



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime



استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد

ترجمه فارسی نسخه نهایی

استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف مواد توسط دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد در وین (UNODC) با حمایت و همکاری صاحب‌نظران ارشد کاهش تقاضای مواد از مراکز علمی، و دانشگاه‌های معتبر دنیا در سال ۲۰۱۳ تهیه و بر اساس همکاری فنی دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد در ایران و ستاد مبارزه با مواد جمهوری اسلامی ایران در زمینه مقابله با مواد مخدر و جرم، تحت برنامه کاهش تقاضای مواد و کنترل اچ‌آی‌وی IRN-V04 به فارسی ترجمه شده است.

قدردانی

دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل (UNODC) مایل است از نام بردگان زیر برای کمک‌های ارزشمندشان در امر تهیه و انتشار استانداردهای پیشگیری تقدیر کند:

- دولت نروژ، برای تامین منابع اصلی جهت انجام کار؛ و نیز دولت‌های سوئد و فنلاند که منابع مکمل، ولی بسیار ضروری را در اختیار ما قرار دادند.
- دولت ایتالیا، برای تامین منابع جهت اشاعه استانداردها در آینده
- مرکز تحقیقات مصرف مواد در کانادا (CCSA)، برای ابتکار عمل در ایجاد ارتباط با شرکای بین‌المللی جهت تهیه استانداردهای کلی بر اساس معیارهای موجود
- مرکز اروپایی پایش مواد مخدر و اعتیاد (EMCDDA)، برای مشاوره فنی در تمام مراحل، به خصوص روش‌شناسی کار، و پورتال تجربیات برتر
- کمیسیون مشترک آمریکا و آمریکای جنوبی برای مبارزه با سوء مصرف مواد (CICAD)، برای مشارکت در کار و نیز حمایت از مشارکت متخصصان آمریکای جنوبی
- آقای هری سامنل از دانشگاه جان مور در لیورپول (LJMU) برای مجوز استفاده از نتایج تحقیقات در حال انجام آن دانشگاه در مورد ادبیات و مراجع موجود در مقالات ارزیابی شده و قابل قبول
- خانم زیلی اسلوبودا، مشاور UNODC و مدیر تحقیقات شرکت JBS از آمریکا، برای یافتن منابع اولیه و تهیه پیش‌نویس مقاله زمینه برای مشاوره اولیه، و نیز حمایت مداوم پروژه از طریق مشاوره فنی
- خانم آنجلینا برادر خود، مشاور UNODC، برای ارزیابی ادبیات و منابع اطلاعاتی؛ و نیز استخراج اطلاعات
- برخی از اعضای گروه تخصصی برای تهیه معیارهای پیشگیری از مصرف مواد، که به ترتیب الفبایی عبارتند از:
 - آقای هاشم ف. العربی از امارات متحده عربی، آقای مسعود البلوشی از امارات متحده عربی، آقای لوییس آلفونسو از سازمان بهداشت پان آمریکن، آقای عمر خلفان علی از امارات متحده عربی، آقای علی المرزوقی از امارات متحده عربی، آقای جمعه سلطان الشمسی از امارات متحده عربی، آقای عبدالله محمد الشریف از عربستان سعودی، آقای فارس الزوبی از اردن، خانم سوفیا آراگون سانچز از اسپانیا، آقای گوستاوو آسکاسیبار از پرو، خانم روبی بالانکاس از مکزیک، آقای داگلاس بیلینگز از آمریکا، خانم جاسمین بوسکز از پاناما، آقای گیلبرت بوتوین از آمریکا، آقای گرگور بورکهارت از EMCDDA، خانم راشل کالام از انگلستان، خانم گرازیلا بثاتریس دوس سانتوس از برزیل، آقای ریچارد کاتالانو از آمریکا، خانم هدر کلارک از کانادا، آقای نیکولاس کلارک از WHO، خانم پاتریشیا کانراد از کانادا، آقای رویر کوک از آمریکا، آقای ویلیام کرانو از آمریکا، آقای رامبا ددی و آقای کن داگلاس از ترینیداد و

توباگو، آقای مارک ایدی از آمریکا، آقای کارلوس آلبرتو اسکالانتی از السالوادور، خانم لوسیا فابریسیو از برزیل، آقای فابریسیو فاگیانو از ایتالیا، خانم سارا فانفاریللو از ایتالیا، خانم ماریکا فرری از EMCDDA، خانم آنجلا فینک از برزیل، خانم والتینا فوراستیری از ILO، خانم سیلویا گوادارانایا از مکزیک، خانم دیانا هامس از آلمان، خانم فرانسس هاردینگ از آمریکا، خانم نادین هارکر از آفریقای جنوبی، خانم ربکا هرش از آمریکا، آقای ونگ هونگرو از چین، آقای حیام وحبه ابراهیم از اردن، خانم یادرانکا ایوانیچ زیمیچ از کروواسی، آقای یوهان یونگ بلوت از بلژیک، خانم والتینا کرانزلیچ از کرواسی، خانم کارول کامفر از آمریکا، آقای جف لی از انگلستان، خانم روزالی لیکیبی بوهو از کنگو، خانم ماریا پائولا لونا از آمریکا، آقای آرتور مالکروسکی از لهستان، آقای جیم مک کمبریج از انگلستان، خانم لین مک داندل از انگلیس، آقای کریس میکتن از WHO، خانم برندا میلر از آمریکا، خانم ماریستلا مونتریو از آمریکا، خانم ژانکره اومارووا، آقای آکواسی اوسو اوسو از غنا، آقای هانو پتراس از انگلستان، خانم متینین پینیوکون از تایلند، آقای رادو پوپ از رومانی، خانم ملو رامیرز از پاناما، خانم شانتی رانگاناتان از هند، خانم ایو رایدر از آمریکا، خانم الیزابت رابرتسون از آمریکا، خانم اینگبورگ روسو از نروژ، خانم میریام سافاتلی از فرانسه، آقای فرناندو سالازار از پرو، خانم ترزا سالوادور از اتهدادیه اروپا، آقای اونه سامی کوانه از غنا، آقای آلخاندرو سانچز گوئررو از مکزیک، خانم نارا سانتوز از برزیل، آقای مایکل شلوب از سوئیس، آقای بوریخان شاماروف و خانم الیزابتا سیمثونی از ایتالیا، خانم میلینا اسکینا از بوسنی و هرزگوین، آقای مارکو سویکیلی از فنلاند، آقای ریچارد اسپات از آمریکا، آقای جک استاین از آمریکا، آقای ولادیمیر استیلوویک از برزیل، آقای بیان هاوو تای از سریلانکا، خانم خوانا توماس روسلو از تایلند، آقای بارت اویترهگن از هلند، آقای پیر واندنر کرفت از بلژیک، آقای الکسانر واگنار از آمریکا، آقای شامیل وانیکاراتنه از عمارات متحده عربی، خانم اولین یانگ از آمریکا؛

- دیگر کارکنان دفتر محلی UNODC برای تسهیل ارتباط با دولتها متخصصین بین‌المللی و ارائه بازخوردهای عملی و موثر.
- نیکو و جیسون، کارورزان UNODC، برای یافتن و غربالگری شواهد علمی
- خانم هانا جیکلا، متخصص مدعو، برای تحقیق در مورد سوابق و نیز ارزیابی ادبیات مربوطه و همچنین تهیه بخشی از پیش‌نویس سند.
- آقای ودیچ مٹلوف، برای کمک در جمع‌آوری سوابق، تهیه بخشی از پیش‌نویس و ارائه بازخورد در مورد مابقی آن.
- خانم الیزابت متفلد، برای ارائه نظرات فنی موثر در تمامی مراحل کار
- خانم جوانا کامپلو، مسئول پروژه - بخش پیشگیری، درمان و توانبخشی - برای انجام هماهنگی‌ها و مدیریت برنامه و نیز تهیه بخش اعظم پیش‌نویس سند.

❖ الف

مقدمه..... ۶

۱. پیشگیری یعنی رشد سالم و ایمن کودکان ۶

۲. پیشگیری از مصرف مواد مخدر و سوء مصرف مواد..... ۷

۳. دانش پیشگیری..... ۸

۴. استانداردهای بین‌المللی..... ۹

– فرایند تهیه استانداردهای بین‌المللی..... ۹

– سند حاضر..... ۱۰

❖ ب- مداخلات و سیاست‌های موثر پیشگیری ۱۲

۱. نوزادی و دوران اولیه کودکی..... ۱۲

– درمان وابستگی در زنان باردار..... ۱۲

– عیادت دوران بارداری و نوزادی..... ۱۳

– تربیت دوران اولیه کودکی..... ۱۳

۲. دوران کودکی میانه..... ۱۴

– برنامه‌های آموزش مهارت‌های فرزند پروری..... ۱۴

– آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی..... ۱۶

– برنامه‌های بهبود محیط کلاس درس..... ۱۷

– سیاست‌های مقابله با غیبت کودکان از مدرسه..... ۱۸

۳. دوران اولیه نوجوانی..... ۱۸

– آموزش پیشگیری مبتنی بر مهارت‌های فردی و اجتماعی و تاثیرات اجتماعی..... ۱۹

– فرهنگ و سیاست مدارس..... ۲۰

– پرداختن به آسیب پذیری‌های روانشناختی فردی..... ۲۱

- ۲۲ مینتورینگ (مربیگری).....
- ۲۲ نوجوانی و بزرگسالی.....
- ۲۲ مداخله کوتاه مدت.....
- ۲۳ برنامه‌های پیشگیری در محیط کار.....
- ۲۵ سیاست‌های مربوط به مصرف سیگار و الکل.....
- ۲۶ ابتکارات چند جزئی مبتنی بر جوامع محلی.....
- ۲۷ کارزار رسانه‌ای.....
- ۲۷ اماکن تفریح و سرگرمی.....
- ۲۸ **ج - مداخلات بالقوه و سیاست‌های فاقد هرگونه شواهد اثر بخشی.....**
- ۲۸ ورزش و دیگر فعالیت‌های اوقات فراقت.....
- ۲۹ جلوگیری از مصرف غیر پزشکی داروهای نسخه‌ای.....
- ۳۰ مداخلات و سیاست‌های مربوط به کودکان و نوجوانان خارج از مدرسه، کودکان خیابان، سربازان کودک فعلی و سابق، آوارگان و جوامع پس از درگیری و سابق، آوارگان و جوامع پس از درگیری
- ۳۰ **د - ویژگی‌های نظام مداخله موثر.....**
- ۳۰ ۱. انواع مداخلات و سیاست‌های مبتنی بر شواهد.....
- ۳۰ ۲. حمایت از طریق سیاست‌ها و چهارچوب مقررات.....
- ۳۱ ۳. بنیانی مستحکم مبتنی بر تحقیقات و شواهد علمی.....
- ۳۲ • برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد.....
- ۳۳ • تحقیق و برنامه ریزی.....
- ۳۴ ۴. بخش‌های درگیر در سطوح مختلف.....
- ۳۴ ۵. زیرساخت قوی نظام اجرا.....
- ۳۴ ۶. پایداری.....

در گذشته، پیشگیری از مصرف مواد تنها منحصر به چاپ جزواتی بود که به جوانان در مورد خطرات مواد هشدار می‌داد و نتیجه‌ای جز عدم تغییر یا تنها تغییری جزئی در رفتار آنان در برداشت. اما اکنون علم امکان دگرگونی این وضعیت را به ما داده است. با استفاده از راهبردهای مبتنی بر شواهد علمی در کار با خانواده‌ها، مدارس و جوامع محلی، می‌توان اطمینان حاصل کرد که کودکان و نوجوانان، به خصوص در میان اقشار فقیر و به حاشیه رانده شده، با رشدی سالم و ایمن به سنین بزرگسالی پا نهند. با اختصاص هر دلار به امر پیشگیری، می‌توان حداقل ده دلار در هزینه‌های تامین سلامت اجتماع و برخورد با جرائم صرفه‌جویی کرد.

استانداردهای کلی و بین‌المللی حاضر خلاصه‌ای است از شواهد علمی به روز، که مداخلات و سیاست‌های موثر و ویژگی‌های آنها را توصیف می‌کند. در عین حال، این معیارها مبین اجزاء اصلی و مشخصه‌های یک برنامه کشوری موثر برای پیشگیری از اعتیاد است. امید است که این معیارهای کلی بتواند سیاستگذاران کشورها را یاری دهد تا با گسترش برنامه‌ها، سیاستها و نظام‌های مناسب، سرمایه‌گذاری موثری برای آینده کودکان، جوانان، خانواده‌ها و جوامع کشور داشته باشند. در تهیه این کتابچه از استانداردهای و دستورالعمل‌های سازمان‌های دیگر همچون (EMCDDA, CCSA, CICAD, Mentor, NIDA, WHO)^۱ در خصوص جنبه‌های مختلف پیشگیری از مصرف مواد استفاده شده است.

۱. پیشگیری یعنی رشد سالم و ایمن کودکان

هدف اصلی برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد کمک به افراد جامعه، به ویژه جوانان، در پرهیز از شروع به مصرف مواد، و در صورت مصرف، اجتناب از رسیدن به مرحله اختلالات وابستگی است؛ اما اهداف کلی‌تر این برنامه‌ها بسیار گسترده‌تر، و شامل رشد سالم و ایمن کودکان و نوجوانان و شکوفایی استعداد و توانایی آنها در جهت تبدیل شدن به افرادی سودمند برای جوامع و کشورشان است. برنامه‌های پیشگیری موثر تاثیر به سزایی در تعامل مثبت کودکان، نوجوانان و بزرگسالان در خانواده، مدرسه، محل کار و جامعه دارد.

دانش پیشگیری در بیست سال اخیر پیشرفت عظیمی داشته و در نتیجه، دست‌اندرکاران و سیاستگذاران به درک عمیق‌تری از علل آسیب‌پذیری افراد در گرایش به سوی مواد (عوامل خطر) رسیده‌اند. شواهد علمی نشان می‌دهد که عوامل خطری چون فرایندهای ژنتیکی و بیولوژیکی، ویژگی‌های شخصیتی، اختلالات روانی، بی‌توجهی و آزار در خانواده، سستی ارتباط با مدرسه و جامعه محلی و رشد کودک در جوامع حاشیه‌ای و محروم بیش از عدم آگاهی نسبت به مواد مخدر و عواقب آن اهمیت دارد. برعکس، سلامت روحی- روانی، ارتباط نزدیک با والدین دلسوز و تاثیرگذار، و همچنین، مدارس و جوامع نظام‌مند و دارای منابع کافی از جمله عواملی هستند که باعث کاهش آسیب‌پذیری افراد در برابر مصرف مواد و رفتارهای منفی می‌شود (عوامل محافظ).

شایان تاکید است که عوامل خطر فوق الذکر اکثرا خارج از کنترل فرد بوده (هیچکس به میل خود مورد بی‌توجهی والدین قرار نمی‌گیرد) و با رفتارهای پرخطر و مشکلات سلامتی همچون ترک تحصیل، پرخاشگری، غیبت از مدرسه، خشونت، رفتار جنسی پرخطر،

^۱ مرکز اروپایی پایش مواد مخدر و اعتیاد (www.emcdda.europa.eu) (EMCDDA) مرکز تحقیقات مصرف مواد در کانادا (www.ccsa.ca/English/) (CCSA) کمیسیون مشترک آمریکا و آمریکای جنوبی برای مبارزه با سوء مصرف مواد (http://cicad.oas.org/main/default_eng.asp) (CICAD) بنیاد منتور (www.mentorfoundation.org) (MENTOR) انجمن ملی مبارزه با سوء مصرف مواد (www.drugabuse.gov) (NIDA) سازمان بهداشت جهانی (www.who.int) (WHO)

افسردگی و خودکشی در ارتباط است. بنابراین، جای تعجب نیست که شواهد علمی نشان می‌دهد بسیاری از مداخلات پیشگیری از مصرف مواد باعث جلوگیری از رفتارهای پر خطر دیگر می‌شود.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که سن افراد در آسیب‌پذیری، یا برعکس، در مقاومت آنها در برابر شروع به مصرف مواد موثر است. دانشمندان مشخص کرده‌اند که دوران نوزادی، کودکی و اوایل نوجوانی، هر کدام، عوامل خطر و محافظ مربوط به خود را دارند، به خصوص در مورد رفتار والدین و دلبستگی به مدرسه. در سنین بالاتر، مدرسه، محل کار و تفریح و وسایل ارتباط جمعی، همگی عواملی هستند که میزان آسیب‌پذیری یا مقاومت افراد در برابر مصرف مواد و رفتارهای پر خطر دیگر را تعیین می‌کند.

لازم به ذکر نیست که زندگی در جوامع حاشیه‌ای فقیر، فقدان حمایت، یا وجود حمایت ناچیز خانواده و محدودیت امکان تحصیل در مدرسه موجب افزایش خطر برای نوجوانان خواهد شد. جنگ و بلایای طبیعی نیز از عوامل تشدید آسیب‌پذیری نزد کودکان، بزرگسالان و جوامع به شمار می‌رود. بنابراین، پیشگیری تنها بخشی از تلاش‌های گسترده‌ای است که برای کاهش آسیب‌پذیری و افزایش مقاومت کودکان و جوانان صورت می‌گیرد.

۲. پیشگیری از مصرف مواد مخدر و سوء مصرف مواد

بر اساس مفاد سه کنوانسیون بین‌المللی موجود^۲، پیشگیری یکی از اجزاء اصلی نظام‌های سلامت‌مدار در مبارزه با مواد به شمار می‌رود. تاکید سند حاضر بر پیشگیری از شروع به مصرف مواد و نیز پیشگیری از گذر به مرحله اختلالات ناشی از مصرف است. استانداردهای کلی بین‌المللی انواع دیگر پیشگیری (برای مثال: پیشگیری از عواقب سلامتی و اجتماعی مصرف مواد)، مراقبت و درمان وابستگی به مواد، یا تلاش‌های نیروی انتظامی را پوشش نمی‌دهند.

البته این بدان معنا نیست که تلاش‌های دیگر بی‌ارزش انگاشته شوند. برعکس، لازم به تاکید است که هیچ مداخله، برنامه یا نظام پیشگیری را نمی‌توان به طور مجزا یا یک جانبه تهیه و یا اجرا کرد. برنامه‌های پیشگیری منطقه‌ای یا کشوری زمانی موثر خواهد بود که همراه با، و در چهار چوب، یک نظام سلامت‌مدار و متوازن ارائه شود؛ نظامی که همراه با اعمال قانون، کاهش عرضه، درمان وابستگی به مواد و پیشگیری از عواقب سلامتی و اجتماعی (برای مثال: HIV/AIDS، بیش مصرف ...) توسعه یابد.

اگر چه تاکید اصلی استانداردهای کلی بین‌المللی تنها بر پیشگیری از مصرف مواد موضوع کنوانسیون‌های فوق‌الذکر است، شواهد مربوط به پیشگیری از مصرف سایر مواد روان‌گردان همچون سیگار، الکل و مواد استنشاقی نیز در این استانداردها ذکر شده و مورد استفاده قرار گرفته‌اند. این تنها بدان خاطر نیست که می‌توان درس‌های بسیاری از موارد مشابه در این حیطه‌های مکمل پیشگیری آموخت. برای مثال، مواد استنشاقی خود بسیار سمی و دارای عواقبی بسیار خطرناک هستند، و لذا پیشگیری از شروع به مصرف آنها بسیار ضروری است و یا در مورد کودکان و نوجوانان، پیشگیری از شروع به مصرف سیگار و الکل می‌تواند ابزاری قدرتمند در پیشگیری از مصرف مواد باشد. مغز کودک و نوجوان هنوز در حال رشد است و علم پیشگیری نشان داده است که آنها هر چه زودتر شروع به مصرف مواد روان‌گردان کنند، همانقدر احتمال دچار شدنشان به اختلالات ناشی از مصرف مواد در سنین بالاتر بیشتر خواهد بود.

^۲ - کنوانسیون واحد مربوط به مواد مخدر مصوب ۱۹۶۱ و پروتکل اصلاحی آن، مصوب ۱۹۷۲، کنوانسیون مربوط به داروهای روانگردان مصوب ۱۹۷۱ و کنوانسیون سازمان ملل برای مبارزه با قاچاق مواد مخدر و داروهای روانگردان مصوب ۱۹۸۸

۳. دانش‌پیشگیری

خوشبختانه دانش‌پیشگیری نشان داده است که چه اقداماتی در پیشگیری از مصرف مواد موفق‌ترند. اما باید به خاطر داشت که یافته‌های علمی تصادفی نیستند و ما آنها را مدیون حمایت مالی سازمان‌های مختلف از تحقیقات انجام شده، و حتی بیش از آن، کار و تلاش خالصانه محققان و کارورزانی هستیم که با دقت هر چه تمام‌تر برنامه‌های پیشگیری را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. هدف از تهیه سند حاضر ارائه نظام‌مند یافته‌های سالها تحقیق به گونه‌ای است که سیاست‌گذاران بتوانند تصمیمات خود را هرچه بیشتر بر اساس شواهد علمی اتخاذ کنند.

البته باید به خاطر داشت که نتایج تحقیقات کامل و بی‌نقص نیست. بازنگری تحقیقات در علم پیشگیری، کاستی‌های متعددی را آشکار کرده است. اکثر این تحقیقات در معدودی از کشورهای ثروتمند در آمریکای شمالی، اروپا و اقیانوسیه انجام گرفته و کشورهای فقیر، یا با درآمد متوسط، و دارای فرهنگ متفاوت در این تحقیقات گنجانده نشده‌اند. بعلاوه، عمده تحقیقات در مورد کارآمدی مداخلات بوده و تاثیر آنها را بر جوامع آماری کوچک تحت کنترل و دارای تسهیلات کافی سنجیده است. تنها معدودی از تحقیقات تاثیر مداخلات را در شرایط واقعی سنجیده‌اند. علاوه بر این، تحقیقات انجام شده تنها از نظر تاثیرگذاری ارزیابی شده‌اند و هزینه اثر بخشی و هزینه منفعت آنها در نظر گرفته نشده است. همچنین مشاهدات نشان داده‌اند که نتایج تحقیقات به تفکیک جنسیت گزارش نشده است.

دشواری دیگر این است که در اغلب موارد تعداد تحقیقات انجام شده کافی نیست، تا بتوان با قطعیت اجزاء لازم برای یک مداخله تاثیرگذار را تعیین کرد؛ برای مثال اینکه چه کسی و با چه سطحی از دانش و آموزش باید راهبردها را اجرا کند.

نهایتاً اینکه، همچون سایر شاخه‌های علوم پزشکی، در اینجا نیز سوگیری در انتشار مقالات مشکلی اساسی است. تحقیقات منتج به یافته‌های مثبت شانس بیشتری برای انتشار دارند، و این بدان معنا است که موارد مداخلات موفق بسیار بیشتر از تجربیات ناموفق در ادبیات پیشگیری منعکس می‌شوند. بنابراین، بسیاری از تحلیل‌ها با خطر اغراق در تاثیرگذاری مداخلات و سیاست‌های پیشگیری از مصرف مواد روبروست.

اکنون شدیداً نیازمند حمایت فوری و بین‌المللی از تحقیقات در حیطه پیشگیری از مصرف مواد هستیم. ضروری است که تلاش‌ها برای انجام این تحقیقات در کشورهای با درآمد کم و متوسط حمایت شوند، اما همچنین لازم است همه کشورها در نظام پیشگیری خود سرمایه‌گذاری گسترده‌ای برای ارزیابی برنامه‌ها و سیاست‌ها انجام داده و نتایج را در سطح بین‌المللی منتشر کنند. اما تا آن زمان وظیفه ما چیست؟ آیا سیاست‌گذاران باید برای اجرای ابتکارات پیشگیری در انتظار تکمیل اطلاعات باشند؟ چه باید کرد تا بتوان از مصرف مواد مخدر و سوء مصرف مواد جلوگیری و از رشد سالم و ایمن کودکان اطمینان حاصل کرد.

اگر چه به دلیل کمبود شواهد علمی باید احتیاط کرد، اما این مسئله نباید ما را از اقدام باز دارد. رویکردهای پیشگیری که در کشورهای مختلف به کار گرفته شده و موفق بوده‌اند، بی‌شک به نسبت روش‌هایی که تنها در یک منطقه و فقط بر اساس حسن نیت و حدسیات به کار گرفته شوند، گزینه‌های مناسب‌تری هستند. این امر بخصوص در برخورد با آسیب‌پذیری‌های شایع در فرهنگ‌های مختلف (برای مثال: خلق و خو، بی‌تفاوتی والدین) صدق می‌کند. از سوی دیگر، رویکردهایی که قبلاً در کشورهای دیگر ناموفق بوده‌اند، به احتمال قوی باز هم شکست خورده و تاثیرات نامطلوبی خواهند داشت.

اما دانش کنونی ما می‌تواند نشانگر مسیر درست باشد. با استفاده از این دانش و گسترش آن از طریق تحقیق و ارزیابی مداوم می‌توان اطلاعات لازم را در اختیار سیاست‌گذاران قرار داد تا با گسترش نظام پیشگیری ملی بر اساس شواهد علمی از کودکان، جوانان و بزرگسالان در داشتن یک زندگی سالم، مثبت و ایمن حمایت به عمل آورند.

۴. استانداردهای بین‌المللی

سند حاضر توصیف‌گر مداخلات و سیاست‌هایی است که اثر بخشی آنها بر اساس شواهد علمی به اثبات رسیده، و لذا می‌توانند به عنوان زیربنایی برای نظام پیشگیری سلامت محور در سطح ملی باشند. استانداردهای بین‌المللی همچنین می‌تواند راهنمایی باشد برای اجرای مداخلات و سیاست‌ها را بر اساس ویژگی‌های مشترک مداخلات و سیاست‌های تأثیرگذار پیشین. در بخش آخر نیز اجزاء و ویژگی‌های اصلی یک نظام پیشگیری ملی موثر ذکر شده است.

• فرایند تهیه استانداردهای بین‌المللی

این سند توسط UNODC و با کمک ۸۵ نفر از محققان، سیاست‌گذاران، پزشکان و سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی از سراسر جهان تهیه و منتشر شده است. بعلاوه افراد دیگری نیز با معرفی کشورهای عضو UNODC به فرایند تهیه استانداردها پیوسته‌اند. اعضای گروه در ژانویه ۲۰۱۲ با تشکیل دو جلسه رهنمودهای کلی برای تعیین گستردگی کار در اختیار UNODC قرار دادند، و در ژوئن همان سال شواهد جمع‌آوری شده و نیز نخستین پیش‌نویس را مورد مطالعه قرار دادند. گروه همچنین مشاوره لازم را در خصوص تعیین روش‌شناسی لازم برای ارزیابی نظام مندر شواهد جمع‌آوری شده در اختیار UNODC قرار داد. توضیحات کامل در مورد روش جمع‌آوری و ارزیابی اطلاعات در ضمیمه ۲ سند حاضر آورده شده است. آنچه در ذیل این بخش می‌خوانید خلاصه‌ای از روش تهیه چهارچوب اطلاعاتی سند حاضر است.

اعضای گروه مقالات مهم در حیطه‌های مورد توجه محققان را در اختیار UNODC قرار داده و همچنین تحقیقات انجام گرفته در گستره محدودتر جغرافیایی و موضوعی را نیز مشخص کردند. در تهیه سند مقالات علمی و نیز گزارش‌های سازمان‌های مختلف به زبان‌های گوناگون مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

سپس مقالات و گزارش‌های غربال شده و موارد حاکی از موفقیت مداخلات و سیاست‌های مربوط به مصرف مواد، الکل و سیگار مشخص شدند. از آنجا که تحقیقات مربوط به کودکان تأثیر مداخلات در مراحل بعدی زندگی آنها را نسنجیده بود، مقالات نشانگر تأثیرگذاری بر عوامل خطر و محافظ در تهیه سند مورد استفاده قرار گرفتند. مطالعات همچنین از نظر روش شناختی به گروه‌های مختلف تقسیم شدند: بررسی‌های نظام‌مند شامل فرا تحلیل، کارآزمای تصادفی کنترل شده، دیگر مطالعات اولیه و نیز مطالعاتی در مورد آسیب‌پذیری و مقاومت در برابر مصرف مواد و یا موضوعات مهم در ارتباط با پیشگیری از مصرف.

در مرحله بعد، کیفیت بررسی‌ها براساس معیارهای گروه تحقیقی کاکرن Cochrane اندازه‌گیری شده و رتبه‌های «خوب»، «قابل قبول» و «غیر قابل قبول» به آنها داده شد. همچنین، کیفیت کارآزمای‌های تصادفی کنترل شده و دیگر مطالعات اولیه مکمل بررسی‌ها ارزیابی شده و مطالعات بر حسب نتایج رتبه بندی شدند. ضمیمه ۱ متشکل از فهرست تمام مطالعاتی است که در این فرایند مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

تنها مداخلات و سیاست‌هایی که پشتوانه مطالعاتی خوب یا قابل قبول داشتند در تهیه استانداردهای بین‌المللی مورد استفاده قرار گرفته‌اند و قوت و ضعف شواهد مربوط به تأثیرگذاری مداخلات و سیاست‌های مختلف بر اساس دو متغیر اصلی سنجیده شده‌اند. نخست، نوع مطالعات انجام شده، که بررسی‌های نظام‌مند بهترین، و پس از آن، کارآزمای‌های تصادفی کنترل شده و سپس دیگر مطالعات اولیه قرار داشتند. دوم، کیفیت بررسی‌ها؛ برای مثال شواهد مربوط به بررسی‌های دارای رتبه خوب، قوی‌تر از شواهد برگرفته از کارآزمای‌های تصادفی کنترل شده خوب یا قابل قبول در نظر گرفته شده‌اند.

• سند حاضر

پس از مقدمه، سند متشکل از سه بخش اصلی است. بخش نخست اختصاص دارد به معرفی مداخلات و سیاست‌های موثر در پیشگیری مصرف مواد، الکل و سیگار در گروه‌های سنی مختلف؛ از دوران پیش از تولد تا کودکی، نوجوانی و بزرگسالی. این مراحل به دوره‌های اصلی رشد در زندگی افراد، یعنی دوران جنینی، نوزادی، دوران اولیه کودکی، دوران کودکی میانه، دوران اولیه نوجوانی، نوجوانی و بزرگسالی مربوط می‌شوند.

برخی مداخلات و سیاست‌ها را می‌توان در ارتباط با بیش از یک گروه هدف سنی به کار گرفت. در این موارد، مداخلات و سیاست‌ها تعریف مجدد نشده بلکه تحت عنوان تنها یک گروه سنی گنجانده شده و به گروه‌های دیگر دارای شواهد تاثیرگذاری، اشارات لازم شده است.

تا حد امکان، توصیف هر راهبرد شامل فعالیت‌های اصلی، بنیان نظری، شواهد اثر بخشی و نیز ویژگی‌ها و عناصر مشترک در راهبردهای مداخلات اثربخش است. توصیف هر کدام از مداخلات و سیاست‌ها، به ویژه، به این اشاره دارد که آن راهبرد خاص برای جوامع بزرگ مناسب است، یا برای افراد و گروه‌های کوچک در معرض خطری خاص (پیشگیری انتخابی)، و یا برای افرادی که شروع به مصرف مواد کرده‌اند، اما هنوز به مرحله وابستگی نرسیده‌اند (پیشگیری الزامی).

بعلاوه، متن سند اطلاعات مبسوطی در مورد شواهد مربوط به اثربخشی ارائه می‌کند، مواردی از قبیل اینکه آیا شواهد در مورد مصرف مواد و یا الکل و یا سیگار است؛ و نیز قوت شواهد، یافته‌های تحقیق، میزان اثر بخشی و همچنین محل انجام تحقیق مورد اشاره قرار گرفته است. در صورت اشاره محققان به هزینه اثر بخشی، اطلاعات مربوطه نیز در سند ذکر شده است. جدول ۱، که بلافاصله بعد از این بخش گنجانده شده، خلاصه‌ای است از مداخلات اثربخش در پیشگیری مصرف مواد، الکل و سیگار، بر اساس سن گروه هدف، محل اجرا، و نیز مقدار ریسک و میزان اثربخشی. این اطلاعات ترکیبی است از ارزیابی قوت شواهد بر اساس روش‌شناسی فوق‌الذکر، از یک سو، و از سوی دیگر توصیف نتایج قابل دست‌یابی طبق تعریف ارائه شده در بخش ب. لازم به تاکید است که این آمار تنها اشاره به اثربخشی برخی از برنامه‌ها داشته و به هیچ وجه جنبه توصیه یا تجویز ندارد.

علاوه بر این، سند حاضر ویژگی‌هایی را مطرح می‌کند که، به نظر گروه متخصصین، در ارتباط با اثر بخشی مداخلات و سیاست‌ها هستند؛ و نیز در صورت امکان، ویژگی‌هایی که مربوط به عدم اثر بخشی آن‌ها تشخیص داده شده است. البته، رابطه میان این ویژگی‌ها و موفقیت مداخلات نباید رابطه علت و معلولی انگاشته شود. همانطور که در بالا گفته شد، شواهد کافی برای برقراری چنین رابطه‌ای وجود ندارد، بلکه هدف نشان دادن جهت کلی مداخلاتی است که، بنا بر تجربه پژوهشی گروه متخصصین، می‌تواند امکان موفقیت را افزایش دهد.

بخش دوم، به طور خلاصه، توصیفگر مداخلات و سیاست‌هایی است که هیچ شواهدی مبنی بر اثر بخشیشان وجود ندارد، لیکن توضیح کوتاهی در مورد استفاده بالقوه از آن‌ها در بر مبنای دیگر شواهد موجود در ادبیات پیشگیری ارائه شده است. اما بخش سوم اختصاص دارد به اجزایی که بر اساس مداخلات و سیاست‌های مبتنی بر شواهد می‌توانند یک نظام پیشگیری ملی اثر بخش را تشکیل دهند که هدفش رشد سالم و ایمن کودکان و جوانان باشد.

جدول ۱ - خلاصه مداخلات و سیاست‌های اثر بخش در پیشگیری

(پس از سنجش مطالعات اولیه، نهایی خواهد شد.)

بزرگسالی	نوجوانی	نوجوانی - اولیه	کودکی - میانه	کودکی - اولیه	بارداری - نوزادی	خانواده
					انتخابی ملاقات پرستار در دوران بارداری و نوزادی **	
					انتخابی درمان وابستگی زنان باردار *	
		همگانی و انتخابی مهارت‌های فرزندپروری ***				
				انتخابی تربیت کودک - اولیه ***		مدرسه
			همگانی مهارت‌های فردی و اجتماعی ***			
			همگانی کلاس‌داری ***			
			انتخابی سیاست‌های نگهداشتن دانش آموزان در مدرسه **			
		کلی و انتخابی آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی و تأثیرپذیری اجتماعی ***				
بزرگسالی	نوجوانی	نوجوانی - اولیه	کودکی - میانه	کودکی - اولیه	بارداری - نوزادی	
		همگانی سیاست و فرهنگ مدارس **				
		موردی رسیدگی به آسیب‌پذیری‌های فردی **				
		همگانی سیاست‌های الکل و سیگار ****				جامه محلی

همگانی و انتخابی				جامه محلی
ابتکارات چند جزئی مبتنی بر جامعه محلی ***				
همگانی و انتخابی کارزارهای رسانه‌ای **				
	انتخابی مرب‌گیری *			
همگانی مکان‌های سرگرمی **				
کلی، انتخابی و موردی پیشگیری در محل کار ***				محیط کار
توصیه شده مداخلات کوتاه مدت ***				بخش سلامت
<p>توضیحات: اثر بخشی مداخلات و سیاست‌ها با ستاره (* محدود / ** قابل قبول / *** خوب / **** بسیار خوب / ***** عالی) ارزیابی شده است - برای دیدن توصیف اطلاعات مربوط به هر کدام از درجات ارزیابی، به بخش قبل رجوع شود. علامت سؤال (؟) به معنای آن است که شواهد هنوز در مرحله سنجش است.</p>				

ب- مداخلات و سیاست‌های موثر پیشگیری

۱- نوزادی و دوران اولیه کودکی

نخستین تعاملات کودک در خانواده و پیش از رفتن به دبستان آغاز می‌شود. خطراتی که کودکان پیش از دبستان با آن مواجه هستند در تعامل با والدین یا مراقبینی است که از تغذیه کودک غافل می‌شوند؛ فاقد مهارت‌های فرزند پروری در محیط نابسامان خانواده هستند، مواد مصرف می‌کنند و یا مبتلا به اختلالات روانی هستند. شواهد کافی در دست است، که نشان می‌دهد عواقب مصرف الکل، سیگار و مواد در دوران بارداری بر رشد جنین تاثیر منفی دارد. چنین کاستی‌هایی مانع از رسیدن به توانایی‌های مهم رشدی شده و باعث افزایش خطر و آسیب پذیری آتی کودکان نسبت به رفتارهای منفی می‌شود. در چنین شرایطی، شاهد بروز رفتارهای ایدایی، بد خلقی، نافرمانی، و رفتار مخرب در کودکان خواهیم بود. اهم اهداف رشدی در دوران اولیه کودکی عبارتند از وابستگی ایمن به والدین و مراقبین، رشد مهارت‌های زبانی خاص سن، و دیگر کارکردهای اجرایی و ادراکی مانند خود تنظیمی میل به تعامل و مهارت‌های اجتماعی. اکتساب این توانایی‌ها، بیش از هر جا، در خانه و با حمایت خانواده امکان‌پذیر است.

• درمان وابستگی در زنان باردار

○ توصیف کلی

بارداری و بچه دار شدن باعث بروز تغییراتی مهم و گاه تنش‌زا است که می‌تواند مادران دارای وابستگی را مستعد قبول درمان سازد. درمان جامع و مبتنی بر شواهد برای وابستگی به مواد را می‌توان هم‌زمان با آموزش‌های اولیه مهارت‌های فرزند پروری به کار بست. از آنجا که مصرف مواد در هنگام بارداری هم برای مادر و هم کودک آینده‌اش خطرناک است، درمان زنان باردار می‌بایست در اولویت قرار گرفته و دقیقاً بر اساس دستورالعمل‌های بالینی مبتنی بر شواهد علمی صورت گیرد.

شواهد اثر بخشی

شواهد موثق علمی حاکی از آن است که ارائه درمان‌های جامع مبتنی بر شواهد به زنان باردار می‌تواند دارای تأثیرات مثبت بر رشد و کارکردهای عاطفی و رفتاری کودک و نیز مهارت‌های والدین باشد. البته چهارچوب زمانی برای پایداری این نتایج مشخص نشده است.

○ ویژگی‌های یک برنامه اثربخش

شواهد موجود نشان می‌دهد که برنامه‌های اثر بخش دارای ویژگی‌های زیر هستند:

✓ ارائه خدمات درمان جامع به زنان باردار مبتلا به اختلالات درمان مواد، شامل اختلالات همبود در

سلامت روان

✓ ارائه آموزش مهارت‌های فرزند پروری بر اساس دلبستگی به والدین

● عیادت دوران بارداری و نوزادی

○ توصیف کلی

در این برنامه‌ها، پرستاران یا مددکاران آموزش دیده به دیدار زنان باردار یا مادران نوزادان می‌روند و در کنار ارائه آموزش مهارت‌های فرزندپروری، به آن‌ها در برخورد با مسائل گوناگون (سلامت، مسکن، کار، مسائل حقوقی...) کمک می‌کنند. جامعه هدف در این برنامه‌ها اغلب تنها گروه خاصی از زنان است که در معرض خطر جدی به شمار می‌روند.

شواهد اثر بخشی

شواهد پس از پایان ارزیابی مطالعات اولیه اضافه خواهد شد.

● تربیت دوران اولیه کودکی

○ توصیف کلی

تربیت اولیه در جهت کمک به رشد اجتماعی و ادراکی کودکان در سنین ۲ تا ۵ سالگی (پیش دبستان) در جوامع محروم صورت گرفته، و بنا بر این، مداخله‌ای انتخابی به شمار می‌رود.

شواهد قوی نشانگر آن است که ارائه خدمات تربیت اولیه برای کودکان در حال رشد در جوامع محروم می‌تواند باعث کاهش در مصرف ماری جوانا در سن ۱۸ سالگی (۷ تا ۱۳ درصد)، و همچنین تقلیل مصرف داروهای ممنوعه و سیگار شود (۱۳ تا ۱۶٪؛ نسبت ریسک ۰.۸۶٪ برای ماری جوانا و ۰.۸۱٪ برای سیگار). بعلاوه، شواهدی در دست است که تربیت اولیه باعث جلوگیری از رفتارهای پرخطر، و نیز حمایت از سلامت روانی، مشمولیت اجتماعی، و موفقیت تحصیلی می‌شود. تمام شواهد مربوط به ایالات متحده آمریکا است.

○ ویژگی برنامه‌های اثر بخش

شواهد موجود نشان می‌دهد که برنامه‌های اثر بخش دارای ویژگی‌های زیر هستند:

- ✓ باعث بهبود مهارت‌های ادراکی، اجتماعی و زبانی کودکان می‌شوند.
- ✓ جلسات به طور روزانه برگزار می‌شوند.
- ✓ توسط مربیان آموزش دیده ارائه می‌شوند.
- ✓ به خانواده‌ها در مسائل دیگر اجتماعی-اقتصادی کمک می‌کنند.

۲- دوران کودکی میانه

در دوران کودکی میانه، کودکان بیش از پیش وقت خود را در مدرسه و با همسالان خود می‌گذرانند. اما خانواده هنوز عامل اصلی اجتماعی شدن کودک به شمار می‌رود. با وجود این، به همراه افزایش نقش مهد کودک، مدرسه و گروه هم‌سالان، عواملی همچون هنجارهای جامعه، فرهنگ مدرسه و کیفیت آموزش در رشد عاطفی، ادراکی، و اجتماعی کودکان اهمیتی روز افزون پیدا می‌کند؛ نقش مهارت‌ها و رفتار همیارانه اجتماعی در کودکی میانه افزایش یافته و آن‌ها را تبدیل به عوامل محافظ کلیدی می‌کند که بر توانایی تطبیق پذیری کودک و پیوند او با مدرسه می‌افزایند.

رشد پیوسته مهارت‌های زبانی و ریاضی خاص سن، کنترل رفتارهای تکانشی و مسک نفس از جمله اهداف مهم رشدی در دوران کودکی میانه به شمار می‌رود. در این دوران، شاهد ظهور رفتارهای هدفمند، و نیز مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله نزد کودکان هستیم. اختلالات ذهنی (اضطراب، اختلال کنترل رفتار تکانشی و اختلالات روانی)، که در این دوران آغاز می‌شوند؛ می‌تواند، مانع از ایجاد پیوند سالم کودک با مدرسه، بازی مشارکتی با هم‌سالان، یادگیری تطبیقی و خود تنظیمی شوند. کودکان خانواده‌های ناکارآمد در این دوره اغلب با شروع به معاشرت با هم‌سالان منحرف می‌شوند و از این طریق خود را هرچه بیشتر در معرض خطر تصمیم‌های منفی همچون مصرف مواد، مصرف بی‌رویه الکل و انجام فعالیت‌های غیرقانونی قرار می‌دهند.

● برنامه‌های آموزش مهارت‌های فرزند پروری

○ توصیف کلی

این برنامه‌ها روش‌های ساده‌ای را به والدین برای بهبود مهارت‌های خود می‌آموزد. مطالعات نشان داده که سبک صمیمی فرزند پروری شامل وضع مقررات برای رفتار قابل قبول، پایش اوقات فراغت و الگوی دوست-

یابی فرزندان، کمک به آن‌ها در کسب مهارت اخذ تصمیم‌های منطقی و ارائه الگوهای رفتاری برای فرزندان، از موثرترین عوامل حفاظتی در برابر مصرف مواد و دیگر رفتارهای پر خطر است. این برنامه‌ها را می‌توان برای دوره اولیه نوجوانی نیز در نظر گرفت. از آنجا که بررسی‌ها اکثراً تمام گروه‌های سنی را پوشش می‌دهند و چون اصول انجام کار تقریباً یکی است، در این سند تنها در مورد مداخلات بحث شده است.

شواهد اثر بخشی

شواهد قوی در دست است که برنامه‌های کلی مبتنی بر خانواده می‌تواند از مصرف بی‌رویه الکل جلوگیری کند. میزان تاثیر کم، ولی کلا دارای ثبات و پایداری در میان مدت و بلند مدت است. در مورد مصرف مواد مخدر، تحقیقات موثق نشان می‌دهد که اینگونه برنامه‌ها، تا ۱۲ ماه یا بیشتر، از مصرف خود اظہار جلوگیری می‌کند. مداخلات با تاکید بر خانواده می‌تواند برای کودکان و نوجوانان آسیب پذیر، و کودکان در معرض عوامل خطر متعدد، بیشترین تاثیر بالقوه را در کاهش دراز مدت مصرف مواد داشته باشد. نهایتاً، مداخلات با تاکید بر والدین و خانواده همچنین باعث بهبود چشمگیر و دراز مدت در کارکرد خانواده (شامل مهارت‌های فرزند پروری و رفتار کودکان) می‌شود. برنامه‌های مهارت فرزندپروری در آفریقا، آسیا، خاورمیانه و آمریکای لاتین اجرا شده‌اند اما تنها معدودی از آن‌ها با هدف پیشگیری از عواقب عاطفی و رفتاری طراحی شده بودند، و البته از روش‌شناختی قوی و منسجمی نیز سود نمی‌بردند.

ویژگی برنامه‌های اثر بخش

شواهد موجود نشان می‌دهد که برنامه‌های اثر بخش دارای ویژگی‌های زیر هستند:

- ✓ بهبود پیوند خانوادگی (دلبستگی میان والدین و فرزندان)
 - ✓ کمک به والدین در ایفای نقشی فعال‌تر در زندگی فرزندان؛ برای مثال، پایش فعالیت‌ها و روابط با دوستان و نقش آفرینی در تحصیلات و یادگیری آنها.
 - ✓ کمک به والدین در برقراری نظم و انضباط مثبت و مناسب سن کودک
 - ✓ حمایت از والدین در ارائه الگوی رفتاری به فرزندان خود
- بعلاوه، ویژگی‌های زیر نیز در ارتباط با برنامه‌های اثر بخش قرار دارند:
- ✓ سازماندهی به گونه‌ای که حضور در کلاس‌ها برای والدین راحت و خوشایند باشد (برای مثال، برگزاری کلاس‌ها بعد از ساعت کاری، دادن غذا، نگهداری از کودکان، ایاب و ذهاب، جایزه‌های کوچک برای تکمیل دوره ...)
 - ✓ جلسات متعدد (حدود ۱۰ جلسه، یا بیشتر، در مورد کلاس‌های والدین در جوامع محروم یا در حاشیه، یا برای برنامه‌هایی که در آنها هر دو، یا یکی، از والدین وابستگی به مواد داشته‌اند.
 - ✓ داشتن فعالیت‌هایی برای والدین، فرزندان و تمام خانواده.
 - ✓ ارائه توسط افراد آموزش دیده که در بسیاری از موارد فاقد تحصیلات رسمی مربوطه بوده‌اند.

○ ویژگی برنامه‌های فاقد اثر بخشی

- × تضعیف اختیارات والدین
- × ارائه به صورت سخنرانی
- × ارائه اطلاعات مربوط به مواد مخدر از طریق والدین به فرزندان آنها
- × تمرکز تنها بر کودکان
- × آموزش ناکافی برای ارائه‌کنندگان

راهنماها و ابزارهای مکمل

- (UNODC, ۲۰۱۰) مجموعه برنامه‌های مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد برای خانواده‌ها – دفترمقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد. وین، اتریش
- (UNODC, ۲۰۰۹) راهنمای اجرای برنامه‌های مهارت آموزی خانواده برای پیشگیری از مصرف مواد – دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد. وین، اتریش

● آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی

○ توصیف

در این برنامه‌ها، معلمان آموزش دیده با فعالیت‌های تعاملی، کودکان را، در کسب انواع مهارت‌های فردی و اجتماعی یاری می‌دهند. این برنامه‌ها معمولاً در قالب مجموعه‌ای از جلسات ساختارمند به همه کودکان ارائه می‌شود (نمونه‌ای از مداخلات در سطح کلی). برنامه‌ها فرصتی است برای کودکان تا مهارت‌های لازم برای برخورد سالم و ایمن با شرایط سخت در زندگی روزمره را کسب کنند. این مداخلات در جهت کمک به رشد توانمندی‌های کلی اجتماعی، از جمله سلامت ذهنی و عاطفی، با توجه به هنجارها و نگرش‌های اجتماعی ارائه می‌شوند.

شواهد اثر بخشی

شواهد قوی حاکی از آن است که حمایت از رشد مهارت‌های اجتماعی در کلاس درس می‌تواند باعث پیشگیری از مصرف مواد قانونی و غیر قانونی در طول دوره کودکی میانه و نوجوانی شود. برنامه‌های پیشگیری در مدارس همچنین می‌تواند بر عوامل خطر مربوط به مصرف مواد، همچون تعهد به مدرسه، عملکرد تحصیلی، عزت نفس، سلامت ذهنی، مهارت تاب‌آوری و دیگر مهارت‌های اجتماعی تاثیرگذار باشد. همچنین، نتایج موقت نشان داده است که برنامه‌های مربوط به مسک نفس، ارائه شده به کودکان ۱۰ ساله یا کمتر، می‌تواند باعث کاهش رفتارهای ناهنجار شود. تمام شواهد مربوط به آمریکا، کانادا و اروپا است.

ویژگی برنامه‌های اثر بخش

- شواهد موجود نشان می‌دهد که برنامه‌های اثر بخش دارای ویژگی‌های زیر هستند:
 - ✓ باعث بهبود مهارت‌های فردی و اجتماعی متعدد می‌شود.
 - ✓ به شکل مجموعه‌ای از جلسات ساختارمند ارائه شده و اغلب در طی چندین سال جلسات مکمل نیز به آنها اضافه می‌شود.
 - ✓ توسط آموزش دهندگان یا تسهیل‌گران آموزش دیده ارائه می‌شوند.
 - ✓ جلسات عمدتاً به صورت تعاملی برگزار می‌شوند.

ویژگی برنامه‌های فاقد اثر بخشی

شواهد نشانگر وجود ویژگی‌های زیر با برنامه‌های فاقد اثر بخشی است.

- ✗ استفاده از روش‌های ارائه غیر تعاملی، مانند سخنرانی
 - ✗ دادن اطلاعات خاص راجع به برخی مواد، و برانگیختن ترس از آنها
- بعلاوه، برنامه ناموفق با ویژگی زیر نیز در ارتباط بوده‌اند.
- ✗ تمرکز تنها بر آموزش عاطفی و تقویت عزت نفس

راهنماها و ابزارهای مکمل

- راهنمای UNODC برای برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه
- راهنمای CICAD برای برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه
- استانداردهای کانادا برای برنامه‌های مبتنی بر مدرسه پیشگیری از سوء مصرف مواد جوانان

برنامه‌های بهبود محیط کلاس درس

توصیف کلی

اهداف این برنامه‌ها تقویت توانایی معلمین در مدیریت کلاس، و حمایت از کودکان در ایفای نقش اجتماعی خود به عنوان دانش آموز، و در عین حال، کاهش رفتارهای پرخطرانه و ایدائی زود هنگام است. در این برنامه، از معلمین حمایت لازم به عمل می‌آید، تا بتوانند با استفاده از روش‌های غیر آموزشی در تدریس روزانه خود، رفتارهای همیارانه اجتماعی را به همه دانش‌آموزان بیاموزند و از رفتارهای ناپسند آن‌ها جلوگیری کنند یا آن را کاهش دهند. این برنامه‌ها باعث تسهیل رفتار تحصیلی و نیز یادگیری اجتماعی-عاطفی می‌شود و چون تمام کلاس را هدف قرار می‌دهند، می‌توان آن‌ها را برنامه‌هایی جامع دانست.

شواهد اثر بخشی

شواهد قوی نشانگر آن است که اقدامات معلم در حیطه مدیریت کلاس درس باعث کاهش چشمگیر رفتارهای مشکل ساز، از قبیل رفتار ایدائی و پرخطرانه در کلاس می‌شود (اندازه تاثیر ۰.۸ در سطح کلاس، برابر با اندازه تاثیر ۰.۲۲ در سطح دانش آموز) و نیز رفتار همیارانه اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان را بهبود می‌بخشد. اگرچه، مدت زمان پایداری این نتایج مشخص نیست. تمام شواهد بالا تنها مربوط به آمریکا و اروپا است. احتمال ارائه شواهد بیشتر منوط بر ارزیابی مطالعات اولیه است.

- **ویژگی برنامه‌های اثر بخش**

شواهد موجود نشانگر آن است که برنامه‌های اثر بخش دارای ویژگی‌های زیر هستند:

- ✓ اغلب در دروره ابتدایی اجرا می‌شوند.
- ✓ دارای راهبردهایی برای برخورد با رفتارهای نامطلوب هستند.
- ✓ دارای راهبردهایی برای تایید رفتارهای مطلوب هستند.
- ✓ به انتظارات باز خورد می‌دهند.
- ✓ شامل مشارکت فعال دانش‌آموزان هستند.

- **سیاست‌های مقابله با غیبت کودکان از مدرسه**

- **توصیف کلی**

حضور در کلاس و پیوند با مدرسه از عوامل محافظ مهم در سنین کودکی است. در کشورهای با درآمد کم و متوسط، سیاست‌های مختلفی برای حمایت از حضور کودکان در کلاس درس و بهبود عملکرد تحصیلی آنها آزموده شده‌اند.

شواهد اثر بخشی

شواهد خوبی در دست است که مداخلات زیر موجب کاهش غیبت کودکان از کلاس درس می‌شود: ساخت مدارس جدید (اندازه تاثیر قید خواهد شد)، تغذیه در مدارس (اندازه تاثیر قید خواهد شد) و تخصیص مشوق‌های اقتصادی به خانواده‌ها (اندازه تاثیر قید خواهد شد). اگرچه نشان داده شده که پرداخت مزایای مالی (در مقایسه با پرداخت مشروط) چندان موثر نیست. تمامی این شواهد مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است و مدت زمان پایداری نتایج نیز مشخص نیست.

۳- دوران اولیه نوجوانی

نوجوانی مرحله‌ای از رشد است که در آن فرد، از طریق گسترش روابط با افراد و سازمان‌هایی فراتر از آنچه در کودکی تجربه کرده، در معرض عقاید و رفتارهای جدید قرار می‌گیرد؛ و نیز زمان آزمودن نقش‌ها و مسئولیت‌های بزرگسالان فرا می‌رسد. شکل‌پذیری و قابلیت انعطاف ذهن نوجوان در این دوره بی‌شبهت به دوران نوزادی نیست؛ و این بدان معناست که مداخلات، در این مرحله از رشد، قادر به تقویت یا تغییر تجربیات پیشین هستند.

میل به ایفای نقش‌های بزرگسالان و کسب استقلال بیشتر در زمانی که تغییراتی مهم در ذهن نوجوان صورت می‌گیرد، همچنین می‌تواند بستر مناسبی برای اخذ تصمیمات ناگهانی و انجام رفتارهای با لقوه مضر، همچون رفتار خطرناک جنسی، مصرف سیگار و الکل، رانندگی خطرناک و مصرف مواد غیر قانونی باشد.

مصرف مواد و رفتارهای ناهنجار توسط همسالان و نیز ترد شدن از سوی آن‌ها، می‌تواند تاثیر به سزایی بر رفتار سالم نوجوان بگذارند؛ اگرچه، نفوذ والدین همچنان چشمگیر خواهد بود. (در این مورد و مداخلات مربوط به آن، به بخش پیشین رجوع شود). داشتن باورهای ایمن مبتنی بر هنجارهای اجتماعی و نگرشی سالم نسبت به انواع مواد، همچنین، از عوامل مهم محافظ در

برابر مصرف مواد محسوب می‌شود. در طول دوران نوجوانی، ویژگی‌هایی همچون مهارت‌های اجتماعی مناسب و توانایی باز یافتن سلامت ذهنی و عاطفی همواره از عوامل محافظ مهم به حساب می‌آید.

• آموزش پیشگیری مبتنی بر مهارت‌های فردی و اجتماعی و تاثیرات اجتماعی

○ توصیف کلی

طی برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مهارت، مربیان آموزش دیده با فعالیتهای تعاملی به دانش‌آموزان کمک می‌کنند تا انواع مهارت‌های فردی و اجتماعی را آموخته و تمرین کنند. تاکید این برنامه‌ها بر پرورش توانایی «نه گفتن» به هم‌سالان و مواد است که به نوجوانان کمک می‌کند تا در برابر فشارهای اجتماعی برای مصرف مواد مقاومت کنند؛ و به طور کلی، با وضعیت‌های چالش برانگیز در زندگی برخوردی سالم داشت باشند.

بعلاوه این برنامه‌ها فرصتی است تا دانش‌آموزان در گفتگوهای مناسب سنشان در مورد هنجارهای اجتماعی، نگرش‌ها و انتظارات مثبت و منفی از نوجوانان در مورد مصرف مواد و نیز عواقب آن شرکت کنند. هدف دیگر برنامه‌ها تغییر باورهای رایج در مورد مصرف مواد با اشاره به میزان معمول شیوع، و پذیرفتگی اجتماعی مصرف مواد در گروه هم‌سالان است. برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر بهبود مهارت‌ها و تاثیرات اجتماعی نیز می‌تواند در ارتباط با نوجوانان استفاده شود.

شواهد اثر بخشی

شواهدی قوی در دست است مبنی بر اینکه برخی از برنامه‌های تعاملی مبتنی بر مدرسه قادر به پیشگیری، حتی در درازمدت، از مصرف مواد، شامل سیگار، الکل و مواد غیر قانونی هستند. (اندازه تاثیر میانگین بر مصرف حشیش پس از یک سال ۰.۲، بلافاصله پس از مداخله ۰.۸، میانگین کاهش مصرف مواد پس از مداخله ۵۵٪). این برنامه‌های تعاملی باعث رشد مهارت‌های فردی و اجتماعی شده، و نیز در آن‌ها مباحثی مربوط به تاثیرات اجتماعی (هنجارهای اجتماعی، انتظارات، باورهای معمول) در ارتباط با مصرف مواد مطرح می‌شود.

شواهدی نیز در دست است که نشان می‌دهد برنامه‌هایی با جمعیت هدف نوجوان، در پیشگیری از سوء مصرف مواد، موفق‌تر از برنامه‌های مربوط به کودکان و جوانان است.

اکثر شواهد مربوط به برنامه‌های فراگیر هستند، و شواهدی نیز موجود است مبنی بر اینکه برنامه‌های فراگیر مبتنی بر مهارت در مورد گروه‌های پر خطر نیز اثربخش هستند؛ اما مداخلات هدفمند در چهارچوب چنین ابتکارات فراگیری می‌توانند احتمال اثر بخشی بیشتری در مورد گروه‌های پر خطر داشته باشند. اگرچه اکثر شواهد مربوط به ایالات متحده، اروپا و استرالیا است؛ مواردی از قابل استفاده بودن برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مهارت در کشورهای دیگر نیز مشاهده شده، اما از آنجا که شواهد مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط در آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین به تفکیک ارائه نشده، سازوار سازی و اجرای برنامه‌ها باید با احتیاط بسیار انجام گیرد.

○ ویژگی برنامه های اثر بخش

بنا بر شواهد موجود، برنامه های اثر بخش دارای ویژگی های زیر هستند:

- ✓ به شکل مجموعه ای از جلسات ساختارمند ارائه شده و اغلب در طی چندین سال جلسات مکمل نیز به آنها اضافه می شود.
- ✓ توسط تسهیلگران آموزش دیده (و نیز هم‌سازان آموزش دیده) اراده می شوند.
- ✓ فرصتی هستند برای تمرین و یادگیری انواع مختلف مهارت ها، به خصوص مهارت های برخورد با وضعیت های دشوار، تصمیم گیری و تاب آوری، به ویژه در ارتباط با مصرف مواد.
- ✓ با تاکید بر عواقب فوری مصرف مواد، بر درک نوجوانان از خطرات آن تاثیر می گذارند.
- ✓ تصور غلط در مورد گستردگی مصرف مواد و انتظارات مربوط به آن را از بین می برند.

○ ویژگی برنامه های فاقد اثر بخشی

شواهد موجود نشانگر ارتباط ویژگی های زیر با برنامه های فاقد اثر بخشی است.

- ✗ استفاده از روش های ارائه غیر تعاملی، مانند سخنرانی
- ✗ کفایت به اطلاع رسانی، و به خصوص برانگیختن ترس
- بعلاوه، برنامه ناموفق با ویژگی های زیر نیز در ارتباط بوده اند.
- ✗ ارائه در جلسات غیر ساختارمند
- ✗ تنها تمرکز بر آموزش عاطفی و تقویت عزت نفس
- ✗ تنها پرداختن به ارزش ها و تصمیم گیری اخلاقی / معنوی
- ✗ استفاده از مصرف کنندگان سابق به عنوان شاهد مدعا
- ✗ استفاده از ماموران پلیس برای اجرای برنامه

○ راهنماها و ابزارهای مکمل

- راهنمای UNODC برای برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدرسه
- راهنمای CICAD برای برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدرسه
- استانداردهای کانادا برای برنامه های مبتنی بر مدرسه در پیشگیری از سوء مصرف مواد جوانان

● فرهنگ و سیاست مدارس

○ توصیف کلی

مقررات مدارس مصرف مواد توسط دانش آموزان و کارکنان در محیط مدرسه و طی فعالیت ها و مراسم سازمان داده شده توسط مدرسه را، اکیداً ممنوع کرده است. همچنین، سیاست کلی مدرسه شامل سازوکارهایی شفاف و غیر تنبیهی است که برخورد با موارد مصرف مواد را به فرصتی برای آگاه سازی و بهبود سلامت بدل می کند. بعلاوه، سیاست مدرسه و اقدامات آن می تواند باعث افزایش مشارکت، پیوند مثبت با مدرسه و تعهد دانش آموزان نسبت آن شود.

شواهد اثر بخشی

شواهد نشانگر آن است که سیاست‌های مدارس در مورد مصرف مواد ممکن است باعث پیشگیری از مصرف سیگار شود. برخی شواهد نیز حاکی از آن است که تغییر محیط مدارس در جهت افزایش تعهد به مدرسه، مشارکت دانش‌آموزان، روابط اجتماعی مثبت و کاهش رفتار نامطلوب؛ می‌تواند باعث کاهش مصرف مواد و دیگر رفتارهای پرخطر شود. پرداختن به فرهنگ و سیاست مدرسه در مراحل بعدی نوجوانی و بزرگسالی، یعنی در مدارس عالی و دانشگاه‌ها، می‌تواند باعث کاهش مصرف الکل شود؛ به خصوص در صورت انجام مداخلات کوتاه مدت در چهارچوب برنامه پیشگیری. مدت زمان پایداری نتایج مشخص نیست. اگرچه اکثر شواهد مربوط به ایالات متحده، اروپا و استرالیا است، موارد مشابهی از آمریکای لاتین نیز گزارش شده است.

○ ویژگی برنامه‌های اثر بخش

- ✓ عدم اخلاص در فعالیت عادی مدرسه
- ✓ حمایت از وجهه مثبت مدرسه، مشارکت دانش‌آموزان و تعهد نسبت به مدرسه
- ✓ تعیین سیاست‌ها با مشارکت همه ذینفعان (دانش‌آموزان، معلمان، کارکنان و اولیا)
- ✓ تعیین دقیق مواد مورد هدف در سیاست‌ها و محل (محیط مدرسه) و/یا مناسبت‌های (فعالیت‌ها) مشمول سیاست
- ✓ شمول همگانی در مدرسه (دانش‌آموزان، معلمان، کارکنان، بازدیدکنندگان ...)
- ✓ کاهش میزان و قابلیت دسترسی به سیگار، الکل، و مواد دیگر
- ✓ برخورد با خطرات از سیاست‌ها، نه با تنبیه، بلکه با جزای مثبت، همچون ارائه یا ارجاع برای مشاوره، مداوا و سایر خدمات مراقبت بهداشتی یا روانشناختی و اجتماعی
- ✓ ثبات و سرعت در اعمال سیاست‌ها، شامل اقدامات تشویقی برای تبعیت از مقررات و سیاست‌ها

● پرداختن به آسیب‌پذیری‌های روانشناختی فردی

○ توصیف کلی

برخی ویژگی‌های شخصیتی مانند هیجان‌خواهی، رفتار تکانشی، حساسیت ناشی از اضطراب، یا ناامیدی، در ارتباط با افزایش خطر سوءمصرف مواد قرار دارند. این قبیل برنامه‌های پیشگیری گزینشی به نوجوانانی که به طور خاص در معرض خطر هستند کمک می‌کنند تا با عواطفی که ریشه در شخصیتشان دارد برخوردی سازنده داشته باشند و از راهبردهای تاب‌آوری منفی همچون افراط در مصرف الکل دوری کنند.

شواهد اثر بخشی

شواهد پس ارزیابی مطالعات اولیه درج خواهد شد.

- **منتورینگ (مربیگری)**

- **توصیف کلی**

یافته‌ها نشان داده است که مربیگری «طبیعی» در روابط و تعامل بین کودکان/نوجوانان و بزرگسالان غیر-خویشاوند، مانند معلمان، مربیان و رهبران جوامع محلی، با کاهش میزان خشونت و مصرف مواد رابطه‌ای مستقیم دارد. در این برنامه‌ها، بزرگسالانی که به طور منظم و با تعهد، اوقات آزاد خود را صرف برنامه‌های نوجوانان می‌کنند، می‌توانند ارتباطی نزدیک، بخصوص با نوجوانان به حاشیه رانده شده، برقرار سازند.

- **شواهد اثر بخشی**

شواهد خوبی از ایالات متحده به دست آمده که نشان می‌دهد منتورینگ (مربیگری) ممکن است باعث پیشگیری از مصرف الکل و مواد، و پایداری نتایج یکسال پس از مداخله شود.

- **ویژگی برنامه‌های اثر بخش**

- ✓ آموزش و حمایت کافی از شرکت کنندگان
- ✓ انجام فعالیتها بر اساس برنامه‌ای ساختارمند

۴- نوجوانی و بزرگسالی

با رشد نوجوانان، مداخلات انجام شده در محیط‌هایی غیر از خانواده و مدرسه؛ همچون محیط کار، بخش سلامت، اماکن تفریحی و جامعه محلی، اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. شواهد مربوط به مداخلات و سیاست‌ها مدارس در دوران اولیه نوجوانی (برنامه آموزشی، رسیدگی به آسیب‌پذیری‌های فردی و سیاست مدرسه در قبال مصرف مواد) در مورد مداخلات و سیاست‌های مربوط به نوجوانان در سنین بالاتر نیز صدق می‌کنند و در نتیجه، نیازی به ذکر مجدد آن‌ها در اینجا نیست.

- **مداخله کوتاه مدت**

- **توصیف کلی**

مداخله کوتاه مدت به جلسات مشاورهٔ رو در رویی گفته می‌شود که ممکن است شامل جلسات بعدی یا دادن اطلاعات مکملی باشد که نوجوان به خانه می‌برد. این مداخلات ممکن است، توسط کارکنان بخش سلامت و یا مددکاران آموزش دیده، به افرادی ارائه شود که به دلیل مصرف مواد در معرض خطر احتمالی قرار دارند؛ اما الزاماً تقاضای درمان نکرده‌اند. جلسات، نخست، مصرف مواد را نزد نوجوان مشخص کرده و به ارائه مشاورهٔ اولیهٔ فوری و مناسب و/ یا ارجاع برای درمان مکمل می‌انجامند. جلسات ساختارمند هستند و معمولاً ۵ تا ۱۵ دقیقه طول می‌کشند.

مداخلات کوتاه مدت، معمولاً، در چهارچوب نظام مراقبت‌های اولیه سلامت یا در بخش فوریت‌های پزشکی ارائه می‌شود، اما یافته‌ها حاکی از اثر بخشی آن در صورت ارائه به عنوان بخشی از برنامه‌های مبتنی بر مدارس یا محل کار؛ و یا ارائه از طریق اینترنت یا کامپیوتر است. جلسات مداخله کوتاه مدت از تکنیک درمان روان شناختی-اجتماعی مصاحبهٔ انگیزشی نیز سود می‌جویند. در این روش، مشاوران مصرف مواد بیمار را مورد بحث

قرار می‌دهند و از او در تصمیم‌گیری و هدف‌گذاری در مورد مصرف مواد خود حمایت می‌کنند. مداخلات کوتاه مدت حداکثر در قالب چهار جلسه یک ساعته ارائه می‌شود.

شواهد اثر بخشی

مداخله کوتاه مدت و مصاحبه انگیزشی در دراز مدت نیز می‌تواند باعث کاهش چشمگیر مصرف مواد، الکل و سیگار شود. شواهد بسیار قوی هستند و اندازه‌تأثیر بلافاصله بعد از مداخله چشمگیر است. (تفاوت میانگین استاندارد = ۰.۱۵)

مداخله کوتاه مدت و مصاحبه انگیزشی در مورد نوجوانان و بزرگسالان اثربخشی یکسان دارد؛ اما در مورد زنان، شواهد اثر بخشی درازمدت برای مصرف الکل قطعی نبوده و نشانگر تأثیر بیشتر بر مردان است. حتی یک جلسه مداخله و مصاحبه انگیزشی می‌تواند نتایج چشمگیر و درازمدت داشته باشد؛ اما ظاهراً افزایش جلسات مشاوره باعث افزایش اثر بخشی نمی‌شود. یافته‌ها نشانگر ثمر بخشی و قابلیت استفاده از مداخله کوتاه مدت در محیط‌های مختلف است. در کنار شواهدی از آمریکا، اروپا، استرالیا/ نیوزلند و تلاش‌هایی در آفریقا؛ بسته مداخله کوتاه مدت سازمان جهانی بهداشت، به نام ASSIST، نیز در آمریکای لاتین آزمایش شده.

- ویژگی برنامه‌های اثر بخش
 - ✓ جلسات مشاوره رو در رو مصرف مواد را مشخص کرده و به ارائه مشاوره اولیه فوری و مناسب و/ یا ارجاع می‌انجامند.
 - ✓ جلسات توسط فرد حرفه‌ای و آموزش دیده ارائه می‌شود.
- راهنماها و ابزارهای مکمل
 - ✓ بسته آزمون غربالگری مصرف الکل، سیگار و مواد (ASSIST) برای متخصصین مراقبت اولیه سلامت و بیمارانشان

• برنامه‌های پیشگیری در محیط کار

- توصیف کلی
 - مصرف کنندگان مواد، شامل مواد غیرقانونی، الکل و داروهای نسخه‌ای، بزرگسالان شاغل هستند. اختلالات سوء مصرف مواد سلامت افراد شاغل را به خطر می‌اندازد؛ روابط آن‌ها را با همکاران، دوستان و خانواده دچار مشکل می‌سازد، و بخصوص از ایمنی آن‌ها در محل کار می‌کاهد. این خطر، به ویژه در مورد بزرگسالان جوان‌تر، بیشتر است؛ چرا که یافته‌ها نشان داده است که فشار کاری باعث افزایش خطر وابستگی به مواد در بزرگسالان جوانی است که دارای سوء مصرف مواد هستند. کارفرمایان نیز هزینه‌گرافی بابت سوء مصرف کارکنان خود می‌پردازند، چراکه مکرراً غیبت می‌کنند، بهره‌وری کمتری دارند، موجب حوادث بیشتری می‌شوند، هزینه

مراقبت‌های پزشکی بالایی دارند و اکثراً باید جایگزین شوند. بعلاوه، کارفرمایان موظف به ایجاد و ابقای محیطی سالم و ایمن در محل کار هستند^۳.
برنامه‌های پیشگیری در محل کار معمولاً دارای اجزاء متعددی همچون عناصر و سیاست‌های پیشگیری و نیز مشاوره و ارجاع برای درمان هستند.

شواهد اثر بخشی

تحقیقات خوبی انجام شده که نشان می‌دهد برنامه پیشگیری در محل کار می‌تواند از مصرف مواد، الکل و سیگار پیشگیری کند. اگرچه بررسی‌های انجام شده شامل مطالعاتی است حاکی از نتایج مثبت خود اظهاری در مورد مصرف الکل؛ بسیاری از مطالعات موجود از کیفیت لازم برخوردار نیست و نتایج گزارش شده متناقض هستند. یکی از علل این مشکل ممکن است ناهماهنگی ابتکارات مورد مطالعه باشد. مدت زمان پایداری این نتایج مشخص نیست. اگرچه تجربیات جالبی در آمریکای لاتین و آسیا انجام گرفته، شواهد موجود تنها از ایالات متحده و استرالیا و اروپا به دست آمده است.

ویژگی برنامه‌های اثر بخش

- ✓ برنامه با همکاری همه ذینفعان (کارفرمایان، مدیران، کارکنان) تهیه می‌شوند.
- ✓ محرمانه بودن اطلاعات کارکنان تضمین می‌شود.
- ✓ شامل و براساس سیاست مصرف مواد در محل کار هستند، که با مشارکت همه ذینفعان تهیه شده و جنبه تنبیهی ندارند.
- ✓ در صورت نیاز، خدماتی همچون مداخلات کوتاه مدت (همچنین از طریق اینترنت)، و نیز مشاوره، ارجاع برای درمان و کمک برای بازگشت به جامعه را در اختیار افراد قرار می‌دهند.
- ✓ مشخصاً دارای جزء ارتباطی هستند.
- ✓ در چهارچوب دیگر برنامه‌های بهداشت و سلامت، همچون پیشگیری از امراض قلبی-عروقی، ارائه می‌شوند.
- ✓ شامل دوره‌های مدیریت فشار روانی هستند.
- ✓ مدیران، کارفرمایان و سلامت یاران را برای ایفای نقش خود در برنامه آموزش می‌دهند.
- ✓ شامل آزمایش مصرف الکل و مواد، تنها در قالب برنامه‌ای جامع با ویژگی‌هایی هستند که در موارد بالا ذکر شد.

راهنماها و ابزارهای مکمل

- ✓ سازمان جهانی کار ILO (۲۰۱۲) بسته آموزشی SOLVE: توسعه سلامت در محیط کار - سیاست‌های OSH، برنامه ایمنی و سلامت در محیط کار و محیط زیست (SAFework)، سازمان جهانی کار، ژنو، سوئیس
- ✓ UNODC با همکاری ILO (در دست تهیه)، راهنمای برنامه‌های پیشگیری در محیط کار

^۳سازمان جهانی کار (۱۹۹۶). مدیریت مسائل مربوط به الکل و مواد در محل کار. دستورالعمل سازمان جهانی کار، ژنو، دفتر بین المللی کار.

✓ CICAD کمیسیون بین آمریکایی کنترل سوء مصرف مواد، (۲۰۰۹) راهنمای برنامه‌های پیشگیری در

محیط کار

• سیاست‌های مربوط به مصرف سیگار و الکل

○ توصیف کلی

مصرف الکل و سیگار، و نیز وابستگی و اختلالات مربوط به آن‌ها بسیار شایع‌تر از اختلالات مصرف مواد بوده و بار جهانی بیماری آن نیز بسیار بالاتر است. شروع مصرف الکل و سیگار در دوران اولیه نوجوانی، زمانی که مغز هنوز در حال رشد است، احتمال بروز اختلالات مصرف مواد و اعتیاد در آینده را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد. مصرف مواد در میان جوانان اغلب باعث افراط در مصرف الکل به تنهایی و یا در ترکیب با مواد دیگر می‌شود. به همین دلیل تلاش در جهت پیشگیری و کاهش مصرف دخانیات و الکل و نیز الگوهای مضر مصرف در جوانان می‌تواند، به عنوان بخشی ضروری از سیاست سلامت عمومی، در ارتباط با راهبردهای کلی پیشگیری قرار گیرد.

شواهد اثر بخشی

شواهدی قوی در دست است که افزایش قیمت الکل و سیگار مصرف آن‌ها را در جامعه کاهش می‌دهد. افزایش قیمت الکل ظاهراً بر مصرف مقادیر زیاد و متوسط آن تأثیر داشته و یافته‌ها نشان داده است که افزایش ۱۰ درصدی قیمت، ۷.۷٪ از مصرف الکل کاسته است. در مورد سیگار نیز، ۱۰٪ افزایش قیمت، تعداد مصرف کنندگان را ۳.۷٪ کاهش داده است. تحقیقات نشان داده که افزایش قیمت، همچنین، افراط در مصرف الکل توسط دانشجویان، و مصرف سیگار در میان نوجوانان و دانشجویان را کاهش داده است. افزایش قیمت سیگار ظاهراً بر بخش کم درآمد جامعه نیز بی‌اثر نبوده است. نهایتاً، ارتباطی نیز بین افزایش قیمت مشروبات الکلی و کاهش خشونت مشاهده شده است.

تحقیقات نشان داده است که افزایش سن مجاز مصرف الکل باعث کاهش مصرف می‌شود، در حالی که شواهد خوب موجود در مورد مصرف سیگار متناقض هستند. مداخلات جامعی که همکاری گسترده فروشندگان را نیز به همراه داشته باشد ممکن است بر مصرف سیگار توسط جوانان، به خصوص دختران و افرادی که در مراحل اولیه شروع به مصرف هستند، تأثیرگذار باشد. مدت زمان پایداری نتایج مداخلات مشخص نیست.

همچنین، در گزارشات، ارتباط مشخصی بین مصرف الکل و افزایش میزان جریمه مشروب فروشی‌ها ذکر نشده است.

بعلاوه، شواهد قوی حاکی از ارتباط مستقیم بین تبلیغ مشروبات الکلی از یک سو، و شروع به مصرف الکل و میزان مصرف آن در نوجوانان، از سوی دیگر است. این مسئله همچنین در مورد تبلیغ سیگار و میزان شروع به مصرف آن نیز صدق می‌کند. ممنوعیت درازمدت تبلیغات سیگار نیز می‌تواند مانع از مصرف آن شود.

اگرچه اکثر شواهد بالا مربوط به ایالات متحده/ کانادا، اروپا، و استرالیا است؛ برخی از شواهد مربوط به سیاست‌های پیشگیری از مصرف سیگار از آسیای شرقی و جنوب آفریقا دریافت شده است.

○ ویژگی برنامه‌های اثر بخش

- ✓ افزایش قیمت الکل و سیگار از طریق بالا بردن مالیات
- ✓ افزایش سن مجاز مصرف الکل
- ✓ جلوگیری از فروش سیگار و الکل به افراد زیر سن قانونی از طریق برنامه‌های جامع، شامل اعمال فعال و مستمر قوانین، و نیز آموزش فروشندگان از طریق راهبردهای مختلف (ارتباط حضوری و مواد رسانه‌ای مختلف)
- ✓ ممنوعیت تبلیغ سیگار و محدود کردن تبلیغ الکل برای نوجوانان

• ابتکارات چند جزئی مبتنی بر جوامع محلی

○ توصیف کلی

در سطح جوامع محلی، تلاش‌ها در جهت بسیج همگانی برای جلب شرکا و ایجاد گروه‌های کار، اعتلاف‌ها، گروه‌های عمل و غیره، عاملان مختلف را با هدف حل مشکل مصرف مواد، الکل و سیگار، گرد هم می‌آورد. اگر چه مشارکت در سطح جوامع محلی گاه به صورت خودجوش پدید می‌آید، چنین مشارکت‌هایی، در مقیاس گسترده، معمولاً نتیجه برنامه‌های ویژه‌ای است که با ارائه حمایت‌های مالی و فنی به جوامع، در دراز مدت، آنها را در اجرا و ادامه برنامه‌های مبتنی بر شواهد یاری می‌دهند. ابتکارات مبتنی بر جوامع محلی معمولاً دارای اجزاء متعدد هستند و در محیط‌های مختلف به کار بسته می‌شوند.

شواهد اثر بخشی

شواهد قوی نشانگر آن است که ابتکارات چند جزئی مبتنی بر جامعه محلی می‌تواند از مصرف مواد، الکل و سیگار پیشگیری کند. اگرچه، در مورد برنامه‌های دراز مدت، و نیز تمام مواد، بررسی‌ها شامل گزارش نتایج مثبت تحقیقات مختلف است، بسیاری از تحقیقات موجود کیفیت خوبی نداشته و نتایجشان گاه متناقض هستند. یکی از علل این مشکل ممکن است ناهماهنگی ابتکارات مورد مطالعه باشد. مدت زمان پایداری این نتایج مشخص نیست. اگرچه اکثر شواهد بالا مربوط به ایالات متحده/کانادا، اروپا استرالیا و هستند، تعدادی از مطالعات مربوط به ابتکارات چند جزئی مبتنی بر جوامع، در آسیا انجام شده‌اند.

○ ویژگی برنامه‌های اثر بخش

- ✓ حمایت از اعمال سیاست‌های مربوط به سیگار و الکل
- ✓ مشارکت خانواده‌ها و مدارس
- ✓ همکاری دانشگاه‌ها در اجرا، پایش و ارزیابی برنامه‌های مبتنی بر شواهد
- ✓ ارائه آموزش‌ها و منابع کافی به جوامع
- ✓ پایداری ابتکارات در میان مدت (برای مثال، بیش از یک سال)

○ راهنماها و ابزارهای مکمل

CCSA (۲۰۱۰) ، استانداردهای مبتنی بر جوامع محلی، استانداردهای کانادا برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در جوانان، مرکز کانادایی سوء مصرف مواد، اوتاوا، کانادا.

● کارزار رسانه‌ای

○ توصیف کلی

کارزار رسانه‌ای اغلب نخستین و/یا تنها مداخله‌ای است که سیاست‌گذاران با هدف پیشگیری از مصرف مواد در جامعه به کار می‌گیرند، چراکه رسانه‌ها در معرض دید هستند و پیام آن‌ها نسبتاً آسان به مخاطبان بسیاری می‌رسد.

شواهد اثر بخشی

شواهد خوبی در دست است مبنی بر اینکه کارزار رسانه‌ای در ترکیب با دیگر اجزاء می‌تواند در پیشگیری از مصرف سیگار موثر باشد. شواهد مربوط به مواد و الکل پس از ارزیابی مطالعات اولیه، اضافه خواهد شد.

○ ویژگی برنامه‌های اثر بخش

- ✓ تعیین دقیق گروه هدف کارزار
- ✓ بهره‌مندی از بنیان مستحکم نظری
- ✓ طرح پیام‌ها بر اساس تحقیقات اولیه در جامعه محلی
- ✓ ارتباط تنگاتنگ با دیگر برنامه‌های موجود پیش‌گیری از مصرف مواد در خانواده، مدرسه و جامعه محلی
- ✓ پوشش مناسب گروه هدف در مدت زمان کافی
- ✓ ارزیابی نظام‌مند و مستمر کارزار برای تهیه پیام‌هایی با حداکثر تاثیرگذاری

○ ویژگی پیام‌های فاقد اثر بخشی

- ✓ اجتناب از انجام کارزارهایی با طراحی بد یا منابع ناکافی، برای جلوگیری از ایجاد اکراه و مقاومت در گروه هدف نسبت به مداخلات و سیاست‌های دیگر

● اماکن تفریح و سرگرمی

○ توصیف کلی

اماکن تفریحی شامل بارها، کلوپ‌ها، رستوران‌ها و هم‌چنین، فضاهای آزادی است که در آن‌ها مراسم و برنامه‌های جمعی برگزار می‌شود. چنین اماکنی می‌توانند تاثیرات مثبت، و نیز منفی، بر سلامت و بهزیستی شهروندان داشته باشند، چرا که محلی برای ملاقات عموم و نیز منبع درآمدی برای جامعه محلی هستند. اما در عین حال، این مکان‌ها

به عنوان محلی برای رفتارهای پر خطر مانند افراط در مصرف الکل، مصرف مواد، رانندگی تحت تاثیر مواد، و پرخاشگری شناخته شده‌اند.

اکثر برنامه‌های پیشگیری در اماکن تفریحی شامل اجزاء متعددی هستند از قبیل آموزش فروش مسئولانه برای کارکنان و مدیران (RBS)، در کنار مدیریت مشتریان تحت تاثیر الکل، و بازنگری قوانین. برای مثال، در مورد فروش مشروبات الکلی به خردسالان و افراد مست، ویا در مورد مصرف الکل و رانندگی، قابل رویت بودن اعلامیه‌های قوانین و سیاست‌ها، ایجاد ارتباط برای بالا بردن مقبولیت و آگاهی در مورد برنامه پیشگیری، و نیز تغییر نگرش‌ها و هنجارها، و همچنین ارائه خدمات به مدیران و کارکنان اماکن تفریحی.

شواهد اثر بخشی

در تحقیقات موجود، تنها شواهد محدودی مبنی بر اثر بخشی آموزش کارکنان و مدیران، و اعمال قوانین و سیاست‌های مربوطه، در کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف خطرناک الکل و سوء مصرف مواد، از جمله، تصادفات رانندگی و خشونت، وجود دارد. همچنین؛ مدت زمان پایداری نتایج این مداخلات مشخص نیست. تمامی شواهد مربوط به ایلات متحده/کانادا، اروپا و استرالیا است.

ویژگی برنامه‌های اثر بخش

- ✓ آموزش کارکنان و مدیران برای مسئولیت‌پذیری در فروش مشروب به مشتریان تحت تاثیر الکل، و رفتار با آنها.
- ✓ ارائه مشاوره و درمان به کارکنان و مدیران، در صورت نیاز
- ✓ وجود اجزاء ارتباطی قوی برای افزایش مقبولیت برنامه‌ها و آگاهی نسبت به آنها
- ✓ مشارکت فعال نیروهای انتظامی، مددکاران اجتماعی و کارکنان بخش سلامت
- ✓ اعمال قوانین و سیاست‌های موجود در مورد مصرف سیگار، الکل و مواد در اماکن تفریحی و جوامع محلی

راهنماها و ابزارهای مکمل

- UNODC، راهنمای سیاست‌گذاران برای پیشگیری از مصرف الکل، سیگار و مواد
- گزارش CICAD: ایده‌های برای سیاست پیشگیری از رانندگی تحت تاثیر مواد

ج - مداخلات بالقوه و سیاست‌های فاقد هرگونه شواهد اثر بخشی

• ورزش و دیگر فعالیت‌های اوقات فراقت

در بسیاری از کشورها و جوامع برگزاری مسابقات ورزشی و دیگر فعالیت‌های تفریحی عاری از مواد، روشی مردم پسند برای ارائه سرگرمی‌های سالم و همیارانه اجتماعی و دور نگاه داشتن جوانان از رفتارهای پر خطر، شامل مصرف مواد، محسوب می‌شود. با وجود این، شواهدی در دست است که ورزش، به خودی خود، همیشه به کاهش میزان مصرف مواد مربوط نبوده، بلکه در ارتباط با افزایش مصرف سیگار و مصرف بالا و ناگهانی الکل قرار دارد. بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعه اولیه یا بررسی قابل قبولی در مورد تاثیر ورزش بر مصرف مواد، الکل و سیگار، یا عوامل میانجی در کودکان انجام نگرفته است. بنابراین، در صورت تمایل به اجرای چنین مداخلاتی، سیاست‌گذاران باید حداکثر احتیاط را به خرج داده و، با

افزودن جزء تحقیقی به برنامه، تاثیر آن را بسنجند. توصیه‌های بیشتر در مورد استفاده از ورزش با هدف پیشگیری را می‌توان در اسناد زیر یافت:

- UNODCCP (۲۰۰۲) استفاده از ورزش برای پیشگیری از سوء مصرف مواد - دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، وین اتریش
- UNODC (۲۰۰۳) همه برنده‌اند! کمک به مربیان، معلمان و رهبران سازمان‌های جوانان در اجرای پودمان بازی جوانمردانه - دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل، وین، اتریش

• **جلوگیری از مصرف غیر پزشکی داروهای نسخه‌ای**

در بسیاری از کشورها، مصرف غیر پزشکی داروهای نسخه‌ای تحت کنترل کنوانسیون‌ها مشکلی روزافزون محسوب می‌شود. این چالش، در برخی کشورها، پس از مصرف حشیش، در مقام دوم قرار دارد. اگرچه بیشترین تقاضا برای درمان در آمریکا شمالی مشاهده می‌شود؛ در اروپا، آفریقا، آسیای جنوبی و آمریکای لاتین نیز تقاضای چشمگیری وجود دارد. بسته به کشور و نوع مواد، برخی گروه‌های آسیب پذیرتر (جوانان، زنان، سالمندان، کارکنان نظام سلامت و نیز غیر نظامیان و سربازان در وضعیت‌های پسا-درگیری) ظاهراً بیشتر در معرض خطر قرار دارند. بعلاوه عواقب اجتماعی و سلامتی مصرف غیر پزشکی داروهای نسخه‌ای می‌تواند همان قدر جدی باشد که استفاده از داروهای غیر قانونی. بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعه اولیه یا بررسی قابل قبولی در مورد جلوگیری از مصرف غیر پزشکی داروهای نسخه‌ای وجود ندارد.

تنها معدودی از شواهد ارائه شده در بخش قبل مربوط به آسیب پذیری و مقاومت در برابر ماده روان‌گردان خاصی است. سوء استفاده از داروهای نسخه‌ای معمولاً از طریق داشتن دو پزشک متفاوت، کلاهبرداری، سرقت، استفاده از اینترنت و روی آوردن به دوستان و خانواده، صورت می‌گیرد. بنابراین، فرض منطقی آن است که، در کنار مداخلات و سیاست‌های عنوان شده در بخش قبل، هر یک از این منابع فرصتی برای پیشگیری محسوب می‌شود.

نشانه‌هایی در دست است که توصیه‌های آمرانه به پزشکان، همچنین محدود کردن و پایش نسخه‌نویسی و نیز ثبت نسخه‌ها، باعث تغییر در رفتار پزشکان در این مورد و تخصیص این داروها تنها به بیماران خواهد شد. با توجه به تاثیر به سزای والدین بر فرزندان، و نیز اینکه اکثر سوء استفاده نوجوانان از داروهای پدر و مادران است، می‌توان نتایج مثبتی از بالا بردن آگاهی والدین در مورد اهمیت مصرف داروهای نسخه‌ای تحت نظارت پزشک انتظار داشت. نهایتاً، لازم است که به کارکنان بخش سلامت در مورد تشخیص، مدیریت و پیشگیری از استفاده غیر پزشکی از داروهای نسخه‌ای آموزش‌های مستمری داده شود.

اطلاعات بیشتر در مورد مداخلات و سیاست‌های دیگر برای پیشگیری از استفاده غیر پزشکی از داروهای نسخه‌ای را می‌توان در منابع زیر یافت:

- UNODC (۲۰۱۱)، استفاده غیر پزشکی از داروهای نسخه‌ای، جهت گیری در سیاست‌ها، دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل، وین، اتریش.
- CICAD (۲۰۱۲)، راهنمای پیشگیری از سوء مصرف داروهای نسخه‌ای، کمیسیون بین آمریکایی سوء مصرف مواد، واشینگتن دی. سی. ایالات متحده آمریکا.

• **مداخلات و سیاست‌های مربوط به کودکان و نوجوانان خارج از مدرسه، کودکان خیابان، سربازان کودک فعلی و سابق، آوارگان و جوامع پس از درگیری**

شواهد حاکی از آن است که این گروه‌های بسیار آسیب‌پذیر اغلب در سنین پایین در معرض مواد مخدر قرار دارند. لیکن، بررسی پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعه اولیه، یا بررسی خوب ویا قابل قبولی، در مورد جلوگیری از مصرف غیرپزشکی داروهای نسخه‌ای در میان این گروه‌ها وجود ندارد. UNODC در حال آزمایش دستورالعملی است (در اختیار متقاضیان قرار خواهد گرفت) برای انجام پیشگیری الزامی در مورد کودکان افغان که در سنین بسیار پایین در معرض مواد قرار دارند.

د- ویژگی‌های نظام مداخله موثر

یک نظام موثر پیشگیری از سوءمصرف مواد در سطح ملی شامل انواع مداخلات و سیاست‌های یکپارچه و مبتنی بر شواهد علمی است که در محیط‌های متفاوت و متناسب با میزان خطر و سنین مختلف به کار گرفته می‌شوند. با توجه به ارتباط متقابل عوامل گوناگونی که کودکان، نوجوانان و بزرگسالان را در برابر مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌سازد، نیاز به چنین نظام پیشگیری کاملاً طبیعی است. پرداختن به چنین آسیب‌پذیری‌هایی، با هدف حمایت از رشد سالم و ایمن افراد جامعه، با انجام تنها یک مداخله پیشگیری و اغلب محدود به زمانی کوتاه و گروهی کوچک، امکان‌پذیر نیست.

اعمال انواع مداخلات و سیاست‌های پیشگیری به صورت یکپارچه نیازمند به نظامی است با بنیان ساختاری مستحکم، شامل چهارچوبی حمایتی از قوانین و سیاست‌ها، تحقیقات و شواهد علمی، هماهنگی بخش‌ها و سطوح مختلف (ملی، منطقه‌ای و شهری/محلی)، شامل آموزش سیاست‌گذاران و متخصصین؛ و از همه مهم‌تر، تعهد به فراهم آوردن منابع کافی و تضمین پایداری عملکرد نظام در درازمدت. این بخش به توصیف مختصر عناصر اصلی اجزای فوق‌الذکر اختصاص دارد.

۱- انواع مداخلات و سیاست‌های مبتنی بر شواهد

بخش پیشین مرور جامعی بر مداخلات و سیاست‌های اثر بخش در پیشگیری از سوء مصرف مواد بود. راهبردها، اما، از سه نظر با یکدیگر تفاوت دارند: سن گروه هدف، میزان خطر در گروه هدف و محیطی که در آن راهبرد اعمال می‌شود. یک نظام اثر بخش انواع مداخلات مبتنی بر شواهد را با اهداف زیر به کار می‌برد.

- ✓ حمایت از رشد کودکان و جوانان به خصوص در مراحل گذر(نوزادی به کودکی اولیه، و کودکی به نوجوانی)، که بیشترین میزان آسیب‌پذیری را به همراه دارد.
- ✓ پوشش جامعه به طور کلی (پیشگیری همگانی)، در کنار حمایت از افراد و جوامعی که به طور خاص در خطر هستند (پیشگیری انتخابی)، و همچنین نیازمندیابی در مورد افرادی که قبلاً شروع به مصرف مواد، یا سوء-مصرف مواد صنعتی کرده‌اند ولی هنوز به مرحله وابستگی نرسیده‌اند (پیشگیری الزامی).
- ✓ دستیابی به جامعه هدف در محیط‌های مختلف.

۲- حمایت از طریق سیاست‌ها و چهارچوب مقررات

هیچ برنامه یا سیاستی را نمی‌توان در خلاء اجرا کرد. همانطور که در مقدمه گفته شد، پیشگیری از مصرف مواد تنها یکی از اجزای اصلی نظام‌های سلامت‌مدار با تاکید بر دسترسی به داروها تنها برای مصارف پزشکی و تحقیقی، و نیز پیشگیری از انحراف و سوءمصرف داروها و تاثیر مواد روان‌گردان بر بار سلامت نظام است. در این حیطة، یک نظام ملی موثر باید:

- ✓ بخشی از نظام سلامت مدار با تاکید بر دسترسی به داروها تنها برای مصارف پزشکی و تحقیقی، و نیز پیشگیری از انحراف و سوء مصرف داروها، و بدین ترتیب شامل کاهش عرضه، درمان، مراقبت و بازپروری در صورت وابستگی، و پیشگیری از عواقب اجتماعی و سلامتی مصرف مواد، مانند ایدز و HIV باشد.
- ✓ مبتنی بر شناخت وابستگی به مواد به عنوان اختلال ذهنی مزمن و عود کننده، و ناشی از تعامل پیچیده آسیب پذیری‌های ارثی، زیستی و روانی با محیط، باشد و این اختلالات را درمان‌پذیر بداند.
- ✓ در ارتباط با راهبرد ملی سلامت عمومی باشد تا رشد سالم و ایمن کودکان، نوجوانان و بزرگسالان را تضمین کرده و از سوء مصرف مواد و همچنین سایر رفتارهای ناسالم و خطرناک پیشگیری کند.

بعلاوه، برنامه‌های اجرا شده توسط سازمان‌های دولتی و غیر دولتی، باید در سطح ملی توسط مقررات مناسب الزامی شده و حمایت شوند. این مقررات باید شامل موارد زیر باشند:

- ✓ استانداردهای ملی برای مداخلات و سیاست‌های پیشگیری از مصرف مواد
- ✓ استانداردهای حرفه‌ای ملی برای ارائه کنندگان مداخلات پیشگیری
- ✓ سیاستی که مدارس را ملزم به اتخاذ سیاست‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط کار، شامل استانداردهای لازم مربوطه نماید.
- ✓ سیاستی که کارفرمایان را ملزم به اجرای برنامه‌های اطلاع‌رسانی و/ یا پیشگیری از مصرف مواد، و/ یا اتخاذ سیاست‌های سوء مصرف مواد، شامل استانداردهای لازم مربوطه نماید.
- ✓ سیاستی که ارائه‌کنندگان خدمات آموزشی، اجتماعی و سلامت را ملزم به حمایت از خانواده‌ها در کمک به رشد جسمانی، شناختی و عاطفی کودکان کند.
- ✓ نظامی قوی از داده‌های مربوط به نظارت و پایش، برای اطلاع‌رسانی به تصمیم‌گیرندگان سطوح مختلف، و نیز پزشکان و محققان، در مورد تشکیل الگوهای جدید مصرف مواد مخدر و صنعتی (انواع مواد مورد استفاده، روش‌های جدید مصرف مواد موجود - برای مثال، تزریق کراک - یا گروه‌های جدیدی از جامعه که به مصرف مواد روی می‌آورند) و فرایند بررسی و استفاده از اطلاعات در برنامه‌ریزی پیشگیری و درمان

۳- بنیان مستحکم مبتنی بر تحقیقات و شواهد علمی

یک نظام موثر پیشگیری ملی نه تنها باید مبتنی بر شواهد علمی باشد، بلکه بر آن بیافزاید. این موضوع از دو بعد قابل بحث است. از یک سو، مداخلات و سیاست‌ها می‌بایست بر اساس شناخت درست از وضع موجود انتخاب شوند، چنین رویکرد نظام‌مندی مشخص خواهد کرد که چه افرادی و احتمالاً به چه دلیل، شروع به مصرف مواد می‌کنند؛ و چه مداخلات و سیاست‌هایی برای برخورد با وضعیت موجود مناسب‌تر است. از سوی دیگر، در صورت امکان، اثر بخشی و نسبت آن به هزینه‌های مداخلات و سیاست‌ها باید دقیقاً ارزیابی شود. نتایج این ارزیابی‌های دقیق، تصمیم‌گیرندگان را قادر خواهد ساخت که تاثیر برنامه‌ها بر نتایجی همچون کاهش موارد شروع به مصرف و افزایش اطلاعات پایه در مورد مداخلات پیشگیری را مشخص سازند. همچنین مهم است که این تحقیقات و نتایج آن مورد ارزیابی محققان دیگر قرار گرفته و پس از انتشار، به بحث گذاشته شود.

▪ برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد

در مورد بعد نخست، می‌بایست نظام اطلاعاتی مناسبی برای کمک به درک وضعیت موجود و نیز استفاده از اطلاعات برای برنامه‌ریزی طراحی شود. در پرداختن به این بعد، یک نظام پیشگیری ملی موثر باید شامل موارد زیر باشد:

- نظام اطلاعاتی که به طور منظم اطلاعات زیر را جمع‌آوری و پایش نماید.
- شیوع: چه درصدی از جامعه (به تفکیک سن، جنس، و سایر ویژگی‌های مهم) چه موادی مصرف می‌کنند؟
- سن شروع به مصرف: افراد، به خصوص جوانان، در چه سنی مصرف مواد مخدر و سایر مواد را شروع می‌کنند؟
- آسیب‌پذیری‌ها: چرا افراد، به خصوص جوانان، شروع به مصرف مواد مخدر و/یا سوء مصرف مواد دیگر می‌کنند. وضعیت کودکان در ارتباط با عوامل مربوط به مصرف مواد مخدر و مواد دیگر (بد فرزند پروری، مشکلات روانی، عدم دلبستگی به مدرسه، خشونت و سوء رفتار و غیره)؟
- سازوکاری رسمی برای استفاده از داده‌های تولید شده توسط نظام اطلاعاتی در فرایند برنامه‌ریزی، با توجه به:
- راهبردهای مورد نظر: کدام یک از مداخلات و سیاست‌های مبتنی بر شواهد، در برخورد با وضعیت‌های مشخص، اثر بخش بوده‌اند.
- قابلیت دسترسی و پوشش راهبردهای موجود: کدامیک از مداخلات و راهبردها در حال حاضر اعمال می‌شوند؟ چه درصدی از افراد نیازمند به این مداخلات و سیاست‌ها تحت پوشش آنها قرار گرفته‌اند.
- کیفیت سیاست‌های موجود: آیا مداخلات و سیاست‌های فعلی مبتنی بر شواهد علمی است؟
- اثر بخشی راهبردهای موجود: آیا راهبردها ارزیابی شده‌اند (در زیر آورده شده)، و در صورت ارزیابی، نتایج چه بوده است؟
- داده‌های خروجی از نظام اطلاعاتی میزان اثر بخشی نظام پیشگیری را، به طور کل، چگونه ارزیابی می‌کند.
- منابع و زیر ساخت‌های قابل استفاده به عنوان بخشی از نظام ملی پیشگیری
- تعیین کمبودها در قابلیت دسترسی، پوشش، کیفیت، اثر بخشی سیاست‌های نظام پیشگیری، زیر ساخت‌ها و منابع، در مقایسه با راهبردهای مورد نیاز

• تحقیق و برنامه‌ریزی

بعد دوم مربوط است به ارزیابی برنامه‌ها و سیاست‌های پیشگیری. همانطور که گفته شد، راهبردهای مبتنی بر شواهد، که در بخش قبل به آن‌ها اشاره شد، ممکن الزاماً برای جامعه هدف، میزان منابع یا محیط فرهنگی موجود در سطح ملی مناسب نباشد؛ اگرچه در بسیاری از موارد چنین نیست. ممکن است برنامه‌ها و سیاست‌های دیگری را یافت که برای برخورد با مشکلات موجود مناسب‌تر باشند. در نتیجه، بسیار مهم است که برنامه‌ها و سیاست‌های انتخاب شده دارای ویژگی‌های زیر باشد:

✓ مبتنی بر شناخت علمی از آسیب پذیری‌های مربوط به مصرف مواد باشد. به عبارت دیگر، و برای مثال، توصیه می‌شود که برنامه‌ها و سیاست‌ها برای مقابله با عامل خطر یا وضعیتی طراحی شود که، بر اساس یافته‌ها، در ارتباط با افزایش شروع به مصرف مواد (یا شروع زودتر یا شیوع گسترده تر مصرف مواد) قرار دارد. این تصمیمات باید بر اساس تحقیقات علمی و نه احساس یا نظر فرد خاص، اگرچه دلسوز، اتخاذ شود.

✓ دارای جزء پایش و ارزیابی علمی برای سنجش میزان دست یابی به نتایج دلخواه مداخلات باشند. این خود بیانگر اهمیت همکاری با موسسات علمی، مانند دانشگاه‌ها، و نیز انجام تحقیقات تجربی یا نیمه تجربی است. این نخستین معیار لازم برای نشان دادن اثر بخشی هرگونه رویه یا ماده دارویی است.

در همین ارتباط، اطلاعات مفیدی در کتابچه استانداردهای اروپایی برای کیفیت برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد، که به تازگی انتشار یافته، وجود دارد که راهنمایی‌های جامعی برای بهبود کیفیت برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد، با توجه به این معیارها و دیگر مراحل چرخه برنامه، ارائه می‌دهد.

این، البته، بدان معنی نیست که در صورت اجرای برنامه‌های مبتنی بر شواهد، عنوان شده در بخش قبل، انجام ارزیابی‌ها اهمیت کمتری خواهد داشت. در واقع، در صورت استفاده از برنامه‌هایی که قبلاً اجرا شده‌اند، پیشنهاد می‌شود فرایند انطباق شامل موارد زیر باشد:

✓ دقت و نظام مندی در فرایند انطباق، به گونه‌ای که اجزای اصلی برنامه تغییر نکند، ولی بتوان آن را با محیط اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی جدید تطبیق داد. در این ارتباط، یک فصل کامل از راهنمای UNODC برای آموزش مهارت‌های خانواده به مسئله انطباق اختصاص داده شده.

✓ انجام پایش و ارزیابی علمی برای سنجش اثر بخشی برنامه در محیط جدید اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی.

۴- بخش‌های درگیر در سطوح مختلف

هدف از اجرای برنامه‌های ملی پیشگیری، اطمینان از آن است که کودکان، جوانان و بزرگسالان بتوانند، در محیط‌های مختلف، شیوه زندگی سالم و ایمنی داشته باشند. بنابراین سازمان‌های ملی بسیاری باید در اجرای گسترده مداخلات و سیاست‌ها با یکدیگر همکاری کنند. همچنین لازم است نقش هر یک از سازمان‌ها و شیوه هماهنگی بین آن‌ها دقیقاً مشخص شود. از این جهت، یک نظام پیشگیری ملی برای برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی اجزای برنامه نیازمند همکاری بخش‌های ملی مربوطه (برای مثال، آموزش و پرورش، سلامت، امور جوانان، خدمات اجتماعی، بهزیستی، کار، نیروی انتظامی و غیره) است:

✓ اجرای مستمر و یکپارچه برنامه در سطوح مختلف (کشور، استان، منطقه، بخش و شهرداری‌ها)

✓ همکاری تمام ذینفعان اصلی شامل ادارات در سطوح کشوری و پایین‌تر، شهرداری‌ها، دفاتر محلی، ارائه‌کنندگان خدمات دولتی، سازمان‌های غیر دولتی، اهالی و رهبران جوامع محلی، جوامع و رهبران مذهبی، دانشگاه‌ها و سایر موسسات، و همچنین، بخش خصوصی

✓ تعریف مشخص مسئولیت و نقش ساختارمند هر یک از بخش‌های درگیر

✓ وجود ارگانی قوی برای رهبری و هماهنگی فعالیت‌ها

سطوح مختلف می‌توانند به اشکال زیر با یکدیگر همکاری کنند:

✓ سیاست‌گزاران در سطح کشور هماهنگی لازم برای تهیه سیاست‌های ملی را انجام می‌دهند، معیارهای کیفی را مشخص می‌کنند و با اختصاص بودجه لازم برای اعمال سیاست‌ها و آموزش ذینفعان، از زیرساخت‌های موجود برای اجرای برنامه‌ها حمایت می‌کنند.

✓ سیاست‌گزاران و/یا سازمان‌ها در سطح محلی مداخلات و سیاست‌ها را اجرا کرده، داده‌ها را وارد نظام اطلاعاتی کرده و در جهت بهبود دانش و مهارت‌های خود فعالیت می‌کنند.

✓ سازمان‌های غیردولتی، اهالی و رهبران جوامع محلی، جوامع مذهبی و رهبران‌شان، در جهت تغییر یا قبول سیاست‌ها بسیج شده و با اجرای سیاست‌های مبتنی بر شواهد باعث تغییر درهنجارهای جامعه می‌شوند. شایان ذکر است که، بر اساس یافته‌ها، بسیج جوامع محلی سازوکار موثری برای اجرا و پایداری سیاست‌های مبتنی بر شواهد است.

✓ دانشگاه‌ها و موسسات تحقیقاتی داده‌ها را تجزیه می‌کنند تا درک بهتری از وضعیت سوء مصرف مواد به وجود آید، و نیز با ارزیابی مداخلات و سیاست‌های خاص، بتوان پایش و ارزیابی مناسبی از سیاست‌های ملی داشت.

✓ بخش خصوصی، در انجام قسمتی از مسئولیت‌های اجتماعی خود، فعالانه از پیشگیری سوء مصرف مواد در محیط کار، و نیز اجرا و ارزیابی مداخلات نوآورانه حمایت می‌کند.

۵- زیرساخت قوی نظام اجرا

وجود منابع کافی برای اجرای موثر مداخلات و سیاست‌ها الزامی است.

✓ سازمان‌های ارائه‌کننده مداخلات و سیاست‌ها باید بودجه کافی در اختیار داشته باشند.

✓ افراد ارائه‌کننده مداخلات باید آموزش کافی و مستمر ببینند.

✓ سیاست‌گزاران در سطوح مختلف باید برای برنامه‌ریزی و تهیه مداخلات و اعمال سیاست‌ها آموزش کافی و مستمر ببینند.

۶- پایداری

اگرچه اثر بخشی برنامه‌های پیشگیری نسبت به هزینه آنها به اثبات رسیده، اما همانند سیاست‌ها، برای استفاده از قابلیت‌های بالقوه آنها، سرمایه‌گذاری میان مدت و دراز مدت الزامی است. در این حیطة، روش‌های زیر برای پایداری اجزای فوق‌الذکر پیشنهاد می‌شود:

✓ داشتن سازوکار بررسی و بازنگری نظام ملی پیشگیری در فواصل منظم

✓ اجرای مداخلات و سیاست‌های مبتنی بر شواهد با برنامه‌ریزی و منابع مالی کافی برای حداقل شش ماه

✓ جمع‌آوری منظم داده‌ها از طریق نظام اطلاعاتی، شامل بازخورد اطلاعات به فرایند طراحی و بازنگری

✓ حمایت مستمر از تحقیقات برای ارزیابی دقیق مداخلات و سیاست‌ها

✓ حمایت مستمر از آموزش کارکنان و سیاست‌گزاران درگیر در فرایند طراحی، اجرا، پایش و ارزیابی راهبردهای پیشگیری از مصرف مواد.

شکل ۱ - نمودار نظام ملی پیشگیری از مصرف مواد

