KONOPLJA IN MLADOSTNIKI

Razširjenost in posledice uporabe, preventiva pred uporabo

KONOPLJA IN MLADOSTNIKI: Razširjenost in posledice uporabe, preventiva pred uporabo

Pripravila: *Andreja Drev*

Strokovni pregled: *Ada Hočevar Grom*

Oblikovanje: *Andreja Frič*

Izdajatelj: *Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana*

Fotografije: *Freepik*

Kraj in leto izdaje: *Ljubljana, 2022*

Elektronska izdaja

Spletni naslov: http://www.nijz.si/

Publikacija ni lektorirana.

Publikacija je nastala v okviru projekta Brez izgovora 2020–2022, financiranega v sklopu programov varovanja in krepitve zdravja pod okriljem Ministrstva za zdravje.

Zaščita dokumenta

© 2022 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcija po delih ali v celoti na kakršen koli način in v katerem koli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo skladno z avtorskopravno in s kazensko zakonodajo.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 122974979
ISBN 978-961-6945-80-6 (PDF)

NIJZ Nacionalni inštitut za javno zdravje

no excuse

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

KAZALO

UVOD 5

I. RAZŠIRJENOST UPORABE IN POSLEDICE UPORABE KONOPLJE 6

KONOPLJA 7

RAZŠIRJENOST UPORABE KONOPLJE 8

RAZŠIRJENOST UPORABE KONOPLJE MED MLADOSTNIKI IN MLAJŠIMI ODRASLIMI V SLOVENIJI 9

Z Zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju 2018 9

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah 2019 10

Z zdravjem povezana vedenja med udeleženci programa projektno učenje mlajših odraslih (PUM-O) 11

E-CIGARETE IN KONOPLJA 12

TVEGANJA, POVEZANA Z UPORABO KONOPLJE PRI MLADOSTNIKIH 13

Vpliv konoplje na razvoj možganov 13

Vpliv konoplje na akademski uspeh 16

Vpliv konoplje na težave v duševnem zdravju 16

Tveganja, povezana z vožnjo 17

Zasvojenost 17

Druga tvegana vedenja, povezana z uporabo konoplje 18

VPLIV LEGALIZACIJE KONOPLJE 18

ZDA 18

Kanada 19

II. PREVENTIVA NA PODROČJU KONOPLJE 20

MLADOSTNIŠTVO KOT RANLJIVO OBDOBJE ZA UPORABO KONOPLJE 21

VAROVALNI DEJAVNIKI TER DEJAVNIKI TVEGANJA PRED UPORABO KONOPLJE 25

Individualni dejavniki 25

Socialno ekonomski položaj 27

Družinski dejavniki 27

Vrstniški dejavniki 28

Šolski dejavniki 30

Skupnostni dejavniki 31

CILJI IN VRSTE PREVENTIVE 32

DRUŽINSKA PREVENTIVA 34

Učinkoviti programi družinske preventive na področju PAS, konoplje 37

ŠOLSKA PREVENTIVA 38

Učinkoviti programi šolske preventive na področju PAS, konoplje 40

OKOLJSKA PREVENTIVA 42

Učinkoviti programi okoljske preventive na področju PAS, konoplje 43

PREVENTIVA V SKUPNOSTI 44

Učinkoviti programi preventive v skupnosti na področju PAS, konoplje 45

VIRI IN LITERATURA 47

Seznam slik 54

Seznam tabel 54

UVOD

V zadnjih letih opažamo vrsto sprememb, povezanih s konopljo, in sicer na področjih razširjenosti uporabe, trga s konopljo, v dostopnosti in v odnosu do legalizacije. Konoplja je najbolj razširjena prepovedana droga v Sloveniji. Po podatkih zadnje Nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah je razširjenost konoplje med odraslimi prebivalci Slovenije med letoma 2021 in 2018 narasla. Med mladostniki v starosti 15 let sicer ostaja stabilna, med tistimi v starosti 17 let pa beležimo zelo visoko razširjenost. Slovenski mladostniki se po uporabi konoplje uvrščajo nad povprečje vrstnikov iz drugih držav. Ob tem se seveda zastavlja vprašanje zakaj? Kot ugotavljajo strokovnjaki, sta dva izmed ključnih razlogov za razširjenost konoplje v razvitem zahodnem svetu njena dostopnost ter nizko zaznana tveganja v povezavi z njeno uporabo. Kako je s tem v Sloveniji? Podatki kažejo, da je konoplja pri nas precej dostopna, saj je polovica petnajstletnikov in skoraj dve tretjini sedemnajstletnikov v raziskavi HBSC menila, da bi v naslednjih 24 urah do konoplje dostopali lahko ali zelo lahko. Med odraslimi prebivalci jih je v zadnji Nacionalni raziskavi o tobaku, alkoholu in drugih drogah tako menila večina. Poleg tega se med slovenskimi mladostniki opaža prisotnost nizko zaznanih tveganj v povezavi z uporabo konoplje, v zadnji raziskavi ESPAD so na primer v precej manjšem odstotku kot njihovi vrstniki iz drugih držav menili, da je redna uporaba konoplje tvegana.

Precejšnja dostopnost do konoplje je prav gotovo povezana tudi z razmahom gojenja konoplje v posebej prirejenih prostorih, saj kot kažejo podatki policije, je Slovenija samooskrba država s konopljo, ki se goji v posebej prirejenih prostorih, večina te konoplje ostaja v državi, dostopna je tako v urbanem kot ruralnem okolju. Nadalje je tudi na trgu s konopljo poraslo število raznolikih izdelkov, ki se razlikujejo po potentnosti, učinkih in načinih uporabe.

Na področju zakonodaje, ki je ureja konopljo, je Slovenija že uvedla spremembe, s katerimi je uredila uporabo konoplje v medicinske namene. Med prebivalci počasi narašča odstotek tistih, ki so naklonjeni popolni legalizaciji konoplje, pojavljajo pa se tudi različne politične pobude za legalizacijo rekreativne uporabe te prepovedane droge.

Ob tem vse več različnih raziskav opozarja na številne posledice, povezane z uporabo konoplje, še posebej če se uporaba začne v mladostništvu. Uporaba konoplje lahko med drugimi vpliva na razvoj možganov, na slabši akademski uspeh, na pojav različnih težav v duševnem zdravju, na prometne nesreče zaradi vožnje pod vplivom konoplje, na razvoj zasvojenosti itn. Kako torej ukrepati? Eden od možnih odgovorov je okrepiti izvajanje dokazano učinkovitih preventivnih aktivnosti v različnih okoljih in med različnimi ciljnimi skupinami.

I. RAZŠIRJENOST UPORABE IN POSLEDICE UPORABE KONOPLJE

KONOPLJA

Konoplja je tudi čez 4 metre visoka rastlina, ki ima več podvrst. V konoplji se nahaja vsaj 750 različnih kemičnih snovi in več kot 100 različnih kanabinoidov, med katerimi sta najbolj znana THC (delta-9-tetrahidrokanabinol) in CBD (kanabidiol) (Jogan 2018, WHO 2016). Medtem ko CBD nima psihoaktivnih učinkov, je THC psihoaktivna snov, ki lahko povzroča zasvojenost in druga tveganja za zdravje ljudi. Konoplja se uporablja v industriji, v medicini in kot prepovedana droga; ključna razlika je v vsebnosti psihoaktivne snovi THC. Za industrijsko konopljo so značilne nižje ravni THC kot za prepovedano drogo konopljo. Kot prepovedana droga se konoplja najpogosteje uporablja v treh oblikah: kot zdrobljeni posušeni cvetovi in tudi listi (marihuana), kot konopljina smola (hašiš) in kot hašiševo olje (UNODC 2019, Jogan 2018, NASEM 2017, WHO 2016), na črnem trgu so na voljo tudi številni drugi izdelki, kot so: konopljina olja, ekstrakti iz konoplje, voski, izdelki z nizko vsebnostjo THC itn. (EMCDDA in Europol 2019). V zadnjih dveh desetletjih so zelo napredovale metode gojenja konoplje. Razmahnilo se je gojenja konoplje v posebej prirejenih prostorih, za katerega sta značilni gojenje v nadzorovanih okoliščinah in uporaba gensko izbranih sort, kar je vodilo k porastu pridelka in njegove potentnosti. To je vplivalo tudi na širitev ponudbe na trgu s konopljo, kjer danes najdemo raznolik nabor izdelkov, ki se razlikujejo po potentnosti, učinkih in načinih uporabe (UNODC 2019, WHO 2016). Tudi države EU, ki spremljajo potentnost konoplje oziroma njenih produktov, zaznavajo porast vsebnosti THC tako v rastlinskem materialu kot v smoli (EMCDDA 2020).

Arheološke najdbe pričajo, da je bila konoplja na ozemlju Evrope prisotna že pred približno 4000 leti, kot tekstilno rastlino naj bi jo že pred več kot dvema tisočletjema gojili tudi pri nas. V obdobju renesanse je bila konoplja ključna tekstilna rastlina za jadra in ladijske vrvi. V Zahodnem svetu so preparate iz psihoaktivne konoplje v drugi polovici 19. in v začetku 20. stoletja uporabljali tudi v medicinske namene. Sredi tridesetih let prejšnjega stoletja se je začelo intenzivno opozarjati o nevarnostih marihuane in leta 1937 so v ZDA uvedli prepoved gojenja konoplje. Z vključitvijo indijske konoplje v Konvencijo OZN o narkotikih (1961) je sledila prepoved gojenja v številnih državah sveta. V šestdesetih in sedemdesetih letih 20. stoletja se je uporaba konoplje v ZDA ponovno razširila, razvijale so se tudi metode gojenja v zaprtih prostorih (Jogan 2018). V zadnjih dveh desetletjih je kar nekaj držav po svetu legaliziralo uporabo konoplje v medicinske namene, nekatere pa so legalizirale tudi uporabo konoplje v rekreativne namene (Hall in sod. 2019, Ammerman in sod. 2015). Tudi v Sloveniji, kjer je uporaba konoplje v medicinske namene dovoljena, smo priča pobudam k njeni popolni legalizaciji (Dnevnik 2018, Košir in Vujkovac 2018). Ob tem se poraja vprašanje, kakšne posledice bi imela legalizacija konoplje v rekreativne namene na mladostnike? Po prvih podatkih, ki so na voljo za ZDA, po legalizaciji konoplje v rekreativne namene, odrasli, ki uporabljajo konopljo, poročajo o bolj pogosti uporabi, medtem ko se med mladoletnimi, mlajšimi od 21 let, zaznava upad zaznanih tveganj, povezanih z uporabo konoplje (Hall in sod. 2019), nekatere druge raziskave so zaznale tudi spremembe v stališčih, namenih, normah in pripravljenosti za uporabo marihuane, in sicer v smeri večje naklonjenosti (Clarke in sod. 2018).

RAZŠIRJENOST UPORABE KONOPLJE

Konoplja je najbolj razširjena prepovedana droga v EU. Po zadnjih ocenah je to prepovedano drogo že kdaj v življenju uporabilo 90,1 milijona ali 27,2 % Evropejcev v starosti 15–64 let. Med mladimi odraslimi v starosti 15–34 let jih je v zadnjem letu konopljo uporabilo približno 15 %, med mladimi v starosti 15–24 let pa približno petina (19 %). V večini držav EU rezultati nedavnih raziskav kažejo, da je bila uporaba konoplje v zadnjem letu stabilna ali pa se je povečala (EMCDDA 2020).

V Sloveniji razširjenost uporabe konoplje med prebivalci spremljamo s pomočjo Nacionalne raziskave o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog. Po podatkih zadnje raziskave, ki jo je v letu 2018 izvedel Nacionalni inštitut za javno zdravje, je konoplja še vedno najbolj razširjena prepovedana droga med prebivalci Slovenije v starosti 15–64 let. Dobra petina prebivalcev (20,7 %) je to prepovedano drogo uporabila vsaj enkrat v življenju, v zadnjih 12 mesecih je konopljo uporabilo 5,9 % prebivalcev, v zadnjih 30 dneh pa 3 %. O dnevni[1] uporabi konoplje je poročal nekaj manj kot odstotek (0,7 %) prebivalcev Slovenije. Povprečna starost ob prvi uporabi konoplje pa je znašala 19,5 let (Drev in sod. 2021). Uporaba konoplje je še posebej razširjena med mladimi v starosti 15–24 let in mladimi odraslimi v starosti 25–34 let (Tabela 1).

Tabela 1: Razširjenost uporabe konoplje kadarkoli v življenju in v zadnjih 12 mesecih v starostnih skupinah 15–24 let in 25–34 let skupaj in po spolu

Odstotek (%) uporabnikov konoplje kadarkoli v življenju in v zadnjih 12 mesecih			
Kadarkoli v življenju			
15–24 let	29,8	31,6	27,8
25–34 let	35,7	40,2	30,7
V zadnjih 12 mesecih			
15–24 let	16,6	19,5	13,5
25–34 let	9,0	12,0	5,7

Vir: Nacionalna raziskava o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog med prebivalci Slovenije v starosti 15–64 let, NIJZ 2018.

[1] Uporabil konopljo 20 ali več dni v zadnjih 30 dneh.

RAZŠIRJENOST UPORABE KONOPLJE MED MLADOSTNIKI IN MLAJŠIMI ODRASLIMI V SLOVENIJI

Med mladostniki razširjenost uporabe konoplje spremljamo z dvema raziskavama, ki se izvajata vsake širi leta. To sta raziskavi Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju (HBSC) in Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah (ESPAD). V nadaljevanju predstavljamo rezultate obeh omenjenih raziskav.

Z Zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju 2018 (HBSC 2018)

15-letniki

Vsaj enkrat v življenju je konopljo poskusilo 4100 oziroma eden od petih mladostnikov v starosti 15 let, v zadnjih 12 mesecih je konopljo uporabil eden od šestih in v zadnjih 30 dneh eden od osmih mladostnikov v starosti 15 let (Slika 1). Med fanti in dekleti v uporabi konoplje ne beležimo pomembnih razlik pri nobenem od omenjenih kazalnikov (Jeriček Klanšček in sod. 2019). O dnevni uporabi konoplje, ki predstavlja pomembno tveganje za razvoj s konopljo povezanih težav, je poročalo 2,7 % 15-letnih mladostnikov (NIJZ 2019).

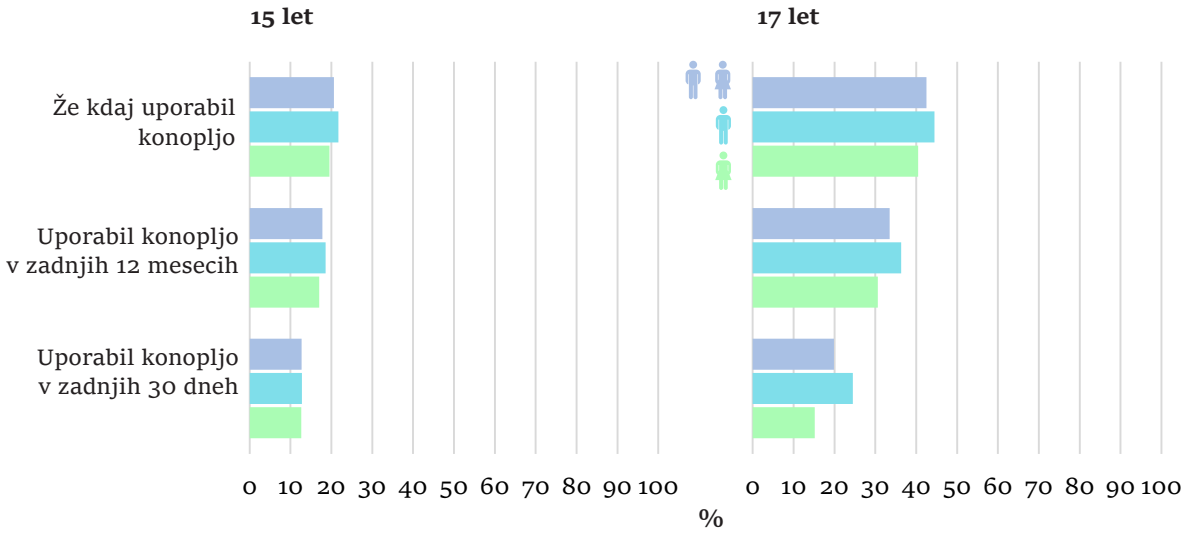
Med letoma 2014 in 2018 je razširjenost uporabe konoplje med 15-letnimi mladostniki ostala stabilna in ni naraščala, v letu 2014 je namreč vseživljenjska uporaba konoplje v tej starostni skupini znašala 21 % (23,5 % med fanti in 19 % med dekleti). Med letoma 2014 in 2018 se je nekoliko zvišal le odstotek deklet, ki poročajo o uporabi konoplje v zadnjih 30 dneh (Jeriček Klanšček in sod. 2019).

Mednarodna primerjava opozarja na višje ravni uporabe konoplje med slovenskimi mladostniki kot njihovimi vrstniki iz drugih držav. V državah, vključenih v raziskavo HBSC 2018, je namreč vsaj enkrat v življenju konopljo poskusilo v povprečju 13 % 15-letnikov, v zadnjih 30 dneh pa v povprečju 7 % (Inchley in sod. 2020). Primerjava teh dveh podatkov s slovenskimi podatki pokaže, da mladostniki iz Slovenije pri obeh kazalnikih presegajo povprečje vrstnikov iz drugih držav in se uvrščajo v sam vrh 45 držav, ki so bile vključene v raziskavo.

17-letniki

V letu 2018 je bila raziskava HBSC prvič izvedena tudi med dijaki v starosti 17 let in podatki so pokazali, da je vsaj enkrat v življenju konopljo poskusil skoraj vsak drugi 17-letnik. V zadnjih 12 mesecih je konopljo uporabil vsak tretji 17-letnik, v zadnjih 30 dneh pa vsak peti (Slika 1). Pri kazalnikih uporabe v zadnjih 12 mesecih in zadnjih 30 dneh je odstotek uporabe konoplje pomembno višji med fanti kot med dekleti (Jeriček Klanšček in sod. 2019). O dnevni uporabi konoplje je poročalo 3,8 % 17-letnikov (NIJZ 2019).

Slika 1: Razširjenost uporabe konoplje med 15- in 17-letnimi dijaki kadarkoli v življenju, v zadnjih 12 mesecih in v zadnjih 30 dneh skupaj in po spolu



Vir: Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju 2018– HBSC, NIJZ 2019

Dostopnost

Dostopnost je v zahodnem industrijsko razvitem svetu eden izmed ključnih dejavnikov, ki vpliva na razširjenost uporabe konoplje pri mladostnikih (UNODC 2018). Kot opozarjajo podatki raziskave HBSC 2018, je konoplja med mladostniki v Sloveniji precej dostopna; skoraj polovica (49 %) 15-letnikov in približno dve tretjini (63 %) 17-letnikov je namreč ocenilo, da lahko v naslednjih 24 urah pridejo do konoplje lahko ali zelo lahko (Jeriček Klanšček in sod. 2019).

Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah (ESPAD) 2019

Medtem ko se raziskava Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju posveča širšemu spektru različnih vedenj, povezanih z zdravjem mladostnikov, pa je Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah osredotočena predvsem na tvegana vedenja v povezavi z uporabo različnih psihoaktivnih snovi, med drugimi tudi z uporabo konoplje. Tako je zadnja ESPAD raziskava poleg ključnih kazalnikov o uporabi konoplje zajela tudi vprašanja o pogostosti uporabe in težavah, o zaznanih tveganjih, povezanih z uporabo konoplje in o oblikah, v katerih se konoplja uporablja.

Podatki o uporabi konoplje so v ESPAD raziskavi pokazali, da je to prepovedano drogo vsaj enkrat v življenju uporabila več kot petina (23 %) dijakov v starosti od 15 do 16 let. Med fanti je raziskava beležila višji odstotek vseživljenjske uporabe (26 %) kot med dekleti (21 %). Eden od petih dijakov je poročal o uporabi konoplje v zadnjih 12 mesecih, v zadnjih 30 dneh pa eden od devetih. Dijaki so v najvišji meri poročali o uporabi konoplje v obliki posušenih listov in cvetov (19 %) in pomešano s tobakom (17 %), poleg tega pa še kot konopljino olje (6,5 %) in konopljino smolo (3,3 %) (Urdih Lazar in Stergar 2021).

Raziskava je opozorila, da je razširjenost uporabe konoplje med mladostniki v Sloveniji višja od povprečja držav, ki sodelujejo v raziskavi ESPAD. Povprečje vseživljenjske uporabe konoplje med dijaki za države, zajete v ESPAD raziskavo, namreč znaša 16 % (18 % fantov in 13 % deklet), povprečje za uporabo v zadnjih 30 dneh pa 7 %. Ugotovimo lahko, da dijaki v Sloveniji presegajo obe omenjeni povprečji. Zaskrbljujoči so tudi podatki o pogostosti uporabe, saj je v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo 3,8 % dijakov konopljo uporabilo 40-krat ali pogosteje. Hkrati jih med tistimi, ki so v zadnjih 12 mesecih uporabili konopljo, slaba tretjina sodi med uporabnike z visokim tveganjem glede na test CAST[2]. Po odstotku visokotveganih uporabnikov konoplje se med državami, sodelujočimi v raziskavi, Slovenija uvršča kar na četrto mesto (Urdih Lazar in Stergar 2021).

Zaznana tveganja

Poleg dostopnosti tudi zaznana tveganja, povezana z uporabo konoplje, sodijo med ključne dejavnike, ki vplivajo na razširjenost uporabe konoplje med mladostniki v razvitem zahodnem svetu (UNODC 2018). In po ugotovitvah raziskave ESPAD dijaki v Sloveniji v manjši meri zaznavajo tveganja v povezavi z redno uporabo konoplje, kot njihovi vrstniki iz drugih držav. Petina dijakov iz Slovenije je namreč menila, da redno kajenje konoplje ni tvegano oziroma je malo tvegano. Da je redna uporaba konoplje zelo tvegana, je menilo 44 % slovenskih dijakov, kar je najmanj med vsemi sodelujočimi državami in precej pod povprečjem evropskih držav, ki je znašalo 59 % (Urdih Lazar in Stergar 2021).

Z zdravjem povezana vedenja med udeleženci programa projektno učenje mlajših odraslih (PUM-O)

Mladi, ki niso zaposleni, niti niso vključeni v izobraževanje ali usposabljanje (NEET *ang. neither in employment, education or training*), so še posebej ranljivi glede uporabe psihoaktivnih snovi. V letu 2019 je Nacionalni inštitut za javno zdravje med udeleženci programa Projektno učenje mlajših odraslih (PUMO-O) prvič izvedel raziskavo Z zdravjem povezana vedenja, ki je zajemala tudi vprašanja o uporabi in dostopnosti konoplje. Podatki raziskave so opozorili na višje ravni razširjenosti te prepovedane droge med udeleženci programa PUM-O kot med všolanimi mladimi, saj je skoraj 60 % udeležencev programa PUM-O že kdaj v življenju uporabilo konopljo; med fanti je bila vseživljenjska uporaba konoplje nekoliko bolj razširjena kot med dekleti. V zadnjem letu je konopljo uporabilo 42 % udeležencev programa PUM-O, v zadnjih 30 dneh pa nekaj manj kot tretjina. Približno 18 % jih je poročalo o dnevni uporabi konoplje. Kar 70 % udeležencev programa PUM-O je poročalo, da bi v naslednjih 24 urah do konoplje dostopali lahko ali zelo lahko (Tabela 2) (Pucelj in sod. 2022), kar priča o precejšnji dostopnosti konoplje tej skupini mladih ljudi.

[2] S testom CAST (Cannabis Abuse Screening) ocenjujemo pogostost oziroma obseg težav, povezanih z uporabo konoplje, in vključuje vprašanja o: kajenju konoplje pred poldnevom, kajenju konoplje v samoti (brez družbe drugih uporabnikov), težavah s spominom zaradi kajenja konoplje, nasvetih staršev ali prijateljev o zmanjšanju ali opustitvi uporabe konoplje, poskusih opuščanja uporabe konoplje ter težavah v odnosih ali v šoli zaradi uporabe konoplje (Urdih Lazar in Stergar 2021).

Tabela 2: Odstotki uporabnikov konoplje kadarkoli v življenju, v zadnjih 12 mesecih, v zadnjih 30 dneh, odstotki dnevnih uporabnikov konoplje in dostopnost do konoplje med osebami s statusom NEET

				p med spoloma
	n (%)	n (%)	n (%)	
Uporaba konoplje kadarkoli v življenju	67 (59,3)	42 (67,7)	25 (49,0)	**0,044***
Uporaba konoplje v zadnjih 12 mesecih	47 (42,0)	30 (50,0)	17 (32,7)	0,108
Uporaba konoplje v zadnjih 30 dneh	35 (31,8)	23 (38,3)	12 (24,0)	0,064
Dnevna uporaba konoplje (vsaj 20 dni v zadnjih 30 dneh)	21 (17,9)	15 (23,1)	6 (11,5)	0,106
Lahko ali zelo lahko dobiti konopljo v naslednjih 24 urah	84 (70,0)	51 (77,3)	33 (61,1)	0,155**

*Pri statistično značilnih razlikah so vrednosti p izpisane odebeljeno.
**Zaradi majhnega števila enot je lahko ocena p manj natančna.

Vir: HBSC raziskava v PUM-O 2019, NIJZ

E-CIGARETE IN KONOPLJA

Elektronske cigarete so v prodaji od leta 2006, popularnejše pa so od leta 2010, danes je znano, da aerosol elektronskih cigaret še zdaleč ni samo neškodljiva vodna para, ampak vsebuje številne zdravju škodljive snovi; rakotvorne snovi, težke kovine, majhne delce, dražilne snovi idr. (Koprivnikar in sod. 2020).

Čeprav so bile elektronske cigarete sprva namenjene dovajanju nikotina, so se sčasoma začele uporabljati tudi za dovajanje drugih psihoaktivnih snovi, kot je npr. konoplja. Po ugotovitvah v ZDA in Kanadi narejenih raziskav (Lim in sod. 2021), razširjenost elektronskih cigaret s konopljo med mladostniki narašča, saj je uporaba elektronskih cigaret s konopljo kadarkoli v življenju v obdobju od 2013 do 2020 narasla za 2-krat (iz 6,1 % v 2013 na 13,6 % v 2020), uporaba v zadnjih 30 dneh pa je v istem obdobju narasla za kar 7-krat (iz 1,6 % na 8,4 %). Avtorji menijo, da je naraščajoči trend uporabe elektronskih cigaret s konopljo med mladostniki v ZDA in Kanadi lahko med drugimi povezan tudi z boljšo dostopnostjo izdelkov, povezanih z vejpanjem konoplje, do katere je prišlo zaradi legalizacije konoplje in z upadom zaznanih tveganj, povezanih z uporabo konoplje.

Avtorji nadalje ugotavljajo še, da mladostniki uporabo elektronskih cigaret s konopljo dojemajo kot bolj zdravo alternativo kajenju konoplje, čeprav je slednje povezano s škodljivi posledicami za zdravje, kot sta na primer suho kašljanje in piskanje pri dihanju (Lim in sod. 2021).

Čeprav pojav uporabe elektronskih cigaret s konopljo zaznavamo tudi v Sloveniji, so bili prvi podatki na voljo šele z raziskavo Vrednotenje učinkov novega zakona na področju nadzora nad tobakom med srednješolci, ki jo je Nacionalni inštitut za javno zdravje izvedel v letu 2021. Po podatkih raziskave, je že kdaj v življenju e-cigareto s konopljo uporabilo 8,6 % srednješolcev, v zadnjih 30 dneh pa 5,6 % (Koprivnikar in Zupanič 2021).

TVEGANJA, POVEZANA Z UPORABO KONOPLJE PRI MLADOSTNIKIH

V literaturi so opisane najrazličnejše škodljive trenutne in dolgoročne zdravstvene ter socialne posledice uporabe konoplje. Med trenutne škodljive posledice se uvrščajo tesnobnost, panika in povečano tveganje za prometne nesreče (Hall in Degenhardt 2009). Ena resnejših dolgoročnih škodljivih posledic redne uporabe konoplje je zasvojenost, ki se razvije pri okoli 9 % uporabnikov (Anthony 2006). Redna uporaba konoplje je povezana tudi z večjim tveganjem za kronični bronhitis in okrnjene respiratorne funkcije ter za psihotične znake in motnje, še posebej, če so uporabniki v preteklosti že imeli tovrstne težave ali so te težave prisotne v družini (Hall in Degenhardt 2009, Macleod in sod. 2004). Pri mladostnikih se redna uporaba konoplje pogosto kaže v slabši akademski uspešnosti, večji verjetnosti uporabe drugih prepovedanih drog, škodljivo pa lahko vpliva tudi na duševno zdravje (Degenhardt in Hall 2012, Hall in Degenhardt 2009, EMCDDA 2008, Macleod in sod. 2004). Za posledice uporabe konoplje so še posebej ranljivi mladostniki, ki z uporabo konoplje začno zgodaj, jo uporabljajo pogosto, v večjih količinah oziroma ki uporabljajo potentnejšo konopljo (Hall in sod. 2019, Hall in Degenhardt 2009).

V nadaljevanju nekoliko podrobneje opisujemo nekatere najpogostejše posledice uporabe konoplje pri mladostnikih in mladih ljudeh.

Vpliv konoplje na razvoj možganov

Možgani so v stanju aktivnega, na izkušnjah temelječega razvoja od prenatalnega obdobja skozi otroštvo in mladostništvo do približno 21 leta. V tem obdobju so zelo ranljivi (precej bolj kot možgani odraslega človeka) za škodljive dolgoročne posledice negativnih vplivov iz okolja, kot je na primer tudi izpostavljenost THC (Volkow in sod. 2014). Po ugotovitvah študij na živalih lahko izpostavljenost THC v mladostništvu spremeni občutljivost sistema nagrajevanja za druge droge (Volkow in sod. 2014), nekatere druge študije so pokazale, da lahko THC škodljivo vpliva na strukturo možganov in njihovo delovanje; med drugimi vpliva na spremembe v sivi in beli snovi v možganih, kar je pogosto povezano s kognitivnim primanjkljajem (Ammerman in sod. 2015, Lisdahl in sod. 2013).

Raziskave, v katere so bili zajeti tudi visokotvegani uporabniki konoplje, so pokazale spremembe v sivi snovi, in sicer so imeli večji volumen sive snovi, zlasti v območju levega hipokampusa, kar nakazuje poseg v sinaptično obrezovanje. Nadalje se je pokazala tudi povezava med visokotvegano uporabo konoplje in slabšo uspešnostjo na področju pozornosti in jezikovne spretnosti (Ammerman in sod. 2015). Kot še ugotavljajo različne raziskave, lahko redna uporaba konoplje v mladostništvu dolgoročno prizadene določene predele možganov, ki so povezani z učenjem, spominom, pozornostjo, samo-zavedanjem, nadzorom vedenja, tvorjenem navad in rutine (Subramaniam in Yurgelun-Todd 2020, Volkow in sod. 2014, Arain in sod. 2013, Lisdahl in sod. 2013). Tako so se na primer mladostniki, ki so poročali o redni uporabi marihuane, slabše odrezali na testih delovnega spomina, vidnega preletavanja vsebine, kognitivne fleksibilnosti in učenja (Ammerman in sod. 2015).

KAKO DROGA VPLIVA NA MOŽGANE?

Možgani so neprestano aktivni, tudi med spanjem. Informacije iz okolja vstopajo v možgane, ki te informacije sprejemajo, obdelujejo in povezujejo tako, da lahko posameznik preživi in deluje v različnih spreminjajočih se okoliščinah ter se uči iz izkušenj. Informacije možgani sprejemajo iz telesa (bitje srca, telesna temperatura) in iz okolja (kar vidijo oči, vonja nos, občuti koža.).

Možgani so sestavljeni iz različnih delov, ki skupaj delujejo kot ekipa. Vsak od teh delov ima posebno nalogo. Ko droga vstopi v možgane, se vmeša v način, kako možgani delujejo. Sčasoma lahko to vodi do spremembe v tem, kako dobro možgani delujejo. Droge večinoma vplivajo na predele možganov, ki skrbijo za dihanje, prebavljanje hrane, upravljanje z mišicami in udi, čute (kot so vid, sluh, okus, dotik), čustvene odzive, mišljenje, načrtovanje, reševanje problemov, sprejemanje odločitev.

Droge so kemične snovi. Ko posameznik vnese kemično snov v svoje telo – to lahko naredi s kajenjem, inhaliranjem, tako da jo poje oziroma popije, z injiciranjem - se ta vmeša v način, kako možgani komunicirajo in v način, kako živčne celice pošiljajo, sprejemajo in obdelujejo informacijo.

V možganih za povezave med posameznimi živčnimi celicami in njihovo aktivacijo poskrbijo t. i. kemični prenašalci ali nevrotransmitorji. Nekatere droge, kot je na primer marihuana, vsebujejo kemične snovi, ki posnemajo kemične prenašalce, ki se v telesu pojavljajo naravno. Posnemovalci ukanijo receptorje na živčnih celicah, se vežejo nanje in jih aktivirajo. Posledice pa so, da živčne celice prenašajo neobičajna sporočila po možganih, kar lahko povzroča težave tako možganom kot telesu.

Določene kemične snovi (npr. THC v konoplji) spremenijo možgane tudi tako, da hrepenijo po vedno več droge, razvije se zasvojenost. Zaradi zasvojenosti začne posameznik redno uporabljati droge, ob opustitvi pa se pojavijo t. i. odtegnitveni znaki, ki opustitev lahko bolj ali manj otežijo.

KAJ SE ZGODI Z MOŽGANI, KO UPORABIMO MARIHUANO?

Ob uporabi marihuane (kajenje, vejpanje) THC hitro potuje iz pljuč v krvni obtok, preko katerega se potem prenaša v vse organe v telesu vključno z možgani. Učinki THC nastopijo skoraj takoj in lahko trajajo od 1 do 3 ure. Vplivajo lahko na odločanje, koncentracijo in spomin tudi še nekaj dni po uporabi, še posebej to velja za osebe, ki marihuano uporabljajo redno. Če se marihuana zaužije s hrano ali napitki, učinki THC nastopijo nekoliko kasneje, večinoma v 30 minutah do 1 ure in lahko trajajo več ur.

Ko THC vstopi v možgane, se veže na živčne celice s specifičnimi receptorji, ki se imenujejo kanabinoidni receptorji. Ti receptorji se aktivirajo s kemičnimi snovmi, ki so podobne THC, vendar se v našem telesu pojavljajo naravno in so del tako imenovanega kanabinoidnega sistema. Ta sistem je pomemben za normalni razvoj in delovanje možganov.

Večina kanabinoidnih receptorjev se nahaja v delih možganov, ki nadzorujejo zadovoljstvo, spomin, mišljenje, koncentracijo, čutno percepcijo, percepcijo časa in koordinacijo gibov. Marihuana se veže na kanabinoidne receptorje in aktivira kanabinoidni sistem, kar povzroči »zadetost«. Marihuana povzroči tudi, da se v možganskem centru za nagrajevanje sprosti več dopamina, kot bi se ga sicer, kar sproži pozitivne občutke za »zadetost« in okrepi željo, da se marihuana uporabi ponovno. Drugi učinki marihuane zajemajo še: spremembe v percepciji in razpoloženju, slabšo koordinacijo, težave v mišljenju in reševanju problemov, težave pri učenju in pomnjenju.

Pogosta uporaba marihuane, še posebej v času mladostništva, stimulativno deluje na sistem nagrajevanja in lahko vpliva na spremembe v možganih. Tovrstna uporaba lahko vodi v zasvojenost, duševne motnje in celo vpliva na nižji IQ posameznika.

Vir: NIDA

Vpliv konoplje na akademski uspeh

Uporaba konoplje vpliva na ključne kognitivne funkcije; ta vpliv je lahko trenuten ali dolgotrajen. Slednji je še posebej prisoten pri tistih, ki so začeli z uporabo konoplje zgodaj v mladostništvu. Zgodnja starost ob prvi uporabi in pogosta uporaba konoplje je dokazano povezana s slabšim akademskim uspehom (slednji zajema slabše povprečne ocene v srednji šoli in na fakulteti, višje stopnje osipništva v srednji šoli in na fakulteti, daljši čas za zaključek srednje šole in manjšo verjetnost, da se bo šolanje nadaljevalo na fakulteti) in večjim tveganjem za opustitev šolanja (Hall in sod. 2019, Pacheco-Colon in sod. 2019, Volkow in sod. 2014). Sistematični pregled vrste različnih raziskav (Lorenzetti in sod. 2020) je pokazal določene povezave med uporabo konoplje in kognicijo, zdravjem možganov in izidi na akademskem področju. Tako so longitudinalne raziskave in raziskave na dvojčkih pokazale večji upad IQ med rednimi uporabniki konoplje kot med neuporabniki. Čeprav ni povsem jasno, ali se te spremembe lahko pripišejo uporabi konoplje ali gre za vpliv dejavnikov, kot so genetske predispozicije, duševno zdravje in okoljski vplivi, pa študije kažejo tudi, da se po prenehanju uporabe konoplje, kognitivne funkcije obnovijo. Longitudinalne raziskave in raziskave na dvojčkih so pokazale še, da uporabniki konoplje manj verjetno zaključijo srednjo šolo kot neuporabniki. Avtorji so ob tem zapisali, da ta povezava lahko odseva učinek uporabe konoplje kot tudi socialnega okolja uporabnika in njegovih vrstnikov, ki so prav tako uporabniki konoplje.

Vpliv konoplje na težave v duševnem zdravju

Redna uporaba konoplje je povezana tudi z večjim tveganjem za razvoj različnih težav v duševnem zdravju, kot so tesnobnost, depresija, samomorilne misli in psihoza - slednje še posebej velja za ljudi s predobstoječimi genetskimi ranljivostmi (Hall in sod. 2019, Volkow in sod. 2014, Arain in sod. 2013).

Tri manjše raziskave (Hines in sod. 2020, Levy in Weitzman 2019, Keith in sod. 2015) so ugotovile povezavo med uporabo konoplje in izkušnjo tesnobe ali paranoje med mladimi. Hinesova s sodelavci (2020) je ugotovila povezavo med uporabo bolj potentne konoplje in večjim tveganjem za razvoj anksiozne motnje, Levyjeva in Weitzmanova (2019) pa sta ugotovili, da mladi, ki pogosteje uporabljajo konopljo, tudi pogosteje izkusijo tesnobo ali paranojo, kot mladi, ki so konopljo uporabili le nekajkrat. Rezultati ameriške nacionalne raziskave (SAMHSA 2019) so opozorili, da mladostniki, ki so v zadnjem letu izkusili hudo depresivno epizodo[3], bolj verjetno uporabljajo konopljo kot mladostniki brez te izkušnje. Tudi izsledki dveh sistematičnih pregledov literature (Gobbi in sod. 2019, Pacheco-Colon in sod. 2019) so ugotovili povezavo med uporabo konoplje med mladostniki in višjim tveganjem za razvoj depresije; tako je Pacheco-Colonova s sodelavci (2019) ugotovila, da mladostniki, ki pogosto uporabljajo konopljo poročajo o več depresivnih znakih kot njihovi vrstniki. Pogosti uporabniki konoplje so tudi v splošnem izkazovali višje ravni negativne čustvenosti kot neuporabniki. Nadalje so avtorji opozorili še, da nekateri mladostniki samozdravijo simptome depresije z uporabo konoplje in pri teh lahko pride do povečanja uporabe

[3] V originalu »major depressive episode", slovenski izraz je vzet iz Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Avstralska modifikacija. Verzija 6. NIJZ, 2017.

konoplje. Da uporaba konoplje pri mladostnikih poveča tveganje za razvoj depresije in samomorilnega vedenja kasneje v odraslem obdobju, je potrdil tudi sistematični pregled in meta analize 11 raziskav, ki so ga opravili Gobbi in sodelavci (2019). Fontanella in sodelavci (2021) so raziskovali vpliv uporabe konoplje pri mladih z motnjo razpoloženja; njihova študija je pokazala, da pri tej skupini mladih uporaba konoplje ali zasvojenost s konopljo še poveča tveganje za samopoškodovanje in smrt.

Tveganja, povezana z vožnjo

Uporaba konoplje okrni kognitivne sposobnosti, ki so potrebne za varno vožnjo, vključno z reakcijskim časom, sposobnostjo sledenja liniji ceste in vzdrževanjem pozornosti (Li in sod. 2020, Hall in sod. 2019). Tako trenutna kot dolgotrajna izpostavljenost konoplji lahko poslabša sposobnost vožnje; konoplja je tudi tista prepovedana droga, ki se najpogosteje poroča v povezavi z okrnjeno sposobnostjo vožnje in prometnimi nesrečami. Nedavna uporaba konoplje in ravni THC v krvi od 2 do 5 ng/ml so povezane s precejšnjo okrnjenostjo sposobnosti vožnje. Če oseba vozi avto kmalu za tem, ko je uporabila konopljo, se faktor tveganja za udeležbo v prometni nesreči poveča za 2-krat (Volkow in sod. 2014). Ameriška študija je pokazala, da skoraj polovica mladostnikov v starosti 14 let in več, ki trenutno uporabljajo konopljo, poroča o vožnji pod vplivom konoplje. Nadalje je študija razkrila še, da odstotek tistih, ki trenutno uporabljajo konopljo in po uporabi vozijo avto, narašča, in še, da je razširjenost vožnje pod vplivom konoplje višja kot razširjenost vožnje pod vplivom alkohola (Li in sod. 2020).

Zasvojenost

Zgodnja in redna uporaba konoplje predstavljata večje tveganje za razvoj zasvojenosti s konopljo, ki je nadalje lahko tudi napovednik večjega tveganja za uporabo drugih prepovedanih drog (Hall in sod. 2019, Volkow in sod. 2014). Zasvojenost s konopljo se kaže v težavah pri zmanjševanju uporabe ali v težavah s prenehanjem uporabe, ki povzroča škodo. V Avstraliji, Kanadi, EU in ZDA se zasvojenost s konopljo pogosto zdravi s svetovanjem.

Raziskave so pokazale, da okoli 9 % odraslih, ki so vsaj enkrat v življenju uporabili konopljo razvije zasvojenost, med tistimi, ki so konopljo uporabili 100-krat ali večkrat je tveganje za razvoj zasvojenosti 20 - 30 %, med tistimi, ki uporabljajo visokopotentne izdelke je lahko to tveganje še višje, v splošnem pa imajo mladostniki, ki uporabljajo konopljo, večje tveganje za razvoj zasvojenosti kot odrasli (Hall in sod. 2019). Uporaba konoplje pred 16 letom starosti poleg tveganje za razvoj zasvojenosti poveča tudi tveganje za razvoj težav v duševnem zdravju, vključno s tesnobnostjo in depresijo (UNODC 2018). Tako naj bi zasvojenost razvilo več kot 15 % tistih, ki konopljo začnejo uporabljati v mladostništvu (Kastelic in Šergec 2018). Med tistimi, ki konopljo uporabljajo dnevno, pa naj bi jih zasvojenost razvilo med četrtino in polovico. Nadalje uporaba konoplje pogosto vodi v uporabo drugih drog. V primerjavi s tistimi, ki ne uporabljajo konoplje, imajo uporabniki konoplje večjo verjetnost, da bodo uporabili druge droge tudi ob upoštevanju drugih pomembnih vplivov, kot so genetski in okoljski vplivi (UNODC 2018). Tako je na primer avstralska študija, ki je zajela uporabnike konoplje, ki so začeli z uporabo zgodaj v adolescenci ter

tiste, ki so z uporabo začeli kasneje, pri obojih zaznala tudi uporabo drugih drog (Scholes-Balog in sod. 2016). Longitudinalna raziskava med dvojčki je ugotovila še, da je tisti dvojček, ki je uporabljal konopljo, napredoval k uporabi drugih drog, zasvojenosti z alkoholom, k razvoju težav, povezanih z uporabo drog, z 2-krat do 5-krat višjo stopnjo, kot dvojček, ki konoplje ni uporabljal (UNODC 2018).

Druga tvegana vedenja, povezana z uporabo konoplje

V tuji literaturi so med drugimi tveganimi vedenji in škodljivimi posledicami, povezanimi z uporabo konoplje, opisani predvsem tvegano spolno vedenje in nezaželen spolni odnos (Haynie in sod. 2013, Anderson in Stein 2011, Blythe in sod. 2006, Brodbeck in sod. 2006) ter tudi aretacije (Tran in sod. 2020, Plunk in sod. 2019).

VPLIV LEGALIZACIJE KONOPLJE

V svetu in v Sloveniji se odnos do prepovedane droge konoplje spreminja. V zadnjih 50 letih je več držav v Evropi, med njimi tudi Slovenija, v Ameriki in Avstralija zmanjšalo kazni, povezane z uporabo ali posedovanjem manjših količin konoplje. Številne države se, pogosto pod pritiskom javnosti, odločajo za spremembe v zakonski ureditvi statusa konoplje, nekatere, kot npr. Kanada in nekatere zvezne države v ZDA, so se odločile za popolno legalizacijo uporabe konoplje (EMCDDA 2020a, Fischer in sod. 2020; Hall in Lynskey 2020).

ZDA

Uporaba konoplje v rekreacijske namene je dovoljena v 19 zveznih državah ZDA, uporaba v medicinske namene pa v 37 zveznih državah. Le dve zvezni državi (Vermont in Connecticut) sta določili omejitve koncentracije THC; obe prepovedujeta koncentrate nad 60 % in ne dovoljujeta, da rastlinski material konoplje preseže 30 % THC. Vse zvezne države so določile tudi minimalno starost za legalni nakup konoplje pri 21-tih letih.

Kot navajata Hall in Lynskey (2020), je legalizacija konoplje v nemedicinske namene v ZDA vplivala na precejšnjo znižanje cen konoplje, vplivala je na zvišanje potentnosti konoplje in na večjo dostopnost konoplje odraslim uporabnikom. Nižje cene konoplje so vplivale na porast pogostosti uporabe med odraslimi uporabniki konoplje, medtem ko podatki za mladostnike niso enotni: v državi Washington so zaznali rahel porast, v Coloradu pa celo rahel upad uporabe. Novejši skupni podatki za vse ZDA države, ki so legalizirale uporabo konoplje v rekreativne namene, pa kažejo rahel porast uporabe konoplje v starostni skupini 12–17 let, naraščajoče trajanje uporabe ter prehod na uporabo izdelkov z višjo vsebnostjo THC (Young-Wolf in sod. 2022, Hall in Lynskey 2020).

V zvezni državi Colorado so beležili porast z uporabo konoplje povezanih hospitalizacij po legalizaciji konoplje v rekreativne namene, narasle so tudi hospitalizacije zaradi zlorabe in zasvojenosti s konopljo, prometnih nesreč in poškodb, povezanih z uporabo konoplje ter poškodbe glave zaradi večjega števila

padcev, več je bilo obiskov nujne medicinske pomoči zaradi hiperemeze[4] (46 % povečanje v obdobju od 2010 do 2014), povečalo se je tudi število obiskov nujne medicinske pomoči zaradi zastrupitev otrok, psiholoških stisk pri odraslih, hudega bruhanja in hudih opeklin (pri uporabnikih, ki so skušali s pomočjo butana pridobiti ekstrakt THC iz konopljinega olja). V Coloradu so se na nujni medicinski pomoči zaradi duševnih težav, kar 5-krat povečali sprejemi z oznako »povezano s konopljo« v primerjavi s sprejemi brez te oznake. Povečalo se je tudi število klicev na centre za zastrupitev zaradi zaužitja konoplje (Hall in Lynskey 2020). V Kaliforniji beležijo porast uporabe konoplje med nosečnicami, nadalje so se med letoma 2010 in 2020 potrojile prijave v povezavi s konopljo v kalifornijski sistem na nadzor zastrupitev, in sicer gre v največji meri za prijave o zastrupitvah otrok, ki so zaužili sladkarije s konopljo (Young-Wolf in sod. 2022).

Kanada

Kanada je legalizirala nemedicinsko uporabo konoplje oktobra 2018, zato so na voljo le omejeni podatki o nekaterih kratkoročnih učinkih oziroma posledicah. Sicer pa Kanada velja za državo z visoko razširjenostjo uporabe konoplje v splošni populaciji, še posebej med mladimi.

Kot ugotavljajo Fischer in sodelavci (2020), je bila tudi po legalizaciji uporaba konoplje v največji meri razširjena med mladimi odraslimi, čeprav je uporaba narasla v različnih starostnih skupinah, vključno v skupini mladih odraslih, ne pa med mladostniki. Kajenje je še naprej najpogostejši način uporabe konoplje (rastline), porasla pa je tudi uporaba drugih oblik konoplje, kot so npr. prehranski izdelki s konopljo, in načinov uporabe, kot je vejpanje. Podatki tudi kažejo, da črni trg s konopljo še vedno obstaja in je cenovno vse bolj konkurenčen. Zakonita industrija s proizvodnjo konoplje pa postaja vse bolj komercializirana in v nasprotju s prvotno zastavljeno javnozdravstveno paradigmo.

Med otroci, starimi od 0 do 9 let, se je po legalizaciji konoplje in še posebej po uvedbi prehranskih izdelkov z vsebnostjo konoplje precej povečala tudi pogostost in resnost obiskov nujne medicinske pomoči zaradi izpostavljenosti konoplji (Fischer in sod. 2020).

[4] Pogosto in pretirano bruhanje.

II. PREVENTIVA NA PODROČJU KONOPLJE

MLADOSTNIŠTVO KOT RANLJIVO OBDOBJE ZA UPORABO KONOPLJE

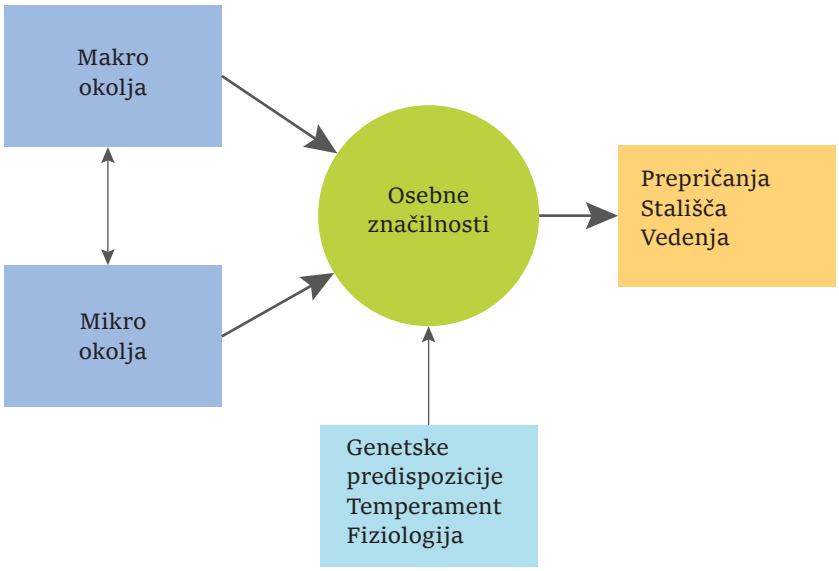
V obdobju mladostništva porastejo različna tvegana vedenja, kot so začetek uporabe psihoaktivnih snovi, nezaščiteni spolni odnosi, brezglava vožnja, asocialno vedenje, itn. Zakaj? Mladostništvo je obdobje mnogoterih razvojnih sprememb, tako socialnih kot bioloških. Med drugimi v tem obdobju poteka intenziven razvoj možganov, kar vpliva na spremembe v posameznikovem mišljenju in odločanju. Deli možganov, ki so odgovorni za nagrajevanje in motivacijo, se razvijajo hitreje kot deli odgovorni za izvršitvene funkcije (kontrola impulzov, samo-regulacija, sposobnost presoje, itn.). To pomeni, da možgani dajo veliko na nagrado, manjka jim pa zrelosti, da bi stvari premislili in dali zavoro na vedenja, ki lahko povzročijo negativne posledice. Mladostnikom je izredno pomembna nagrada - najbolj cenijo nagrado v obliki odobravanja vrstnikov, živijo v svetu čustev, zato odločitev pogosto sprejmejo na osnovi tega, kako se v danem trenutku počutijo ali v kakšni družbi se nahajajo, namesto na osnovi razumske presoje (Pharo in sod. 2011, Steinberg 2007, 2008).

Na tvegana vedenja vpliva tudi, v kolikšni meri mladostniki verjamejo, da je določeno tvegano vedenje razširjeno in sprejemljivo med mladostniki oziroma znotraj skupine, ki je mladostniku pomembna. V večji meri kot mladostniki verjamejo, da je določeno tvegano vedenje razširjeno, verjetneje je, da bodo tudi sami udeleženi v tem tveganem vedenju (Steinberg 2008). Zelo pogosto mladostniki precenjujejo razširjenost določenega tveganega vedenja, kar velja tudi za uporabo marihuane (Napper in sod. 2016, Steinberg 2008). Na mladostnika imajo pomemben vpliv tudi prepričanja glede sprejemljivosti določenega tveganega vedenja znotraj skupine ljudi (vrstnikov, staršev), ki so mu blizu. Napper in sodelavci (2016) so na primer ugotovili, da je naklonjenost uporabi marihuane med bližnjimi prijatelji in/ali pri starših pomemben napovednik uporabe marihuane pri mladih.

Varovalni dejavniki in dejavniki tveganja

Na uporabo psihoaktivnih snovi pri mladostnikih vpliva interakcija med vrsto različnih izkušenj in dejavnikov, ki se nanašajo tako na posameznikove individualne lastnosti, kot tudi na njegovo družinsko, socialno in fizično okolje (Cleveland in sod. 2008, Bränström in sod. 2007, Hawkins in sod. 1992) (Slika 2).

Slika 2: Etiološki model



Vir: European Prevention Curriculum, EMCDDA, 2019

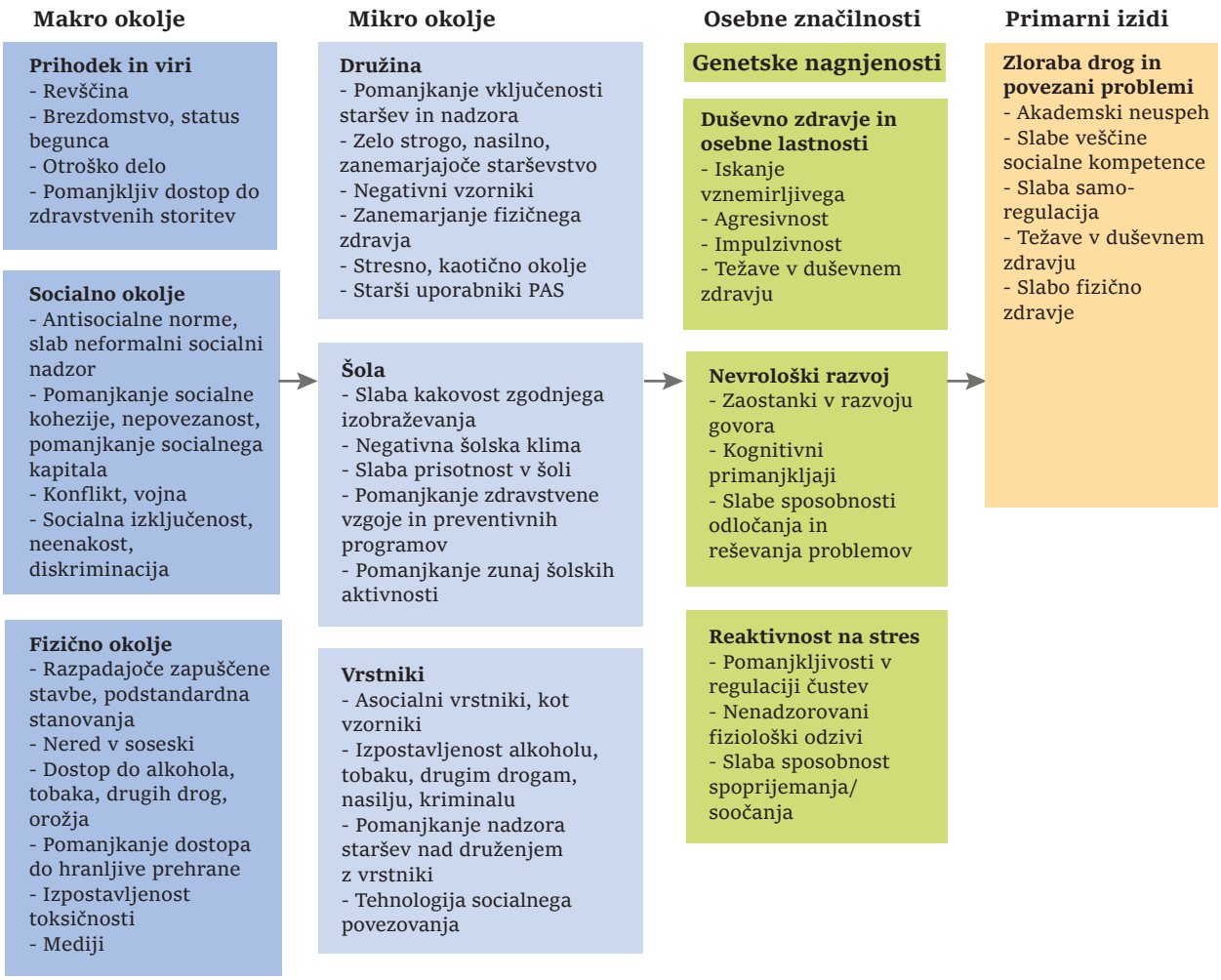
V preventivi je v splošnem sprejet koncept varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja. Varovalni dejavniki so definirani kot tisti, ki blažijo izpostavljenost tveganju za nastanek določenega problema oziroma neposredno zmanjšajo verjetnost določenega problema, medtem ko prisotnost dejavnikov tveganja napoveduje večjo verjetnost, da bodo posameznik ali skupina udeleženi v škodljivih izidih (Stone in sod. 2012, Hawkins in sod. 1992). V splošnem se dejavniki tveganja delijo v dve skupini, in sicer v skupino širših socialnih in kulturnih dejavnikov, v katero sodijo zakoni, norme, dostopnost, ekonomska prikrajšanost, neorganiziranost soseske, ter v skupino individualnih in medosebnih dejavnikov, v katero med drugimi sodijo genetske predispozicije, stališča družine do psihoaktivnih snovi, družinska zgodovina uporabe PAS, slabo oziroma nekonsistentno družinsko delovanje, družinski konflikt, slaba navezanost na družino (EMCDDA 2019, Talić in Košir 2014).

Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki lahko učinkujejo na različne skupine ljudi, vendar pa imajo ti dejavniki različen vpliv glede na posameznikovo starost, spol, kulturno ozadje in okolje. Poleg tega se s starostjo spreminja učinek posameznih dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov; tako lahko imajo dejavniki tveganja, povezani z družino večji vpliv na mlajše otroke, v mladostništvu pa imajo lahko večji vpliv dejavniki tveganja, povezani z vrstniki (NIDA 2003).

V toku posameznikovega razvoja od otroštva do odraslosti, je vsaka razvojna stopnja povezana z rastjo intelektualnih sposobnosti, jezikovnih spretnosti in kognitivnega, čustvenega ter psihološkega delovanja, s pridobivanjem socialnih veščin in nadzorom impulzov. Posameznik v tem obdobju doživi pomembne življenjske prelomnice, kot so začetek šolanja, vstop v puberteto, izbira poklica, vstop v partnersko zvezo in starševstvo. V vsaki stopnji razvoja na posameznika vplivajo oziroma ga vodijo družina, šola, vrstniki, širša družba, v kateri živi. V primeru, da pomembni razvojni cilji otroka niso doseženi, lahko ta zaostane v doseganju naslednjih ciljev, kar poveča tveganje za udeležbo v nezdravih in tveganih vedenjih. Na doseganje razvojnih ciljev pomembno vplivajo posameznikove interakcije znotraj njegovih mikro (družina, šola, vrstniki) in makro (socialno in fizično okolje, dostopnost do virov) okolij, zato se preventivne intervencije usmerjajo na naslavljanje ranljivosti znotraj teh mikro in makro okolij. Pomembno je, da se dejavniki tveganja naslovijo še preden nastopi tvegano vedenje. Poglejmo primer: otrok ima zahteven temperament in se težko privaja okolju okoli sebe. Če bodo starši imeli veščine, s katerimi bodo na ustrezen način vzgojili otoka, se bo povečal otrokov potencial, da se bo kasneje sposoben prilagoditi okoljem, kot so vrtec, šola, vrstniki. Če starši teh veščin ne bodo imeli, obstaja večja verjetnost, da bo otrok kasneje v življenju imel težave s prilagajanjem tem okoljem (EMCDDA 2019).

Večstopenjski razvojni model (Slika 3) prikazuje, kje obstajajo tveganja za ranljivost posameznika oziroma kako so lahko tveganja, ki jim je posameznik izpostavljen, posledica interakcije med osebnimi in okoljskimi značilnostmi, skratka identificira dejavnike tveganja, ki so ključni. Učinkovita preventiva pa naslavlja te dejavnike tveganja še preden nastopi tvegano vedenje (EMCDDA 2019).

Slika 3: Dejavniki tveganja, ki jih lahko naslavljajo preventivni programi



Vir: European Prevention Curriculum, EMCDDA, 2019

V nadaljevanju opisujemo dejavnike, ki so v literaturi navedeni kot tisti, ki imajo vpliv na začetek, nadaljevanje in pogostost uporabe konoplje in se pojavljajo v različnih okoljih, kot so posameznik, družina, vrstniki, skupnost.

VAROVALNI DEJAVNIKI TER DEJAVNIKI TVEGANJA PRED UPORABO KONOPLJE

Individualni dejavniki

Socialno-demografske in osebnostne značilnosti mladostnika pomembno vplivajo na oblikovanje odločitev o uporabi psihoaktivnih snovi (Connell in sod. 2010, Cleveland in sod. 2008, Hawkins in sod. 1992). Cleveland in sod. (2010, 2008) so ugotovili, da so individualni dejavniki tveganja tisti, ki poleg vrstniških v največji meri vplivajo na uporabo marihuane. Še posebej so izpostavljeni mladostniki, pri katerih je prisotnost individualnih dejavnikov tveganja visoka, saj se pri njih razblini varovalni učinek, ki ga nudijo družinski, šolski ali skupnostni varovalni dejavniki (Cleveland in sod. 2010).

Številne raziskave kažejo na pomen spola in starosti (Leatherdale in Burkhalter 2012, Stone in sod. 2012, Connell in sod. 2010). V splošnem fantje poročajo višjo razširjenost uporabe psihoaktivnih snovi kot dekleta (Hodder in sod. 2016, ter Bogt in sod. 2014, EMCDDA 2012, Leatherdale in Burkhalter 2012, Stone in sod. 2012, Bloor 2006, Von Sydow in sod. 2002), z naraščanjem starosti pa je povezano povečano tveganje za začetek uporabe psihoaktivnih snovi in tudi za pogostejšo uporabo (Hodder in sod. 2016, Leatherdale in Burkhalter 2012, Graves in sod. 2005). Pri konoplji raziskave kažejo, da je moški spol dejavnik tveganja tako za začetek uporabe konoplje kot tudi za prehod v zlorabo te droge (Von Sydow in sod. 2002). Po podatkih za Slovenijo je pri 15- do 16-letnikih uporaba konoplje bolj razširjena med fanti kot dekleti (Urdih Lazar in Stergar 2021). Raziskave konsistentno ugotavljajo tudi, da zgodnja uporaba določene snovi povečuje verjetnost za uporabo te snovi kasneje v življenju ter za pojav težav, povezanih z uporabo (Stone in sod. 2012). Raziskave med mladostniki in odraslimi, ki uporabljajo konopljo, so na primer pokazale, da je pri tistih, ki so začeli uporabljati konopljo v adolescenci, večja verjetnost za razvoj zlorabe konoplje, razvoj zasvojenosti, pojav depresije in vedenjskih težav ter za uporabo drugih prepovedanih drog, kot pri tistih, ki so v mladostništvu abstinirali ali pa so pričeli z uporabo konoplje v zgodnji ali kasnejši odraslosti (Gellegos in sod. 2021, UNODC 2018, EMCDDA 2008, Agrawal in sod. 2006, Lynskey in sod. 2006, Von Sydow in sod. 2002). Gallegos in sodelavci (2021) so ugotovili tudi pomembno povezavo med zgodnjo uporabo marihuane z večjo začetno čustveno odtujenostjo od družine, nadalje so ugotovili še, da je zgodnji začetek uporabe marihuane povezan z večjimi začetnimi pritiski vrstnikov.

V literaturi je med psihološkimi dejavniki opisana vrsta spremenljivk, ki so povezane z uporabo konoplje med mladostniki. Te spremenljivke zajemajo osebnostne značilnosti, vedenjske, kognitivne in čustvene težave, psihiatrične diagnoze ter stališča do in pričakovanja od psihoaktivnih snovi. Številni raziskovalci so preučevali povezanost čustvenih težav, kot so depresija, obupanost, tesnobnost, negativni afekt, slabše sposobnosti čustvenega nadzora z uporabo posameznih psihoaktivnih snovi (Gaete in Araya 2017, Kandel in sod. 2015, Sutin in sod. 2013, Malmberg in sod. 2010). Tako prisotnost depresije in obupanosti povečajo tveganje za uporabo konoplje (Haug in sod. 2014, Malmberg in sod. 2010). Z uporabo konoplje so nadalje povezani tudi

psihološki dejavniki, kot so: iskanje vznemirljivega, delinkvenca, agresivnost, hiperaktivnost, uporništvo, prestopništvo, aleksitimija in nizko zaznavanje tveganja, povezanega z uporabo drog (Nawi in sod. 2021, Kendal in sod. 2015, Stone in sod. 2012, Malmberg in sod. 2010, Cleveland in sod. 2008, Korhonen in sod. 2008, Guxens in sod. 2007). Raziskava Clevelanda in sodelavcev (2008) je pokazala povezanost individualnih dejavnikov tveganja - merjeno z naklonjenostjo antisocialnemu vedenju, naklonjenostjo uporabi alkohola, tobaka in marihuane, nizkim zaznavanjem tveganj, povezanih z uporabo drog, iskanjem vznemirljivega in uporništvom - z višjimi ravnmi uporabe marihuane kadarkoli v življenju in v zadnjih 30 dneh. Raziskave na področju konoplje so na primer pokazale še, da je pri fantih agresivnost napovednik večjega tveganja za uporabo konoplje, pri dekletih je to napadalnost (EMCDDA 2008), asocialno oziroma deviantno vedenje pa je napovednik večjega tveganja za uporabo pri obeh spolih (Guxens in sod. 2007, Kokkevi in sod. 2007). Raziskave so nadalje pokazale, da so pri mladostnikih, ki zlorabljajo konopljo, pogosto prisotni znaki aleksitimije oz. nesposobnosti prepoznavanja lastnih čustev. Verjetnost za uporabo konoplje pri mladostnikih nadalje povečuje tudi zanemarjanje v otroštvu in pa prisotnost psihiatrične diagnoze (Nawi in sod. 2021).

Večje tveganje za uporabo konoplje imajo tudi mladostniki, ki imajo v povezavi z uporabo marihuane zelo nizko zaznana tveganja ali pa tveganj sploh ne zaznajo, da se jim droga ne zdi škodljiva (Nawi in sod. 2021). Dejavnik večjega tveganja za začetek uporabe konoplje je tudi že sama namera uporabe snovi v prihodnosti (Guxens in sod. 2007). Tudi pozitivna stališča in pričakovanja glede uporabe snovi, lahko pri mladih zelo povečajo tveganje za uporabo teh snovi (Stone in sod. 2012). Še posebej, če mladostnik meni, da se bo s pomočjo droge rešil iz negativnega stanja. Večja verjetnost uporabe marihuane med mladostniki je povezana tudi z občutkom visoke dostopnosti droge v skupnosti in nizko ceno (Nawi in sod. 2021).

Pri mladostnikih je dobro dokazana tudi pozitivna povezanost med rabo alkohola, kajenjem in uporabo konoplje. Številne raziskave so pokazale, da mladostniki, ki uporabljajo eno od teh treh snovi, bolj verjetno uporabijo tudi drugi dve (Berge in sod. 2016, van Ryzin in sod. 2012, Agrawal in sod. 2007, Guxens in sod. 2007, Agrawal in sod. 2006, Graves in sod. 2005, van den Bree in Pickworth 2005). Uporaba tobaka pri starosti 12, 13 in 15 let je pomemben napovednik večje verjetnosti za uporabo marihuane, uporaba tobaka pri 15-ih je napovednik večje verjetnosti za rabo alkohola, uporaba tobaka in alkohola pri 17-ih je pomemben napovednik večje verjetnosti za uporabo marihuane (van Ryzin in sod. 2012). Mladostniki, ki se opijajo, bolj verjetno poleg alkohola uporabijo tudi tobak in/ali konopljo, kot tisti, ki se ne opijajo (Leatherdale in Ahmed 2010).

Optimizem, dobre socialne veščine (spoprijemanje s težavami, sprejemanje odločitev in odklanjanje PAS), splošna psihična in čustvena stabilnost, varna socialna normativna vedenja (zavedanje, da večina vrstnikov in odraslih ne uporablja (redno) PAS), vernost, čuječnost, močna prepričanja proti drogam in močna želja ostati zdrav, pa so se pokazali kot pomembni individualni varovalni dejavniki na področju rabe psihoaktivnih snovi (Nawi in sod. 2021, UNODC 2015, Haug in sod. 2014, Stone in sod. 2012, Bühler in sod. 2008, Kliewer in Murrelle 2007, Weaver in sod. 2005).

Socialno ekonomski položaj (SEP)

Na področju konoplje raziskave ugotavljajo povezanost uporabe konoplje tako z nižjim kot z višjim socialno-ekonomskim položajem. Nizek oziroma nižji socialno-ekonomski položaj družine v otroštvu je povezan z večjim tveganjem za višje ravni uporabe in razvoj odvisnosti v dobi adolescence in zgodnje odraslosti (Buu in sod. 2009, Von Sydow in sod. 2002), slabši ekonomski položaj družine je povezan z bolj pogosto in tvegano uporabo konoplje pri mladostnikih (Gerra in sod. 2020, ter Bogt in sod. 2014, Legleye in sod. 2012), čeprav je razširjenost uporabe konoplje med mladostniki iz manj premožnih družin nižja kot med mladostniki iz najpremožnejših družin (Legleye in sod. 2012). Med mladostniki iz najpremožnejših družin je uporaba konoplje sicer bolj razširjena, vendar omejena na eksperimentiranje in občasno uporabo. To je povezano predvsem z viri, ki jih ti mladostniki imajo, da lahko dostopajo oziroma kupijo marihuano, po drugi strani pa je med temi mladostniki zavezanost šoli in želja po nadaljevanju šolanja močno prisotna. Medtem ko je pogostejša in bolj tvegana uporaba konoplje med mladostniki iz manj premožnih družin povezana s podcenjevanjem tveganj, ki jih prinaša uporaba konoplje, ter z blaženjem stresa, povezanega z revščino (Legleye in sod. 2012). Zaradi blažilnega učinka virov, ki jih imajo na razpolago, pa mladostniki iz premožnejših družin tudi niso podvrženi socialnim, zdravstvenim in ekonomskim posledicam uporabe konoplje v taki meri kot njihovi vrstniki iz manj premožnih družin (Patrick in sod. 2012).

Družinski dejavniki

Družinsko okolje je osnovni kontekst, v katerem si otroci ustvarjajo predstave o sebi, drugih in svetu. Izkušnje, ki jih otroci pridobijo v družini, prenesejo v zunanje okolje. Socialni vpliv družine je tako eden najpogosteje preučevanih dejavnikov tveganja oziroma varovalnih dejavnikov v povezavi z uporabo psihoaktivnih snovi med mladostniki (Connell in sod. 2010). V literaturi se dobri družinski odnosi in dober nadzor staršev nad otroki pojavljata kot ključna družinska dejavnika, ki lahko zaščitno delujeta na mladostnika glede uporabe psihoaktivnih snovi (van Ryzin in sod. 2012, Connell in sod. 2010). Oba dejavnika namreč zmanjšujeta možnosti za negativen vpliv vrstnikov in tako posredno znižata tudi verjetnost uporabe PAS pri mladostniku (van Ryzin in sod. 2012, Connell in sod. 2010, EMCDDA 2008, Bloor 2006). Mladostniki, ki imajo s starši trden odnos, se namreč bolj verjetno obrnejo na njih za nasvet, informacije in vodenje ter njihov nasvet tudi ponotranjijo (van Ryzin in sod. 2012).

Tudi na področju konoplje različne raziskave ugotavljajo, da so kakovostni družinski odnosi, družinska povezanost in starševski nadzor pomembni varovalni dejavniki, ki vplivajo na manjšo verjetnost in na nižje ravni uporabe marihuane (van Ryzin in sod. 2012, Piko in Kovacs 2010, Cleveland 2008, Graves in sod. 2005). V zgodnjem obdobju mladostništva so predvsem večji starševski nadzor (van Ryzin in sod. 2012), disciplina ter družinska povezanost (priložnosti in nagrade za prosocialno vedenje) (Cleveland 2008) povezani z manjšimi verjetnostmi uporabe marihuane. Medtem ko slab starševski nadzor, ki se kaže v slabem poznavanju vrstnikov in ne vedenju, kje se mladostnik nahaja, lahko poveča tveganje za iniciacijo in za uporabo drog (Nawi in sod. 2021, Haug in sod. 2014, EMCDDA 2008, Kokkevi in sod. 2007, Bloor 2006). Pomembna je tudi

raven podpore, ki jo starši nudijo mladostniku, saj je le-ta obratno sorazmerno povezana z uporabo marihuane (Hodder in sod. 2016). V času prehoda v srednjo šolo in kasneje v srednji šoli pomemben napovednik manjše verjetnosti uporabe marihuane postanejo kakovostni družinski odnosi (van Ryzin in sod. 2012). Prehod v srednjo šolo je namreč tisti čas, ko starši izgubljajo nadzor nad mladostnikom in njegovim vedenjem ter se morajo bolj opreti na skrbnost, dobro komunikacijo in zaupanje mladostniku. Je pa tudi v tem obdobju še vedno pomembno, da starši vedo in ohranjajo nadzor nad tem, s kom se druži njihov mladostnik.

Naslednji dejavnik, ki lahko vpliva na uporabo psihoaktivnih snovi pri mladostnikih, je tudi starševski slog vzgoje. Kot ugotavlja pregled raziskav za obdobje 30 let, avtoritativen slog vzgoje, za katerega je značilna toplina v odnosih, vključenost v vzgojo otrok, pa tudi strogost in upoštevanje pravil, deluje najbolj zaščitno pred uporabo konoplje, medtem ko se je zanemarljiv slog vzgoje še v največji meri pokazal kot dejavnik tveganja za uporabo psihoaktivnih snovi med mladostniki (Calafat in sod. 2014, Becoña in sod. 2012). Ugotovitve za popustljiv in avtoritaren slog vzgoje niso enotne, eden izmed vzrokov je tudi kulturna pogojenost vzgoje (Becoña in sod. 2012).

Sistematični pregled vpliva socialnih norm, ki jih imajo starši glede uporabe konoplje, na njihove otroke, je pokazal povezanost med naklonjenostjo uporabi in uporabo pri starših z uporabo pri otrocih (Mbaba in sod. 2022). Mladostniki, katerih starši imajo zgodovino uporabe drog (Gaete in Araya 2017, Graves in sod. 2005), kadijo cigarete in jih ne moti uporaba alkohola ali konoplje pri mladostniku (Gaete in Araya 2017), imajo večjo verjetnost za nedavno in pogostejšo uporabo konoplje. Vsaka oblika zanemarjanja s strani staršev je lahko dejavnik tveganja za uporabo drog, sem sodi tudi nenadzorovano zapravljanje žepnine. Kot dejavnik tveganja se je izkazal tudi psihološki nadzor nad mladostnikom s strani matere, medtem ko je varovalni dejavnik dobro informiran oče, ki lahko mladostniku nudi nasvet (Nawi in sod. 2021).

Mladi, ki so znotraj družine izpostavljeni stresnim dogodkom, kot so razpad družinskih struktur, ločitev, imajo večjo verjetnost uporabe psihoaktivnih snovi (Haug in sod. 2014, EMCDDA 2008, Bloor 2006). Življenje v enostarševski družini je dejavnik tveganja za začetek uporabe konoplje (von Sydow in sod. 2002) pri dekletih (Guxens in sod. 2007). Smrt enega od staršev pred mladostnikovim 15. letom pa je dejavnik tveganja za razvoj odvisnosti od konoplje (von Sydow in sod. 2002). Vernost staršev je varovalni dejavnik, ki vpliva na nižje ravni uporabe drog, saj so verni starši bolj aktivno udeleženi v vzgojo otrok in gojijo bolj zdrav življenjski slog (Kliewer in Murrelle 2007).

Vrstniški dejavniki

Za obdobje mladostništva je značilen proces osamosvajanja; mladostnik manj časa preživlja s svojo družino in vse več v družbi vrstnikov. Za mladostnika postane socialno priznanje v tem obdobju izredno pomembno, kar se kaže v vse večji želji po sprejetosti med vrstniki, zato tudi posnema njihova ravnanja (Onrust in sod. 2016, Albert in sod. 2013, van Ryzin in sod. 2012). Vpliv vrstnikov se v toku mladostništva krepi, mladostniki pa so še posebej ranljivi za vpliv vrstnikov na

področju tveganih vedenj, vključno z uporabo psihoaktivnih snovi (Onrust in sod. 2016, Haug in sod. 2013, van Ryzin in sod. 2012). Slednji je lahko pozitiven ali negativen; to velja tudi za eksperimentiranje z različnimi drogami. Vrstniški vpliv zajema različne oblike in stopnje vpliva na uporabo drog, in sicer: toleranco do uporabe drog, podporo uporabi drog ter aktivno spodbudo za uporabo drog. Vsekakor pa so vrstniki, ki uporabljajo droge, pomemben dejavnik tveganja, v katerega je treba usmeriti preventivne aktivnosti (von Sydow in sod. 2002).

Številne raziskave potrjujejo pomemben vpliv vrstnikov na uporabo konoplje (Ladis in sod. 2021, Koprivnikar in sod. 2018, Hodder in sod. 2016, van Ryzin in sod. 2012, Cleveland in sod. 2008). Ladis in sodelavci (2021) so ugotovili, da je druženje z deviantnimi vrstniki napovednik uporabe konoplje. Raziskava Clevelanda s sodelavci (2008) je pokazala, da so vrstniški dejavniki tveganja - delinkventni prijatelji, prijatelji, ki uporabljajo droge, prijatelji, ki nagrajujejo asocialno vedenje in prijatelji, ki so v tolpi - povezani z višjimi ravnmi uporabe marihuane kadarkoli v življenju in v zadnjih 30 dneh. Po ugotovitvah van Ryzina in sodelavcev (2012) obstaja povezava med večjim številom deviantnih vrstnikov in večjo verjetnostjo uporabe marihuane, in sicer tako v zgodnjem obdobju mladostništva (do 13. leta) kot kasneje v srednji šoli. Vrstniki pa lahko delujejo na mladostnika tudi varovalno, saj je povezanost med uporabo marihuane in pro-socialno usmerjenimi vrstniki obratno sorazmerna (Hodder in sod. 2016).

Na področju konoplje številne raziskave ugotavljajo pomemben vpliv vrstnikov na uporabo konoplje (Korhonen in sod. 2008, Agrawal in sod. 2007, Bränström in sod. 2007, Kliewer in Murrelle 2007, Kokkevi in sod. 2007, Chabrol in sod. 2006), ki se s starostjo krepi (Cleveland in sod. 2008). Večje število prijateljev, ki uporabljajo konopljo, je močno povezano z uporabo konoplje pri mladostniku (Kokkevi in sod. 2007, Chabrol in sod. 2006), medtem ko je večje število vrstnikov, ki nasprotujejo uporabi konoplje, varovalni dejavnik pred uporabo te droge (Bloor 2006, Chabrol in sod. 2006). Na uporabo konoplje pomembno vpliva tudi druženje z asocialnimi vrstniki (Bränström in sod. 2007, Kliewer in Murrelle 2007). Vrstniki namreč omogočajo mladostniku dostop do drog ter vplivajo na sprejemanje slabih odločitev, kar prispeva k težavam z uporabo drog, ki jih mladostnik izkusi (Kliewer in Murrelle 2007). Raziskava Agrawala in sodelavcev (2007) je pokazala, da so mladostnice, katerih vrstniki so bili naklonjeni uporabi konoplje, 1,6-krat bolj verjetno uporabile konopljo. Nekateri avtorji ugotavljajo, da je vpliv vrstnikov učinkovit le ob sopojavu drugih dejavnikov tveganja (EMCDDA 2008, Bloor 2006). Tako se na primer pri dekletih poveča verjetnost uporabe drog v primerih, ko nastopijo prelomni življenjski dogodki in je uporaba drog med vrstniki visoka, podpora družine pa slaba (Bloor 2006). Pri fantih pa je vrstniški vpliv večji v primerih slabega šolskega uspeha in manjšega občutka povezanosti s šolo (EMCDDA 2008). Zanimivo je tudi, da socialna podpora vrstnikov nima varovalnega vpliva v povezavi z uporabo marihuane (Hodder in sod. 2016). Raziskave so nadalje izpostavile tudi vpliv dostopnosti in udejstvovanja v nestrukturiranih dejavnostih na večjo verjetnost za uporabo marihuane (Nawi in sod. 2021).

Šolski dejavniki

Šola je še posebej pomembna kot socialno in izobraževalno okolje, ki vpliva na akademsko in poklicno pot ter tudi na zdravje in blagostanje posameznika (Bond in sod. 2007). Povezanost s šolo skupaj s povezanostjo z družino, vrstniki in skupnostjo ter s pozitivnimi izkušnjami socializacije, namreč deluje zaščitno pred uporabo psihoaktivnih snovi in antisocialnimi vedenji (Hill in Mrug 2015). Bond in sodelavci (2007) tako ugotavljajo, da imajo mladostniki, ki poročajo o dobri povezanosti s šolo (zavezanost šoli, občutek pripadnosti, pozitiven odnos z učitelji, pozitiven odnos s sošolci, sodelovanje v šolskih dejavnostih itn.) in o dobrih medosebnih odnosih, najboljše izide na področju duševnega zdravja, učnega uspeha in (ne)uporabe drog, nasprotno pa imajo mladostniki, ki poročajo o nizki povezanosti s šolo, večje tveganje, da bodo v kasnejših letih šolanja razvili depresivne znake, redno kadili, pili in uporabili marihuano. Ladis in sodelavci (2021) so ugotovili, da je nizka povezanost s šolo napovednik druženja z deviantnimi vrstniki, ki pa so napovednik višje ravni uporabe psihoaktivnih snovi.

S šolo povezane težave, kot so slabše ocene, težave z učitelji, težava s pozornostjo, pogosto izostajanje iz šole, izključitev, ponavljanje, ni želje po nadaljevanju izobraževanja, nasilništvo nad drugimi učenci, so povezane tudi z višjim tveganjem za uporabo konoplje oziroma marihuane (Gaete in Araya 2017, Hill in Mrug 2015, van den Bree in Pickworth 2005). Kot so pokazale različne raziskave, je izostajanje iz šole (»špricanje«) še posebej pomemben dejavnik tveganja, povezan z uporabo konoplje (Gaete in Araya 2017, Hill in Mrug 2015, Kokkevi in sod. 2007). Izostajanje iz šole namreč ustvarja priložnosti za uporabo psihoaktivnih snovi, saj mladostniki z umikom iz šole preživijo več časa s prijatelji, vendar je to skupno preživljanje časa nenadzorovano in tvegano (Hill in Mrug 2015). Gerra in sodelavci (2020) so ugotovili, da je izostajanje iz šole povezano tako z eksperimentalno, občasno kot redno uporabo konoplje. Tudi širše šolske norme so lahko dejavnik tveganja pri uporabi psihoaktivnih snovi; longitudinalna raziskava (Eisenberg in sod. 2014) je namreč pokazala, da je zaznavanje, da sta uporaba tobaka in marihuane običajno vedenje v šoli, pomembna napovednika kasnejše uporabe teh dveh snovi.

Pomembni varovalni šolski dejavniki, ki so pri mladostnikih povezani z manj verjetno uporabo marihuane, so: zavezanost šoli, priložnosti za pro-socialno vključevanje učencev v šolske dejavnosti in nagrajevanje tovrstnega vedenja (Cleveland in sod. 2008, Feinberg in sod. 2006). Pozitiven odnos med učencem in učiteljem je pomemben varovalni dejavnik, ki zmanjša tveganje za uporabo konoplje, in tudi pokazatelj, kako pomembna je dodatna opora, ki jo mladostnik potrebuje poleg tiste, ki mu jo daje družina (Koprivnikar in sod. 2018, Kliewer in Murrell 2007).

Šola je dosegljivo in relativno stabilno okolje, v katerega se lahko umestijo intervencije za krepitev mladostnikove povezanosti v obdobju, ko se spreminjajo njegova identiteta ter odnosi s starši, vrstniki in s šolo (Hill in Mrug 2015). S politikami za ohranjanje otrok v šoli oziroma preprečevanje šolskega osipa pa se lahko vpliva na splošne varovalne dejavnike otrok, povezane z obiskovanjem šole – krepitev kognitivnih in psihosocialnih zmogljivosti, oblikovanje identitete in pozitivne samopodobe ter na socialno vključenost (UNODC 2015).

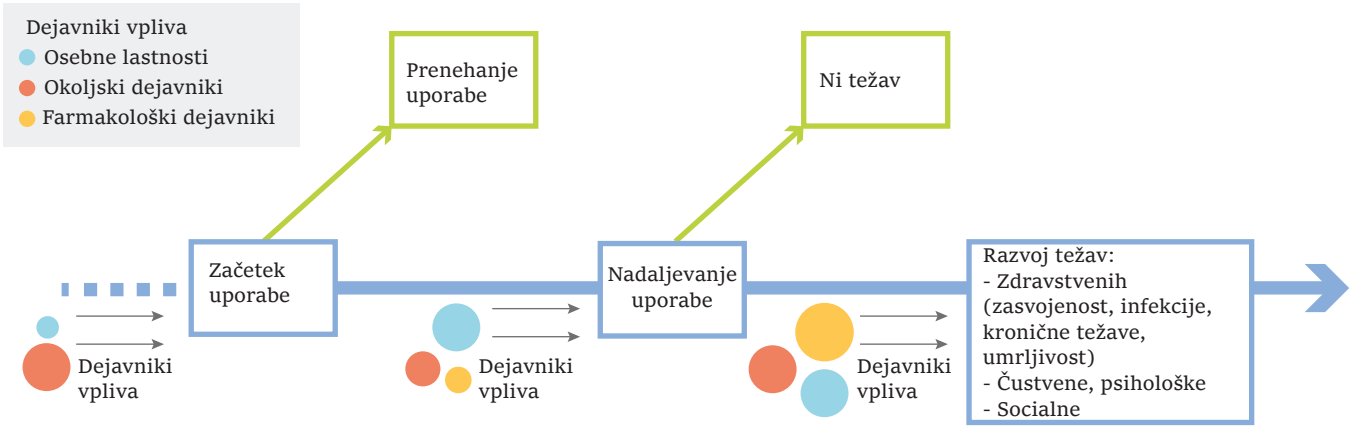
Skupnostni dejavniki

Mladostnik v procesu socializacije iz različnih okolij pridobiva izkušnje, vrednote in vedenjske vzorce, na osnovi katerih gradi tudi svoje vedenjske vzorce in prepričanja. Eno izmed teh okolij je skupnost, ki lahko s svojimi pravili, normami, organiziranostjo, dostopnostjo do psihoaktivnih snovi in ekonomskim položajem vpliva na mladostnikov odnos do in na uporabo psihoaktivnih snovi. Cleveland s sodelavci (2008) je ugotovil, da je vpliv skupnosti oziroma njenih zaščitnih dejavnikov (merjeno z medsebojno povezanostjo, vključenostjo skupnosti v prosocialne aktivnosti) močnejši med mlajšimi mladostniki, kar nakazuje, da imajo norme in stališča, ki jih ima skupnost v povezavi z uporabo drog, večji vpliv na iniciacijo uporabe kot na napredovanje v uporabi. V tej raziskavi se je najmočnejša povezanost pokazala med varovalnimi dejavniki skupnosti in uporabo marihuane kadarkoli v življenju, močne povezave pa so se pokazale tudi pri uporabi marihuane v zadnjih 30 dneh med mlajšimi mladostniki (Cleveland in sod. 2008). Kot pomemben varovalni dejavnik, ki lahko mladostnika obrani pred uporabo drog, se je izkazala tudi integriranost močnih verskih prepričanj v skupnost (Nawi in sod. 2021).

Na področju konoplje so nekatere raziskave kot ključna skupnostna dejavnika tveganja za uporabo konoplje izpostavile nestabilnost soseske in izpostavljenost nasilju v skupnosti, medtem ko je vpliv socialno-ekonomskega statusa soseske na uporabo konoplje manjši in viden le v daljšem obdobju (Fagan in sod. 2014, Buu in sod. 2009, Kliewer in Murrelle 2007). Buu in sodelavci (2009) so ugotovili, da življenje v nestabilni soseski, kjer so pogoste selitve v in iz soseske, v obdobju otroštva, vpliva na uporabo konoplje v zgodnji odraslosti. Nestabilna soseska ovira tvorjenje socialne povezanosti med sosedi in šibi njihovo pripravljenost posredovanja za skupno dobro (Buu in sod. 2009). Tudi izpostavljenost nasilju je močno povezana z uporabo drog, saj si mladostniki, ki so žrtve ali priče nasilja, lajšajo s tem povezan stres s pomočjo uporabe drog (Kliewer in Murrelle 2007). Fagan in sodelavci (2014) ugotavljajo, da ima izpostavljenost nasilju v soseski manjši vpliv na uporabo drog pri tistih mladostnikih, ki živijo v soseskah z večjo socialno povezanostjo in pripravljenostjo posredovanja. Raziskovalci so ugotovili še, da mladostniki, katerih soseskam se v določenem časovnem obdobju izboljša socialno-ekonomski položaj, razvijejo manj težav, povezanih z uporabo konoplje (Buu in sod. 2009).

Raziskovalci ugotavljajo, da imajo na področju uporabe psihoaktivnih snovi dejavniki, kot so zakonodaja, norme, dostopnost do PAS in vrstniki, večji vpliv predvsem na iniciacijo uporabe, individualni in medosebni dejavniki pa imajo pomemben vpliv na napredovanje uporabe v bolj pogosto, škodljivo uporabo in razvoj zasvojenosti (EMCDDA 2019) (Slika 4).

Slika 4: Poti uporabe psihoaktivnih snovi



Vir: European Prevention Curriculum, EMCDDA, 2019

CILJI IN VRSTE PREVENTIVE

Ko govorimo o preventivi na področju uporabe drog, si moramo najprej zastaviti vprašanje: »Zakaj je preventiva pomembna in kakšni so njeni cilji?« Splošni cilj preventive na področju drog je usmerjen v zdrav in varen razvoj otrok in mladih z namenom uresničevanja talentov in potencialov, kar je pomembno za aktiven prispevek posameznikov v njihovi skupnosti in družbi. Učinkovita preventiva močno prispeva k pozitivnemu vključevanju otrok, mladine in odraslih v njihovih družinah, šolah, na delovnem mestu in v skupnosti. V tem pogledu si preventiva na področju drog v ožjem smislu prizadeva pomagati ljudem, še zlasti mlajšim, da bi se izognili uporabi drog ali jo odložili na čim kasnejše obdobje, nadalje si preventiva prizadeva tudi k zmanjšanju pogostosti uporabe ter preprečevanju prehoda od eksperimentiranja k redni uporabi drog (UNODC in WHO, 2018, Talić in Košir 2014).

V splošnem glede na ciljne populacije, ki jih preventivni programi naslavljajo, ločimo tri oblike preventive, in sicer univerzalno, selektivno in indicirano preventivo.

Univerzalna preventiva naslavlja celotno populacijo v določeni ciljni skupini (npr. učenci v razredu, prebivalci lokalne skupnosti itn.), s ciljem preprečiti ali časovno prestaviti začetek uporabe PAS. Univerzalni preventivni programi so namenjeni večjim skupinam ne glede na prisotnost oziroma neprisotnost tveganja za uporabo drog. V to kategorijo se uvršča večina šolskih preventivnih programov in okoljskih politik.

Selektivna preventiva naslavlja ranljive skupine, med katerimi pogosto pride do uporabe psihoaktivnih snovi, preventiva pa deluje v smeri izboljševanja njihovih življenjskih in socialnih pogojev. Ranljive skupine predstavljajo opisniki, otroci in mladostniki s slabšimi družinskimi pogoji, otroci v rejniških družinah, otroci in mladostniki s slabšim učnim uspehom, mladi prestopniki, itn. V tej kategoriji najdemo predvsem programe šolske in družinske preventive.

Indicirana preventiva naslavlja ranljive posameznike in jim pomaga soočati se z njihovimi lastnostmi, težavami in prisotnimi dejavniki tveganja (asocialno vedenje, duševne motnje, zgodnji znaki problematične uporabe PAS) zaradi katerih so bolj ranljivi za uporabo drog. Med programe indicirane preventive se uvrščajo tudi kratke oziroma zgodnje intervencije, katerih cilj je preprečiti razvoj težav, povezanih z uporabo drog. Sicer pa sta selektivna in indicirana preventiva še posebej pomembni pri preprečevanju prehoda v bolj tvegane vzorce uporabe drog (EMCDDA 2019, Talić in Košir 2014).

KRATKA INTERVENCIJA

Kratka intervencija zajema eno svetovanje, ki mu lahko sledijo dodatna srečanja ali pa dodatne informacije, ki jih posameznik vzame domov. Kratko intervencijo izvajajo usposobljeni zdravstveni in socialni delavci, namenjena je osebam, ki so izpostavljene določenemu tveganju zaradi svoje uporabe drog, vendar sami verjetno ne bi iskali pomoči. Na srečanju se najprej ugotovi, ali pri posamezniku obstaja problem z uporabo drog, sledi svetovanje in napotitev v obravnavo, zdravljenje. Srečanje je strukturirano in navadno traja od 5 do 15 minut.

Kratka intervencija se navadno izvaja v okviru sistema primarnega zdravstvenega varstva ali v enotah nujne medicinske pomoči, pozitivne učinke ima tudi njeno izvajanje kot del šolskih preventivnih programov, preventivnih programov na delovnem mestu, preko spleta oziroma računalnika.

Pri izvajanju kratke intervencije se lahko uporablja tudi motivacijski intervju (to je psihosocialna intervencija, ki zajema pogovor o uporabi drog in podporo posamezniku pri sprejemanju odločitev ter postavljanju ciljev glede njegove lastne uporabe), v tem primeru se v okviru kratke intervencije izvedejo do štiri enourna srečanja (UNODC 2015).

Na dokazih temelječa preventiva se vključuje v proces socializacije posameznika in specifične vrste preventive delujejo neposredno na posameznika ali pa prek okolij, ki ga obdajajo. Preventivne intervencije se tako lahko usmerjajo v neposredno spreminjanje posameznikovih stališč, prepričanj in vedenj (npr. veščine zoperstavljanja vrstnikom), lahko pomagajo nosilcem socializacije k izboljšanju veščin (npr. izboljševanje starševskih veščin, izboljševanje veščin učiteljev) ali pa se usmerjajo v spreminjanje okolij na način, da se posamezniku oteži udeležba v tveganih vedenjih (npr. starostna omejitev za nakup alkohola) (EMCDDA 2019).

DRUŽINSKA PREVENTIVA

Družina je ključnega pomena za vzgojo socialno, duševno in fizično zdravih otrok, močna je tudi njena vloga pri preprečevanju problemov v obdobju odraščanja (Talić in Košir 2012). Družina nudi posamezniku socialno oporo in občutek pripadnosti, ki je še posebej pomemben za razvoj človeka v odpornega in vzdržljivega posameznika. Ena najpomembnejših nalog družine je proces socializacije otroka, družina namreč predstavlja okvir, v katerem otroci pridobijo svoje skupinske norme, vrednote, stališča in vedenja. V okviru družine se otroci naučijo pomembnih stvari, kot so na primer pogovor, kako se na primeren način sporazumevati z drugimi, kako se spopadati z razočaranji. Družina vpliva tudi na razvoj otrokovih osebnih lastnosti. Zato je pomembno, da družina deluje dobro, v nasprotnem primeru je verjetnost, da otrok razvije težave, večja (EMCDDA 2019, Fosco in sod. 2012, Talić in Košir 2012). Kadar starši ali skrbniki ne zmorejo ustrezne skrbi za otroka ali nimajo ustreznih starševskih veščin, ali trpijo zaradi drugih težav, se pri otrocih povečuje možnost razvoja ranljivosti za razvoj vedenjskih motenj (Stormshak in sod. 2020, Fosco in sod. 2012, UNODC in WHO 2018).

Teorija v ozadju družinske preventive deluje na predpostavki, da lahko preventivne intervencije vplivajo na družinske procese, kot je npr. starševstvo, ter na ta način promovirajo zdrava vedenja mladih. Programi s področja družinske preventive so lahko univerzalni, selektivni in indicirani, razlikujejo se tudi po tem, koga naslavljajo. Programi za starše se navadno usmerjajo le na spremembo vzgojnih praks, kot sta npr. učinkovita disciplina in učinkovita komunikacija, tovrstni programi pogosto tudi ne vključujejo otrok (EMCDDA 2019). Vendar aktivnosti, namenjene samo staršem, niso pokazale takšnih učinkov kot celoviti družinski preventivni programi (Talić in Košir 2014). Programi, namenjeni družinam, so zastavljeni širše in naslavljajo izboljšanje starševskih veščin ter osebne in socialne veščine otroka, zajemajo lahko tudi praktični trening veščin za celotno družino. Nekateri programi so zasnovani kot intenzivni terapevtski programi za družino, in sicer so tovrstni programi namenjeni primerom, ko otrok oziroma mladostnik že izkazuje znake določenega problematičnega vedenja, program pa je namenjen temu, da prepreči prehod v uporabo PAS ali v bolj resno problematično vedenje(EMCDDA 2019, UNODC in WHO 2018).

S starostjo otroka se spreminjajo vzorci družinskih interakcij in starševskih strategij, zato je za preventivne programe pomembno, da so prilagojeni potrebam družine v različnih starostnih obdobjih otroka. Tako na primer se bodo programi v zgodnjem otroštvu osredotočali na zdravje, dobro počutje in prosocialno vedenje, v poznem otroštvu in adolescenci pa programi vključujejo tudi vsebine za preventivo pred problematičnimi vedenji in uporabo psihoaktivnih snovi (EMCDDA 2019, UNODC in WHO 2018, UNODC 2015).

Ključni družinski varovalni dejavniki, ki vplivajo na razvoj otrok in mladostnikov so:

- Dober odnos med starši in otroci: Kakovosten odnos med starši in otroci se gradi že v zgodnjem otroštvu, ko se med njimi vzpostavlja občutek varnosti in zdrava navezanost. Karakteristike odnosa med starši in otroci se z razvojem otroka spreminjajo, vendar če je ta odnos opredeljen s toplino in pozitivno čustveno podporo, bo otroka varoval pred problematičnimi vedenji. Starši, ki so vključeni v otrokovo življenje in z njim preživljajo kakovostni čas, gradijo takšen odnos. Vedenjski treningi za starše pa lahko pripomorejo k boljšim starševskim praksam in boljšim odnosom med starši in otroci.
- Učinkovite vzgojne strategije: S pomočjo učinkovitih vzgojnih strategij lahko straši otrokom priučijo ustrezne standarde vedenja in hkrati tudi ustrezno odreagirajo v primeru neustreznih oziroma tveganih vedenj. Kot najbolj učinkovita vzgojna strategija se je izkazala tista, ki vsebuje jasna in trdna pravila (vendar ne pretirano stroga) ter pričakovanja, ki jih straši jasno komunicirajo, hkrati pa tudi nadzorujejo, s kom se otrok druži, kje se nahaja. Na ta način lahko otroka zaščitijo pred negativnimi vplivi iz njegovega mikro okolja.
- Komuniciranje pro-družinskih vrednot: Družine, ki imajo pro-družinske vrednote in jih znajo pomagati razumeti in prenesti svojim otrokom, na ta način vzpodbujajo pozitivno vedenje, hkrati pa lahko tudi nevtralizirajo negativne vrednote, ki so prisotne v nekaterih socialnih okoljih.
- Vključenost staršev v otrokovo življenje: Starši, ki so aktivno vključeni v otrokovo življenje, ki z njimi preživljajo čas v skupnih pozitivnih in zabavnih aktivnostih, na ta način otroku sporočajo, da se zanimajo za otrokovo čustveno, osebno in socialno dobro počutje in da je njihov odnos več kot le upravljanje vedenja, npr. upoštevanje pravil.
- Nudenje raznovrstne podpore otroku: Starši, ki otroka podpirajo na čustvenem, kognitivnem in finančnem področju, mu na ta način zagotavljajo številne vire za zdrav razvoj (EMCDDA 2019, Talić in Košir 2012).

Učinkoviti programi preventive v družini učijo starše, da se odzivajo na potrebe in zahteve otrok na ustrezen način ter da so v odnosu do otrok ljubeči in empatični. Značilnosti učinkovitih preventivnih programov zajemajo vsebine, ki so namenjene staršem ter vsebine, namenjene otrokom. Vsebine, namenjene staršem:

- krepijo družinske vezi (npr. navezanost med starši in otroki),
- učijo starše o pomenu privzgajanja primernega vedenja (če starši ne želijo, da njihovi otroci uporabljajo droge, morajo to vedenje izkazovati tudi sami),
- učijo starše veščin soočanja in obvladovanja jeza, da se lahko soočajo s tresom in spremembami v družini in v širšem socialnem okolju,
- učiti starše, da se igrajo odzivno (pustijo otrokom, da imajo vodilno vlogo pri igri, medtem ko so jih sposobni voditi skoti igro brez konfliktov),
- da imajo ustrezna pričakovanja glede na starost in razvojno stopnjo otroka,

- učijo starše starosti primernih vzgojnih strategij – razvojno ustreznega discipliniranja otrok (da otroci spoznajo posledice svojega vedenja),
- učijo starše vzpostavljati in komunicirati jasna pravila,
- učijo starše, kako prepoznati in zaščititi otroka pred potencialnimi problematičnimi situacijami,
- učiti starše, kako se sporazumeti glede težav pri vzgoji otroka (kako doseči dogovor med partnerjema glede vzgoje, vzgojnega stila),
- učiti starše, kako uspešno nadzorovati otroka, kje se nahaja in v čigavi družbi je,
- učiti starše obvladovanja konfliktov, razreševanja sporov z ustrezno predstavitvijo argumentov in prakticiranja odpuščanja,
- učiti starše, kako vzpostavljati specifične rutine, strukturo družinskega življenja (skupno obedovanje ob določenih delih dneva, priprave na spanje), na prijeten način in kot priložnost za pogovor z otrokom o pomembnih zadevah,
- učiti starše, kako spremljati in pomagati otroku z delom za šolo,
- učiti starše, kako ostati povezan s šolo in spremljati, kaj se v šoli dogaja.

Obstaja vrsta veščin, ki se jih otrok lahko nauči s pomočjo staršev. Učinkoviti preventivni programi lahko staršem pomagajo:

- učiti otroke, kako prepoznavati in poimenovati svoja čustva in čustva drugih,
- učiti otroke, kako ustrezno izražati svoja čustva,
- učiti otroke, kako obvladovati težka čustva
- učiti otroke občutenja in izražanja empatije/sočutja do drugih, ko so ti v stiski,
- učiti otroke, da so sposobni prejemati povratno informacijo o čustvih, reakcijah in vedenju, ne da bi bili pri tem obrambni,
- učiti otroke, kako učinkovito reševati probleme,
- učiti otroke, kako skrbeti zase na zdrav način (EMCDDA 2019, Talić in Košir 2012).

Za učinkovite programe družinske preventive je značilno, da:

- podpirajo starše, da postanejo pozitivni vzorniki svojim otrokom,
- dejavnosti so organizirane tako, da se starši lahko vključujejo na enostaven način, sodelovanje pa je za njih privlačno,
- običajno vključujejo vrsto srečanj (okrog 10 srečanj)
- vključujejo dejavnosti za starše, otroke in celo družino,
- družine na novo osvojene veščine vadijo,
- izvajajo jih usposobljeni strokovnjaki (EMCDDA 2019, UNODC in WHO 2018).

Izvajalci družinskih preventivnih programov se pogosto soočajo z izredno slabo udeležbo družin oziroma staršev v preventivnih programih. Raziskovalci so identificirali tri najpogostejše vzroke, ki botrujejo slabi udeležbi, in sicer: starši ne poznajo programa, saj zanj še niso slišali, starši pogosto tudi menijo, da tovrstnega programa sploh ne potrebujejo, da jim ne bo koristil, pogosto pa se starši soočajo s povsem časovnimi in logističnimi težavami, kako umestiti preventivni program v svoj natrpan urnik vsakdanjih obveznosti. Izkušnje izvajalcev so pokazale, da so se pri širitvi informacij o programu zelo dobro odrezali socialni mediji in priporočila ljudi, ki jim starši zaupajo. Ker starši pogosto tudi menijo, da so družinski preventivni programi namenjeni le nefunkcionalnim družinam, je pomemben tudi način predstavitve programa (da se predstavijo specifične potrebe, ki jih program naslavlja) in uporaba »pozitivnega« jezika. Pomembno je tudi, da se čas izvajanja programa in lokacija izvedbe v čim večji meri prilagodi staršem (EMCDDA 2019).

Učinkoviti programi družinske preventive na področju PAS, konoplje

Programe učinkovite preventive na področju uporabe konoplje smo iskali v evropski bazi Xchange, ki jo upravlja Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti (EMCDDA) ter v ameriški bazi preventivnih programov Bleuprint. Ker je preventivnih programov, ki so namenjeni specifično konoplji, izredno malo oziroma jih ni, smo v pregled učinkovitih programov vključili tudi programe, ki naslavljajo druge psihoaktivne snovi ali psihoaktivne snovi na splošno. Pomemben kriterij izbora programa je bila ocena programa, in sicer je izbrani program moral biti ocenjen kot koristen (v bazi Xchange so to programi z ocenami: *beneficial, likely to be beneficial ali possibly to be beneficial*, v bazi Bleuprint pa z ocenami: *promising, model in model plus*).

Na področju družinske preventive smo v bazi Xchange našli naslednji program:

1. EFFEKT je univerzalni preventivni program, namenjen ciljni skupini mladostnikov v starosti med 13 in 16 letom. Progam skuša zmanjšati uporabo alkohola med mladostniki tako, da spreminja stališča staršev. Starše opogumlja, da otrokom komunicirajo nično toleranco uporabe alkohola in da oblikujejo pravila glede alkohola in izhodov, s katerimi se strinjajo oboji. Informacije se staršem podajajo na šolskih srečanjih na začetku vsakega polletja, poleg tega starši prejemajo domov pisma skozi vso srednjo šolo. Starši prejmejo tudi seznam organiziranih aktivnosti, ki potekajo v skupnosti, tako da lahko mladostniki preživljajo svoj čas na zdrav in koristen način.

V bazi Blueprint pa še naslednja dva:

2. Funkcionalna družinska terapija (FDT) je kratkotrajna (obsega približno 30 ur) družinska intervencija, namenjena mladostnikom v starosti od 12 do 18 let, ki so zaradi delinkventnosti v nevarnosti, da bodo institucionalizirani. FDT je zasnovana tako, da izboljšuje družinske kompetence, družinsko komunikacijo in podporo, hkrati pa zmanjša disfunkcionalne vedenjske vzorce in stopnjo negativnosti. Na osnovi opredeljenih dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov znotraj posamezne družine, se program usmerja na izboljšanje starševskih veščin, ubogljivosti mladostnika in širokega spektra

vedenj, ki se nanašajo na kognitivna, vedenjska in čustvena področja. Program se je izkazal učinkovit tudi na področju zmanjševanja uporabe marihuane pri ciljni populaciji.

3. Program Neverjetna leta je univerzalni program za starše, ki traja od tri do pet mesecev in je ciljno usmerjen na razvojne stopnje otroka; obstajajo trije ločeni programi, in sicer za starše dojenčka, predšolskega otroka in šolskega otroka. V programu se starši učijo ustreznih veščin glede na razvojno stopnjo otroka, te veščine pa staršem pomagajo pri razvoju otrokovih socialnih kompetenc, čustvene regulacije, učnih veščin in pri zmanjševanju vedenjskih težav.

ŠOLSKA PREVENTIVA

Šola je poleg družine ključna institucija, ki vpliva na razvoj otrok in mladostnikov ter na njihova prosocialna stališča in vedenja. V povezavi s tem sta za varen in zdrav čustven, kognitivni in socialni razvoj pomembni tudi šolska kultura in kakovost izobraževanja (EMCDDA 2019, UNODC in WHO 2018). Prednost šole je v tem, da lahko preventivni programi dosežejo vse otroke in ne samo tistih, ki so visoko-tvegana skupina ali ranljivi posamezniki. Vsi otroci lahko imajo koristi od univerzalnih preventivnih programov v šolah, saj se vsi na določen način soočajo s tveganji. Šolski sektor pa je lahko še posebej učinkovit v smislu zagotavljanja dolgoročne in integrirane preventive na področju psihoaktivnih snovi (EMCDDA 2019, UNESCO, UNODC in WHO 2017).

Šole imajo pomembno vlogo na področju preventive pred uporabo psihoaktivnih snovi na naslednjih področjih:

- zagotavljanje pozitivne šolske klime,
- vedenjski pristopi – preprečevanje ali pa vsaj zamik začetka uporabe v čim kasnejše obdobje s tem, da pri mladostnikih privzgajajo norme, prepričanja in stališča proti uporabi drog in učijo veščin, kako se uspešno soočiti z vrstniki, ki jih bodo vabili k uporabi drog,
- okoljska preventiva – razvoj in implementacija smiselnih in konsistentnih politik oziroma pravil, ki naslavljajo uporabo in prodajo PAS v šolskem okolju ali njegovi bližini in na šolskih dogodkih oziroma dogodkih, povezanih s šolo,
- zmanjševanje škodljivih posledic, povezanih z uporabo PAS – zagotavljanje pomoči mladostnikom, ki uporabljajo PAS, na način, da se jih napoti v ustrezno svetovanje ali druge programe, ki jim bodo pomagali zmanjšati ali prenehati uporabo PAS (EMCDDA 2019, UNESCO, UNODC in WHO 2017).

Različne raziskave so identificirale ključne značilnosti učinkovitih šolskih preventivnih programov, in sicer naj bi glede na:

- vsebino: krepili varovalne dejavnike in odpravljali oziroma omilili dejavnike tveganja, naslavljali različne normativne vplive, ki lahko vplivajo na razvoj tveganih vedenj, omogočali učenje in krepitev različnih osebnih in socialnih veščin,

– strukturo: programi morajo ustrezati starosti in razvojni stopnji otrok, zajemati zadostno število strukturiranih lekcij - slednje morajo imeti primerno dolžino, programe morajo izvajati usposobljeni učitelji ali drugi usposobljeni izvajalci, ki pri izvedbi programa uporabljajo interaktivne metode.

Bolj uspešni so se izkazali programi, ki naslavljajo več okolij, npr. poleg šole tudi starše oziroma družino, lokalno skupnost. Za uspešno implementacijo programa je nadalje pomembno, da je vključen v učni načrt, da je umeščen v kontekst in način delovanja šole in da je zagotovljena podpora celotnega šolskega osebja (Pereira in Sanchez 2020, UNODC in WHO 2018, UNESCO, UNODC in WHO 2017, Onrust in sod. 2016, Talić in Košir 2014, NIDA 2003, Cuijpers 2002).

Učinkoviti šolski preventivni programi na področju rabe PAS so prilagojeni različni starosti in različnim razvojnim stopnjam otrok in mladostnikov (EMCDDA 2019, Onrust in sod. 2016, UNODC in WHO 2018, NIDA 2003). Tako so na primer v srednjem otroštvu, ko otrok precej časa preživlja v šoli, med glavnimi razvojnimi cilji razvoj starosti primernih jezikovnih in matematičnih spretnosti ter nadzor impulzov in samokontrole. V tem obdobju se začne razvoj ciljno naravnanega vedenja, vključno s sposobnostmi odločanja in reševanja težav. V tem obdobju je preventiva usmerjena v učenje različnih osebnih in socialnih veščin - kot so samonadzor, reševanje problemov, komunikacija, čustveno zavedanje - in tudi v podporo učnim ciljem. Preventivne strategije pa so preproste in usmerjene v dajanja jasnih sporočil ter navodil (EMCDDA 2019, UNODC in WHO 2018, NIDA 2003).

V obdobju zgodnje in srednje adolescence posameznik izkusi vrsto bioloških, kognitivnih in psihosocialnih sprememb. Mladostniku se spreminja telo, pospešeno se razvijajo kognitivne sposobnosti, razvije se sposobnost abstraktnega mišljenja, posameznik razvije tudi sposobnost reflektiranja lastnih misli in vedenj, sposoben je razumevanja vzajemnih koristi in skupnih norm, vse pomembnejši postajajo odnosi z vrstniki. Ti postanejo najpomembnejši vir glede vrednot in prepričanj. Spreminja se tudi vrednotenje koristi in škode, povezanih s tveganimi vedenji. V povezavi z razvojem možganov namreč prihaja do velikih in hitrih nihanj čustvenih stanj in do povečane občutljivosti za nagrajevanje; za mladostnike je v tem obdobju še posebej pomembna nagrada v obliki »odobravanja vrstnikov«. Zato v tem obdobju naraste udeleženost v različnih tveganih vedenjih, ki jih vrstniki »nagradijo« in v katerih je mladostnik najpogosteje udeležen skupaj s sovrstniki. V tem obdobju lahko mladostniki z ustreznim vodenjem razvijejo vrednote in stališča, ki ne podpirajo uporabe drog, seznanijo se s šolskimi politikami na področju PAS in s posledicami kršenja le-teh, sposobni so razumeti, kako skušajo reklame vplivati na njihovo uporabo alkohola, tobaka, lahko se naučijo o škodljivih posledicah uporabe PAS na čustva, percepcijo, zdravje in na njihove razvijajoče se možgane, pomembno je normativno učenje. Krepijo se veščine na področju učnih navad, komunikacije, odnosa z vrstniki, samo-učinkovitosti in asertivnosti, veščine zavračanja drog (EMCDDA 2019, Onrust in sod. 2016, NIDA 2003).

V obdobju pozne adolescence vrstniški vpliv slabi, bolj pomembna postane individualnost, slabi tudi čustvena eksplozivnost in občutljivost za nagrado, krepijo pa se sposobnosti samonadzora in nadzora impulzov. Z naraščanjem sposobnosti načrtovanja, realizacije in znanja, je posameznik tudi bolj usmerjen v prihodnost (Onrust in sod. 2016). V obdobju pozne adolescence bi dijaki morali znati uporabiti svoje vrednote, veščine odločanja, asertivnost in veščine zavračanja drog v situacijah, ko se PAS uporabljajo oziroma v situacijah, ko jim bo PAS ponujena. V tem obdobju bi morali spoznati tudi socialne posledice, povezane z uporabo prepovedanih drog ter strategije za zmanjševanje posledic uporabe PAS. Kot učinkoviti pristopi so se izkazale tudi politike na področju alkohola in tobaka, ki določajo starostne omejitve glede prodaje alkoholnih in tobačnih izdelkov ter zmanjšujejo dostopnost tovrstnih izdelkov (EMCDDA 2019, UNODC in WHO 2018).

Učinkoviti programi šolske preventive na področju PAS, konoplje

Programe učinkovite šolske preventive na področju uporabe konoplje in drugih PAS smo iskali v evropski bazi Xchange in ameriški bazi Blueprint. V bazi Xchange smo našli našli naslednje programe:

1. Sobre Canyes i Petes program je univerzalni preventivni program, namenjen ciljni skupini mladostnikov v starosti 14-16 let. Cilj programa je, preprečiti mladostnikom, da napredujejo iz neuporabe ali enkratne/občasne uporabe v redne uporabo. Program zajema 6 do 10 šolskih ur, ki jih izvede učitelj v sklopu šolskega pouka. Vsebina programa zajema informacije o uporabi konoplje, diskusijo o tveganjih in posledicah, povezanih z uporabo konoplje in trening veščin, kako zavrniti konoplje, ko ti je ponujena. Program vključuje tudi družino, in sicer starši prejmejo usmeritve, kako se pogovarjati o konoplji s svojimi otroki. Na voljo je tudi spletna stran, kjer lahko mladostniki dostopajo do drugih pomembnih vsebin.
2. Trening življenjskih veščin (Life Skill Training) je tri leta trajajoči univerzalni preventivni program, ki se izvaja v razredu in je namenjen ciljni skupini mladostnikov v starosti od 11 do 14 let. Cilj programa je zmanjšati dolgoročno tveganje za uporabo alkohola, tobaka in drog. Vsebina zajema različne življenjske veščine z namenom vpliva na socialne in osebne dejavnike na način, da se zagotovi znanje, stališča in veščine samo-upravljanja, ki so potrebni za: aktiven upor proti socialnim vplivom, ki nagovarjajo k uporabi PAS, zmanjšanje dovzetnosti za negativne vplive, zvišati upornost proti in ozaveščenost o PAS in zmanjšati motiviranost za uporabo PAS.
3. Igra lepega vedenja (Good behaviour game) je univerzalni preventivni program, namenjen otrokov v starosti do 6 do 10 let. Program izvajajo učitelji v razredu v času šolskega pouka in skupaj z izvajanjem vsebin iz šolskega kurikuluma. Igra lepega vedenja uporablja format igre v razredu, ki vsebuje skupine in nagrade, z namenom, da otroke socializira v vlogo učencev in zmanjša agresivno in moteče vedenje v razredu. Ti dve vrsti vedenja sta namreč dejavnik tveganja za uporabo drog v mladostništvu in v odraslosti, pitje alkohola, kajenje cigaret, asocialno osebnostno motnjo ter nasilno in kriminalno vedenje. Pri Igri lepega vedenja učitelj učence razdeli

v skupine, ki so uravnotežene glede na spol, agresivno in moteče vedenje ter plaho, socialno izolirano vedenje. Na vidno mesto se postavijo štiri ključna pravila o lepem vedenju v razredu, ki se jih tudi pregleda. Ko se igra Igra lepega vedenja, je nagrajena vsaka tista skupina, katere člani skupine se držijo vseh štirih pravil v času trajanja igre. V prvi tednih izvajanja programa se Iga lepega vedenja igra 3-krat tedensko po 10 minut, in sicer v času, ko je delo v razredu manj strukturirano in učenci delajo neodvisno od učitelja (npr. rišejo risbo). Sčasoma se igranje igre stopnjuje glede na dolžino in pogostost izvajanja.

4. Preprečevanje (Preventure) je program indicirane preventive, namenjen ranljivim otrokom in mladostnikom v starosti od 9 do 10 let. Program poteka v obliki dveh 90 minutnih srečanj, ki jih izvajata svetovalec in moderator. Na srečanju se osredotoča na visokotvegane osebnostne lastnosti, kot so: negativno razmišljanje, impulzivnost, iskanje razburljivega, občutljivost za tesnobnost. Srečanja so namenjena temu, da se udeležence seznani, kakšen tip osebnosti so ter identificirati osebnostno specifična kognitivna izkrivljanja, ki vodijo v problematična vedenja.
5. Izštekani (Unplugged) je univerzalni preventivni program, namenjen mladostnikov v starosti od 12 do 14 let. Program zajema vsebine, ki se osredotočajo na: kritično mišljenje, odločanje, reševanje problemov, kreativno razmišljanje, učinkovito komunikacijo, medosebne odnose, samo-zavedanje, empatijo, soočanje s čustvi in stresom, normativna prepričanja in znanje o škodljivih učinkih PAS na zdravje. Vsebina zajema 12 enournih enot, ki jih enkrat na teden izvajajo učitelji, ki so se pred tem udeležili posebnega treninga.
6. IPSY – trening življenjskih veščin je univerzalni preventivni program, namenjen mladostnikom v starosti od 11 do 14 let. Cilj programa je preprečiti zlorabo PAS, kot sta alkohol in tobak. Program kombinira promocijo osebnih in medosebnih veščin s treningom veščin, povezanih z uporabo PAS. Prenaša tudi znanje o uporabi alkohola in tobaka, oglaševalskih strategijah in strukturiranju posameznikovega prostega časa. Program zajema tudi lekcije, ki so usmerjene na šolo in spodbujajo učence, da razpravljajo o temah, povezanih s šolo. Program zajema 15 lekcij, dolgih 90 ali 45 minut ter še dve osvežitveni srečanji, vsako od njiju zajema sedem lekcij. Program se izvaja v šoli, izvajalci so učitelji, ki so predhodno opravili enodnevni tečaj.

V bazi Blueprint smo našli še program:

7. Projekt proti neuporabi drog je program, ki se lahko izvaja kot univerzalni ali kot selektivni preventivni program v srednji šoli. Namenjen je mladostnikom v starosti od 15 do 18 let, ki imajo tveganje za uporabo drog in nasilnega vedenja. Projekt zajema dvanajst 40 minutnih interaktivnih srečanj, ki jih izvaja učitelj ali izvajalec zdravstvene vzgoje v obdobju treh tednov. Na srečanjih se izvajajo motivacijske aktivnosti za neuporabo drog, učenje veščin, samo-kontrole, komunikacije, iskanja virov, odločanja. Projekt se je izkazal uspešen na področju zmanjševanja uporabe alkohola, tobaka in prepovedanih drog.

OKOLJSKA PREVENTIVA

Cilj okoljske preventive je, da omeji izpostavljenost oseb priložnostim za nezdrava ali tvegana vedenja in da omogoča dostopnost do zdravih izbir, nadalje, da naredi zdrave izbire bolj privlačne kot nezdrave. To okoljska preventiva naredi tako, da spremeni kontekst, v okviru katerega posamezniki sprejemajo odločitve in v okviru katerega poteka določeno vedenje. Tako na primer v fizičnem okolju (javni prostor, prizorišča, namenjena zabavi itn.) omeji dostop do alkohola, tobačnih izdelkov in drugih PAS, v socialnem okolju pa krepi norme in stališča, ki niso naklonjena uporabi PAS. Okoljska preventiva se osredotoča na spreminjanje sprožilcev, informacij in sporočil, ki usmerjajo posameznikovo vedenje. To je še posebej pomembno za tista okolja, kjer obstajajo sprožilci za tvegana vedenja. Ta vrsta preventive se od drugih pristopov razlikuje po tem, da ciljano deluje na ustaljena vedenja in navade, kar pomeni, da se ne zanaša na zavestne in namerne odločitve posameznika, da bo izbral zdrave možnosti (Burkhart in sod. 2022, EMCDDA 2019, EMCDDA 2018).

Okoljska preventiva zajema širok nabor ukrepov, ki sodijo v tri kategorije: zakonodajni, ekonomski in fizični.

Zakonodajni pristopi se nanašajo na spremembe v zakonodajnem okolju, ki definira, kaj je dovoljeno. Ti pristopi zajemajo spreminjanje zakonodaje oziroma zakonov v smeri prepovedi določenih vedenj ali pa uvajanje predpisov in pravil, s pomočjo katerih se neželena vedenja omejijo. Sem sodijo starostne omejitve za nakup tobaka, alkohola, zakonodaja na področju prepovedanih drog, prepoved vožnje pod vplivom alkohola. Zakonodajni pristopi zajemajo tudi nadzor nad proizvodnjo in prodajo potencialno nevarnih proizvodov, oglaševanje izdelkov na način, da kupci niso izpostavljeni zavajajočim oglasom. Cigaretna škatlica brez oznak, prepoved sponzoriranja športnih dogodkov s strani alkoholne industrije sta primera takih ukrepov.

Spremembe fizičnega okolja, v katerem se odvijajo izbire in vedenja so naslednji pristop okoljske preventive. Tovrstni ukrepi spreminjajo lastnosti ali namestitev predmetov ali objektov znotraj mikro-okolij (npr. zasnova pisarn, zasnova barov in prizorišč nočnega življenja na način, da ne spodbuja prekomernega ali hitrega pitja) ali makro-okolij (zasnova pokrajine, načrtovanje razvoja mesta, na način, da zagotavlja javni transport, obnovo sosesk v neprivilegiranih območjih) z namenom, da bi spodbudili določeno spremembo v vedenju, povezano z zdravjem. Fizične intervencije se lahko nanašajo tudi na predmete in strukture znotraj določenega okolja. Primer tovrstnega pristopa je sprememba dizajna kozarca za pitje alkoholnih pijač na način, da ima manjši volumen, z namenom, da bi ljudje popili manj alkohola, spodbujati hojo na način, da so supermarketi v bližini stanovanjskih naselij ali zaposlitvenih prostorov.

Ekonomski ukrepi za spodbujanje bolj zdravih in prilagojenih vedenj so naslednji pristop okoljske preventive. Na ceno zdravih/nezdravih izbir je možno vplivati z davki, politiko cen in s subvencijami. Primeri tovrstnih ukrepov so: nižanje cen zdrave hrane, nižanje cene brezalkoholnih pijač v barih, višanje davkov in cen tobačnih izdelkov, alkoholnih pijač in sladkarij ali pa subvencije za neprivilegirane in ranljive potrošnike (npr. tedenski vavčerji, ki se lahko porabijo le za mleko, sadje in zelenjavo).

Poleg vseh treh vrst ukrepov okoljske preventive pa je pomemben tudi socialni kontekst, ki pomembno vpliva na zdrava vedenja in uspeh intervencije. V središču socialnega konteksta so socialne interakcije – načini, kako ljudje vplivajo drug na drugega, npr. v vlogi vzornikov, vplivnih vrstnikov, nosilcev norm. Na vedenje posameznika vplivajo izkušnje, ki jih je pridobil s pomočjo različnih interakcij v preteklosti, in način, kako se posameznik odzove na zakonodajne, fizične in ekonomske spremembe, je odvisen od tega socialnega konteksta (EMCDDA 2019, EMCDDA 2018).

Med učinkovite intervencije okoljske preventive se uvrščajo tudi šolske politike oziroma šolska pravila glede uporabe PAS, ki predstavljajo pomemben del celovitega pristopa k preventivi v šolskem okolju. Šolske politike, ki prepovedujejo uporabo PAS, pomagajo k uveljavljanju socialnih norm, da je uporaba PAS vedenje, ki se v šolskem okolju ne tolerira. Šolske politike morajo vsebovati opis namena, ki lahko zajema potrebo po zagotavljanju varnega, zdravega in PAS prostega okolja, ki bo podpiralo zdrav razvoj vseh učencev in dijakov in zagotavljajo pogoje za doseganje najboljših učnih uspehov. V politikah mora biti opredeljeno, katere vrste PAS naslavljajo (npr. kako bo šola naslovila e-cigarete, ki so vse bolj priljubljene med mladimi) in katere prostore, priložnosti (šolski prostori, okolica šole, šolski izleti, športne prireditve in drugi dogodki, ki potekajo pod okriljem šole). Nadalje morajo biti v politikah jasno opredeljeno tudi, kateri dogodki bodo sankcionirani (npr. uporaba, prodaja, posedovanje, prihod v šolo pod vidnim vplivom PAS). V politikah morajo biti opredeljeni tudi tipi incidentov, ki se bodo sankcionirali in kdo vse bo obveščen o incidentu (starši, policija, center za socialno delo). Pomembno je, da politike veljajo za vse: učence, učitelje, drugo šolsko osebje in obiskovalce ter da se uveljavljajo dosledno, vključno s pozitivno spodbudo spoštovanja pravil. Kršitve se v prvi vrsti obravnavajo s pozitivnimi sankcijami, ko je na primer napotitev na svetovanje, zdravljenje ali druge oblike pomoči, namesto kaznovanja. Ker šola ne more zagotavljati vseh teh oblik pomoči, je pomembno, da se poveže z zunanjimi izvajalci. Ključno je namreč, da se mladostniku ponudi možnost, da opusti uporabo PAS in nadaljuje šolanje (EMCDDA 2019, UNODC in WHO 2018, UNESCO, UNODC in WHO 2017).

Učinkoviti programi okoljske preventive na področju PAS, konoplje

Programe učinkovite okoljske preventive na področju uporabe konoplje in drugih PAS smo iskali v evropski bazi Xchange in ameriški bazi Blueprint ter našli dva programa:

1. STAD (Stockholm preprečuje probleme zaradi alkohola in drog) je preventivni program, ki vsebuje elemente okoljske preventive in preventive v skupnosti. Usmerjen je v prizorišča nočnega življenja in je namenjen ciljni skupini mladih odraslih, ki »hodijo ven« v nočno življenje. Program se osredotoča na izboljšanje upoštevanja zakonodaje na področju alkohola glede starostne omejitve in prekomernega točenja/strežnja alkohola. Program uporablja formalne in neformalne nadzorne ukrepe, s pomočjo katerih naslavlja opijanje v barih, lokalih in nočnih klubih, hkrati pa poudarja tudi potrebo po podpori skupnosti za take ukrepe. Namen programa je ustvarjanju boljšega in varnejšega okolja v barih in lokalih na način, da zmanjšuje težave, povezane z alkoholom, kot so nasilje in poškodbe. Program je sestavljen iz treh delov:

partnerstva med različnimi vladnimi agencijami in industrijo, dvodnevnega usposabljanja za odgovorno strežbo pijač za osebje in vodstvo barov ter izboljšanega izvrševanja zakonodaje na področju alkohola v sodelovanju s policijo, pri čemer policija v večji meri izvaja izobraževanja, svetuje, v manjši meri pa izvaja nadzorne ukrepe.

2. Lokalne okoljske strategije za licenciranje prodaje alkohola – program, ki je namenjen splošni populaciji, zajema lokalne strategije za okrepitev uveljavljanja licenc, s pomočjo katerih si prizadeva regulirati dostopnost alkohola in spreminjati pivska okolja. Na ta način se lahko zmanjša z alkoholom povezana škoda, kot so sprejemi v bolnišnice, nasilna kriminalna dejanja, spolni delikti in kršitve javnega reda.

PREVENTIVA V SKUPNOSTI

Skupnost se lahko opredeli na različne načine, in sicer kot geografska lokacija, lahko jo opredeljujejo socialni odnosi skupine ljudi, pa tudi skupna identiteta ali skupni interesi določene skupine. Pomembno je, da je to prostor, kjer se lahko razvije in implementira učinkovit preventivni sistem. Raziskovalci ločijo med preventivo, ki temelji na skupnostnem pristopu in preventivo, ki se izvaja v skupnosti. Preventiva, ki temelji na skupnostnem pristopu, aktivno vključuje prebivalce skupnosti v načrtovanje, razvoj, implementacijo in evalvacijo programov in strategij. Pri preventivi v skupnosti pa prebivalci ne sodelujejo pri razvoju programa, pomembno pa je, da se pridobi njihova podpora pri implementaciji programa (EMCDDA 2019, Talić in Košir 2014, IOM 2012). V tem besedilu se izraz preventiva v skupnosti uporablja za obe omenjeni obliki.

S pomočjo preventive v skupnosti lahko dosežemo veliko ljudi in lahko vplivamo na javno zdravje. Ob tem je ključnega pomena, da intervencije zajamejo tudi tiste skupine, ki jih je težje doseči in so pogosto hkrati tudi ranljive skupine ljudi. Preventiva v skupnosti si lahko prizadeva doseči spremembe socialnega in fizičnega okolja, vključuje lahko tudi medsektorski pristop in mobilizacijo skupnosti, potrebno pa je poznavanje skupnosti in njenih kulturnih, socialnih, političnih in fizičnih značilnosti. Zelo pogost in učinkovit pristop, ki se uporablja v skupnosti, so okoljske strategije, ki vključujejo tudi oblikovanje in izvajanje lokalnih politik. Za preventivo v skupnosti je pomembno tudi, da je vzpostavljena ustrezna infrastruktura, ki vzdržuje in podpira preventivne aktivnosti, skrbi za podporo aktivnostim med ljudmi v skupnosti ter skrbi za ustrezno kakovost izvedbe (Talić in Košir 2014, IOM 2012).

V skupnosti se lahko izvajajo programi, ki zajemajo več preventivnih intervencij in politik ter hkrati zajamejo tudi širšo populacijo; tako na primer se lahko vključijo preventivni programi in politike, ki se izvajajo v šolah in na prizorišč nočnega življenja ter tisti programi, ki so namenjeni staršem oziroma družinam. V pomoč pri krepitvi preventivnih sporočil ali kot pomoč pri boljši implementaciji programov, se lahko vključijo tudi mediji. Ključnega pomena je, da se v skupnosti izvajajo tisti programi in politike, ki so dokazano učinkoviti. Tako se na primer v programu PROSPER povezujejo šola, lokalna skupnost in univerza z namenom, da se izberejo in v skupnosti izvajajo le dokazani učinkoviti programi s področij družinske in šolske preventive.

Primer učinkovitega programa v skupnosti je program CTC (ang. *Communities That Care*). Program je zastavljen tako, da uporabi lokalne raziskave in podatke ter skupnosti pomaga identificirati in postaviti prioriteto potreb glede na dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, ki so prisotni v skupnosti. Ko so prioritete in ciljne skupine identificirane, se vzpostavi koalicija, katere naloga je, da izbere in poskrbi za implementacijo programov, ki so se že dokazali za učinkovite in hkrati naslavljajo potrebe skupnosti. Program je sestavljen iz petih ključnih delov:

- Začetek: izvedba ocene pripravljenosti skupnosti.
- Organizacija: vključevanje ključnih deležnikov, oblikovanje koalicije deležnikov v skupnosti, ki bodo nadzorovali izvajanje aktivnosti programa.
- Oblikovanje profila skupnosti: uporaba epidemioloških podatkov za identifikacijo dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov.
- Oblikovanje načrta: na osnovi podatkov izbor učinkovitih programov, ki bodo zmanjšali v skupnosti identificirane dejavnike tveganja ter okrepili varovalne dejavnike.
- Implementacija programov in evalvacija doseženih učinkov, sprememb.

Raziskave, narejene v ZDA, so pokazale, da so tiste skupnosti, ki so se držale teh petih korakov, imele pozitivne spremembe pri rezultatih za mlade; med drugimi je upadla iniciacija alkohola in tobaka, upadla sta tudi prestopništvo in nasilje, okrepili so se številni varovalni dejavniki (EMCDDA 2019).

Učinkoviti programi preventive v skupnosti na področju PAS, konoplje

Programe učinkovite preventive v skupnosti, ki vključujejo tudi uporabo PAS, smo iskali v evropski bazi Xchange in ameriški bazi Blueprint. Ker sta bila kot učinkovita ocenjen le dva programa, smo vključili tudi program Planet Youth, za učinkovitost katerega se priporočajo dodatne raziskave.

1. Projekt Northland je večstopenjski program, ki traja šest let in je namenjen ciljni skupini mladostnikov v starosti 12–18 let. Program vključuje strategije zmanjševanja povpraševanja (na individualni ravni) in ponudbe (na okoljski ravni). Njegove glavne intervencijske komponente vključujejo učne načrte v razredu, vrstniško vodenje, izvenšolske dejavnosti, ki jih vodijo mladi, programe, ki vključujejo starše in aktivizem v skupnosti. Projekt Northland si s posredovanjem na več ravneh prizadeva mladostnike naučiti spretnosti za učinkovito preseganje družbenih vplivov na pitje, hkrati pa neposredno spreminja družbeno okolje mladih (t.j. vrstnike, starše, šolo in skupnost).
2. Evropska zveza za preprečevanje kajenja naslavlja štiri ciljne skupine: mlade, starše, šole in zunajšolske razmere. Program je sestavljen iz (a) preprečevanja kajenja s pomočjo lekcij zdravstvene vzgoje, ki je vključena v kurikul (lekcije zajemajo pristop učenja socialnih veščin), (b) spodbujanje šolskega okolja brez tobačnega dima (politike na področju tobaka, delavnice za opuščanje kajenja za starše in učitelje), (c) preventivne aktivnosti v lokalnem okolju (redno obveščanje lokalne skupnosti, aktivnosti »brez tobaka«, ki potekajo v lokalnem okolju in so namenjene mladim). Program izvajajo učitelji in traja približno dva šolska semestra.

3. Planet Youth – Islandski model je preventivni program, ki vsebuje elemente okoljske preventive in preventive v skupnosti. Namenjen je mladim v starosti od 11 do 19 let. Starševstvo, starševski nadzor, organizirane prostočasne aktivnosti skupaj z normativnimi spodbudami (policijska ura za mladostnike, spodbujanje skupnih družinskih obrokov) imajo ključno vlogo pri zmanjševanju uporabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi med mladimi. Temeljni element je analiza dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov v vsaki skupnosti in izgradnja koalicije deležnikov, s pomočjo katere se implementirajo na dokazih temelječi pristopi okoljske preventive.

VIRI IN LITERATURA

Agrawal A, Grant JD, Waldron M, Duncan AE, Scherrer JF, Lynskey MT, Madden PAF, Bucholz KK, Heath AC. Risk for initiation of subtance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: findings in a midwestern female twin cohort. Prev Med. 2006;43:125–8. 37.

Agrawal A, Lynskey MT, Bucholz KK, Madden PAF, Heath A. Correlates of cannabis initiation in a longitudinal samples of young women: The importance of peer influences. Prev Med. 2007;45:31–4.

Albert D, Chein J, Steinberg L. The Teenage Brain: Peer Influences on Adolescent Decision Making. Curr Dir Psychol Sci. 2013;22(Suppl 2):114–20.

Ammerman S, Ryan S, Adelman WP. American Academy of pediatrics. The impact of Marijuana Policies on Youth: Clinical, Research and Legal Update. Technical Report. Pediatrics; Volume 135, Number 3, 2015.

Andreson BJ, Stein MD. A Behavioral Decision Model Testing the Association of Marijuana Use and Sexual Risk in Young Adult Women. AIDS and Behavior 2011; 15: 875–84.

Anthony JC. The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman RA, Stephens RS (eds) Cannabis dependence: its nature, consequence and treatment. Cambridge: Cambridge University Press, 2006: 58–105.

Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, Sandhu R, Sharma S. Maturation of the adolescent brain. Review. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2013; 9: 449–461.

Baza preventivnih programov Bleuprint. Dostopno na: https://www.blueprintsprograms.org/

Becoña E, Martinez U, Calafat A, Juan M, Fernandez-Hermida JR, Secades-Villa R. Parental styles and drug use. A review. Drugs: education, prevention and policy. 2012;19(1):1–10

Berge J, Sundell K, Öjehagen A, Håkansson A. Role of parenting styles in adolescent substance use: results from a Swedish longitudinal cohort study. BMJ Open. 2016; 6:e008979.

Bloor R. The influence of age and gender on drug use in the United Kingdom – a review. Am J Addict. 2006;15:201–07.

Blythe MJ, Fortenberry JD, Temkit M, Tu W, Orr DP. Incidence and Correlates of Unwanted Sex in Relationships of Middle and Late Adolescent Women. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2006; 160: 591–5.

Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, et al. Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. J Adolesc Health. 2007;40:357

Bränström R, Sjörström E, Andreasson S. Individual, group and community ris kand protective factor for alcohol and drug use among Swedish adolescents. European Journal of Public Health 2007; 18 (Suppl 1): 12-18.

Brodbeck J, Matter M, Moggi F. Association between Cannabis Use and Sexual Risk Behavior Among Young Heterosexual Adults. AIDS and Behavior 2006; 10: 599.

Bühler A, Schröder E in Silbereisen RK. The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis. Health Educ Res. 2008;23: 621–32.

Burkhart G, Tomczyk S, Koning I, Brotherhood A. Environmental Prevention: Why Do We Need It Now and How to Advance It? Journal of Prevention (2022) 43:149–156 https://doi.org/10.1007/s10935-022-00676-1 1 3 Debate.

Buu A, DiPiazza C, Wang J, Puttler LI, Fitzgerald HE, Zucker RA. Parent, Family, and Neighbourhood Effects on the Development of Child Substance Use and Other Psychopathology from Preschool to the Start of Adult. J Stud Alcohol Drugs. 2009;70:489–98.

Calafat A, García F, Juan F, Becoña M, Fernández-Hermida JR. Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. Drug Alcohol Depend. 2014;138:185–92.

Chabrol H, Chauchard E, Mabila JD, MantoulanR, Adele A, Rousseau A. Contribution of social influence and expectations of use to cannabis use in high-school students. Addict Behav. 2006;31:2116–19.

Clarke P, Dodge T, Stock ML. The Impact of Recreational Marijuana Legislation in Washington, DC on Marijuana Use Cognitions. Substance Use & Misuse 2018; 53:13, 2165-2173, DOI: 10.1080/10826084.2018.1461226

Cleveland MJ, Collins LM, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. Journal of Adolescent Health 2008; 43:157-164.

Cleveland MJ, Collins LM, Lanza ST, Greenberg MT, Feinberg ME. Does individual risk moderate the effect of contextual-level protective factors? A latent class analysis of substance use. J Prev Inter Community. 2010;38(3):213–28.

Conell CM, Gilreath TD, Aklin WM, Brex RA. Social-ecological influence on patterns of substance use among non-metropolitan high school students. Am J Community Psychol. 2010 March ; 45(0): 36–48. doi:10.1007/s10464-009-9289-x.

Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. Addictive Behaviors 2002; 27: 1009 – 1023.

Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Lancet 2012; 379: 55–70.

Dnevnik. SMC s predlogom za legalizacijo gojenja in rekreativne rabe konoplje. Spletna objava, 6. februar 2018. Dostopno dne 8. 9. 2020 na: https://www.dnevnik.si/1042800720/slovenija/smc-vlozila-predlog-za-legalizacijoin-regulacijo-rekreativne-rabe-konoplje.

Drev A, Hočevar Grom A, Lavtar D, Rehberher M, Korošec A. Uporaba prepovedanih drog, konoplje v zdravstvene namene in zloraba zdravil na recept med prebivalci Slovenije. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021. E-publikacija. Dostopno 7. 3. 2022 na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/atadd_26_8_21.pdf.

Eisenberg ME, Toumbourou JW, Catalano RF, Hemphill SA. Social norms in the development of adolescent substance use: A longitudinal analysis of the international youth development study. J Youth Adolesc. 2014;43(Suppl 9):1486-97.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2020: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Technical Report. Monitoring and evaluating changes in cannabis policies: insights from the Americas. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020a. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12543/TD0220009ENN.pdf.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Luxembourg: Publication Office of the European Union, 2019.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Technical Report. Environmental substance use prevention interventions in Europe. EMCDDA, 2018.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Letno poročilo 2012. Stanje na področju problematike drog v Evropi. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Luxembourg: Urad za publikacije Evropske unije, 2012.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Monographs 8 Volume II. A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol. EU Drug Markets Report 2019. Luxembourg: Publication Office of the European Union, 2019.

Evropska baza preventivnih programov Xchange. Dostopno na: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange

Fagan AA, Wright EM, Pinchevsky GM. The protective effects of neighbourhood collective efficacy on adolescent substance use and violence following exposure to violence. J Youth Adoles. 2014;43(Suppl 9):1498–512.

Feinberg ME, Ridenour TA, Greenberg MT. Aggregating indices of risk and protection for adolescent behaviour problems: the Communities That Care Youth Survey. J Adolesc Health. 2007;40(Suppl 6):506-13.

Fischer, B., Lee, A., O'Keefe-Markman, C. & Hall, W. Initial indicators of the public health impact of non-medical cannabis legalization in Canada. EClinicalmedicine, 2020; 20, 100294.

Fontanella CA, Steelesmith DL, Brock G, bridge JA, Campo JV, Fristad MA. Association of Cannabis Use with Self-harm and Mortality Risk Among Youths With Mood Disorders. JAMA Pediatr. Published online January 19, 2021.doi:10.1001/jamapediatrics.2020.5494

Fosco GM, Stormshak E, Dishion TJ, Winter C. Family Relationships and Parental Monitoring During Middle School as Predictors of Early Adolescent Problem Behavior. J Clin Child Adolesc Psychol. 2012 March; 41(2): 202–213. doi:10.1080/15374416.2012.651989.

Gaete J, Araya R. Individual and contextual factors associated with tobacco, alcohol, and cannabis use among Chilean adolescents: a multilevel study. J Adolesc. 2017;65:166–78

Gallegos M, Zaring-Hinkle B, Wang N, Bray JH. Detachment, press pressure, anf age of first substance use as gateways to later substance use. Drug and Alcohol Dependence 2021; 218.

Gerra G, Benedetti E, resce G, Potente G, Cutilli A, Molinaro S. Socioeconomic Status, Parental Education, School Connectedness and Individual Socio-Cultural Resources in Vulnerability for Drug Use among Students. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 1306; doi:10.3390/ijerph17041306

Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, Ware M, Marmorstein N, Cipriani A, Dendukuri N, Mayo N. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry 2019; 76(4): 426–34.

Graves KN, Fernandez ME, Shelton TL, Frabutt JM, Williford AP. Risk and Protective Factors Associated with Alcohol, Cigarette, and Marijuana Use During Adolescence. J Youth Adolesc. 2005;34 (Suppl 4):379–87.

Guxens M, Nebot M, Ariza C. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. Drug Alcohol Depend. 2007; 88:234–43.

Hall, W. & Lynskey, M. Assessing the public health impact of legalizing recreational cannabis use: the US experience. World Psychiatry, 2020; 19(2), 179-186. https://doi.org/10.1002/wps.20735

Hall W, Stjepanović D, Caulkins J, Lynskey M, Leung J, Campbell G, Degenhardt L. Public health implications of legalizing the production and sale of cannabis for medical and recreational use. Lancet 2019, 394:1580-90.

Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet 2009; 374: 1383–1391.

Haug S, Nunez CL, Becker J, Gmel G, Schaub MP. Predictors of onset of cannabis and other drug use in male young adults: results from longitudinal study. Public Health. 2014;14:1202.

Haug S, Schaub MP, Gross C, John U, Meyer C. Predictors of hazardous drinking, tobacco smoking and physical inactivity in vocational school students. BMC Public Health. 2013;13:475.

Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull. 1992 Jul; 112(1):64-105.

Hill D in Mrug S. School-level correlates of adolescent tobacco, alcohol, and marijuana use. Subst Use Misuse 2015; 50(12):1518–28

Haynie DL, Farhat T, Brooks-Russell A, Wang J, Barbieri B, Iannotti RJ. Dating Violence Perpetration and Victimization Among U.S. Adolescents: Prevalence, Patterns, and Associations With Health Complaints and Substance Use, Journal of Adolescent Health, Volume 53, Issue 2, 2013; 194–201.

Hines LA, Freeman TP, Gage SH, Zammit S, Hickman M, Cannon M, Maunafo M, Macleod J, Heron J. Association of High-Potency Cannabis Use With Mental Health and Substance Use in Adolescence. JAMA Psychiatry 2020, objavljeno na spletu 27. maja 2020. Dostopno dne 24. 8. 2020 na: https://jamanetwork.com/.

Hodder RK, Freund M, Bowman J, Wolfenden L, Gillham K, Dray J, Wiggers J. Associations between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors. BJM Open 2016; 6:e012688.

Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020.

Institute of Medicine (IOM). An integrated framework for assessing the value of community-based prevention. Washington, DC: The National Academies Press, 2012.

Jeriček Klanšček H, Roškar M, Drev A, Pucelj V, Koprivnikar H, Zupanič T, Korošec A. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.

Jogan N. Konoplja nekoč in danes. V: Brvar M (ur.). Toksikologija 2018: konoplja. Zbornik prispevkov. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Sekcija za klinično toksikologijo in Univerzitetni klinični center Ljubljana – center za klinično toksikologijo in farmakologijo, 2018.

Kandel DB, Griesler PC, Hu MC. Intergenerational Patterns of Smoking and Nicotine Dependence Among US Adolescents. Am J Public Health. 2015;105(11):e63–72.

Kastelic A, Šegrec N. Vpliv konoplje na duševno zdravje. V: Brvar M. (ur.). Toksikologija 2018: Konoplja. Ljubljana: slovensko zdravniško društvo – Sekcija za klinično toksikologijo in univerzitetni klinični center Ljubljana – center za klinično toksikologijo in farmakologijo, 2018.

Keith in sod. 2015Keith DR, Hart CL, McNeil MP, Silver R, Goodwin RD. Frequent Marijuana Use, Binge Drinking and Mental Health Problems Among Undergraduates. American Journal on Addictions 2015; 24(6): 499–506.

Kliewer W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. J Adolesc Health. 2007;40(5):448–55

Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: A cross-national study in six European countries. Drug Alcohol Depend. 2007;86:67–74.

Koprivnikar H, Zupanič T. Raziskava Vrednotenje učinkov novih ukrepov nadzora nad tobakom med mladimi (neobjavljeni podatki). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021.

Koprivnikar H, Zupanič T, Farkaš Lainšček J. Vas pacienti sprašujejo o elektronskih cigaretah? Elektronske cigarette – ključne informacije za zdravstvene delavce. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020. E-publikacija. Dostopna na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/vas_pacienti_sprasujejo_o_elektr_cigaretah_kljucne_info_za_zdr_delavce.pdf

Koprivnikar H, Drev A, roškar M, Zupanič T, Jeriček Klanšček H. Od prvega poskusa do pogoste uporabe tobaka, alkohola in konoplje med mladostniki v Sloveniji. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018. E-publikacija. Dostopna na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/od_prvega_poskusa_do_pogoste_uporabe_t_a_k_med_mladostniki.pdf

Korhonen T, Huizikin AC, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Kaprio J. Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: A longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. Drug Alcohol Depend. 2008;97:33–43

Košir M, Vujkovac AM. Advocay. V: Drev A, Hočevar Grom A, Belščak Čolaković A. (ur.). National Report 2018 on Drug Situation in Republic of Slovenia. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018.

Ladis B, trucco EM, Huang H, Thomlison B, Fava NM. : Longitudinal Effects of Peer, School, and Parenting Contexts on Substance Use Initiation in Middle Adolescence, Journal of Evidence-Based Social Work, DOI: 10.1080/26408066.2021.1932660

Leatherdale ST, Burkhalter R. The substance use profile of Canadian youth: Exploring the prevalence of alcohol, drug and tobacco use by gender and grade. Addict Behav. 2012;37:318–322.

Leatherdale ST, Ahmed R. Alcohol, Marijuana, and Tobacco Use Among Canadian Youth: Do We Need More Multi-Substance Prevention Programming? J Prim Prev. 2010;31:99–108.

Legleye S, Beck F, Khlat M, Paretti-Watel P, Chau N. The influence of socioeconomic status on cannabis use among French adolescents. J Adolesc Health. 2012;50:395–402.

Levy S, Weitzman ER. Acute mental health Symptoms in Adolescent Marijuana Users. Research letter. JAMA Pediatrics 2019; 173(2): 185–6.

Li L, Hu G, Schwebel DC, Zhu M. Analysis of US Teen Driving After Using Marijuana, 2017. JAMA Network Open. 2020;3(12):e2030473. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.30473

Lim CCW, Sun T, Leung J, Chung JYc, Gartner C, Connor J, Hall W, Chiu V, Stjepanović D, Chan GCK. (2021) Prevalence of Adolescent Cannabis Vaping. A Systematic Review and Meta-analysis of US and Canadian Studies. JAMA Pediatr. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.4102 Published online October 25, 2021.

Lynskey TM, Vink JM, Boomsma DI. Early onset cannabis use in progression to other drug use in a sample of dutch twins. Behav Genet. 2006;36 (Suppl 2):195–200.

Lisdahl KM, Gilbart ER, Wright NE and Shollenbarger S. Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. Review article. Frontiers in Psychiatry. Addictive Disorders and Behavioral Dyscontrol, 2013; Vol. 4, 53:18. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00053

Lorenzetti V, Hoch E, Hall W. Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: A review of the evidence. European Neuropsychopharmacology 2020; 36:169-180.

Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome N, Egger M, Hickman M, Oppenkowski T, Stokes-Lampard H, Smith GD. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. Lancet 2004; 363: 1579–1588.

Malmberg M, Overbeek G, Monshouwer K, Lammers J, Vollebergh WAM, Engels RCME. Substance use risk profiles and associations with early substance use in adolescence. J Behav Med. 2010;33(6):474–85.

Mbaba M, AuBuchon KE, Dodge T. The Influence of Descriptive and Injunctive Norms on U.S. Adolescent Marijuana Use: A Systematic Review of the Literature. J. Stud. Alcohol Drugs, 83, 312–322, 2022.

Napper LE, Kenney SR, Hummer JF, Fiorot S, Labrie JV. Longitudinal Relationships among Perceived Injunctive and Descriptive Norms and Marijuana Use. J. Stud. Alcohol Drugs, 77, 457–463, 2016.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM). The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. Washington, DC: The National Academies Press, 2017.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. Raziskava Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (HBSC), 2018. Neobjavljeni podatki Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2019.

Napper LE, Kenney SR, Hummer JF, Fiorot S, LaBrie JW. Longitudinal Relationship among Perceived Injunctive and Descriptive Norms and Marijuana Use. J. Stud. Alcohol Drugs, 77, 457–463, 2016

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Preventing Drug Use among Children and Adolescents.

A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Second Edition, 2013. E-publikacija.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Spletna stran: https://nida.nih.gov/

Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, Ibrahim N, Shafurdin NS. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. BMC Public Health 2021; 21:2088 https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2

Onrust SA, 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.

Pacheco-Colon I, Ramirez AR, Gonzalez R. Effects of Adolescent Cannabis Use on Motivation and Depression: a Systematic Review. Current Addiction Reports, 2019. Objavljeno na spletu 29. avgusta 2019. Dostopno dne 17. 9. 2020 na: https://doi.org/10.1007/s40429-019-00274-y.

Patrick ME, Wightman P, Schoeni RF, Schulenberg JE. Socioeconomic Status and Substance Use among Young Adults: A Comparison across Constructs and Drugs. J Stud Alcohol Drugs. 2012;73 (Suppl 5):772–82.

Pereira APD in Sanchez ZM. Characteristics of school-based drug prevention programs in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva 2020; 25(8):3131-3142. DOI: 10.1590/1413-81232020258.28632018

Pharo H, Sim C, Graham M, Gross J, Hayne H. Risky business: Executive function, personality, and reckless behavior during adolescence and emerging adulthood. Behavioral Neuroscience 2011; 125(6), 970–978. https://doi.org/10.1037/a0025768

Piko BF, Kovács E. Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. Addict Behav. 2010;35:53–6.

Plunk A, Peglow S, Harrell PT, Grucza RA. Youth and Adult Arrests for Cannabis Possession after Decriminalization and Legalization of Cannabis. JAMA Pediatrics 2019; 173(8): 763–9.

Pucelj V., Jeriček Klanšček H., Zupanič T (ur). Mladi izven sistema – Raziskava Z zdravjem povezana vedenja med udeleženci programa Projektno učenje mlajših odraslih. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022.

Rusby JC, Westling E, Crowley R, Light JM. Legalization of recreational marijuana and community sales policy in Oregon: Impact on adolescent willingness and intent to use, parent use, and adolescent use. Psychol Addict Behav. 2018;32(Suppl 1):84-92.

Scholes-Balog KE, Hemphill SA, Evans-Whipp TJ, Toumbourou JW, Patton GC. Developmental trajectories of adolescent cannabis use and their relationship to young adult social and behavioural adjustment: A longitudinal study of Australian youth. Addictive Behaviors 2016; 53: 11–8.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019. Dostopno dne 19. 8. 2020 na: https://www.samhsa.gov/data/.

Steinberg L. A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk-Taking. Dev Rev 2008; 28 (Suppl 1): 78-106.

Steinberg L. Risk Taking in Adolescence. New Perspectives From Brain and Behavioral Science. Association for Psyhological Science. Current Directions in Psychological Science 2007; 16 (Suppl 2): 55-59

Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Addictive Behaviors 2012; 37: 747-775.

Stormshak EA, Mcintyre LL, Garbacz SA, Kosty D. Family-centered prevention to enhance parenting skills during the transition to elementary school: A randomized trial. Journal of Family Psychology 2020; 34(1):122-127. DOI: 10.1037/fam0000570

Subramaniam P in Yurgelun-Todd D. Neural and Behavioral Correlates Associated with Adolescent Marijuana Use. Neural and Behavioral Correlates Associated with Adolescent Marijuana Use. Dostopno dne 23. 2. 2021 na : https://www.researchgate.net/publication/346066612_Neural_and_Behavioral_Correlates_Associated_with_Adolescent_Marijuana_Use

Sutin AR, Evans MK, Zonderman AB. Personality Tratis and Illicit Subdtances: The Moderating Role of Poverty. Drug Alcohol Depend. 2013;13(3):247–51.

Talić S, Košir M. Priročnik na temo osnov preventive in vrednostenja preventivnih programov. Ljubljana: Inštitut za raziskave in razvoj Utrip, 2014.

Talić S, Košir M. Smernice in priporočila za delo na področju družinske preventive. Ljubljana: Inštitut za raziskave in razvoj Utrip, 2012.

ter Bogt TF, de Looze M, Molcho M, Godeau E, Hublet A, Kokkevi A, et al. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country crossnational study. Addiction. 2014;109(2):273–83

Tran NK, Goldstein D, Purtle J, Massey PM, Lankenau SE, Suder JS, Tabb LP. The heterogeneous effect of marijuana decriminalization policy on arrest rates in Philadelphia, Pennsylvania, 2009–2018. Drug and Alcohol Dependence 2020; 212:108058.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and the World Health Organization (WHO). Good Policy and Practice in Health. Education Booklet 10. Education Sector Responses to the Use of Alcohol, Tobacco and Drugs. France: UNESCO, 2017.

United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2019. 5 - Cannabis and hallucinogens. E-publikacija. Dostopno dne 26. 5. 2020 na: https://www.unodc.org/wdr2019.

United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2018 Drugs and Age: Drugs and associated issues among young and older people. E-publikacija. Dostopno dne 26. 5. 2020 na: https://www.unodc.org/wdr2018.

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

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) and World Health Organization (WHO). International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition. Vienna: United Nations, 2018.

Urdih Lazar T, Stergar E. Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah (ESPAD), Slovenija 2019. Rezultati raziskave. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicine dela, prometa in športa, 2021. E-gradivo.

van den Bree MB, Pickworth WB. Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(3):311-9. 42.

van Ryzin MJ, Fosco GM, Dishion TJ. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: an 11-year prospective analysis. Addict Behav. 2012;37(12):1314-24.

von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen HU. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4–year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. Drug Alcohol Depend. 2002;68(1):49–64.

Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SR (2014). Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med 370(23), 2219–27.

World Health Organization. The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: World Health Organization, 2016. E-publikacija. Dostopno dne 22. 6. 2020 na: www.who.int.

Young-Wolff KC, Liccardo Pacula R, Silver LD. California Cannabis Markets—Why Industry-Friendly Regulation Is Not Good Public Health. Viewpoint. JAMA Health Forum. 2022;3(7):e222018. doi:10.1001/jamahealthforum.2022.2018

Seznam slik

Slika 1: Razširjenost uporabe konoplje med 15- in 17-letnimi dijaki kadarkoli v življenju, v zadnjih 12 mesecih in v zadnjih 30 dneh skupaj in po spolu 10

Slika 2: Etiološki model 22

Slika 3: Dejavniki tveganja, ki jih lahko naslavljajo preventivni programi 24

Slika 4: Poti uporabe psihoaktivnih snovi 32

Seznam tabel

Tabela 1: Razširjenost uporabe konoplje kadarkoli v življenju in v zadnjih 12 mesecih v starostnih skupinah 15–24 let in 25–34 let skupaj in po spolu 8

Tabela 2: Odstotki uporabnikov konoplje kadarkoli v življenju, v zadnjih 12 mesecih, v zadnjih 30 dneh, odstotki dnevnih uporabnikov konoplje in dostopnost do konoplje med osebami s statusom NEET 12

NIJZ
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Nacionalni inštitut za javno zdravje
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
Telefon: + 386 1 2441 400
E-pošta: info@nijz.si
Gradivo je dostopno na: https://www.nijz.si/