

ANKSTYVOJI INTERVENCIJA DĖL PSICHOAKTYVIŪJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO LIETUVOS BENDROJO UGDYMO MOKYKLOSE

Martynas Izokaitis, Loreta Stonienė

Higienos institutas

Santrauka

Priklausomybę sukeliančių medžiagų, tokių kaip tabakas, alkoholis ir narkotinės medžiagos, vartojimas – viena didžiausių paauglių sveikatos problemų, kurią valstybiniu lygiu bandoma spręsti gana aktyviai, vykdam kompleksiškas prevencines programas mokyklose, komplektuojant ankstyvosios intervencijos (AI) paslaugas teikiančių pagalbos mokiniui specialistų komandą.

Paskutiniai tarptautiniai ir ESPAD, ir HBSC tyrimai rodo, kad psichoaktyviųjų medžiagų (PM) vartojimo problema, nepaisant per paskutinius dešimtmečius dedamų pastangų, išlieka aktuali. ESPAD tyrimo duomenimis, kasdien rūko kas penktas 15–16 m. amžiaus berniukas ir kas dešimta mergaitė, paskutinį mėnesį alkoholio vartojo kas trečias berniukas ir mergaitė, o narkotinių medžiagų bent kartą gyvenime vartojo kas penktas berniukas ir kas šešta mergaitė. Tai rodo, kad mokymo įstaigose galimai apie 30 proc. jaunuolių būtinos AI paslaugos, galinčios sustabdyti žalingą sveikatai elgesį ir padėti atsisakyti PM vartojimo.

AI apibūdinama kaip psichologinių, socialinių pedagoginių pagalbos priemonių teikimas vaikams po to, kai nustatoma, kad jie vartoja psichoaktyvias medžiagas. Šios intervencijos vieta prevencijos sampratoje apibrėžiama tarp tikslinės prevencijos ir priklausomybių gydymo ir apimtų eksperimentuojančius ar nereguliariai PM vartojančius mokinius, kai dar nėra išreikštų priklausomybės požymių.

Šiame straipsnyje apžvelgiama PM vartojimo epidemiologinė situacija, AI samprata ir efektyvumas, teisinis reglamentavimas ir paslaugų bendrojo ugdymo mokyklose teikimas.

Reikšminiai žodžiai: psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, bendrojo ugdymo mokykla, ankstyvoji intervencija, paslaugos.

ĮVADAS

Pastaraisiais metais Lietuvoje didelis dėmesys teikiamas psichoaktyviųjų medžiagų (PM) vartojimo prevencijai ir vykdomoms prevencinėms priemonėms, kuriomis siekiama ne tik užkirsti kelią šių medžiagų vartojimui, bet ir užtikrinti vaiko teises, saugumą ir sudaryti tinkamas sąlygas vaikų socializacijai [1–3]. Šią veiklą palaiko Europos Taryba, kuri nuo 2002 m. skatina Europos Sąjungos šalių vyriausybes skirti pakankamai finansinių ir organizacinių išteklių, kad PM vartojimo prevencijos programos būtų kuriamos ir vykdomos visose mokyklose [4, 5].

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad dauguma jaunuolių PM pradeda vartoti dar mokykloje, o lėtinių ligų rizika smarkiai padidėja asmenims, pradėjusiems

vartoti iki pilnametystės [6]. Siekiant sumažinti PM vartojimo žalą, svarbu kuo anksčiau pastebėti PM vartojimo požymius ir suteikti efektyvią pagalbą [7, 8]. Lietuvos mokyklose vykdoma nemažai PM vartojimo prevencijai skirtų programų [3], kurios mokiniams padeda išsiugdyti tvirtesnį pasitikėjimą savimi, savitvardą, atsparumą neigiamai įtakai, moko kritiškai mąstyti, priimti sprendimus, ugdo bendravimo įgūdžius ir yra svarbios ne tik kiekvienam mokiniui, bet ir mokyklų bendruomenėms. Moksliniais įrodymais paremtos programos padeda išstumti patyčias, ugdyti atsparumą žalingiems įpročiams, sveiką gyvenseną, kurti saugesnę aplinką ir draugiškesnę bendravimo kultūrą [9–11].

Pagal Lietuvos Respublikos (LR) teisės aktus, mokyklose prevencinę veiklą koordinuoja mokyklų vaiko gerovės komisijos (VGK), į kurių sudėtį įtraukti psichologai, socialiniai pedagogai bei visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, įgyvendinantis alkoholio, tabako, narkotinių ir psichotropinių

Adresas susirašinėti: Martynas Izokaitis
Higienos institutas
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius
El. p. martynas.izokaitis@hi.lt

medžiagų vartojimo prevencinius projektus, teikiančias siūlymus mokyklos vadovui dėl vaiko minimalios ar vidutinės priežiūros priemonių skyrimo inicijavimo [12].

Minėtų specialistų kompetencijoms didinti PM pasiūlos ir paklausos mažinimo srityje Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (NTAKD) ir kitos institucijos parengė metodinių leidinių [1, 13–15], vykdo apklausas bei prevencinės veiklos ir jos efektyvumo analizes, inicijuoja dalijimąsi tarptautine ir šalies gerąja praktika. Bendrojo ugdymo mokyklose įdiegta nemažai prevencijos priemonių nuo išsamaus informavimo apie PM vartojimo žalą ir pagalbos organizacijas iki rašytinio išsipareigojimo nevertoti PM, pašalinių asmenų registravimo ar stebėjimo kamerų, tačiau rezultatas nėra toks, kokio buvo tikimasi [16–18]. Naujausias sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimas rodo, kad tik nedidelė dalis mokinių, turinčių problemų dėl PM vartojimo, medicininės pagalbos siunčiami mokykloje dirbančių pagalbos mokiniui specialistų, o tai suponuoja poreikį tobulinti skatinimo kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas sistemą [19].

Atsižvelgiant į tai, šiuo straipsniu siekiama apžvelgti PM vartojimo problematiką, ankstyvosios intervencijos (AI) dėl PM vartojimo sampratą, teisinį reglamentavimą ir paslaugas bendrojo ugdymo mokyklose.

METODIKA

Rengiant literatūros apžvalgą naudotasi Valstybinio psichikos sveikatos centro, NTAKD pateikiama informacine medžiaga. Publikacijų paieška anglų kalba buvo vykdoma *PubMed (Medline)* duomenų bazėje. Paieškos metu naudoti raktažodžiai: *child**, *early intervention*, *school*, *drug**, *substance use*, *program**. Paieškos strategiją bandyta susiaurinti iki Lietuvos masto, tačiau minėtoje duomenų bazėje nebuvo rasta nė vienos publikacijos. Paieškos *PubMed (Medline)* duomenų bazėje metu naudoti apribojimai: nemokami visateksčiai straipsniai, publikuoti per pastaruosius 10 metų. Publikacijų lietuvių kalba ieškota 2005–2016 m. recenzuojamuose mokslo žurnaluose „Visuomenės sveikata“ ir „Medicina“.

MOKINIŲ PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMAS

Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo problemos aktualumą Lietuvoje rodo tarptautinės apklausos. Tarptautinio HBSC tyrimo, atliekamo kas ketveri metai, duomenimis, 2002 m. Lietuvoje kartą per savaitę

rūkančių 15 m. berniukų buvo 35 proc., to paties amžiaus mergaičių – 18 proc. [20]. 2006 m. šio amžiaus rūkančių berniukų dalis sumažėjo ir siekė 26 proc., mergaičių dalis išliko ta pati – 17 proc. 2010 m. tyrimo duomenys rodo, kad rūkančių paauglių vėl padaugėjo ir jų skaičius pasiekė 2002 m. lygį [21, 22]. Paskutinio 2014 m. HBSC tyrimo duomenimis, kartą per savaitę rūkė 20 proc. 15 m. berniukų ir 12 proc. mergaičių [23]. Kito kas ketveri metai vykdomo tarptautinio ESPAD tyrimo duomenimis, 2003–2015 m. bent kartą rūkiusių cigaretę 15–16 m. amžiaus mokinių Lietuvoje tai daugėjo, tai mažėjo, vis dėlto lyginant 2003 m. ir 2015 m. stebimas sumažėjimas nuo 80 proc. iki 65 proc. [24–27].

Tarptautinio HBSC tyrimo duomenimis, alkoholio vartojimo rodikliai per paskutinį dešimtmetį nuo 2006 m. iki 2014 m. rodo mažėjimo tendenciją: paskutinę savaitę alkoholio vartojusių 15 m. berniukų sumažėjo nuo 25 proc. iki 13 proc., mergaičių – nuo 20 proc. iki 6 proc. [21–23]. Narkotinių medžiagų vartojimas Lietuvoje tik didėjo. ESPAD duomenimis, bet kokią narkotinę medžiagą vartojusių berniukų dalis 2003–2015 m. padidėjo nuo 21 proc. ir 27 proc., mergaičių grupėje – nuo 10 proc. iki 16 proc. [24–27].

PM vartojimo prevencijos aktualumą Lietuvoje patvirtina ir regioninio lygio tyrimų duomenys. Kauno rajone atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad bent kartą gyvenime tabaką rūkė 67 proc. 7–9 klasių berniukų ir 56 proc. mergaičių, per paskutines 30 dienų atitinkamai 25 proc. ir 17 proc. [28]. 2012–2013 m. rūkymo paplitimo tarp to paties amžiaus Kauno m. mokinių tyrimas nustatė, kad bent kartą cigaretes rūkė 55 proc. berniukų ir 52 proc. mergaičių, paskutinį mėnesį rūkė 18 proc. berniukų ir 19 proc. mergaičių [29]. Šiaulių apskrityje 2012 m. atlikto tyrimo duomenimis, bent kartą gyvenime kokius nors tabako gaminius rūkė 80 proc. 16–19 m. vaikinių ir 76 proc. merginų, o per paskutinį mėnesį tabako gaminius vartojo 44 proc. vaikinių ir 37 proc. merginų [30]. Vertinant Klaipėdoje gyvenančių paauglių PM vartojimo ypatumus nustatyta, kad dažniausias amžius, kai paaugliai pirmą kartą rūkė cigaretes, buvo 11 m., pavartojo alkoholio – 14 m., narkotinę medžiagą (marihuaną) – 15 m. [31].

Mokinių PM vartojimo problemą rodo ir kitų tyrėjų darbai, kurie patvirtino PM vartojimo prevencijos nuolatinį poreikį tarp mokyklinio amžiaus mokinių visose geografinėse teritorijose bei institucijose [32–33] ir atskleidė, kad vykdomos priemonės turėjo mažą įtaką PM vartojimo paplitimui.

ANKSTYVOSIOS INTERVENCIJOS PASLAUGŲ, SKIRTŲ PSICHIKĄ VEIKIANČIŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMUI MAŽINTI, SAMPRATA IR EFEKTYVUMAS

Ankstyvosios intervencijos Europos šalyse taikomos nevienodai. Prancūzijoje AI vykdoma tarp mokyklinio amžiaus vaikų. Norvegijoje AI užima vietą tarp prevencijos ir gydymo, o tai reiškia, kad tiksline grupė yra ne tik vaikai ir jauni žmonės, bet ir kitos amžiaus grupės. Pasaulio sveikatos organizacijos teigimu, AI sujungia ir siek tiek persidengia su ankstyvąja žalingo PM vartojimo diagnostika ir priklausomybės gydymu. Gydymas siūlomas anksčiau, nei pacientas pats suvokia esamą problemą ir išsivysto fizinė priklausomybė ar psichosocialinių komplikacijų. Taigi AI yra proaktyvus metodas, kurį inicijuoja specialistas [34]. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras AI vietą taip pat nurodo tarp tikslios prevencijos ir priklausomybių gydymo su stipria orientacija medicinos srities link. Lyginant su kitais prevencijos metodais, AI vieta PM prevencijoje būtų arčiausiai priklausomybių gydymo, nes dažnai būtinios sveikatos priežiūros sistemos paslaugos [35].

LR teisės aktuose AI sąvoka atsirado maždaug prieš dešimtmetį ir apibrėžiama kaip psichologinių, socialinių pedagoginių pagalbos priemonių teikimas vaikams po to, kai nustatoma, kad jie vartoja psichoaktyvias medžiagas. AI priemonės efektyvios tuomet, kai dar nenustatyta psichikos ir elgesio sutrikimų dėl PM vartojimo. AI tikslas yra kuo anksčiau rasti PM eksperimentuojančius ar nereguliariai PM vartojančius vaikus ir suteikti paslaugas, skatinančias atsisakyti psichiką veikiančių medžiagų vartojimo ir koreguojančias rizikingą elgesį. Šia intervencija siekiama motyvuoti jaunus asmenis nevartoti ar visiškai atsisakyti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo [36], suteikti žinių apie PM vartojimo keliamą žalą, ugdyti ir formuoti kritinį požiūrį į priklausomybes sukeliančių medžiagų vartojimą [1, 37]. Gerinant paslaugų prieinamumą, AI siekiama užkirsti kelią priklausomybės ligų išsivystymui, sumažinti PM vartojimo dažnumą ir apsaugoti asmenis nuo žalingesnių vartojimo būdų [10, 38]. Taigi bendroje prevencijos sampratoje AI vieta apibrėžiama tarp pirminės prevencijos, kuri apima bendrąją, atrankinę ir tikslinę prevenciją, ir antrinės prevencijos, t. y. gydymo nuo priklausomybės nuo PM [1, 15].

Moksliniais tyrimais siekta įrodyti AI efektyvumą mokymo ir ugdymo įstaigose. Tyrimai rodo, kad apskritai kuo ankstyvesnis įsikišimas į PM eksperimentavimą, tuo didesnė tikimybė sumažinti galvos smegenų pažeidimą ir priklausomybės nuo PM išsivystymą

vėlesniame amžiuje [39, 40]. Dėl šio teiginio nėra didelių prieštaravimų. Kaip ir dėl to, kad norint anksti pasiekti eksperimentatorius reikia veikti tuomet, kai jie dar mokykloje, nors galimos ir kitos vietos, tokios kaip paslaugas paaugliams teikiančios institucijos. Tačiau kyla klausimas, ar ugdymo įstaigoje galimas efektyvių AI priemonių, kurioms reikia laiko, pinigų ir išteklių, įgyvendinimas, sustabdysiantis eksperimentavimą PM. Vertinimai rodo, kad AI programos yra du kartus brangesnės nei bendroji prevencija, tačiau ekonomiškai efektyvesnės, nes daugiau asmenų atsisako PM vartojimo nei taikant bendrosios prevencijos metodus [39, 41]. Prevencijos efektyvumo, įskaitant ir AI efektyvumo, vertinimo tyrimų nėra daug pirmiausia dėl jų didelio heterogeniškumo, nes tai apsunkina jų palyginimą. Kita vertus, jie atlikti ne mūsų šalyje ir regione, o daugiausia Jungtinėje Karalystėje ar Jungtinėse Amerikos Valstijose, kuriose švietimo sistemos gali skirtis.

Atlikti AI efektyvumo vertinimai rodo, kad dėl PM vartojimo gerokai efektyvesnės individualios daugkartinės konsultacijos nei vienkartinis grupinis seansas, tačiau nepaneigta, kad šalyse su ribotais išteklių kartais viena grupinė intervencija gali būti efektyvi, jeigu nėra pakankamai finansinių išteklių rengti individualias konsultacijas [41]. Interaktyvius psichosocialinių įgūdžių ugdymo metodus apimančios programos vertinamos geriau nei didaktinio turinio neinteraktyvios, žinių teikimo metodais pagrįstos programos [42]. Taigi mokyklinių programų kai kurie aspektai dėl PM vartojimo prevencijos gali būti veiksmingi, tačiau tai susiję su amžiaus tarpsniais ir kognityviąja bei psichosocialine raida [41, 43].

Vertinant rizikos grupės paaugliams skirtos AI efektyvumą, nustatyta metodų, grindžiamų kognityviąja elgesio terapija bei mokymu įveikti nerimą ir stresą, nauda. Nors tyrimai rodo, kad elgsenos pokyčiai paauglystėje įmanomi, teigiamų rezultatų pasiekiami tik su tais eksperimentuojančiais mokiniais, kurie nori pasikeisti [43]. Rizikos grupės mokiniams nepakanka vien perteikti žinių apie PM vartojimo žalą, būtina, kad prevencinės programos ir intervencijos metodai sudarytų sąlygas keisti elgesį, mokytų problemų sprendimo, streso ir nerimo įveikos metodų, stiprintų socialinius įgūdžius [42–44].

ANKSTYVOSIOS INTERVENCIJOS PASLAUGŲ BENDROJO UGDYMO MOKYKLOSE TEISINIS REGLAMENTAVIMAS

Nacionaliniuose teisės aktuose didelis dėmesys skiriamas nepilnamečių asmenų apsaugai nuo neigiamo PM vartojimo poveikio ir reklamos. LR Seime

priimtais įstatymais draudžiama vartoti PM – tabako gaminius ir elektronines cigaretes bei alkoholinius gėrimus – visose švietimo ir kitose įstaigose bei šių įstaigų teritorijose, kuriose teikiamos paslaugos vaikams [45, 46]. PM vartojimo prevencija jau keletą dešimtmečių yra viena iš pagrindinių problemų, kurią bandoma spręsti aktyviai įtraukiant švietimo įstaigas. Šį įpareigojimą reglamentuoja LR švietimo ir mokslo ministro įsakymas „Dėl teisės aktų pažeidimų, mokyklos nelankymo, narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartojimo, ŽIV / AIDS, smurto ir nusiikalstamumo prevencijos“, kuris įpareigoja mokyklos vadovus vykdyti PM paklausos, integruojant PM vartojimo prevencijos kursą į mokyklos ugdymo turinį, ir pasiūlos mažinimo priemones užtikrinant, kad mokyklos bendruomenė nevirtotų ir neplatintų tabako, alkoholio, narkotinių bei psichotropinių medžiagų, ir atsiskaityti už nuveiktą veiklą LR švietimo ir mokslo ministerijai [47].

Bendrojo ugdymo mokyklose PM prevencinė veikla pavesta VGK [12, 48], kurios 2011 m. pakeitė nuo 2004 m. šią veiklą vykdžiusias prevencinio darbo grupes [49]. Pagal LR teisės aktus, mokyklos VGK sudaro psichologai, socialiniai pedagogai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir administracijos atstovai, kurie įgyvendina alkoholio, tabako, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo prevencinius projektus, teikia siūlymus mokyklos vadovui dėl vaiko minimalios ar vidutinės priežiūros priemonės skyrimo inicijavimo. Savivaldybėse PM vartojimo prevencinę veiklą koordinuoja ir metodinę, informacinę, konsultacinę bei dalykinę pagalbą mokyklų VGK teikia savivaldybės administracijos VGK [12]. Parengta teisinė bazė, kaip elgtis ir organizuoti paslaugų teikimą pradinėse, pagrindinėse, vidurinėse, profesinėse mokyklose, vaikų globos įstaigose ir viešosiose vietose, kai pastebima, kad mokinys apsvaigęs nuo PM [36, 50], bei kaip mokyklų darbuotojams veiksmingai reaguoti į kraštutinius mokinių netinkamo elgesio atvejus ir iškilusią grėsmę, siekiant užtikrinti mokyklos bendruomenės narių ir kitų asmenų fizinį ir psichologinį saugumą [51].

ANKSTYVOSIOS INTERVENCIJOS PASLAUGŲ BENDROJO UGDYMO MOKYKLOSE TEIKIMAS

Ankstyvoji intervencija bendrojo ugdymo mokyklose įgyvendinama remiantis LR teisės aktais ir prevencinių programų priemonėmis, kurių pasirinkimas priklauso nuo siekiamų tikslų, mokyklos situacijos ir aplinkos veiksnių [10, 36, 37]. Svarbiausios

priemonės teikiant AI paslaugas mokykloje yra komandos subūrimas, AI programos parengimas, jos įgyvendinimas ir efektyvumo vertinimas, PM vartojančių vaikų ankstyvas nustatymas, jų sveikatos bei socialinės aplinkos vertinimas, vartojimo priežasčių identifikavimas, pagalbos priemonių numatymas [10]. Labai svarbi laiku taikoma diagnostika, kad būtų įvertinta, ar mokinys tik piktnaudžiauja PM ir jam būtina AI, ar jis jau priklausomas nuo PM ir būtinas priklausomybės gydymas [50].

Už PM vartojimo prevenciją bei tinkamą pagalbą, kad rizikingas mokinių elgesys neperaugtų į nekontroliuojamą vartojimą ir priklausomybę, atsakingas mokyklos vadovas. Jis privalo reaguoti, kai yra akivaizdžios informacijos, jog eksperimentuojama su psichoaktyviosiomis medžiagomis, ir padėti jauniems asmenims atsisakyti šių medžiagų vartojimo. Veikla organizuojama remiantis NTAKD 2011 m. parengta metodine medžiaga „Ankstyvosios intervencijos vadovas“, skirta specialistams (psichologams, socialiniams darbuotojams, socialiniams pedagogams, visuomenės sveikatos priežiūros specialistams), dirbantiems su PM eksperimentuojančiais 14–21 metų amžiaus asmenimis, neturinčiais išreikštų priklausomybės požymių [15, 52]. Pagal šią medžiagą apmokyti mokyklų, vaikų globos namų, savivaldybių pedagoginių ir psichologinių tarnybų, priklausomybės ligų ir vaikų socializacijos centrų bei kitų įstaigų specialistai (psichologai ir socialiniai pedagogai) gali teikti AI paslaugas [1, 38].

Mokykloje dirbantys pagalbos mokiniui specialistai – psichologas ir socialinis pedagogas – mokiniui, vartojančiam PM, gali suteikti individualią konsultaciją, kurios metu išsiaiškinamos slegiančios problemos bei PM vartojimo priežastys, ir rasti problemos sprendimo būdus. Dažniausiai vykdomos tokios veiklos, kaip individualūs ir (ar) grupiniai užsiėmimai, motyvacinis interviu su PM eksperimentuojančiu mokiniu. Jų metu stiprinami socialiniai įgūdžiai, ugdoma savivertė, interaktyvus švietimas apie PM vartojimo žalą, kurio metu ne tik siekiama suteikti informacijos apie PM, bet ir gauti grįžtamąjį ryšį [10, 52, 53]. Taip pat mokomasi socialinių streso valdymo strategijų, atpažinti ir reikšti savo jausmus, priimti tinkamus sprendimus. Jei yra poreikis ir galimybės, tuomet AI tikslinga praplėsti ir įtraukti šeimos narius, nes programos rezultatai vienareikšmiškai geresni, kai asmenis, dalyvaujančius AI programoje, palaiko šeimos nariai ar artimieji [10].

Naujose PM vartojimo prevencijos programose pagrindinis dėmesys dažniau skiriamas ne vien PM

aptarimui, kaip integralios programos daliai, bet ir kitoms jaunesniame amžiuje atsirandančioms problemoms, glaudžiai susijusioms su PM vartojimu. Geriausių rezultatų pasiekama įgyvendinant gyvenimo įgūdžių, socialinio emocinio ugdymo programas, kuriose apie PM užsimenama netiesiogiai [54].

Ne visuomet tokia veikla būna sėkminga. Mokinui atsisakius pagalbos ar nekeičiant elgesio, sprendimą dėl tolesnės pagalbos jam priima mokyklos VGK [48]. Mokyklos administracija taip pat gali inicijuoti minimalios ar vidutinės priežiūros priemonių skyrimą [12] ir kreiptis į savivaldybės administracijos VGK. Jei skiriama minimali priežiūra, vaikas yra įpareigojamas dalyvauti AI programoje, kuri vykdoma vadovaujantis NTAKD parengtu, adaptuotu ir išleistu leidiniu „Ankstyvosios intervencijos vadovas“ [10, 38]. Esant poreikiui ar tėvams pareikalavus, AI dėl PM vartojimo priemonės mokiniui gali būti teikiamos ir už mokyklos ribų. Informaciją apie efektyvią psichologinę, socialinę, teisinę ar kitą pagalbą už mokyklos ribų turi teikti mokykloje dirbantys pagalbos mokiniui specialistai [36]. Specializuotą pagalbą PM vartojančiam vaikui teikti gali savivaldybių psichikos sveikatos centrai, pedagoginės ir psichologinės tarnybos, priklausomybės ligų centrai, vaikų teisių apsaugos tarnybos [53]. Kaip gerosios praktikos pavyzdį, galima paminėti AI programos organizavimą Vilniaus mieste, kai savivaldybės administracijos VGK, vykdydama vaiko minimalios priežiūros priemonę, nukreipia ir įpareigoja dalyvauti programoje, kurią įgyvendina Vilniaus miesto psichologinė ir pedagoginė tarnyba bei Vilniaus priklausomybės ligų centras [38].

APIBENDRINIMAS

Šiuo straipsniu siekta apžvelgti ankstyvosios intervencijos paslaugų sampratą, teisinį reglamentavimą ir paslaugų teikimą bendrojo ugdymo mokyklose. Straipsnis parengtas remiantis tiriamuoju darbu „Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų prieinamumas rizikos grupės mokiniams“, atliekamu Higienos institute [55].

Priklausomybę sukeliančių medžiagų, tokių kaip tabakas, alkoholis ir narkotinės medžiagos, vartojimas – viena didžiausių paauglių sveikatos problemų, kurią valstybiniu lygiu bandoma spręsti ne vieną dešimtmetį. Kas ketveri metai atliekami tarptautiniai bei periodiški regioninio lygio tyrimai rodo, kad PM vartojimo problema Lietuvoje, lyginant su kitomis šalimis, yra ganėtinai aktuali. Vertinant paskutinio ESPAD tyrimų duomenis stebima

tai, kad Lietuva pagal rūkymą, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimą viršijo tyrime dalyvavusių 48 Europos šalių vidurkį. Tyrimų duomenys rodo problemos aktualumą, nes kasdien rūko kas penktas 15–16 m. amžiaus berniukas ir kas dešimta mergaitė, paskutinį mėnesį alkoholio vartojo kas trečias berniukas ir mergaitė, o narkotinių medžiagų bent kartą gyvenime vartojo kas penktas berniukas ir kas šešta mergaitė [27]. Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių regionuose atlikti tyrimai taip pat rodo, jog problema aktuali, nes PM bent kartą bandė iki dviejų trečdalių tirtų paauglių. Nors jaunimas rūkymą, alkoholio ir narkotinių medžiagų vartojimą priskiria žalingam elgesiui, sukeliančiam sveikatos problemas, apibendrinant galima teigti, kad mokymo įstaigose gali būti iki 30 proc. jaunuolių, piktnaudžiaujančių arba eksperimentuojančių su PM [56]. Toks neatsakingas požiūris į PM paauglystėje sukelia greitą psichinę ir fizinę priklausomybę, kuri pakeičia žmogaus elgesį, nes atsiranda neįveikiamas potraukis vartoti šias medžiagas, todėl būtinas ankstyvas PM vartojimo nustatymas ir pagalba, kuri stabdytų sveikatą žalojančią elgesį.

LR teisės aktuose AI apibrėžiama kaip psichologinių, socialinių pedagoginių pagalbos priemonių teikimas vaikams po to, kai nustatoma, kad jie vartoja psichoaktyviasias medžiagas. Šios intervencijos vieta bendroje prevencijos sampratoje apibrėžiama tarp tikslinės prevencijos ir priklausomybių gydymo ir apima eksperimentuojančius ar nereguliariai PM vartojančiuos mokinius, kai dar nėra išreikštų priklausomybės požymių.

Literatūros ir teisės aktų apžvalga atskleidė, kad praktiškai problema šalies ugdymo įstaigose daugiausia sprendžiama švietimo ir mokslo ministro įsakymais, kurie reglamentuoja PM pasiūlos ir paklausos tvarką mokyklose ir administracijos atsakomybę. Mokyklose sukurtos VGK, kurios koordinuoja prevencinę veiklą mokykloje. Į VGK sudėtį įtraukti psichologai, socialiniai pedagogai bei visuomenės sveikatos priežiūros ir kiti specialistai, mokyklos administracija. VGK glaudžiai bendradarbiauja su savivaldybių VGK dėl vaiko minimalios ar vidutinės priežiūros priemonės skyrimo inicijavimo, su jomis sprendžia PM vartojimo problemas, kai mokyklos išteklių nepakanka. NTAKD ir sveikatos priežiūros sektorius yra parengęs keletą rekomendacijų ir programų, mokymų, kurie padeda mokykloje dirbantiems specialistams atpažinti ir laiku reaguoti į PM vartojimo problemas. Tarptautiniai AI įgyvendinimo bendrojo ugdymo mokyklose

vertinimai rodo, kad būtina kuo anksčiau pasiekti eksperimentatorius ir taikyti priemones, kurios keistų elgesį, mokytų problemų sprendimo, streso ir nerimo įveikos metodikų, stiprintų socialinius įgūdžius.

PM vartojimo sukeltoms problemoms spręsti vieno sektoriaus pastangų neužtenka, reikalingas

tarpsektorinis ir tarpinstitucinis požiūris. Glaudus sveikatos, švietimo ir kitų sektorių bendradarbiavimas yra būtinas jau artimoje ateityje siekiant reikšmingų pokyčių, susijusių su bendrojo ugdymo mokinių PM vartojimu [3].

Straipsnis gautas 2017-01-27, priimtas 2017-03-01

Literatūra

1. Bankauskienė I. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija: samprata ir modeliai. Informacinis leidinys. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, 2013.
2. Europos paktas dėl psichikos sveikatos ir gerovės. Europos Sąjungos aukščiausio lygio konferencija „Bendrosios pastangos siekiant psichikos sveikatos ir gerovės“. Briuselis, 2008 m. birželio 12–13 d.
3. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2016. Vilnius, 2016.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug prevention in EU schools. Lisbon, 2002. Prieiga per internetą: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33490EN.html>> [žiūrėta 2017-02-27].
5. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2014. Vilnius, 2014.
6. Robinson S, Bugler C. General Lifestyle Survey 2008: Smoking and Drinking Among Adults. London Office for National Statistics, 2010.
7. WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.
8. Zaborskis A, Šumskas L, Žemaitienė N. Lietuvos moksleivių rūkymas ir jo paplitimo pokyčiai 1994–2006 m. Medicina. 2009;45(10):798-806.
9. Poduska J, Kellam S, Wang W, Brown CH, Ialongo N, Toyinbo P. Impact of the Good Behavior Game, a Universal Classroom-Based Behaviour Intervention, on Young Adult Service Use for Problems with Emotions, Behaviour, or Drugs or Alcohol. Drug Alcohol Depend. 2008;95(1):S29-S44.
10. Akstinienė R, Dragūnevičius K, Levickaitė K, Lošakevičius A, Zbarauskaitė A, Žižys D. Ankstyvosios intervencijos taikymas mažinančiam psichiką veikiančių medžiagų vartojimą. Metodinės rekomendacijos. Vilnius, 2007.
11. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. spalio 10 d. nutarimas Nr. 1246 „Dėl Priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo koncepcijos (gairių) patvirtinimo“.
12. Lietuvos Respublikos Seimo 2010 m. gruodžio 14 d. įstatymas Nr. XI-1232 „Lietuvos Respublikos vaiko vidutinės minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymo pakeitimo įstatymas“.
13. Baltrušaitytė R, Bankauskienė I, Latauskienė E, Leonienė V, Verseckienė V. Psichoaktyviųjų medžiagų pasiūlos ir paklausos mažinimo priemonių taikymas: rekomendacijos savivaldybėms. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, 2014.
14. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Specialusis pedagogikos ir psichologijos centras. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programa mokinių tėvams. Metodinės rekomendacijos mokyklų ir globos įstaigų vadovams, pedagogams, specialistams. Vilnius, 2009.
15. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Ankstyvosios intervencijos vadovas. Vilnius, 2011.
16. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Factus Dominus. Prevencinio darbo grupių mokyklose ir koordinavimo grupių savivaldybėse veiklos vertinimas. Tyrimo ataskaita. Kaunas, 2005.
17. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pirminės prevencijos vykdymas Lietuvoje 2013–2014 m.
18. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos ir kontrolės priemonių taikymo bendrojo ugdymo mokyklose apklausos ataskaita 2015 m.
19. Goštautaitė-Middtun N, Goštautas A, Čepulytė A. Sveikatos priežiūros vaikams, vartojantiems psichiką veikiančias medžiagas, prieinamumas Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros įstaigose. Tyrimo ataskaita. Vilnius, 2013.
20. Curie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekow Rasmussen V. Young people's health in context. Health Behaviour in Scholl-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, 2004, 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
21. Curie C, Nic Gabhainn S, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, Barnekow Rasmussen V. Inequalities in young people's health. Health Behaviour in Scholl-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2005/2006 survey. Health Policy for Children and Adolescents, 2008, 5, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
22. Curie C, Zanotti C, Morgan A, Curie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Otto Smith ORF, Barnekow V. Social determinants of Health and Well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Health Policy for Children and Adolescents, 2012, 6, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
23. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, Mathison F, Aleman-Diaz A, Molcho M, Weber M, Barnekow V. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Health Policy for Children and Adolescents, 2016, 7, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
24. Hibbel B, Andersson B, Hjarnson T, Ahlstrom S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drugs Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, 2004.
25. Hibbel B, Guttomsson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnson T, Kokkevi A, Kraus L. The ESPAD Report 2007. Substance Use among Students in 35 European Countries. Stockholm, 2009.
26. Hibbel B, Guttomsson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnson T, Kokkevi A, Kraus L. The ESPAD Report 2011. Substance Use among Students in 36 European Countries. Stockholm, 2012.
27. EMCDDA, ESPAD. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxemburg, 2015.
28. Goštautas A, Žekas R, Dilys L, Goštautaitė-Mittun N. Mokinių rūkymo ir su juo susijusio elgesio kitimai Kauno rajone 2005–2012 metais. Sveikatos mokslai. 2013;23(5):5-11.
29. Goštautas A, Vaičiūnas T, Gricienė A, Vaitkienė R, Petkevičius R. 7–9 klasių berniukų ir mergaičių rūkymo kitimai Kaune nuo 2002 m. iki 2012–2013 mokslo metų. Visuomenės sveikata. 2013;4(63):60-6.
30. Miniauskienė D, Jurgaitienė D. Kai kurių Šiaulių apskrities vyresniųjų klasių moksleivių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo 2006 ir 2012 m. rodikliai. Visuomenės sveikata. 2013;4(63):80-6.
31. Perminienė R, Istomina N, Drugilienė D, Razbadauskas A. Europos jaunimas – narkomanijos prevencijos programa: Klaipėdos atvejis Europos miestų kontekste. Sveikatos mokslai. 2013;23(1):13-20.

32. Astrauskienė A, Gasperas V, Žibaitytė R, Žagminas K, Stukas R. Psichoaktyvių medžiagų vartojimui vaikų globos namuose įtaka darantys veiksniai. *Visuomenės sveikata*. 2009;2(45):53-60.
33. Jurgaitienė D, Vainoriūtė L. Vyresniųjų paauglių narkotinių medžiagų vartojimo prevencijos ypatumai Klaipėdos miesto bendrojo lavinimo ir profesinėse mokyklose. *Visuomenės sveikata*. 2009;3(46):82-92.
34. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/> [žiūrėta 2017-02-27].
35. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg, 2009.
36. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007 m. spalio 2 d. nutarimas Nr. 1071 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. balandžio 2 d. nutarimo Nr. 437 „Dėl Ankstyvojo vaikų (moksleivių) psichiką veikiančių medžiagų vartojimo nustatymo tvarkos patvirtinimo“ pakeitimo“.
37. Spooner C, Thompson D, Patulny R, Rowling L. Early intervention for students with drug use problems. State of New South Wales Department of Education and Training, 2010.
38. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Vilniaus mieste gyvenančių vaikų nukreipimo, skiriant minimalią vaiko priežiūros priemonę, dalyvauti ankstyvosios intervencijos programoje, dalyvauti ankstyvosios intervencijos programoje vykdymo tvarkos aprašas. Vilnius, 2016.
39. Stanis JJ, Andersen SL. Reducing substance use during adolescence: a translational framework for prevention. *Psychopharmacology*. 2014;231(8):1437-53.
40. Winters KC, Leitten W, Wagner E, O’Leary Tevyaw T: Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *J Sch Health*. 2007;77(4):196-206. 10.1111/j.1746-1561.2007.00191.x.
41. Caley T, Myers B. Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7:25. doi: 10.1186/1747-597X-7-25.
42. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino EZ, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Prev Med*. 2008;46:385-396.
43. Onrust AS, Otten R, Lammers J, Smit F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016;44:45-59.
44. Bankauskienė I. Vyresniųjų klasių mokinių žinių, gyvenimo įgūdžių įsivertinimas ir nuomonė apie psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevenciją mokykloje. *Visuomenės sveikata*. 2013;2(61):72-81.
45. Lietuvos Respublikos tabako gaminių įstatymas. 1995 m. gruodžio 20 d. Nr. I-1143. Galiojanti suvestinė redakcija nuo 2017-01-01.
46. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas. 1995 m. balandžio 18 d. Nr. I-857. Suvestinė redakcija nuo 2017-01-01.
47. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2004 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. ISAK-1462 „Dėl teisės pažeidimų, mokyklos nelankymo, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, ŽIV/AIDS, smurto ir nusikalstamumo prevencijos“. Galiojanti suvestinė redakcija nuo 2009-04-22.
48. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2011 m. balandžio 11 d. įsakymas Nr. V-579 „Dėl Mokyklos vaiko gerovės komisijos sudarymo ir jos darbo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
49. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2007 m. gruodžio 6 d. įsakymas Nr. ISAK-2348 „Dėl švietimo ir mokslo ministro 2004 m. gruodžio 9 d. įsakymo Nr. ISAK-1970 „Dėl Prevencinio darbo grupių mokyklose ir prevencinio darbo koordinavimo grupių savivaldybėse sudarymo bei jų veiklos kryptių aprašo patvirtinimo“ pripažinimo netekusiu galios“.
50. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Vaikų, vartojančių narkotines ir psichotropines medžiagas, vartojimo nustatymo organizavimas. Atmintinė ugdymo įstaigų darbuotojams ir jose dirbantiems visuomenės sveikatos specialistams. Vilnius, 2011.
51. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 28 d. įsakymas Nr. V-1268 „Dėl pritarimo rekomendacijoms dėl poveikio priemonių taikymo netinkamai besielgiantiems mokiniams“.
52. EMCDDA. Overview: FreD goes net – Early intervention for young drug users. Prieiga per internetą: <http://www.emcdda.europa.eu/modules/wbs/dsp_print_project_description.cfm?project_id=01DE11> [žiūrėta 2017-02-27].
53. Karalienė V, Lesinskienė S, Subata E. Vaikų, vartojančių narkotines, psichotropines, kitas psichiką veikiančias medžiagas, ankstyva diagnostika ir gydymas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija. Vilnius, 2008.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Best practice portal. Prieiga per internetą: <<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice#view-start>> [žiūrėta 2017-02-27].
55. Stonienė L, Izokaitis M. Sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų prieinamumas rizikos grupės mokiniams. 2016 m. balandis – 2017 m. kovas. Prieiga per internetą: <<http://www.hi.lt/uploads/pdf/projektai/HI%20tyrimai/Mokiniu%20rizikos%20grupes.pdf>> [žiūrėta 2017-02-27].
56. Leskauskas D, Gudaitytė R, Kiudulaitė I, Adomaitienė V. Lietuvos vidurinių mokyklų moksleivių, atsižvelgiant į jų amžių, požiūrio į žalingus įpročius, juos skatinančius ir prevencinius veiksmus, tyrimas. *Medicina*. 2011;47(2):113-9.

Early intervention of psychoactive substances use in Lithuanian schools

Martynas Izokaitis, Loreta Stonienė
Institute of Hygiene

Summary

Tobacco, alcohol and drugs use are one of the biggest health problems among teenagers in Lithuania. There are attempts on high national level to prevent these problems implementing comprehensive prevention programmes in the schools, and involving team of school specialists for early intervention (EI) services.

Recent international ESPAD and HBSC survey results shows that despite the state efforts made over the past decades, consumption of psychoactive substances remains relevant because ESPAD found that every fifth 15-16 years age boy and tenth girl smoked daily, every third boy and a girl once per month drunk alcohol, and every fifth boy and every sixth girl have had lifetime experience of illicit drug use. This proved that in the general educational institutions there are up to the 30 percent of students who need early intervention services that to prevent harmful health behaviour and illicit drug use.

Early intervention in Lithuania is described as psychological, social pedagogical services for children's using psychoactive substances. The position of this

intervention in prevention conception is between target prevention and treatment of dependency, and includes those experimentally and occasionally using psychoactive substances without symptoms of addiction yet.

This article provides an overview about epidemiological situation of consumption of psychoactive substances, conception and effectiveness, legal regulation and services of early intervention in schools.

Keywords: psychoactive substances use, general education school, early intervention, services.

Correspondence to Martynas Izokaitis
Institute of Hygiene
Didžioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania
E-mail: martynas.izokaitis@hi.lt

*Received 27 January 2017,
accepted 1 March 2017*