社會工作專業在台灣青少年毒品施用的防制：IPM 模式的借鏡

謝岱玲*、徐錦峰**

* 國立臺灣師範大學教育學院公民教育與活動領導學系博士候選人。電子信箱：80307014e@gmail.com 。

** 中國文化大學社會福利學系兼任副教授級專業技術人員。電子信箱：7666fj@gmail.com。

收稿日期：112 年 11 月 20 日；同意刊登日期：112 年 12 月 8 日。

摘 要

冰島物質使用初級預防模式（IPM）是一種社區合作（community collaboration）的方法，主要是根據社會偏差理論發展而來。它強調「動員整個社會參與對毒品宣戰」。

反觀國內的反毒政策，主要以「新世代反毒策略」第 2 期（110-113 年）策略為主要反毒策略，偏向傳統的健康行為改變理論。

本研究擬以兒童最佳利益為本位，試圖蒐集相關文獻，並運用青少年的次文化、休閒與運動等觀點，探索社會工作專業如何介入青少年毒品施用的防制工作。

本研究主要發現如下：（1）IPM 是一種基於社區的、自下而上的方法。（2）該模式旨在為青少年創造有監督的休閒活動機會。（3）父母監督和減少從事危險行為的機會，具有防制青少年毒品施用的關鍵作用。（4）IPM 偏向社會計畫行動模式，故宜引進照料性社區（CTC），以補充其不足之處。

關鍵詞：社會工作專業、青少年、毒品施用的防制、冰島物質使用初級預防模式（IPM）、照料性社區（CTC）

Social Work Professionals in the Prevention and Control of Youth Drug Abuse in Taiwan: A Model of IPM

TAI-LING HSIEH*、JIIN-FENG HSU**

Abstract

The Icelandic Model for Primary Prevention of Substance Use (IPM) is a community collaboration approach based on social deviance theory. It emphasizes “mobilizing the whole community to participate in the war on drugs”.

In contrast, the domestic anti-drug policy is mainly based on the "Anti-Drug Strategies for a New Generation" No. 2 (2021-2024) as the main anti-drug strategy, which is biased towards the traditional health behavior change theory.

This study intends to focus on the best interest of the child, and tries to collect relevant literature and explore how the social work profession can intervene in the prevention and control of drug use among youth by utilizing youth subcultures, leisure and sports perspectives.

The main findings of this study are as follows: (1) The model is a community-based, bottom-up approach; (2) The model aims to create opportunities for supervised leisure activities for youth; (3) Parental supervision and the reduction of opportunities for engaging in risky behaviors play a key role in the prevention of youth drug use; and (4) The model is biased toward the social program action model, so “Community That Care” was introduced to complement it.

Keywords: Social Work Profession, Youth, the Prevention and Control of Drug Abuse, Icelandic Primary Prevention Model of Substance Use (IPM), Community That Care (CTC)

* Department of Civic Education and Activity Leadership, College of Education, National Taiwan Normal University, PhD candidates.

** A part-time Professional Specialist, Associate Professor Level at the Department of Social Welfare, Chinese Culture University.

前言

聯合國《兒童權利公約》（以下簡稱《公約》）（1989）（“The United Nations Convention on the Rights of the Child ”, Abbreviated as “CRC”)（1989）以及「聯合國預防少年犯罪準則」（1990）（“the United Nations Guidelines for the Prevention of Juvenile Delinquency”, Abbreviated as “the Riyadh Guidelines”）（1990）均明文規定，維護「兒童享有休息和休閒、從事遊戲和娛樂活動的權利」，誠屬當前保障青少年基本權益很重要的課題。

晚近關於兒童和青少年發展的新知識以及神經科學的研究發現，青少年如果早期便開始施用毒品，將會長期損害其個人的心理和神經認知能力的發展，並增加其往後在施用合法和非法物質、學業失敗、高危險性行為和心理健康問題的脆弱性，並可以強烈預測以後會有依賴性（Kristjansson et al., 2019）。

根據歐洲酒精與毒品調查機構（the Icelandic Centre for Social Research and Analysis , ICSRA）所進行「歐洲學校關於 30 個歐洲國家學生飲酒和其他藥物施用方式的調查專案」（The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs）的研究結果顯示，於 1999 年，冰島 10 年級少年的吸煙比率，平均為 56%；歐洲為 69%。在過去的 12 個月中，冰島的飲酒率為 56%，歐洲為 52%；另自陳施用大麻，冰島為 15%，此大麻施用比率與歐洲其他地區大致類似。但從 1992 年到 1998 年期間，10 年級學生自陳每天吸煙的比例從 15%增加到 23%；而自陳在生活中曾經施用過大麻的人，在同一時期從 7%上升到 17%（ESPAD, 2016）。

上述調查結果，所顯示冰島及其他歐洲各國青少年之毒品施用（substance use1）的嚴重性，冰島政府於 1990 年代，責由 Reykjavík 市議會出面並結合一群政策制定者、政府官員、民選官員，以及社會科學家，共同發展出一種以理論、以證據為基礎，從社區由下往上的方法，來預防社區青少年毒品施用的問題。這種方法，稱為「冰島物質使用的初級預防模型（“the Icelandic Model for Primary Prevention of Substance Use” or “the Icelandic Prevention Model, Abbreviated as“IPM”）。它是一種社區合作（community collaboration）的方法。

IPM 主要是根據社會學和犯罪學理論發展而來，包括：社會學習理論（A Social Learning Approach）（Akers, 1977）、社會控制理論（Social Bond Theory）（Hirschi, 1969）、社會結構與迷亂理論（Social Structure and Anomie）（Merton, 1938）。這些理論都不是基於傳統健康行為改變的理論，而是以社會偏差理論作為理論基礎（Kristjansson et al., 2019a）。

IPM 強調大多數人有能力做出異常行為，但只有在某些危險因子呈現的環境和社會環境

[1] “substance use”一詞，國內慣稱為「物質使用」、「物質施用」，本研究統一以「毒品施用」稱之。但本研究引用某些論文時，有可能該論文涉及廣義的定義，而將吸菸、飲酒也涵蓋進來，此時兩位作者引用資料時，都會有所註明清楚。

下，這些異常行為才會爆發出來。因此，該模式一開始便強調「動員整個社會參與對毒品宣戰」（Palsdottir, 2003）；另該模式也重視校外的休閒時間，如何妥善運用的重要性。經過 20 年的實施結果，已明顯證明了該模式的有效性與可轉移性。

根據《公約》第 31 條、〈兒童權利公約一般性意見第 17 號〉（CRC/C/GC/17, 2013），以及〈聯合國預防少年犯罪準則〉（United Nations Guidelines for the Prevention of Juvenile Delinquency）（1990）〔簡稱〈利雅得準則〉（The Riyadh Guidelines）〕第 32 點-37 點、第 39 點、第 45 點等，均強調兒少享有休息和休閒、從事遊戲和娛樂活動的權利，以及呼籲政府應將兒童放在高度優先地位。

其中，〈利雅得準則〉第 35 點明文規定：「應提供各種服務和幫助措施，解決青少年步入成年期所經歷的種種困難。這種服務應包括對吸毒青少年的特別方案，其中應強調關懷、輔導、協助和著重治療的處置。」另同準則第 45 條則明文規定：「兒童享有休息及休閒之權利，政府應把幫助青少年的計劃和方案放在高度優先地位，並應撥付足夠資金及其他資源，以辦理有關服務，包括吸毒飲酒的預防和治療，保證這些資源真正用於青少年身上，使青少年得到益處。」

可見，各國政府針對毒品施用的政策或策略似乎朝著多元化以及「早期預防，重於事後治療」的初級預防教育的做法，在有計畫地開始推展中，冀期能達到毒品危害防制的預期目標。

反觀當前國內的反毒政策，主要是以「新世代反毒策略」第 2 期（110-113 年）策略，標榜超前部署，全力達成「溯毒、追人、斷金流」等「斷絕毒三流」之反毒總目標。然而，上述反毒政策由衛生福部所屬之社會救助及社工司主責的事項，僅限於「策略五以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返社會。」持平而論，上述的反毒政策，在策略方面主要似乎偏重第一、第二級毒品的源頭查緝、替代療法的減害，以及偏向傳統的健康行為改變理論。

根據法務部司法官犯罪防治研究中心「2021 年犯罪狀況及其分析－2021 犯罪趨勢關鍵報告」顯示，近年來台灣地區之成年人毒品施用以第一、第二級毒品居多，而且目前監獄人滿為患的現象，也與第一、第二級毒品施用問題氾濫有關。然而，青少年毒品施用問題，卻以第三、第四級毒品施用者占大多數。顯然地說，成年施用第一、第二級毒品的情形，與青少年施用第三、第四級毒品的情形，兩者無論從毒品特性、成癮程度、年齡層、施用動機、戒治成效、司法偵審等方面，加以比較，均有所迥異。故針對國內而言，未來如何針對青少年的身心特性而發展出符合國內青少年發展需求的反毒策略，仍有待進一步評估是否符合「兒童最佳利益」原則。

基於上述背景的考量，本研究將以兒童最佳利益為本位，試圖蒐集相關文獻，並統合社

會偏差、青少年的次文化，以及休閒與運動等理論，從社會工作的專業角度，探索如何介入青少年施用毒品問題的防制工作。

壹、 文獻探討與相關研究

一、 青少年次文化

「次文化」（subculture）一詞，其實並無任何負面的涵義。它專指從母文化（主流文化）中衍生出來的新興文化，也就是不為主流文化所接受的小眾文化。根據陳光中、秦文力、周愫嫻（1995）的看法認為，次文化是與大社會有所區別的一套規範和價值。換言之，青少年次文化也是透過相互瞭解以及據以接受的規範與生活方式所衍生出來。其所散播方式，多半是藉由團體的認同和共享，而由團體流傳出來的。

每個人生活在社會當中，不單單只受到主流文化的價值和規範的影響，也會從其所生活中的團體裏，同樣也會受到許多次文化的價值和規範的影響。但兩者卻都有一套不同的規範和價值在支撐著。但主流文化有需要去面對次文化的困擾與威脅，例如：TikTok 社交平台的風靡，在現今的世界中無遠弗屆。同理的，次文化也需要去面對反文化的困擾與威脅。

張德聰（2005）認為，青少年次文化的主要內涵，包括下列數者：（1）獨特之價值與規範，認同於成人又不同於成人及兒童；（2）特殊之暗語；（3）易受大眾傳播之影響；（4）注重流行風尚；（5）重視同儕歸屬；（6）特定身分標準，不同於社會之標準；（7）同儕支持：如哥兒們；（8）滿足特殊需求，如犯罪或偏差次文化。李亦園（1984）進一步歸納青少年次文化所具有的特徵，包括下列數者：（1）對形式主義的反抗；（2）對機械化的生活不滿；（3）對功利商業主義的抗議；（4）自我表現的趨向。

一般而言，常見的青少年次文化，就是街頭文化，也就是「嘻哈」。這種文化源於 20 世紀的 70 年代美國黑人的一種街頭說唱文化。說唱文化的主要組成部分，包括：音樂、舞蹈、塗鴉、刺青、衣著等。說唱文化最早是起源於紐約底層的工人階級，它是一種黑人文化生活的精神體現。隨之發展集中在歐美地區，特別是在美國熱鬧的街頭巷角。說唱文化常見的形式，計有：說唱音樂、滾音、街舞、滑板等，同時也伴隨出現街頭服飾、塗鴉等。

反觀台灣地區較常見的青少年次文化，包括了：打電動、划手機、撞球、漫畫、街舞、B.Box、Cosplay、直排輪、越野自行車、特技滑板 、棒球、爵士鼓、電視偶像劇、線上遊戲、電競、桌遊、塗鴉、卡拉 OK、漆彈、攀岩、社交網站、體育、極限運動、扯鈴、微小說，甚至八家將、紋身、飆車、幫派、施用毒品等。

總之，青少年次文化可視為類似青少年之生活方式的呈現。這種生活方式是一種有目的性的交流，雖說此種次文化係在任意拼湊過程中形成，並多少帶有一些反叛生活方式的性質。另次文化也經常面臨著被人們所創造、改變以及最終被替代的反覆循環的歷程中，經常處在一種改變中。但因青少年次文化是青少年生活方式的一種創新，此不僅一方面會引起大眾媒體與企業家的注意，而將其次文化的符號，衍生成為商機、商品；而且，另一方面又因主導群體時常有不符合常規或偏差行為的表現，遂又經常引起警察、司法機關、大眾媒體的關切，而給予不良標籤加以回應（張儒林譯，1997）。

二、 反文化的另一詮釋

「反文化」（Counterculture）是次文化中的一種類型，它是一種偏差的次文化，經常無法被社會所認同。而次反文化中，又以 Cohen（1966）所提出的「幫派次文化理論」（Subcultural Theory）實為反文化理論中最具代表的論述。一般而言，反文化所倡導的行為規範與價值觀，往往與主流文化以及其他的次文化所規範的習俗，有所不同；有時甚至相反。然而，反文化卻被認為是一種代溝和不認同父輩價值觀的表現。譬如：於 1964 年至 1974 年期間，嬉皮文化的流行便是一種反文化。

Cohen 認為青少年偏差次文化具有下列幾項的特徵：（1）非功利性；（2）邪惡性；（3）負面性；（4）多樣性；（5）即時享樂主義；（6）團體自主性（許春金，2017；蔡德輝、楊士隆，2019）。因而，幫派次文化與反文化一樣，它所表現的行為規範與價值觀，都是與主流文化以及其他的次文化所規範的習俗，有所不同，甚至相反的。

幫派次文化理論認為在主流文化的衝擊下，青少年適應挫折的方式，常因青少年的不同行為類型而有所不同（許春金，2017；蔡德輝、楊士隆，2019）：

(1) 街角小孩：是一種最普遍的適應方式，青少年雖偶有偏差行為的產生，但其個人終會體認到現實而退回到低階層，成為穩定社會的一份子。
(2) 進取小孩：青少年不會責備中產階級的價值觀念，而是會努力奮發，追求成功。
(3) 偏差小孩：對中產階級的價值觀採取對立嘲笑的態度，由於未達到文化目標的成功，以及為了安撫內心的緊張，通常採取與中產階級價值觀相對立的非法的管道或行為，進而形成偏差次文化的價值觀。

通常大多數人會認為一個人之所以會對毒品上癮，是因為毒品的化學物質，會讓一個人的身體開始依賴毒品，最後終於上癮。但 Hari（2015）卻不以為然，他以本身曾吸毒經驗而表示說，真正讓人上癮的原因不是毒品，而是因為他（她）沒辦法在所處的環境裏找到與親

人、朋友、工作、興趣，而與之連結。以致一個人很孤單，又與所處的環境沒有連結時，他（她）就很容易去找上毒品，並希望藉著跟毒品產生連結，來填補空虛。

他以「老鼠愛吸毒？」的影片，說明在老鼠樂園中的老鼠，因為生活多采多姿，有了朋友、食物，還有可以玩樂的地方，根本就不會去碰毒品。他並舉越戰的軍人為例，他說：「在越戰時，有多達 20% 的軍人有吸毒，但是這群人在越戰結束後，回到美國。因身邊有了家人、朋友的陪伴之後，有高達 95%的人，從此戒掉毒品，再也不吸食毒品。」

上述 Hari 所稱施用毒品的行為，行為本身就是一種偏差行為，也是另一種類型的反文化，稱為「退化犯罪次文化」。根據 Merton（1938）所提出「社會結構與迷亂」理論，強調人類對文化目標與合法手段的適應方式，與造成個人產生社會緊張有所關聯。譬如退縮者是同時放棄文化目標與行為規範，而導致個人終日吸毒、自暴自棄。因為上述的文化目標通常為物質上的成就，但下層社會人士沒有合法機會去達成此一目標，因而受到挫折；繼而可能是鋌而走險（創新者）或自甘墮落（退縮者）。

所以說，針對青少年的退化犯罪次文化而言，如何思索擅於運用青少年次文化的特性，讓青少年重構出一個新的文化目標，並運用合法機會去達成此一目標，將有助其重返正途（許春金，2017）。

貳、 IPM 的介紹

Milkman 與冰島社會研究與分析中心（the Icelandic Centre for Social Research and Analysis , ICSRA）分別是 IPM 的主要創始人與主要的研究機構。於 1991 年開始，冰島政府利用調查數據和包括 Milkman 在內的研究成果，逐漸引入了一種新的國家計劃。它早期稱為「冰島青年」（Icelandic Youth）方案，目前則改稱「星球青年」（Planet Youth）方案。

該方案是一個基於證據的模型，旨在防止青少年開始施用毒品。在模式本身主要係由下列三大支柱而建構出來：（1）循證實踐的取向；（2）使用基於社區的方法；（3）在研究中，維持政策和實踐之間建立和保持對話。

以下簡要說明 IPM 的起源：

一、 背景

ICSRA 早期是冰島雷克雅維克市的一個非營利性研究機構，其後又改隸 Reykjavik 大學。該中心於 1990 年代開始，便由一組社會科學家，特別關注冰島青少年之毒品施用情形。由於

該國有越來越嚴重的毒品施用現象產生，乃結合相關領域的政策制定者和從業人員一起，以瞭解影響青少年毒品施用的社會因素以及避免青少年施用毒品的預防方法。目前冰島的 Planet Youth 機構是研究與推展 IPM 的主要機構，該機構是由一群具有各種背景的社會科學領域的科學家和商業專家所組成。

二、 理論基礎

正如前述，Hirschi 所主張「社會鍵理論」（social bond theory），係屬於社會控制理論的一環。他認為社會鍵（social bond）的力量有助於防止青少年從事偏差行為，並認為，大部分人之所以不犯罪，是因為其內心或外部有良好的控制因素（蔡德輝、楊士隆，2019；許春金，2017）。另從 IPM 之相關研究中發現，青少年社會、家庭、社會資本三個因素，是辨別青少年是否有毒品施用行為的很重要因素（Sigfúsdóttir et al., 2009）。茲說明如下：

（一） 青少年社會

此因素著重社會模仿與有監督的休閒活動與運動。擁有吸煙，飲酒和施用大麻或其他藥物的朋友，會增加青少年中類似行為的可能性更高（Sigfúsdóttir et al., 2009）。反之，沒有朋友施用毒品的青少年，很少有人會去嘗試毒品（Thorlindsson & Bernburg, 2006）。近年來，學者們更加關注課外活動在青少年生活方式和行為習慣形成中的作用。許多研究證明，有參與有監督的工作和體育運動也會阻止青少年施用毒品（Sigfúsdóttir et al., 2009）。而受監督的青少年，他（她）做工作，不僅讓他（她）有參與活動的機會，而且可以找到有興趣的工作；同時也能發展有價值的技能和目標，從而積極奮鬥起來。但這些效果的呈現，往往有導師計畫（in mentorship programs）做配套，來輔助其特殊之非正式關係的發生。

（二） 父母

此因素著重家庭中父母監督、與父母共渡時間。長期以來，父母的支持、負責任的監督以及與兒童共渡的時間，除了控制和支援之外，與父母共渡的時間（而不是討論品質）降低了青少年施用毒品的可能性。青少年認為他們的父母提供大量支援的青少年，實不太可能與施用毒品的朋友交往（Thorlindsson, Bjarnason, & Sigfusdottir, 2007）。所以說，青少年在校外與家人相處的時間越多，他們施用毒品的可能性就越小。此也是形成減少青少年施用毒品可能性的社會資產。

（三） 社會資本

此因素著重社區父母與子女朋友、子女朋友的家人之間的聯繫。在父母認識他們青春期子女的朋友，並與子女朋友的父母，發展和維護關係的學校裏，「代際封閉」（intergenerational closure）成為社會資本指標中的一個重要指標（Coleman, 1988）。凡是學生都會受益於這種父母之間的溝通，無論他們的父母是否是父母網絡的一部分，不在話下（Thorlindsson et al., 2007）。另當地社區也因父母和子女之間的加強聯繫，不僅對青少年施用毒品而言，形成了一股重要的威懾力量；而且由於父母是透過學校與其他地區的父母見面，無形中，父母又增加了對子女行使直接和間接的控制。

由於學校能直接和間接地控制到學生，所以學校是一個重要的中介機制，它可以建立社區社會資本，加強同儕與同儕的父母、同儕和自己的父母之間的聯繫和情誼。因此，隨著社區社會資本水準的提高，當社區社會資本的水準越高，青少年就越不可能開始施用毒品和從事施用毒品的活動。

參、 IPM 的實施

IPM 如何實施，以下從規劃（開發）步驟、指導原則、核心步驟、實施過程的目標和策略四方面，說明其實施情形如次：

一、規劃步驟

當初冰島社會研究與分析中心（ICSRA）對於 IPM 的規劃與實施，是採取一種以證據為本位之青少年毒品施用的預防方法。此方法的實施，原本會導致廣泛的相關利益者的利益受到負面的影響；而實際實施的結果，卻反而博得了這些相關利益者的協助與配合；另因 IPM 的實施能兼顧社區利益、社會融入和高度參與，使得整個規劃更能順利地被推展。早期 ICSRA 的做法是從當地的實地觀察開始著手，從其研究結果發現導致冰島青少年可能施用毒品的個人因素與和社會因素。接著，再根據相關的文獻資料以及 Planet Youth 機構本身的研究發現作為依據，乃開發出一種基於社區的、由下而上的方法，以防制青少年施用毒品的行為發生。

為了實現上述構想，IPM 另參酌照料性社區（Community That Care）的作法，來完成該模式的建立。有關照料性社區開發的步驟，介紹說明如下（Hawkins & Catalano, 2002; Sigfúsdóttir et al., 2009）：

（一）步驟一－成立團隊與行動研究規劃

社會科學家和政策制定者聯盟，並利用國家數據來確認問題的範圍和將要採取的方法的大致輪廓。

（二）步驟二－行動轉移到地方層面

因為團隊成員「上路」，討論全國社區和社區的國家數據。從設計上來說，這些地方一級的討論具有包容性，動員了越來越多的研究人員、政策制定者、從業人員和社區成員，也包括家長、學校工作人員、體育促進者、娛樂和課外青年工作者等。

（三）步驟三－是在多個地點採取地方行動

此多點的地方行動中，是以國家數據為依據，但對於社區、城鎮和地區的不同特性，團隊成員也能正向認為，此不同特性對規劃上之想像力的激勵，頗有助益。

（四）步驟四－是綜合反射

隨著參與者對當地活動進行審查，對總體活動的過程和結果層面進行探索，然後再用新的一輪之國家數據進行分析。

IPM 就在上述反覆運算模型的運作之下，完成一個完整週期。該模式由於能以快速和自信的行動為基礎，並以冰島的獨立、合作和每個人的角色價值觀為動力，竟然能在短短一年之內完成。另資訊、思想、活動和分析的縱向和橫向整合是自然的，相對而言也比較容易的。由於此模式是針對青少年毒品施用、緊急健康等問題，尋求其問題的解決策略，所以是一種處置模式。

二、指導原則

IPM 著重社會環境的改善，所以特別強調增加社會和環境的保護因子，減少社會和環境的危險因子，以改善社會環境。但如何改善社會環境，除了注意上述的保護因子、危險因子之外，更需要透過社區行動、社區參與、社區團隊，才能開發出具有有效性的解決方案。IPM 透過已開發出來的指導原則和程序步驟，不僅有助於逐步發展如何去改善青少年毒品施用之社會環境，而且透過這些指導原則和程序步驟的實施，此模式更能符合研究上的系統性、可重複性、可轉移性。

IPM 能成功地建構完成下列五項指導原則，以做為實務上的有效實施方針與指導，如表

1 所示。根據 Kristjansson 等人（2019）的看法認為：

（一）指導原則一－採用改善社會環境之初級預防方法

此模式採用一種「社會就是病人」（society is the patient）的方法（Myers, 2008）。著重透過改變社區的社會、組織和文化因素，以強化、預防，或延遲施用毒品有關的社會和環境保護因素，以及以減少相對應的危險因素。基於此原則乃強調以獲取或僱用適當的人員來指導當地團隊的建置，以及將研究證據的使用與實務作法，聯結在一起。

（二）指導原則二－強調社區行動，並以公立學校為服務區域，鄰里與地區為支持青少年健康、學習和生活成功的處置單位

此模式將家庭，學校和廣大社區三者加以結合，使成為一個致力於預防毒品施用的凝聚力團隊。

（三）指導原則三－使用當地，高質量、可訪問的數據和診斷方法，使社區成員參與並賦予其實際決策權

當地社區成員基於實際數據，以及透過社區和學校所做的特殊診斷，據以作為決策依據。此模式由於在當地社區成員基於現有數據，以及透過社區和學校所做的特殊診斷，他們很容易瞭解到社區問題以及實際參與的意義。因此，當地預防小組可以準確地描述社區特徵與各個特定社區或學校中的毒品施用之間的關係，以確定可能的處置重點，並支持消息靈通的社區成員，因為他們使用現有數據來選擇，有可能在其單一個社區中成為成功策略。此外，社區的研究人員合作並支持他們收集、處理和傳播常用數據，對於此原則的關聯，非常重要。

（四）指導原則四－將研究人員，政策制定者，從業人員和社區成員整合為一個致力於解決複雜的實際問題的統一團隊

此團隊成員之間的聯繫應該是具有實務和執行上的功能。故每個小組不僅提供解決與毒品施用相關的局部問題所必需的獨特技能和經驗，而且以尋求影響其他小組成員並受其影響的方式，以提供這些知識和經驗。透過建立這種動態的職能團隊，該模式將研究人員、政策制定者、從業人員和社區成員的專業知識和付出結合在一起，以最大程度地提高實踐性，以及闡明並保持合作的重要性是本原則的關鍵所在。

（五）指導原則五－使解決方案的範圍與問題的範圍互相匹配，包括強調長期處置和努力調配足夠的社區資源

該模型認識到，隨著時間的流逝，促使青少年毒品施用的社會條件來自多種複雜的來源。例如，根據先前建立的與毒品施用有關的社會規範、社區經濟狀況、成人憂鬱症、焦慮症和成癮的患病率、缺乏有趣且容易獲得的有組織的休閒時間，可能導致青少年毒品的施用率上升。這些相關因素中的任何一個因素上升，都是複雜的，通常也會持續一段很長的時間。從此模式的來看，理解和偏愛初級預防是一項長期策略，這對於實現此一個指導原則，將是必要的。

表 1　IPM 的五項指導原則

指導原則一	採用旨在改善社會環境的初級預防方法。
指導原則二	強調社區行動，並將公立學校作為社區與地區努力的自然中心，以支援兒童和青少年的健康，學習和生活成功。
指導原則三	讓社區成員參與進來，並授權他們使用本地、高品質、可訪問的數據和診斷做出切實可行的決策。
指導原則四	將研究人員、政策制定者、從業者和社區成員整合到一個致力於解決複雜的現實世界問題的統一團隊中。
指導原則五	將解決方案的範圍與問題的範圍相匹配，包括強調長期處置和努力調動足夠的社區資源。

資料來源：Kristjansson et al. (2019). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *PubMed*. 21, (1).

三、核心步驟

根據上述的五個執行指導原則，IPM 又更進一步發展出四個核心項目，以及將上述核心項目，再細分成為十個核心步驟（Alfgeir et al., 2019; Planet youth, 2023）（表 2 所示）。

根據表 2 所顯示，IPM 所發展出四個核心項目的內容如下：

（一）著重於如何建立和維護社區實施模型的能力

此核心項目，包括步驟一至步驟三的三個步驟：

步驟一－確定地方聯盟，發展和建構能力；

步驟二－確定地方籌資、發展和能力建構；

步驟三－規劃數據收集前和社區參與。

（二） 著重於如何實施嚴格的數據收集系統，如何處理數據、傳播數據和轉換結果

此核心項目，包括步驟四至步驟六的三個步驟：

步驟四－資料收集和處理（包括數據驅動的診斷）；

步驟五－增加社區參與度和參與度；

步驟六－公佈調查結果。

（三）引起社區的關注

此核心項目，包括步驟七至步驟九的三個步驟：

步驟七－確定社區目標和對調查結果的其他協調反應；

步驟八－政策策略和實踐的一致性；

步驟九－兒童和青少年沉浸在環境中，資訊和初級預防活動。

上述步驟七，它不僅是步驟一至步驟六的預期結果。而且著重它引起社區的關注，並能以最大限度地促進社區參與創造和維持一個社會環境，使青少年逐漸減少施用毒品的可能性。然而，當地方聯盟將帶領建立三或四個已得到廣泛支持的社區目標。這些目標除了側重於減少風險因素，以及加強與社區特別相關的毒品施用之保護因素的啟動之外，還應包括在社區內業已量身訂做[2]而實施成功的具體策略。

（四）重複實施前述九個步驟

步驟十是要每年重複實施步驟一到步驟九的各個步驟一次，並檢討其實施的情形。此項目著重在 IPM 的反覆運算性、重複性和長期性，並概述了與實施相關的廣泛且可預測的機遇和挑戰弧線。

根據表 2 所顯示，IPM 實施的四個核心目標與核心項目，可以再細分為十個核心步驟，有助於實施時，有個標準作業流程，有所依循。

表 2 實施 IPM 的 10 個核心步驟

核心目標	核心項目	核心步驟(實施步驟)		備註
1. 社區能力建設	如何建立和維護社區實施模型的能力	步驟一	聯盟的確定、發展和能力建構。	確定或建立一個當地的預防聯盟，包括：學校校長、教師、家長和其他照顧者、社區專業提供者（公共衛生、醫療、心理

[2] 此處所謂「量身訂做」專指如果社區的差異性很大，則選擇目標和策略似乎應斟酌那些目標與實施策略，將在較少動力的情況下，當地社區成員或學校社區中，將會引起共鳴，以及能喚起作用的智識。

				健康、娛樂、信仰社區、執法等）、民意代表和其他社區領導人。發展集體的團隊合作和能力，以實現減少或消除施用毒品的目標。
		步驟二	地方資金的確定、發展和能力建構。	
		步驟三	資料收集前的規劃和社區參與。	
2. 核心流程的實施	著重於如何實施嚴格的資訊資料收集系統，如何處理資訊、傳播資訊和轉換結果	步驟四	資料收集和處理，包括資訊資料驅動的診斷。	
		步驟五	加強社區參與和積極的投入。	
		步驟六	公佈調查結果。	
3. 引起社區的關注	引起社區的關注，並以最大限度地促進社區參與創造和維持一個有效能的社會環境，使青少年逐漸減少施用毒品的可能性	步驟七	社區目標設定和對調查結果的其他有組織的回應。	步驟七是步驟一至步驟六的預期結果，也是地方聯盟帶頭建立三至四個得到廣泛支持的社區目標。
		步驟八	政策和實踐協調。	
		步驟九	兒童和青少年沉浸在初級預防環境、活動和資訊中。	
4. 重複	IPM 的反覆運算性、重複性和長期性，並概述了與實施相關的廣泛且可預測的機遇和挑戰弧線	步驟十	每年重複實施從步驟一到步驟九，一次。	

資料來源：Kristjansson et al. (2019). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *PubMed*. 21, (1).

四、實施過程的目標和策略

目前 ICSRA 已將 IPM 的指導原則與核心步驟設計成一個示範性示例，以便能提高掌握整個模式的信度。該示例並有詳細說明其標準作業規範以及實施過程的目標和策略。茲以 Kristjansson 等人（2020）針對「步驟 9－兒童和青少年沉浸在初級預防環境，活動和數據」

為例，預擬幾個實施過程的目標和策略供參，如表 3 所示。

在目標方面，要求在所有城市（全日制）和其中的學校（非全日制）僱用專門的預防工作者，並有受保護的時間從事初級預防工作。在學校與社區一級加強家長團體，並要求減少深夜的外出時間和無人監督的聚會，以及增加對有組織的娛樂和課外活動的參與。

表 3　如何制定社區目標和策略

核心步驟	實施過程的目標示例	實施過程的策略示例
1. 和青少年沉浸在初級預防環境、活動和數據	(1) 學校僱用專門的預防工作者，並有受保護的時間從事初級預防工作。	
	(2) 在學校與社區一級加強家長團體。	①預防工作者在學校與社區一級與家長團體進行溝通，以增加參與和投入。定期組織家長會議。 ②在家長會議上，研究結果由研究小組介紹，並用於證明該問題的重要性，以及父母需要共同努力以防止子女和社區中的其他青少年施用毒品。
	(3) 減少深夜的外出時間和無人監督的聚會。	①政策制定者根據夏季和冬季的日照時間制定有關非工作時間的指導方針。 ②透過參與學校家長團體，家長們相互同意不允許子女在家中飲酒和施用其他物質。並防止無人看管的聚會，以及遵循政策制定者制定的有關非工作時間的指導方針。
	(4) 增加對有組織的娛樂和課外活動的參與。	①政策制定者和市政行政領導人增加對有組織的娛樂和課外活動的資助，並建立一個平台，使所有兒童和青少年都能獲得這種機會。

資料來源：作者整理後自繪

根據表 3 顯示，IPM 在實施策略方面，可以歸納為主要實施過程的五個策略：

(1) 預防工作者在學校－社區一級與家長團體進行溝通，以增加參與和參與。定期組織家長會議。

(2) 在家長會議上，研究結果由研究小組介紹，並用於證明該問題的重要性，以及父母需要共同努力以防止子女和社區中的其他兒童和青少年施用毒品。

(3) 政策制定者根據夏季和冬季的日照時間制定有關非工作時間的指導方針。這些準則被廣泛傳播和宣傳。

(4) 透過參與學校家長團體，家長們相互同意不允許子女在家中飲酒和施用其他物質。並防止無人看管的聚會，以及遵循政策制定者制定的有關非工作時間的指導方針。

(5) 政策制定者和市政行政領導人增加對有組織的娛樂和課外活動的資助，並建立一個平台，使所有兒童和青少年都能獲得這種機會。

上述步驟所擬定的目標和策略，使得冰島全國大部分地區，父母在地方社區級的合作和共同溝通，獲得實質性的改善、父母的監督也得到了加強。

此外，戶外時間的延長和青少年參加無人監督之派對的人數都大大減少。相反地，參加體育，音樂，戲劇俱樂部等有組織的活動的人數顯著增加（Kristjansson et al., 2016）。

該模式針對整體上的改變，深深影響到該國青少年開始施用毒品的情況，業已明顯地減少。很顯然，IPM 實施的關鍵因素在於依靠當地聯盟的睿智，來確定社區目標與具體策略。

五、 制定社區目標和策略的示例

上述社區目標與具體策略是否能與研究結果之目標設定的優先順序保持一致，關係到整個實施的有效性。茲進一步以 Kristjansson 等人（2020）預擬幾個示例說明如何制定社區目標和策略供參，如表 4 所示。

根據表 4 顯示，IPM 對社區開發所制定的目標和策略，分為單一領域目標與跨領域目標兩個大領域。其中單一領域目標，再細分為四個子領域，此包括：家庭、學校、同儕、休閒時間四個子領域目標。另跨領域目標至少應包括上述四個子領域目標。

表 4 如何制定社區目標和策略

主領域目標	子領域目標	社區目標
1. 單一領域目標方面	(1) 家庭子領域的社區目標	①提高父母對酒精，煙草和其他藥物（以下簡稱「ATOD」）對子女影響的知識和理解。 ②加強青少年與其家庭之間的聯繫和溝通。 ③加強家庭之間的聯繫和協作。
	(2) 學校子領域的社區目標	①加強家長對學生在學校積極體驗的好處的欣賞，並加強家長與學校對夥伴關係的承諾。 ②改善學校青少年的福祉，提高學校改善學生健康和福祉的能力。 ③加強青少年與學校和與 ATOD 相關的學校信息的聯繫。
	(3) 同儕子領域的社區目標	①提高成人和青少年對同儕影響對 ATOD 使用的影響的知識和理解。 ②提高父母對子女朋友/朋友家庭的瞭解。 ③使用 ATOD 增加與親社會對等體的關聯並減少與對等體的關聯。 ④通過對等方減少對等方的 ATOD 訪問。

	(4) 休閒時間子領域的社區目標	①提高成人對閒暇時間對 ATOD 使用影響的知識和理解。 ②增加有條理和有組織的休閒活動的機會，如體育、戲劇俱樂部、舞蹈、童子軍計劃、宗教團體。 ③確保有安全和健康的地方供青少年花時間和相互交流。 ④減少青少年非結構化和不受監控的閒暇時間。 ⑤減少青少年在閒暇時間接觸 ATOD 的機會。
2. 常見的跨域目標方面	(1) 建立一個由成年人組成的有凝聚力的團隊，致力於防止青少年使用 ATOD。 (2) 協調成年人參與與預防 ATOD 有關的策略。 (3) 統一成人關於 ATOD 的資訊。 (4) 減少青少年獲得 ATOD 的機會。 (5) 減少青少年使 ATOD 的無組織和無監控的時間。 (6) 確保所有的青少年都能經常接觸到他們可以放心求助的成年人，以解決 ATOD 問題。 (7) 持社區的關注、承諾和行動，以防止青少年使用 ATOD。	

資料來源：Kristjansson et al., (2020). Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21(1), 70-79.

根據上述表 4 所顯示二大主領域目標，以及四個子領域目標如何據以實施，分別在四個子領域其下制定了各個子領域的社區目標，但仍因缺乏具體的實施策略，較不易瞭解。為此，表 5 將再就如何開發社區的目標與策略，以具體示例，說明其可能的內容，如表 5 所示。

表 5 IPM 對社區制定的目標和策略的示例

領域	社區開發的目標示例	社區開發的策略示例
1. 家庭	(1) 提高父母對 ATOD 對子女影響的知識和理解	①在使用當地調查結果的學校舉行家長會議，以證明家庭因素對 ATOD 使用的預防影響。 ②提供與 ATOD 對青少年影響相關的原始父母教育計劃。 ③將家庭與社區中現有的教育資源聯繫起來，例如：現有的社區活動、事實準確的網站、紀錄片。 ④透過社交媒體、基於電話的公告系統和帶回家的郵件，啟動定期持續的教育溝通和提醒。 ⑤確保父母能夠確定與 ATOD。 ⑥相關的社區教育和治療資源，減少學生在家中接觸 ATOD 的機會。
	(2) 加強青少年與其家庭之間的聯繫和溝通	①增加父母每週與子女在一起的時間。 ②加強家長監督，確保家長始終瞭解青少年在哪裡，他們和誰在一起，以及他們在做什麼。 ③透過騰出每天或每週的常規家庭時間，提高青少年對與家人共渡時光的質量和價值的看法。 ④使用清晰一致的家長資訊，說明與 ATOD 相關的期望。 ⑤確保所有青少年都能確定至少一名家庭成員，他們可以就與 ATOD 有關的問題尋求說明。

領域	社區開發的目標示例	社區開發的策略示例
	(3) 加強家庭之間的聯繫和協作	①透過共用活動和溝通，例如：每月與子女的朋友之家人共享一餐飯或其他共享活動，增加家庭之間的社會凝聚力相關的期望。 ②增加父母對子女活動和行蹤的陪伴與共同溝通。 ③使用父母合同為他們的子女商定共同的目標和行為限制。 ④召集一群家長，定期在社區周圍進行家長散步。 ⑤制定關於 ATOD 的一致信息的家長協定。
2. 學校	(1) 加強家長對學生在學校積極體驗之優點的欣賞，並加強家長與學校對夥伴關係的承諾	①在學校舉行家長和學校人事會議，使用當地調查結果來證明學校因素對 ATOD 使用的預防影響。 ②建立家長協定，向青少年提供關於學校重要性的持續支持資訊。 ③與學校人員達成協定，以提供有關家庭價值的持續重要資訊。 ④增加家長和學校人員之間積極溝通的數量，即抓住學生做一些「正確」的事情。 ⑤建立家長學校協定，在溝通學生挑戰時讓彼此從懷疑中獲益。 ⑥舉辦或加強家長教師之夜與全校學生成功慶祝活動。 ⑦加強現有的家長教師組織。 ⑧增加家長作為志願者與同儕參與學校和學校活動。
	(2) 改善學校青少年的福祉，提高學校改善學生健康和福祉的能力	①資助和支援學校協調的學校健康計劃，包括有效的諮詢、臨床服務、家長和社區參與等，例如：疾病控制和預防中心與 ASCD 的全校，全社區，全兒童模式。 ②建立多層次的學生心理和情感健康支持系統，包括以下內容： a.為所有學生營造積極的學校氛圍，包括與學校工作人員和同學建立積極的關係。 b.主動識別弱勢學生群體，並提供預防服務和計劃。 c.將需要額外個人援助的學生轉介給社區或學校的臨床心理健康提供者。 d.在所有學校政策制定中採用「健康參與所有政策」的方法。
	(3) 加強青少年與學校和與 ATOD 相關的學校信息的聯繫	①讓所有學校教職員工參與預防 ATOD 的宣導者。 ②確保所有學校都提供通往學業和生活成功的明確途徑。 ③確保所有學生在學校至少能找到一位成年人，可以向其尋求與 ATOD 問題有關的幫助。 ④問題相關的說明。對在學校和學校活動（例如，舞蹈、體育賽事、實地考察）使用和分發 ATOD 的使用設定明確的期望和後果。 ⑤在致力於預防 ATOD 的學校建立或加強學生俱樂部或「清醒社團」，並創造一種支持延遲使用 ATOD 的青少年文化。
3. 同儕	(1) 提高成人和青少年對同儕影響對 ATOD 使用的影響的知識和理解	①在使用當地調查結果的學校舉行家長會，以證明同儕因素對 ATOD 使用的預防影響。 ②在學校舉行家長會，使用當地調查結果來描述社區青少年中與 ATOD 相關的當地同儕規範。

領域	社區開發的目標示例	社區開發的策略示例
		③提供學生教育研討會，重點是建立積極的同儕關係和對等支援，以做出積極的 ATOD 相關決策。
	(2) 提高父母對子女朋友/朋友家庭的瞭解	①增加包括青少年朋友在內的家長監督活動的數量。 ②增加家庭對家庭活動的數量，包括青少年的朋友及其家人。 ③提高家長參加以子女和子女的朋友為特色的學生活動的比例，例如：體育比賽、獨奏會、表演。
	(3) 使用 ATOD 增加與親社會對等體的關聯並減少與對等體的關聯	①鼓勵青少年參加有組織和有監督的休閒活動。 ②鼓勵青少年參加有結構和監督的青年中心。 ③提供成人模範，展示家庭、學校、休閑時間的親社會關係。
	(4) 透過對等方減少對等方的 ATOD 訪問	①組織煙酒出口監測制度，對違規行為進行適當懲處。 ②對向未成年人銷售酒精和煙草實施法律限制。
4. 休閒時間	(1) 提高成人對閒暇時間對 ATOD 使用影響的知識和理解	①在學校舉行家長、政策制定者和其他社區成員會議，使用當地調查結果來證明閒暇時間因素對 ATOD 使用的預防影響。
	(2) 增加有條理和有組織的休閒活動的機會，如體育、戲劇俱樂部、舞蹈、童子軍計劃、宗教團體	①為有組織的活動籌集市級和地區性資金。 ②讓所有兒童都能參加有組織的休閒活動，例如：向所有兒童分發預付的休閒時光卡（代金券），由市政當局支付。 ③增加休閒時間選擇的數量和範圍，以反映廣泛的學生興趣。
	(3) 確保有安全和健康的地方供青少年花時間和相互交流	①由負責任的成年人監督的開放性青少年俱樂部，嚴禁止吸煙和飲酒。
	(4) 減少青少年非結構化和不受監控的閒暇時間	①降低非工作時間（例如：午夜後）的延遲率。 ②使用家長、學校與社區會議來證明合理限制延遲時間的重要性。
	(5) 減少青少年在閒暇時間接觸 ATOD 的機會。	①組織建立煙酒出口監測制度，對違規行為進行適當處罰。 ②對向未成年人銷售酒精和煙草實施法律限制。
5. 常見的跨域目標	(1) 建立一個由成年人組成的有凝聚力的團隊，致力於防止青少年使用 ATOD。 (2) 協調成年人參與與預防 ATOD 有關的策略。 (3) 統一成人關於 ATOD 的資訊。 (4) 減少青少年接觸 ATOD 的機會。 (5) 減少青少年使用 ATOD 的無組織和無監控的時間。 (6) 確保所有的青少年都能經常接觸到他們可以放心求助的成年人，以解決 ATOD 問題。 (7) 保持社區的關注、承諾和行動，以防止青少年使用。	

資料來源：Kristjansson et al., (2020). Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21(1), 70-79.

根據表 5 所顯示，如單以家庭領域為示例，有關家庭領域之社區目標的開發，示例有三個社區目標。其中，針對第一個想去開發社區目標為「提高父母對 ATOD 對子女影響的知識

和理解」。於是，Kristjansson 等人（2020）預擬如下三個策略供參：（1）提高父母對 ATOD 對子女影響的知識和理解；（2）加強青少年與其家庭之間的聯繫和溝通；（3）加強家庭之間的聯繫和協作等，作為防制青少年施用毒品的主要策略。另其他各領域的社區開發的目標與策略示例，由於都以相同的思維而建構完成，擬酌略不繼續說明。換言之，表 5 所示例的社區開發的策略，事實上，就是依據 IPM 的規劃步驟、核心項目、指導原則、核心步驟，所建構的處置策略或措施。

肆、 討論

以下針對 IPM 是否適用於臺灣的社會工作專業領域，提出下列幾點討論：

一、 在兒童最佳利益的實踐方面

以下擬分兩個部分說明：

（一）兒童的最佳利益：一項權利、一項原則和一項行事規則

兒童最佳利益的概念旨在確保兒童全面和有效享有《公約》所列的每一項權利及其整體發展。根據《公約》第 3 條第 1 款規定：「所有關係兒童之事務，無論是由公私社會福利機構、法院、行政機關或立法機關之作為，均應以兒童最佳利益為優先考量。」因此，選擇 IPM 作為青少年毒品施用之防制的行動或決定時，自應將兒童的最佳利益列為審查和評估（have been examined and assessed）的一種首要考慮。

（二）具體作法

根據〈第 14 號一般性意見（2013 年）－兒童將他或她的最佳利益列為一種首要考慮的權利〉（CRC_C_GC_14）（以下簡稱〈第 14 號一般性意見書〉規定，兒童最佳利益的概念，應包含：1.一項實質性權利；2.一項基本的解釋性法律原則；3.一項行事規則等三個層面。

因此，國內社工人員未來選擇或實施 IPM 作為青少年毒品施用的防制行動或決定時，自應遵循上述三個層面的概念，始能符合兒童最佳利益（for assessing and determining）的原則。依上述一般意見書規定，下列七個指標，可以做為評估與決定 IPM 的實施，是否符合兒童最佳利益的最佳指標（CRC_C_GC_14 §52-§84）。茲說明如下：

1. 兒童的意見（The child's views）方面

兒童表意權是最主要的兒童權利之一。雖然 IPM 並沒有明顯討論到此議題。但從整個 IPM 的實施過程中，隱約可以發現在「增加父母每週與子女在一起的時間」、「透過騰出每天或每週的常規家庭時間，提高青少年對與家人共渡時光的質量和價值的看法」、「透過共用活動和溝通，例如，每月與子女的朋友的家人共用一頓飯或其他共享活動，增加家庭之間的社會凝聚力相關的期望」、「確保所有學生在學校至少能找到一位成年人，可以向其尋求與酒精、煙草和其他藥物（以下簡稱『ATOD』）問題有關的幫助」等措施，實際上都可以稱上讓少年有表達意見以及做決定的很好時機。

2. 兒童的身份（The child's identity）方面

IPM 的實施過程，必須透過個體評估來決定兒童身份是否受到個人、生理、社會和文化等多層面因素的影響，而導致因性別、性取向、民族血統、宗教和信仰、文化多樣性、個人性格等方面的不同，而呈現表達方式也有所不同。換言之，國內實施 IPM 時，「禁止歧視原則」自有其適用的餘地。

3. 維護家庭環境與保持關係（Preservation of the family environment and maintaining relations）方面

該意見書雖規定，在無必要的情況下，不對兒童作替代照料的安置，尤其是「經濟和物質上的貧困」，絕不應成為從父母照料下移走兒童的唯一理由。但由於 IPM 是一種毒品施用的預防教育模式，偏重在支持性與補充性兩種服務模式。單從前述 IPM 的「常用社區目標和策略」項下來看，它主要涵蓋了：家庭、學校、同儕、休閒時間四大領域。尤其強調父母監督和減少從事危險行為的機會，是防制青少年毒品施用的關鍵因素。由此可見，IPM 的重點在於維護家庭環境與保持關係。至於替代照料的安置措施，應該不是 IPM 所涉入選擇的強項。

4. 兒童的照料、保護和安全（Care, protection and safety of the child）方面

所謂「保護和照料」，包括了兒童的基本物質、生理、教育和情緒的需求，以及對感情與安全的需求。當兒童於早期階段，他（她）與照料者之間，必須形成一種安全的依附關係，以使兒童有一個穩定的成長環境。因此，評估兒童是否身處於安全和身心健全的情況中？自應注意防範兒童當下以及未來將面臨的風險、傷害，以及其他不安全情況。

5. 弱勢境遇（Situation of vulnerability）方面

弱勢境遇的對象，諸如：身心障礙者、少數族群、難民或尋求庇護者、受虐者、流落者等。由於上述所指的青少年之脆弱情形，往往具有其獨特性，故實施 IPM 時，社工人員必須考慮到每位青少年不同類別和不同程度的脆弱性，並按其獨特弱勢情形，加以評估，以及藉由跨學科團隊進行定期的評估。

此外，謀求弱勢境遇者的最佳利益時，除應審酌《公約》所列各項權利的規定之外，其他相關的人權準則，諸如《身心障礙者權利公約》所涵蓋的各項權利等，亦應一併加以列入考慮始可。

6. 兒童的健康權（The child's right to health）方面

IPM 只著重青少年的 ATOD，作為防制毒品施用的重點。故未來社工人員在實施此模式時，應該在青少年的同意下，鼓勵他們積極參加活動。而且也需要讓青少年充分瞭解施用毒品，對其健康和發展具有重大影響的資訊，以便做出適當健康行為的選擇。

7. 兒童的受教育權（The child's right to education）方面

IPM 屬於免費且非正式教育以及相關活動，與一般的正式教育以及相關活動，同樣都是符合兒童最佳利益的措施。然而，由於 IPM 著重兒童的「保護因素」，不免對於各項權利的享有，可能形成局部性的限制。因此，國內未來在實施 IPM 時，如果能依兒童年齡和成熟程度，考慮到兒童的心理、情感、認知和社會發展狀況，並融入「充權」措施，將可避免未能全面使青少年行使其最佳利益所產生的隱憂。

二、 青少年的參與方面

以往預防青少年毒品施用的措施，往往無法聽到青少年的聲音，這將導致處置措施與青少年實際生活情形並不吻合。而《公約》強調兒童表意權，使得青少年參與有意義活動的觀點，被融入到「影響他們生活的機制和決策」中（Halsall, Lachance, & Kristjansson, 2020）。事實上，青少年的聲音有助於使預防毒品施用的策略，導向可靠性和有效性的較佳發展，以及對調查結果提供更為細緻的解釋。

三、 有效性與可轉移性的證據

（一）有效性

在「關於 1995-2006 年冰島青少年毒品施用流行趨勢的最新報告」中，對於在 1997 年與 2006 年的冰島 10 年級學生毒品施用情形之研究發現（Sigfusdottir et al., 2008），在過去 30 天內喝醉者，1998 年占 42%；2007 年占 20%，而每天吸煙者，1998 年占 23%；2007 年占 10%。其中一生中施用過大麻脂者，1998 年占 17%；2007 年占 7%。

另外，ESPAD（2016）的監測數據與收集的有關飲酒和酒精相關事故或傷害的數據發現，

在過去 12 個月內飲酒 10 次或更多次者，1995 年占 21%，2003 年占 14%；其中發生過與酒精有關的事故或傷害被告發者，1995 年占 14%，2003 年占 4%，而在 2003 年參加的其他 34 個國家中，當比較九種毒品施用行為的施用毒品比例時，冰島學生的毒品施用率低於同齡者的平均比例。

1997 年與 2006 年的 10 年級學生的自陳報告統計結果發現，青少年與父母經常或幾乎總是在工作日，共渡時光者，1997 年占 23%；2006 年占 31%。其中青少年在晚上 10 點之後，上週外出在四次或更多次者的比例，1997 年占近 36%；2006 年占近 30%。父母會監測青少年晚上和誰在一起，1997 年約占 33%；2006 年占近 67%。青少年幾乎從不參加派對者，1997 年約占 33%；2006 年占 43%以上。至於青少年晚上幾乎從不在市中心度過者，1997 年約占 29%；2006 年占 51%。青少年每週四次或更頻繁地參加有組織的體育運動（與體育俱樂部或團隊一起）者，1997 年占 24%；2006 年占 30%。

可見，在實施監督的 10 年期間，發現青少年與父母和父母監督的時間都大大增加。但 Eidsdóttir 等人的研究（2008）卻指出，超過一半的冰島青少年沒有達到建議的參與水準，男女在參與方面也存在差異性。

於 2017 年，智利的預防醫學協會（the Prevention Medical Association, PMA）對 IPM 產生了興趣，並在該學會會議中，對於 IPM 在智利是否具有文化相關性進行了大量討論。然而，在考慮到西班牙 Tarragona 省的專業人員使用 IPM 作為歐洲青少年(the Youth in Europe, YIE）計畫的一部分，並成功克服了文化適應因素以及冰島的表現優於其他文化相似的北歐國家的事實之後，一系列主要利益相關者決定為該國採用 IPM，並提供基層領導和支援（Sigfusdottir et al, 2020）。

最近，冰島 Lanark 郡的 Planet Youth 機構將 IPM 納入了青少年參與的程序，青少年成為實施該處置措施的主要利益相關者，同時也成為共同研究人員而投入參與式的評估（Halsall, Lachance, & Kristjansson, 2020）。此充分說明了將青少年觀點納入 IPM 過程的潛在價值，實不容小覷。

（二）可轉移性

IPM 是否可以轉移到在其他國家或地區實施。根據 Koning 等人（2020）認為冰島預防模式具有成效且可移轉到其他國家實施，但 Kristjansson（2021）卻撰文加以評析，接著 Koning 等人（2021）則又撰文加以反駁。

根據 Koning 等人認為，IPM 模式具有下列優勢，當然也具有可轉移性：

1. 根據指導原則四，IPM 涉及家長、青少年、政策制定者和研究人員。在匹配社區需求和更好的資源管理方面，自下而上的處置開發和實施方法確實比由他人指導處置的自上而下的

方法，實施上將更容易、更有效。

2. 根據指導原則三，IPM 使用近期和當地關於飲酒、休閒時間和青少年父母角色的數據是 IPM 的基礎。
3. IPM 的不同組成部分針對父母、青少年和政策。因此，該模型傾向於在不同層面解決多種保護和風險因素。
4. IPM 的目標因素，亦即父母監督和減少從事危險行為的機會，已經被證明在導致施用毒品的途徑中發揮保護性關鍵作用。
5. 儘管 IPM 並未在其指導原則中根深蒂固，但該模式旨在為青少年創造有監督的休閒活動機會。

此外，立陶宛 Kaunas 市與羅馬尼亞首都 Bucharest 市，該兩個城市在推行 IPM 相關計畫之後，均獲得有顯著成果。不過 Milkman 認為，國家與市民責任之間的平衡是在推行計畫時很重要的問題，他說：「（對整個國民來說）你想要給予政府多少控制權來管理你的小孩？政府處置人們怎麼生活會是太超過的事情嗎？」（泥仔，2017）。

四、 毒品施用的支持性與補充性做法

IPM 對我國社會工作的直接服務有那些啟示，茲分別敘述如下：

（一）風險因素與保護因素

IPM 從不同層面探討防制青少年施用毒品的保護因素和風險因素。其中，在保護因素中，IPM 特別強調加強青少年的復原力以及父母、學校、社區、心靈導師（mentor）的積極投入，來增加青少年的保護因子。

以心靈導師或助人專業團體活動的實施為例，當青少年接觸到心靈導師之後，往往會被培養出其自我發現的能力，而使青少年開始探索本身的問題與解決方式的關聯性。另青少年參加休閒或運動活動之後，由於他（她）的生活逐漸充實起來，使得他（她）在生活中，不再會感覺無聊。

（二）青少年休閒、體育受到重視

IPM 所強調的自我認同是由社會建構而來的，亦即從社區開始由下往上的方法，乃造成自我認同的正向改變。根據 Thorlindsson 等人（2007）的研究發現，與同儕群體、家庭和青少年可利用的娛樂活動類型是青少年施用毒品和犯罪的關聯性最具有很強的預測因素，可為明證。

青少年在有監督的活動機會中，最有可能發生參與親社會行為。反之，如果青少年在公共場所參與非結構化活動，以及在無成人監督的情況下，因缺乏技能培養目標，或不太注重社區建設，或可能因無人監督的情形，均可能演變成更多參與危險行為的機會，例如：酒精和其他毒品施用。

一般而言，參與運動本身，尤其是參與團隊，實際上有可能增加酒精消耗量和大量飲酒。因此，鼓勵青少年參與有監督的、無酒精的休閒活動是一種很好的防制策略。尤其如何發展積極、有良好監督和有意義的休閒活動，誠屬必要的措施。

（三）忽視直接服務

IPM 所提供的服務，主要以支持性服務與補充性服務為主軸。所謂「支持性服務」是針對家庭結構仍完整，但家庭關係失調、緊張，導致家庭產生壓力時所提供的服務；而所謂「補充性服務」則是利用一些補充性方案，藉以彌補家庭對其子女照顧功能之不足或不適當的情況（郭靜晃，2022）。

然而，以上述的支持性服務或補充性服務而言，IPM 主要還是著重自我發現的反思。IPM 將諮商歷程三個步驟，亦即探索、洞察、行動，移植過來作為自我發現的反思之用（田秀蘭、林美珠譯，2004）。可見，IPM 的處置措施，似乎著重在初級預防教育。換句話說，它雖具有較強的預防功能、教育功能；相對地說，它的處置效果是較薄弱的。

吾人認為青少年之所以持續施用毒品，無法自我發現。究竟他（她）的自我反思能力如何？個人的認知發展情形如何？仍待進一步探討的必要。

IPM 是一種社區合作的方法，強調「動員整個社會參與對毒品宣戰」。誠如蘇景輝（2009）參照 Jack Rothman 的修正說法，而對社區組織模式的加以分類。吾人認為應該是歸類於社會計畫行動模式，而非採用社區發展模式或社區行動模式為宜。

社區組織的主要概念中的增強能力、社區能力、參與能力，應該都能一體適用。另依照 IPM 的社區組織的步驟，從國家數據資料，來確定問題的範圍和將要採取的方法；再由行動轉移到地方層面，並在多個地點採取地方行動；最後才是綜合反思。也就是在反覆運算模型中，完成一個完整週期。

吾人認為 IPM 雖有採納了上述社區組織的幾個步驟，來完成該模式的建構；但它對於社區工作的理念與方法方面，所作的努力，似乎仍有待加強。

一般而言，實施照料性社區的執行步驟，可分為下列幾個階段（徐錦鋒，2014）：第一階段-社區準備度（community readiness）；第二階段-社區動員（community mobilization）；第三階段-社區風險、保護因子及資源評估（community risk, protection, and resource assessment）；第四階段-社區方案規畫（community strategic planning）；第五階段-社區方案執行與評估

（community plan implementation and evaluation）。即社區計畫執行訓練（Community Plan Implementation Training）。

IPM 雖然援引照料性社區的作法，但似乎接受度還是不夠的。尤其 IPM 大量運用志工人員，導致其成效的發揮，仍然受制於專業養成教育的不足。未來國內如何引進社工專業知識與技術，以落實 IPM 的實施，應該是我國當前刻不容緩的重要課題。

五、我國少年施用第三、第四級毒品社工處置策略之反思

根據陳秋香（2018）認為，少年通常因為好奇心、挫折、同儕影響等因素而施用毒品，但受訪者在執行後續追蹤服務過程中發現，促使這些原因的最主要因素是因為家庭功能較為薄弱所致。因而該研究發現，施用毒品少年的實際需求，主要計有：（1）藥物認知；（2）就學需求；（3）陪同子女找回自己，提供更多元學習，創造就業機會；（4）家人的支持與健全的家庭功能；（5）去標籤化，社會接納與企業支持。而陳淑蘭（2019）同樣也認為，對於少年施用第三、第四級毒品，社工人員實施處置的主要對象則是少年與父母。因而，該研究認為針對少年施用第三、四級毒品的理想策略與模式，在於成立一個據點；寓教於樂，提高少年自信心；加強親職教育課程；以家庭為本位；落實少年的職業協助；整合成一個團隊。很可惜，國內現有反毒策略，仍然以新世代反毒策略，最具規模。相對的，也抹煞建構出一個有系統且完整的初級預防教育模式的很好機會。

六、　未來我國如何實施 IPM

在過去 30 年中，冰島已因實施 IPM，而大幅減少該國青少年施用毒品的人數與比率，同時也證實 IPM 具有預防功效是可能的（Kristjansson et al., 2010; Kristjansson et al., 2016）。很可惜，國內迄今很少專家、學者主動去探討 IPM 這個模式。但對歐盟而言，IPM 卻是一個膾炙人口的話題。

因此，IPM 是否在國內具有可轉移性，吾人反而認為 IPM 的指導原則、實施原則、規畫步驟、實施步驟等實際操作，確實有其可取之處。茲說明如下：

（一）先期準備工作的規劃

IPM 在開發初期，首先需要邀請所有相關的利益相關者，坐在協調桌前，討論如何為當

地社區建構一個支援、監測和機會的網絡連結。再者，發展理論以求能啟動處置措施，累積一些社會資本，以便能透過加強父母、學校的支援作用以及他們周圍的機會網絡，來促使青少年能按照以證據，反思，行動的反覆運算循環，來進行自我發現歷程，從而避免毒品施用行為的產生。上述所謂「自我發現」也就是依照諮商歷程，由個案自己對自己的偏差行為，實際地去進行反思與改變的行動。

（二）有效目標

由於 IPM 缺乏對有效目標機制的洞察力，政策制定者和青少年專業人員無法在 IPM 中選擇那些策略可能在他們的環境中運作良好，而能做出基於證據或知情的決定。譬如：宵禁時間、更嚴格地限制使用酒精的飲料店、增加參與有組織的休閒活動的機會、地方政策變化或其他處置措施。

上述措施，也許可以滿足當地預防合作的目標，但卻不是「模型中不可錯過的元素」（Kristjansson et al., 2020）。雖然有學者批判 IPM 並質疑認為，如果 IPM 本身，尚無法清楚每個處置部分的目標機制是什麼？以及有那些預防措施，會對青少年的那些行為，將會有所改善？試問其後續又將如何去擬定有效的執行目標？又如何能對症下藥，實施有效策略？然而，目前 IPM 已經提出如何制定社區目標、策略以及示例等方面的改進，它雖然不是當初開發過程的產物，但總是好事一樁，至少朝著標準化程序已經建構完成。

（三）方法的指導原則

根據 Kristjansson 等人（2020）的研究認為，IPM 的實施方法，可歸納為如下幾個重點：

1. 前置作業

不妨透過青少年調查，進行需求評估，並傳播調查結果，以及為量身訂做的預防策略，提供一些信息，以供參考。

IPM 的策略，是利用現有社區結構來促進可持續性，以作為處置的一部分。因此，冰島首先將調查表格分發給所有 10 年級的參與學生，並進行調查。調查措施捕捉與個人、家庭、同伴、學校、休閒時間活動和社區特徵相關的風險和保護因素，以及關於藥物使用行為和心理健康與福祉的基本資料。這些訊息資料可以提供診斷信息之用，以幫助社區調整潛在的解決方案。然後，再根據調查的結果，進行促進社區的目標設定和戰略規劃，並組織一個該社區聯盟團隊來實施這些計劃。

2. IPM 的實施原則與步驟

IPM 用以指導社區特定策略設計的原則，包括：（1）應用初級預防方法；（2）社區行動和公立學校參與；（3）使用高質量數據讓利益相關者參與；（4）整合研究人員、政策制定者、

從業者和社區成員；（5）使解決方案的範圍與問題的性質保持一致。

根據上述原則和前述的十個程序步驟，可以開始從改善社區環境的方法著手，以減少青少年對酒精和其他毒品的施用情形。雖然這個方法符合社會工作理論有關「人在情境中」的思維。但實質上，IPM 仍然受限於缺乏對模式實施過程與結果的評估，以及處置方法的廣泛討論。也因而有可能弱化其專業處置的效果。

伍、 結論

針對 IPM，本研究的結論部分將就其優勢、限制、主要發現，提出個人觀點，最後予以結語。茲敘述如下：

一、 IPM 實施的優勢

IPM 具有下列幾點優勢：

1. IPM 是一種初級預防教育的處置模式，主要係針對青少年施用毒品、緊急健康等問題，尋求其問題的解決策略。
2. IPM 為了因應實地實施的需求，已經完成設計出一種基於社區的、自下而上之方法的五項指導原則和十個程序步驟，以利改善青少年毒品施用之社會環境，以及使之更能符合研究上的系統性、可重複性、可轉移性。
3. 無論是支持性服務，或者是補充性服務，IPM 將諮商歷程移植過來作為青少年自我發現的反思之用。

二、 IPM 實施的限制

1. 由於 IPM 不是針對個人行為，而是考慮更廣泛的環境對青少年生活的影響。所以，該模式的重點是在社區工作的社區組織，而非直接服務的社會個案工作。
2. 青少年之自我發現的反思歷程，如果運用在反思能力較差，又屬於非志願性的個案時，其自我反思的效果，仍有待進一步研究與瞭解。
3. IPM 的處置措施，似乎著重在初級預防教育，故其處置方面的有效性，可能仍有待進一步研究與瞭解。
4. IPM 雖援引照料性社區的作法，但如何擷取該方法的優點，並加強其實施的深度，仍待進一步研究與瞭解。

5. IPM 大量運用志工人員，導致其執行者的專業養成教育明顯不足，這也是本研究藉此呼籲有更多的社工專業人才投入 IPM 在國內實施的行列。同時也對我國現行防制青少年施用毒品的措施，做一種批判性思維。

三、 主要發現

本研究的主要發現，可歸納為如下三點：

1. IPM 是一種基於社區的、自下而上的方法，並強調社區參與和合作，以促使周遭的環境與社會，產生長期和漸進的變革。但由於該模式不是一種短期解決的方案，無法一蹴可及。
2. IPM 旨在為青少年創造有監督的休閒活動機會：此模式倡導青少年從事正當休閒活動與運動、課後照顧、父母關懷社區少年、深宵輔導，讓青少年平時無聊時，有地方可去打發時間。再者，父母監督和減少青少年從事危險行為的機會，是防制青少年毒品施用的關鍵因素。因而，IPM 對於我國未來擬定全面性的毒品初級預防教育措施，將會是一個良好的借鏡。
3. 該模式偏向社會計畫行動模式，故引進照料性社區，以補充其不足之處：未來國內移植此模式，吾人認為不妨融入直接服務以及照料性社區，將可提高此模式的有效性。但無論如何，任何處置措施往往需要搭配其他配套措施。譬如：雖然迄至目前為止，仍然無法證實宵禁時間的實施是否可以避免青少年施用毒品的行為；也不能肯定將宵禁時間的作法，當作此模型實施的先決條件。

四、 結語

IPM 在開發之初，其防制青少年毒品施用的目標，就是「動員整個社會參與打擊毒品的鬥爭」(Palsdottir, 2003)。因此，該模式著重父母和家庭、同儕團體、學校環境和校外休閒時間等四大領域的社區目標與策略的開發，以加強當地社區層面的保護因素，以及減輕風險因素，進而阻止青少年毒品施用的問題產生。

本研究從兒童最佳利益的七個最佳指標來評估 IPM 是否可以保護及促進兒童權利之實現。結果確認 IPM 頗能符合社會工作之「人在情境中」的理念，作為處置方法。最近 IPM 的研究團隊更將此模式的規劃步驟、核心項目、指導原則、核心步驟，完成標準化程序。因而，它是一種有效的毒品初級預防教育模式。

未來我國如何引進 IPM，以防制青少年毒品的施用。吾人會認為一位專業的社工人員，

身處於二十一世紀的當下，如何能以當代的思維方式，參酌晚近兒童發展的新知識、神經科學的研究發現，以及本著維護兒童最佳利益的原則，來處理青少年毒品施用的議題，誠屬當前我國社會工作專業領域亟待思考的重要課題。

因此，國內社工人員未來要如何本著其專業知識與技能，並透過社區工作方法的理論與實務，來組織社區、發展社區，進而協助施用毒品的青少年藉由從事休閒、運動，來轉移或避免其對毒品施用的偏好。而冰島歷經近三十年的努力，終於能以實證為基礎，證明此一模式確實有助於造成青少年行為的正向改變，並能有效地使青少年脫離毒品施用的枷鎖。此一國外的成功的寶貴經驗，對國內而言，不妨視為瑰寶，以策勵來茲。是所至盼!

參考書目

田秀蘭、林美珠（譯）（2004）。《助人技巧：探索、洞察與行動的催化（第五版）》（原作者：Hill, C. E.）。臺北：學富。

行政院（2020 年 9 月 29 日）。〈新世代反毒策略 2.0：溯源斷根，毒品零容忍〉。取自 https://www.ey.gov.tw/Page/5A8A0CB5B41DA11E/47bbd6cf-5762-4a63-a308-b810e84712ce

李亦園（1984）。〈當前青年次文化的觀察〉，《中國論壇》，205，9-15。

法務部司法官犯罪防治研究中心（2021 年 10 月 3 日）。〈中華民國 110 年犯罪狀況及其分析：2021 犯罪趨勢關鍵報告〉。取自 https://www.cprc.moj.gov.tw/1563/1590/1592/37425/post

泥仔（2017 年 10 月 4 日）。〈冰島人成功減少青少年藥物濫用的情形，其他地方也有可能成功嗎？〉，《地球圖輯隊》。取自 https://dq.yam.com/post/8221

徐錦鋒（2014）。〈社區對觸法與虞犯少年之照料與保護〉，《少年觀護社會工作》，頁 335-368。臺北：弘智。

張德聰（2005 年 3 月 11 日）。〈從青少年次級文化談校園危機處理〉。取自 http://www.nioerar.edu.tw/basis3/14/gh7.htm.

張儒林（譯）（1997）。《次文化：生活方式的意義》（原作者：Hebdige, D.）。臺北：駱駝。

教育部學生事務及特殊教育司（2021 年 5 月 10 日）。〈防制學生藥物濫用實施計畫〉。取自 https://enc.moe.edu.tw/New/Info/450

許春金（2017）。《犯罪學》。桃園：作者自印。

郭靜晃（2022）。《兒童福利概論（第二版）》。臺北：揚智。

陳光中、秦文力、周愫嫻（譯）（1995）。《社會學》（原作者：Smelser, N. J.）。臺北：桂冠。

陳秋香（2018）。《少年施用第三、四級毒品後續追蹤：社工人員的視角》。中國文化大學青少年兒童福利碩士學位學程碩士論文。

陳淑蘭（2019）。〈少年施用第三、第四級毒品社工處置策略之反思〉，《社區發展季刊》，167，202-215。

蔡德輝、楊士隆（2019）。《犯罪學》。臺北：五南。

龍紀萱、胡慧嫈、張秀玉、謝宏林（譯）（2010）。《社會工作直接服務：理論與技巧（第八版）》（原作者：Hepworth, D. H., & Rooney, R. H.）。臺北：洪葉。

聯合國（1989）。《兒童權利公約》。

聯合國（1990）。〈聯合國預防少年犯罪準則〉。

聯合國（2013）。〈第 14 號一般性意見〉，《兒童權利公約》。

聯合國（2013）。〈第 17 號一般性意見〉，《兒童權利公約》。

蘇景輝（2009）。《社區工作：理論與實務》。臺北：巨流。

Akers, R. L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Cohen, A. K. (1966). The delinquency subculture. *Juvenile Delinquency*, 103-118.

Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology*, *94,* 95-120.

Eidsdottir, S. T., Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., & Allegrante, J. P. (2008). Trends in physical activity and participation in sports clubs among Icelandic adolescents. *European Journal of Public Health*, *18*, 289-293.

European School Project on Alcohol and Drugs Group. (2023, April 9). ESPAD report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Retrieved from http://espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf

Halsall, T., Lachance, L., & Kristjansson, A. L. (2020). Examining the implementation of the Icelandic model for primary prevention of substance use in a rural Canadian community: A study protocol. *BMC Public Health*, *20*, 1235.

Hari, J. (2015, June 16). Johann Hari at TEDGlobal London. Retrieved from https://www.flickr.com/photos/tedconference/18245102614

Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2002). *Investing in your community's youth: An introduction to the communities that care system*. South Deerfield, MA: Channing Bete Company.

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Los Angeles, CA: University of California Press.

Koning, I. M., Kock, C. D., Kreeft, P. V. D., Percy, A., Sanchez, Z. M., & Burkhart, G. (2020). Implementation of the Icelandic Prevention Model: A critical discussion of its worldwide transferability. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *28* (4), 382-384.

Kristjansson, A. L., James, J. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D., & Helgason, A. R. (2010). Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland. *Preventive Medicine*, *51*, 168-171.

Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D.（2019）. Implementing the Icelandic Model for preventing adolescent substance use. *Health Promotion Practice*, *21* (1), 70-79.

Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2019). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing

Adolescent Substance Use. Health Promotion Practice, 21(1), 62-69.

Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Mann, M. J., Thorisdottir, I. E., & Allegrante, J. P. (2021). Response to comment by Kristjansson et al. on: Implementation of the Icelandic Prevention Model: A critical discussion of its worldwide transferability. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *28*, 379-381.

Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfusson, J., & Allegrante, J. P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction*, *111* (4), 645-652.

Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Science Review*, *3*, 672-682.

Myers, D. J. (2008). Epidemiologists, our patient is society. *New Solutions*, *18*, 107-109.

Palsdottir, D. (2003). Drug-free Iceland 2002: Final report. Reykjavik, Iceland: City of Reykjavik.

Planet Youth (2023, April 9). Youth in Europe. Planet Youth. Retrieved from https://planetyouth.org/about/youth-in-europe/

Planet youth. (2023, October 4). The Method. Planet Youth. Retrieved from https://planetyouth.org/the-method/

Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., Thorlindsson, T., & Allegrante, J. P. (2008). Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995-2006. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *28*(3), 12.

Sigfusdottir, I. D., Soriano, H. E., Mann, M. J., & Kristjansson, A. L. (2020). Prevention is possible: A brief history of the origin and dissemination of the Icelandic Prevention Model. *Health Promotion Practice*, *21*(1), 58-61.

Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjansson, A. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents: The Icelandic Model. *Health Promotion International*, *24*, 16-25.

Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, A. L., Roe, K.M., & Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents: The Icelandic Model. *Health Promotion International*, *24*(1), 16–25.

Thorisdottir, I. E., Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Implementing the Icelandic Model for preventing adolescent substance use. *Health Promotion Practice*, *21*(1), 70-79.

Thorlindsson, T., Bernburg, J. G. (2006). Peer groups and substance use: Examining the direct and

interactive effect of leisure activity. *Adolescence*, *41*, 321-339.

Thorlindsson, T., Bjarnason, T., & Sigfusdottir, I. D. (2007). Individual and community processes of social closure: A study of adolescent academic achievement and alcohol use. *Acta Sociologica*, *50*, 161-178.