

Inga Bankauskienė

PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO PREVENCIJA: samprata ir modeliai



Informacinis leidinys

Inga Bankauskienė

**PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ
VARTOJIMO PREVENCIJA:
samprata ir modeliai**

Informacinis leidinys

2013 m.



NARKOTIKŲ, TABAKO IR ALKOHOLIO
KONTROLĖS DEPARTAMENTAS

Autorė dr. Inga Bankauskienė

Recenzavo:

Vilniaus universiteto Bendrosios psichologijos katedros **doc. dr. Laimutė Bulotaitė**
Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento direktorius **dr. Zenius Martinkus**

Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija: samprata ir modeliai. Informacinis leidinys
Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, 2013

TURINYS

Pratarmė	4
1 SKYRIUS. PSICHOAKTYVIŪJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO PREVENCIJOS SAMPRATA	5
1.1. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos sampratos istorinė raida	5
1.2. Šiuolaikinė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos samprata	6
2 SKYRIUS. PSICHOAKTYVIŪJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO PREVENCIJOS PRIEMONES PAGRINDŽIANČIOS TEORIJOS IR MODELIAI	10
2.1. Kognityviniai-emociniai modeliai	11
2.2. Socialinės įtakos modeliai	14
2.3. Visapusiški modeliai	18
2.4. Veiksmingos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemonės pagrindžiančios teorijos ir modeliai	20
APIBENDRINIMAS	24
Literatūra	26

PRATARMĖ

Pastaraisiais metais Lietuvoje daug rašoma, kalbama ir diskutuojama apie psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją ir vykdomas prevencijos priemones, kurios padeda ne tik užkirsti kelią šių medžiagų vartojimui, bet ir siekia užtikrinti vaiko teises, saugumą ir sudaro tinkamas sąlygas vaikų socializacijai.

Šiandienėje visuomenėje, patiriančioje ne tik globalizacijos procesų pasekmes, bet ir sparčiųjų kaitą, turi pripažinti, kad vykdoma psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija taip pat nestovi vietoje, ji nuolat kinta ir reikalauja naujų sprendimų bei vykdomų prevencinių priemonių tobulinimo galimybių. Šias galimybes atskleidžia besikeičiantys jaunų asmenų poreikiai, vykdomų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemonių taikymas atsižvelgiant į tikslinių grupių amžių, lytį, etninę grupę, kultūrinį, normatyvinį ir socialinį kontekstą. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos kaitai turi įtakos rinkoje atsirandančios naujos psichoaktyviosios medžiagos, nauji psichoaktyviųjų medžiagų platinimo būdai (pvz., internetas), Europoje ir pasaulyje kuriami psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos kokybės standartai. Ši kintanti situacija ir Lietuvos mokytojams bei kitiems specialistams, dirbantiems su vaikais ir jaunimu, kelia naujus tikslus ir uždavinius, kad jų turimos žinios ir gebėjimai atitiktų šiuolaikinės psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos vykdymo reikalavimus.

Šio informacinio leidinio tikslas – pateikti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos sampratos pokyčių analizę bei identifikuoti veiksmingus psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos modelius.

Leidiny sudaro dvi dalys. Pirmoji dalis skirta psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos sampratos giluminei analizei. Šioje dalyje apibrėžiamos atskirų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sampratos ir jų istorinė raida, pateikiama šiuolaikinė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos apibrėžtis. Antroji leidinio dalis apibūdina psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemones pagrindžiančių teorijų ir modelių skirstymą, formavimosi etapus ir jų charakteristikas. Analizuojami psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemonės pagrindžiančių teorijų ir modelių privalumai ir trūkumai, veiksmingos, moksliniais įrodymais grįstos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programos.

Tikimės, kad šiame leidinyje pateikta informacija sulauks socialinių pedagogų, mokytojų, visuomenės sveikatos ir kitų specialistų, dirbančių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos srityje, dėmesio ir prisidės prie efektyvesnės psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos vykdymo Lietuvoje.

1. PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO PREVENCIJOS SAMPRATA

1.1. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos sampratos istorinė raida

Alkoholio vartojimo prevencijos samprata. Alkoholio vartojimo prevencija, kaip specialistų užduotis ir profesionalų darbas, atsirado tik pliuralistinėje visuomenėje, kai tradicinės vertybės ir gyvenimo būdas jau nebegalėjo užtikrinti iki tol įsigalėjusios ir bendrai priimtinos alkoholio vartojimo kontrolės bei prevencijos, kuri buvo vyraujančio auklėjimo dalis, atitinkanti nustatytas socialines normas. Prevencija, jos turinys, poveikis, veiksmingumas nebuvo moksliskai tikrinami, nes ir poreikio nebuvo (Uchtenhagen, 1998). XIX a. viduryje kilęs blaivybės sąjūdis pakeitė su alkoholio vartojimu susijusių problemų suvokimą, iškeldamas ne asmenį kaip to priežastį, bet pačią psichoaktyviąją medžiagą – alkoholį. Šiuolaikinis blaivybės sąjūdis suklestėjo XIX a. viduryje Vokietijoje, Skandinavijoje, Jungtinėje Karalystėje, Lietuvoje, kitose Europos valstybėse ir Jungtinėse Amerikos Valstijose. Blaivybė pakeitė milijonų žmonių alkoholinių gėrimų vartojimo elgseną. Blaivybės sąjūdis buvo pirmoji plataus masto prevencijos iniciatyva Europoje (Buhringer ir Kunzel, 1998; Matusas, 1932; Endziulaitytė-Gylienė, 1931). Taigi pasaulyje ir Lietuvoje seniausias terminas, siejamas su alkoholio vartojimo prevencija, yra „blaivybė“. „Visuotinėje lietuvių enciklopedijoje“ pateikiamas toks blaivybės apibrėžimas: „Blaivybė – santūra nuo alkoholio vartojimo ar bent stipriųjų alkoholinių gėrimų nevartojimas“, kuris apima konkrečias prevencijos priemones visuomeniniu ir individualiu lygmeniu. Individualiu lygmeniu tai yra asmens pasiryžimas, apsisprendimas ir net kai kuriais atvejais raštiškas pasižadėjimas nevartoti alkoholio ar bent stipriųjų alkoholinių gėrimų, visuomeniniu lygmeniu – XIX–XX a. pradžios blaivybės draugijų veikla (Visuotinė lietuvių enciklopedija, 2003). Lietuvoje blaivybės sąjūdis siejamas su vyskupo Motiejaus Valančiaus skleistomis blaivybės idėjomis.

Kitas tuo metu dažnai vartotas, su alkoholio vartojimo prevencija susijęs terminas „kova su girtavimu“ pabrėžė tiek žmonių, tiek ir įvairių organizacijų ryžtą, principingą poziciją, pasirengimą sutelkti visas jėgas paplitusiam alkoholio vartojimui įveikti. Tačiau sąvoka „kova“ išreiškia ir įsitikinimą, kad asmuo, kuris vartoja alkoholį, yra visuomenės priešas, kita vertus – kiekviena kova reikalauja laimėtojų ir pralaimėtojų, aukų ir kovai reikalingų ginklų, sukelia daug skausmo. Prevencijos esmė – ne kova, bet siekis kontroliuoti tam tikro nepageidaujamo reiškinio atsiradimą arba sumažinti galimą jo poveikį. Reikia pabrėžti, kad terminas „kova su girtavimu ir alkoholizmu“ buvo dažnas pokario Lietuvoje ir sovietmečiu. Šis terminas labai populiarus ir kitose šalyse, ypač JAV.

Tiesa, sąvokos „prevencija“ nerasime XX a. pradžios Lietuvos rašytiniuose šaltiniuose, galime aptikti tik terminą „profilaktika“ bei dažniausiai minimus jos sinonimus: „priešalkoholinis ugdymas“, „priešalkoholinis auklėjimas“, „priešalkoholinė propaganda“, „kova su alkoholizmu“. Reikia pažymėti, kad tiek Lietuvoje, tiek Rusijoje, tiek Europoje ir JAV sąvoka „profilaktika“ dažniausiai vartojama medicinos srityje, o sąvoka „prevencija“ – socialinių mokslų srityje. Profilaktika – tai visuma priemonių, padedančių saugoti, stiprinti sveikatą ir vengti ligų (pirminė prevencija), atitolinti jų reiškimąsi, stabdyti jau prasidėjusių ligų progresavimą (antrinė ir tretinė prevencija) (Tarptautinių žodžių žodynas, 2000).

Narkotikų vartojimo prevencijos samprata. Pasaulyje, kaip ir Lietuvoje, narkotikų vartojimo, kaip ir alkoholio vartojimo, prevencijos užuomazgų galime aptikti jau XX a. pradžioje. Nuo 7-ojo dešimtmečio pasaulyje prevencijos koncepcija palaipsniui įgijo vis platesnę teorinę ir praktinę reikšmę. Keitėsi ir vykdomų prevencijos priemonių supratimas, perėjimas nuo asmens prie socialinio konteksto (Uhl, Ives, 2010; Buhringer, Kunzel, 1998). XX a. antroje pusėje terminas „narkotikai“ buvo suprantamas kaip „neteisėtai vartojami narkotikai“, t. y. neteisėtai vartojamos narkotinės ir psichotropinės medžiagos, kurios yra kontroliuojamos tarptautinėmis sutartimis, o vykdoma prevencija įvardijama kaip „narkotikų vartojimo prevencija“. Ši veiklos sritis ilgainiui įgijo didžiulę svarbą ir nuo tada dėmesys, kuris anksčiau buvo kreipiamas tik į „neteisėtai vartojamus narkotikus“, buvo sutelktas ir į problemų, susijusių su „visomis psichoaktyviosiomis medžiagomis“, prevenciją, o per pastaruosius kelerius metus – ir į problemas, keliamas „priklausomybių, priklausomo elgesio“.

Lietuvoje terminas „narkotikų vartojimo prevencija“ dažnai keičiamas sąvokomis „alkoholio ir kitų narkotikų prevencija“, „narkomanijos prevencija“, „psichotropinių medžiagų prevencija“, „legalių ir nelegalių narkotikų prevencija“. Reikėtų pabrėžti, kad šių sąvokų turinys nėra tapatus. Nereikėtų painioti terminų „narkotinių medžiagų“ vartojimo prevencija ir „psichotropinių medžiagų“ vartojimo prevencija. „Tarptautinių žodžių žodyne“ (Vilnius, 2000) nurodoma, kad *narkotinis* – „sukeliantis narkozę, pvz., narkotiniai preparatai“, *psichotropinis* – „veikiantis psichiką, pvz., psichotropiniai vaistai. Šios sąvokos skiriamos ir teisės aktuose, t. y. Lietuvos Respublikos baudžiamajame kodekse ir patvirtintuose „Narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašuose“¹.

1.2. Šiuolaikinė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos samprata

Pastarąjį dešimtmetį vis dažniau sutinkamas ir įsigali terminas „psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija“, kai buvo įrodyta, kad bet kokių psichoaktyviųjų medžiagų (toliau – PM) vartojimas padidina riziką, kad bus pradėtos vartoti ir kitos PM (pavyzdžiui, ankstyvas alkoholio arba tabako vartojimas padidina narkotikų vartojimo riziką (Chen, Tang, Huang ir kt., 2008; Jurgaitienė, 2008; Kokkevi, Arapaki, Richardson ir kt., 2007; Jurgaitienė, Targamadžė, 2006). Jeigu PM vartojimo ir prevencijos analizė išskaidoma į alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimo ir rūkymo problemas, toks požiūris neleidžia sudaryti visuminio, integralaus vaizdo apie realų PM vartojimo lygį, nors yra įrodyta, kad šių medžiagų vartojimas yra tarpusavyje susijęs, ir kelių medžiagų vartojimo poveikis nėra lygus jų atskirų poveikių sumai (Juozulynas, Jurgelėnas, Astrauskienė ir kt., 2009). Daug veiksmių, darančių įtaką PM vartojimui (pvz., šeimos ar bendraamžių įtaka), daugiausia yra nepriklausomi nuo PM rūšies (Buhringer, Kunzel, 1998). Kur kas veiksmingiau įtraukti visas PM, negu kurti atskiras programas atskiroms medžiagoms (Pentz, 2003). Jeigu jaunimui skirtos prevencijos priemonės siekia būti patikimos, jos turi apimti ne tik narkotikus, bet ir teisėtai vartojamas PM (alkoholį ir tabaką), nes jaunimas mato suaugusiuosius vartojant šias medžiagas kasdieniame gyvenime. Elgesio ir dorovės normos, skelbiamos mokykloje, turi atitikti visuomenėje skelbiamas ir propaguojamas elgesio normas (Bulotaitė, 2005).

¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 6 d. įsakymas Nr. 5 „Dėl Narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašų patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 4-113).

Lietuvoje PM apibūdinti kaip sinonimas dažnai vartojamas terminas „psichiką veikiančios medžiagos“. Reikėtų pabrėžti, kad šių sąvokų turinys yra tapatus, abu terminai yra aprobuoti, tačiau pirmenybė teikiama terminui „psichoaktyviosios mēdžiagos“ (Valstybinė lietuvių kalbos komisija, 2010).

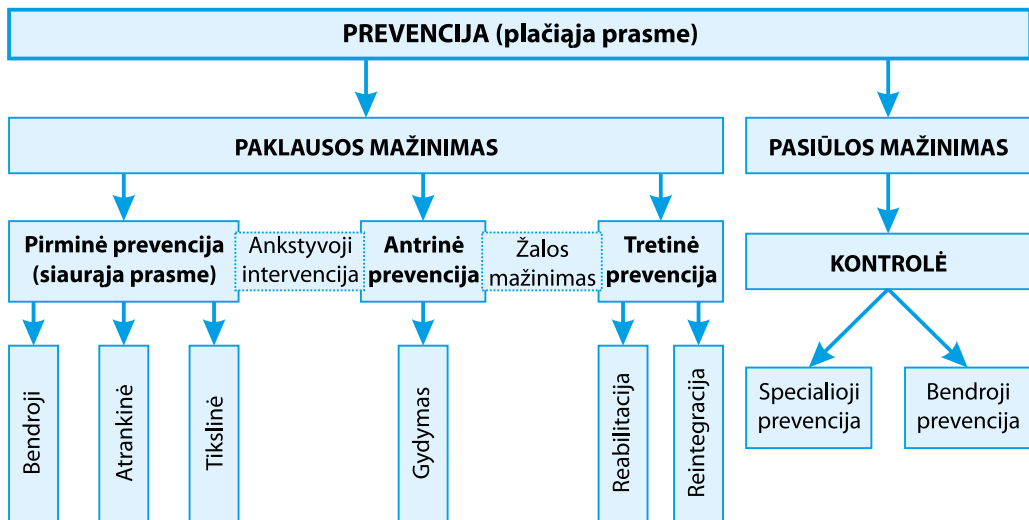
Kalbant apie prevenciją bendrai, ji apibrėžiama labai skirtingai ir kinta nuo labai plačiai apibrėžiamos socialinės veiklos, kuri apima įvairias priemones, metodus, būdus, padedančius užkirsti kelią įvairių problemų atsiradimui (ankstyvoji prevencija) ir stabdyti atsiradusių problemų raišką, progresavimą (intervencija, rehabilitacija) (Saveljeva, 2005) iki tiek specialiojoje literatūroje, tiek praktinėje veikloje kur kas siauriau suvokiamų prevencinių priemonių, kuriomis siekiama suteikti žinių, ugdyti gyvenimo įgūdžius bei formuoti tinkamas nuostatas ir elgesį (Davidavičienė, 2001).

Pedagogikoje ši sąvoka apibūdinama kaip įvairių auklėjimo metodų, kuriais siekiama užbėgti už akių įvykiams, prieštaraujantiems moralės ir teisės normoms, visuma (Jovaiša, 2007). Psichologijoje prevencija suprantama kaip psichologinis atsparumas, kai žmogus geba atsispirti, įveikti sunkumus, jeigu jam padedama susidūrus su nepalankiomis gyvenimo aplinkybėmis ir rizikingomis situacijomis, ypatingą vaidmenį skiriant rizikos veiksnių mažinimui ir apsauginių veiksnių didinimui (Barkauskienė, 2005) arba, kitais žodžiais tariant, prevencija suprantama kaip galimo trikdžio atpažinimas ir pašalinimas profilaktiškai, užkertant kelią ir stiprinant atsparumą neigiamiems veiksniams (Psichologijos atlasas, 2002). Socialinių santykių sferoje prevencija vadinama tam tikra socialinės politikos ir socialinės veiklos sritis, kuria siekiama sumažinti specifines ir nuspėjamas visuomenės gyvenimo problemas, apsaugoti visuomenės gerovę ir propaguoti (ugdyti) pageidaujamas asmens elgesio formas (Auškelis, Dulinskaitė, Valantiejienė, 2010). Socialinėje sferoje galima iškirti prevenciją kaip skatinančią pozityvią veiklą, apimančią sėkmingo, sveiko ir pozityvaus elgesio skatinimą nuolat besikeičiančioje visuomenėje.

Prevencijos samprata plačiaja ir siaurąja prasme. Apibendrinami apibrėžtas prevencijos sąvokas galime sugrupuoti kaip suprantamas *siaurąja* ir *plačiaja* prasme. *Plačiaja* prasme prevenciją galime apibrėžti kaip visa tai, kas padeda užtikrinti pozityvią asmens socializaciją. *Siaurąja* prasme prevencija suprantama kaip specialios priemonių sistemos, padedančios išsiaiškinti ir šalinti negatyvius asmens socializacijos veiksnius, sukūrimas ar poveikis asmenims, susiduriantiems su socializacijos problemomis. Vis daugiau Europos šalių, formuodamos ir vykdydamos PM vartojimo kontrolės ir prevencijos politiką, vadovaujasi vadinamąja „keturių kolonų koncepcija“, o tos keturios kolonos – „prevencija“, „gydymas“, „žalos mažinimas“ ir „kontrolė“ (žr. 1 pav.).

Prevencija *plačiaja* prasme reiškia skėtinį terminą, apimančią visas keturias kolonas, t. y. „prevenciją“, „gydymą“, „žalos mažinimą“ ir „kontrolę“. Prevencija *siaurąja* prasme apima visas priemones ir vykdomas intervencijas, kurios taikomos, kai problema dar nenustatyta ir nereikalingas gydymas bei žalos mažinimas. Jei šis terminas vartojamas be papildomų terminų, paprastai jis suprantamas kaip prevencija *siaurąja* prasme (Uhl, Ives, 2010).

Visuotinai pripažįstama, kad siekiant apsaugoti vaikus ir jaunimą nuo PM vartojimo, būtina vykdyti pirminę PM vartojimo prevenciją tarpusavyje derinant tiek PM pasiūlos, tiek paklausos mažinimo priemones. Todėl prevencija dar apibrėžiama paklausos ir pasiūlos mažinimo terminais, kas suprantama kaip prevencija *plačiaja* prasme.



1 pav. *Prevencijos samprata. Adaptuota pagal M. L. Buechi (2003)*

Paklausos mažinimas apima kompleksines ir integruotas PM vartojimo prevencijos, ankstyvosios intervencijos, sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir reintegracijos priemones, skatinančias visuomenę nevertoti PM, mažinančias minėtų medžiagų vartojimą ir su tuo susijusius padarinius². **Pasiūlos mažinimas** – kompleksinės priemonės, kuriomis siekiama užkardyti neteisėtą disponavimą narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis bei jų pirmtakais (*prekursoriais*), psichoaktyviosiomis medžiagomis ir sumažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų (*prekursorių*) apyvartą bei vykdyti PM kontrolę³.

Kontrolė susideda iš rinkos ribojimo, prieinamumo kontrolės priemonių bei apima teisinę atsakomybę už neteisėtą PM gamybą, prekybą, platinimą ir laikymą. Kontrolė skirstoma į bendrąją ir specialiąją prevenciją. Bendroji prevencija atspindi ekonominę perspektyvą, kuri pagrįsta prielaida, kad teisinėmis priemonėmis įmanoma paveikti PM kainą, o remiantis kaina nuspėti būsimą vartotojo elgesį (Chaloupka, Grossman, Saffer, 2002). PM kainoms augant, vartojimas sumažėja (kainų lankstumas). G. S. Becker ir K. M. Murphy (1988) aprašė šią perspektyvą įtraukdami PM vartojimo aspektą. Anot šių autorių, dabartinis vartotojo elgesys priklauso nuo ankstesnio elgesio ir turi įtakos elgesiui ateityje. Tai reiškia, kad kainos didėjimas paveiks ne tik dabartinį vartojimą, bet ir vartojimą ateityje, o tai savo ruožtu atspindės didesnis kainų lankstumas. Specialioji prevencija apima PM vartojimo konteksto keitimą, t. y. draudimus rūkyti baruose, restoranuose, viešose vietose, minimalų alkoholio ir tabako vartojimo amžių nustatančių įstatymų priėmimą, vairavimą išgėrus ribojančias taisykles ir atsakomybę ir pan. Tačiau kartu būtina vykdyti priežiūrą, nes jei nebus realios grėsmės, kad iš įmonių, kurios pardavinėja alkoholinius gėrimus ar tabako gaminius nepilnamečiams, bus atimtos licencijos ar paskirtos baudos, minėtos priemonės nebus efektyvios (Anderson, Baumerg, 2006). Specialioji prevencija apima ne tik juridiniams, bet ir fiziniams asmenims taikomas civilinės ir baudžiamosios teisės priemones. Specialioji prevencija apima ir neteisėto disponavimo nar-

² Lietuvos Respublikos Seimo 2010 m. lapkričio 4 d. nutarimas Nr. XI-1078 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2010, Nr. 132-6720).

³ Lietuvos Respublikos Seimo 2010 m. lapkričio 4 d. nutarimas Nr. XI-1078 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2010, Nr. 132-6720).

kotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis bei jų pirmtakais užkardymą bei neteisėtos narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų apyvartos kontrolę. **Žalos mažinimas** prevencijos plačiąja prasme kontekste galėtų būti priskirtas tiek antrinei, tiek tretinei prevencijai, nes paklausos mažinimo sistema apima kompleksines ir integruotas PM vartojimo prevencijos, ankstyvosios intervencijos, sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir reintegracijos priemonės, su PM vartojimu susijusios žalos sveikatai ir visuomenei mažinimą. Žalos mažinimo priemonėmis siekiama sumažinti galimas su narkotikų vartojimu ir rizikinga elgsena susijusius neigiamus medicininius, socialinius, ekonominius, teisinius padarinius visuomenei ir asmeniui⁴. Todėl žalos mažinimą priskyrėme ir antrinės, ir tretinės prevencijos sritims. **Ankstyvoji intervencija** priskirta ir pirminei, ir antrinei prevencijos sričiai, nes ankstyvoji intervencija apibrėžiama kaip psichologinės, socialinės pedagoginės pagalbos priemonės, taikomos nustačius, kad asmuo vartoja PM, skirtos skatinti nevartoti šių medžiagų⁵. Asmenims, kuriems teikiamos ankstyvosios intervencijos paslaugos, būdingas eksperimentinis ar nereguliarus PM vartojimas arba jie turi keblumų dėl rizikingo elgesio, susijusio su PM vartojimu (pvz., vairavimas išgėrus, vagystės, muštynės, viešosios tvarkos pažeidimai ir pan.). Ankstyvosios intervencijos paslaugos užpildo spragą tarp pirminės PM vartojimo prevencijos ir priklausomybės ligomis sergančių asmenų gydymo (Ankstyvosios intervencijos vadovas, 2011).

Nuo XX a. 9-ojo dešimtmečio pradžios PM vartojimo prevencija skirstoma į bendrąją, atrankinę ir tikslinę. Iki tol tradiciškai prevencija rėmėsi visuomenės sveikatos modeliu, kuriame priklausomybės ligų prevencijos strategijos buvo kuriamos kartu su pirminės, antrinės ir tretinės prevencijos tęstinumu.

Bendrosios prevencijos strategijos paprastai yra nukreiptos į visą populiaciją (visą šalį, vietos bendruomenę, mokyklą, rajoną ar gyvenvietę), siekiant užkirsti kelią PM vartojimui. **Atrankinė prevencija** taikoma tam tikroms tikslinėms grupėms, šeimoms arba visoms bendruomenėms, kurioms priklausantys žmonės dėl menkų socialinių ryšių ir išteklių gali būti labiau linkę pradėti vartoti PM arba tapti priklausomi nuo jų. Tikslinės grupės gali būti nustatomos pagal amžių, lytį, šeimos istoriją, gyvenamąją vietą. **Tikslinė prevencija** siekiama nustatyti asmenis, kuriems būdingas probleminis elgesys dėl PM vartojimo, bet dar neturintiems priklausomybės požymių, siekiant anksti nustatyti asmenis, vartojančius PM ir motyvuoti nevartoti minėtų medžiagų, teikti jiems reikiamą socialinę ir psichologinę pagalbą, vykdyti ankstyvąją intervenciją. Pagrindiniai uždaviniai formuojant PM kontrolės ir PM vartojimo prevencijos politiką yra suderinti šiuos skirtingus prevencijos lygmenis pagal tikslinių grupių pažeidžiamumo laipsnį ir užtikrinti, kad vykdomos prevencijos priemonės būtų pagrįstos faktiniais duomenimis, o jų aprėptis būtų pakankama (Brotherhood, Sumnall, 2011).

Bendrojo ugdymo mokyklose planuojant, vykdam ir tobulinant PM vartojimo prevencijos priemones, turima galvoje prevencija siaurąja prasme, kuri apima tik *pirminę* PM vartojimo prevenciją.

Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją mokykloje rekomenduojama apibrėžti kaip pozityvių santykių, saugios aplinkos kūrimą ir plėtojimą, sistemingą žinių teikimą, gyvenimo įgūdžių, neigiamų nuostatų minėtų medžiagų vartojimo atžvilgiu ugdymą, siekiant formuoti sveiką ir pozityvų elgesį nuolat besikeičiančioje visuomenėje, užkirsti kelią psichoaktyviųjų medžiagų vartojimui arba atitolinti amžių, kai pradėdamos vartoti šios medžiagos.

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-584 „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo partvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 77-3020; 2008, Nr. 46-1743).

⁵ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. balandžio 2 d. nutarimas Nr. 437 „Dėl vaikų, vartojančių narkotines, psichotropines, kitas psichiką veikiančias medžiagas, nustatymo organizavimo tvarkos aprašo partvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 35-1305; 2007, Nr. 107-4379).

2. PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO PREVENCIJOS PRIEMONES PAGRINDŽIANČIOS TEORIJOS IR MODELIAI

Šiuolaikinės psichoaktyviųjų medžiagų (PM) vartojimo prevencijos programos visame pasaulyje pasižymi taikomų teorijų ir modelių įvairove, kurie pagrindžia bet kurią vykdomą PM vartojimo prevencinę veiklą, diegiamas priemones, vykdomas intervencijas. Teorija yra svarbi, nes be jos galima pasiklysti kuriant PM vartojimo prevencijos programas, o kita vertus, ji yra tarsi pagalbininkas, nurodantis kelią, kokias priemones reikėtų rinktis kuriant veiksmingas prevencijos programas. Analizuojant PM vartojimo prevencijos programų raidą, galima išskirti tris pagrindinius etapus. Pirmasis etapas (1960–1970 m.) apima programas, kurios buvo grįstos informatyviu modeliu, siekiant asmenims suteikti žinių apie PM vartojimo žalą ir padarinius. Informatyvaus modelio taikymas ir jo reikšmė pradėjo mažėti, kai buvo įrodyta, kad teikiamos žinios neatitinka jų poveikio gavėjų nuostatų pasikeitimui (Olaiio, 2001). Antrajame etape (1970–1980 m.) dominavo programos, pabrėžiančios „emocinį“ taikomų prevencinių priemonių turinį, t. y. norint pasiekti elgesio ir nuostatų pasikeitimų, būtina paveikti ir emocinius aspektus, kurie lemia vaikų ir paauglių ketinimus vartoti PM. Buvo pabrėžiama, kad vykdant prevencijos priemones būtina atsižvelgti į vertybių ugdymo svarbą, sprendimų priėmimo procesus ir PM vartojimo alternatyvų sukūrimą. Trečiajame etape (nuo 1980 m. iki dabar) dominuoja socialinės įtakos modeliai, grindžiantys PM vartojimą socialine įtaka: draugų, tėvų, bendruomenės, žiniasklaidos (Olaiio, 2001). Pastaruoju metu akcentuojama ir būtinybė įgyvendinant PM vartojimo prevencijos programas naudoti visapusišką modelį arba integruojančias teorijas, t. y. atsižvelgti į visus veiksnius, darančius įtaką žmogaus elgesiui, arba remtis vadinamoju visa apimančiu požiūriu. Šiuolaikinėse prevencinėse programose naudojami įvairūs PM vartojimo prevencijos metodai: pateikiama informacija, žinios, formuojamos nuostatos, vertybės ir ugdomi gyvenimo įgūdžiai, puoselėjama psichologinė branda tikintis, kad ateityje tai užkirs kelią įvairiems asmenybės sutrikimams, socialinėms disfunkcijoms, taip pat ir svaiginimuisi PM (Bulotaitė, 2009). Siekiama ne tik stiprinti asmenų gebėjimą įveikti sunkumus, bet ir keisti jų artimiausios aplinkos sąlygas, kad jos būtų kuo palankesnės pozityviai raidai, įtraukiant ne tik mokinius, bet ir jų bendraamžius, tėvus, mokyklos ir vietos bendruomenę.

Autoriai D. J. Lettieri, M. Sayers ir H. W. Pearson (1980) apžvelgė 43 skirtingas PM vartojimą aiškinančias teorijas bei modelius ir juos suskirstė pagal *taikymo sritis – disciplinas* (pvz., psichiatrija, biologija, kriminologija, sociologija, psichologija, genetika ir t. t.) ir jų tinkamumą vykdant pirminę ir antrinę prevenciją bei vartojamas PM rūšis.

Kiti autoriai PM vartojimo prevencijos priemones pagrindžiančias teorijas ir (ar) modelius skirsto pagal *tikslines grupes*, pavyzdžiui, šeima, mokykla, bendruomenė, žiniasklaida, specifinės tikslinės grupės (Buhler, Kroger, 2008), bei tokius veiksnius, kaip amžius, lytis, etninės grupės (Lettieri, Sayers, Pearson, 1980).

Mokslininkai J. Petraitis, B. Flay ir T. Miller (1995) atrinko teorijas ir modelius, kurie paaiškina PM vartojimą, bei tyrinėjo, kokie veiksniai paskatina paauglius eksperimentuoti su PM. Au-

toriai atrinko 14 teorijų, atsižvelgdami į veiksnius ir suskirstydami juos į pagrindinius, tolimuosius ir artimiausius, kurie daro įtaką PM vartojimui. Atrinktas teorijas jie sugrupavo į keturias kategorijas: kognityvinės teorijos, socialinio išmokymo teorijos, asmeninių (vidinių) veiksmų įtaką pabrėžiančios teorijos ir visapusiškos teorijos.

Pažymėtina, kad nėra vienodo, visuotinai priimto PM vartojimo prevencijos priemonės pagrindžiančių teorijų ir modelių skirstymo. Išanalizavę įvairių autorių aprašytas PM vartojimo prevencijai taikomas teorijas ir modelius, atrinkome 17 teorijų ir (ar) modelių, kuriuos suskirstėme į tris grupes: kognityviniai-emociniai modeliai, socialinės įtakos modeliai ir visapusiški modeliai. *Kognityvinių-emocinių modelių grupei* priskirti septyni modeliai: informatyvus (faktinių žinių) modelis, gašdinimo modelis, įsitikinimų apie sveikatą modelis, pagrįstų veiksmų modelis, suplanuoto elgesio teorija, emocinio ugdymo modelis, alternatyvios veiklos modelis. *Socialinės įtakos modelių grupei* priskirti penki modeliai (teorijos): socialinio išmokymo ir socialinė kognityvinė teorija, gyvenimo įgūdžių teorija, socialinės ekologijos modelis, socialinio vystymosi modelis, normatyviniai įsitikinimai. *Visapusiškų modelių grupei* priskirti penki modeliai (teorijos): probleminio elgesio modelis, rizikos ir apsauginių veiksmų modelis, atsparumo teorija, bendraamžių grupės teorija ir sričių modelis.

Pažymėtina, kad atrinktos tos teorijos ir modeliai, kurios dažniausiai taikomos vykdant PM vartojimo prevenciją bei turi empirinį pagrindimą. Teorijos ir modeliai suskirstyti į grupes atsižvelgiant į PM vartojimo prevencijos programų raidos tris pagrindinius etapus.

2.1. Kognityviniai-emociniai modeliai

Kognityvinių -emocinių modelių esmė: mes atliekame racionalius sprendimus ir elgiames (linkę taip elgtis) pagal turimas žinias ir įsitikinimus.

2.1.1. Informatyvus (faktinių žinių) modelis (angl. Informative model). Dažnai šis modelis vadinamas tradiciniu, nes tai pirmasis PM vartojimo prevencijos priemonių įgyvendinimo modelis. Informatyvus modelis grindžiamas prielaida, kad informavimo apie PM neigiamus aspektus ir vartojimo padarinius turėtų pakakti, jog jaunimas priimtų racionalų sprendimą nevertoti minėtų medžiagų. Teigiama, kad esama tiesioginės koreliacijos tarp asmens sukauptų žinių, požiūrio ir elgesio, t. y. nuostatų keitimas lemia elgesio pokyčius, kurie savu ruožtu atitinka asmens sukauptas žinias (Olai, 2001).

Tačiau tyrėjai atskleidžia ir šio modelio trūkumus, kurie yra susiję su įtikinėjimo ir bendravimo metodų taikymu siekiant pakeisti asmenų elgesį. Įtikinėjimo metodo veiksmingumas kelia abejonių, nes kalbame apie tokią problemą, kaip PM vartojimas, apimantis ne vien patį vartojimo veiksmą, bet ir stiprų emocinį įsitraukimą. Įrodyta, kad gerai parinkta ir tinkamai suformuluota informacija darys poveikį, bet tai nereiškia, kad minėtoji informacija iš karto pakeis asmens nuostatas arba požiūrį į PM vartojimą ir kad tų nuostatų bus laikomasi ateityje. Be to, informacijos teikimas apie PM ir jų vartojimą gali paskatinti domėjimąsi ir norą eksperimentuoti su minėtomis medžiagomis, lojalesnio požiūrio į PM vartojimą formavimąsi (Шипицына, 2003; Botvin, 2000).

Daugelis autorių teigia, jog informacijos teikimo programos yra neveiksmingos mokinių rūkymo paplitimui mažinti ir geriausiu atveju pagilina mokinių žinias apie rūkymo pasekmes, formuoja neigiamą požiūrį į rūkymą (Bruvold, 1993). Daugumos ekspertų nuomone, šios priemonės nepaveikios, jei taikomos vienos, pavyzdžiui, vien tik informacijos teikimas, baimės taktika, emocinis ugdymas ir kitos neinteraktyvios priemonės vertinamos neigiamai (ENNSC, 2011, 2009). Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą lemia daugelis priežasčių, ne vien žinių sto-

ka. Programos, kuriose pateikiama plati informacija apie PM, didina asmens informuotumą šiuo klausimu, jo žinių bagažą, bet neturi didelės įtakos jo elgesiui (Bulotaitė, 2004). Tačiau tai nereiškia, kad vykdant PM vartojimo prevenciją nereikia vaikų ir jaunimo informuoti apie PM poveikį, daromą žalą ir pan. Reikia pripažinti, kad šiuolaikinėse PM vartojimo prevencijos programose informacijos teikimas nebėra svarbiausias uždavinys, o tik sudėtinė PM vartojimo prevencijos programų dalis, kuriose informacijos teikimas derinamas su gyvenimo įgūdžių bei neigiamų nuostatų PM vartojimo atžvilgiu ugdymu.

2.1.2. Gąsdinimo modelis (angl. *Model of intimidation*). Prevencijos programos, parengtos pagal šį modelį, grindžiamos įsitikinimu, kad asmenys nevertos PM, jeigu bus pabrėžiamas tokio elgesio pavojingumas. Pagrindinis prevencijos programų, kurios taikė šį modelį, trūkumas, kad jos buvo pagrįstos baimės ir gąsdinimo metodų naudojimu ir akcentavo PM vartojimo moralinį aspektą. Naudojant gąsdinimo metodą buvo pateikiama kuo daugiau bauginančios informacijos apie PM vartojimo žalą, neigiamus padarinius, rodomos priklausomų nuo PM asmenų bei pažeistųjų organų nuotraukos. Programos, parengtos pagal šį modelį, nedavė numatomų rezultatų, nes daugumai žmonių, ypač jaunų, tie bauginantys PM vartojimo padariniai atrodė labai tolimi ir nesusiję su jų elgesiu (Bulotaitė, 2004). Dėl to jauni asmenys gali priimti jiems pateikiamą informaciją kaip nepagrįstą ir neatitinkančią tikrovės. Iš dalies gąsdinimo elementai gali būti veiksmingi darbe su jaunesnio mokyklinio amžiaus mokiniais (Шипицына, 2003). Iš kitos pusės, šiuo metu jau 40 pasaulio šalių turi gąsdinančius vaizdinius įspėjimus ant tabako pakuočių ir tai yra pripažinta veiksminga priemone. Be to, apklausos parodė, kad 58 proc. rūkančiųjų tokie įspėjimai privertė susimąstyti apie sveikatą (Veryga, Liutkutė, Belian ir kt., 2010). Galime daryti prielaidą, kad naujos PM vartojimo prevencijos priemonės, įtraukiančios gąsdinimo elementus, gali būti veiksmingos, jei pateikiamos ant PM vartojimo produktų.

2.1.3. Įsitikinimų apie sveikatą modelis (angl. *Health belief model*). 1950 metais įsitikinimų apie sveikatą modelis buvo plėtojamas Jungtinėse Amerikos Valstijose kaip atsakomoji priemonė, papildanti tikrinimo dėl tuberkuliozės programą (angl. *Tuberculosis screening programme*). Įsitikinimų apie sveikatą modelis remiasi koncepcija, kad suvokta ligos grėsmė ir asmens elgesys yra pagrindiniai veiksniai, padedantys išvengti ligos ir lemiantys pozityvų sveikatą stiprinantį elgesį. Todėl faktais pagrįsta informacija apie žalingą PM poveikį bei žalą sveikatai suformuos neigiamą požiūrį į šių medžiagų vartojimą ir tokiu būdu sulaikys nuo piktnaudžiavimo jomis (EMCDDA, 2005). Tačiau reikia pažymėti, kad įsitikinimų apie sveikatą modeliu grįstų sveikatos stiprinimo ir ugdymo programų veiksmingumas, palyginti su kitomis programomis, daug priklauso nuo socialinės aplinkos įtakos. Todėl sprendžiant PM vartojimo problemas pastangos turi būti nukreiptos ne tik tiesiogiai į pačius vaikus, bet ir į jų gyvenamąją aplinką, siekiant sudaryti sąlygas veiksmingai PM vartojimo prevencijai vykdyti. Sveikatos stiprinimo programos turi būti pritaikytos atsižvelgiant į vietinius poreikius, galimybes ir turimus išteklius. Trūksta įrodymų, kad vien įsitikinimų apie sveikatą modeliu grįsta veikla yra pakankama, kad būtų pažabotos PM vartojimo problemos, tačiau prevencijos programos, kurios remiasi įsitikinimų apie sveikatą modeliu, yra veiksmingos dirbant su asmenimis, kurie geba rūpintis savo sveikata (EMCDDA, 2005).

2.1.4. Pagrįstų veiksmų modelis (angl. *Reasoned action model*). Šis modelis taikomas siekiant atskleisti PM vartojimo motyvus (Azjen, 2002, 1991). Individualius ketinimus, lemiančius vienokį ar kitokį elgesį, sudaro trys nepriklausomi veiksniai – požiūris į elgesį (konkretaus

elgesio teigiamas ar neigiamas vertinimas), lūkesčiai, socialinės normos (asmens suvokimas, ar reikšmingi jam asmenys pritaria ar nepritaria jo elgesiui) ir suvokiama elgesio kontrolė (suvokimas, kaip lengvai asmuo gali kontroliuoti savo elgesį) (Ajzen, 1991). Kiekvieno šio veiksnio įtaka ketinimams elgtis skiriasi priklausomai nuo elgesio pobūdžio bei konkrečių situacijų. Žmonių elgesiui turi įtakos jų lūkesčiai. Jei jaunas asmuo tikisi, kad išgėręs sulauks draugų pripažinimo ar pasijaus geriau, linksmiau, tai labiau tikėtina, kad vakarėlio metu jis padaugins alkoholio (Buhler, Kroger, 2008). Elgesys yra išmokstamas per modeliavimą, socialinį pastiprinimą ir yra veikiamas asmeninės PM vartojimo patirties. Jei draugai ar tėvai rūko, jaunas asmuo stebėdamas jų elgesį gali išmokti kaip, kur ir kada reikia rūkyti. Jei rūkymas teikia naudą (ar bent nekelia žalos) stebimam asmeniui, padidėja tikimybė, kad jaunas asmuo taip pat pradės rūkyti. Jei jaunas asmuo pradeda rūkyti ir rūkymas jam atrodo malonus ir atpalaiduojantis, tai jo teigiami rūkymo pasekmių lūkesčiai yra sustiprinami (Buhler, Kroger, 2008). Nors ši teorija yra plačiai taikoma su sveikata susijusiam elgesiui prognozuoti, ji yra kritikuojama dėl to, kad nuspėja ketinimus ir elgesį, tačiau ne visada ir nebūtinai paaiškina elgesio pokytį, o juk toks yra vykdomų PM vartojimo prevencijos programų tikslas (Sharma, 2007).

2.1.5. Suplanuoto elgesio teorija (angl. *Theory of planned behavior*). Pagrindinis šios teorijos elementas – kaip asmuo ketina elgtis. Kitaip nei pagrįstų veiksmų modelis, teigiama, kad ne du kintamieji veikia asmens ketinimus elgtis, bet trys. Be asmens požiūrio į socialines normas bei PM vartojimo motyvų atskleidimo, teorijos autoriai teigia, kad individualius ketinimus, lemiančius vienokį ar kitokį elgesį, formuoja dar vienas nepriklausomas kintamasis – saviveiksmingumas (Ajzen, 2002). Yra atlikta mokslinių tyrimų, siekiančių suplanuoto elgesio teorija paaiškinti mokinių PM vartojimą (Tyc, Hadley, Allen ir kt., 2004; Higgins, Conner, 2003). Tačiau trūksta tyrimų, kurie įrodytų suplanuoto elgesio teorijos elementų sėkmingą PM vartojimo ateityje prognozę (Higgins, Conner, 2003).

Suplanuoto elgesio teorija paremti prevencijos modeliai užtikrina, kad aiškus ir įtikinamas PM vartojimo prevencijos turinys atsispindės visose įgyvendinamose priemonėse: reikia teikti tikslią informaciją apie psichoaktyviųjų medžiagų poveikį; informaciją apie poveikį įvertinti kritiškai; klaidingus lūkesčius apie egzistuojančias normas pakeisti; saviveiksmingumą ir toliau nevertoti PM būtina pastiprinti. Šios priemonės padeda jauniems asmenims per elgesio pavyzdžius išmokti, kaip jiems derėtų elgtis, kad nepradėtų vartoti PM, arba koks kitas elgesys leistų jiems pasiekti trokštamus tikslus (Buhler, Kroger, 2008).

Tyrimai rodo, jog suplanuoto elgesio teorijos elementai (elgesio ketinimai, požiūris į elgesį, suvokiama elgesio kontrolė, saviveiksmingumas) gerai paaiškina asmens elgesį, susijusį su sveikata (pvz., tabako, alkoholio vartojimą) (Godin, Kok, 1996). Be to, šios teorijos autoriai skatina mokslininkus plėsti jų sukurtą modelį integruojant kitus kognityvinius elementus, kurie pagerintų suplanuoto elgesio teorijos elementų tinkamumą elgesiui nuspėti.

2.1.6. Emocinio ugdymo modelis (angl. *Affective education model*). Vykdamas PM vartojimo prevencijos programas, pabrėžiamas „emocinis“ taikomų prevencinių priemonių pagrindas, t. y. siekiant elgesio ir nuostatų pokyčių, būtina veikti ir emocinius aspektus, kurie lemia paauglių ketinimą pradėti vartoti PM. Siūlomi metodai yra aktyvūs tiek ugdymo prasme, tiek įtrauktų dalyvių skaičiumi, tiek emociniu jų įsitraukimu. Buvo pabrėžiama, kad privalu atsižvelgti į tris komponentus: vertybių formavimą, sprendimų priėmimo procesą ir PM vartojimo alternatyvų sudarymo svarbą (Olaio, 2001; Botvin, 1999). Vertybių formavimo dėmesio centre nėra vertybių turinys, bet greičiau priemonės ir metodai, kuriais ugdomos šios vertybės. Vertybės formuojamos, kai asmuo gali rinktis iš kelių alternatyvų, išanalizavęs kiekvienos jų

padarinius. Manoma, kad vertybių formavimas PM vartojimo prevencijos programose yra labai svarbus, nes daroma prielaida, kad PM vartojimo pradžią gali lemti neišugdyta vertybių sistema (Olaio, 2001). Prevencinės emocinio ugdymo programos esmė yra išmokyti asmenis reguliuoti emocinę būseną nesinaudojant savigriovos elgesio formomis (Сирота, Ялтонский, Хажиллина ir kt., 2001). Tyrimų duomenimis, emocinio ugdymo programos asmenybės problemoms spręsti buvo veiksmingos tik dirbant su paaugliais, turinčiais PM vartojimo patirties (Шипицына, 2003). Emocinio ugdymo programas ir / arba jų sudedamąsias dalis tinka taikyti organizuojant ir vykdant *tikslinės* prevencijos priemones. Tiksline prevencija siekiama nustatyti asmenis, kuriems būdingas eksperimentinis ar nereguliarus PM vartojimas arba jie turi problemų dėl rizikingo elgesio, susijusio su PM vartojimu (pvz., vairavimas išgėrus, viešosios tvarkos pažeidimai ir pan.), ir motyvuoti nevartoti minėtų medžiagų, teikti jiems reikiamą socialinę ir psichologinę pagalbą.

Vėliau atlikti moksliniai tyrimai patvirtino, kad vien emociniu ugdymu grįstos PM vartojimo prevencijos programos yra menkai veiksmingos (ENNSC, 2011, 2009; Botvin, 2000, 1999).

2.1.7. Alternatyvių veiklų modelis (angl. *Model of alternative activities*). PM vartojimo alternatyvų idėja pabrėžia, kad PM vartojamos siekiant patenkinti tam tikrus poreikius arba šis vartojimas gali būti susijęs su troškimu patirti naujų pojūčių. Šiuo modeliu grįsta veikla remiasi prielaida, kad PM vartojimas – tai kompleksiškas ir kintamas individo mokymosi rezultatas, kylantis dėl nesėkmingo bandymo susidoroti su baime, nepasitikėjimu, konfliktais ir psichologine įtampa. Gebėjimas įveikti šiuos sunkumus leidžia tikėtis, kad PM vartojimo bus atsisakyta. Suteikiant paaugliui galimybę išbandyti tam tikras veiklos rūšis, galima tikėtis, kad bus patenkinti poreikiai, kurių jis siekia vartodamas PM (Шипицына, 2003). Galima išskirti keturis programų tipus, grindžiamus alternatyvaus PM vartojimui elgesio modeliu: specifinės pozityvios veiklos, sukeliančios stiprias emocijas ir numatančios įvairių kliūčių nugalėjimą (pvz., kelionės); skatinimas dalyvauti įvairioje pozityvaus aktyvumo veikloje; individualaus aktyvumo pasirinkimas atsižvelgiant į specifinius asmenybės poreikius; jaunimo palaikymo grupių, besirenkančių aktyvią gyvenimo poziciją, sudarymas ir dalyvavimas jų veikloje (Лисовский, Колесникова, 2001).

Iš pradžių šis modelis buvo sutinkamas ir taikomas su entuziazmu, vėliau buvo kritikuojamas dėl rekomenduojamos veiklos atrankos kriterijų, nes bet kuri veikla gali būti traktuojama kaip PM vartojimo alternatyva. Šiuolaikinėse PM vartojimo prevencijos programose alternatyvų siūlymas vaikams ir jaunimui, išlieka sudėtinė vykdomų prevencijos programų dalis.

2.2. Socialinės įtakos modeliai (angl. *Social influence model*)

Socialinės įtakos modelių esmė: PM vartojimas yra socialiai išmoktas elgesys, susiformavęs sąveikaujant socialiniams ir psichologiniams veiksniams. Tokio elgesio išmokstama modeliavimo, imitavimo ir pastiprinimo būdu, kartu su asmens turimomis žiniomis, požiūriu ir įsitikinimais apie PM. Socialinės įtakos modeliai yra paremti socialinio išmokymo teorija (Bandura, 1977) ir socialinių skiepų teorija (McGuire, 1964). Socialinę įtaką daro žiniasklaida, bendraamžiai, šeima. Šiais modeliais pagrįstos prevencijos priemonės paprastai turi du komponentus: atsparumo ugdymą ir mokymą įprastinėje aplinkoje. Atsparumo ugdymas apima informavimą apie grupės spaudimą, galimas elgesio strategijas, kad prevencijos dalyviai įgytų „imunitetą“ juos viliojančioms jėgoms, ir praktiškai mokomasi pasakyti „ne“ rizikingomis aplinkybėmis. Mokymas įprastinėje aplinkoje apima žinių apie žalingus PM vartojimo pa-

darinius sklaidą ir klaidingų įsitikinimų apie PM vartojimo paplitimą bendraamžių grupėje keitimą.

Socialinės įtakos modelių taikymą įgyvendinat veiksmingas PM vartojimo prevencijos programos patvirtino daugelis mokslinių tyrimų (Bailey, Hubbard, 1990; Huba, Wingard, Bentler, 1980; Lettieri, Sayers, Pearson, 1980). Kai kurios PM vartojimo prevencijos programos pasiekė, kad jose dalyvavusių mokinių PM vartojimas sumažėjo (Chen, Fang, Li ir kt., 2006; Josendal, Aaro, Torsheim ir kt., 2005). Kitų PM vartojimo prevencijos programų rezultatai parodė, kad PM vartojimas sumažėjo tik kai kuriose grupėse: tik mergaičių (Thrush, Fife-Schaw, Breakwell, 1999), tik berniukų (Vigna-Taglianti, Vadrucchi, Faggiano ir kt., 2009), tik dalyvavusių prevencijos programoje ir kartu papildomuose užsiėmimuose (Dijkstra, Mesters, de Vries ir kt., 1999). Dar kiti patvirtina ir ilgalaikius PM vartojimo prevencijos programų, pagrįstų socialinės įtakos teoriniais modeliais, rezultatus, tačiau pripažįsta, jog ne visoms prevencijos programoms tokie apibendrinimai tinka (Skara, Sussman, 2003).

Šiuolaikinės PM vartojimo prevencijos programos dažnai grįstos socialinės įtakos modeliais bei įrodytas jų veiksmingumas, tačiau pabrėžiama, kad kuriant elgesio keitimo programas būtų naudojamos teorijos, kurios gali paaiškinti ryšį tarp biologinių rodiklių, psichologinių mechanizmų ir aplinkos veiksnių (Michie, Rothman, Sheeran, 2007).

2.2.1. Socialinio išmokimo ir socialinė kognityvinė teorija (angl. *Social learning and social cognitive theory*). Socialinio išmokimo teorija pabrėžia, kad aplinka, su kuria susiduriame, nėra visiškai atsitiktinė, kad asmenybei daro įtaką ne tik aplinka, bet ir elgsena bei asmens psichologinės savybės. Pabrėžiama kitų asmenų elgesio stebėjimo, modeliavimo, požiūrių ir emocinės būsenos svarba. Teigiama, kad žmonės nėra valdomi nei vien vidinių jėgų, nei vien aplinkos dirgiklių, o greičiau nuolatinės abipusės individo ir aplinkos veiksnių sąveikos (Bandura, 1977). Pabrėžiama, kad aplinka, su kuria susiduriame, nėra atsitiktinė, dažnai mes patys renkamės aplinkybes ir savo elgesiu jas keičiame. Šios idėjos paaiškina, kaip mokomės stebėdami ir kaip išmokstame reguliuoti savo elgesį (Gage, Berliner, 1994). Socialinė kognityvinė teorija teigia, kad elgesys, asmeniniai veiksniai (taip pat ir kognityviniai) bei aplinka yra susiję. Asmeniniai veiksniai – tai individo gebėjimas numatyti savo elgesio padarinius, mokytis stebint kitus ir pasitikėti savimi atitinkamai elgiantis (kartu su gebėjimu įveikti trukdžius), reguliuoti savo elgesį bei analizuoti patirtį. Asmens apsisprendimas (ne)virtoti PM priklauso nuo vartojimo padarinių suvokimo bei su PM vartojimu susijusio elgesio saviveiksmingumo (Baranowski, Perry, Parcel, 2002). Tyrimai parodė, jog stipresnis paauglių įsitikinimas savo gebėjimu atsisakyti rūkymo sėkmingai prognozuoja jų nerūkymą bei ketinimą nerūkyti (Engels, Hale, Noom ir kt., 2005). Empiriniai duomenys patvirtina, kad elgesio modeliavimas gali stipriai paveikti paauglių PM vartojimą. Pavyzdžiui, marihuanos vartojimas labiau paplitęs tarp tų paauglių, kurių draugų nuostatos dėl marihuanos vartojimo yra teigiamos (Bailey, Hubbard, 1990), arba kurie turi rūkančių, alkoholinius gėrimus ar narkotikus vartojančių draugų (Kandel, Yamaguchi, Chen, 1992). Tyrimai patvirtino tiesioginį ryšį tarp tėvų nuostatų PM vartojimo atžvilgiu ir vaikų PM vartojimo (Kandel, Yamaguchi, Chen, 1992). Kuriant ir įgyvendinant PM vartojimo prevencijos programas būtina įtraukti ne tik pačių vaikų ir paauglių neigiamų nuostatų PM vartojimo atžvilgiu formavimą bet ir neigiamų nuostatų PM vartojimo atžvilgiu formavimą šeimoje ir bendraamžių grupėse.

2.2.2. Gyvenimo įgūdžių teorija (angl. *Life skills theory*). Sukurti šį modelį (Botvin, Baker, Dusenbury ir kt., 1990) paskatino rizikos ir apsauginių veiksnių modelis bei probleminio elgesio teorija (Jessor and Jessor, 1977). Modelis remiasi principu, kad skirtingos probleminio

elgesio rūšys yra susijusios ir rizikingą elgesį paskatina tie patys veiksniai. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (1994) apibrėžimu, gyvenimo įgūdžių ugdymas formuoja šiuos įgūdžius: pasitikėjimą savimi, kritinį ir kūrybinį mąstymą, gebėjimą bendrauti, užmegzti naujus santykius ir juos palaikyti, priimti gerai apsvarstytus sprendimus, sėkmingai spręsti iškilusias problemas, įveikti stresą ir suvaldyti neigiamas emocijas (Ives, 2002).

Dažnai diskutuojama, ar rūkymą (kaip probleminio elgesio formą) dera priskirti tai pačiai kategorijai kaip, pavyzdžiui, neteisėtų PM vartojimą. Remdamiesi probleminio elgesio teorija, M. S. Turbin, R. Jessor, F. M. Costa ir kt. (2000) ištyrė, kiek jaunų asmenų rūkymas siejasi su kitomis probleminio elgesio formomis (ankstyvais lytiniais santykiais, alkoholio vartojimu, neteisėtų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, nusikalstamu elgesiu ir pan.) ar kitu, su sveikata susijusiu elgesiu (pvz., netaisyklinga mityba, prasta burnos higiena, fiziniu pasyvumu). Jų tyrimas parodė, kad jaunų asmenų rūkymas buvo stipriai susijęs su probleminiu elgesiu, bet rūkymo ryšys su sveikata susijusiu kitu elgesiu buvo tik netiesioginis. Todėl vykdant rūkymo prevenciją daugiau dėmesio reiktų skirti ne su sveikata susijusiai informacijai teikti, bet veiksniams, skatinantiems jaunų asmenų probleminį elgesį.

Nustatyta, kad asmenys, pasižymintys menka saviverte, nepasitikintys savo jėgomis, nemokantys spręsti konfliktų, įveikti psichologinių sunkumų, turintys menkus bendravimo įgūdžius, jaučiasi atstumti, nereikalingi, nemylimi ir dėl to dažniausiai pradeda vartoti PM. Tai paskatino rengti PM vartojimo prevencijos programas, kuriose daugiausia dėmesio skiriama gyvenimo įgūdžių ugdymui (Bulotaitė, 2009, 2004). Tyrimų rezultatai rodo, kad gyvenimo įgūdžių ugdymo programų taikymas sumažina tabako, alkoholio ir kanapių vartojimą (Botvin, Griffin, 2002), pagrindžia veiksmingumą šių gyvenimo įgūdžių ugdymo: atsisakymo įgūdžių (McGahee, Tingen, 2000; Turbin, Jessor, Costa, 2000), sprendimų priėmimo (McGahee, Tingen, 2000), savikontrolės bei socialinių įgūdžių (Griffin, Botvin, Nichols ir kt., 2003).

Kaip parodė PM vartojimo prevencijos programų tyrinėjimai, gyvenimo įgūdžių ugdymas yra būtina, tačiau anaipol nepakankama veiksmingos PM vartojimo prevencijos sąlyga. Visos prevencijos priemonės turi būti įvairios, remtis PM vartojimo priežasčių, motyvų žinojimu, o gyvenimo įgūdžių ugdymas turi būti siejamas su sveikos gyvensenos, gyvenimo be PM vartojimo propagavimu (Bulotaitė, 2004).

2.2.3. Socialinės ekologijos modelis (angl. *Social ecology model*). Socialinės ekologijos modelis (Kumpfer, Turner, 1990–1991) pabrėžia PM vartojimą kaip socialinę problemą skirtingais, bet integruotais ekonominiais, teisiniais, psichologiniais, kultūriniais aspektais.

Teorijos, kuriose daugiau dėmesio skiriama individualiems aspektams, nurodo, kad jauni asmenys nusiuka nuo šeimos, mokyklos ir tradicinių vertybių, jeigu jie patiria didesnę stresą atitinkamoje aplinkoje arba aplinka nepatenkina jų lūkesčių. Tokiomis aplinkybėmis jauni asmenys prisiriša prie socialiai nepriimtino elgesiu pasižyminčių bendraamžių, nes šie suteikia jiems emocinį saugumą ir būdami su jais jaučiasi labiau patenkinti savimi (Kumpfer, Turner, 1990–1991).

U. Bronfenbrennerio (1980) ekologiniu požiūriu, vystymasis niekada nevyksta vakuume, jis įsitvirtinęs ir išreikštas per elgesį aplinkoje. Tarp augančio asmens ir besikeičiančių aplinkų, kuriose asmuo gyvena, vyksta nuolatinė akomodacija. Šį procesą veikia artimiausių aplinkų tarpusavio santykiai ir platesni kontekstai, kuriuose šios aplinkos yra įsitvirtinę. U. Bronfenbrenneris akcentuoja, kad vaikai gali ir daro pokyčius savo aplinkoje. Laimingas, draugiškas, geranoriškas ir bendradarbiaujantis paauglys sukuria teigiamą ir palaikantį požiūrį į kitus.

Remiantis U. Bronfenbrennerio ekologine teorija, ryšiai ir sąveikos kuria modelius, veikiančius žmogaus raidą keturiuose pagrindiniuose lygmenyse: mikrosistemoje, mezosistemoje, ekosistemoje ir makrosistemoje, apimant laikui bėgant susidarancius ryšius ir sąveikas (chronosistema). Chronosistemos poveikis mokyklai apima jos prisitaikymą prie pokyčių visuomenėje apskritai ir prie specifinių aplinkybių: naujų technologijų, piktnaudžiavimo psichoaktyviosiomis medžiagomis ir kt. Chronosistemos įtaką bendraamžių grupei parodo struktūros, veiklos ir santykių kaita, kai draugai auga ir tobulėja psichologiniu, socialiniu ir kognityviniu požiūriu (Berns, 2009).

Ekologinė teorija tikina, kad tai, kas nutinka individui jo šeimoje (mikrosistema) gali būti suprasta tik remiantis šeimos santykiais su mokykla, bažnyčia, kaimynyste (mezosistema), tėvų darbo aplinka (ekosistema) ir bendraja visuomene (makrosistema). Kai vaikui kyla rizika dėl vystymosi, mokymosi ar socialinių problemų, ekologinė perspektyva žiūri į skirtingų lūkesčių, spaudimo, poreikių ir individualios patirties visumą bei veiksnius, galinčius daryti jam įtaką namų, šeimos, draugų, kaimynų, tėvų pasaulio ir darbo, bendraamžių, mokyklos ar bendruomenės kontekste.

Siekiant veiksmingos PM vartojimo prevencijos, turi būti taikomi tokie veiksniai, kurie gerintų šeimos ir socialinę aplinką, ryšius mokykloje ir su bendraamžiais, kurie turėtų būti sukuriami nustatant aiškias taisykles ir ribas, palaikant ir apdovanojant už gerą elgesį.

2.2.4. Socialinio vystymosi modelis (angl. *Social development model*). J. Hawkins, J. Weis (1985) nuomone, dažnai jauni asmenys užmezga santykius su socialiai nepriimtiniu elgesiu pasižyminčiais bendraamžiais tuomet, kai: vaikystėje trūko teigiamo bendravimo šeimoje ar mokykloje; trūksta ar gerai neišugdyti tarpasmeniniai ar mokymosi gebėjimai, kurie užtikrintų teigiamą bendravimą; asmuo neigiamai vertina bendravimą šeimoje ir mokykloje. Socialinio vystymosi modelio autoriai teigia, kad kiekvieno asmens elgesį lemia biologiniai, psichologiniai, socialiniai, vidiniai asmeniniai ir tarpasmeniniai veiksniai, susiję su šeima, mokykla, bendraamžių grupe arba bendruomene.

Autoriai tvirtina, kad antisocialus elgesys atsiranda, kai asmuo praranda galimybę dalyvauti socialiniame gyvenime arba kai jo įgūdžiai neleidžia jam prosocialiai elgtis. Kaip teigia socializacijos procesų vaikystėje tyrinėtojai (Berns, 2009; Bronfenbrenner, 1980), laiku neatkreipus dėmesio į ankstyvą destruktivų vaikų elgesį ir vertybes, visuomenė gali tikėtis kur kas didesnių sunkumų paauglystėje ir jaunystėje, taip pat ir ankstyvo vaikų nusikalstamumo bangos. Šie mokslininkai visuomenėms, kurios menkai domisi vaikų socializacijos problemomis, pranašauja nevisaverčių žmonių, gebančių griauti, o ne kurti, kartą. Ugdymo įstaigose vaikų ir suaugusiųjų poreikis sukurti tarpusavio pasitikėjimu grindžiamus tarpasmeninius santykius dažnai yra aukojamas dėl mokymo(si) pasiekimų.

Glaudūs ryšiai su tėvais, mokykla, bendruomene ir bendraamžiais sudaro puikias perspektyvas tapti stipriais ir sveikais suaugusiais žmonėmis. Ir atvirkščiai – tikėtina, kad minėtų ryšių silpnumas gali lemti probleminį elgesį (pvz., piktnaudžiavimą PM) (Hawkins, Weis, 1985).

Tyrimų duomenimis, asmens socialiniai įgūdžiai, vidinė kontrolė, gebėjimas spręsti problemas, tikslo ir ateities suvokimas yra veiksniai, neleidžiantys plisti žalingiems įpročiams (EMCDDA, 2005). Iš komponentų, kuriuos apibrėžė šis modelis, galima sukurti PM vartojimo prevencijos programas ir taikyti intervencijas, kurios gali nutraukti priežastinius procesus, lemiančius PM vartojimą.

2.2.5. Norminiai įsitikinimai (angl. *Normative beliefs*). Norminiai įsitikinimai remiasi socialinės ekologijos teorijomis, kurios teigia, kad, užuot ieškojus elgesio priežasčių pačiuose

individuose, jų turi būti ieškoma socialinėje aplinkoje. Pastangos apsaugoti individą nuo PM vartojimo turi būti nukreiptos į individo aplinkos keitimą (Hansen, 1994). Norminiai įsitikinimai aiškiniami asmens suvokimu apie tai, ar daug jo bendraamžių vartoja PM.

Asmuo, palankiai vertinantis savo bendraamžius, kurie vartoja PM, turi motyvaciją pradėti vartoti minėtas medžiagas, siekdamas iš savo bendraamžių grupės sulaukti socialinio pripažinimo, arba atvirkščiai – vengti PM vartojimo dėl galimo bendraamžių nepritarimo (EMCDDA, 2005). Įrodyta, kad norminių įsitikinimų įtaka asmenims iki maždaug 16 metų amžiaus yra stipresnis PM vartojimo prognozavimo veiksnys (Morgan, Grube, 1989). Vėliau santykinis norminių įsitikinimų stiprumas, palyginti su asmens požiūriu, palaipsniui mažėja. Tačiau net vėlyvosios paauglystės ir ankstyvosios pilnametystės laikotarpiu norminiai įsitikinimai išlieka stipriu PM vartojimo paplitimo prognozavimo veiksniumi. Žmonės dažnai pervertina savo bendraamžių PM vartojimo mastą. Jų PM vartojimo vertinimai yra daug didesni, nei rodo pagrįsti PM vartojimo paplitimo tyrimų duomenys (Martinus, Melson, Davies ir kt., 2012). Tokių klaidingų įsitikinimų keitimas turėtų būti prevencinių programų sudedamoji dalis, siekiant paveikti jaunų asmenų PM vartojimą.

2.3. Visapusiški modeliai (angl. *Comprehensive models*)

Visapusių modelių esmė: asmens elgesys yra rezultatas sudėtinių veiksnių, kurie gali būti biologiniai, psichologiniai, socialiniai, asmeniniai veiksniai, susiję su šeima, mokykla, bendraamžių grupe, bendruomene. Prevencijos sėkmę lemia stresą sukeliančių gyvenimo epizodų, rizikos veiksnių santykis su apsauginiais veiksniais.

2.3.1. Probleminio elgesio modelis (angl. *Problem behaviour model*). Asmenybė, aplinka ir elgesys yra susiję ir paaiškina probleminio elgesio atsiradimą. Asmenybės sistema yra sudaryta iš gebėjimo kontroliuoti savo elgesį ir asmeninių įsitikinimų. Aplinkos sistema apibrėžia elgesio būdus, kurie yra visuotinai priimtini. Elgesio sistema atskiria socialiai priimtina elgesį nuo probleminio elgesio (Jessor ir Jessor, 1977). Demografinės charakteristikos, tokios kaip tėvų išsilavinimas, religija, šeimos struktūra ir socializacijos procesas (šeimos aplinka, bendraamžių grupės įtaka ir masinės informacijos priemonės), atlieka pagrindinį vaidmenį tiek individualiai vystantis šioms trimis sistemoms, tiek joms tarpusavyje sąveikaujant (Jessor, 1991; Jessor ir Jessor, 1977). Tyrimų duomenimis, jaunų asmenų PM vartojimas yra susijęs su probleminiu elgesiu – ankstyvais lytiniais santykiais, nusikalstamu elgesiu, pamokų praleidimu, tėvų neklausymu ir pan. (Turbin, Jessor, Costa, 2000). Todėl vykdant PM vartojimo prevenciją daugiau dėmesio reikėtų skirti veiksniams, kurie skatina jaunų asmenų probleminį elgesį, ne tik PM vartojimą.

2.3.2. Rizikos ir apsauginių veiksnių modelis (angl. *Risk and protective factor model*). PM vartojimo rizikos veiksnius galima suskirstyti į dvi grupes. Pirmoji grupė apima teisinius, socialinius ir kultūrinius veiksnius, kuriems priskiriami šie kintamieji: įstatymai ir normos, PM prieinamumas, socialiniai ir ekonominiai veiksniai. Antroji grupė apima individo ir jo aplinkos veiksnius: fiziologinius ir genetinius veiksnius, asmenybės bruožus, šeimos struktūros vaidmenį, vaikų auklėjimo būdą šeimoje, mokymosi pasiekimus, bendraamžių įtaką mokykloje (EMCDDA, 2005; Hawkins, Catalano, Miller, 1992).

PM vartojimo prevencijos strategijos turėtų būti numatytos būdingiausiems rizikos veiksniams šalinti, jų vystymosi momentui atitolinti bei didžiausios rizikos grupėms ar asmenims

nustatyti (Hawkins, Catalano, Miller, 1992). Rizikos veiksnių poveikį įmanoma sumažinti arba visiškai pašalinti taikant prevencijos priemones, t. y. tiesioginės intervencijos metu. Kuriant PM vartojimo prevencijos programas, iškyla uždavinys nustatyti, kuriuos rizikos veiksnius galima visiškai valdyti, kuriuos tik riboti ir kurių apskritai neįmanoma pakeisti. Pavyzdžiui, alkoholizmo problema šeimoje gali būti tiek sudėtinga, kad jos neįmanoma išspręsti. Tokiu atveju tenka ieškoti būdų, kaip apsaugoti vaikus, augančius rizikingoje aplinkoje. Taigi iškyla apsauginių, rizikos veiksnių poveikį mažinančių veiksnių vaidmuo (Petronytė, Zaborskis, Veruga 2007).

Apsauginių veiksnių vaidmens ignoravimas yra viena būdingiausių daugelio PM vartojimo prevencijos programų nesėkmės priežasčių. Todėl aktualu, kad prevencijos programos, skirtos rizikos veiksniams mažinti, kartu stiprintų ir apsauginius veiksnus. Būtina gerai suprasti rizikos ir apsauginių veiksnių sąveikos mechanizmą ir numatyti optimalias priemones jaunimo PM vartojimui išvengti ar mažinti. Įrodyta, kad kuo didesnė apsauginių veiksnių įtaka, tuo mažiau galimybių iškyla probleminio elgesio pasireiškimui.

2.3.3. Atsparumo teorija (angl. *Resilience*). Atsparumo perspektyva siejasi su rizikos ir apsauginių veiksnių modeliu, bet ji daugiau dėmesio skiria didelės rizikos grupei priskiriamais asmenims. Sąvoka „atsparumas“ apibrėžiama kaip procesas, kai asmuo, šeima ar bendruomenė, susidūrę su didele rizika ar žala, gali prisitaikyti ir sėkmingai funkcionuoti. Atsparumą reikėtų suprasti ne kaip asmenybės savybę, o kaip procesus, veiksmingai palaikančius atitinkamą sistemą, nepaisant sunkumų ar gresiančios rizikos (Buhler, Kroger, 2008). Tyrimų duomenimis, asmens socialiniai įgūdžiai, vidinė kontrolė, gebėjimas spręsti problemas, tikslo ir ateities suvokimas yra veiksniai, neleidžiantys plisti žalingiems įpročiams. Tam, kad prevencija būtų sėkminga, reikia sutelkti dėmesį į pozityvios aplinkos – šeimos, mokyklos ir bendruomenės – stiprinimą, tai savo ruožtu skatina pozityvią elgseną. PM vartojimo prevencijos sėkmę lemia santykis tarp sukeliančių stresą gyvenimo epizodų bei rizikos ir apsauginių veiksnių santykio (EMCDDA, 2005). Svarbu pabrėžti, kad veiksniai, kurie formuoja paauglio atsparumą, neapsaugos jo nuo PM vartojimo, jeigu to specialiai nesieksime. Pozityvi veikla neturėtų vien skatinti savęs vertinimą arba būti kultūros atžvilgiu reikšminga, ji taip pat turėtų kurti prielaidas, kurios stiprintų atsparumą PM vartojimui.

Atsparumas apibūdina tai, kaip asmenys sugeba reaguoti į aplinkos stresus. Todėl vykdamas PM vartojimo prevencijos programas reikėtų kiek kitaip pažvelgti ir į mokyklą, būtent kiek pati mokykla yra stresų, kartais įveikiamų, kartais ne, šaltinis, kaip pati mokyklos aplinka, mokyklos mikroklimatas gali padėti ugdyti atsparumą aplinkos poveikiams. Tyrimai rodo, kad mokyklos gali būti apsaugos skydas, padedantis vaikams veiksmingai reaguoti į aplinkos stresus (Benard, 1991).

2.3.4. Bendraamžių grupės teorija (angl. *Peer cluster theory*). Šioje teorijoje išskiriamos keturios grupės kintamųjų, kurie daro įtaką įsitraukimui į PM vartojančių bendraamžių grupę. *Socialinės struktūros kintamieji* – tai šeimos socialinis ekonominis statusas, tėvų skyrybos. *Psichologinės charakteristikos* yra susijusios su asmenybės bruožais, ryšiais su deviantinio elgesio bendraamžiais, menku pasitikėjimu savimi ir dideliu nerimu. *Požiūriai ir nuostatos* apima paauglio nuostatas dėl deviantinio elgesio ir ypač dėl PM vartojimo. *Socializacijos kintamieji* apibūdina paauglio ryšius su kitais asmenimis, kurie skatina arba nepalaiko PM vartojimo. Teigiama, kad paauglių vystymąsi lydintys socializacijos veiksniai veikia vienas kitą ir sąveikauja su bendraamžių grupėmis, kurios skatina PM vartojimą, arba atvirkščiai (Oetting, Beauvais, 1987).

Mokslinių tyrimų rezultatai tik iš dalies patvirtina bendraamžių grupės teorijos taikymą tikslinei grupei. Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp bendraamžių grupės ir PM vartojimo, tad šeimos srities kintamieji buvo kaip apsauginis, prieš PM vartojimą nukreiptas veiksnys. Tačiau su mokyklos sritimi susiję kintamieji neturėjo jokio tiesioginio ar netiesioginio poveikio PM vartojimui (Kim, Zane, Hong, 2002). Kuriant ir vykdančiam PM vartojimo prevencijos programas, skirtas šeimai, mokyklai ar bendruomenei, jos turi paveikti ir bendraamžių grupes, kitu atveju tikėtina, kad PM vartojimas nebus sumažintas (Oetting, Beauvais, 1987).

2.3.5. Sričių modelis (angl. *Domain model*). Sričių modelis apima per 50 PM vartojimo veiksnių, kurie suskirstyti į 13 grupių, o grupės – į keturias sritis. Pirma sritis apibūdina *biologinę įtaką* ir apima genetinį polinkį priklausomybei atsirasti bei paauglių psichologinę reakciją į PM vartojimą ir bendrą sveikatos būklę. Antra sritis pabrėžia *asmeninių veiksnių įtaką* ir paauglių įsitikinimus apie PM, asmenines vertybes, keletą asmenybės savybių ir emocinę būseną (aštrių pojūčių siekimas, impulsyvumas, ekstravertiškumas, neurasteniskumas, depresija, nerimas, menka savivertė). Trečia sritis apima *tarpasmeninę įtaką* ir įtraukia charakteristikas tų asmenų, kurie teikia paaugliams socialinę paramą ir su kuriais jie yra emociškai susiję. Ketvirta sritis reprezentuoja *sociokultūrinę įtaką*, apimant žiniasklaidos daromą įtaką, PM prieinamumą ir socialines normas, nukreiptas prieš PM vartojimą (Huba, Wingard, Bentler, 1980). Tyrimais įrodyta, kad ryšys tarp PM vartojimo ir šeiminės aplinkos yra kompleksinis, priklausantis nuo šalies, vartojamos medžiagos tipo, skirtingų šeiminės aplinkos elementų. Ryšių tarp dažnesnio PM vartojimo ir gyvenimo su abiem biologiniais tėvais nerasta. Tačiau padažnėjęs PM vartojimas siejasi su gyvenimu kartu tik su vienu iš biologinių tėvų bei biologiniu tėvu ar patėviu. Tokie veiksniai, kaip tėvų priežiūros stoka, mokyklos nelankymas ir vyresnių brolių arba seserų PM vartojimas turėjo ryšį su dažnesniu rūkymu, alkoholinių gėrimų ir marihuanos ar hašišo vartojimu (Hibell, Andersson, Bjarnason ir kt., 2004). Nežiūrint sričių modelio visapusiško galimų PM vartojimo priežasčių apimties, sunku patikrinti jo pritaikomumą, nes modelis siūlo tik bendras temas, o ne konkrečias ir patikrinamas hipotezes (Petraitis, Flay, Miller, 1995).

2.4. Veiksmingos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemonės pagrindžiančios teorijos ir modeliai

Apžvelgus PM vartojimo prevencijos priemones pagrindžiančias teorijas ir modelius, apibendrinant galima pažymėti, kad jie (modeliai ir teorijos) yra pagrindiniai principai, kuriais remiantis vykdoma prevencija. Teorijos paaiškina elgesio dinamiką – kodėl padedamos vartoti PM arba kodėl pasireiškia problemiškas elgesys, bei pasiūlo būdų, kaip keisti tokį elgesį. Teorijos ir modeliai gali padėti nustatyti tinkamiausią tikslinę grupę vykdančiam PM vartojimo prevencijos priemonės ir būdus, reikalingus pokyčiams pasiekti. PM vartojimo prevencijos priemonės pagrindžiančios teorijos ir modeliai padeda apibrėžti, ką reikia stebėti, matuoti ir lyginti pasitelkus vertinimą. Teorijos ir modeliai leidžia atsakyti į klausimus: kodėl, ką ir kaip?

Reikia pripažinti, kad šiuolaikinės prevencijos programos dažniausiai grįstos ne vienu, o keliais modeliais arba teorijomis, siekiant apsaugoti jaunimą nuo PM vartojimo. PM vartojimo prevencijos programų rengėjai, siekdami sėkmingai jas įgyvendinti, kiekvienu atskiru programos rengimo atveju turi įvertinti, kokias PM vartojimo prevencijos priemones pagrindžiančias teorijas ir modelius taikys pasirinktoms tikslinėms grupėms, nes nuo to priklauso, kokie

pagrindiniai kintamieji bus dominuojantys (pvz., ar bus atsižvelgiama į pasirinktų tikslinių grupių PM vartojimo patirtį, lyties ir asmens raidos aspektus, kultūrinį, normatyvinį ir socialinį kontekstą bei kitus kintamuosius).

Per pastaruosius kelis dešimtmečius buvo sukurta daug įvairių prevencinių programų, todėl buvo siekiama atrinkti ir suklasifikuoti veiksmingas prevencijos programas. Įvairios valstybės institucijos, privačios agentūros bei nevyriausybinės organizacijos, sąjungos bandė šį siekį įgyvendinti sukurdamos duomenų bazes ir į jas įtraukdamos tik tas prevencijos programas, kurių veiksmingumas pagrįstas nustatytais šių programų atrankos kokybės kriterijais.

Siekdami įvertinti, kokiomis teorijomis ir modeliais grįstos PM vartojimo prevencijos programos yra veiksmingos, išanalizavome septynias tarptautines prevencijos programų duomenų bazes, kuriose vadovaujantis apibrėžtais kokybės kriterijais įvertintos veiksmingos prevencijos programos:

1. JAV Kolorado universiteto mokslinių tyrimų ir smurto prevencijos centro duomenų bazė „Blueprints for Violence Prevention“ (<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints>).
2. JAV moksliniais įrodymais pagrįstų programų nacionalinis registras „SAMHSA’s National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP)“ (<http://nrepp.samhsa.gov>).
3. Socialinių programų duomenų bazė „Coalition for Evidence-Based Policy“ (<http://www.toptierevidence.org>).
4. Prevencinių programų duomenų bazė „Communities That Care, Developmental Research and Programs“ (<http://www.samhsa.gov/about/csap.aspx>).
5. Nusikalstamumo prevencijos programų duomenų bazė „Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Model Programs Guide“ (<http://www.ojjdp.gov/mpg>).
6. Programų vertinimo duomenų bazė „Office of Justice Programs – Crime Solutions“ (<http://www.crimesolutions.gov>).
7. Prevencinių programų duomenų bazė „Child trends/links“ (<http://www.childtrends.org>).

Atlikus paiešką, atrinkta 450 programų, kurios buvo įvertintos ir pateiktos veiksmingų aukščiau išvardytų prevencijos programų duomenų bazėse. Programų veiksmingumas buvo matuotas vadovaujantis: 1) programos koncepcija, t. y. metodologiniu pagrindu, kokios prevencijos priemonės pagrindžiančios teorijos ir modeliai taikomi, 2) programos patikimumu, pagrįstumu, vykdomų priemonių ar intervencijų tikslumu, 3) programos vertinimo projektavimu, 4) empiriniais įrodymais, t. y. moksliniais įrodymais grįstos programos poveikis bei ilgalaikis poveikis (bent vienus metus po programos įgyvendinimo), 5) galimybe pritaikyti programą įvairiomis aplinkybėmis (įvairiose šalyse, mokyklose, su įvairiomis tikslinėmis grupėmis). Radome 68 programas, skirtas PM vartojimo pirminei, antrinei ir tretinei prevencijai vykdyti. Aptarsime tik pirminės (bendrosios, atrankinės ir tikslinės) PM vartojimo prevencijos programas, kurios buvo įvertintos kaip veiksmingos ne mažiau kaip keturiose pirmiau išvardytose duomenų bazėse.

Tokių programų buvo šešios. Tai rodo išskirtinį šių programų veiksmingumo patvirtinimą.

Išanalizavę atrinktų šešių veiksmingų PM vartojimo prevencijos programų turinį nustatėme, kad veiksmingos PM vartojimo prevencijos programos buvo tos, kurios įgyvendindamos PM vartojimo prevencijos priemones atsižvelgė į kultūrinį, normatyvinį ir socialinį kontekstą, todėl kelių modelių ar teorijų taikymas buvo derinamas tarpusavyje. Pažymėtina, kad analizuotose veiksmingose PM vartojimo prevencijos programose dominavo *socialinės įtakos modeliai* (žr. 1 lentelę).

1 lentelė. Veiksmingos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programos

Pavadinimas	Turinys	Tikslinė grupė	Modelis, teorija	Prevencijos tipas
Sportininkams skirta steroidų vartojimo prevencijos programa „ATLAS“ (angl. <i>Athletes training and learning to avoid steroids</i>)	Teikiama informacija bei vedamos diskusijos apie mitybos ypatumus sportuojant, rizikos veiksnius, susijusius su steroidų vartojimu, teikiamos rekomendacijos dėl mitybos treniruočių metu, ugdomi atsikymymai vartoti PM įgūdžiai, vedami sunkiosios atletikos treniruočių, sunkumų kilnojimo technikos pratybų užsiėmimai, kaip alternatyva PM vartojimui. Organizuojamos tėvams skirtos priemonės, informuojant juos apie programą ATLAS bei siekiant, kad tėvai sustiprintų savo vaikų įgytas žinias ir įgūdžius mokykloje	Sportininkai, vyresniųjų (5–12) klasių vaikinai	Tarpusavyje derinami informatyvūs, alternatyvios veiklos, gyvenimo įgūdžių ugdymo modeliai bei sveikos gyvensenos propagavimas	Atrankinė prevencija
Šeimai skirta programa „Family Matters“	Programa siekiama stiprinti bendravimą tarp šeimos narių (pagrindinį dėmesį skiriant priežiūros ir bendravimo įgūdžiams šeimoje), šeimos taisyklėms, susijusioms su alkoholio ir tabako vartojimu, šių taisyklių laikymuisi bei bendraamžių grupės ir masinės informacijos priemonių daromai įtakai mažinti	Į šeimą nukreipta PM vartojimo prevencijos programa, įtraukianti 12–14 metų amžiaus paauglius	Socialinės įtakos modelis	Bendroji prevencija
Pagalba pasirenkant teisingus sprendimus „Guiding Good Choices“	Programa skatina sveiką gyvenseną, tėvų ir vaikų santykių stiprinimą ir mažina vaikų PM vartojimo riziką. Programos įgyvendinimo metu siekiama padidinti tėvystės įgūdžius ir tėvų saviveiksmingumą, o vaikai mokomi atsispirti bendraamžių spaudimui vartoti PM. Siekiama sudaryti galimybes vaikams įsitraukti į pozityvias šeimos veiklas	Šeimos kompetencijų ugdymo programa, apimanti 4–8 ir 9–12 klasių mokinius	Socialinio vystymosi modelis	Bendroji prevencija
Gyvenimo įgūdžių ugdymo programa „Life Skills Training“	Programa susideda iš trijų pagrindinių komponentų: mokėjimo save valdyti, socialinių ir kitų įgūdžių, susijusių su PM vartojimo prevencija, ugdymu bei informacijos teikimu. Šie komponentai parinkti pripažįstant, kad socialinę įtaką daro žinia-sklaida, bendraamžiai, šeima	Atskiros bendrosios prevencijos programos pradinių (3–6 kl.), vidurinių (6–9 kl.) ir aukštesniųjų klasių (9–12 kl.) mokiniams	Socialinės įtakos modelis	Bendroji prevencija

Pavadinimas	Turinys	Tikslinė grupė	Modelis, teorija	Prevencijos tipas
Projektas „Northland“	Programa skirta mažinti paauglių alkoholio vartojimą, taikant bendruomenines intervencijos strategijas. Į programą įtraukiami mokiniai, tėvai, bendraamžiai, bendruomenės, verslo, suinteresuotų prevencijos priemonių įgyvendinimu organizacijų nariai bei vedami jiems skirti mokymai	Programa skirta 6–8 klasių mokiniams	Tarpusavyje derinami normatyvinių įsitikinimų, gyvenimo įgūdžių ugdymo ir pan. modeliai. Taip pat įtraukiami alternatyvios veiklos modelio elementai	Bendroji prevencija
Narkotikų vartojimo prevencijos projektas „TND“ (angl. <i>Towards No Drug Abuse</i>)	Programos įgyvendinimo metu siekiama padidinti mokinių savikontrolės, bendravimo, atsisakymo, sprendimų priėmimo įgūdžius bei motyvuoti juos nevartoti PM	Rizikos grupei priskiriami 8–12 klasių mokiniai	Tarpusavyje derinami normatyvinių įsitikinimų, gyvenimo įgūdžių ugdymo ir pan. modeliai	Atrankinė prevencija

Apžvelgus teorijas ir modelius, kurie dažniausiai taikomi vykdant PM vartojimo prevenciją, bei išanalizavus atrinktų veiksmingų PM vartojimo prevencijos programų turinį, galime išskirti šiuos veiksmingų PM vartojimo prevencijos programų, grįstų socialinės įtakos modeliais, komponentus:

- informacijos apie trumpalaikes (fizinės ir psichologinės) PM vartojimo pasekmes suteikimas tikslinei grupei;
- psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo priežasčių analizė;
- mokymas atpažinti spaudimą vartoti PM;
- prieš PM vartojimą nukreiptų normų formavimas;
- alternatyvų PM vartojimui siūlymas;
- sveiko gyvenimo būdo be PM vartojimo propagavimas;
- elgesio saviveiksmingumas;
- atsisakymo, sprendimų priėmimo, savikontrolės bei socialinių įgūdžių ugdymas.

APIBENDRINIMAS

Apibendrinant galima pasakyti, kad šiuolaikinė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos samprata susiformavo XX a. antroje pusėje ir palaipsniui įgijo vis platesnę tiek teorinę, tiek praktinę reikšmę pereinant nuo asmens prie socialinio konteksto, nuo atskirų medžiagų vartojimo sampratų prie bendro integruojamojo požiūrio, apimančio visas psichoaktyvias medžiagas. Mokslinės literatūros analizė leido apibrėžti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos sampratą plačiaja prasme, kuri apima šių medžiagų pasiūlos ir paklausos mažinimo priemonių tarpusavio dermę, aprėpiančią kompleksines psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos, ankstyvosios intervencijos, sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir reintegracijos priemones bei veiksmus, kuriais siekiama užkardyti neteisėtą disponavimą psichoaktyviosiomis medžiagomis bei vykdyti jų kontrolę. Susisteminius skirtingus psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos apibrėžimus, suformuluota, kad mokyklos lygmeniu šiuolaikinė psichoaktyviųjų medžiagų prevencija apima pozityvių santykių, saugios aplinkos kūrimą ir plėtojimą, sistemingą žinių teikimą, gyvenimo įgūdžių, neigiamų nuostatų minėtų medžiagų vartojimo atžvilgiu ugdymą, siekiant formuoti sveiką ir pozityvų elgesį nuolat besikeičiančioje visuomenėje bei užkirsti kelią psichoaktyviųjų medžiagų vartojimui arba atitolinti amžių, kai pradėdamos vartoti šios medžiagos.

Pripažįstama, kad PM vartojimo prevencijos teorinis pagrindimas yra viena iš esminių veiksmingos prevencijos sąlygų, tačiau Lietuvoje šiems ypatumams nagrinėti neskiriama pakankamai dėmesio. Pažymėtina, kad Lietuvoje pasigendama tyrimų, analizuojančių, kokiomis teorijomis ir modeliais grįstos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programos yra taikomos, koks tokių programų veiksmingumas. Galima paminėti tik keletą atskirų mokslininkų Lietuvoje, kurie kūrė PM vartojimo prevencijos programas, grįstas teoriniais modeliais, jas įgyvendino bei vertino jų veiksmingumą (Žardeckaitė-Matulaitienė, 2008; Goštautas, 2004; Goštautas, Žardeckaitė-Matulaitienė, 2003; Pilkauskienė, 1997). Didelę Lietuvoje įgyvendinamų PM vartojimo prevencijos programų dalį sudaro „adaptuotos“, „modifikuotos“, t. y. pritaikytos prie mūsų šalies sąlygų, užsienio šalių programos, nes tokio pobūdžio veikla Lietuvoje imta plėtoti vėliau nei daugelyje pasaulio šalių. Informacija apie Lietuvos bendrojo ugdymo mokyklose vykdomas prevencijos programas pradėta rinkti ir skelbti tik prieš kelerius metus (NTAKD, 2012, 2011, 2010). Iki tol Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija rinko duomenis apie bendrojo ugdymo mokyklose vykdomas PM vartojimo prevencijos priemones ir jų skaičių, tačiau nebuvo analizuojamos PM vartojimo prevencijos priemonės pagrindžiančios teorijos ir modeliai, įgyvendinamų prevencijos priemonių poveikis tikslinėms grupėms bei jų veiksmingumas (Davidavičienė, 2002).

PM vartojimo prevencijos programų rengėjai, siekdami sėkmingo ir veiksmingo šių programų įgyvendinimo, kiekvienu atskiru programos rengimo atveju turi įvertinti kokias PM vartojimo prevencines priemones pagrindžiančias teorijas ir modelius taikys pasirinktoms tikslinėms grupėms, nes nuo to priklauso, kokie pagrindiniai kintamieji bus dominuojantys (pvz., ar bus atsižvelgiama į pasirinktų tikslinių grupių PM vartojimo patirtį, lyties ir asmens raidos aspektus, kultūrinį, normatyvinį ir socialinį kontekstą bei kitus kintamuosius). Dar daugiau PM vartojimo prevencijos programos, parengtos pagal skirtingus teorinius modelius, skiriasi prevencinės veiklos organizavimo strategija ir pasižymi

nevienodu veiksmingumu dirbant su skirtingomis tikslinėmis grupėmis. Dažniausiai nurodomi tokie skirtingi prevencijos tikslai skirtingoms tikslinėms grupėms:

- nevartojančius psichoaktyviųjų medžiagų pastiprinti;
- svarstančius įtikinti atsisakyti psichoaktyviųjų medžiagų;
- vartojančius psichoaktyvias medžiagas paskatinti jas „mesti“.

Ateityje tikslinga būtų išanalizuoti, kokiomis teorijomis ir modeliais grįstos prevencijos programos įgyvendinamos Lietuvoje vykdant bendrąją, atrankinę ir tikslinę PM vartojimo prevenciją.

LITERATŪRA

1. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of applied social psychology*, 2002, 32: 1–20.
2. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 1991, 50: 179–211.
3. Anderson P., Baumer B. *Alkoholis Europoje visuomenės sveikatos požiūriu: ataskaita Europos komisijai*. Klaipėda: S. Jokūžio leidykla-spaustuvė, 2006, 40 p.
4. *Ankstyvosios intervencijos vadovas*. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Vilnius, 2011.
5. Auškelis R., Dulinskaitė I., Valantiejiene S. *Lietuvoje įgyvendinamos prevencinės programos. Tarptautinėje praktikoje taikomos prevencinės programos ataskaita*. Vilnius, Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras, 2010, 104 p. Žiūrėta [2012-04-05]. Prieiga per internetą: <<http://www.sppc.lt/index.php?1767916592>>.
6. Bailey S., Hubbard R. L. Developmental variation in the context of marijuana initiation among adolescents. *Journal of health and social behavior*, 1990, 31: 58–70.
7. Bandura A. *Social learning theory*. Prentice-Hall, 1977, p. 11–12.
8. Baranowski T., Perry C. L., Parcel G. S. How Individuals, Environments, and Health Behavior Interact. In: Glanz K., Rimer B. K., Lewis F. M. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. 3rd Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2002, p. 165–184.
9. Barkauskienė R. *Psichologinis atsparumas paauglystėje ir jo sąsajos su prevencija. Paauglys. Šeima. Mokykla: metodinės rekomendacijos pirminei narkotikų vartojimo prevencijai ir intervencijai mokyklose vykdyti*. Vilnius: Efrata, 2005, p. 18–25.
10. Becker G. S., Murphy K. M. A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 1988, 96(4): 675–700.
11. Berns R. *Vaiko socializacija: šeima, mokykla, visuomenė*. Kaunas: Poligrafija ir informatika, 2009, 590 p.
12. Botvin G. J. Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. In: Glantz, M. D. and Hartel, C. R. (eds) *Drug abuse: origins and interventions*. Washington DC: American Psychological Association, 1999, p. 285–308.
13. Botvin G. J., Griffin K. W. Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International journal of emergency mental health*, 2002, 4(1): 41–48.
14. Botvin G. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive behaviors*, 2000, 25(6): 887–897.
15. Botvin G. T., Baker E., Dusenbury L., Torv S., Botvin E. M. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a three year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58(4): 437–446.
16. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge; London: Harvard University Press, 1980, 330 p.
17. Brotherhood A., Sumnall H. R. *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*. EMCDDA Manuals. No 7. Luxembourg: The Publications Office of the European Union, 2011, 284 p.
18. Büechli M. L. *Public Health Policy in Evidence-Based Management of Drug Addiction - Discussion paper*. Paper presented at the Pompidou Group ministerial conference. 16–17 October, 2003, Dublin.
19. Buhler A., Kroger C. EMCDDA *Insights. Prevention of substance abuse*. Luxembourg: Office for official publications of the European communities, 2008, 171 p.
20. Buhlinger G., Kunzel J. *Evaluating preventive intervention in Europe*. In: Evaluating drug prevention in the European Union. EMCDDA scientific monograph series No 2. Luxembourg: Office for official publications of the European communities, 1998, p. 15–30.

21. Bulotaitė L. *Narkotikai ir narkomanija. Iliuzijos ir realybė*. Vilnius, 2004.
22. Bulotaitė L. *Priklausomybių anatomija: narkotikai, alkoholis, lošimas, internetas, darbas, pirkimas*. Vilnius: Tyto alba, 2009, 233 p.
23. Bulotaitė L. Šiuolaikinės pirminės prevencijos programos. In: *Pirminės narkomanijos prevencijos bendruomenėje vykdymas: metodinės rekomendacijos*. Vilnius. 2005, p. 57–68.
24. Chaloupka F. J., Grossman M., Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol research and health*, 2002, 26(1): 22–34.
25. Chen C. Y., Tang G. M., Huang S. L., Lee C. M., Lew-Ting C. Y., Hsiao C. K. ir kt. Transition from alcohol to other drugs among adolescents in Taiwan: the first drinking context matters. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2008, 69(3): 378–87.
26. Chen X., Fang X., Li X., Stanton B., Lin D. Stay away from tobacco: a pilot trial of a school-based adolescent smoking prevention program in Beijing, China. *Nicotine and tobacco research*, 2006, 8(2): 227–237.
27. Davidavičienė A. G. *Narkotinių medžiagų vartojimo prevencija švietimo įstaigose: 2002 m. monitoringo duomenų analizė*. Vilnius: Efrata, 2002, 24 p.
28. Davidavičienė A. G. *Tėvams apie narkotikus. Kaip apsaugoti vaikus?* Vilnius: Efrata, 2001, 66 p.
29. Dijkstra M., Mesters I., De Vries H., Van Breukelen G., Parcel G. S. Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health education research*, 1999, 14(6): 791–802.
30. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). *Examples of evaluated practices: Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA)*. Meeting report. (nepublikuotas rankraštis), 2005.
31. Endziulaitytė-Gylienė M. *Jaunimo blaivinimas užsienyje*. Kaunas, 1931, p. 16.
32. Engels R. C., Hale W. W., Noom M., De Vries H. Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Substance use and misuse*, 2005, 40(12): 1883–1893.
33. ENNSC (Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras). *Narkotikų problema Europoje, 2009 m. metinė ataskaita*. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2009, 108 p.
34. ENNSC (Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras). *Narkotikų problema Europoje, 2011 m. metinė ataskaita*. Liuksemburgas: Europos Sąjungos leidinių biuras, 2011, 112 p.
35. Fostering B. B. *Resiliency in Kids: Protective Factors in the Family, School, and Community*, 1991. Žiūrėta [2011-01-13]. Prieiga per internetą: <<http://friendsofthechildrenboston.org/mentors/articles/Benard%20-%20Fostering%20Resiliency.pdf>>.
36. Gage N. L., Berliner D. C. *Pedagoginė psichologija*. Vilnius, 1994.
37. Godin G., Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 1996, 11(2): 87–98.
38. Goštautas A. *Tabako ir etanolio vartojimas Lietuvoje 1972–2003 metais ir profilaktikos perspektyva*. Vytauto Didžiojo universitetas. Socialinių mokslų fakultetas. Teorinės psichologijos katedra. Kaunas: VDU leidykla, 2004, 81 p.
39. Goštautas A., Žardeckaitė-Matulaitienė K. Moksleivių rūkymo profilaktikos galimybės. *Socialinis darbas*, 2003, 2(4): 67–74.
40. Griffin K. W., Botvin G. J., Nichols T. R., Doyle M. M. Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. *Preventive medicine*, 2003, 36(1): 1–7.
41. Hansen B. W. Hypothesis formulation and testing in substance use prevention research. In: *Scientific methods for prevention intervention research*. National institute on drug abuse research monograph. 1994, 139: 59–74.
42. Hawkins J. D., Catalano R. F., Miller J. Y. Risk and protective factors for alcohol and other problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychology Bulletin*, 1992, 112(1): 64–105.

43. Hawkins J. D., Weis, J. The social development model: an integrated approach to delinquency in prevention. *Journal of primary prevention*, 1985, 6: 73–97.
44. Hibell B., Andersson B., Bjarnason T., Ahlström S., Balakireva O., Kokkevi A., Morgan M. The ESPAD Report 2003. *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and the Pampidou Group at the Council of Europe. Stockholm: Sweden, 2004, 436 p.
45. Higgins A., Conner M. Understanding adolescent smoking: the role of the Theory of planned behaviour and implementation intentions. *Psychology, health and medicine*, 2003, 8(2): 173–186.
46. Huba G. J., Wingard J. A., Bentler P. M. Framework for an interactive theory of drug use. In: D. J. Lettieri, M. Sayers, H. W. Pearson. *Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*, 1980 (Research Monograph 30. P. 95–101) Rockville. MD: National Institute on Drug Abuse.
47. Ives R. Gyvenimo įgūdžių samprata. In: *Mokykla be narkotikų: mokytojo knyga*. Vilnius: Homo liber, 2002, p. 12–14.
48. Jessor R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of adolescent health*, 1991, 12, p. 597–605.
49. Jessor R., Jessor S. L. *Problem behaviour and psychosocial development: longitudinal study of youth*. New York: Academic press, 1977.
50. Josendal O., Aaro L.E., Torsheim T., Rasbash J. Evaluation of the school-based smoking-prevention program „BE smokeFREE“. *Scandinavian journal of psychology*, 2005, 46(2): 189–199.
51. Jovaiša L. *Enciklopedinis edukologijos žodynas*. Vilnius: Gimtasis žodis, 2007, 335 p.
52. Juozulynas A., Jurgelėnas A., Astrauskienė A., Prapiestis J., Butikis, M., Savičiūtė R. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo integralaus poveikio jaunų žmonių sveikatai problema. *Visuomenės sveikata*, 2009, 1(44): 50–55.
53. Jurgaitienė D. *Narkotikų vartojimo paplitimas ir jį sąlygojantys veiksniai tarp Klaipėdos miesto profesinių mokyklų moksleivių*. Daktaro disertacija. Biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata (10 B), Kaunas, 2008, p. 119.
54. Jurgaitienė D., Targamadžė V. Marihuanos ir kitų narkotikų vartojimo sąsajos tarp paauglių. *Medicina (Kaunas)*, 2006, 42(10): 843–851.
55. Kandel D. B., Yamaguchi K. Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies of Alcohol*, 1992, 53: 447–457.
56. Kim I. J., Zane N. W. S., Hong S. Protective factors against substance use among Asian American youth: a test of peer cluster theory. *Journal of community psychology*, 2002, 30(5): 565–584.
57. Kokkevi A. E., Arapaki A. A., Richardson C., Florescu S., Kuzman M., Stergar E. Further investigation of psychological and environmental correlates of substance use in adolescence in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 88(2–3): 308–312.
58. Kumpfer K. L., Turner C. The social ecology model of adolescent drug abuse: implications for prevention. *International Journal of the Addictions*, 1990–1991, 25, p. 435–436.
59. Lettieri D. J., Sayers M., Pearson H. W. Theories on Drug abuse: Selected contemporary Perspectives. *NIDA research monograph* 30, 1980, 488 p.
60. Martinus T., Melson A. J., Davies J. B., McLaughlin A. The 'social norms' approach to alcohol misuse prevention: Testing transferability in a Scottish secondary school context. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 2012, 19(2): 111–119.
61. Matusas J. Blaivybė pas mus ir pas artimuosius mūsų kaimynus. In: *Pagrindiniai alkoholizmo klausimai*. L. K. Blaivybės draugijos leidinys Nr. 82. Kaunas, 1932, p. 140–158.
62. McGahee T. W., Tinggen M. S. The effects of a smoking prevention curriculum on fifth-grade children's attitudes, subjective norms and refusal skills. *Southern online journal of nursing research*, 2000, 1(2): 1–28.

63. McGuire W. J. Inducing resistance to persuasion. In Berkowitz, L. (ed.), *Advances in experimental social psychology*, Academic Press, New York, 1964, 1.
64. Michie S., Rothman A. J., Sheeran P. Current issues and new directions in Psychology and Health: advancing the science of behavior change. *Psychology and Health*, 2007, 22(3): 249–253.
65. Morgan M., Grube J. W. Adolescent cigarette smoking: A developmental analysis of influences. *British Journal of Developmental Psychology*, 1989, 7: 179–189.
66. *Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (NKD) Metinis pranešimas 2010*. Vilnius: NKD, 2010.
67. *Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (NTAKD) Metinis pranešimas 2011*. Vilnius: NTAKD, 2011.
68. *Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (NTAKD) Metinis pranešimas 2012*. Vilnius: NTAKD, 2012.
69. Oetting E. R., Beauvais F. Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 1987, 34(2): 205–213.
70. Olaio A. Theoretical models and drug use prevention. In: *Family: the challenge of prevention of drug use*. European Institute of Studies and Prevention (IREFREA). 2001, p. 23–34.
71. Pentz M. A. Evidence-based prevention: characteristics, impact, and future direction. *Journal of Psychoactive Drugs*. SARC supplement 1, 2003, p. 143–152.
72. Petraitis J., Flay B. R., Miller T. Q. Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological bulletin*, 1995, 117(1): 67–86.
73. Petronytė G., Zaborskis A., Veryga A. Jaunimo alkoholinių gėrimų vartojimo rizikos veiksniai ir prevencijos programų kryptys. *Medicina* (Kaunas), 2007, 43(2): 103–109.
74. Pilkauskienė I. *Pradinių klasių moksleivių rūkymo ypatumai ir profilaktika*: daktaro disertacijos santrauka, medicinos mokslai, medicina. Kauno medicinos akademija, Kaunas, 1997, 28 p.
75. *Psichologijos atlasas*. II tomas. Vilnius: Alma litera, 2002, p. 236–507.
76. Sharma M. Theory of reasoned action and theory of planned behavior in alcohol and drug education. *Journal of alcohol and drug education*, 2007, 51(1): 3–7.
77. Skara S., Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive medicine*, 2003, 37: 451–474.
78. *Tarptautinių žodžių žodynas*. Sudaryt. V. Vaitkevičiūtė. Vilnius: Žodynas, 2000, p. 343
79. Thrush D., Fife-Shaw C., Breakwell G. M. An evaluation of two school-based interventions to reduce smoking prevalence among 8–13 year olds. *Swiss journal of psychology*, 1999, 58(2): 85–100.
80. Tyc V. L., Hadley W., Allen D. ir kt. Predictors of smoking intentions and smoking status among nonsmoking and smoking adolescents. *Addictive behaviors*, 2004, 29(6): 1143–1148.
81. Turbin M. S., Jessor, R., Costa, F. M. Adolescent cigarette smoking: health-related behaviour or normative transgression. *Preventive science*, 2000, 1(3): 115–124.
82. Uchtenhagen A., Okulicz-Kozaryn K. *Evaluating Drug Prevention: An Introduction*. In: *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse (1998) European Commission Social Sciences*. COST A6. Edited by A. Springer and A. Uhl. Directorate-General Science, Research and Development. Brussels, 1998, p. 5–9.
83. Uhl A. Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs Definitions – Concepts – Problems. In: *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse (1998) European Commission Social Sciences*. COST A6. Edited by A. Springer and A. Uhl. Directorate-General Science, Research and Development. Brussels, 1998, p. 135–222.
84. Uhl A., Ives R. *Evaluation of drug prevention activities: theory and practice*. P-PG/Prev (2010). 6, Council of Europe Pompidou group, Strasbourg, 2010, 64 p.

85. *Valstybinė lietuvių kalbos komisija*, 2010. Žiūrėta [2010-07-08]. Prieiga per internetą: <<http://www.vlkk.lt/lit/3382>>.
86. Veryga A., Liutkutė V., Belian G., Tamulevičiūtė E., Stankevičiūtė S. *Rodykim tiesą. Vaizdiniai įsėjimai gali išgelbėti gyvybes*. 2010.
87. Vigna-Taglianti F., Vadrucci S., Faggiano F., Burkhart G., Siliquini R., Galanti M. R. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *Journal of Epidemiology Community Health*, 2009, 63: 722–728.
88. *Visuotinė lietuvių enciklopedija*. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidybos inst., 2003, p. 276–277.
89. Žardeckaitė-Matulaitienė K. *Rūkymo profilaktikos programos, pagrįstos socialinės įtakos teoriniu modeliu, taikymo VI ir VIII klasių mokiniams efektyvumas: daktaro disertacija*. Socialiniai mokslai, psichologija (06 S). Vytauto Didžiojo universitetas. Kaunas, 2008, 184 p.
90. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажиллина И. И., Видерман Н. С. *Профилактика злоупотребления наркоманий у подростков: от теории к практике*. 2001, p. 88.
91. Лисовский В. Д., Колесникова А. Э. *Наркотизм как социальная проблема*. СПб., 2001.
92. Шипицына Л. М. *Профилактика злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними в общеобразовательной среде*. Сборник программ. 2003, 383 p.

PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO PREVENCIJA: samprata ir modeliai
Informacinis leidinys

Tiražas 3 000 egz. Užsakymas Nr. 21 319
Spausdino BĮ UAB „Baltijos kopija“
Kareivių g. 13B, LT-09109 Vilnius
www.kopija.lt

