnis, kuriame aprašomi teorija ir praktika paremti procesai, susiję su sėkmingu Islandijos psichoaktyviųjų medžiagų pirminės prevencijos modelio įgyvendinimu. Čia aptariame Islandijos prevencijos modelio (IPM) plėtrą, pateikiame trumpą teorinę apžvalgą ir apibendriname surinktus požiūrio efektyvumo įrodymus mažinant psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą tarp Islandijos paauglių. Toliau pristatome penkis pagrindinius principus, kuriais grindžiamas modelis. Užbaigiame aprašydami modelį ir jo efektyvumo įrodymus platesniame šios srities literatūros kontekste.

>> Modelio plėtra ir efektyvumo įrodymai

Kontekstas

XX a. 10 deš. Islandija buvo sąlyginai aukštai vertinant alkoholio, tabako ir kitų kenksmingų medžiagų vartojimą tarp paauglių, kaip tai parodė Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimas Europos mokyklose (ESPAD) – lyginamasis 35 Europos šalių tyrimas, atliekamas kas 3 ar 4 metus (ESPAD Group, 2016). Pavyzdžiui, 1999 m., nors kartą tabako rūkusių 10 klasės mokinių Islandijoje buvo 56 %, o Europoje vidutiniškai – 69 %, per pastaruosius 12 mėnesių smarkiai apsvaigę nuo alkoholio buvo 56 % Islandijos paauglių ir 52 % Europos paauglių, 15 % Islandijos paauglių nurodė kanapių (hašišo, marihuanos) vartojimą, panašiai kaip ir kitose Europos šalyse. Daugelį metų iki tol, Islandija taikė tradicinius psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos metodus, būtent, individualias, mokykla pagrįstas instrukcines ir švietimo programas, kurių tikslas buvo šviesti jaunimą ir nukreipti nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (Palsdottir, 2003; Sigfusdottir, Thorlindsson, Kristjansson, Roe, & Allegrante, 2009).

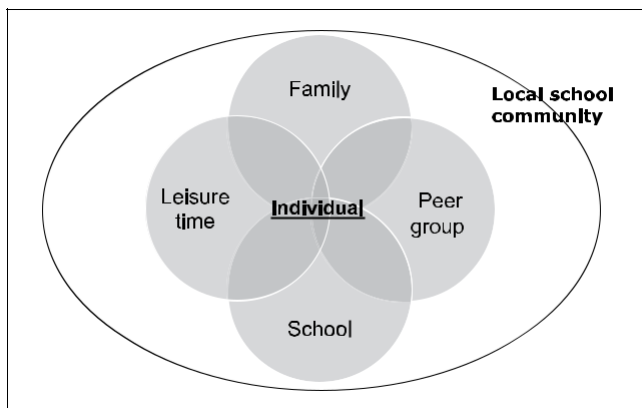
Kaip atsaką į nerimą keliantį paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą XX a. 10 deš. viduryje, gavus Islandijos vyriausybės ir Reikjaviko miesto tarybos finansavimą, grupė

politikos formuotojų ir administracijos vadovų, išrinktų pareigūnų ir socialinių mokslų atstovų susibūrė, kad atrastų naujas idėjas, skirtas inicijuoti kitokį, „iš apačios į viršų“ principu grįstą požiūrį į psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją, kuris nuo to laiko tapo žinomas Islandijos prevencijos modelio pavadinimu (Sigfusdottir et al., 2009; Sigfusdottir, Kristjansson, Gudmundsdottir ir Allegrante, 2011).

Modelio plėtra

Nuo pat sukūrimo, IPM buvo grindžiamas klasikinėmis socialinių deviacijų teorijomis, kurios buvo plėtojamos sociologų ir kriminologų (Akers, 1977; Hirchi, 1969; Merton, 1938), o ne tradicinėmis sveikatos politikos kaitos teorijomis (Glanz, Rimer ir Viswanath, 2015). Bendras šių deviacijų teorijų požiūris yra toks, kad dauguma individų gali nukrypti nuo normų, tačiau tik esant tam tikroms aplinkos ir socialinėms aplinkybėms, šis deviantinis elgesys tampa pasikartojančiu dominuojančių paauglių grupių elgesiu. Pagrindinės tokio elgesio priežastys yra: (a) socialinės aplinkos sankcijų nebuvimas (pvz., iš tėvų ir kitų suaugusiųjų); nedidelės individualios ir / ar bendruomenės investicijos į tradicines ir teigiamas vertybes (pvz., didelių išsilavinimo lūkesčius); ir (c) galimybių dalyvauti teigiamoje ir socialinėje plėtroje trūkumas (pvz., organizuojamos rekreacinės ir popamokinės veiklos, pavyzdžiui, sportas, muzika, teatras, popamokiniai klubai ir kt.). Taigi žvelgiant iš šios teorinės perspektyvos, vaikai yra matomi kaip socialinis produktas, o ne racionalūs, individualūs veikėjai, todėl alkoholio, tabako ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas yra vertinamas kaip socialinės aplinkos priedas (Sigfusdottir et al., 2009) ir yra įsišaknijęs tiek rizikos, tiek apsaugos veiksmuose, sudarančiuose pagrindinius, svarbiausius veiksmus, lemiančius besitęsiantį psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ciklą.

Remiantis šiuo teoriniu požiūriu, iš pat pradžių požiūrio tikslas buvo „mobilizuoti visuomenę kaip vienetą kovai su psichoaktyviosiomis medžiagomis“ (Palsdottir, 2003), pabrėžiant bendruomenės įsitraukimą ir bendradarbiavimą, lemiantį ilgalaikę ir laipsnišką bei socialinę kaitą, o ne trumpalaikius sprendimus. Pagrįstas socialinių ir elgesio mokslų surinktais įrodymais, kertinis prevencijos požiūrio akmuo buvo apsauginių veiksmų stiprinimas ir rizikos veiksmų mažinimas vietos bendruomenės lygiu, kiekvienoje srityje: tėvų ir šeimos, bendraamžių grupės, mokyklos aplinkos, laisvalaikio už mokyklos ribų (Nash, McQueen ir Bray, 2005; Scholte, Poelen, Willemsen, Boomsma ir Engels, 2008; Watkins, Howard-Barr, Moore ir Werch, 2006), visa tai yra potencialios šiuo metu vykdomo, praktika paremto vertinimo ir intervencijos sritys (žr. 1 pav.).



1 pav. Bendruomenės rizikos ir apsaugos faktorių sritys Islandijos prevencijos modelyje

10 pagrindinių šios efektyvios intervencijos proceso žingsnių yra pateikiami antrame su šia problema susijusiam straipsnyje, pateikiamame šiame *Sveikatingumo skatinimo praktika* (angl. *Health Promotion and Practice*) numeryje.

Efektivumo vertinimas ir įrodymai

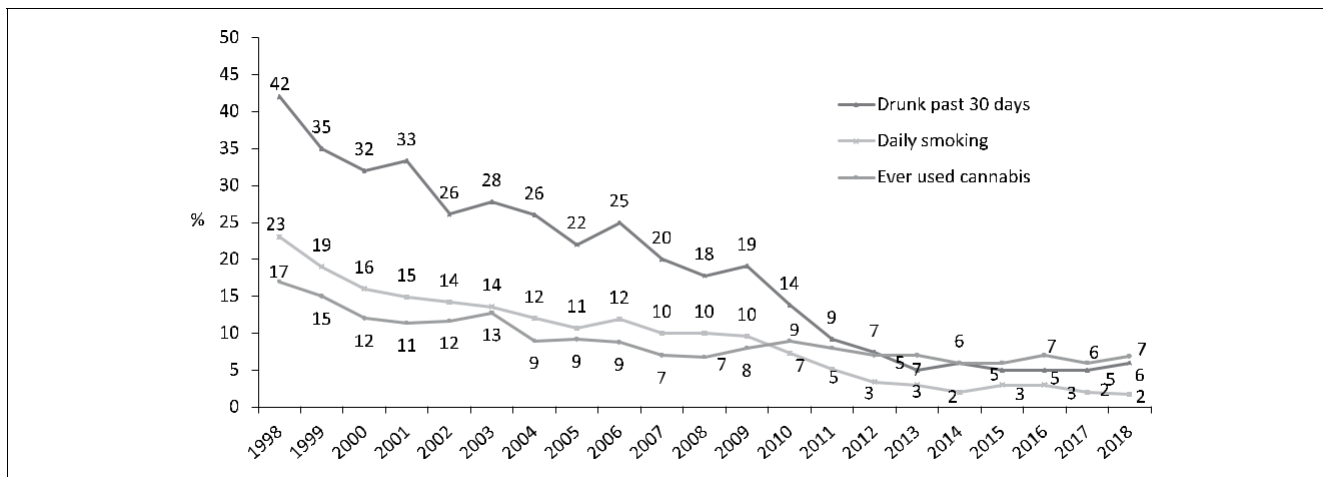
Nuo pat originalios modelio plėtros, Islandija pirmavo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo mažėjimo srityje visoje Europoje. 2015 m. 46 % Europos 10 klasės mokinių buvo rūkė tabako, o Islandijoje – tik 16 %, tuo metu Europoje vidutiniškai 48 % vartojo alkoholį, o Islandijoje – 9 %, kanapių vartojimas „bent kartą gyvenime“ Europoje išliko 16 %, panašiai kaip ir 1999 m., tačiau Islandijoje sumažėjo iki 5 % (žr. 2 pav., kuriame pateikiamos standartinės tendencijos pagal Islandijos jaunimo tyrimus). Visais atvejais, 2015 m. duomenys rodo, kad Islandija buvo žemiausiai ar antra iš galo iš visų 35 šalių, tais metais dalyvavusių ESPAD tyrime (ESPAD grupė, 2016). Kartu su šiais psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pokyčiais, Islandijoje taip pat matomas žymus rizikos veiksnių sumažėjimas ir apsauginių veiksnių padidėjimas. Pavyzdžiui, 10 klasės mokinių, nurodžiusių, jog jų tėvai žino, su kuo jie vakare leidžia laiką, padaugėjo nuo ~50 % (2000 m.) iki šiek tiek daugiau nei 74 % (2016 m.). Dar daugiau: kai 2000 m. apklausoje 80 % 10 klasės mokinių nurodė, jog „buvo lauke po vidurnaktį“ vieną ar daugiau kartų per 7 dienas iki metinės apklausos dienos, šis skaičius 2016 m. sumažėjo maždaug 31 %. Per panašų laikotarpį dalyvavimas sportinėje klubo ar komandos veikloje keturis kartus per savaitę ar dažniau padidėjo nuo 26 % (2000 m.) iki maždaug 37 % (2016 m.) (Kristjansson et al., 2016). Naudodami pusiau eksperimentinį, grupę paremtą dizainą, atlikome vertinimą, kad galėtume nustatyti pagrindinius IPM elementus (Kristjansson, James, Allegrante, Sigfusdottir, ir Helgason, 2010).

Savivaldybės, nuosekliai buvusios modelio dalimi nuo 1997 m., sukūrė intervencijos grupę ir buvo prilyginamos nuosekliai nepatekusioms į formalų modelį. Reikia paminėti, kad atsižvelgiant į geografinę izoliaciją ir nedidelę šalies populiaciją, potencialūs pašaliniai modelio poveikiai išorinėse srityse yra tikėtini. Tačiau nepaisant šių iššūkių, vertinimas laikui bėgant parodė didelį grupių tendencijų skirtumą dėl rūkymo ir alkoholio vartojimo, tėvų priežiūros, pomėgio dalyvauti vakarėliuose ir dalyvavimo organizuotame sporte, teikiant pirmenybę visais atvejais aptariamai grupei.

Nuo XX a. 10 deš. Islandijos paauglių aplinkoje daug kas pasikeitė dėl plataus modelio įgyvendinimo. Kai kurie iš šių pokyčių yra holistiniai ir vienkartiniai pakeitimai, o kai kurie kiti reikšmingi pokyčiai yra nuolatiniai ir besitęsiantys. Pirmiausia, savivaldybės ir mokyklos, apimančios daugiau nei 80 % šalies populiacijos dabar nuolatos naudojami kasmet atnaujinamais tyrimų duomenimis, kad galėtų stebėti tendencijas ir potencialius pokyčius, susijusius su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu bei rizikos ir apsauginiais veiksniais tarp jaunimo bei naudoti šią informaciją atsakymų tvarkymui ir strategijų kitiems metams nustatymui. Antra, dauguma savivaldybių ir daugybė mokyklų dabar pasitelkia personalą, atsakingą už dalyvavimą pirminės prevencijos veiklose. Be to, siekiant stiprinti ir pagerinti bendradarbiavimą tarp tėvų ir vietos mokyklos bendruomenės buvo įkurtos vyriausybės finansuojamos bendruomenės, nevyriausybines organizacijos. Galiausiai, savivaldybės, besiremamos savo politika, smarkiai padidino finansavimą rekreacinėms ir popamokinėms veikloms, skirtoms vaikams ir paaugliams, taip padarydamos šias veiklas prieinamas taikant vartotojams palankią laidavimo sistemą.

>> Penki pagrindiniai principai

IPM yra pagrįstas penkiais pagrindiniais principais (žr. 1 lentelę). Kiekvieną principą galima laikyti unikalia viso požiūrio dimencija, nurodančia, kaip kiekvienas bendruomenės intervencijos proceso žingsnis turėtų būti įgyvendinamas idealiu atveju (žr. Kristjansson et al., 2020). Nors skirtinguose proceso žingsniuose gali būti daugiau ar mažiau pagrindžiamas tam tikras pagrindinis principas, kiekviename šio modelio žingsnyje turi būti įtraukti visi šie principai. Renkantis iš konkurencingų strategijų, pagrindiniais principais gali būti remiamasi kaip strategijos identifikavimo priemone, laikantis numatyto IPM ir vietos poreikių dizaino. Toliau pateikiame trumpą kiekvieno iš šių principų ir susijusių dimencijų apžvalgą.



2 pav. Islandijos paauglių nurodytas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas kiekvienais metais procentais, 1998 – 2018 m. ŠALTINIS: Kristjansson et al. (2016).

1 lentelė
Penki pagrindiniai Islandijos prevencijos modelio principai

Pagrindinis principas 1	Taikyti pirminės prevencijos požiūrį, skirtą pagerinti socialinę aplinką.
Pagrindinis principas 2	Pabrėžti bendruomenės veikimą ir valstybines mokyklas kaip natūralų kaimynystės / vietovės siekių palaikyti vaikų ir paauglių sveikatą, mokymąsi ir gyvenimo sėkmę, centrą.
Pagrindinis principas 3	Įtraukti ir įgalinti bendruomenės narius imtis praktinių veiksmų, naudojantis vietos, aukštos kokybės, prieinamais duomenimis ir diagnostika.
Pagrindinis principas 4	Įtraukti tyrėjus, politikos formuotojus, praktikus ir bendruomenės narius į vieningą komandą, skirtą spręsti sudėtingas, tikro gyvenimo problemas.
Pagrindinis principas 5	Pritaikyti sprendimų apimtį prie problemos apimties, įskaitant ilgalaikės intervencijos pabrėžimą ir pastangas telkti adekvačius bendruomenės išteklius.

Pagrindinis principas 1: Taikyti pirminės prevencijos požiūrį, skirtą pagerinti socialinę aplinką

Šio modelio tikslas yra užkirsti kelią psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pradžiai keičiant socialinę aplinką taip, kad sumažėtų tikimybė, jog jauni žmonės pradės vartoti psichoaktyvias medžiagas. Todėl šiame požiūryje dėmesys atkreipiamas į pagrindines priežastis, dėl kurių pradedama vartoti. Siekiant sustiprinti socialinius ir aplinkos apsauginius veiksnius, susijusius su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija ar atitolinimu bei atitinkamų rizikos veiksnių mažinimu, šis modelis neleidžia atsirasti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimui įsikišant į pačią visuomenę ir pasitelkiant įvairias bendruomenės intervencijos galimybes. Šis „visuomenė yra pacientas“ požiūris (Myers, 2008) teikia prioritetą apgalvotam ir tyčiniam socialinių, organizacinių ir kultūrinių bendruomenių požymių keitimui, kaip pagrindinei priemonei, atbaidančiai jaunus žmones nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (Myers, 2008).

Šio principo atveju, atitinkamo personalo pasitelkimas ir / ar samdymas, kad šis vadovautų vietos komandų kūrimui ir sujungtų tyrimų rezultatus su praktiniu įgyvendinimu, bus svarbiausias.

Pagrindinis principas 2: Pabrėžti bendruomenės veikimą ir valstybines mokyklas kaip natūralų kaimynystės / vietovės siekių palaikyti vaikų ir paauglių sveikatą, mokymąsi ir gyvenimo sėkmę, centrą

Pirminis modelio intervencijos vienetas yra kaimynystė, kuri yra apibūdinama kaip paslaugų teikimo zona, priskirta vietos mokyklai. Modelis naudoja ekologinį modelį, nukreiptą į šeimą, mokyklą, bendraamžius ir bendruomenės socialines įtakas bei kitas galimybes kiekvienoje kaimynystėje. Nors mokykloms netenka pagrindinė atsakomybė už kaimynystės jų aptarnaujamų vietovių stiprinimą, jos yra vietos veiklų, skirtų stiprinti vaikų ir paauglių sveikatą, gerovę ir sėkmę, pagrindinis centras.

Dėl to šeimų, mokyklų ir bendruomenių ryšių stiprinimas bei šių grupių jungimas į bendrą komandą, skirtą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijai, yra pagrindinė IPM strategija. Taigi mokyklų bendradarbiavimo ir išsipareigojimo užtikrinimas renkant duomenis tam, kad būtų galima nuolatos stebėti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo bei rizikos ir apsauginių veiksmų tendencijas, yra gyvybiškai svarbus.

Pagrindinis principas 3: Įtraukti ir įgalinti bendruomenės narius imtis praktinių veiksmų, naudojantis vietos, aukštos kokybės, prieinamais duomenimis ir diagnostika.

Vietos bendruomenių nariai priima tik modeliu paremtus sprendimus, remdamiesi patvirtintais duomenimis ir specifine kaimynystės ir mokyklos diagnostika. Modelis yra pagrįstas vietos duomenimis dėl to, kad (a) pritrauktų, sutelktų ir išlaikytų bendruomenės dėmesį, susijusį su vietos veiksniais, svarbiausiais mažinant psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą; (b) vadovautų pasirinktoms strategijoms ir vystytų bendruomenės pajėgumus, reikalingus spręsti kompleksinę psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo problemą.

Siekiant tai įvykdyti, modelyje naudojami vietos, aukštos kokybės duomenys, prieinami taikant greitą ir efektyvų apdorojimą ir platinimą. Vietos duomenys padidina bendruomenės susidomėjimą tuo, kas vyksta jaunų žmonių, gyvenančių aplinkinėse vietovėse ir kaimynystėse, gyvenime, taip pat motyvuoja bendruomenę imtis veiksmų, skirtų spręsti vietos problemas. Aukštos kokybės duomenys padidina galimybes tiksliai apibūdinti, nustatyti ir informuoti bendruomenę apie sprendimų priėmimą. Prieinami ir atnaujinti duomenys leidžia prasmingai dalyvauti visai bendruomenei aiškiai pateikiant informaciją, kuri yra lengvai suprantama daugumai bendruomenės narių. Vietos, aukštos kokybės ir prieinami duomenys leidžia vietos prevencijos komandai tiksliai apibūdinti, kaip bendruomenės požymiai yra susiję su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu kiekvienoje kaimynystėje ar mokykloje, nustatyti galimus intervencijos prioritetus ir paremti gerai informuotus bendruomenės narius, naudojančius patvirtintus duomenis renkant strategijas, kurios, tikėtina, bus sėkmingiausios jų individualiose bendruomenėse. Šio principo atveju yra svarbiausias bendradarbiavimas su bendruomene besiremančiais tyrėjais ir parama jiems renkant, tvarkant ir plinant reguliarius duomenis

Pagrindinis principas 4: Įtraukti tyrėjus, politikos formuotojus, praktikus ir bendruomenės narius į vieningą komandą, skirtą spręsti sudėtingas, tikro gyvenimo problemas.

Daugelio visuomenės ir bendruomenės sveikatos intervencijų tyrėjų, politikos formuotojų, praktikų ir bendruomenės narių ryšiai yra labiau teoriniai, negu funkcionuojantys ir praktiniai. Nors jie gali turėti tą patį tikslą, kiekviena grupė paprastai veikia izoliuotai nuo kitų ir yra skirtingai nutolusi nuo pačios problemos. IPM taikomas komandos – mokslo – praktikos požiūris, skirtas prevencijai ir suburiantis tyrėjus, politikos formuotojus, praktikus ir bendruomenės narius į komandą, dirbančią tam, kad per ilgą laikotarpį išspręstų tikro gyvenimo problemas tam tikrose vietose ar kaimynystėse. Dėl to kiekviena grupė išlaiko artimą santykį viena su kita ir su pačia problema. Dirbdamos kartu, kad įgyvendintų kiekvieną iš 10 pagrindinių Islandijos prevencijos žingsnių principų (žr. Kristjansson et al., 2020), kiekviena grupė ne tik prisideda su unikaliais įgūdžiais ir patirtimis, reikalingais spręsti vietos problemas, susijusias su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, bet ir daro tai taip, kad darytų įtaką kitiems komandos nariams ir taip pat būtų jų paveikta. Pavyzdžiui, pasitelkdami šį požiūrį, tyrėjai yra atviri politikos formuotojų, praktikų ir bendruomenės narių idėjoms, ir dažnai pasitiki savo praktika paremtomis išvalgomis, kad galėtų vadovauti būsimam surinktų duomenų rinkimui ir interpretavimui. Kita vertus, politikos formuotojai, praktikai ir bendruomenės nariai rinkdami duomenis, priimdami duomenimis pagrįstus sprendimus ir vertindami bendruomenės progresą pasitiki tyrėjais. Nustatant tokią funkcinę komandos dinamiką, modelis leidžia suderinti tyrėjų, politikos formuotojų, praktikų ir bendruomenės narių žinias ir pastangas siekiant maksimizuoti praktinį, realaus gyvenimo poveikį jų kolektyviniams pajėgumams. Bendradarbiavimo svarbos paaikškinimas ir palaikymas yra šio principo esmė.

Pagrindinis principas 5: Pritaikyti sprendimų apimtį prie problemos apimties, įskaitant ilgalaikės intervencijos pabrėžimą ir pastangas telkti adekvačius bendruomenės išteklius.

Remiantis modeliu pripažįstama, kad socialinės sąlygos, skatinančios jaunimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, laikui bėgant atsiranda iš įvairių, sudėtingų šaltinių. Pavyzdžiui, anksčiau nustatytos socialinės normos, susijusios su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, ekonominės bendruomenės sąlygos, depresijos, nerimo ir priklausomybių paplitimas tarp suaugusiųjų bei susidomėjimo ir prieinamų laisvalaikio galimybių nebuvimas gali prisidėti prie paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir piktnaudžiavimo jomis išaugimo. Bet kurio iš šių skatinančių veiksnių išaugimas yra kompleksiškas ir paprastai trunka ilgą laiko tarpą. Dėl to sprendimai, skirti neutralizuoti, švelninti ar naikinti šias socialines sąlygas, turi atitikti šių pirminių problemų dydį.

Problemos, besitęsiančios 10 metų, retai yra išsprendžiamos per 10 savaitių ar net 10 mėnesių. Dažniau, dešimtmečius trunkančių socialinių problemų sprendimas gali užtrukti metų metus ir reikalauja ilgalaikės vizijos bei planavimo, susitelkimo ir įsipareigojimo, pasikartojančio požiūrio laikymosi ir ilgalaikių nuolatinių finansinių išteklių. Kadangi modelis yra paremtas nuolatinėmis pastangomis pakeisti visuomenę taip, kad jauni žmonės būtų apsaugoti nuo piktnaudžiavimo psichoaktyviosiomis medžiagomis, taip pat prioritetas turi būti teikiamas bendruomenės pajėgumų kūrimui ir ilgalaikiams įsipareigojimams, reikalingiems pasiekti šį tikslą. Supratimas ir įvertinimas, kad pirminė prevencija, kaip tai suprantama per IPM prizmę, yra ilgalaikė strategija, bus reikalingas įgyvendinant šį pagrindinį principą.

>> Aptarimas

IPM daugeliu atvejų atspindi tai, ką Livingood *et al.* (2011) pavadino „priemonių rinkinio požiūriu“ ir įvardino kaip tinkamą sveikatingumo skatinimui. Vietoj pasitikėjimo universaliomis ir privalomomis intervencijomis, remiantis priemonių rinkinio požiūriu, daroma prielaida, kad bendruomenės labai skiriasi stiprumu, galimybėmis ir ištekliais. Kalbant apie sveikatingumo skatinimo praktiką, tai reiškia, kad nors specifinių rizikos ir apsauginių veiksmų įtaka individus veikia panašiai, jų paplitimas ir reikšmė mokyklos – bendruomenės lygiu skiriasi (Hawkins, Van Horn ir Arthur, 2004). Tai ypač svarbu pirminei psichoaktyviųjų medžiagų prevencijai, nes tai pabrėžia bendruomenės lygmens rizikos ir apsauginių veiksmų nustatymo tinkamumą ir vietines pritaikytas intervencijos veiklas (Livingood *et al.*, 2011).

Vietoj to, kad rizika pradėti vartoti psichoaktyvias medžiagas tarp vaikų ir paauglių būtų priskiriama asmeniniams pasirinkimams, IPM modelis yra sukurtas taip, kad maksimaliai padidintų tikimybę, jog dažniau būtų priimami sveiki asmeniniai sprendimai, tokiu atveju poveikis populiacijai yra didesnis negu dedant pastangas, apribotas individualaus lygio programų. Tai derinasi su Ligų kontrolės ir prevencijos centrų Sveikatingumo poveikio piramidės (angl. Centers for Disease Control and Prevention Health Impact Pyramid) prielaidomis (Frieden, 2010): penkių lygių piramidė, kurioje pateikiamas pokyčių spektras, pradedant populiacijos lygmens socio-ekonominiiais veiksniais, pateikiamais piramidės apačioje, baigiant asmeninio lygmens konsultacijomis ir švietimu piramidės viršūnėje, atsižvelgiant į atvirkštinį santykį tarp padidintų asmeninių pastangų, nurodomų viršuje, ir potencialaus populiacijos poveikio apačioje. Virš socio-ekonominių veiksmų pokyčių, ketvirtasis piramidės lygis yra susijęs su „konteksto keitimu, kad individų pasirinkimai dažniau būtų sveiki“. Sveikatingumo poveikio piramidės kontekste tai yra būtent IPM pozicija ir tikslas.

Tačiau bendruomenės normų ir kultūros keitimas atima laiko, o laiko dažnai trūksta planuotojams, finansuotojams ir išrinktiems pareigūnams, ieškantiems greitų atsakymų į bendruomenės problemas ar jų sprendimų.


Todėl suinteresuotų asmenų sutikimas ir supratimas, kad IPM yra ilgalaikis požiūris, yra privalomas sėkmei.

Apžvelgus penkis pagrindinius IPM principus, tampa aišku, kad individualūs modelio elementai nėra nauji. Pagrindinis IPM ir kitų prevencijos požiūrių skirtumas yra susijęs su jo procesais ir pasitikėjimu dirbant kartu su skirtinguose sektoriuose, kurie tarpusavyje nebendradarbiauja ir nebendruoja, dirbančiais specialistais: tyrėjais, politikos formuotojais, praktikais ir suinteresuotais bendruomenės nariais. Vietos lygiu visiems reikia dirbti kartu suprantant, kad kiekvienas iš šių asmenų atstovauja svarbią sistemos funkciją, todėl kiekvieną iš jų riboja jų apimtis ir stiprybės. Taigi pagrindinė požiūrio tema yra bendruomenės įsipareigojimas ir bendradarbiavimas puoselėjant aplinką, atsparią psichoaktyviųjų medžiagų vartojimui, atsižvelgiant į tai, kad psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pradžios rizika tarp vaikų ir paauglių yra nulemta socialinės aplinkos (Akers, Krohn, Lanza-Kaduce ir Radoceвич, 1979; Hirchi, 1969; Merton, 1938; Sigfusdottir *et al.*, 2009). Vadinasi, vietoj elgesio kaitos individualiu lygiu lengvinimo pasitelkiant švietimo ir / ar mokymo programas, kaip tai dažniau daroma tradicinio prevencinio darbo atveju, IPM atveju atsižvelgiama į tai, kad aplinkos keitimas ilgalaikėje perspektyvoje leis atsirasti rizikai atsparesnėms asmenybėms. Todėl tai yra programa ne „nuo viršaus į apačią“, o „nuo apačios į viršų“: bendruomenė paremta, bendradarbiavimo požiūris, organizuojamas ilgalaikiams veiksams, pokyčiams ir pokyčių priežiūrai.

Galiausiai, IPM buvo plėtojamas ir tobulinamas remiantis praktika net 20 metų (Palsdottir, 2003; Sigfusdottir *et al.*, 2009) ir pasirodė esantis labai efektyvus mažinant Islandijos jaunimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą. Nuo projekto *Europos jaunimas* pradžios 2006 m. (Kristjansson, Sigfusson, Sigfusdottir ir Allegrante, 2013; Sigfusdottir, Kristjansson, Agnew, 2012), požiūris buvo platinamas ir vertinamas (dalinai ar visas) keletose šalių, miestų ir savivaldybių (Kristjansson *et al.*, 2013; Kristjansson *et al.*, 2017). Per tą laiką sužinojome, kokie iššūkiai dažniausiai trukdo visiškam įgyvendinimui ir tolesniems rezultatams. Šie iššūkiai apima netinkamą organizavimą ir prastą koalicijos formavimą vietos lygiu, ribotą finansavimą ir ribotus personalo laiko išteklius, skiriamus pirminei intervencijai; nedidelę politikų ir administracijos paramą ir / ar nepasitikėjimą tyrimais; netinkamą pasirengimą duomenų rinkimui mokyklose ir / ar nesutarimą dėl individualių vaidmenų; menką dalyvavimą bendruomenės susirinkimuose ir negebėjimą įtraukti bendruomenę ir gauti jos paramą; ilgą laiko tarpą tarp duomenų rinkimo ir ataskaitos platinimo, nesutarimą dėl to, kas yra duomenų savininkas ir kam priklauso platinimo teisės; ribotą susidomėjimą bendruomenės išitraukimu ne informacinių susirinkimų metu; organizacinių ir bendruomenė paremtų strategijų, skirtų identifikuoti pasirinktus prioritetus ir dirbti su jais, trūkumą; ribotą struktūruoto laisvalaikio veiklų prieinamumą ir nedidelį įsipareigojimą pagerinti / papildyti galimybes; nepakankamą laiko kiekį, skirtą pagerinti / papildyti galimybes bei nepakankamą laiko kiekį palengvinti ilgalaikius pokyčius. 2 šios serijos dalyje bus aptariami

iššūkiai ir atitinkami žingsniai, kuriuos reikia įveikti įgyvendinant pirminę psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo tarp paauglių prevenciją.

ORCID iD

Alfgeir L. Kristjansson  <https://orcid.org/0000-0001-8136-9210>

Išnašos

- Akers, R. L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach* (2 ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Akers, R. L., Krohn, M. D., Lanza-Kaduce, L., & Radoceovich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, *44*, 636-655.
- Anderson-Carpenter, K. D., Watson-Thompson, J., Chaney, L., & Jones, M. (2016). Reducing binge drinking in adolescents through implementation of the Strategic Prevention Framework. *American Journal of Community Psychology*, *57*(1-2), 36-46.
- Atherton, O. E., Conger, R. D., Ferrer, E., & Robins, R. W. (2016). Risk and protective factors for early substance use initiation: A longitudinal study of Mexican-origin youth. *Journal of Research on Adolescence*, *26*, 864-879. doi:10.1111/jora.12235
- European School Project on Alcohol and Drugs Group. (2016). ESPAD report 2015: *Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Retrieved from Luxembourg Publications Office of the European Union website: <http://espad.org/sites/espado.org/files/TD0116475ENN.pdf>
- Frieden, T. R. (2010). A framework for public health action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, *100*, 590-595. doi:10.2105/ajph.2009.185652
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research and practice* (5th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Arthur, M. W., Egan, E., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Murray, D. M. (2008). Testing communities that care: The rationale, design and behavioral baseline equivalence of the Community Youth Development Study. *Prevention Science*, *9*, 178-190.
- Hawkins, J. D., Van Horn, M. L., & Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protective factors and substance use outcomes. *Prevention Science*, *5*, 213-220. doi:10.1023/b:prev.0000045355.53137.45
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., & Catalano, R. F. (2011). Risk and protective factors for adolescent substance use in Washington State, the United States and Victoria, Australia: A longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, *49*, 312-320. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.12.017
- Hirchi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Los Angeles: University of California Press.
- Hopfer, S., Davis, D., Kam, J. A., Shin, Y., Elek, E., & Hecht, M. L. (2010). A review of elementary school-based substance use prevention programs: Identifying program attributes. *Journal of Drug Education*, *40*, 11-36. doi:10.2190/DE.40.1.b
- Kendler, K. S., Myers, J., Damaj, M. I., & Chen, X. G. (2013). Early smoking onset and risk for subsequent nicotine dependence: A monozygotic co-twin control study. *American Journal of Psychiatry*, *170*, 408-413. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12030321
- Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive Medicine*, *51*, 168-171. doi:10.1016/j.ypmed.2010.05.001
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Sarbu, E. A., Grubliauskienė, J., Daily, S. M., & Sigfusdottir, I. D. (2017). Prevalence of e-cigarette use among adolescents in 13 Eastern European towns and cities. *Public Health*, *147*, 66-68. doi:10.1016/j.puhe.2017.02.005
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. E., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Implementing the Icelandic model for preventing adolescent substance use. *Health Promotion Practice*, *21*, 70-79. doi:10.1177/1524839919849033
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfusson, J., & Allegrante, J. P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction*, *111*, 645-652. doi:10.1111/add.13248
- Kristjansson, A. L., Sigfusson, J., Sigfusdottir, I. D., & Allegrante, J. P. (2013). Data collection procedures for school-based surveys among adolescents: The Youth in Europe Study. *Journal of School Health*, *83*, 662-667. doi:10.1111/josh.12079
- Kumpfer, K. L., Smith, P., & Summerhays, J. F. (2008). A wakeup call to the prevention field: Are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance Use & Misuse*, *43*, 978-1001. doi:10.1080/10826080801914261
- Livingood, W. C., Allegrante, J. P., Airhihenbuwa, C. O., Clark, N. M., Windsor, R. C., Zimmerman, M. A., & Green, L. W. (2011). Applied social and behavioral science to address complex health problems. *American Journal of Preventive Medicine*, *41*, 525-531.
- Merton, R. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, *3*, 672-682.
- Moss, H. B., Chen, C. M., & Yi, H.-Y. (2014). Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, *136*, 51-62.
- Myers, D. J. (2008). Epidemiologists, our patient is society. *New Solutions*, *18*, 107-109.
- Nash, S. G., McQueen, A., & Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*, *37*, 19-28.
- Palsdottir, D. (2003). *Drug-free Iceland: 2002 final report*. Retrieved from https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item10661/IAE_final2003.pdf

- Scholte, R. H. J., Poelen, E. A. P., Willemsen, G., Boomsma, D. I., & Engels, R. C. M. E. (2008). Relative risk of adolescent and young adult alcohol use: The role of drinking fathers, mothers, siblings, and friends. *Addictive Behaviors, 33*, 1-14.
- Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., & Agnew, R. (2012). A comparative analysis of general strain theory. *Journal of Criminal Justice, 40*, 117-127. doi:10.1016/j.jcrimjus.2012.01.001
- Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., Gudmundsdottir, M. L., & Allegrante, J. P. (2011). Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion, 18*, 23-26. doi:10.1177/1757975911412403
- Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjansson, A. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents: The Icelandic model. *Health Promotion International, 24*, 16-25. doi:10.1093/heapro/dan038
- Watkins, J. A., Howard-Barr, E. M., Moore, M. J., & Werch, C. C. (2006). The mediating role of adolescent self-efficacy in the relationship between parental practices and adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health, 38*, 448-450.
- Windle, M., & Zucker, R. A. (2010). Reducing underage and young adult drinking: How to address critical drinking problems during this developmental period. *Alcohol Research & Health, 33*, 29-44.