

ریاست جمهوری



دفتر تحقیقات و آموزش

گزارش نهائی

بررسی تجربیات کشورهای منتخب و در حال

توسعه در پیشگیری از اعتیاد

مجری طرح: دکتر نعمت الهه بابائی

ناظر طرح: دکتر علیرضا محسنی تبریزی

کارفرما :

دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر

چکیده فارسی

هدف: هدف این تحقیق بررسی تجربیات پیشگیری اولیه از سومصرف مواد در ۲۵ کشور از کشورهای منتخب توسعه یافته و در حال توسعه دنیا می باشد. این تحقیق می کوشد با دستیابی به فهم کلی از تجربیات اجرائی و سیاست کشورهای مورد بررسی موارد مشترک و خاص آنها را مطرح کند.

روش: روش این مطالعه اسنادی است. به همین منظور مدارک و مستندات موجود در کتابخانه ها، آرشیوهای اطلاعاتی، سایت های اینترنتی، کتب، مقالات معتبر، گزارش های رسمی سازمان های بین المللی و کشورهای منتخب، موارد موجود شناسایی و جمع آوری گردید و پس از دسته بندی و تحلیل متن و تحلیل محتوی، مورد ارزشیابی و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** در میان حجم بزرگی از سیاست ها و برنامه های کشورهای در پیشگیری اولیه؛ مهم ترین موارد مشترک شامل: آموزش مهارت های زندگی، مقاومت اجتماعی، آگاهی از نحوه تعامل با فرزندان و داشتن رابطه صمیمی در عین نظارت و کنترل، آگاهی از اثرات مواد، نحوه گذراندن اوقات فراغت و جایگزین های مناسب و سرگرمی، برنامه های مشارکتی و دوسویه بودند. در عین آن که در بعضی از کشورها برخی برنامه های خاص و متفاوت به صورت ویژه اجرا می شدند. **نتیجه گیری:** سیاست ها و راهبردهای پیشگیری از سومصرف مواد در اکثر کشورهای منتخب و توسعه یافته تحقیق محور و دانش بنیان هستند و تجربیات آنها را می توان با تعدیل های لازم و بومی سازی در پیشگیری اولیه از سومصرف مواد مورد استفاده قرار داد.

کلید واژه ها: سومصرف مواد، اعتیاد، پیشگیری اولیه، تجربیات کشورها.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول : کلیات	
۷	- مقدمه
۹	- بیان مساله
۱۸	- اهداف
۱۹	- فرضیات
۲۰	- فهرست مفاهیم
فصل دوم: چهار چوب نظری	
۲۹	- پیشینه تحقیق
۵۶	- پیشینه تحقیقات انجام شده در داخل کشور
۱۰۱	- پیشینه تحقیقات انجام شده در خارج کشور
فصل سوم : روش شناسی	
۱۳۲	- طرح پژوهش
۱۳۴	- جامعه آماری
۱۳۵	- نمونه و روش نمونه گیری
۱۳۷	- ابزار اندازه گیری
۱۳۸	- روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم : استخراج و تحلیل داده های تجربی

الف: کشورهای در حال توسعه

۱۴۰	۱. هندوستان
۱۵۰	۲. مالزی
۱۵۸	۳. تایلند
۱۷۰	۴. فیلیپین
۱۷۸	۵. مکزیک
۱۸۷	۶. ترکیه
۱۹۴	۷. کویت

ب: کشورهای توسعه یافته

۱۹۸	۱. آفریقای جنوبی
۲۰۹	۲ و ۳. انگلیس و ایرلند
۲۲۹	۴. بلژیک
۲۳۰	۵. اسپانیا
۲۳۳	۶ و ۷. استرالیا و نیوزلند
۲۴۶	۸. کانادا
۲۶۷	۹. روسیه
۲۷۳	۱۰. فرانسه
۲۷۸	۱۱. سوئیس
۲۸۱	۱۲. سوئد

۲۸۵	۱۳. دانمارک
۲۸۸	۱۴. نروژ
۲۹۲	۱۵. ایتالیا
۲۹۵	۱۶. مجارستان
۲۹۹	۱۷. هلند
۳۰۵	۱۸. آمریکا

فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری

۳۳۷	- بحث و نتیجه گیری
۳۹۸	- محدودیت های پژوهش
۳۹۹	- پیشنهادهای پژوهش
۴۰۰	- منابع
۴۲۵	- پیوست ها

فصل اول

کلیات

به نام خدا

مقدمه

پژوهش در موضوع پیشگیری اولیه از سومصرف مواد اعتیادآور از آنجا ضرورت دارد که از سوئی اعتیاد بزرگترین آسیب اجتماعی کشورما وبسیاری از کشورهای دیگرمی باشد واز سوی دیگر هزینه فایده واثربخشی پیشگیری اولیه در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است ، لذا دراین پژوهش، برنامه های اجرایی کشورهای منتخب اعم از حال توسعه وتوسع یافته در خصوص پیشگیری اولیه از سومصرف مواد اعتیادآور بررسی وتجزیه وتحلیل می شود.

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO, ۲۰۰۳) در آغاز هزاره سوم بشر با چهار بحران عمده مواجهه است:
۱- مسایل زیست محیطی ۲- تهدید هسته ای ۳- انفجار جمعیت ۴- اعتیاد به مواد مخدر.

برآورد برنامه بین المللی کنترل مصرف مواد سازمان ملل متحد (UNIDC) حاکی از آن است که میلیون ها نفر در سراسر جهان به طور مداوم مصرف کننده مواد مخدر هستند. و شبکه های سازمان یافته قاچاقچیان مواد مخدر نقش عمده ای را در عرضه این مواد بازی می کنند. عرضه خود یکی از مهمترین علت های اعتیاد به مواد مخدر محسوب می شود و شاخصی برای در دسترس بودن مواد مخدر است. بر این اساس تجارت و حجم گردش مالی مواد مخدر در جهان سالانه حدود ۱۰۰۰ میلیارد دلار برآورد شده است. بدین ترتیب مواد مخدر بعد از نفت، تسلیحات نظامی و مشروبات الکلی چهارمین تجارت در جهان امروز محسوب می شود. (محسنی تبریزی، ۱۳۹۴ (ب): ۶۲).

پژوهش ها وبرنامه های پیشگیری از دهه ی ۱۹۶۰ به کمک راهبردهایی که بر اطلاع رسانی و آموزش عاطفی تا راهبردهای متمرکز بر نفوذ اجتماعی و ایجاد مهارتها تاکید داشتند، پیشرفت نمود. در برنامه های

مبتنی بر اطلاع‌رسانی، فرض بر تصمیم‌گیری منطقی است، و اعتقاد بر این است هنگامی که کودکان حقایقی در مورد عواقب منفی مصرف مواد کسب کنند، نخستین گام مصرف مواد را برنخواهند داشت. در برخی از این برنامه‌ها محققان برای تاکید بر اطلاعات مربوط به خطرات مصرف مواد، از شیوه‌های برانگیختن ترس استفاده می‌کردند. ارزیابی این قبیل مطالعات در اثبات هرگونه اثر مثبت این برنامه‌ها بر رفتارها به‌رحال ناموفق بوده‌اند، اما افزایش آگاهی در مورد جنبه‌های منفی مواد و در برخی موارد افزایش نگرش‌های ضد مصرف مواد را تائید کرده‌اند. (Hansen ۱۹۹۱)

نخستین برنامه‌های پیشگیرانه به رابطه بین شروع مصرف مواد و عقاید مبهم در مورد ارزشهای منفی مربوط به سوء مصرف مواد اشاره کرده‌اند. براساس این دیدگاه برنامه‌های متمرکز بر عواطف از جمله تصریح ارزشها، خودآگاهی افزایش یافته،^۱ خود ارزشمندی^۲ و تعاملات مؤثر موفق بوده‌اند. در مقابل مطالعات ارزیابی، اثربخشی این‌گونه برنامه‌های ضد مصرف مواد را اثبات نکرده‌اند، گرچه تعدادی از ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که این برنامه‌ها بر عواملی مانند احساس خود ارزشمندی که با مصرف مواد همبستگی دارند، مؤثر بوده‌اند. (Botvin, ۱۹۹۲)

در کشور ما ایران برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد نزدیک به سه دهه است که در حال انجام می‌باشد. با عنایت به جمعیت بالای جوان کشور که به دلیل سن مهم‌ترین جمعیت مستعد اعتیاد می‌باشند و همچنین بررسی‌های دموگرافیک جمعیت معتادان کشور که نشان می‌دهد روند آغاز سوء مصرف مواد از اوایل نوجوانی یا جوانی آغاز می‌شود، لازم است برنامه‌ریزی‌های ملی بیشتری برای پیشگیری اولیه

۱ . Increased Self-Understanding

۲ . Self-Worth

از اعتیاد به صورت اثر بخش و کارآ؛ با استفاده از تجربیات کشورهای دیگر در دستور کار قرار گیرد. پژوهش حاضر بدنبال آن است تا با مرور برنامه ها و آموزشهای پیشگیری اولیه از اعتیاد و تجربیات کشورهای منتخب در حال توسعه و توسعه یافته به ارائه جمع بندی آنها پردازد و برنامه ها و روش های اجرای پیشگیری اولیه از سومصرف مواد را را معرفی کند و به این سؤال پاسخ دهد که مهم ترین برنامه های اجرائی در کشورهای دیگر کدامند؟ چه ویژگی هایی دارند؟ و بیش از همه برای چه گروه های اجرا می شوند؟

بیان مساله:

در خصوص برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد مطالعات زیادی صورت گرفته است که بر اثربخش و کارآ بودن (هزینه اثر بخشی و هزینه فایده) برنامه های پیشگیری اولیه از اعتیاد در مقایسه با برنامه های مقابله با عرضه صحنه گذاشته اند، از جمله می توان به مطالعه ای که به روش آزمون تصادفی دارای گروه گواه (RCT:Randomize Control Trial) در سال ۲۰۰۲ توسط کنت (Kenneth) و همکاران انجام شد اشاره کرد در این مطالعه آموزش های پیشگیری اولیه از اعتیاد همگانی (Universal) بر روی ۴۲۶ دانش آموز دبیرستانی با گروه گواه ۳۳۲ نفر صورت گرفت، نتایج پس از یکسال پیگیری مجدداً سنجیده شد که حاکی از کاهش قابل توجه مصرف سیگار، الکل و سو مصرف مواد استنشاقی بود. این نتایج به ویژه در گروهی از دانش آموزان که در معرض خطر بالاتری نسبت به سایرین بودند، قابل توجه بود. آموزش هایی که در نظر گرفته شده بود مهارت های زندگی (Life Skills training) بود که شامل: مهارتهای نه گفتن به مواد، سومصرف مواد و آموزش هنجارهای

اجتماعی و طراحی گروهی از آموزشها یی بود که موجب تقویت شخصیت روانی و اجتماعی دانش آموزان می شد. (Kandel, ۱۹۹۲)

در برنامه های پیشگیرانه ای هم که موسسه سوء مصرف مواد (NIDA) بر روی ۶۰۰۰ دانش آموز از ۵۶ مدرسه راهنمایی انجام داد نشان داد که شروع مصرف سیگار که دروازه اعتیاد به مواد تلقی می شود سه ماه پس از اتمام برنامه تا ۶۷ درصد کاهش پیدا کرد. همچنین در پروژه استار و در پروژه نه گفتن وده ها مطالعه دیگر اثر بخشی میان مدت و دراز مدت پیشگیری اولیه نشان داده شده است. پیشگیری اولیه از سو مصرف مواد باید از موادی مانند سیگار و الکل شروع شود زیرا در سنین نوجوانی ابتدا آنها در معرض سیگار ، الکل و یا ماری جوانا قرار دارند و مطالعات آینده نگر حاکی از آن است که مصرف مواد از دوران نوجوانی از موادی سبک شکل می گیرد و بعد به مواد سنگین تر و پر خطرتر می انجامد. این مطالعات نشان داده اند که اکثریت قریب به اتفاق مصرف کنندگان مواد، فرایند ابتلا را با سیگار یا الکل آغاز نموده اند. (Kandel, ۲۰۰۲)

بنا بر این باید دانست پیشگیری اولیه از مصرف مواد اعتیاد آور الزاما نباید از خود مواد اعتیاد آور شروع شود ، وقتی کودکان و نوجوانان مهرتهای زندگی و مقاومت اجتماعی را یاد می گیرند پایه های اصلی پیشگیری اولیه از سو مصرف مواد در آنها شکل گرفته است ، همچنین وقتی برپیشگیری از مصرف سیگار و الکل حتی در ابعادی مانند چند پک و یا چند جرعه می شود، برابر مطالعات آینده نگر از ابتلا نوجوانان در بزرگسالی به مصارف بیشتر و یا ابتلا به مصرف مواد اعتیاد آور دیگر موثر می باشد. براساس تئوری دروازه ای (Gateway Theory) نوجوانانی که سو مصرف سیگار را همزمان با الکل آغاز می کنند با احتمال بسیار بالاتری به مصرف ماری جوانا یا حشیش

مبتلا می شوند و سوء مصرف هر سه این مواد بانسبت بالاتری با سوء مصرف وابستگی آورهای همچون مواد مخدر،

محرک، و توهم زاها ی قویتر همراه خواهد بود. (Kenneth et all, ۲۰۰۳)

در مباحث نظری و ادبیات پیشگیری از سوء مصرف مواد به اهداف و اصول پیشگیری تاکید شده است.

غالب محققین، مراکز تحقیقاتی و اپیدمیولوژیست ها اهداف عمده ای را برای پیشگیری از سوء مصرف

مواد توصیه کرده اند از جمله :

۱- شناخت، مداخله و از بین بردن عوامل

۲- کاهش عوامل مخاطره آمیز و پرخطر

۳- آگاه سازی افراد جامعه خصوصاً افراد در معرض خطر از خطرات و مضرات مواد و الکل

۴- افزایش مقاومت فرد در مقابل وسوسه های موادخواهی از طریق آموزش مهارت های زندگی نظیر

مهارت تصمیم گیری، حل مسئله و ارتباطات اجتماعی

۵ - تقویت فعالیت های جایگزین به جای مواد مخدر و الکل به منظور ارضای نیازهای روانی - اجتماعی

نوجوانان و جوانان و گروه های خاص

۶ - مشاوره و مداخله حین بحران و در بحران های مختلف زندگی

۷ - ارتقاء سطح آگاهی فرهنگی و تقویت باورها و اعتقادات مذهبی و اخلاقی در جامعه

۸ - وضع، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات کارآمد و موثر در مبارزه با مواد مخدر

۹ - درمان معتادان بمنظور جلوگیری از اشاعه و سرایت اعتیاد در جامعه (Kandel, ۲۰۰۲)

همچنین مداخلات پیشگیری از سوء مصرف مواد همانطوریکه برخی از صاحب نظران مسایل اعتیاد نظیر بوتوین (Botvin, ۱۹۹۷)، کاپلان (Kaplan, ۱۹۹۹)، مارکل (Markel, ۱۹۹۴) و دیگران مطرح ساخته اند باید مبتنی بر موارد زیر باشد :

۱ - در برنامه های پیشگیری به شناسایی و افزایش عوامل محافظ (Protective) از جمله عوامل تاب آور (Resiliency Factors) و شناسایی و کاهش عوامل خطرزا (Risk Factors) از جمله کاهش آسیب پذیری باید توجه شود. منظور از عوامل خطر آفرین، شرائط، عوامل، ویژگی ها، حوادث و متغیرهایی است که ممکن است برای فردی وجود داشته باشند و در این صورت آن فرد با احتمال بیشتری نسبت به کسی که این عوامل و شرائط برای او موجود نیست به ناهنجاری و اختلال دچار شود. عوامل محافظ در مقابل شرائط، عوامل، حوادث، ویژگی ها و متغیرهایی هستند که وجود آنها سبب می شود فرد نه تنها با احتمال کم تری دچار اختلال شود، بلکه با احتمال بیشتری دارای رفتارهای معطوف به سلامتی باشد. (Keneth et all, ۲۰۰۳)

تاب آوری در مقابل مواد بر مبنای این اعتقاد بنا گردیده است که عده ای که در معرض خطر یا عوامل خطر آفرین قرار می گیرند متاثر از آن عوامل نگردیده و اختلالی را تجربه نمی کنند. شاید بتوان گفت مواجهه با عوامل خطرزا شرط لازم (Necessary Condition) برای آسیب پذیری به شمار می آید، اما شرط کافی (Sufficient Condition) آن نیست. بوتوین عوامل محافظ را بر خورداری از مهارت های زندگی، ارتباط با گروه های همال مثبت (راست رفتار)، موفقیت تحصیلی در مدرسه، نظارت موثر والدین، پیوندهای مثبت و روابط مبتنی بر احساس امنیت در محیط های کار و زندگی فرد عنوان می سازد. در مقابل عوامل خطرزا شامل فقدان یا قلت روابط مبتنی بر احساس امنیت، کاستی در

سازگاری اجتماعی، داشتن والدین معتاد، فقدان نگرش مثبت، مقبولیت مصرف در خانواده، دوستان، مدرسه و اجتماع و داشتن شخصیت پرخاشجو و یا اجتنابی و ضد جامعه است

عوامل تاب آور باعث می شوند افراد در شرایط دشوار با وجود عوامل خطرزا از قابلیت‌ها و ظرفیت‌های ممکنه و در اختیار در دستیابی به موفقیت و شکوفایی در زندگی بهره گرفته و از چالش‌های مبارزه جویانه سربلند بیرون آیند. برخی از عوامل تاب آور که تاثیرات عوامل خطر آفرین را به حداقل کاهش می دهند عبارتند از: داشتن تصویر مثبت از خود و برخورداری از عزت نفس (Self - Esteem) بالا، داشتن توانایی کنترل زندگی، احساس مسئولیت، احساس تعلق به اجتماع، وجود ارزش‌های اخلاقی و معنوی در محیط زندگی فرد، و نظایر آن.

۲ - برنامه‌های پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی - روانی باید دربرگیرنده آموزش مهارت‌های زندگی باشد. آموزش این مهارت‌ها مشتمل بر ۵ حوزه است :

الف - آموزش مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله

ب - آموزش تفکر خلاق و تفکر نقادانه

ج - آموزش قابلیت برقراری ارتباط موثر و ارتباط بین فردی سازگارانه

د - آموزش‌های معطوف به افزایش خودآگاهی و همدلی با دیگران

ه - آموزش مقابله با هیجان‌ها و فشارهای روانی

و- آموزش مهارت‌های اختصاصی با هدف پیشگیری از اعتیاد بعنوان یک آسیب طراحی می‌شود. مثل آموزش مهارت قاطع بودن، در مقابل فشار گروه جهت سوء مصرف مواد شواهد علمی نشان داده است این آموزش‌ها که در

قالب یک برنامه گسترده ارایه می‌شوند نقش مهمی در پیشگیری اولیه دارند.. (Ellickson PL, ۲۰۰۱)

بررسی سابقه و تجارب کشورها اعم از کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه در خصوص پیشگیری اولیه (Primary Prevention) از سوء مصرف مواد و پژوهش‌های مرتبط با آن در نیم قرن گذشته نشان می‌دهد تفاوت‌های بارزی میان کشورها از جهات مختلف و در ارتباط با سیاست‌های دولت‌ها (Government Policies) در خصوص مواد مخدر وجود دارد. این تفاوت‌ها اساساً در برگزیده موارد مختلفی است از جمله:

- سیاست‌های مربوط به کاهش تقاضا (Demand Reduction)

- سیاست‌های مربوط به کاهش عرضه (Supply Reduction)

- اولویت‌دهی به سیاست‌های مقابله

- راهبردهای مداخلاتی پیشگیرانه

- راهبردهای مداخلاتی درمانی

- تحقیقات مربوط به پیشگیری

- منابع (Resources) تخصیص داده شده و در اختیار

به طور کلی در اکثر کشورهای پیشرفته و توسعه یافته سیاست‌ها و راهبردهای پیشگیری از مواد تحقیق محور و دانش بنیان (Science - Based) هستند.

بررسی سابقه تحقیقات و برنامه های اجرایی در کشورهای توسعه یافته خصوصا در اروپای غربی، کانادا، استرالیا و آمریکا نشان می دهد که این اطلاعات عمدتا در سطوح و زمینه ها و ابعاد مختلف، اعم از فراگیر شناسی و سبب شناسی سوء مصرف مواد فراهم آمده است. همچنین هدف از گردآوری این اطلاعات، تدوین استراتژی ها و برنامه ریزی های منظم برای آگاه سازی، پیشگیری، مداخلات اجتماعی و درمانی و نیز مبارزه موثر با اعتیاد بوده است.

پژوهش های متوالی در بیش از پنجاه سال گذشته در ایالات متحده، به پیشرفت و تغییر سریع اقدامات پیشگیرانه منجر شده است. هدف این پژوهش ها گسترده است؛ اما در یک اصل مشترکند: باید بتوان نتایج حاصل از تحقیقات را در تدوین برنامه های پیشگیرانه موثرتر اعمال کرد. (محسنی تبریزی، ۱۳۹۳: ۵۵).

مروری بر تجربیات انجام شده در دو دهه گذشته در آمریکا و اروپا و چند کشور صنعتی و پیشرفته، مانند کانادا، استرالیا، ژاپن و...، در باب سبب شناسی و پیشگیری، خصوصا پیشگیری اولیه و آگاه سازی از سوء مصرف مواد، نشان می دهد که این زمینه، از تنوع و تعدد و گستردگی دامنه تحقیقات علمی برخوردار است.

آمریکا بیش از هر کشوری در جهان، طی نیم قرن اخیر کوشش های بارزی را صرف برنامه های مبارزه و کنترل و پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر کرده است؛ به طوری که بودجه صرف شده در طی این دوره را بالغ بر ۱۰۰ میلیارد دلار تخمین می زنند (بوتوین، ۲۰۰۲: ۲۸۵). بخشی از این هزینه ها در برنامه های مقابله با عرضه مواد و بخشی دیگر در برنامه های معطوف به کاهش تقاضا، پیشگیری، درمان، بازتوانی و توان بخشی مصرف شده است.

طی دو دهه گذشته، رسانه های جمعی و سیاست مداران و مردم توجه مضاعفی به برخی از مسائل عمده اجتماعی نظیر خشونت و ایدز و مصرف سیگار داشته اند. با این وصف، به واسطه نقش کلیدی اعتیاد به مواد مخدر در بروز و

تشدید بسیاری از مسائل و نابهنجاری های اجتماعی، این مسئله همچنان به منزله معضلی اجتماعی، مدنظر محققان، برنامه ریزان اجتماعی، رسانه های گروهی و عموم مردم قرار دارد. (همان، ص ۵۴).

در کشورهای در حال توسعه نیز سیاست دولت ها در ارتباط با مواد مخدر اعم از عرضه، تقاضا، پیشگیری، درمان، تحقیق و... متفاوت است. بر اساس گزارش مراکز (CHR)^۳ موسسه بورت (۲۰۰۴)^۴ در برخی از کشورها نظیر افغانستان و مغولستان برنامه های مبارزاتی و مداخلاتی محدود، غیر فراگیر و با حداقل امکانات و منابع و در برخی از کشورها نظیر هنگ کنگ، ژاپن، مالزی و سنگاپور مبتنی بر برنامه ها و راهبردهای جامع و فراگیر بوده است.

امروزه مسئله اعتیاد به مواد مخدر در سرتاسر جهان جدا از سطح توسعه یافتگی جوامع به عنوان مسئله اجتماعی، مسئله ای پزشکی و مسئله ای زیست محیطی مطرح است که نه تنها سلامتی فرد بلکه سلامتی جامعه را تهدید می کند.

افزایش سریع و شتابان جمعیت معتادان در نیم قرن گذشته نه تنها توجه محققین، موسسات پژوهشی و صاحب نظران را به مطالعه و شناخت علل و اسباب این پدیده و شیوع و گستره آن جلب نموده است، بلکه دولت ها، مجامع تصمیم گیری، نهادها، سازمان های ملی و بین المللی و مسئولین و برنامه ریزان جامعه را به تلاشی عظیم و گسترده جهت کنترل، پیشگیری و کاهش میزان های آماری اعتیاد سوق داده است (محسنی تبریزی ۱۳۹۴ (ب): ۶۱).

با انجام این تحقیق برای یافتن تجربیات موفق ویا در حال اجرای کشورهای منتخب که علاوه بر برنامه های کشورمان شامل هفت کشور در حال توسعه شامل کشورهای:

۱. هندوستان،

^۳ - Center for Harm Reduction

^۴ . Burnet Institute

۲. مالزی،
۳. تایلند،
۴. فیلیپین،
۵. مکزیک،
۶. ترکیه،
۷. کویت،

وهجده کشور توسعه یافته شامل کشورهای زیر است:

۱. آفریقای جنوبی،
۲. انگلیس
۳. ایرلند،
۴. بلژیک،
۵. اسپانیا،
۶. استرالیا،
۷. نیوزلند،
۸. کانادا،
۹. روسیه،
۱۰. فرانسه،
۱۱. سوئیس
۱۲. سوئد
۱۳. دانمارک

۱۴. نروژ

۱۵. ایتالیا

۱۶. مجارستان

۱۷. هلند

۱۸. آمریکا،

با توجه به اشتراک برنامه های دو کشور انگلیس و ایرلند و همچنین برنامه های استرالیا و نیوزلند با یکدیگر ، برنامه های آنان در یک قسمت آورده می شود و در مجموع علاوه بر تجربیات و برنامه های جمهوری اسلامی ایران ، شامل ۲۵ کشور مطرح در دنیا در زمینه پیشگیری اولیه از سومصرف را شامل می شود .

با استفاده از تجربیات جهانی می توان ضمن انتخاب بهترین برنامه ها والگوها از انجام روش ها و برنامه هائی که اثر بخشی چندانی ندارد جلوگیری کرد واز هرز منابع و هزینه ها کاست و بر اثربخشی و کار آئی آنها افزود.

اهداف

اهدافی که مطالعه حاضر بدنبال تحقق آنها ست عبارتند از:

- ۱- مرور برنامه های اجرائی و تجربیات کشورهای منتخب در زمینه پیشگیری اولیه.
- ۲- شناخت دانش موجود در باب عوامل خطرزا و محافظت کننده از سوء مصرف جهت پیشگیری اولیه.
- ۳- شناخت چارچوب های مفهومی و عملیاتی غالب در برنامه های و تجربیات کشورهای مرور شده.

۴ - تشخیص و تمیز حیطه‌ها، طیف‌ها یا زمینه‌های برنامه‌های پیشگیری اولیه شامل حیطه فرد (Individaal Domain)، حیطه گروه همال (Peer Group Domain)، حیطه خانواده (Family Domain)، حیطه مدرسه (School Domain)، حیطه محله (Community Domain) و حیطه کار (Work Domain).

۵- مقایسه یافته‌ها، نتایج و معارف علمی بدست آمده از تجارب کشورهای بررسی شده و آرایه پیشنهاداتی در باب تدوین برنامه‌های موثر و مدل‌های غالب پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد در کشور.

فرضیات

فرضیه در تحقیقاتی که برای کشف روابط بین پدیده‌ها یا تبیین و علت‌یابی پدیده‌هاست لازم است البته به این شرط که مسئله از پیشینه مطالعاتی و ادبیات تحقیق برخوردار باشد. تحقیقات اکتشافی فرضیه‌بردار نیست و امکان ارائه فرضیه منتفی است؛ در تحقیقات توصیفی، هم نیازی به این کار نیست و در مطالعات اسنادی و مروری فرضیه مطرح نیست، در این مطالعه که در صدد شناسایی و جمع‌بندی تجربیات عملی کشورها می‌باشد، مفروضات زیر را برای برنامه‌های اجرایی دانش بنیان کشورهای منتخب می‌توان مطرح ساخت:

- علم محور بودن برنامه‌های اجرایی
- انجام پایلوت منطقه‌ای قبل از اجرای سراسری
- پایش مستمر و ارزیابی برنامه‌ها
- انجام محاسبات اثر بخشی و هزینه فایده برنامه‌ها
- ارائه بازخورد
- فرایند بهبود مستمر برنامه‌ها

۱- برنامه‌های پیشگیری Prevention programs

برنامه‌های پیشگیری را می‌توان براساس میزان درگیری جامعه هدف با مصرف مواد، به سه سطح تقسیم‌بندی کرد: اولیه (Primary) یا همگانی: (Universal)، ثانویه یا انتخابی: (Selective) و ثالثیه یا موردی (Indicative). در مجموع برای پیشگیری سه سطح یا بیشتر را قائلند: برنامه‌های همگانی که معطوف به عموم جمعیت است. برای مثال، برنامه‌هایی که تمام دانش‌آموزان را مدنظر دارد. برنامه‌های انتخابی که معطوف به گروه‌های خاص و زیرمجموعه‌هایی از کل جمعیت می‌باشد. برای مثال، اجرای برنامه‌هایی برای دانش‌آموزان در معرض خطر سوء مصرف مواد و دانش‌آموزانی که قبلاً مصرف مواد را داشته‌اند. برنامه ویژه یا اختصاصی که دربرگیرنده مصرف‌کنندگان یا افرادی است که رفتار خطرناک‌تری به همراه مصرف دارند. برای مثال، برنامه‌هایی برای دانش‌آموزانی خاص که در مدرسه تجربه سوء مصرف مواد را داشته‌اند. (Galanter and Kleber, ۱۹۹۹).

۲- ماده Substance or drug

هر چیزی است که وقتی مصرف می‌شود، بر فرایندهای روانی مثل شناخت یا حالت عاطفی اثر می‌گذارد. این اصطلاح هم‌ارز ماده روانگردان یا روانگرا است. (WHO, ۱۹۵۷)

۳- اعتیاد Addiction

اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر یک یا چند ماده روانگردان به حدی که مصرف کننده یا معتاد دچار

مسمومیت دوره ای یا مزمن ناشی از آن شود، اجبار برای مصرف ماده داشته باشد، قطع یا کاهش ارادی آن برایش بسیار دشوار باشد و عزم بارز برای کسب ماده تقریباً به هر وسیله ممکن نشان دهد. (WHO, 1957)

۴- وابستگی، و سوء مصرف Dependency and drug abuse

با توجه به حقارت آمیز بودن اصطلاح اعتیاد و نیز ابهام آن، اصطلاح وابستگی به جای اعتیاد پذیرفته شد و برای وابستگی و سوء مصرف این تعریف ارائه شد: الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دوره دوازده ماهه دست کم یکی از تظاهرات زیر دیده شود: ناتوانی از انجام تعهدات شغلی، تحصیلی، یا خانوادگی، مصرف مکرر مواد در موقعیت های دارای خطر جسمی (مثل رانندگی)، دچار شدن مکرر به مشکلات قانونی، ادامه مصرف علیرغم تداوم و تکرار مشکلات. (American Psychiatric Association, 2000)

۵- فرایند تاب آوری Resiliency

فرایند پویایی است که افراد برخوردار از تطابق رفتاری مثبت هنگام مواجهه با شرایط ناگوار، ضربه روانی (تروما)، تهدید، یا فشار روانی، از خود نشان می دهند. به عبارت دیگر تاب آوری فرایندی است که طی آن فرد علیرغم مواجهه با عامل خطر، نه تنها دچار عوارض آن نمی شود، بلکه حتی پیامدی بهتر از افراد

نامواجه پیدامی کند . تاب آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی که شرایط نامطلوب وسخت است . تاب آوری طی سه دهه گذشته در علوم اجتماعی به مثابه یک پدیده چند بعدی شناخته شده است که در بافت های اجتماعی ودرونی متفاوت هستند. (Connor & Davidson ۲۰۰۳)

۶- تعیین کننده های اجتماعی سلامت Social Determinant of Health

تعیین کننده های اجتماعی سلامت SDH می توانند به عنوان شرایط اجتماعی جایی که مردم در آن کار و

زندگی می کنند شناخته می شوند. تعیین کننده های اجتماعی بیش از همه به فقر ، اشتغال، درآمد ، تحصیلات و تاثیر آنها بر سلامت تاکید می ورزد. (Irwin et all , ۲۰۰۶)

۷- مداخله جماعت محور Community Based Intervention: CBI

مداخله اجتماع محور، عبارت است از مشارکت اعضای جماعت در جمع آوری اطلاعات مربوط به جماعت، تعیین اولویت مشکلات جماعت، شناسایی منابع جماعت و برنامہ ریزی برای حل مشکلات جماعت . این مداخلات، با افرادی شروع می شود که در جماعت زندگی می کنند و به جماعت مسئولیت اولیه را برای تعیین کانون فعالیت ها در هر سطحی و ایجاد راهبردها برای مواجهه با این مشکلات اعطا می کنند. (Rosenberg, ۲۰۰۲)

۸- برنامه های فراگیر Broad - Based

آموزشی و رسانه‌ای یا همگانی توده بزرگی از مردم را پوشش می‌دهند، اما شواهد کمی در موفقیت آمیز بودنشان وجود دارد. برنامه‌های پیشگیری ثانویه (Secondary) که افراد در معرض خطر (High Risk) را هدف قرار می‌دهند (انتخابی و موردی) منجر به دو نتیجه متضاد می‌شوند؛ از یک سو، فرد شناسایی و این امکان فراهم می‌شود که زیر پوشش برنامه قرار گیرد و از سوی دیگر، به بدنامی (Stigmatization) فرد و در نتیجه به احتمال برخورد تبعیض آمیز با وی می‌انجامد. (Wiener, ۱۹۹۷).

۱۰- عوامل خطر Risk Factors

منظور از عوامل خطر آفرین، شرایط، عوامل، ویژگی‌ها، حوادث و متغیرهایی است که ممکن است برای فردی وجود داشته باشند و در این صورت آن فرد با احتمال بیشتری نسبت به کسی که این عوامل و شرایط برای او موجود نیست به ناهنجاری و اختلال دچار شود. از جمله این عوامل خطر می‌توان شکست تحصیلی، فشار گروه همسال (Peer Pressure) و فقدان ارتباط و پیوند مثبت والد - کودک را نام برد. (Keneth et all, ۲۰۰۳)

۱۱- عوامل محافظتی Protective Factors

عوامل محافظ در مقابل شرایط، عوامل، حوادث، ویژگی‌ها و متغیرهایی هستند که وجود آنها سبب می‌شود فرد نه تنها با احتمال کم‌تری دچار اختلال شود، بلکه با احتمال بیشتری دارای رفتارهای معطوف به سلامتی باشد. از میان عوامل محافظتی نیز می‌توان به پیوند اجتماعی (Social Bonding)، کفایت تحصیلی، مهارت‌های ارتباطی و

جلب حمایت و نیز مهارت‌های عمومی زندگی (General Life Skills) همچون تصمیم‌گیری (Decision

Making) اشاره کرد. (Galanter and Kleber، ۱۹۹۹).

برنامه‌های مدرسه محور School - Based

این برنامه‌ها که در مدارس اجرا می‌شوند رویکردهای مختلفی دارند و شامل چند گروه هستند:

- برنامه‌های آموزشی - شناختی (Educational - Cognitive) که هدفشان افزایش دانش نوجوانان در

مورد الکل و مواد است.

- برنامه‌های عاطفی بین فردی (Affective - Interpersonal) با هدف تقویت خودانگاره (self-

concept) فهم احساسات و روابط بین فردی و آگاهی از ارتباطات و فرایندهای تصمیم‌گیری اجرا می‌شوند.

- برنامه‌های جایگزین (Alternative) با هدف پر کردن اوقات فراغت، فراهم ساختن مهارت‌ها و ایجاد

کفایت (Competency - Building) اعمال می‌شوند.

- برنامه‌های رفتاری (Behavioral) با رویکرد تأثیرپذیری اجتماعی که با بررسی تأثیر عواملی که باعث

افزایش مصرف مواد می‌شوند، همچون فشار والدین، همسالان و رسانه‌ها، به افزایش مهارت‌های مقابله (Coping

Skills) که به فرد در مقاومت کردن در برابر تأثیرها کمک می‌کنند می‌پردازد و رویکرد آموزش مهارت‌های فردی -

اجتماعی که به افراد خصوصاً نوجوانان کمک می‌کند که آن دسته از مهارت‌های فردی و اجتماعی را که کاربرد

عمومی دارند فراگیرند. برنامه‌های رفتاری از مؤثرترین برنامه‌های پیشگیری محسوب می‌شوند (Wiener, ۱۹۹۷).

برنامه‌های رسانه‌ای Massmedia

این برنامه‌ها به آموزش پیشگیری از طریق رسانه‌ها به گروه‌های اجتماعی می‌پردازند و اغلب نتایج مبهمی داشته‌اند (Wiener, ۱۹۹۷).

برنامه‌های متمرکز بر خانواده Family Skills Training

شامل آموزش والدین، آموزش مهارت‌های خانواده، که بر ارتقای ارتباط و پیوند مثبت والد-کودک متمرکز است. مطالعات نشان داده است که این برنامه‌ها می‌توانند در کاهش عوامل خطر در کودکان و یادگیری مهارت‌های والدی (parenting skills) مؤثر واقع شوند (wiener ۱۹۹۷).

تغییر در محیط و قوانین Environmental and Regulatory Change

این رویکرد در برخی کشورها به سبب کاهش سوء مصرف الکل و مواد مورد توجه واقع شده است. نمونه‌ای از این تغییرات شامل افزایش مالیات مستقیم و غیرمستقیم، کاهش دسترسی به مواد با افزایش حداقل سن خرید، کاهش تعداد عامل‌های فروش الکل، کاهش فروش در معابر عمومی، نظارت بر درج مطالب آگاهی دهنده روی نوشابه‌های الکلی و افزایش تبلیغ بر ضد مصرف مواد است و می‌تواند منجر به کاهش سوء مصرف شود. (wiener, ۱۹۹۷).

برنامه‌های چندبخشی Multicomponent

شامل ترکیبی از برنامه‌های مدرسه‌مدار، برنامه‌های جامعه‌مدار و رسانه‌ای، برنامه‌های متمرکز بر خانواده و نیز سیاست‌گذاری رسمی و غیررسمی است. معلوم شده است که برنامه‌های چندبخشی، نسبت به برنامه‌های صرفاً

مدرسه‌مدار، آثار مثبت و به مراتب بیشتر طولانی‌مدت‌تری در کاهش مصرف مواد دارند (Galanter and

Kleber, ۱۹۹۹).

فصل دوم

چهار چوب نظری

(پیشینه تحقیق)

چهار چوب و مبانی نظری

رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد

بررسی تجربیات و مداخلات پیشگیرانه در باب پیشگیری از سوء مصرف مواد موثر نشان می‌دهد که در طی چند دهه گذشته برنامه های متعددی در زمینه سوء مصرف مواد مخدر انجام گرفته است در خصوص طراحی رویکردهای موثر پیشگیری پیشرفت‌هایی در چند سال اخیر حاصل شده است و شواهدی دال بر موثر بودن و کارآمدی این رویکردها در دست است که از طریق مطالعات تجربی بدست آمده است و در کتب و مجلات علمی متعدد منعکس است (برای نمونه رجوع شود به بوتوین و بوتوین ۱۹۹۲، شینک Schinke ۱۹۹۶، بوتوین و اورلاندی Orlandi ۱۹۹۹، تومبز Thombs ۱۹۹۹، گلانتز و هارتل ۲۰۰۲).

بررسی تحقیقات و مداخلات و برنامه های پیشگیری همچنین نشانگر آن است از زمانیکه سوء مصرف مواد بعنوان رفتاری چندسببی، چند وجهی و اغلب بعنوان خط سیرها و خاستگاه‌های چندگانه پیشرونده و بمثابة پدیده‌ای پیچیده متأثر از عوامل و شرایطی با وزن‌های نسبی متفاوت توصیف و تبیین شده است. این موضوع بعنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر بنظر رسیده است که راهبردهای پیشگیرانه متعدد و متنوعی نیز بر حسب هریک از وضعیت‌ها، خاستگاه‌ها و خط سیرهایی که رفتار اعتیادی در آن نمود و بروز دارد تدوین و مورد توجه و کاربرد قرار گیرند.

گرچه مسئله سوء مصرف مواد مخدر بعنوان مسئله‌ای اجتماعی پیش از دهه ۱۹۶۰ (دهه روان گردان‌ها)

در غرب و برخی از جوامع غیر غربی مطرح بود ولی بطور جدی توجه به مداخلات اجتماعی و درمانی و کوشش

جهت تدوین و ارایه استراتژی‌ها و رویکردهای پیشگیرانه از اواسط دهه شصت آغاز گردیده است، بطوریکه توجه به سوء مصرف در دهه ۱۹۷۰ چنان شدت گرفت که سیاست‌گذاران بر علیه مواد مخدر اعلان جنگ کردند در دهه ۱۹۸۰ قوانین و لوایح مهمی برای مبارزه و کنترل آن تصویب نمودند. ابعاد مختلف مشکل مصرف مواد و نتایج مایوس کننده رویکردهای پیشگیری و درمانی گذشته دو نیروی محرکه قوی برای تدوین و طراحی مدل‌ها و رویکردهای پیشگیری جدید بوده‌اند.

ایوانس و همکاران وی از اولین محققانی هستند که براساس این یافته‌های علمی سبب‌شناختی رویکرد پیشگیری جدید، ایمن‌سازی اجتماعی، را ارایه کردند. آنها به طور مستقیم تحت‌تأثیر کارمک کوپر در زمینه آگاه‌سازی جمعی متقاعد کننده که به عنوان ایمن‌سازی روانی به آن اشاره می‌شد، قرار گرفتند.

رویکرد ایوانس مقابله با پیام‌های مصرف سیگار است که توسط همسالان، خانواده و رسانه‌های جمعی ارائه می‌شود. به منظور مقابله، کودکان که مهارتهایی جهت تشخیص منابع فشار برای مصرف سیگار و مقاومت در مقابل آنها مجهز می‌شوند. اجزاء مهم دیگر برنامه‌ها به گونه‌ای طراحی شده بود تا برای کودکان ثابت کنند مصرف سیگار یک رفتار بهنجار نیست. یافته‌های این پژوهش مثبت بود.

در طی دو دهه‌ی بعد تغییرات در مدل نفوذ اجتماعی در حد گسترده‌ای بررسی شد. مجموعه تحول هنجارهای اجتماعی همراه با تصحیح درک غلط از بهنجار بودن مصرف مواد و آموزش مهارت‌های مقاومت در مقابل مصرف مواد و به همان اندازه مهارت‌های تصمیم‌گیری و مقابله‌ای نشان داده‌اند در پیشگیری از رفتار مصرف مواد اثر داشته‌اند.

یک نمونه عالی از یک برنامه موفق که از دیدگاه ناشی می‌شود آموزش مهارت‌های زندگی است که توسط گیلبرت بتوین توسعه یافت، که آمیخته‌ای از هر دو نظریه یادگیری اجتماعی (باندورا، ۱۹۹۷) و نظریه رفتار دشوار

است. از این دیدگاه، سوء مصرف مواد به عنوان رفتاری تابعی و آموخته شده ناشی از تأثیرات اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که رفتار را افزایش می‌دهد.

از بررسی انواع رویکردها و استراتژی‌هایی که در پیشگیری از سوء مصرف مواد طی چند دهه گذشته از سوی صاحب‌نظران مسایل اعتیاد و خصوصاً در جوامع صنعتی و پیشرفته رایج و مورد استفاده قرار گرفته است می‌توان استنتاج کرد که هر یک از این رویکردها دارای نقاط قوت و نیز کاستی‌هایی بوده‌اند که در عمل و در پرتو مطالعات و بررسی‌های ارزیابی مطرح گردیده‌اند.

رویکردهای مدرسه محور (School-Based):

پیش از دهه ۱۹۸۱، تلاش‌های معطوف به آگاه‌سازی و پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر بر برنامه‌های مدرسه محور استوار بود. این برنامه‌ها عمدتاً در شکل برگزاری و رایج‌دوره‌های آموزشی و تشکیل کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی خصوصاً آگاهی از مواد مخدر، الکل و تنباکو و حصول به دانشی که فرد را توانا به مقابله با مواد مخدر نماید طراحی و اجرا می‌گردید. رایج‌ترین روش آموزش رایج اطلاعات به دانش‌آموزان در خصوص تیپولوژی و انواع مواد مخدر، خواص و آثار هر یک، شیوه‌های مصرف، تأثیرات سوء آنها و پیامدهای منفی و خطر بار مصرف و نیز راه‌های مقابله در اثر آگاه‌سازی بود.

این رویکرد بر این فرض استوار بود که گرایش به مواد مخدر و مسئله سوء مصرف بواسطه ناآگاهی، عدم شناخت و فقدان اطلاعات لازم و دقیق از مواد مخدر پدید آمده است و در صورت پر کردن خلاء اطلاعاتی و فقر شناختی از طریق کاربرد روش‌های آموزشی، آگاه‌سازی و اطلاع‌رسانی علمی و کارآمد می‌توان از اعتیاد و گرایش افراد خصوصاً نوجوانان و جوانان به مواد مخدر جلوگیری کرد. فرضی که واضعین نخستین و پیشگامان اولیه

این رویکرد بر آن اصرار می‌کردند این بود که فرد مجهز به سلاح دانش و اطلاعات از روی آگاهی، خرد، عقل و منطق، تصمیم به دوری و احتراز از مواد مخدر خواهد گرفت. همچنین در بسیاری از برنامه‌های آموزش بهداشت، از تکنیک‌هایی برای برانگیختن ترس، بوسیلهٔ مبالغه در خصوص خطرات مصرف مواد استفاده می‌شد.

مطالعات ارزشیابی در مورد رویکردهای پیشگیری اولیه و آگاه‌سازی نشان داد که هر چند این رویکردها در افزایش مهارت‌های زندگی، آگاهی‌ها و نگرش‌های ضد مواد تا حدودی موثر بودند ولی نتوانستند بر رفتار مصرف مواد مخدر، الکل و تنباکو و نیز نیت مصرف آنها تأثیر بگذارند (درون و تامسون ۱۹۸۶، کایندر، پیت و والفیش ۱۹۹۰، ریچاردز ۱۹۸۶، اسکاپس، بارتولو، مسکوویتز، پالی و چورگین ۱۹۹۱، شوویشر و هوفمان ۱۹۹۵). از طرفی نتایج برخی از تحقیقات نشان دادند که استفاده از این رویکردها اثر معکوس داشته و در مواردی می‌تواند موجب تحریک کنجکاوی افراد در باب مواد مخدر، افزایش آگاهی آنان در خصوص مواد، گرایش به تجربه آنها و افزایش مصرف مواد شود (سوویشر، کراوفورد، گولداستین و یورا ۱۹۹۱).

البته نباید تنها براساس یافته‌های رویکردهایی که عمدتاً از آموزش حقایق در مورد مواد مخدر استفاده کرده‌اند به این نتیجه رسید که داشتن آگاهی در زمینه مواد به پیشگیری نمی‌انجامد بلکه سبب تقویت گرایش به مصرف و بدآموزی می‌گردد. همانطوریکه بوتوین (۲۸۹: □ □ ۲۰۰۰) متذکر گردیده است "ارایه آموزش‌ها بهداشتی و اطلاعات مرتبط و متناسب با ویژگیهای شخصیتی، شناختی و رشدی فرد می‌تواند جایگاه خود را در برنامه‌های پیشگیری و آگاه‌سازی داشته باشد. در واقع آگاهی یکی از متغیرهای بسیاری است که بر گرایش به مصرف مواد و رفتار اعتیادی (Addictive Behavior) افراد موثر است. از اینرو آگاهی یکی از عوامل مهم و نگهدارنده (Protective) در عدم گرایش به مواد است که احتمال دور ماندن از اعتیاد را افزایش می‌دهد ولی آن را

قطعی نمی‌سازد. در مقابل روش "آموزش و آگاه‌سازی" برخی از برنامه‌های مدرسه محور از روش برانگیختن ترس، از طریق مبالغه و اغراق در خصوص خطرات مصرف مواد استفاده کردند.

مطالعات ارزشیابی در خصوص رویکردهای آموزش، اطلاع‌رسانی و برانگیختن ترس بعنوان بخشی از برنامه‌های آگاه‌سازی و پیشگیری مدرسه محور نشان داد که هر چند این رویکردها در ارتقاء سطح دانش و افزایش آگاهی‌ها و تقویت نگرش‌های ضد مواد در نوجوانان و جوانان موثر بودند، اما در پیشگیری از رفتار مصرف مواد مخدر، الکل و دخانیات (سیگار و تنباکو) و یا قصد مصرف آنها چندان کامیاب نبودند (دورن و تامسون ۱۹۷۶، گوداستات ۱۹۷۴، کایندر، پیپ و وال‌فیش ۱۹۸۰، ریچاردز ۱۹۶۹، مسکووتیز پالی و کورگین ۱۹۸۱).

حتی برخی مطالعات (سوویشر، کراوفورد، گلاشتین و یورا ۱۹۷۱) نشان دادند که رویکردهای مبتنی بر آموزش و آگاه‌سازی ممکن است نتیجه عکس داده و با تحریک کنجکاوی در نوجوانان و جوانان سبب گرایش به مواد یا افزایش مصرف مواد شود. مع الوصف بسیاری از تحقیقات و محققان از رویکرد آموزش و آگاه‌سازی دفاع نموده و معتقدند ارتقاء دانش و بینش نوجوانان و جوانان نسبت به اثرات سوء و مخرب مواد مخدر و آرایه اطلاعات و مطالب بهداشتی متناسب با ویژگیهای شخصیتی و رشدی آنان می‌تواند در پیشگیری از مصرف و یا گرایش به مواد مخدر موثر باشد (بوتوین ۱۹۹۴). بدیهی است که باید توجه داشت آگاهی تنهایی از متغیرهای بیشماری است که بر مصرف مواد موثر است.

از برنامه‌های دیگری که در رویکرد مدرسه محور می‌توان بدان اشاره کرد برنامه پیشگیری مبتنی بر "حیطه عاطفی" است. در این روش آموزش عاطفی که با تقویت رشد عاطفی همراه است به پیشگیری از مصرف مواد کمک می‌کند. هدف عمده این رویکرد افزایش درک فرد از خود و پذیرش خود از طریق فعالیت‌هایی نظیر

روشن‌سازی ارزش‌ها، تصمیم‌گیری مسئولانه، تقویت روابط میان فردی بوسیله آموزش ارتباطات موثر و کمک به دانش‌آموزان برای تامین نیازهای اساسی آنان از طریق موسسات اجتماعی است (سوویستر ۱۹۷۹).

بطور کلی برنامه‌های پیشگیری مدرسه محور در دهه ۶۰ و اوایل دهه هفتاد نظیر برنامه‌های آموزشی و آگاه‌سازی، برانگیختن ترس در دانش‌آموزان و آموزش عاطفی علیرغم آنکه طرفدارانی را پیدا نمود، ارزشیابی این برنامه‌ها چندان حکایت از کامیابی آنها در پیشگیری از سوء مصرف مواد نداشت و تدریجاً رویکردهای دیگری از اواسط دهه ۷۰ که عمدتاً مدرسه محور بودند جای روش‌های پیشگیری قبل را گرفتند.

رویکرد آگاه‌سازی عمومی و جامعه محور

سالهاست که دیدگاه اصلی پیشگیری مبتنی بر رویکرد آگاه‌سازی واقعی ((Factual Information) می‌باشد. نکته کلیدی این برنامه تمرکز بر اطلاعات مربوط به داروشناسی و پیامدهای مضر جانبی مصرف مواد است، این رویکرد بر مبنای نظریه عقلانی رفتاری انسان‌پایه‌ریزی شده است. (Elickson, Bell and Mc ۱۹۹۳, Gijan). بدین معنی که سوء مصرف مواد ممکن است به دلیل فقدان آگاهی کافی درباره پیامدهای مضر مصرف مواد باشد و چنین فرض می‌شود که اگر به افراد اطلاعات و آگاهی دقیقی در خصوص خطرات مصرف مواد داده شود، آنها، احتمالاً شیوه‌های منطقی‌تری در مواجهه با این مسئله اتخاذ خواهند کرد. پیروان این رویکرد معتقد بودند که دادن اطلاعات واقعی درباره خطرات مصرف مواد موجب تغییر نگرش افراد به مصرف مواد می‌شود و این تغییر در نگرش نهایتاً منجر به تغییر رفتار یعنی اتخاذ یک رفتار اجتنابی در مقابل مصرف مواد می‌گردد.

ابزارهای برنامه‌های مبتنی بر این رویکرد شامل استفاده از نشریه، کتابچه، پوستر، آگهی خدمات عمومی، نمایش فیلم، سخنرانی و... است. استفاده از این ابزارها، همگی به منظور افزایش اطلاعات درباره پیامدهای مصرف

مواد به منظور تغییر نگرش‌ها، هنجارهای اجتماعی و در نهایت تغییر رفتار است. برای افزایش اعتبار و نفوذ پیام‌های ضد مصرف مواد و بهبود بخشیدن به کیفیت برنامه‌های پیشگیری، بعضاً از رهبران جامعه، مدیران اجرایی، متخصصان حرفه‌ای بهداشت و نیز کسانی که قبلاً معتاد بوده‌اند برای سخنرانی دربارهٔ اعتیاد یا سوء مصرف مواد دعوت به عمل می‌آید.

بعضی از برنامه‌های طراحی شده در چارچوب این رویکرد از فرضیه اساسی مدل برانگیختن ترس (Fear - Arousal Model) پیروی می‌کنند (Ellickson & Bell ۱۹۹۰, Ellickson, ۱۹۹۳) □ به این صورت که با برانگیختن ترس در فرد نسبت به پیامدهای خطرناک مصرف مواد می‌توان رفتارهای اجتماعی را در او ایجاد کرد. علاوه بر این بسیاری از برنامه‌های سنتی پیشگیری بر غیر اخلاقی بودن مصرف مواد به عنوان یک عامل بازدارنده و پیشگیری کننده تأکید کرده‌اند. در این مدل، از طریق توسل به اصول اخلاقی سعی در پیشگیری از مصرف مواد دارند.

رویکرد پرورش عاطفی

طی دههٔ ۱۹۷۰، کیفیت برنامه‌های متمرکز بر پیشگیری در بعضی موارد شروع به تغییر کرد این تغییرات از یک سو به سبب عدم رضایت از نتایج آگاه‌سازی بود و از سوی دیگر، پس آیندی از این شناخت و آگاهی بود که احتمال دارد بعضی افراد بیش‌تر از دیگران درگیر مسئله سوء مصرف مواد شوند. در حالی که رویکرد آگاه‌سازی بر آموزش واقعیت‌ها و پیامدهای مضر مصرف مواد تأکید می‌کرد رویکرد پرورش عاطفی بر نیازهای روان‌شناختی افراد متمرکز است. در واقع رویکرد پرورش عاطفی چشم‌انداز بررسی‌های سبب‌شناختی سوء مصرف مواد را برای توجه به ویژگی‌های روان‌شناختی افراد تغییر داد (Sussmand eds, ۱۹۹۵, Botvin and others ۱۹۹۰).

فرض تلویحی رویکرد پرورش عاطفی برای تبیین شروع مصرف مواد، این فرض اساسی است که افرادی با ویژگیهای معین، بیش تر از دیگر افراد در معرض خطر هستند. بنابراین راه‌حلی که باید در برنامه‌های پیشگیری گنجانده شود در واقع پرورش و تقویت رشد عاطفی افراد است (Kearney and Hines, ۱۹۸۰).

رویکرد پرورش عاطفی بر رشد اجتماعی و شخصی افراد تأکید می‌کند. تمرکز بر این مؤلفه‌های رشدی به منظور غلبه یافتن بر ضعف‌هایی است که گمان می‌رود خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهند. پرورش ویژگی‌هایی چون عزت نفس بالا، بینش شخصی، خودآگاهی، خویش‌شناسی، تصمیم‌گیری مسئولانه، بهبود روابط بین فردی از طریق آموزش ارتباط عاطفی، مشاوره همسالان، افزایش توانایی افراد به منظور کام‌روا ساختن نیازهای شخصی از طریق مؤسسات و نهادهای اجتماعی موجود و... از این جمله‌اند. (Gillmore, ۱۹۹۰) M. R. et all

رویکرد جایگزین (تبدیل)

یکی دیگر از روش‌های پیشگیری از مصرف مواد که در واقع بخشی از مداخلات «جامعه‌مدار» (Community - Based Intervention) و مدرسه‌مدار (School - Based Intervention) هستند، بر بازسازی بخشی از محیط افراد (خصوصاً نوجوانان) متمرکز است. در این روش افراد را نسبت به موقعیت‌ها و فعالیت‌هایی که احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهند آگاه می‌سازند و سعی می‌کنند تا محیط، موقعیت‌ها و فعالیت‌هایی را برای افراد فراهم کنند که کم‌ترین خطر را در این باره داشته باشند. در حالی که بعضی از فعالیت‌ها ممکن است مصرف مواد را افزایش دهند، بعضی دیگر ممکن است مصرف مواد را کاهش دهند.

بسیاری از برنامه‌های رویکرد جایگزین، ایجاد شده و توسعه یافته است و در بعضی موارد ارزیابی شده است. تعدادی از این برنامه‌ها ارتباط مختصری با مصرف مواد داشته‌اند و بعضی دیگر فاقد اساس نظری بوده‌اند. مدل اساسی در رویکرد جایگزین عمدتاً درگیر ایجاد مراکزی است که مهیا کننده فعالیت ویژه با مجموعه فعالیت‌هایی ویژه است (مثل مراکز ورزشی، مراکز کارهای ذوقی و هنری، فعالیت‌های گردش‌گری علمی، سرگرمی و...) در این مدل چنین فرض می‌شود که اگر بتوان نوجوانان را با تجربه زندگی واقعی (Real - Life Experiences) مواجه کرد، تجربه‌ای که در واقع جذاب‌تر از مصرف مواد است، آنها کم‌تر درگیر مواد خواهند شد. در برنامه‌های رویکردها سعی می‌شود تا شیوه‌ای را که افراد بدان وسیله خودشان و دیگران و دنیا را می‌بینند (احساس می‌کنند)، تغییر دهند. یعنی هدف تغییر حالت شناختی - عاطفی به منظور بهبود بخشیدن و تقویت کارهای گروهی، افزایش حس اعتماد به نفس و عزت نفس است (Botvin eds, ۱۹۸۰, Donaldson and others, ۱۹۹۴).

رویکرد نفوذ اجتماعی

کارهای اولیه ایوانز (Evans) و همکاران در دانشگاه هاستون (Houston) در اواخر دهه ۱۹۷۰ نشانگر تحولی عظیم در جهت‌گیری رویکردهای پیشگیری به حساب می‌آید. چنان‌که پیش از این گفته شد رویکردهای پیشین بر آگاه‌سازی، برانگیختن ترس و توسل به مسائل اخلاقی تأکید می‌کردند. در حالیکه راهبردی که برای اولین بار ایوانز و همکارانش ایجاد کردند، بر عوامل روانی - اجتماعی که تصور می‌شد در شروع مصرف مواد دخیل باشند تأکید می‌کرد

(Evans ۱۹۷۶, Evans eds, ۱۹۷۸) کارهای ایوانز از نظریه روابط ترغیب کننده

(Persuasive Communications theory) و مفهومی که ایمن‌سازی روانی نامیده می‌شد، سخت‌متأثر بود

(Mc Guin ۱۹۶۴). این جهت‌گیری جدید در واقع پاسخی به یافته‌های ناامیدکننده مطالعاتی بود که کارآمدی رویکردهای آگاه‌سازی، پرورش عاطفی و جایگزین را به محک آزمایش گذاشته بودند. در این مرحله محققان به نوعی از پیش‌گیری متوسل شدند که بر مبنای نظریه‌های روان‌شناسی اجتماعی بنیان گذاشته شده بود. برای مثال از این دیدگاه سیگار کشیدن نوجوانان نتیجه فشارهای اجتماعی (یعنی پیام‌های ترغیب‌کننده) از طرف همسالان و رسانه‌ها تلقی می‌شود (Botvin, ۱۹۹۳). این فشارها به طرق مختلفی اعمال می‌شوند. مثل پیشنهاد از طرف دوستان و همسالان، ابزارهای تبلیغاتی و نظایر آن.

رویکرد نفوذ اجتماعی عمدتاً دربرگیرنده دو یا تعدادی از این مؤلفه‌ها است:

۱- ایمن‌سازی روانی (Psychological Inoculation).

۲- تصحیح انتظارات‌های هنجاری (Correcting Normative Expectations).

۳- آموزش مهارت‌های مقابله (Coping Skills Training).

نخستین پژوهش‌های مبتنی بر این رویکرد بر ایمن‌سازی روانی و تصحیح انتظارات هنجاری تأکید می‌کرد. ولی پژوهش‌هایی که اخیراً در چارچوب این رویکرد انجام گرفته است متغیرهای متعدد دیگری، مثل مهارت‌های مقابله، درگیر کردن نوجوانان در یک تعهد جمعی برای عدم مصرف مواد و... را نیز شامل می‌شود.

به طور کلی اشکال مختلف مدل نفوذ اجتماعی به این لحاظ که همگی بر نظریه شناختی اجتماعی (Social Cognitive Theory) آلبرت باندورا (Bandura, ۱۹۹۷) و یک مدل مفهومی که بر اهمیت اساسی عوامل اجتماعی در تسریع شروع مصرف مواد در نوجوانان تأکید می‌کنند، مشابه هستند. اگرچه این رویکرد دربرگیرنده تأثیر اجتماعی ناشی از خانواده، دوستان و رسانه‌ها در مصرف مواد است، ولی تأکید اولیه بر فشار همسالان است.

۱ - ایمن سازی روانی:

ایمن سازی روانی نخستین مؤلفه اساسی رویکرد نفوذ اجتماعی است. تحقیقات روان‌شناسی اجتماعی در نظریه روابط ترغیب کننده، پژوهش گران مطالعات پیشگیری را در جهت کوشش‌هایی سوق داد که هدف اصلی آنها ایمن سازی روانی نوجوانان در برابر پیام‌های ترغیب کننده مصرف مواد از طرف محیط اجتماعی آنها بود (Evans, ۱۹۷۶).

بنیان گذاران این مدل بر این باورند همانطور که برای ایمن سازی جسمانی یا جلوگیری از بیماری‌های عفونی ضروری است که شخص را در معرض دوز (Dose) طبیعی از جرم (Garm) قرار دهیم تا از این طریق فرآیند ایجاد پادتن (Antibody) را برای جلوگیری از بیماری‌های عفونی در بدن تسهیل کنیم. همچنین ضروری است که ابتدا افراد را در مقابل جرم خفیف پیام‌های ترغیب کننده قرار دهیم تا از این طریق مهارت‌های مقابله آنها را افزایش دهیم تا در آینده بتوانند در مقابل جرم شدیدتر از این پیام‌های ترغیب کننده نیز مقاومت کنند. آنچه در این رویکرد، پادتن تلقی می‌شود، همان ایجاد نگرش، عقاید و رفتارهاست، به شکلی که در مجموع باعث افزایش توان مقابله افراد در مقابل پیام‌های ترغیب کننده محیط اجتماعی برای مصرف مواد شود (Evans, eds, ۱۹۷۸). به نوجوانان فنون بسیار دقیق و حساسی آموزش داده می‌شود تا دریابند چگونه می‌توانند به راحتی پیام‌های ترغیب کننده مصرف مواد (کار اولیه ایوان بر روی مصرف سیگار بود) را رد کنند. هدف اولیه این رویکرد آماده کردن نوجوانان برای رویارویی آتی با فشارهای ترغیب کننده در مصرف مواد از سوی محیط اجتماعی است.

۲ - تصحیح انتظارات هنجاری:

مؤلفه دوم رویکرد نفوذ اجتماعی براساس یک اصل روان‌شناسی اجتماعی است که اثر اجماع کاذب (False Consensus Effect) نامیده می‌شود. اثر اجماع کاذب به تبیین این مسئله کمک می‌کند که چرا نوجوانانی که معتقدند «سیگار کشیدن امری است که تقریباً هر کسی با آن درگیر است» بیش‌تر احتمال دارد که سیگار بکشند (Ross, Greene & House, ۱۹۷۷).

چنین فرض می‌شود که آگاه ساختن نوجوانان و جوانان با اطلاعات صحیح در خصوص میزان واقعی مصرف سیگار یا راهنمایی آنها برای کشف تحریفات ادراکی خودشان درباره‌ی هنجار یا فرم سیگار کشیدن، در پیشگیری از سیگار کشیدن یا مصرف دیگر مواد مؤثر خواهد بود.

۳ - آموزش مهارت‌های مقابله

هدف سوم مؤلفه اساسی رویکرد نفوذ اجتماعی که در واقع ویژگی اصلی این رویکرد است عبارت است از مجهز نمودن نوجوانان و جوانان به مهارت‌های لازم برای شناسایی و مقاومت در مقابل فشارهای اجتماعی که منجر به مصرف مواد می‌شوند. آنچه در واقع این رویکرد را از رویکردهای پیشین متمایز می‌کند، تأکید بر آموزش نیازهای ضروری برای مقابله با چنین فشارهایی است.

در آن نوع از مهارت‌های مقابله که رسانه‌ها را هدف قرار می‌دهد سعی می‌شود تا افراد را از فشار رسانه‌هایی که با آن مواجه خواهند شد آگاه سازند. این آگاه‌سازی از طریق تأکید بر فنونی است که شرکت‌ها در تبلیغات خود برای تحت تأثیر قرار دادن رفتار افراد در جهت منافع اقتصادی خویش استفاده می‌کنند، به علاوه افراد چگونگی شکل‌بندی جاذبه‌ها را برای فروش محصولات این شرکت‌ها می‌آموزند، همانطور که شکل‌بندی چگونگی مخالفت با چنین جاذبه‌هایی را یاد می‌گیرند. همچنین به منظور مبارزه کردن با فشارهای مستقیم و غیرمستقیم همسالان مصرف

مواد و نوشیدنیهای الکلی و سیگار کشیدن، مهارت‌های مقابله یاد داده می‌شود. این مهارت‌ها عمدتاً در بردارنده مهارت‌های امتناع (Refusal Skills) هستند که خود زیرمجموعه‌ای از مهارت‌های قاطعیت و ورزشی محسوب می‌شوند (Bell, Ellickson, ۱۹۹۳).

پس از گذشت تقریباً دو دهه مطالعات دقیق، علمی و بی‌وقفه، اکنون نوشته‌های معتبری در باب مطالعاتی که مداخلات پیشگیری را بر مبنای این رویکرد آزمایش کرده‌اند در دست است. البته این پژوهش‌ها بیش‌تر بر پیش‌گیری از مصرف سیگار متمرکز بوده است و نتایج گزارش شده اغلب راجع به مصرف سیگار بوده است.

علی‌رغم اینکه تنوع چشم‌گیری در خصوص روش‌های استفاده شده و میزان تأثیر آن‌ها وجود دارد، ولی به طور کلی این مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد نفوذ اجتماعی قادر است مصرف مواد را بعد از مداخله ابتدایی پیشگیری، در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد کاهش دهد. اگرچه مطالعات کمتری تأثیر رویکرد نفوذ اجتماعی را بر روی سایر مواد به غیر از تنباکو ارزیابی کرده‌اند (Mc Alister ۱۹۸۰, Murray ۱۹۶۶, Shope, eds ۱۹۹۲, Donaldson, eds ۱۹۹۴, Ellickson ۱۹۹۳)، ولی یافته‌های گزارش شده نشان دهنده کاهش معنادار و مشابه آنچه در مورد مصرف سیگار گفته شد می‌باشد.

طی دو دهه گذشته «مطالعات پیگردی» (Follow up Studies) متعددی منتشر شده که نشان دهنده تداوم اثربخشی رویکرد نفوذ اجتماعی در درازمدت (سه یا بیش‌تر از سه سال) است (Mckinnon eds ۱۹۹۱, Sussman, eds ۱۹۹۳, Telch, eds, ۱۹۸۲, Luep ker, eds ۱۹۶۳).

آن دسته مطالعات پیگیری که زمان بیشتری را در بررسی نتایج این رویکرد صرف کرده‌اند نشان داده‌اند که تأثیر این مدل پیشگیری طی زمان به تدریج تحلیل می‌رود (Ellickson, eds ۱۹۹۳, ۱۹۶۸, Bell, eds ۱۹۹۳). این امر در واقع نشان دهنده نیاز به تداوم بیش‌تر برنامه‌های پیشگیری با قرار دادن جلساتی برای تقویت اثر برنامه‌های

پیشگیری در درازمدت است. اما به علت این که هنوز چیز زیادی از ماهیت، زمان تقویت یا مدت زمان برنامه پیشگیری نمی‌دانیم پرداختن به آن‌ها مستلزم مطالعات بیشتر در آینده است.

بررسی‌هایی که رویکرد نفوذ اجتماعی را آزمایش کرده‌اند در بسیاری موارد شبیه هم هستند. بمنظور دستیابی به درک بهتری از مکانیزم‌های اساسی رویکرد نفوذ اجتماعی و برای توسعه بیش‌تر مداخلات پیشگیری کارآمد، مؤلفه‌های مداخله متعددی از برنامه‌های این رویکرد نیازمند به تحلیل و بررسی عمیق است. یک مؤلفه عمومی رویکرد نفوذ اجتماعی شیوه‌ای است که به وسیله آن افراد را با یک تعهد جمعی به منظور عدم مصرف سیگار، مشروبات الکلی یا سوء مصرف مواد دیگر درگیر می‌کند. اما یک بررسی (Hurd, eds, ۱۹۸۰) نشان داده که این مؤلفه هیچ اثر پیشگیری کننده مشاهده شونده‌ای ندارد. دیگر مؤلفه عمومی این رویکرد استفاده از نوار ویدیویی و فیلم برای به نمایش گذاشتن موضوعات پیشگیری است.

تقریباً همه بررسی‌هایی که رویکرد نفوذ اجتماعی را آزمایش کرده‌اند از رهبران گروه‌های محال (Peer Leader) در برنامه‌های خود استفاده کرده‌اند و بیشتر بررسی‌ها کوشیده‌اند تا تأثیر رهبران هم‌تا را در مقایسه با دیگر رهبران برنامه‌های پیشگیری ارزیابی کنند. به طور کلی شواهد موجود استفاده از رهبران هم‌تا را در برنامه‌های این رویکرد مورد تأیید قرار داده است. (Perr & Keldor, ۱۹۹۲).

رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی - افزایش توانایی

برطبق چهارچوب مفهومی اساسی این رویکرد، سوء مصرف مواد در نوجوانان دو علت عمده می‌تواند داشته باشد. به این معنی که سوء مصرف مواد یا به سبب از پا در آمدن و تسلیم شدن نوجوانان در مقابل پیام‌های ترغیب کننده است یا به علت فقدان مهارت‌های لازم برای مقابله در برابر فشارهای اجتماعی و یا تعاملی از این دو مؤلفه اساسی.

اگرچه رویکرد نفوذ اجتماعی توانسته است به موفقیت‌های بسیاری در عرصهٔ پیشگیری از سوء مصرف مواد دست یابد ولی به این خاطر که به نقش عوامل بین شخصی (Interpersonal) در سبب‌شناسی سوء مصرف مواد، توجه کافی نکرده، در معرض انتقاد قرار گرفته است؛ چرا که این یک سو نگرایی در تبیین مصرف مواد به شناخت ناقصی از عوامل دخیل در مصرف مواد منجر می‌شود و این خود در ایجاد و شکل‌گیری و گسترش مداخلات پیشگیری مؤثر مشکل به وجود می‌آورد، رویکرد نفوذ اجتماعی همچنین به طور کلی این واقعیت را نادیده می‌انگارد که ممکن است از طریق گستردهٔ چندگانه‌ای به سوء مصرف مواد بینجامد. برای مثال ممکن است فشار اجتماعی برای یک فرد مهم‌ترین عامل در مصرف مواد باشد؛ در حالی که برای فردی دیگر عوامل درون شخصی مهم‌تر از عوامل اجتماعی در شروع و تداوم مصرف مواد باشد. به عبارت دیگر مصرف مواد در میان نوجوانان ممکن است ربطی به فشار دوستان و همسالان نداشته باشد بلکه ممکن است به عنوان ابزاری برای کنار آمدن با اضطراب، عزت نفس پایین یا فقدان احساس راحتی در موقعیت‌های اجتماعی به کار رفته باشد. بنابراین برای این که به مدل پیشگیری کارآمدی دست یابیم، باید بررسی‌های مداخلات پیشگیری فراتر از رویکرد نفوذ اجتماعی به مسئله سوء مصرف مواد پردازند؛ بررسی‌هایی که وسیع‌تر و جامع‌تر از مطالعات رویکرد نفوذ اجتماعی هستند (Botvin, eds, ۱۹۹۷).

بررسی‌های مرتبط با سبب‌شناسی مصرف تنباکو، نوشیدنی‌های الکلی و دیگر موادمشان می‌دهد که که طیف وسیعی از عوامل شناختی، نگرشی، اجتماعی، شخصیتی و رشدی در پیشبرد تداوم یا ننگه‌داری آن درگیر است (Boumring and Moselle ۱۹۸۵, Jessor & Jessor, S. L. ۱۹۹۷, Jonse & Battjes, ۱۹۸۵. kandel, ۱۹۷۷, Meyer & Uirin, ۱۹۷۹, Mewcombon & Bentler, ۱۹۸۸, Weensler, ۱۹۷۶).

در نتیجه این یافته که «مؤثرترین روش پیشگیری رویکردی است جامع که طیف وسیعی از تعیین کننده‌های سبب‌شناختی را هدف قرار دهد» نکته‌ای مهم و سازنده در اصلاح رویکردهای پیشگیری بوده است. پژوهش‌هایی که در بیش از ۱۵ سال گذشته بر پایه رویکردهای پیشگیری در سطح جامعه و گسترده‌تر از آن انجام گرفته، بر آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی، به تنهایی یا همراه با مؤلفه‌های مدل نفوذ اجتماعی تأکید می‌کنند. این نوع رویکرد پیشگیری جدیدتر از رویکردهای سنتی شناختی - عاطفی با رویکرد آموزش نفوذ اجتماعی است. به علاوه برخلاف رویکرد آموزش عاطفی که بر فعالیت‌های کلاس تجربی متکی است، این رویکرد بر استفاده از روش‌های آموزش مهارت‌های رفتاری - شناختی تأیید شده تأکید می‌کند (Botvin, ۱۹۹۰).

پایه نظری این رویکرد، نظریه شناختی اجتماعی و نظریه رفتار مسئله‌دار، یا رفتار مشکل‌دار جسر (Jossers problem behavior theory) است. در این رویکرد سوء مصرف مواد به عنوان رفتاری که به شکل اجتماعی آموخته شود و رفتار کنشی یا عملکردی که نتیجه تعامل بین عوامل اجتماعی و بین فردی و عوامل شخصی (درون فردی) است، مفهوم‌سازی شده است. رفتار مصرف مواد از یک سو به وسیله فرآیند الگوبرداری، تقلید و تقویت آموخته می‌شود و از طرف دیگر از شناخت‌ها، نگرش‌ها و باورهای نوجوانان تأثیر می‌پذیرد. در این رویکرد پیشگیری، معمولاً دو یا چند مورد از موارد زیر آموزش داده می‌شود:

۱ - مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری

۲ - مهارت‌های مقابله با فشارهای بین فردی و رسانه‌ای

۳ - افزایش خود کنترلی و عزت نفس

۴ - مقابله و کنترل استرس و اضطراب

۵ - مهارت‌های اجتماعی به صورت کلی

۶- جرأت‌ورزی و ابراز وجود

هدف از برنامه‌های مبتنی بر این مدل مجهز ساختن نوجوانان با نوعی از مهارت‌های عمومی برای مقابله کردن با استرس‌ها و چالش‌هایی است که هر کس در زندگی خود ممکن است با آن مواجه شود.

جمعیت هدف اغلب بررسی‌هایی که براساس رویکرد آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی (فردی) انجام گرفته است، دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دانش‌آموزان سال اول دبیرستان بوده‌اند. اخیراً بعضی از بررسی‌های دنباله‌دار حتی دانش‌آموزان سال چهارم دبیرستان و بعد از آن را نیز در بر گرفته‌اند (Kreun, eds, ۱۹۹۱).

اثربخشی رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی-افزایش توانایی، در مطالعات بسیاری در معرض ارزیابی قرار گرفته است. این بررسی‌ها نشان می‌دهند که این رویکرد قادر است در حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد کاهش در مصرف سیگار ایجاد کند. همچنین یافته‌های دو مطالعه از مهارت‌های زندگی نشان می‌دهد پس از یکسال از خاتمه برنامه پیشگیری برای گروه فاقد جلسات تقویت‌کننده تقریباً ۵۶ تا ۶۷ درصد کاهش، برای گروه دارای جلسات تقویت‌کننده ۸۷ درصد کاهش در مصرف سیگار ایجاد شد (Botvin & Eng ۱۹۸۲). همچنین در پژوهشی دیگر (Botvin و دیگران) کاهش اولیه ۵۰ درصدی یا بیش‌تر از آن را برای سیگارهای منظم یافتند (Botvin Sothers, ۱۹۹۵).

نتایج پژوهش‌های پیگیری بلندمدت از یک مقیاس بزرگ آزمایش تصادفی که دربرگیرنده دانش‌آموزان ۵۶ مدرسه در نیویورک بود، نشان دهنده کاهش مصرف سیگار، نوشیدنی‌های الکلی و ماری‌جوانا تا شش سال پس از ارزیابی خط پایه اولیه (Initial Baseline Assessment) بودند. میزان این کاهش در خصوص مصرف مواد بیش از ۴۴ درصد و درباره مصرف موادچندگانه (poly-drug) بیش از ۶۶ درصد گزارش شد (Botvin, ۱۹۹۵). یافته‌های بررسی‌هایی که از رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی استفاده کرده‌اند نیز نشان‌دهنده اثربخشی این برنامه‌ها بر دیگر صورتهای مصرف مواد نیز می‌باشند. بررسی‌های بسیاری نشان دهنده این اثربخشی و پیشگیری

از مصرف نوشیدنی‌های الکلی و ماری‌جوانا است. میزان این اثربخشی و کارآمدی عموماً با میزان اثربخشی یافته شده در مصرف سیگار برابر است (Botvin & etal, ۱۹۹۴, ۹۷, ۹۹).

از بررسی و ارزیابی اثربخشی رویکردهای موجود در پرتو شواهد و اطلاعات موجود می‌توان استنتاج کرد که در طی چند دهه گذشته، شواهد تجربی فزاینده‌ای بویژه در ایالات متحده امریکا از موثر بودن رویکردهای مدرسه محور در پیشگیری کوتاه‌مدت و درازمدت از سوء مصرف مواد بدست آمده است. اگرچه شواهدی در مورد موثر بودن این رویکردها در پیشگیری از مصرف ماری‌جوانا و الکل وجود دارد؛ تأکید اکثر تحقیقات بر استعمال سیگار بوده است. به دلیل آنکه اکثر تحقیقات بر روی سفیدپوستان انجام گرفته است؛ در مورد تأثیر این رویکردها بر اقلیتهای قومی و نژادی؛ کمتر می‌دانیم. بالاخره به دلیل آنکه هدف این تحقیقات اغلب پیشگیری اولیه بوده است؛ ارزشیابی این رویکردها بر اساس تأثیر آنها در کاهش مصرف مواد (مثلاً؛ گه‌گاه؛ یا میزان مصرف ۳۰ روزه) به عوض تأثیر آنها بر میزانهای زیاد مصرف؛ انجام گرفته است. در هر صورت شواهد روزافزون در حمایت از رویکردهای پیشگیری از مصرف مواد تحسین‌برانگیز است.

نتایج اطلاعاتی که اثربخشی رویکرد تأثیر اجتماعی بر استعمال سیگار را آزموده‌اند نشان‌داده است که این برنامه‌ها می‌توانند در مداخله اولیه میزان استعمال سیگار را ۳۰ تا ۵۰ درصد کاهش دهند. نتایج تحقیقات آراکین و همکاران؛ ۱۹۹۸؛ دونالدسون و همکاران ۱۹۹۴؛ الیکسون و بل ۱۹۹۰؛ هیورد و همکاران ۱۹۸۰؛ لیوپکو و همکاران ۱۹۸۳؛ مک آلیستر و همکاران ۱۹۷۹؛ پدی و همکاران ۱۹۸۳؛ اسنا و همکاران ۱۹۹۲؛ ساسمن و همکاران ۱۹۹۳؛ تلک و همکاران ۱۹۸۲ مؤید اثربخشی رویکرد اجتماعی بر استعمال سیگار در ایالات متحده امریکا از اواخر دهه ۷۰ تا اوایل دهه ۹۰ است.

مطالعاتی که از ترکیب رویکرد "تأثیر اجتماعی" و رویکرد وسیع تر "تقویت توانایی‌ها" استفاده کرده‌اند نشان داده‌اند که این روش‌ها مصرف سیگار را می‌توانند ۴۰ تا ۷۵ درصد کاهش دهند (بوتوین، بیکر؛ بوتوین و همکاران ۱۹۸۴؛ بوتوین، بیکر؛ رنیک؛ فیلازولا و بوتوین ۱۹۸۴؛ بوتوین و رنیک ۱۹۸۰؛ بوتوین؛ انگ و ویلیامز ۱۹۸۰؛ بوتوین و همکاران ۱۹۸۳؛ گیل کریست و شینگ ۱۹۸۳؛ شینگ ۱۹۸۴؛ شینگ و گیل کرس ۱۹۸۳ و ۱۹۸۴ و ...).

نتایج تقریباً مشابهی در مورد تأثیر اولیه رویکرد "تأثیر اجتماعی" بر الکل و ماری جوانا به دست آمده است. (الیکسون و بل ۱۹۹۰؛ مک آلیستر؛ پری، کیلن، سلینکارد و مک کوبی، ۱۹۸۰؛ شوپ، دیلمان، بیوکارت و کامپانلی ۱۹۹۲).

مطالعه تأثیر رویکرد "تقویت توانایی‌ها" بر مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا نشان داده‌است که بیشترین تأثیر این رویکرد در مورد مصرف سیگار و ماری جوانا بوده است و حال آنکه تأثیر محدود آن بر مصرف مشروبات الکل بدست آمده است (بوتوین، بیکر، بوتوین و همکاران، ۱۹۸۴؛ بوتوین و همکاران، ۱۹۹۰؛ بوتوین، بیکر، رنیک و همکاران، ۱۹۸۴؛ اپستین، بوتوین، دیاز و شینگ، ۱۹۹۵، نپتر، ۱۹۸۳؛ دیاز، توت و شینگ، ۱۹۹۵).

باید توجه داشت که بهر حال رویکرد تأثیر اجتماعی و تقویت توانایی‌ها هر دو شامل بخش‌هایی برای افزایش مهارت‌های مقاومت در برابر مصرف مواد و افزایش هنجارهای ضد مواد هستند. از این رو رویکرد وسیع تر تقویت توانایی‌ها شامل مطالب خاص مربوط به آموزش مهارت‌های عمومی اجتماعی و فردی است. نتایج مطالعات کاپلان و همکاران (۱۹۹۲) نشان داده است که رویکرد تقویت توانایی‌های عمومی برای مصرف مواد ممکن است موثر واقع نیافته، مگر آنکه شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی مقاومت هم باشد. شاید به این دلیل که آموزش مهارت‌های اجتماعی شامل آموزش هنجارهای ضد مواد است و به دانش آموزان کمک می‌کند مهارت‌های عمومی را در موقعیت‌هایی که به طور خاص با پیشگیری از مصرف مواد ارتباط دارند مورد استفاده قرار دهند.

علیرغم اینکه نتایج تحقیقات مبین تاثیرات توام و مرکب الگوهای تاثیر اجتماعی و تقویت توانایی بر پیشگیری از سوء مصرف است، مع الوصف برای فهم اینکه چرا و چگونه برنامه‌های پیشگیری موثر واقع می‌شوند، به تحقیقات بیشتری نیاز است.

با عنایت به نتایج و تاثیرات بلندمدت رویکردهای پیشگیری می‌توان گفت که در سال‌های اخیر، نتایج مطالعات طولی به تدریج نمایان شده است. اگرچه این نتایج تصویری یکنواخت ارائه‌نماده‌اند، نتایج تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که تاثیر رویکردهای کنونی پیشگیری تا حد قابل‌قبولی پایدار هستند. برای مثال، نتایج بعضی مطالعات نشان داده است که رویکرد تاثیر اجتماعی موجب کاهش سیگار کشیدن شده است و تاثیر آن تا چهار سال ادامه داشت (لیوپکر و همکاران، ۱۹۸۳؛ مک آلیستر و همکاران، ۱۹۸۰؛ ساسمن و همکاران، ۱۹۹۳؛ تلک و همکاران، ۱۹۸۲). نتایج یک مطالعه ترکیبی به وسیله پری و کلارا تاثیرات پایدار پیشگیری از سیگار کشیدن را تا ۷ سال بعد نشان داده است (پری و کلارا، ۱۹۹۲). البته نتایج مطالعات دیگر نشان داده است که تاثیرات پیشگیرانه رویکرد تاثیر اجتماعی غالباً با گذشت زمان از بین می‌رود و تنها برای یک یا دو سال باقی می‌ماند (بل، الیکسون و هاریسون، ۱۹۹۳؛ الیکسون، بل و مک گویگان، ۱۹۹۳؛ فلای و همکاران، ۱۹۸۹؛ مورای، دیویس - هیدن، گلدمن، پیره و لیوپکر، ۱۹۸۸).

گفته می‌شود که رویکردهای پیشگیرانه مدرسه محور ممکن است به اندازه کافی تاثیرات پایدار ایجاد نکنند (دریفوس، ۱۹۹۳). البته نباید انتظار داشته باشیم برنامه‌های پیشگیری که به عوامل سبب‌شناختی محدودی می‌پردازند، تعداد جلسات اولیه‌شان نسبتاً کم است (معمولاً ۵ تا ۸ جلسه)، و شامل جلسات تقویتی در سال‌های بعد نیستند، نتایج پایدار ایجاد کنند به علاوه، چنین عنوان شده است که این نقایص و کاستی‌های دیگر، دلیل عدم تاثیر برنامه‌های پیشگیرانه‌ای بوده‌اند که در مطالعات پیشگیری درازمدت مشاهده گشته‌اند (رزنیکوف و بوتوین، ۱۹۹۳).

برای مثال ممکن است تأثیرات پایدار در بعضی تحقیقات مشاهده نشده باشند به دلیل آنکه: الف) مدت مداخله کوتاه بوده، ب) جلسات تقویتی وجود نداشته یا ناکافی بوده، ج) مداخلات با دقت کافی انجام نشده، یا د) مداخلات براساس فرضیات اشتباه طراحی شده بوده، کامل نبوده، یا دارای نارسایی‌های دیگری بوده و یا رویکرد پیشگیری مورد استفاده موثر نبوده است.

نتایج کار بوتوین نیز حکایت از آن دارد که موارد فوق حقیقتاً می‌توانند اثربخشی بلندمدت رویکردهای پیشگیری مدرسه محور را تحلیل ببرند. از طرف دیگر، نتایج یک برنامه کلان - کارآزمایی میدانی تصادفی که در مورد ۶۰۰۰ کلاس هفتمی از ۵۶ مدرسه دولتی در ایالت نیویورک اجرا شد، نشان دهنده کاهش مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوانا در درازمدت (انتهای کلاس دوازدهم) بود. (بوتوین، شینکه، اپستین، دیازوبوتوین، ۱۹۹۵).] در این مطالعه مدارس به طور تصادفی به دو گروه پیشگیری و کنترل تقسیم شدند. برنامه پیشگیری شامل ۱۵ جلسه آموزش مهارت‌های زندگی در کلاس هفتم، ۱۰ جلسه تقویتی در کلاس هشتم، و ۵ جلسه تقویتی در کلاس نهم بود. هیچ گونه مداخله‌ای در کلاس دهم تا دوازدهم انجام نگرفت. نتایج تحقیقات نشان داد که میزان شیوع مصرف سیگار، الکل و ماری‌جوانا در میان دانش‌آموزانی که در برنامه پیشگیری شرکت کرده بودند تا ۴۴٪ کمتر از دانش‌آموزان گروه کنترل بود. درصد دانش‌آموزانی که در هفته از چند ماده استفاده می‌کردند نیز به طور معنی‌داری در گروه پیشگیری کمتر بود. این نتایج نشان داد که برنامه‌های پیشگیری مدرسه محور در صورتی موفق خواهند بود که جامع‌تر باشند، تعداد جلسات اولیه‌شان بیشتر باشد، و شامل حداقل دو سال جلسات تقویتی بوده و هماهنگ با الگوی پیشگیری اصلی باشند.

با توجه به اقلیت‌های قومی، دینی و نژادی در حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، به وضوح می‌توان خلاء ناشی از تحقیقات با کیفیت بالا را در مورد اقلیت‌ها مشاهده کرد (کالینز، ۱۹۹۵؛ کیم، کولتی، ویلیامز و هلپر،

۱۹۹۵؛ تریمبل، ۱۹۹۵). اگرچه بررسی‌های ملی، ایالتی و محلی نشان داده است که میزان شیوع مصرف مواد در میان اقلیت‌ها کمتر یا به همان اندازه نوجوانان سفیدپوست است (اوتینگ و بیوویس، بکمن، اومالی و جانسون، ۱۹۹۵). نوجوانان اقلیت در مورد بعضی مشکلات مرتبط با مواد مخدر در معرض خطر بیشتری قرار دارند (بارنز و ولت، ۱۹۸۶؛ مداحیان، نیوکمب و بنتلر، ۱۹۸۸؛ نیوکمب، مداحیان، اسکینگر و بنتلر، ۱۹۸۷).

با وجود آنکه در بعضی تحقیقات نمونه کوچکی از اقلیت‌ها وجود داشته، (برای نمونه الیکسون و بل، ۱۹۹۰) تعداد کمی از مطالعات تنها در مورد اقلیت‌ها اختصاص داده است. در این موارد به طور کلی از دو استراتژی استفاده شده است. در یک استراتژی، فرض بر این است که علل مصرف مواد بین گروه‌های مختلف متفاوت است. برای این اساس، مداخلات پیشگیرانه‌ای برای گروه‌های خاص طراحی می‌شوند (مانند برنامه‌هایی برای نوجوانان سیاه‌پوست). در استراتژی دوم، فرض بر این است که سبب‌شناسی سوء مصرف مواد در گروه‌های مختلف بیشتر باهم شباهت دارد تا اختلاف. برای این اساس، مداخلاتی که قابل تعمیم به طیف وسیعی از افراد گروه‌های مختلف‌اند طراحی می‌شوند. اگر چه در مورد سبب‌شناسی مصرف مواد در میان اقلیت‌ها به اندازه کافی اطلاعات نداریم، چندین مطالعه نشان داده‌اند که تعداد قابل توجهی از این عوامل در میان جمعیت‌های مختلف مشترک هستند (بتس، دوزنبوری، کرنر، جیمز - اورتیس و بوتوین، ۱۹۹۰؛ بوتوین، بیکر و همکاران، ۱۹۹۳؛ بوتوین، اپستین، شینکه و دیاز، ۱۹۹۴؛ بوتوین، گلابرگ، بوتوین و دوزنبوری، ۱۹۹۳؛ اپستین، دوزنبوری، بوتوین و دیاز، ۱۹۹۴).

بر اساس نتایج این مطالعات پیشنهاد شده است که رویکردهای پیشگیری را می‌توان برای طیف وسیعی از افراد جمعیت‌های مختلف بکار برد.

صرف نظر از مسئله مشترک بودن عوامل اتیولوژیکال (سبب‌شناختی) در جمعیت‌های مختلف، یک دلیل عملی بسیار ساده هم برای عدم تدوین برنامه‌های مجزا و مستقل وجود دارد. از آنجا که اکثر مدارس امریکا پذیرای

دانش‌آموزانی از اقلیت‌های مختلف هستند، چنانچه بعضی مطالعات هم نیاز به انجام مداخلات گوناگون برای جمعیت‌های مختلف را نشان می‌داد، باز هم انجام چنین کاری از نظر سیاسی و سازمانی بسیار سخت می‌بود. این مسئله پرسش‌های جدی را در مورد پذیرش و امکان‌پذیر بودن رویکردهایی که برای یک گروه اقلیت خاص طراحی شده‌باشد، مطرح می‌کند.

بوتوین و همکاران او در دانشگاه کرنل امریکا به بررسی استراتژی پیشگیری مشابهی در مورد جمعیت‌های مختلف پرداخته‌اند تا اثربخشی بالقوه و تعمیم‌پذیری این استراتژی‌ها را بدست آورند (بوتوین، بیکر و همکاران ۱۹۹۳؛ بوتوین، اپستین، شینکه و دیاز ۱۹۹۴؛ بوتوین، گلابرگ ۱۹۹۳، بوتوین و دیاز ۱۹۹۴). در طول این تحقیقات در موارد ضروری اصلاحاتی انجام گرفت تا میزان تناسب فرهنگی، قابلیت تعمیم و پذیرش از طرف جوانان سیاه‌پوست و اسپانیولی‌زبان به حداکثر برسد. تمرکز اولیه این تحقیقات بر کشیدن سیگار و در سال‌های اخیر بر مصرف‌الکل و ماری‌جوآنا بوده است. این مطالعات به طور منظم و در چندین مرحله انجام گرفت که عبارتند از:

(۱) مطالعه اکتشافی از طریق کاربرد روش‌های کیفی نظیر روش بارش فکری، تحقیقات مبتنی بر گروه

کانونی، مصاحبه با معلمین کلیدی، مشاهده مشارکتی

(۲) بازنگری تخصصی روش‌ها و مواد آموزشی

(۳) مرور روش‌ها و مواد آموزشی توسط فراگیران

(۴) آزمون مقدماتی برنامه در مقیاس کوچک

(۵) آزمون برنامه در مقیاس وسیع براساس نمونه‌گیری تصادفی

در طول برنامه، براساس ضرورت اصلاحاتی در مورد روش‌ها و مطالب انجام گرفت. مع‌الوصف هیچ یک از

اصلاحات شامل تغییرات زیربنایی برنامه نبود.

نتایج این تحقیقات نشان داد رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش سیگار کشیدن در نوجوانان سیاهپوست (بوتوین، بتسون و همکاران، ۱۹۸۹؛ بوتوین و کاردول ۱۹۹۲) و اسپانیایی زبان (بوتوین، دوزنبوری و همکاران، ۱۹۹۲؛ بوتوین، دوزنبوری، بیکر، جیمز- اورتیس و کرنر، ۱۹۸۹) محله‌های قدیمی شده است. حداقل در یک مطالعه طولی، کاهش مصرف سیگار در دانش‌آموزان کلاس هفتمی که تا کلاس دهم پی‌گیری شدند، همچنان ادامه داشت (بوتوین، شینگه، اپستین و دیاز، ۱۹۹۴) افزون بر این، مطالعات اخیرتر نشان داده است که این رویکرد پیشگیری می‌تواند مصرف الکل و ماری‌جوانا را در جمعیت‌های اقلیت کاهش دهد (بوتوین، شینگه و همکاران، ۱۹۹۴؛ بوتوین و همکاران، ۱۹۹۵؛ بوتوین، اپستین، بیکر، دیاز و ایفیل - ویلیامز، ۱۹۹۶) و باعث کاهش موارد حادثه مانند مصرف چند ماده گردد (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۶). بالاخره آنکه، یک مطالعه نشان داد که هماهنگ‌سازی مداخلات با فرهنگ گروه هدف می‌تواند موجب افزایش تأثیرات برنامه گردد (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۵).

به طور کلی، این مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد پیشگیری یکسانی با اصلاحات نسبتاً کمی برای نوجوانان سفیدپوست، هم سیاه پوست و هم اسپانیایی زبان موثر است. مسلماً در مدرسی که دانش‌آموزان همگن هستند، در صورت متناسب کردن مداخلات با فرهنگ دانش‌آموزان، کارایی برنامه پیشگیری افزایش می‌یابد.

بررسی و ارزیابی تحقیقات پیشگیری همچنین نشانگر آن است که متون پیشگیری اوایل تا اواخر دهه ۱۹۷۰ مملو از مطالعات ضعیفی است که در آنها مداخلاتی بدون توجه به مبانی نظری به کار رفته و هیچ‌گونه اثر قابل ملاحظه و قابل اندازه‌گیری بر مصرف مواد برجای نگذاشته‌اند. از این رو چالش اصلی حیطه پیشگیری از سوء مصرف مواد، شناخت و بررسی رویکردهایی بود که اثری بالقوه بر کاهش مصرف مواد داشتند. در طول دهه ۱۹۸۰ پژوهش‌های پیشگیرانه بر نتایج رفتاری متمرکز بودند تا بر فرایندهای زیرساز و تلاش می‌شد تا کارآیی پیشگیری تایید شود. با ملاحظه اثر مصرف مواد بر میزان مرگ و میر سالانه، پرداختن انحصاری پژوهش‌های مرتبط در حوزه

پیشگیری بر روی نتایج حاصل از مصرف مواد هم طبیعی و هم مناسب می‌نمود. اما با پیشرفت علم پیشگیری و دستیابی به بازخورد مورد نیاز برای طراحی و تدوین مداخله‌های موثرتر پیشگیری، هم اینک موضوعی که برای محققان اهمیت حیاتی دارد آن است که تلاش کنند تا سازوکارهای واسطه‌ای رویکردهای نویدبخش را درک کنند.

اگرچه چندین مطالعه بررسی اثر رویکردهای پیشگیرانه بر روی متغیرهای واسطه‌ای فرضی را شروع کرده‌اند (برای مثال بوتوین و همکاران، ۱۹۹۰؛ هانسن و همکاران، ۱۹۸۸)، اما مطالعاتی که سعی کرده‌اند تا میزان تاثیر مداخله‌های واسطه‌گری شده توسط این متغیرها را بررسی کنند، بالنسبه کم بوده‌اند. اخیراً بعضی از مطالعاتی که برای سنجش عوامل و مکانیسم‌های واسطه‌ای، رویکردهای پیشگیری مبتنی بر الگوی تاثیر اجتماعی (برای مثال مک کینون و همکاران، ۱۹۹۱) و الگوهای آموزش مهارت‌های پایه (برای مثال بوتوین و همکاران، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۵) را به کار برده‌اند، انتشار یافته‌اند. این قبیل مطالعات گام‌های اولیه مهمی هستند، اما نتایج حاصل از آنها هماهنگی و ثبات ندارد. در این حوزه کار بیشتری به همراه شاخص‌های بهتر و با توجه به حضور بیشتر به جوانان عضو گروه‌های قومی و اقلیت‌ها مورد نیاز است. با توجه به مداخله‌هایی که فرض می‌شود بر مهارت‌های شناختی - رفتاری اثر دارند، این موضوع مصداق بیشتری می‌یابد، مهارت‌های شناختی - رفتاری که با توجه به ارزیابی ناکافی از تاثیر مداخله‌ها مورد انتقاد قرار گرفته‌اند.

اکنون روشن شده است که هیچ تک عامل، یا تک راهی شرط لازم و کافی برای سوء مصرف مواد نیست. سوء مصرف مواد نتیجه ترکیبی از عوامل گوناگون است (هاوکینز، کاتالانو و میلر، ۱۹۹۲). بعضی از این عوامل (عوامل خطرزا) موجب افزایش خطر مصرف و بعضی (عوامل محافظت کننده) موجب کاهش مصرف مواد می‌شوند. در الگوی ترکیبی بوتوین مهم‌ترین عوامل موثر بر مصرف مواد را می‌توان مشاهده کرد. این عوامل را

می‌توان براساس حیطه‌ها یا زمینه‌های مختلف گروه‌بندی کرد. حیطه تاریخی / پیشینه‌ای شامل عوامل جمعیت‌شناختی (مانند، سن، جنسیت و طبقه اجتماعی)، حیطه عوامل بیولوژیکی (زیست‌شناختی) نظیر طبع و خلق و خو و هیجان‌جویی، حیطه عوامل فرهنگی نظیر قومیت، فرهنگ‌پذیری و ... ، حیطه عوامل محیطی نظیر بی‌سازمانی اجتماعی و در دسترس بودن مواد، حیطه عوامل اجتماعی شامل عوامل مرتبط با مدرسه نظیر جو مدرسه، پیوند با مدرسه، حیطه عوامل خانوادگی نظیر نحوه اداره و مدیریت خانه، ارتباطات و مناسبات بین اعضاء، نحوه کنترل و نظم‌بخشی، مصرف مواد توسط والدین، خشونت در خانواده، نگرش والدین نسبت به مواد، حیطه تاثیرات رسانه‌های گروهی در ترویج نگرش‌ها و هنجارهای تقویت‌کننده سوءمصرف مواد نظیر شوهای تلویزیونی، فیلم‌ها، نمائنگ‌های راک، تبلیغات سیگار و مشروبات الکلی و حیطه‌تاثیر همسالان نظیر مصرف مواد توسط دوستان و همالان و نگرش‌های مطلوب و موافق دوستان نسبت به مواد است.

قابل ذکر است که این حوزه‌ها ضمن تعامل با همدیگر بر حوزه فرد بعنوان مرکز آنها، نقش‌تأثیرگذار دارند. هرچه فرد در معرض عوامل خطر بیشتری قرار داشته باشد احتمال سوءمصرف مواد، در وی بالاتر می‌رود بنابراین با کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظت‌کننده و تاب‌آوری بیشتر سعی در پیشگیری از سوءمصرف مواد می‌شود.

مروری بر سابقه و رویه مطالعات در عین حال گویای این حقیقت است که مسئله اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر برای بسیاری از جوامع علی‌الخصوص جوامع صنعتی بعنوان یکی از چالش‌برانگیزترین مسایل اجتماعی و بهداشتی به شمار می‌آید. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که مصرف زودرس هرگونه مواد می‌تواند برای مصرف‌های بعدی و ظهور رفتارهای ضد اجتماع در آینده یک عامل خطر (**Risk factor**) به حساب آید (**Kusterman** ، **Dupont, ۱۹۸۹, ۱۹۹۶, Kandel**). بنابراین گروه جوان و نوجوان هر جامعه، یک جمعیت ویژه

آسیب‌پذیر و در معرض خطر را تشکیل می‌دهد که باید تلاش‌ها و اقدامات پیشگیرانه بیشتر بر آنها به عنوان گروه‌هدف متمرکز شوند. در واقع یک راهبرد پیشگیری از سوءمصرف مواد زمانی موثر و کارآمد واقع می‌شود که بیشترین تمرکز خود را بر افراد جوان جامعه (از کودکی تا جوانی) قرار دهد در این رابطه برنامه‌های پیشگیری که برای گروه جوان جامعه طراحی می‌شوند همواره تمرکز خود را بر یکی از حوزه‌های؛ فرد، گروه همسال، مدرسه، خانواده، محله، محیط و جامعه قرار داده است. نتایج تحقیقات اخیر نشان داده‌اند زمانی که برنامه‌های پیشگیری بیش از یک حوزه را تحت یک برنامه جامع پوشش می‌دهند کارآمدی بیشتری خواهند داشت که بیشترین تأکید این پژوهش‌ها نیز در مدرسه، خانواده و اجتماع می‌باشد. برای اطلاع بیشتر از انواع رویکردها و برنامه‌ها مراجعه شود به :

(A review of ۱۲۷ drug abuse program evaluation .E. schaps, R.Dibartolo, J. Moskowitz. Journal of Drug Issues ۱۹۸۱.)

پیشینه تحقیق

پیشینه برنامه های انجام شده در داخل کشور

از دیرباز در راستای مقابله با سوء مصرف مواد مخدر در ایران اقدام هایی صورت گرفته است. طبق گزارش های موجود، خشخاش و شاهدانه از گیاهان بومی ایران بوده اند. خواص ضد درد و خواب آور تریاک توسط دانشمندان ایرانی مانند زکریای رازی و ابن سینا کشف گردید. اما شواهد مربوط به سوء مصرف آن در موارد غیر پزشکی نادر گزارش گردیده است (برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، ۱۳۷۹).

شیوع ناگهانی سوء مصرف تریاک و حشیش در دوره صفویه صورت گرفت. نخستین بار مصرف مواد در میان درباریان و رجال برای کاهش اضطراب به کار می رفت و پس از آن در اقشار مختلف جامعه تسری یافت. شیوع مصرف مواد در میان جامعه ایرانی به حدی افزایش یافت که باعث نگرانی شاه طهماسب اول و شاه عباس را بوجود آورد. به طوری که ایشان برای مقابله با آن مجازات های سنگین در نظر گرفتند و اقدام هایی را نیز در راستای پرهیز دادن مردم از مصرف صورت دادند. اقدام های صورت گرفته نه تنها باعث کاهش مصرف مواد نگردید بلکه باعث افزایش میزان مصرف شد (موسسه عالی برنامه ریزی و توسعه، ۱۳۷۶).

کشت خشخاش و تولید داخلی آن در قرن هیجدهم و نیمه اول قرن نوزدهم میلادی و بیشتر به دلیل برطرف نمودن نیازهای داخلی و تقاضای مصرف انجام شد. از نیمه دوم قرن نوزدهم میلادی کشت تریاک به عنوان کالایی قابل صادر شدن و محصولی ارزآور مورد توجه قرار گرفت. به طوری که ایران در اواخر قرن نوزدهم و اوائل قرن بیستم تریاک یکی از پایه های اصلی تجارت جهانی به شمار می رفت، هرچند که مقادیر زیادی از تریاک تولیدی

در داخل کشور به مصرف می رسید، ولی در عین حال اقتصاد کشور نیز به تولید تریاک وابسته شده بود و اقدام موثر برای قطع این وابستگی به دلایل سیاسی و اقتصادی در آن زمان ممکن به نظر نمی رسید (موسسه عالی برنامه ریزی و توسعه، ۱۳۷۶).

نخستین قانون مبارزه با مصرف، موسوم به قانون "تحدید تریاک" در سال ۱۲۹۰ هجری شمسی به تصویب رسید. بر طبق این قانون فرصت هشت ساله ای برای مصارف غیر پزشکی مواد مخدر داده شده بود و پس از آن مصرف مواد به طور کلی ممنوع گردید. به دلیل وجود این قانون دولت خود عملاً تبدیل به عامل اصلی توزیع شد و نتیجه آن شد که در سال ۱۳۰۵ نزدیک به ۸ درصد از کل درآمدهای دولت از فروش مواد به دست می آمد. اما اثر این قانون بر بازار مصرف این بود که برعکس باعث افزایش و گسترش تقاضای مواد مخدر در سطح جامعه گردید. از جمله آثار دیگر این قانون خرید و فروش غیرقانونی تریاک در سطح جامعه بود. اثر دیگر این قانون این بود که موجب ورود برخی از اقلام مواد مخدر نظیر مرفین شد. به طوری که حکومت مجبور گردید تا قانون دیگری به نام قانون "منع واردات مواد مخدر" را به تصویب برساند.

در سال ۱۳۰۷ و تحت تاثیر فضای بین المللی حاکم، قانونی با عنوان "انحصاری تریاک" به تصویب رسید که بر طبق آن کشت تریاک تنها زیر نظر دولت انجام می شد و همچنین دولت را مکلف کرد تا ظرف ده سال از میزان مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور کاسته و مصرف را از بین ببرد. اما نتیجه این قانون به دلیل وابستگی دولت به درآمدهای تریاک جز افزایش ۱/۵ برابری میزان زمین های زیر کشت نبود. از طرف دیگر به علت پایین بودن سطح قیمت در نظر گرفته شده برای خرید تریاک از کشاورزان قاچاق تریاک نیز به خارج از کشور گسترش یافته بود (موسسه عالی برنامه ریزی و توسعه، ۱۳۷۶).

انجمن مبارزه با تریاک و الکل که در سال های پس از جنگ جهانی دوم تاسیس شده بود، جمعیت معتادان کشور را ۱/۵ میلیون نفر از ۱۴ میلیون نفر جمعیت آن زمان کشور تخمین زد. در راستای مقابله به گسترش مصرف مواد، مقررات تعطیل اماکن عمومی مصرف مواد مخدر در سال ۱۳۲۶ و قانون " منع تهیه، خرید و فروش و مصرف نوشابه های الکلی و تریاک و مشتقات آن " تصویب شد.

در سال ۱۳۳۴ اتفاق دیگری افتاد که نتیجه آن قانونی بود که در سال ۱۳۳۸ به تصویب رسید. طبق قانون سال ۱۳۳۴ با عنوان قانون "منع کشت خشخاش و استعمال تریاک" که به دنبال گسترش اعتیاد و مصرف بیشتر از میزان صادرات به خارج از کشور به تصویب رسید، برای نخستین بار موضوع قاچاق مواد مخدر از خارج به داخل کشور تحقق یافت. این مسئله خود باعث تغییر تدریجی الگوی مصرف از تریاک به هروئین گردید.

اما عکس العمل حکومت در برابر تغییرات و افزایش تعداد معتادان و به ویژه معتادان هروئینی، قانون نشدید مجازات قاچاقچیان بود که در سال ۱۳۳۸ به تصویب رسید و نتیجه اجرای آن نیز جز افزایش تعداد زندانیان و تحمیل هزینه های سنگین بر دولت نبود. در واقع افزایش میزان کشفیات ایران در آن سال ها که بنا بر گزارش پلیس بین الملل رتبه اول را در دنیا احراز نموده بود علتی جز افزایش میزان قاچاق و مصرف داخلی مواد در ایران نداشت (موسسه عالی برنامه ریزی و توسعه، ۱۳۷۶).

در سال ۱۳۴۷ قانون " آزاد سازی محدودیت کشت خشخاش " برای کاهش قاچاق مواد مخدر از سوی کشورهای ترکیه و پاکستان به تصویب رسید و بر اساس آن به طور مجدد کشت تریاک در برخی از مناطق کشور مشروط بر نظارت و کنترل دولت آزاد اعلام گردید. در تکمیل مرحله تصویب مورد اشاره با تصویب قانون تشدید مجازات قاچاق مواد مخدر در سال ۱۳۴۸ مجازات های سختی برای قاچاقچیان در نظر گرفته شد که مجازات اعدام را نیز شامل می گردید. بر اساس این قانون افراد دستگیر شده برای محاکمه به دادگاه های نظامی فرستاده می شدند.

قانون "انفصال از خدمت با اخراج معتادان" قانون دیگری بود که در راستای کاهش مصرف مواد مخدر در محیط های اداری و کارگری به تصویب رسید. جیره بندی و صدور کارت دولتی برای معتادان مسن (پنجاه سال به بالا) از جمله قوانینی بود که می توان آن را در راستای اعمال کنترل دولت بر بازار مصرف تلقی کرد. این قانون در سال ۱۳۵۰ از تصویب مجلس وقت گذشت.

تغییر الگوی مصرف تدریجی نیز در ایران و به ویژه در دهه ۱۳۵۰ اتفاق افتاد و یکی از دلایل عمده آن نفوذ فرهنگ غربی به داخل کشور از طریق توریست هایی بود که به ایران می آمدند. به طور مثال در حالی که تا قبل از دهه ۱۳۵۰، مصرف حشیش، محدود به اقشار خاصی همچون دراویش می شد، اما جوانان به تقلید از فرهنگ نفوذ یافته غرب به مصرف حشیش روی آوردند (موسسه عالی برنامه ریزی و توسعه، ۱۳۷۶).

در مرداد ماه ۱۳۵۹، لایحه تشدید مجازات مرتکبین جرایم مواد مخدر و اقدام های تامینی و درمانی به قصد مداوا و اشتغال به کار معتادان تصویب شد. از تاریخ ۱۳۵۹/۹/۱۹ اعتیاد جرم تلقی گردید و همزمان با آن خدمات درمانی اعتیاد از نظام بهداشت و درمان کشور حذف شده و وزارت بهداشتی از پرداختن به این موضوع امتناع نمود (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۷).

از سال ۱۳۵۹ تا سال ۱۳۶۲، اردوگاه های معتادان زیر نظر سازمان زندان ها و مدیریت کمیته انقلاب اسلامی به وجود آمدند. متعاقباً نام اردوگاه های معتادان به اردوگاه های بازپروری و اردوگاه های کار تغییر کرد. پس از این تحولات امور مربوط به درمان و باز پروری معتادان به سازمان بهزیستی محول گردید. پذیرش معتادان توسط این مراکز منوط به دستگیری و معرفی آنان به منظور طی مراحل ترک از سوی دادگاه ها بود.

در سال ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام اسلامی، قانون جدید مبارزه با مواد مخدر را تصویب نمود. با رویکرد مقابله ای دستگیری معتادان افزون شد و مراکز بازپروری نیز توان پذیرش سیل معتادان دستگیر شده را از دست دادند.

در سال های نخست دهه ۱۳۷۰ به تدریج در مجامع علمی و دانشگاهی کشور نگرش به "کاهش تقاضا" گسترش یافت. اولین اقدام های اساسی کاهش تقاضا در معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور در فاصله ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۵ صورت پذیرفت. همچون تاسیس واحدهای درمانی سرپایی معتادان از سال ۱۳۷۵ و اجرای برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد. این حرکت تاثیر خود را در سیاست گذاران کشور بر جای گذاشت و سرانجام مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۷۶، اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر را تصویب کرد که بر اساس آن اگرچه اعتیاد هم هنوز جرم بوده اما به کلیه معتادان اجازه داده می شد که به مراکز مجازی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می شد، مراجعه نمایند و نسبت به درمان و بازپروری خود اقدام کنند (وزیران محسن، ۱۳۸۲).

اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد توسط کارشناسان سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تابستان ۱۳۷۷ ارائه شد. در همین زمان گروه های خود یاری نیز گسترش بیشتری یافتند. از سال ۱۳۷۸، همکاری های ایران و سازمان ملل با عنوان "برنامه داریوش" در زمینه کاهش تقاضا آغاز گردید که سهم به سزایی در پیشبرد برنامه های کاهش تقاضا در کشور در سال های اخیر ایفاء کرده است (برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، ۱۳۷۹).

فعالیت های کاهش تقاضا و آموزش پزشکان بخش خصوصی در خصوص روش های علمی درمان اعتیاد از سال ۱۳۷۹ در دستور کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت. درمانگاه های سرپایی سازمان بهزیستی

در سراسر کشور از مرز ۶۰ واحد گذشت. در سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ بود که وزارت بهداشت به تاسیس مراکز درمان سرپایی اعتیاد و اختصاص تخت های بیمارستانی برای درمان اعتیاد اقدام نمود. طی همین سال ها تعداد مراکز درمان سرپایی بهزیستی به ۷۵ واحد رسید (همان منبع).

از جمله برنامه هایی که به منظور کاهش مصرف در کشور دنبال گردید ایجاد و تاسیس گروه خودیاری معتادان گمنام بود. در سال اول دهه ۱۳۸۰ تعداد معتادان گمنام از مرز سه هزار نفر گذشت. اقدام موثر دیگری که در راستای اجرای برنامه های کاهش تقاضا در کشور صورت گرفت تاسیس کمیته کشوری کاهش آسیب در سال ۱۳۸۱ بود که با هدف کاهش آسیب های ناشی از تزریق مواد یا به عبارتی اعتیاد تزریقی و به ویژه به منظور مقابله با گسترش بیماری ایدز صورت گرفت (وزیریان، ۱۳۸۲). در سال ۱۳۸۲ تعداد مراکز درمان سرپایی سازمان بهزیستی به ۸۸ واحد رسید و تعداد مراکز درمان سرپایی وزارت بهداشت نیز از مرز ۵۰ واحد گذشت.

از جمله اقدام های اساسی در حال شکل گیری فعلی در کشور، ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر در نظام شبکه بهداشتی - درمانی کشور، تاسیس درمانگاه های نگاه دارنده با متادون و اجرای طرح کاهش آسیب در مورد معتادان خیابانی است. تدوین برنامه پیشگیری، درمان و بازتوانی سوء مصرف مواد مخدر در سال ۱۳۷۳ در راستای برنامه ریزی جامع کاهش تقاضا توسط سازمان بهزیستی صورت گرفت. در واقع بر اساس مفاد همین برنامه بود که از سال ۱۳۷۵ مراکز درمان سرپایی معتادان در کشور شروع به گسترش کردند. در راستای همین برنامه، فعالیت های استانی نیز گسترش یافت و توسعه خدمات گروه های خود یاری معتادان و انتشار نشریه ها و فیلم های آموزشی و دیگر اقدام های پیشگیرانه روندی فزاینده به خود گرفت.

به دنبال این اقدام ها و فعالیت ها، شورای هماهنگی پیشگیری و درمان اعتیاد در سازمان بهزیستی کشور تشکیل شد متعاقب آن اولین برنامه پنج ساله کاهش تقاضای مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سال های ۱۳۸۳ - ۱۳۷۹ تدوین گردید (همان منبع).

نگاهی به اهم برنامه های پنج ساله کاهش تقاضا برای مواد مخدر در ایران:

برنامه پنج ساله کاهش تقاضا برای مواد مخدر در ایران ناظر بر اهداف کیفی و کمی است.

الف- اهداف کیفی برنامه جامع کاهش تقاضا:

۱- کاهش مقبولیت اجتماعی مصرف مواد از طریق آموزش به جامعه،

۲- اعتلای سطح فرهنگ و تمهید برای دستیابی جامعه به مهارت های محافظت کننده،

۳- اقدام های مداخله ای مشاوره ای و همچنین حمایتی زودرس برای افراد در معرض خطر،

۴- جلوگیری از مصرف غیر قانونی مواد و داروها،

۵- تامین امکانات درمان معتادان برای همه افراد داوطلب و معتادان شناسایی شده،

۶- تمهید و انجام پیگیری مستمر پس از ترک و شرایط بازگشت معتادان به جامعه،

۷- کاهش عواقب منفی بهداشتی نوع دوم به اعتیاد مانند ابتلاء به ایدز و...

۸- کاهش موارد ارتکاب جرایم توسط سوء مصرف کنندگان.

به منظور دستیابی به اهداف یاد شده تمهیدات مناسبی از جمله تعریف ساختارهای مسئول در این زمینه، جلب مشارکت های آکادمیک و دانشگاهی، توسعه و گسترش موسسات آموزشی و پژوهشی، به کارگیری خدمات بهداشتی اولیه، به کارگیری وسیع رسانه های گروهی، طراحی و اجرای برنامه های دانش آموز محور، دانشجو

محور، سرباز محور و کارگر محور، شناسایی گروه های آسیب پذیر، اجرای برنامه های جامعه محور، در استان ها، شهرستان ها، مناطق و محلات، ایجاد ظرفیت لازم برای استفاده از بخش خصوصی، ایجاد زمینه لازم برای رشد و توسعه سازمان های غیردولتی، اجرای برنامه های پیشگیری از مصرف سیگار و ارتقای کمی و کیفی مراقبت های بهداشتی درمانی و روش های تشخیصی، اندیشیده شده است.

ب- اهداف کمی برنامه جامع کاهش تقاضا

- ۱- کاهش نرخ مصرف مواد در میان کارکنان دولت و کارگران به میزان ۲۰ درصد،
- ۲- کاهش مصرف طبی داروهای طبقه بندی شده به میزان ۲۰ درصد،
- ۳- ادغام برنامه های پیشگیری و درمان اعتیاد در شبکه خدمات بهداشتی اولیه به میزان ۱۰۰ درصد،
- ۴- آموزش ۱۰۰ درصد مریبان بهداشت شاغل در شبکه بهداشتی اولیه،
- ۵- ارتقای آگاهی و مهارت های محافظتی ۱۰۰ درصد زندانیان نسبت به عواقب مصرف تزریقی مواد و رعایت اصول بهداشتی،

۶- افزایش خدمات مداخله و بحران،

۷- درمان و بازتوانی معتادان تا ۱۰۰ درصد،

۸- بازآموزی ۱۰۰ درصد روان پزشکان و ۵۰ درصد پزشکان عمومی،

۹- تجهیز ۱۰۰ درصد مراکز اورژانس کشور به امکانات درمان مسمومیت ناشی از مواد افیونی (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۷).

کمیته کشوری کاهش آسیب که در سال ۱۳۸۱ تاسیس گردید اقدام به تدوین برنامه پنج ساله کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد برای سال های ۱۳۸۶ - ۱۳۸۱ کرد. از اهداف اصلی این برنامه می توان به موارد ذیل اشاره کرد:

۱- برقراری، حمایت، تقویت و ایجاد هماهنگی میان برنامه های چند بخشی و چند وجهی مداخلات کاهش آسیب،

۲- کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد تزریقی،

۳- کنترل ایدز، هپاتیت و سایر پاتوژن های منتقله از راه خون

از جمله مواردی که برای تدوین برنامه پنج ساله کاهش آسیب به آن توجه گردیده است، ارائه راهبردهای آموزشی، آگاه سازی و اطلاع رسانی و همچنین افزایش مهارت ها است (کمیته کشوری کاهش آسیب، ۱۳۸۱).

برنامه ها و اقدام های پیشگیرانه در ایران

۱- برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد

بر مبنای برنامه ارائه شده از سوی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۳، اولین برنامه های جامع و هماهنگ پیشگیری با مشارکت کلیه دستگاه های مرتبط با امور کاهش تقاضا در استان های کشور به صورت منطقه ای طراحی گردید و به صورت برنامه ای به اجرا درآمد.

هدف عمده در این برنامه، کاهش میزان سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر در سطح جامعه بود. فرض اساسی در این برنامه آن بود که با ارائه اطلاعات و افزایش سطح آگاهی ها در اقشار مختلف جامعه و ایجاد نگرش منفی در آنها و همچنین ارتقای مهارت های سازگاری و بالا بردن قدرت امتناع در کودکان و نوجوانان از طریق آموزش، ایجاد زمینه مناسب برای انجام فعالیت های سالم به منظور ارضای احتیاجات روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان و بالاخره شناسایی و درمان و بازپروری معتادان، می توان به هدف عمده ذکر شده که همانا کاهش میزان سوء مصرف و اعتیاد به مواد مخدر در سطح جامعه بود دست پیدا کرد.

آن چه در این برنامه ریزی پیشگیرانه لحاظ شده و از اهمیت بالایی برخوردار بوده استفاده از الگوی برنامه‌ریزی منطقه‌ای توسط بخش‌های مختلف جامعه است. در این الگو با بهره‌گیری از اصول علمی و فنی پیشگیری، برنامه ریزی توسط دست‌اندرکاران و کارشناسان نهادهای ذیربط در منطقه مربوطه به منظور ارائه راه‌حل و نحوه مداخله برای کاهش آن انجام شد (برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، ۱۳۷۹).

بر این اساس برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد در استان کرمانشاه به صورت آزمایشی انجام شد و متعاقباً در یازده استان دیگر کشور به اجرا درآمد (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹).

۲. طرح مدارس مروج سلامت

در سال ۱۹۹۵ میلادی برنامه‌ای ابتکاری از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان مدارس مروج سلامت ارائه گردید. این طرح ابتکاری با توجه به کارایی و اثربخشی خود خیلی سریع در کشورهای مختلف جهان مورد استقبال قرار گرفت و به اجرا درآمد.

در این طرح سعی می‌شود شیوه‌های زندگی برای سراسر زندگی بهبود داده شوند و به کاهش بعضی از رفتارهای خطرناک مانند سوء مصرف مواد، خشونت و استعمال دخانیات در مدارس اقدام گردد (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹). طرح بومی و ملی اجرا شده بر این اساس در ایران دارای هدف ذیل است:

«ارتقای رفتارهای پیشگیرانه و سالم در دانش‌آموزان نوجوان دوره متوسطه»

بر اساس گزارش‌های ارائه شده تاکنون ۶۵۰۰۰ نفر از کارکنان مؤثر در قالب مجریان طرح مدارس مروج سلامت و مهارت‌های زندگی آموزش داده شده‌اند (دفتر پیشگیری از سوء مصرف آموزش و پرورش، ۱۳۸۲). وزارت آموزش و پرورش در این زمینه اقدام به تهیه کتاب‌های مربوط به مهارت‌های زندگی مخصوص دانش‌آموزان سال اول راهنمایی کرده است و بر اساس گزارش دفتر پیشگیری این وزارتخانه این طرح در ۱۵۰۰ آموزشگاه در حال

اجرا است. هم چنین در این زمینه می توان به طرح راهنمایی تلفنی ویژه سؤال های مطرح شده از سوی دانش آموزان در مورد اعتیاد و تهیه و تدوین طرح مربوط به کنترل دخانیات در دانش آموزان اشاره کرد (دفتر پیشگیری از سوء مصرف آموزش و پرورش، ۱۳۸۲).

۳. ارائه برنامه های مربوط به آگاه سازی اعتیاد

اهداف این برنامه ها عبارت بودند از:

۱. ارتقای آگاهی افراد در مورد شیوع، شدت و مشکلات ناشی از اعتیاد،

۲. ضرورت و اهمیت به کارگیری برنامه های پیشگیرانه و جلب مشارکت و مداخله افراد و گروه های مؤثر،

برنامه آگاه سازی به منظور ایجاد زمینه مناسب برای اجرای برنامه جامع پیشگیری از اعتیاد و در راستای طی مرحله فرهنگ سازی منطبق با پیشگیری و به وجود آوردن آمادگی لازم در مردم و نهادها در بیشتر از پانزده استان کشور گردید (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹).

برنامه های درمانی

۱. ادغام پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبت های اولیه کشور

سازمان بهداشت جهانی درباره اهمیت مراقبت های اولیه در هر کشور می گوید:

«خدمات بهداشتی اولیه مراقبت های اساسی است که باید با هزینه ای قابل پرداخت برای کشور و جامعه با روش های عملی و از لحاظ علمی معتبر و هم چنین از نظر اجتماعی پذیرفتنی، به مردم ارائه گردند» (دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۷).

خدمات بهداشتی در سطح جامعه و با اولین تماس با خانه بهداشت شروع گردیده و از این طریق به سطح دوم که مرکز بهداشتی - درمانی و سپس به سطح سوم که بیمارستان ها است، تعمیم می یابد. شبکه روستایی کشور پوشش تقریباً کاملی دارد.

اما در سطح شهرها گسترش آن کمتر بوده است (محسن وزیریان ۱۳۸۲). با توجه به توانمندی های ساختاری شبکه، ادغام برنامه پیشگیری و درمان اعتیاد در ساختار شبکه می تواند اقدامی مؤثر در پیشبرد پیشگیری و درمان اعتیاد محسوب گردد (اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ۱۳۸۲).

۲. درمانگاه های اعتیاد

در حال حاضر اعداد مراکز درمان سرپایی در کشور به ۲۷۷ واحد رسیده است (هاشمی، علی، کیهان، ۱۳۸۳/۷/۲۶). روند تکمیل و گسترش تعداد واحدهای درمان سرپایی معتادان از نیمه دوم سال ۱۳۷۵ آغاز گردید. واحدهای مذکور از کادر روان پزشک، پزشک عمومی، روان شناس بالینی و مددکار اجتماعی، روان شناختی، روان پزشکی، طبی و پیگیری های پس از ترک برخوردارند. از سال ۱۳۷۹، معاونت های درمان دانشگاه های علوم پزشکی نیز به تدریج ایجاد درمانگاه های سرپایی درمان اعتیاد که به طور عمده به سم زدایی می پرداختند را آغاز کردند (برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، ۱۳۷۹).

۳. درمانگاه های درمان نگاهدارنده با متادون

گفته می شود درمان وابستگی به مواد با میزان بالایی از عود که گاهی از مواقع تا ۹۰ درصد است تا یک سال پس از ترک مواد ادامه دارد. در واقع گروهی از معتادان نمی توانند در مقابل عدم مصرف مواد مقاومت نمایند. برای این

گروه از معتادان طی مرحله سم زدایی تنها در مصرف، وقفه ایجاد می کند و موجب قطع مصرف نمی گردد (مستشاری، ۱۳۸۲).

متادون دارویی شبیه افیونی است که به روش صنعتی تولید می شود. این دارو از نیمه دهه ۱۹۶۰ میلادی برای درمان نگاهدارنده معتادان به مواد افیونی به کار رفته است. اصولاً درمان نگاهدارنده متادون برای بیماران با وابستگی شدیدتر با نتایج درمانی بهتری همراه بوده است. استفاده از سایر روش های درمان در کنار درمان با متادون و نیز افزایش خدمات سطح بالای اجتماعی و انطباق روش های عمومی درمان بر نیازهای فردی، میزان موفقیت درمانی را ارتقای می دهد (مستشاری، ۱۳۸۲).

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در نیمه سال ۱۳۸۱ با کمک پژوهشگران علوم پزشکی تهران طرح آزمایشی درمان نگاهدارنده با متادون را آغاز کرد. اولین مرکز در بیمارستان روزبه تهران در مهر ماه سال ۱۳۸۱ آغاز به کار کرد و دومین مرکز نیز در بهمن ماه ۱۳۸۱ در درمانگاه مشاوره رفتاری مرکز بهداشت غرب تهران کار خود را شروع نمود. درمانگاه های متادون در شیراز و مشهد نیز کار خود را آغاز کرده اند (مستشاری، ۱۳۸۲).

۴. گروه های خودیاری معتادان

از سال ۱۳۷۳ اقدام هایی به منظور گسترش مشارکت معتادان ترک کرده و نیز خانواده های آن ها برای درمان و تداوم بهبودی انجام شده است. در این زمینه گروه معتادان گمنام با عضویت معتادان بهبود یافته و هم چنین گروه دیگری متشکل از زنان عضو خانواده معتادان به منظور بیماریابی، ارجاع و جلب مشارکت معتادان و خانواده ها، کمک در ادامه بهبود و ادامه زندگی بدون مواد، در تهران و شهرستان ها تشکیل شده اند.

از جمله تأثیرات مثبت فعالیت این گروه ها، جلوگیری از عود مجدد بوده است (برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، ۱۳۷۹). هم اکنون جلسات معتادان گمنام در سه گروه زنان، مردان و خانواده های معتادان و با عضویت هزاران معتاد بهبود یافته در تمامی مراکز استان ها و نیز برخی از شهرستان ها برگزار می شود (معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۹).

برنامه های کاهش آسیب

۱. درمانگاه های مثلثی

درمانگاههای مثلثی در حوزه معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور تأسیس شده اند و تحت نظرات مرکز مدیریت بیماری های معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارند. این درمانگاه ها اقدام هایی را نظیر کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد تزریقی، درمان بیماری های مقاربتی و مراقبت و حمایت از مبتلایان به ایدز به انجام می رسانند. این اختلالات و بیماری ها نوعی اختلال رفتاری محسوب می شوند و با در نظر گرفتن این سه رفتار در یک گروه می توان خدمات ادغام شده ای را ارائه کرد. درمانگاه های مثلثی پیشگیری و درمان را در هم ادغام کرده و خدمات متعددی را برای آزمون HIV و خدمات مشاوره ای در این زمینه و توزیع وسایل کاهش آسیب نظیر سرنگ، تشخیص و درمان بیماری های مقاربتی و عفونت های فرصت طلب همراه ایدز، درمان های ضد ویروس ایدز، ارجاع به خدمات تخصصی، پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک و نیز متعاقب تماس تصادفی، واکسیناسیون هپاتیت B، درمان ها و فعالیت های حمایتی، اتصال به سازمان های امدادی دیگر همچون هلال احمر و کمیته امداد امام خمینی (ره) و نیز پیگیری بیماران در منزل ارائه می دهد. جمعیت هدف این درمانگاه ها شامل گروه های زیر است:

معتادان تزریقی، مصرف کنندگان مواد به طور کلی، جمعیت های پرخطر، داوطلبان مشاوره و آموزش از نظر HIV، مبتلایان به ویروس HIV، افراد خانواده مبتلایان به اچ آی وی، (WHO, EMRO, ۲۰۰۳).

۲. طرح کاهش آسیب معتادان خیابانی و جمعیت خطر وابسته

اثر بخشی برنامه های کمک رسانی در کاهش رفتارهای خطرناک مصرف کنندگان تزریقی مواد کاملاً مستند است. بخش عظیمی از مصرف کنندگان تزریقی پس از آن که در معرض این برنامه ها قرار گرفتند رفتارهایشان را تغییر دادند. برنامه های کمک رسانی می توانند الگوی مؤثری برای دسترسی به گروه هایی باشند که اغلب وارد نظام درمانی نمی شوند (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۴۷).

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قصد دارد با انجام این طرح به هدف کاهش انتشار HIV در بین معتادان خیابانی و جمعیت پرخطر مرتبط با آنها دست یابد. با انجام این طرح می توان به این گروه پرخطر و دور از دسترس نظام درمانی، کمک های بهداشتی، پزشکی و اجتماعی اولیه و ضروری ارائه نموده و به تدریج آنان را جذب نظام های درمانی و تأمین اجتماعی نمود. (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۴۷).

۳. مراکز مشاوره ایدز جمعیت هلال احمر

مراکز مشاوره ایدز در این جمعیت در سال های اخیر ایجاد شده اند. این مراکز به اقدام های پیشگیرانه و نیز مشاوره ای در این زمینه پرداخته اند. (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۴۷).

برنامه های جدید ایران در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر:

الف- برنامه های مخصوص استادان دانشگاه:

۱- برنامه ادغام در برنامه درسی

در این برنامه، موضوعات پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و الکل، درون برنامه های درسی دانشگاه گنجانده می شوند. خصوصاً در رشته هایی همچون روان شناسی، جامعه شناسی، ارتباطات اجتماعی، مدیریت و تاریخ. هر رشته به فراخور ظرفیت و محتوای خود، دانشجویان را در معرض پیام هایی در باب سوء مصرف مواد مخدر قرار می دهد. این مدل بر این فرض استوار است که مشکلات سوء مصرف مواد، ناشی از بی توجهی و بی اطلاعی دانشجویان از خطرات مصرف مواد مخدر است.

۲- فعالیت رسانه ای در زمینه هنجارهای اجتماعی

در این برنامه، به منظور مبارزه با سوء فهم های عمده دانشجویان در زمینه هنجارهای اجتماعی مرتبط با سوء مصرف مواد تلاش می شود. در این زمینه، با استفاده از کارزار رسانه ای، از جمله مجلات، روزنامه ها، مقالات، سمینارهای دانشجویی، پوستر و بروشور، برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر صورت می گیرد.

۳- طرح آموزش همگنان

در این برنامه، دانشجویان با موقعیت های خاص، مانند ورزشکاران، نخبگان، فعالان انجمن و ...، انتخاب و آزمایش می شوند تا این افراد برنامه های پیشگیری را درون گروه هایی اجرا کنند که عضو آن هستند. از جمله وظایف دانشجویان، برگزاری جلسات گردهمایی، برگزاری شب های فیلم و تشکیل کارگاه های آموزشی مرتبط با پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر است (به نقل از محسنی تبریزی، ۱۳۹۳: ۸۲).

ب- برنامه های مخصوص والدین:

- مهارت نه گفتن و مقاومت در برابر خواسته های نامناسب و نامشروع فرزندان؛
- تقویت اعتماد به نفس فرزندان و آموزش مهارت های تصمیم گیری منطقی؛
- ایجاد ارتباط مؤثر و مستمر به منظور شکل دهی و تثبیت هویت فرزندان؛

- آموزش مهارت های ارتباطی و اجتماعی و آیین دوست یابی و حدود مرزهای معقول دوستی ها؛
- اعمال نظارت غیرمستقیم بر دوستان فرزندان، به منظور شناسایی رفتار و شخصیت دوستان آن ها؛
- غنی سازی مناسب اوقات فراغت فرزندان؛
- توجه به تغییرات رفتاری فرزندان از قبیل گوشه گیری، بی حوصلگی، پرخاشگری، پنهان کاری، افت تحصیلی، بوی سیگار و تغییر رنگ چهره (همان منبع، ص ۸۳).

ج- برنامه های مخصوص مدیران و معلمان مدارس:

- اطلاع رسانی و آگاه سازی با توجه به سن، جنسیت، مقطع تحصیلی و موقعیت بومی و فرهنگی و قومیتی منطقه؛
- آموزش مهارت هایی از قبیل حل مسئله، ارتباطات اجتماعی و فردی، تصمیم گیری، تفکر و خلاقیت، مهارت نه گفتن و تقویت روحیه معنوی و مذهبی دانش آموزان؛
- گسترش برنامه ها و مسابقات ورزشی، اردوهای تفریحی، برگزاری نمایشگاه و جشنواره های فرهنگی و هنری؛
- ارائه خدمات مشاوره ای به دانش آموزان و والدین؛
- تقویت کانون ها و تشکل های دانش آموزی به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد؛
- ایجاد اتاق فکر در مدارس به منظور نهادینه سازی موضوع تفکر قبل از عمل (همان منبع، ص ۸۳)

د- برنامه های مخصوص متولیان محیط های کاری:

- کنترل توزیع مواد مخدر: همکاری با نهادهای انتظامی و امنیتی و نظارتی دولتی.

- اقداماتی برای کاهش مصرف و تمرکز بر عامل میزبان که متضمن آموزش است: آموزش افراد در زمینه مشکلات سوء مصرف مواد و شناسایی و هدایت افراد معتاد. این برنامه از این طرق صورت می پذیرد: ایجاد اعتماد به نفس، ایجاد روحیه مشارکت و همکاری؛ راهکارهای تشویقی و مثبت؛ تعیین و تبیین ارزش های اخلاقی و انسانی؛ شخصیت دهی به کارکنان؛ آموزش مهارت های تصمیم گیری و انطباق با موقعیت های دشوار و سخت (همان منبع، ص ۸۴).

برنامه های آموزش پیشگیری از اعتیاد در مدارس ایران

مدرسه مروج سلامت (راهنمای دبیران رابط)

شیوه های آموزش فعال کدامند و نتیجه استفاده از آنها چیست؟

آموزش فعال، شیوه هایی فعال می طلبد. بسیاری از مردم شیوه های فعال را، راهنمایی جهت آموزش، که برای دانش آموزان سرگرم کننده است و به آنها در به خاطر سپردن بهتر درس هایشان کمک می کند، می دانند. این تنها بخشی از مفهوم را در بر می گیرد. شیوه فعال منجر به تفکر فعال نیز می شود که درک واقعی از مفاهیم سلامت را ارتقا می دهد. مهارت هایی در طرح ریزی فعالیت ها و انتقال پیام های سلامت به دیگران ایجاد می کند و به دانش آموزان در دستیابی به مهارت های زندگی، تکوین نگرش و ثبات ارزشی کمک می کند.

در مورد این که چنین شیوه های فعالی، دبیران را در تلاش ها و صرف زمان های بیشتر درگیر سازد، جای سؤال وجود ندارد. اکثر دبیران هم اکنون در شرایط دشوار به سختی کار می کنند. هیچ کس از مدارس و دبیران انتظار ندارد که همواره و از تمام شیوه های پیشنهادی استفاده کنند. اما معتقدیم که آزمون آن ارزش دارد. بسیاری از مدارس که با رویکردهای جدید کار می کنند، دریافته اند هنگامی که دبیران، دانش آموزان و اعضای جامعه فرا می گیرند که چگونه با یکدیگر در مورد فعالیت های ارتقای سلامت بدین طریق همکاری کنند، تدریس ساده تر،

با مشارکت بیشتر و نیز سرگرم کننده تر خواهد بود. دبیران و دیگران به جای کار برای دانش آموزان با آنها کار می کنند. دانش آموزان مسئول تر در مورد لزوم کمک به دیگران آگاه تر هستند. به هر حال مشکلات را بهتر حل می کنند و شهروندانی بهتر خواهند بود.

آشنایی با برخی از شیوه های فعال آموزش سلامت

بحث های گروهی

برای ایجاد مهارت های ارتباط و گوش دادن، حل مشکلات، تصمیم گیری و تفکر نقادانه، بحث های گروهی یکی از مهمترین شیوه های رشد فکری برای دانش آموزان می باشد که به محتوای آموزشی اضافی نیاز ندارد و می تواند در کلاس های پر جمعیت به کار گرفته شود. گروه های بحث باید به خوبی طراحی و سازماندهی شوند تا مؤثر باشند.

اندازه گروه

گروه ها را کوچک نگهدارید تا هر کس بتواند در بحث مشارکت کند. پنج تا هفت نفر، اندازه مناسبی است. لازم است افراد جایی بنشینند که همه بتوانند همدیگر را ببینند. مانند یک میزگرد یا روی زمین، هر گروه یک رهبر و یک یادداشت نویس نیاز دارد.

تنظیم مقررات برای کار گروهی

یافتن راهی که اجازه ندهد یک یا دو نفر تمام فکرها و صحبت ها را به خود اختصاص دهند، مهم است. گاهی دانش آموزان پیش از پاسخ دادن می توانند دو به دو بحث کنند. این امر به افراد خجالتی فرصت می دهد تا عقاید

خود را به افراد شجاع تر ارائه دهند. تنظیم مقررات گروه توسط شرکت کنندگان و پیش از آنکه شروع کنند، مفید است. اگر افراد گروه به ایجاد مقررات کمک کرده باشند، بسیار بهتر در حفظ آنها خواهند کوشید.

شفاف نمودن وظایف

اعضای گروه ممکن است برای شروع بحث، مشکلاتی گسترده (مانند اینکه چگونه می توان از همراهی همسالان در رفتارهای پرخطر خود داری کرد) یا وظایفی کوچک (مانند فهرست کردن چهار شیوه که از طریق آنها هر کدام از ما می توانیم محل زندگی خود را امن تر سازیم)، طرح کنند.

چه موقع و چگونه از گروه های بحث استفاده می شود؟

گروه های بحث می توانند هنگامی که ما موضوعات سلامت را مرور می کنیم و یا در راه طرح ریزی و ارزشیابی می باشیم، برگزار شوند. گاه ممکن است یک بحث را با پرسیدن (نوشتن) سه یا چهار سؤال مهم آغاز کرد. گاهی راه های دیگری می تواند برای کمک به پیشرفت بحث ها به کار گرفته شود. در این جا چند مثال آورده می شود:

- شروع کردن از تجربیات شخصی؛

- داستان هایی در مورد «آنچه برای من اتفاق افتاد» برای آغاز یک بحث به کار گیرند؛

- به کارگیری تصاویر؛

- از کتب، مجلات، عکس ها و غیره استفاده کنند: مانند تصویر دانش آموزی که توسط دانش آموز قلدر تهدید

می شود، «تصور کنید شما دانش آموز در تصویر هستید، چه احساسی دارید؟ چه احساسی نسبت به سایر همکلاسی

های خود که شاهد این زورگویی هستند دارید؟»؛

- در مورد این که چرا دانش آموز قلدری که در تصویر است این کار را می کند، بحث کنید. چه کاری می توان کرد؟ و

- از عبارتی استفاده کنید که با آن موافقت یا مخالفت کنند و از عقایدشان دفاع نمایند.

هنگامی که گروه های بحث را برای دانش آموزان بزرگتر به کار می گیریم، مجبوریم عناوینی را انتخاب کنیم که به آنان در برقراری ارتباط، در گوش دادن به نقطه نظرات مختلف و برای تفکر شفاف کمک کند. عبارتی مانند: «چگونه می توانیم کمک کنیم تا میزان اعمال خشونت آمیز در مدرسه یا کلاس های ما کمتر شود؟» بحث جالبی را به پیش خواهد برد و عبارتی مانند: «چرا انضباط لازم است؟»، ممکن است چنین نباشد.

داستان ها

داستان ها، ارتباط و مهارت های شنیداری ما را ارتقا می دهند به بسیاری از فعالیت های دیگر منتهی می گردند. استفاده از داستان ها یکی از بهترین طرق معرفی ایده های جدید، پیشبرد بحث ها و انتقال پیام ها به دیگران هستند. بدین علت است که تمام تدریس های موفق مضامین سلامت، از بکارگیری داستان ها بهره می برند. داستانی را انتخاب کنید که جالب بوده و پیامی ساده و واضح را در برداشته باشد. همواره مطمئن شوید که دیگران می توانند زبانی را که داستان با آن نقل می شود، درک کنند. داستان ها اغلب هنگامی مؤثرتر است که با زبان بومی مردم نقل شوند. فراموش کنید که شما یک دبیر هستید، تنها فکر کنید که یک قصه گو می باشید. دانش آموزان را دور خود جمع کنید. بعضی اوقات تصاویر و عروسک ها برای کمک به نقل داستان می توانند به کار روند. بعضی اوقات می توان سرودها را در داستان بکار برد. صدای خود را تغییر دهید (بلند و کوتاه، سریع و آهسته)، اکنون توقف کنید و سپس به دانش آموزان اجازه دهید تا درباره آنچه می گوید، فکر کنند. سئوالاتی در ضمن گفتن قصه

پرسید تا مطمئن شوید که آنها موضوع را به خوبی درک کرده اند. دیگران را از همان ابتدا در داستان درگیر سازید

و به آنها کمک کنید تا در آن شرکت کنند. در اینجا چند پیشنهاد ارائه می شود:

- دانش آموزان می توانند شخصیت ها و خود داستان را نام گذاری کنند؛

- پیش از آن که داستان را آغاز کنید، موضوعی برای دنبال کردن در داستان به آنها بدهید: «بعداً از شما می

خواهم به من بگویید چند تا بچه به احمد کمک کردند؟»؛

- بگذارید به شما در ساخت داستان کمک کنند: «زهره در یک خانه کوچک زندگی می کرد. آن خانه را چه

شکلی فرض کنیم؟ او لباسی مثل مال تو داشت، ولی به پاکیزگی تو آن را نگه نمی داشت»؛

- در زمان های مناسب به آنان اجازه دهید که عقاید و نقطه نظرات خود را ابراز کنند: «موسی فکر می کرد که یک

بار امتحان این کار ضروری ندارد... شما فکر می کنید که او چه کار کند؟»؛

- بگذارید اعمال را پیش بینی کنند: «خوب، او می تواند سه کار انجام دهد... شما فکر می کنید که او چه کار

کند؟»؛

- از پیشنهاد های آنان استقبال نمایید: «احمد می دانست که آن مرد، بچه ها را مجبور می کرد، کارهایی بکنند که

نمی خواهند، ولی چه می توانست بکند؟ کم سال و تنها بود، چه کسی به او گوش می داد؟ فکر می کنید او چه

کاری می تواند بکند؟»؛

- آنها را به جای شخصیت ها بگذارید: «موسی نمی دانست پس از آن چه می شود؟ می ترسید که این کار برخلاف

قانون باشد... در کتابی خوانده بود که پیامدهای قانونی این قبیل کارها چیست، او دقیقاً به خاطر نمی آورد، به او

کمک کنید»؛

- هنگامی که داستان تمام شد، از آنها بخواهید شرایط دیگر را در نظر گیرند: «تصور کنید که او پیشنهاد دوستانش را قبول می کرد، چه اتفاقی می افتاد؟ آیا اگر والدین او می دانستند که به چه کاری مشغول است، داستان تفاوت می کرد؟».

- در نوعی دیگر، داستان را تمام نکنید. بگذارید دانش آموزان پایان های خود را مطرح و در این خصوص بحث کنند و

- نهایتاً به دانش آموزان کمک کنید داستان را به زندگی خود مرتبط سازند: «آیا چنین چیزی برای شما اتفاق افتاده است؟ آیا کسی را می شناسید که..؟ ما، در محل خود چگونه این کار را می کنیم؟ می توانیم آن شرایط را عوض کنیم؟»

بررسی ها

بررسی ها، مهارت های عملکردی، مشاهده و تفکر منطقی را رشد می دهند. ما هنگامی از بررسی ها استفاده می کنیم که به دنبال اطلاعات بیشتری پیرامون موضوعی در جامعه باشیم. گاهی در جستجوی مواردی هستیم که مشاهده یا شمارش کنیم. ولی به طور شایع تر به دنبال آنچه که مردم انجام می دهند و احساس می کنند، هستیم. درخواست از دانش آموزان برای انجام بررسی، شیوه ای است قوی برای کمک به آنها تا از مضامین سلامت مطلع شوند و به صورت فعال در یادگرفتن مسایل مربوط به خود درگیر گردند. دانش آموزان در هر مرحله ای می توانند در بررسی شرکت کنند: در تنظیم سئوالاتی که باید پرسیده شوند، در گردآوری اطلاعات، در تنظیم نمودارهایی که نتایج را نشان می دهند و در نمایش حاصل از آنچه که یافته اند. لزومی ندارد که بررسی ها خیلی پیچیده باشند. هنگامی که دانش آموزان باید چیزهایی درباره خود فراگیرند (و جامعه برای گردآوری داده ها و پرسش سئوالات

به کارگرفته می شود)، به مضامینی که مردم در خصوص آن حساس نیستند، از قبیل سوانح، نظافت، رشد، سبزی ها و اسباب بازی کودکان خردسال پردازید. همچنان که افراد تجربه کسب می کنند، ممکن است بتوانند به مضامین حساس مانند: تغذیه، دیدگاه های پیرامون ایدز یا بروز بیماری های خاص در یک خانواده یا جامعه نیز پردازند. برای حصول اطمینان از استفاده از اطلاعات گردآوری شده در راه انتقال یک پیام بدون لطمه به احساسات یا ایجاد شرم، توجه و مراقبت نیاز است. اغلب مناسب بودن یک مضمون برای انجام بررسی را فرهنگ محلی تعیین می کند. به خاطر داشته باشید که لزومی ندارد بررسی ها همواره در وقت کلاسی انجام گیرند. چنانچه اطلاعات به راحتی گردآوری می شوند و حساس نیستند، دانش آموزان می توانند بررسی را هنگامی که به منزل می روند انجام دهند. اما اگر اطلاعات حساس تر باشند (مثلاً در مورد استعمال دخانیات یا راه هایی که برای درمان بیماری ها وجود دارد)، آنگاه ممکن است لازم باشد دبیر به دانش آموزان کمک کند یا حتی با والدین آنها برای کسب اجازه ایشان تماس بگیرد.

بازدید مهمانان

بازدید مهمانان، مهارت های مشاوره، تفکر نقادانه و ارتباط خوب با دیگران را بهبود می دهد. هر جامعه، دارای مکان هایی است که ارزش بازدید دارد و همچنین افرادی که تجربیات آنها برای در میان گذاشتن با دانش آموزان مفید است. برخی بازدیدها که توسط تمام کلاس انجام می گیرند، زمان زیادی نیاز دارند و هزینه بر می باشند. از آنجایی که این موارد زیاد رخ نمی دهند، مراقبت زیادی برای برگزیدن و طراحی انجام آنها نیاز است. به هر حال

برخی بازدیدها را به راحتی می توان ترتیب داد و برخی دیگر می توانند توسط دانش آموزان در اوقات متعلق به خودشان و در صورتی که دقیقاً تعلیم دیده باشند، انجام گیرد.

گاه به جای بازدید می توان درخواست کرد افرادی از جامعه بیایند و در کلاس صحبت کنند، اگر این افراد بخواهند در کلاس صحبت کنند، لازم است معلم محتاطانه در اختصار آن بکوشد، ولی اغلب، راه بهتر، دعوت از آنان برای پاسخ دادن به سئوالات است. این مورد باید از قبل هماهنگ شود و سئوالات پیش از آن که از فرد پرسیده شود، به وی داده شود تا بتواند در مورد آن چه که باید گفته شود فکر کند؛ پس از آن دانش آموزان می توانند «سئوالاتی اضافی» پرسند.

آماده سازی دانش آموزان

این که دانش آموزان نقش قابل توجهی در آماده سازی بازدیدها و دیدار کنندگان ایفا کنند، مهم است. اجازه دهید آنان اهداف خود را از یک بازدید بنویسند. با آنها فهرستی از آنچه که باید مورد توجه قرار گیرد، تهیه کنید. در صورت لزوم آنان را در قالب گروه هایی که هر یک موضوعی متفاوت را مدنظر قرار می دهند، تقسیم کنید. هم برای بازدیدها و هم برای دیدار کنندگان سئوالاتی را که می توان پرسید، تدارک ببینید. بگذارید ابتدا آنها سئوالات را پیشنهاد دهند و سپس در صورت نیاز آنها را اصلاح کنید. از قبل تصمیم بگیرید چه چیزهایی بعداً مورد نیاز است (مانند تصاویر، مدل ها، نمودارها و توضیحات). در صورت امکان کلاس را در قالب گروه هایی که کارهای مختلف انجام می دهند، سازماندهی کنید تا گزارش جامع از بازدید و گفتگوها به دست آید.

راهبردهای آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر

الف- آموزش ارزش ها

آموزش ارزش ها فرایندی است که موجب می گردد دانش آموزان این مهارت را یاد بگیرند که برای چه چیزهایی ارزش قائل شوند و در نتیجه آن راه خود را انتخاب نمایند و تصمیم گیری کنند. وقتی این مهارت فرا گرفته شد، در تمام اصول زندگی قابل استفاده خواهد بود. این راهبردها موجب می شود دانش آموزان در مورد باورهایی که بر تصمیم ها و رفتارایشان و دیگران اثر می گذارند، آگاهی یابند. برای اجرای آموزش ارزش ها به این نکات توجه کنید:

در کلاس درس جوی را حاکم کنید که دانش آموزان را ترغیب نماید تا:

- خود را در بیان عقایدشان راحت حس کنند و با گوش دادن به گفته های دیگران (و نه الزاماً قبول آنها) به ایشان احترام گذارند؛

- از خودشان بیشتر بگویند؛

- از اهانت به ارزش های دیگران، چه به صورت کلامی و چه به صورت غیر کلامی خودداری کنند؛

- در صورت عدم تمایل برای بیان اعتقادات خود در مورد هر بحث، برای شرکت نکردن خود در آن احساس آزادی کنند؛

- مسئولیت یادگیری خود را بر عهده گیرند؛

- در مورد آنچه که پس از آموزش ارزش ها یاد گرفته اند بحث کنند؛

- انحرافات، پیش داوری ها و کلیشه ها را در مورد مباحث و منابعی که برای کسب آگاهی بکار می گیرند بشناسند

- تلاش کنند، آنهایی که اعتقادات و احساساتی متفاوت با ایشان دارند را درک نمایند.

دقت کنید که آموزش ارزش ها این نکات را مورد تأکید قرار دهد:

- در مورد موضوعات مطرح پیرامون رفتارهای پرخطر، ممکن است اختلاف نظر وجود داشته باشد؛

- گاهی مردم حتی بدون داشتن اطلاعات کافی به چیزهایی اعتقاد پیدا می کنند؛

- تجربیات فردی در کسب عقاید نقش بزرگی ایفا می کند؛

- اغلب در هر گروهی عقایدی مختلف وجود دارد و

- نظرات عمومی در مورد رفتارهای پرخطر و آنهایی که چنین رفتاری دارند ثابت نیست و با آشکار شدن موضوعات جدید تغییر می کنند.

به عنوان یک دبیر تلاش کنید:

- در نقش یک تسهیل کننده که می تواند گروه را برای فعالیت مؤثر هدایت کند، عمل کنید؛

- مطمئن شوید که دانسته های غلط اصلاح می شوند؛

- کلاس را غیر رسمی کنید تا دانش آموزان بتوانند از آنچه ارزش می دانند، صحبت کنند و

- تلاش کنید در مورد دانش آموزانی که اعتقاداتشان با نقطه نظر خاص شما در یک موضوع هم خوانی ندارد، برخورد داورانه (تأیید یا رد نظر دیگران) نداشته باشید.

آموزش ارزش ها باید بدین شیوه به پیش رود:

- با یک فعالیت آموزشی ساده آغاز می شود. از قبیل شناخت احساس دانش آموزان در مورد موضوعی خاص مثل

قرار گرفتن در معرض دود غیر مستقیم سیگار و یا مقایسه و مقابله این احساسات با درک دیگران؛

- به سمت فعالیت های آموزش ای پیش روید که به درک دیگران منجر می شود. این امر در مواردی که دانش آموزان را تربیت می کنید احساس های دیگران را بررسی و درک نمایند، انجام می گیرد (مثلاً نقش پدر یا مادری را بازی کنید که در حال گفتگو با نوجوان ۱۵ ساله خود است. این پدر و مادر فهمیده است که فرزندش سیگار می کشد)

- در پایان به دو راهی های اخلاقی پردازید. دانش آموزان را تشویق کنید راه های جایگزین و کاربردهای آنها را در تصمیم گیری مورد دقت قرار دهند (مثلاً یک مدل تصمیم گیری را برای نشان دادن اینکه نوجوان ۱۵ ساله وقتی که در حین مسافرت در معرض دود سیگار دوست پدرش قرار گرفته است، چه می تواند انجام دهد را به کار گیرید).

مثال هایی از شیوه های آموزش ارزش ها

۱. تمرین عقیده سنجی

در یک سمت کلاس، کاغذی که روی آن نوشته شده «موافقم» و در سمت دیگر کلاس کاغذی که روی آن نوشته شده «مخالقم»، نصب کنید. به دانش آموزان بگویید، جملاتی را خواهیم خواند. هر کس بسته به میزان موافقت یا مخالفت خود، در نقطه ای بین این دو کاغذ که مسیر مستقیم است، خواهد ایستاد. از آنان بخواهید بسته به مخالفت یا موافقت خود نظراتشان را بیان و در مورد آن بحث کنند. سپس از دانش آموزان بخواهید با توجه به نتیجه ای که از بحث ها می گیرند و در صورت تمایل (تغییر عقیده)، جای خود را بر روی مسیر بین موافقت و مخالفت عوض کنند.

۲. گام هایی به سوی ارزش ها

در کلاس درس، ۵ تابلو نصب کنید: کاملاً موافقم، موافقم، مخالفم، کاملاً مخالفم و نظری ندارم. مانند مثال فوق جملاتی را بیان کنید. از دانش آموزان بخواهید بسته به درجه موافقت یا مخالفت خود در زیر تابلوی مربوطه جمع شوند و سپس عقاید خود را بیان کنید. اگر دانش آموزی خواست، می تواند در صورت تغییر عقیده جای خود را عوض کند.

۳. ایفای نقش

ایفای نقش این امکان را به دانش آموزان می دهد که زندگی واقعی را در فضایی بدون از قضاوت دیگران در مورد شخصیت خود تجربه کنند. این امر آنان را قادر می سازد که مهارت ها را تمرین کنند. وضعیت های فرضی را تحلیل نمایند و موقعیت هایی را از مهارت های مختلف بیازمایند.

برای اجرای این فعالیت باید محیطی حمایتی و آموزنده تدارک دیده شود که بدین صورت قابل حصول است:

مقرراتی پایه را در ابتدای سال تحصیلی برقرار سازید و به طور مرتب آن را تثبیت کنید. دانش آموزان باید خود این قواعد را انتخاب کنند. این موارد ممکن است شامل چنین ابعادی باشند:

- هر بار تنها یک نفر صحبت می کند؛

- به یکدیگر گوش دهیم؛

- به عقاید دیگران احترام گذاریم؛

- در بیان عقاید خود راحت باشیم و

- حق داریم عقیده خود را ابراز نکنیم.

سپس مراحل ذیل را برای یک ایفای نقش، یافته، طی کنید:

۱. مقدمه: کار مقدماتی برای جلب توجه کلاس به موضوع تدارک ببینید، مثلاً نمایش یک پوستر؛
۲. انتخاب شرکت کنندگان در فعالیت: در اکثر موارد تمام دانش آموزان درگیر خواهند بود، ولی بهتر است در هر گروه از دانش آموزان، یک نفر ناظر برای تهیه بازخورد تعیین شود؛
۳. تنظیم نمایش: داستانی که با زندگی دانش آموزان مرتبط باشد تهیه نمایید. این متن می تواند توسط دانش آموزان درخواست و انتخاب شود؛
۴. مرور داستان: نزدیک به ۵ دقیقه به دانش آموزان وقت دهید تا متن را مرور کنند؛
۵. آماده سازی بینندگان: اگر کار شما بیننده ای به جز افراد درگیر در فعالیت ایفای نقش دارد برای او و وظیفه ای تعیین کنید تا در ایفای نقش دقت کند و بازخوردی آماده سازد. بیننده ممکن است در مشاهده سرنخ های غیر کلامی، قضاوت در مورد واقع گرایی، تمرین و مشاهده کار باشد.
۶. ایفای نقش ها: بازیگران نقش را به خود گرفته و داستان را به نمایش می گذارند. این امر باید حتی المقدور کوتاه باشد؛
۷. بازخورد و نمایش: برای این کار باید از سئوالات باز استفاده شود. بحث می تواند حول این محورها باشد:
 - احساس شما در مورد آنچه که شخصیت ها انجام می دادند چه بود؟
 - رفتار شخصیت ها چه عواقبی ممکن است در پی داشته باشد؟ و
 - شرکت کنندگان چه چیزی از شخصیتی که نقش او را بازی کردند یاد می گیرند؟

۸. گرفتن نقش ها از بازیگران: پس از ایفای نقش باید مطمئن شوید شرکت کنندگان در تمرین از نقش خود یا بازیگران بیرون آمده اند. این امر برای نتیجه گیری لازم است؛

۹. ایفای دوباره نقش: ممکن است برای نشان دادن راه حل ها یا تعابیر دیگر، نقش ها مجدد تکرار شوند و

۱۰. تعمیم: این مهم ترین جزء ایفای نقش است، چرا که تضمین می کند یادگیری جمعی به زندگی واقعی مرتبط می شود. مهارت هایی که در طی ایفای نقش یاد گرفته می شوند، ممکن است در موقعیت های مواجهه با رفتار پر خطر به کار روند.

در هنگام اجرای فعالیت ایفای نقش از این کارها پرهیز کنید:

- نگذارید ایفای نقش موجب اضطراب زیاد شود. وقتی اضطراب زیاد است، یادگیری کاهش می یابد؛
- دانش آموزان را تشویق کنید در ایفای نقش خود تفریح کنند، ولی نباید کار را به غلو در موضوعات بکشیم، چرا که تأثیر تمرین را می کاهد؛
- از ایفای یک نمایش توسط همه دانش آموزان پرهیز کنید. گروه های مختلف نقش های مختلف بازی کنند؛
- اگر در یک نقش لازم است نامی روی بازیگر گذاشته شود، باید مطمئن شوید در کلاس درس یا اطرافیان چنین اسمی وجود ندارد؛
- از قضاوت در مورد عملکرد دانش آموزان بازیگر به صورت درست یا غلط خودداری کنید. تلاش کنید به جای آن بربحث پیرامون راه های جایگزین یا پیامدهای رفتارها متمرکز شوید و
- تلاش کنید در یک برنامه ایفای نقش بیشتر تسهیل کننده باشید تا معلم. مثلاً در هنگام ارائه نمایش، از اعلام نظر خودداری کنید و تا پایان صبر نمایید.

۴. مهارت های تصمیم گیری

برای اتخاذ تصمیم های آگاهانه در مورد رفتارهای پرخطر باید به جوانان این فرصت را داد تا مهارت های تصمیم گیری را یاد گیرند و بکار برند.

ارائه چار چوبی برای تصمیم گیری به دانش آموزان مفید است. چنین قالبی باید اجازه دهد که دامنه ای از انتخاب های جایگزین پیش از اتخاذ تصمیم مورد توجه و کنکاش قرار گیرد. باید دانش آموزان را تشویق کرد تا ارزش ها و احساسات خود را نسبت به انتخاب های مختلف بشناسند. همچنین باید این دانش و مهارت ها و امکانات را برای در پیش گرفتن آنچه انتخاب می کنند، در اختیار داشته باشند. کاربرد یک مدل تصمیم گیری برای کمک به دانش آموزان در آزمون راه های جایگزین و تعیین مناسب ترین تصمیم می تواند مفید واقع شود.

مدل فرایند تصمیم گیری:

- مشکل را بیان کنید؛
- اطلاعات را جمع کنید؛
- انتخاب های متفاوت را بررسی کنید؛
- پیامدهایی را در نظر بگیرید و
- تصمیم بگیرید و ارزیابی کنید.

۵. مهارت های هدف گذاری

تنظیم اهداف، تفکر در مورد مقاصد بلند مدت و نیز اهداف فوری تر و کوتاه مدت را می طلبد.

اهداف بلند مدت باید این خصوصیات را داشته باشد:

- مثبت باشد؛

- جدول زمانی شفافی داشته باشد و

- کسی که هدف را تنظیم می کند در برگیرد.

اهداف کوتاه مدت باید این خصوصیات را داشته باشد:

- اختصاصی، قابل حصول و قابل سنجش باشد؛

- اختصاصی: باید دقیقاً مشخص نمایم چه کاری می خواهیم انجام شود؛

- قابل حصول: واقع بینانه باشد یعنی شدنی باشد و

- قابل سنجش: بتوان آن را ارزیابی کرد.

فرایند هدف گذاری به دانش آموزان این فرصت را می دهد که فکر کنند که آیا اهداف آنها با ارزش هایشان همخوان است و آیا آنها می خواهند الگوهای رفتاری تثبیت شده خود را تغییر دهند و به شیوه هایی دیگر عمل نمایند.

ب) مهارت های ارتباطی

۱. گوش دادن فعال (یا واقعی)

چیزی بیش از قرار دادن گوش در مسیر درست است و معنای آن دنبال کردن آنچه که در کلام دیگران است، می باشد. این مهارت درست برخلاف حدس زدن، خواندن فکر یا قطع سخن دیگران است.

کلیدهای گوش دادن فعال

- تلاش برای توانستن تکرار دقیق آنچه دیگران گفته اند و

- آگاه بودن از زبان تن: شما از حرکات اندام ها، بدن و حالات چهره کسی که سخن می گوید، خواهید توانست
بیش از گوش دادن صرف، دریافت حسی داشته باشید. به خوبی جای گیری کنید تا راحت باشید و بتوانید دیگری
را ببینید و سخن او را بشنوید.

برای تسهیل گوش کردن فعال این عوامل را در نظر داشته باشید:

- محیط فاقد عواملی باشد که حواس را پرت می کنند (مثل تلویزیون)؛

- دقیق گوش دادن؛

- تماس چشمی؛

- استفاده از پیام هایی به شکل اول شخص مفرد (من)؛

- تأثیر آهنگ صدا؛

- استفاده از اصطلاحات درست و دقیق؛

- زبان تن (حرکات بدن)

- عدم داوری.

۲. ابراز وجود

ابراز وجود، گفتن مستقیم آن است که چه چیزی را می خواهید یا ترجیح می دهید، به شکلی که تهدید نداشته باشد
و نشان ندهد که می خواهیم مخاطب را بیازاریم.

ابراز وجود شامل گستره ای از رفتارها می شود:

- خواهش کردن؛

- رد یک پیشنهاد؛

- بازگرداندن شیء ای که تعارف می شود

- بیان یک دیدگاه.

مهارت امتناع یا رد یک پیشنهاد از مهم ترین مهارت های بازدارنده از رفتارهای خطرناک است و به انحاء مختلف در عمل بکار گرفته می شود.

شیوه های کلامی برای رد کردن

- دیگر پی گیر موضوع نشوید؛

- بگویید نه و آن را تکرار کنید؛

- بگویید نه و یک دلیل بیاورید؛

- بگویید نه و یک عذر عنوان کنید

- بگویید نه و با گفتن یک جُک و خنده، موضوع را عوض کنید.

شیوه های غیر کلامی برای رد کردن:

- سر خود را به علامت منفی تکان دهید؛

- اخم کنید یا نگاه معنی دار بیاندازید

- محل را ترک نمایید.

پرخاشگری بیان یک احساس و عقیده، به شیوه ای است که توبیخ و تهدید کننده باشد یا دیگران را بیازارد. این امر باید از ابراز وجود تمایز شود. پرخاش کردن، شامل رفتارهایی مثل بکار بردن الفاظ در معنایی غیر معمول و برای تحقیر کردن، سرکوفت زدن، فریاد زدن و حمله به دیگران است. دنباله روی به معنی اولویت دادن به حقوق یا

خواست فرد دیگر به جای حقوق یا خواست خود می باشد و شامل رفتارهایی مثل صحبت نکردن در مورد یک احساس مثبت یا منفی است که بدنبال آن اجازه می دهید حقوق ما بیشتر مورد توجه قرار گیرند یا نادیده گرفته شود.

کلیدهایی برای ابراز وجود:

عمل کنید:

- مستقیم در چشم فرد دیگر نگاه کنید؛

- با اعتماد به خود نگاه کنید؛

- محکم بایستید؛

- محکم صحبت کنید؛

- آرامش خود را حفظ کنید و

- بگویید که چه احساس می کنید.

پرهیز کنید:

- عذر خواهی نکنید و نگویید «بخشید»؛

- زیر لب صحبت نکنید؛

- چهره گناهکارانه به خود نگیرید؛

- وحشت زده جلوه نکنید؛

- عصبانی نشوید و

- قلدری نکنید.

ج) مواجهه با موضوعات حساسیت برانگیز

صحبت پیرامون رفتارهای پرخطر ممکن است گستره ای از مسایل و مشکلات را در پی داشته باشد. دانش آموزان در مورد تجربیاتی صحبت می کنند که معمولاً سر بسته می ماند:

- مشکلات شخصی؛

- استفاده آنها از مواد مخدر یا اقدام به رفتارهای پر خطر دیگر؛

- استفاده از اعضای خانواده یا دوستانشان از مواد مخدر؛

- فعالیت هایی که جرم محسوب می شوند و

- نیاز به مشاوره و خدمات حمایتی.

اگر دبیران برای مقابله با این شرایط آمادگی لازم را داشته باشند، این موضوعات به خوبی مورد اقدام لازم قرار می گیرند. لذا باید این اقدامات را در نظر داشته باشید:

- انتظار مشکلات را داشته باشید و برای عکس العمل مناسب برنامه ریزی کنید و

- تلاش کنید انواع مشکلاتی که دانش آموزان ممکن است ابراز کنند یا به وجود آورند را در ذهن داشته باشید.

پیش از آغاز بحث در مورد موضوعات مرتبط با رفتارهای پر خطر، سعی کنید موضوعات خاصی را که ممکن است حادث شوند پیش بینی کنید. برخی موضوعات کلی گفته شد.

آماده بودن برای مقابله با موضوعات اختصاصی بیشتر، به میزان آشنایی شما با گروه دانش آموزان بستگی دارد. برای کاهش خجالت دانش آموزان و افزایش جنبه های خصوصی یا محرمانه بودن اطلاعات، دانش آموزان را ترغیب کنید همیشه از سوم شخص استفاده کنند (مثلاً، یکی که من او را نمی شناسم یا دوستی می گوید....).

معمولاً وقتی قرار است دانش آموزان در مورد ارزش ها و ایده های خود به صورت باز صحبت کنند، برای دبیر مشکل است تا از تجربیات شخصی آنها جويا شود. چگونگی مواجهه با این موضوعات به عواملی مثل سن دانش آموز، ارتباط دبیر با آنها و مقررات مدرسه بستگی دارد.

این موضوعات را وقتی با مضامین حساسیت برانگیز مواجه می شوید، بخاطر آورید:

- دانش آموزان را بر حسب نیاز به منابع رجوع دهید و

- سطح مهارت خود را بشناسید و در صورت نیاز، دانش آموزان را ارجاع دهید.

دبیران، مددکار اجتماعی، پزشک، حقوقدان یا پلیس نیستند. اگر مشکلی بوجود آمد که ورای دانش یا سطح مهارت شماست، دانش آموزان را به مرجع مناسب ارجاع کنید. این ارجاع می تواند در داخل یا مراکز خارج مدرسه باشد.

- از شیوه های معمول مدرسه برای تأمین سلامت دانش آموزان استفاده نمایید.

بسیاری از مدارس، مقررات و شیوه هایی برای فراهم آوردن خدمات حمایتی، بهداشتی و رفاهی در اختیار دارند. در بسیاری از مدارس، مشاور و معاون پرورشی دارند که به خوبی از پس موضوعات حساس بر می آیند. این کارکنان اغلب با خدمات حمایتی ممکن موجود که می تواند در اختیار دانش آموزان قرار گیرد، آشنا هستند.

- تماس مرتب خود با ارائه دهندگان خدمات اجتماعی در محل را حفظ کنید. مدرسه باید رابطه کاری خوبی را با ارائه دهندگان خدمات، نظیر مراکز مشاوره، مراکز بهداشتی و درمانی و نیز سازمان هایی که حامی افراد در معرض خطر یا آسیب دیده هستند (مثل سازمان بهزیستی) داشته باشد.

- آرامش خود را حفظ کنید و اگر موضوع حساسیت برانگیزی در کلاس مطرح شد، تلاش کنید در مورد آن داوری ننمایید و در حوزه هایی که ورای سطح مهارت شماست، داخل نشوید. اگر پاسخ برخی از سئوالات را نمی

دانید یا احساس می کنید تبحر کافی برای کمک ندارید، صادقانه بگویید که تلاش خواهید کرد تا پاسخ سؤال را بیابید یا دانش آموز را به فرد خیره تری راهنما شوید. در صورت امکان این پاسخ ها یا ارجاعات را بعداً انجام دهید.

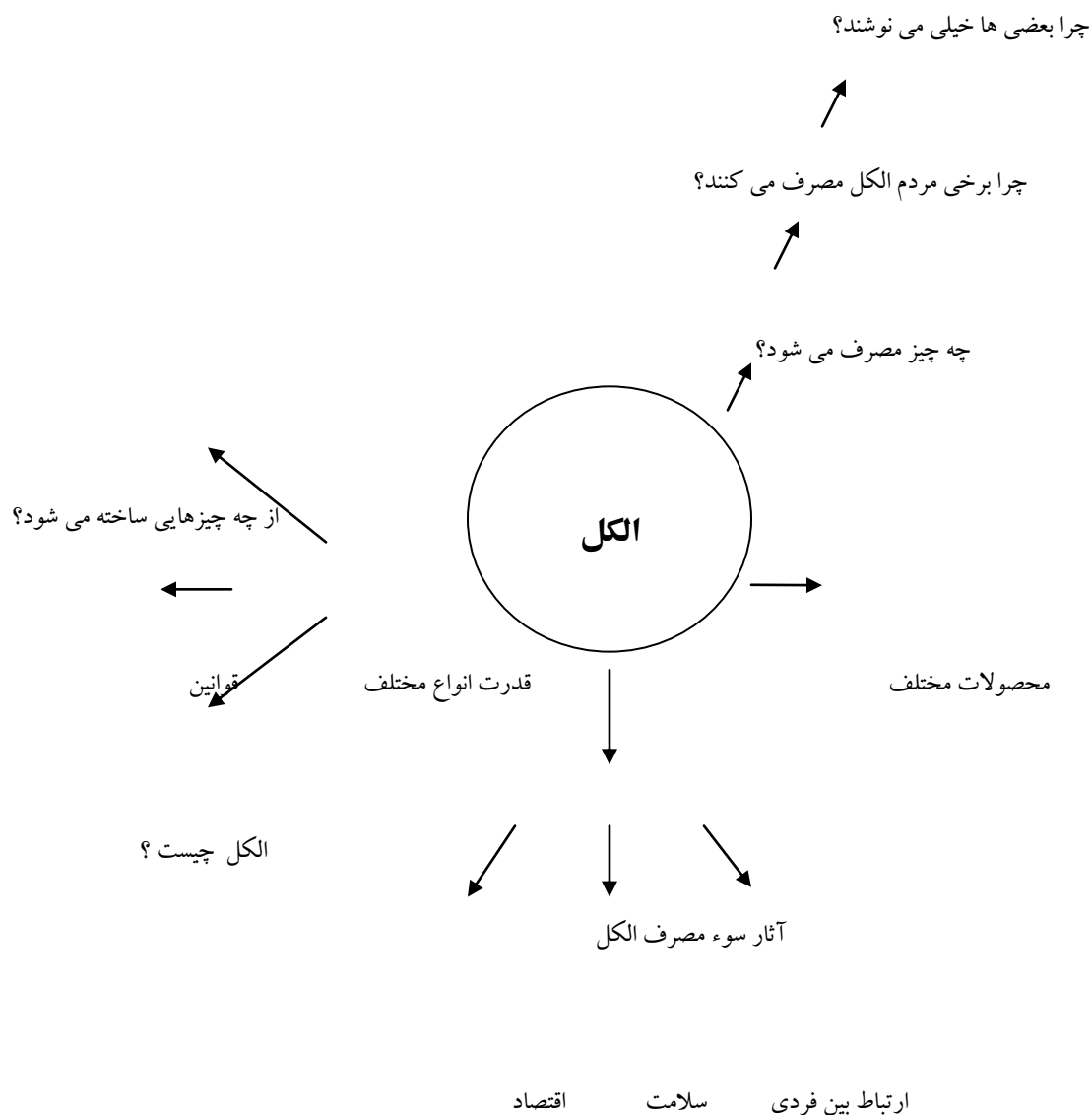
- قطع حمایتی سخن دانش آموز.

در این شیوه، اغلب دبیر از بازگو کردن تجربه شخصی دانش آموزان جلوگیری می کند. وقتی دانش آموزی چنین قصدی دارد، دبیر می تواند بحث را به موعدی در خارج از کلاس و به صورت خصوصی موقوف کند یا وی را به کارکنان مرتبط ارجاع نماید.

د) راهبردهایی برای تشویق تفکر

۱. رسم نقشه پنداره ها.

این راهبردی است که یادگیرنده را ترغیب می نماید یادگیری خود را به صورت عینی ضبط کند. همچنین فرایند ارتباطاتی را برقرار می سازد و به یادگیرنده کمک می کند تا ارتباط بین مفاهیم و عقاید مختلف را درک نماید. **نقشه پنداره ها** را می شود یا می توان به صورت تدریجی در حین یک مطالعه روی دیوار کلاس ترسیم کرد. **نقشه پنداره ها** نماینده ایده های فردی هستند و درست یا غلط نخواهند بود، اما دبیر می تواند برای ارزیابی سطح درک دانش آموزان درباره موضوعات و ارتباطات از آن استفاده کند. شکل ۲-۳، مثالی از رسم **نقشه پنداره ها** برای الکل را نشان می دهد.

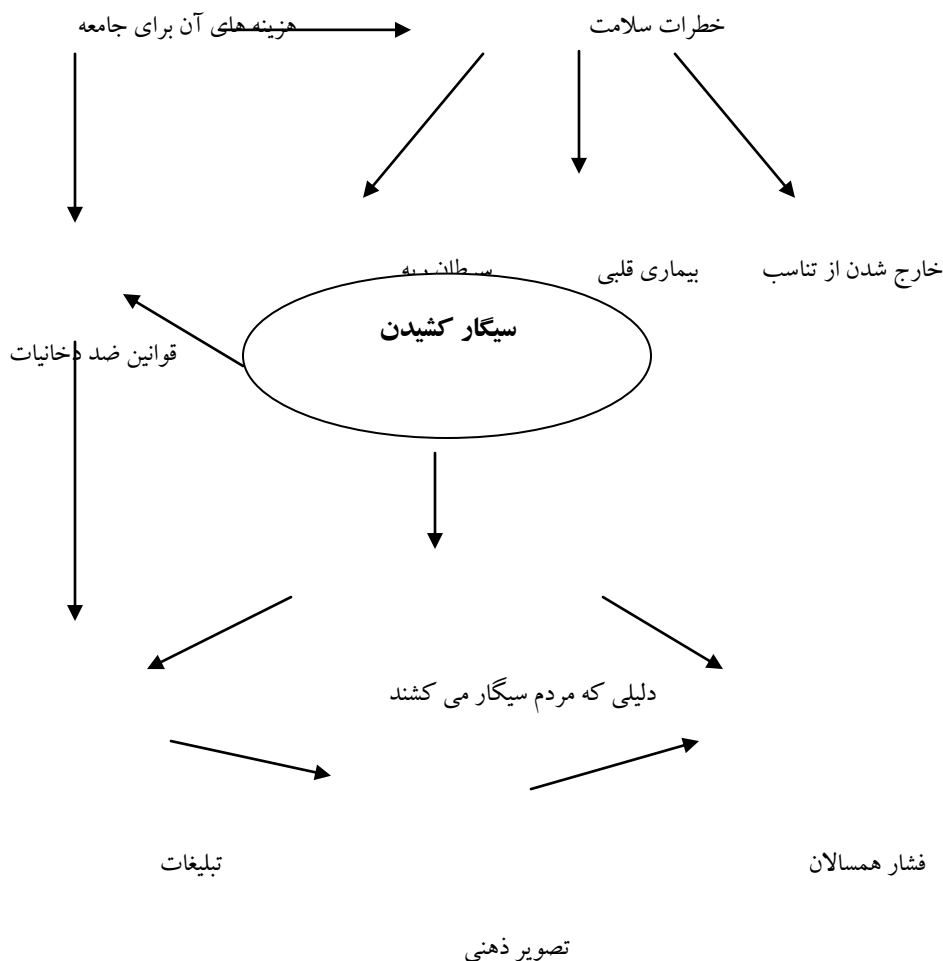


شکل ۲-۳: مثالی از رسم نقشه پنداره ها برای الکل

۲- رسم نقشه مفهوم ها.

این شیوه وقتی استفاده می شود که دانش آموزان بخواهند با شکل، آنچه که از ارتباط بین مفاهیم درک می کنند، نمایش دهند. این روش به اطلاعات قبلی دانش آموزان دست پیدا می کند و برای دبیر بازخوردی از آنچه که به اشتباه دریافت شده است یا اصلاً درک نشده، فراهم می

آورد. **رسم نقشه مفهوم ها**، توانایی دانش آموزان را در سازماندهی و تبیین افکارشان افزایش می دهد و فرصت هایی ایجاد می کند که آنها پاسخ های صحیح را به طرق مختلف ارائه نمایند. **رسم نقشه مفهوم ها**، با مفهومی کلیدی مثل سیگار کشیدن آغاز می شود که در مرکز صفحه ای کاغذ، مقوا یا تخته سیاه قرار می گیرد. سپس دانش آموزان، مفاهیم دیگری که با مفهوم کلیدی مرتبط هستند را بیان، رسم و با پیکان به مفهوم اصلی و یکدیگر مرتبط می کنند. کلمه ای که روی پیکان نوشته می شود، این ارتباطات را توضیح می دهد از هر مفهوم تنها یک بار استفاده می گردد. **شکل ۲-۴**، مثالی از **رسم نقشه مفهوم ها** را برای سیگار کشیدن نشان می دهد.



شکل ۲-۴: مثالی از رسم نقشه مفهوم ها برای سیگار کشیدن

مدرسه مروج سلامت (خود آموز پیشگیری ویژه دانش آموزان سال دوم متوسطه)

مدرسه مروج سلامت به دنبال چیست؟

مدرسهٔ مروج سلامت در حقیقت بستری است که در آن دانش آموزان، دبیران و والدین این فرصت را پیدا می کنند تا برای بهبود چیزی به جز دروس عادی همکاری نمایند. این مدرسه برای خود میثاقی دارد که در قالب آن فعالیت می کند و همگان متعهد می شوند که آنچه در میثاق خود آورده اند، به واقعیت نزدیک کنند. این مدرسه برای ترویج فرهنگ پیشگیری از خطرات، مواد آموزشی خاصی دارد که برای دانش آموزان، والدین و دبیران نوشته شده است. دانش آموزان مدرسهٔ مروج سلامت، تنها درس را فرا نمی گیرند، از آنان انتظار می رود شیوهٔ زندگی اجتماعی سالم را با کمک هم ترسیم کنند و با تمرین به رفتار عادی خود تبدیل سازند. شما در مدرسهٔ مروج سلامت، جوی بهتر از قبل خواهید داشت و اتحاد جامعهٔ ی مدرسه برای کارهای خوب قوی تر است.

برای نمونه به موردی در کتاب مذکور اشاره می کنیم:

پیام اساسی ۳

پیش از استفاده از هر ماده ای، از اثرات مفید و مضر آن آگاه شویم.

- مواد مورد استفادهٔ انسان، دارای ترکیبات شیمیایی هستند که وقتی با سلول های بدن تماس پیدا می کنند، اثراتی بر آنها می گذارند؛
- داروهایی که به هنگام بیماری و کسالت مصرف می شوند، بیشتر موادی هستند که باید توسط پزشک تجویز شوند؛
- داروها، دارای موارد مصرف خاص، مقدار مصرف، روش استفاده و عوارض جانبی هستند و وقتی از آنها استفاده می شود که فواید آنها از مضراتشان بیشتر باشد و
- مصرف بعضی از مواد مانند حشیش، تریاک، هروین، الکل و منع قانونی دارند.

بیشتر بدانیم

- مواد به همه ترکیباتی گفته می شود که باعث تغییر عملکرد بدن می شوند و باعث تغییر کارکرد مغز به صورت اثر بر احساسات و ادراک فرد مصرف کننده می گردند. داروهای خواب آور، حشیش و تریاک چند نمونه از

این مواد هستند. از آنجا که این مواد موجب وابستگی و تمایل شدید فرد به ادامه مصرف آن می گردد، بنابراین استفاده از این مواد، سوء مصرف نامیده می شود و مصرف آنها غیر قانونی است (به جز مواردی که توسط پزشک و به هنگام بیماری تجویز می شود) و

- مصرف این مواد گاهی باعث سرخوشی های زود گذر می شود، ولی حتی یک بار مصرف کردن آن سلامت را تهدید می کند و ممکن است فرد را به اعتیاد دچار کند.

انواع مواد که مورد سوء مصرف قرار می گیرند، کدامند؟

- مواد اعتیاد آور انواع گوناگون دارند و هر کدام دارای عوارض کوتاه مدت و دراز مدت می باشند. در قسمت زیر با برخی از این مواد و پیامدهای آنها آشنا می شویم.

- **نیکوتین:** ماده ای است سمی که در انواع دخانیات وجود دارد. مصرف این ماده منجر به انواع سرطان ها، بیماری های قلبی و عروقی می شود.

- **حشیش:** از گیاهی به نام شاهدانه هندی بدست می آید. گراس، علف و بنگ مواد مشابه حشیش می باشند. مصرف حشیش باعث تغییر در درک رنگ و صدا و سرگیجه، عدم تعادل حرکتی، قرمزی چشم، توهم، از بین رفتن سلول های مغزی، نازایی در زنان و عقیمی در مردان می شود.

- **انواع مشروبات الکلی:** الکل از تخمیر میوه و دانه های گیاهی به دست می آید. فراموشی، رفتارهای نامناسب، پرخاشگری، اختلال در خواب، نارسایی کبدی، آسیب به جنین در حال رشد، افزایش فشار خون و خطر سکته های مغزی و قلبی از عوارض مصرف این مواد می باشند.

- **تریاک، هرویین و مشتقات آن:** این مواد از شیرۀ گیاه خشخاش به دست می آیند. مصرف این مواد، باعث خارش بینی، تغییر اندازه مردمک چشم ها، تهوع و استفراغ، تیره شدن پوست، اختلال تنفس، چرت زدن دائمی، عفونت های خطرناک (ایدز و هپاتیت)، اختلال در عملکرد جنسی و حتی اغماء و مرگ (در اثر مصرف زیاد) می شود.

- **اکستسی (اکستاسی):** نوعی ماده محرک مغزی است که معمولاً به اشکال مختلف ساخته می شود. این ماده به نام های مختلف مثل قرص X کریستال و ... مورد سوء استفاده قرار می گیرد. مصرف این ماده توهم زا بوده و باعث افزایش احساس صمیمیت، ارزش، خشکی دهان، بی خوابی، افسردگی و جنون می شود. این ماده به دلیل بالا بردن حرارت بدن و تپش شدید قلب ممکن است موجب مرگ گردد.
- **داروهای نیروزا (بدن سازی):** این دسته از مواد، معمولاً برای تغییر در ظاهر و عملکرد بدن به صورت قرص و آمپول مورد استفاده قرار می گیرند. از عوارض مصرف این مواد می توان به جوش صورت، طاسی زود رس، زرد شدن پوست و چشم در مردان و مشکلات قاعدگی، ریزش مو و کلفتی صدا در زنان اشاره کرد و به طور کلی بسیاری از آنها باعث افزایش فشار خون، بیماری های قلبی، ریوی، کبدی، کلیوی و هیپاتیت می شوند.
- **داروهای آرام بخش:** این مواد شامل انواع داروها هستند، که در پزشکی برای درمان دردها یا بیماری ها به کار می روند. این داروها به شکل قرص، کپسول و آمپول تهیه می شوند. گیجی، عدم تعادل، اختلال در عملکرد تحصیلی و اجتماعی، اعتیاد، اختلال در حافظه، آسیب کبدی و ناراحتی های گوارشی از آثار مصرف این مواد می باشد.
- مصرف مواد اعتیاد آور با دیگر رفتارهای پر خطر مانند پرخاشگری و ایدز ارتباط دارد. برای مثال، یک فرد معتاد ممکن است برای تهیه پول مواد دست به دزدی یا خشونت بزند. از طرفی همانطور که می دانید بیشتر مبتلایان به ایدز در کشور، معتادان به مواد مخدر می باشند که از طریق استفاده از سرنگ مشترک برای مصرف مواد، بیماری را به یکدیگر انتقال داده اند؛
- افراد به دلایل گوناگون مواد را تجربه می کنند. ممکن است یک فرد از روی کنجکاوی، برای تفریح، فرار از سرزنش های دیگران، مقابله با فشارهای زندگی، پذیرش در جمع همسالان و... به مصرف مواد روی آورد. این کار نه تنها کمکی به او نمی کند، بلکه باعث پیامدهای نامطلوب دیگر خواهد شد؛
- هزینه تهیه، ترک و درمان بیماری های مرتبط با سوء مصرف مواد و داروها، فرد و خانواده او را تحت فشار قرار می دهد؛

- قوانین مبارزه با مواد برای حفاظت از مردم طراحی شده است. برای مثال، تولید، خرید، فروش و مصرف مواد اعتیاد آور، غیر قانونی و جرم محسوب می شود و مرتکب، به مجازات های مقرر محکوم می گردد و
- یک روش مؤثر و مفید برای مقابله با مشکلات، یادگیری و به کارگیری مهارت های مناسب است.

عمل کنیم

پیش از گرفتن هر گونه تصمیمی بر اساس اطلاعات ارائه شده از سوی دوستان و سایر افراد، این اطلاعات را بررسی و سپس تصمیم گیری کنیم. این روش را مهارت تفکر انتقادی گویند که شامل سه مرحله زیرمی باشد:

۱. به منظور بررسی دقیق موقعیت ها، سئوالات مناسب پرسید؛

۲. اطلاعات مورد نیاز را جمع آوری کنید و

۳. اطلاعات را ارزیابی نمایید.

یک مثال عملی

موقعیت زیرا را در نظر بگیرید:

علی مدتی است که به کلاس بدن سازی می رود. در آنجا با فردی آشنا می شود که هیکل تنومندی دارد. او به **علی** پیشنهاد می دهد در اثر مصرف داروهای نیروزا می تواند در مدت کوتاهی بدنش را شبیه او سازد. با استفاده از مهارت تفکر انتقادی، فرایند تصمیم گیری او را مرور می کنیم.

سئوالات مناسب: آیا مصرف این مواد هزینه دارد؟ هزینه تهیه مواد چقدر می شود؟ آیا راه دیگری وجود دارد؟...

جمع آوری اطلاعات: مصرف این مواد باعث انواع بیماری ها می شود. هزینه تهیه مواد گران است. با تمرین و کار نیز می توان به نتیجه رسید.

ارزیابی: برای سلامتی بسیار مضر است و انجام این کار به سود او نیست. حفظ سلامتی از هر چیزی برای او مهم تر است.

پیشینه برنامه های انجام شده در خارج کشور

برنامه های اقدامات متعددی هم در سطح بین المللی وهم در خارج از کشور برای پیشگیری از اعتیاد انجام شده است که اکثر یافته ها براساس هر کشور در فصل چهارم تحت عنوان استخراج وتحلیل داده های تجربی آورده شده است و به همراه این قسمت (پیشینه برنامه های انجام شده در خارج کشور) مهم ترین یافته ها ودستاورد های مروری این پژوهش محسوب می شود. و در این قسمت به موارد مهم واقدمات مختلف در سطح بین الملل که با پیشگیری از سومصرف و کاهش تقاضا همسوئی داشته است مطرح می شود:

۱- سازمان ملل

۱-۱- اعلامیه سیاسی جمعیت کاهش تقاضا:

مفاد اعلامیه سیاسی مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد پیگیری راهبرد کاهش تقاضا در کشورهای عضو در سال ۱۹۹۸ شامل موارد زیر است:

۱- تمامی کشورهایایی که تحت تاثیر عواقب و نتایج مخرب سوء مصرف مواد مخدر و قاچاق آن هستند، بر این باورند که مواد مخدر دارای آثار سوء بر سلامت دارد و و بالا برنده جرم، خشونت و فساد، مضمحل کننده انسانیت و منابع طبیعی و اقتصادی است. مواد مخدر ایجاد کننده زمینه تخریب افراد، خانواده ها و جوامع است و ساختارهای سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی را از بین می برد.

۲- تاثیرات سوء مصرف مواد بر همه بخش های جامعه و کشورها در تمامی سطوح توسعه، مشهود است. بنابراین سیاست های کاهش تقاضای مواد مخدر و برنامه های مربوط به آن باید متوجه تمامی بخش های جامعه باشد.

۳- تغییرات سریع و گسترده اقتصادی و اجتماعی، همراه با دسترسی روزافزون و همچنین گسترش مواد اعتیاد آور و تقاضا برای آنها، موجب افزایش مشکل سوء مصرف مواد اعتیاد آور گردیده است. پیچیدگی مشکل با تغییرات مربوط به الگوهای مصرف، عرضه و توزیع ممزوج گردیده است. افزایش در عوامل اجتماعی و اقتصادی که مردم به ویژه جوانان را تحت تاثیر قرار می دهند و موجب بالا رفتن آسیب های ناشی از سوء مصرف و رفتارهای خطرناک می شوند، دیده می شود.

۴- اقدام های گسترده به وسیله دولت ها در تمامی سطوح برای توقف تولید، قاچاق و توزیع مواد اعتیاد آور ادامه دارد. موثرترین رویکرد برای برخورد با معضل مواد مخدر رویکردی همه جانبه، متوازن و هماهنگ است. این رویکرد هم جنبه های عرضه و هم تقاضا را شامل می گردد. هنگام آن رسیده است که تلاش ها در راستای کاهش تقاضای مواد افزایش یافته و شدت پیدا کند.

۵- برنامه های کاهش تقاضای مواد باید بخشی از یک راهبرد جامع به منظور کاهش تقاضا برای تمامی انواع مواد اعتیاد آور در نظر گرفته شوند.

اعلامیه سیاسی حاضر یک ابتکار مهم در یک دهه عملکرد سازمان ملل علیه سوء مصرف مواد اعتیاد آور است که سال های ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۰ را شامل می شود. این اعلامیه پاسخی به نیاز جهانی و در سطوح ملی، منطقه ای و بین المللی برای مقابله با تقاضای مواد اعتیاد آور است (اعلامیه سیاسی بیستین جلسه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در مورد مواد مخدر، ۱۰ ژوئن ۱۹۹۸). اصول راهنمای اعلامیه عبارت اند از:

الف- یک رویکرد متوازن باید میان کاهش تقاضای مواد و کاهش عرضه ایجاد شود.

ب- سیاست های کاهش تقاضا باید موارد ذیل را در نظر بگیرند:

- هدف در پیشگیری از مصرف مواد و کاهش نتایج وخیم ناشی از سوء مصرف مواد اعتیاد آور است.

- موجبات و زمینه تشویق و ترغیب مشارکت هماهنگ افراد در سطح اجتماع باید فراهم گردد، این موضوع هم به طور کلی و هم به طور خاص در جوامعی که در معرض خطر ویژه قرار دارند با در نظر گرفتن موقعیت جغرافیایی، شرایط اقتصادی و با دارا بودن جمعیت به نسبت زیاد معتاد، سیاست گذاری می شود.

- حساس بودن نسبت به فرهنگ و جنسیت.

- ایجاد محیط های حمایتی.

- برنامه های کاهش تقاضا باید مبتنی بر یک ارزیابی منظم در مورد ماهیت و اهمیت مصرف و سوء مصرف و مشکلات مرتبط با مواد مخدر در جمعیت باشند. این یک موضوع الزام آور برای شناسایی هرگونه روند در حال رشد و ظهور است. ارزیابی ها باید به وسیله دولت ها و با استفاده از روش جامع، نظام مند و دوره ای و با تعیین نتایج مطالعات مرتبط و ملاحظات جغرافیایی و با استفاده از تعاریف، علائم و روندهای مشابه برای ارزیابی وضعیت مواد صورت پذیرند. راهبردهای کاهش تقاضا باید بر مبنای دانش برگرفته از تحقیق و همچنین درس های منبعث از برنامه های گذشته پایه ریزی گردند. این راهبرد ها باید پیشرفت های علمی را در این زمینه در نظر بگیرند و منطبق با الزامات پیمان موجود و معطوف به قانون ملی و طرح جامع چند رشته ای فعالیت های آینده در خصوص کنترل سوء مصرف مواد اعتیاد آور را طراحی و ترسیم کنند.

- برنامه های کاهش تقاضا باید تمامی حوزه های پیشگیری از ایجاد تنفر از مصرف مرحله اول مواد تا کاهش نتایج منفی بهداشتی و اجتماعی سوء مصرف مواد اعتیاد آور را شامل شوند. آنها باید اطلاعات، آموزش، آگاهی های عمومی، مداخله زودرس، مشاوره، درمان، بازتوانی، پیشگیری از عود، مراقبت های پس از خروج و پذیرش مجدد

در جامعه را شامل کردند. کمک زود هنگام و دسترسی به خدمات باید به اشخاصی که نیازمند آنها هستند فراهم کردند.

- همکاری میان دولت، سازمان های غیردولتی، والدین، معلمان، متخصصان بهداشت، جوانان و سازمان های اجتماعی، سازمان های کارمندان و کارگران و بخش خصوصی در این زمینه خیلی مهم است. یک چنین همکاری منجر به بهبود و گسترش آگاهی های عمومی و ارتقای ظرفیت جوامع در ارتباط با نتایج منفی سوء مصرف مواد می گردد. مسئولیت های عمومی و آگاهی و تحرک اجتماعی اهمیت والایی برای تضمین پایداری راهبردهای کاهش تقاضا دارند.

- اقدام های مربوط به کاهش تقاضا می باید به رفاه اجتماعی گسترده تر و سیاست های بهداشتی بهبود یافته و برنامه های پیشگیرانه آموزشی تعمیم یابند. اقدام های برای کاهش تقاضای مواد باید بخشی از یک رویکرد سیاست اجتماعی گسترده تر و وسیع تر که همکاری چند بخشی را تشویق نماید، باشد.

- چنین اقدام هایی باید جامع، چند وجهی، هماهنگ و یکپارچه با سیاست های اجتماعی و عمومی باشد که بر کلیه جوانب بهداشتی و اجتماعی و اقتصادی مردم یک جامعه تاثیر می گذارد.

- برنامه های کاهش تقاضا، باید طوری طراحی شوند که پاسخگوی نیازهای جمعیت به طور کلی باشند و همچنین گروه های خاص اجتماعی را شامل گردیده و توجه خاصی را به جوانان معطوف نمایند.

- برنامه ها باید دارای اثربخشی باشند و گروه هایی که در معرض بیشترین خطرات هستند را در بر گیرند و در آنها تفاوت ها و اختلافات جنسی، فرهنگی و آموزشی لحاظ کردند.

- به منظور ترویج پذیرش مجدد معتادان در اجتماع، دولت ها باید مجازات های جایگزین را ولو همراه با اعمال مجازات در برخورد با مرتکبین جرایم مواد مخدر در نظر بگیرند.

سوء مصرف کنندگان مواد باید بتوانند به طی مراحل درمانی، آموزشی، مراقبت پس از ترک، بازتوانی و استقرار مجدد در جامعه را ادامه دهند. دولت های عضو باید نسبت به توسعه قضایی اقدام نمایند. همکاری نزدیک میان سیستم قضایی و سیستم های بهداشتی و اجتماعی باید مورد تشویق قرار گیرند.

-اطلاعات استفاده شده در برنامه های آموزشی و پیشگیرانه باید دارای شفافیت باشند و به لحاظ علمی دقیق، قابل اطمینان و به لحاظ فرهنگی معتبر، به موقع و در جایی که ممکن است در یک جمعیت هدف مورد آزمایش قرار گیرند.

- دولت ها می باید اقدام به آموزش سیاست گذاران و برنامه ریزان و همچنین شاغلان در تمامی ابعاد طرح نمایند، این آموزش در اجرا و ارزیابی راهبدهای کاهش تقاضا و برنامه های آنها اهمیت دارد. راهبردهای کاهش تقاضا می باید به لحاظ اثربخشی مورد ارزیابی قرار گیرند.

(اعلامیه سازمان ملل متحد، ۱۹۹۸؛ UNODC، ۲۰۰۲؛ UNDCP، ۲۰۰۱؛ UNODCCP، ۲۰۰۱).

۲-۱- کاهش تقاضا در کنوانسیون های بین المللی UN:

طبق ماده ۳۸ کنوانسیون واحد مواد مخدر سال ۱۹۶۱ اصلاح شده در پروتکل سال ۱۹۷۲ و ماده ۲۰ کنوانسیون مواد روان گردان سال ۱۹۷۱، اعضای ملحق شده این کنوانسیون ها به اتخاذ اقدام های عملی به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و یا مواد روان گردان و برای شناسایی زودهنگام، درمان، آموزش، مراقبت پس از ترک،

بازتوانی و جامعه پذیری اشخاص درگیر با اعتیاد ملزم می گردند. ماده ۱۴، پاراگراف ۴، کنوانسیون مبارزه با قاچاق مواد مخدر و روان گردان سازمان ملل مصوب سال ۱۹۸۸ دولت ها ملزم می کند که اقدام های مقتضی را با هدف از میان بردن یا کاهش تقاضای غیرقانونی مواد اعتیادآور و روان گردان با نظر به کاهش آلام انسانی و ریشه کنی انگلیزه های قاچاق، صورت دهند.

با در نظر گرفتن این واقعیت که افزایش نگرانی جهانی در مورد گستره، ماهیت و تاثیرات سوء مصرف مواد فرصتی را برای اقدام های موثر و شدید فراهم نموده است دولت ها بر اعتبار و ارزش اهمیت توافقات بین المللی و اعلامیه های مربوطه در زمینه کاهش تقاضا تاکید می نمایند. اهمیت مباحث و موضوعات کاهش تقاضا در کنفرانس بین المللی سوء مصرف مواد اعتیاد آور و قاچاق آن که در ۱۷ تا ۲۶ ژوئن سال ۱۹۸۷ در وین برگزار گردید مورد تاکید واقع گردید و در آن یک طرح جامع چند رشته ای برای فعالیت های آینده در زمینه کنترل سوء مصرف ارائه شد.

مجمع عمومی سازمان ملل متحد در قالب شورای اقتصادی - اجتماعی و همچنین کمیسیون مواد مخدر آن سازمان تاکنون با ارائه طرح ها و همچنین صدور قطعنامه ها بر موضوع کاهش تقاضا توجه خاص مبذول داشته اند.

برنامه جهانی اقدام در پاراگراف های ۹ تا ۳۷ و با در نظر گرفتن موضوعات مربوط به پیشگیری و کاهش سوء مصرف مواد با نگاهی به ریشه کنی تقاضای غیرقانونی مواد مخدر و روان گردان و درمان، بازتوانی و جامعه پذیری مجدد معتادان به برنامه های کاهش تقاضا توجه نموده است.

علاوه بر این در نشست هفدهم مجمع عمومی در مورد همکاری بین المللی علیه تولید غیرقانونی، عرضه، تقاضا، قاچاق و توزیع مواد مخدر روان گردان تاکید شده و قطعنامه ۱۷/۲ - S در فوریه ۱۹۹۰، منطبق با اعلامیه سیاسی و برنامه جهانی اقدام صادر گردیده است.

در نشست شورای وزیران برای کاهش تقاضای مواد و مبارزه با تهدید کوکائین که در لندن و در روزهای ۹ تا ۱۱ ماه آوریل سال ۱۹۹۰ برگزار گردید، به موضوع کاهش تقاضا توجه بیشتری مبذول شد. علاوه بر این در کنوانسیون مربوط به حفظ حقوق کودکان در ماه ۳۳ بر این نکته تاکید گردیده است که کودکان می باید در برابر سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان مورد حمایت قرار گیرند. در پاراگراف های ۷۷ و ۷۸ برنامه جهانی اقدام برای جوانان سال ۲۰۰۰ پیشنهادهایی برای درگیر کردن سازمان های جوانان برای فعالیت در زمینه کاهش تقاضا مطرح گردیده اند.

سازمان جهانی کار در ماده ۱۱ کنوانسیون مرتبط با رفع تبعیض و احترام به شغل و حرفه، که در سال ۱۹۵۸ به تصویب رسیده است مستقیما در مورد کاهش تقاضا بحث نموده است (UNDCP Report, ۲۰۰۴).

۳-۱- کنوانسیون سال ۱۹۶۱ و ۱۹۷۱:

طبق ماده ۳۸ کنوانسیون سال ۱۹۶۱ و ماده ۲۰ کنوانسیون سال ۱۹۷۱ تصریح شده است:

۱- اعضای کنوانسیون توجه ویژه ای را نسبت به اقدام های عملی به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد و برای شناسایی زودرس و پرداختن به درمان، آموزش، مراقبت بعد از درمان، بازتوانی و پذیرش اجتماعی اشخاص به مبذول می نماید.

۲- اعضاء تا حد ممکن باید نسبت به آموزش افراد برای برنامه های درمانی، مراقبت پس از خروج، بازتوانی و پذیرش اجتماعی معتادان اقدام نمایند.

۳- اعضاء باید اقدام های عملی را به منظور کمک به افرادی که کارشان مرتبط با امور پیشگیری و سوء مصرف مواد مخدر است به انجام رسانند (اعلامیه سازمان ملل متحد، ۱۹۹۸).

۴-۱- کنوانسیون سال ۱۹۸۸:

طبق ماده ۱۴ کنوانسیون سال ۱۹۸۸:

۱- اعضای این کنوانسیون می باید نسبت به ریشه کنی کشت مواد اعتیاد آور اقدام نموده و همچنین به انجام اقدام های لازم برای از میان بردن تقاضای مواد اعتیاد آور و روان گردان پردازند.

۲- اعضای این کنوانسیون اقدام های مناسب را برای از میان بردن و یا کاهش تقاضای غیر قانونی مواد با در نظر گرفتن کاهش آلام انسانی رفع انگیزه های اقتصادی انجام خواهند داد. اعضاء اقدام های پیشگیرانه درمانی و بازتوانی را در سطح دولتی، غیردولتی و خصوصی به انجام می رسانند.

۵-۱- برنامه جهانی (اقدام جهانی) ۱۹۹۰:

برنامه اقدام جهانی که در اعلامیه سازمان ملل متحد اعلام شده است ناظر بر اقدامات زیر است:

۱- پیشگیری و کاهش سوء مصرف با نگاه به از بین بردن تقاضای مواد مخدر و روان گردان

۲- دولت ها اولویت بالایی را به موضوع ریشه کنی تقاضای مواد مخدر و روان گردان می دهند و این هدف در دو سطح ملی و بین المللی تحقق خواهد یافت. اقدام های کاهش تقاضا شامل امور پیشگیری، درمانی، بازتوانی و جامعه پذیری خواهد بود.

۳- با موضوع تقاضای مواد اعتیاد آور و روان گردان باید به صورت ریشه ای برخورد شود و علل افزایش تقاضا شناسایی شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند.

۴- اطلاعات و برنامه های آموزشی برای پیشگیری از سوء مصرف باید مورد استفاده قرار گیرند و اطلاع رسانی در مورد مضرات مواد صورت گیرد. در این زمینه دولت ها باید نسبت به تقویت امور پیشگیرانه از طریق ایجاد سازمان های غیردولتی اقدام نمایند.

۵- نقش سازمان ملل به عنوان مرکز مشورتی جمع آوری و تجزیه اطلاعات و انتشار اطلاعات و تجربیات در زمینه کاهش تقاضای مواد شناخته شده است. سازمان ملل به ارزیابی برنامه های علمی ملی در زمینه مبارزه با سوء مصرف می پردازند. این اقدام ها برای ایجاد ماهنگی میان دولت ها در مورد فعالیت های مرتبط صورت می گیرد.

۶- دولت ها می باید به ایجاد و گسترش سیستم های ملی برای تخمین گستره سوء مصرف و جمع آوری داده ها در مورد روند های سوء مصرف پردازند. برای نیل به این مقصود آنها باید به ایجاد پایگاه داده ها که باید بر اساس سیستم بین المللی باشد اقدام کنند.

۷- بخش مواد مخدر باید نسبت به انتشار روزانه اطلاعات در مورد معضل مواد اقدام نماید.

۸- به منظور ارزیابی پیشرفت برنامه ها در دو سطح ملی و بین المللی در مورد کاهش تقاضای مواد اعتیاد آور و روان گردان بخش مواد مخدر اقدام به ارسال پرسشنامه برای دولت ها سازمان های بین دولتی منطقه ای و سازمان های غیردولتی خواهد نمود. نتایج به دست آمده به صورت گزارش منتشر خواهد شد.

۹- دولت ها و سازمان های میان دولتی منطقه ای در تکمیل پرسشنامه مساعدت لازم را به عمل خواهند آورد.

۱۰- کمیون مواد مخدر سازمان ملل تحت توجهات سازمان ملل باید در توضیح نتایج پرسش نامه موارد لازم را در نظر بگیرد.

۱۱- توصیه های اجلاس ها عالی بین المللی در مورد کاهش تقاضای مواد مخدر باید مورد توجه دولت ها قرار گیرند.

۱۲- سازمان آموزشی علمی و فرهنگی ملل متحد با همکاری سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازما های مرتبط سازمان ملل به تجلیل راهبردهای دولت ها در راستای پیشگیری، موثر خواهند پرداخت.

۱۳- صندوق کودکان ملل متحد به کشور های در حال توسعه برای انجام اقدام های پیشگیرانه مربوط به سوء مصرف مواد توسط کودکان و سوء استفاده از آنان برای تولید و قاچاق مواد کمک مالی می نماید.

۱۴- سازمان بین المللی کار باید دعوت شود تا اقدام های لازم را برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط های کاری انجام دهد.

۱۵- برای پیشگیری از سوء مصرف می باید برنامه های آموزشی درسی در نظر گرفته شوند.

۱۶- برنامه های آموزشی درسی برای پرسنل مراقبت های بهداشتی باید در نظر گرفته شوند تا مواد اعتیاد آور و روان گردان برای آنان توصیف و تبیین گردند.

۱۷- سازمان بهداشت جهانی با همکاری دیگر اجزای مرتبط با مواد مخدر سازمان ملل و سازمان های غیردولتی نسبت به ارائه برنامه های آموزشی در مورد چگونگی تهیه مواد اعتیاد آور و روان گردان و توصیف این مواد برای اشخاص مرتبط با موضوع در مراکز بهداشتی و مراقبتی اقدام خواهد کرد.

۱۸- رسانه های گروهی باید تشویق شوند تا از راهبردهای دولت برای توفیق برنامه های پیشگیرانه و مربوط به کاهش تقاضا حمایت نمایند و به انتشار اطلاعات مورد نیاز اقدام کنند.

۱۹- ایجاد کمیته های ملی یا دیگر ساختارهای مرتبط، با هدف حمایت از جنبش عمومی و مشارکت جوامع برای اجرای برنامه اقدام جهانی باید مورد توجه قرار گیرد.

۲۰- دولت ها در راستای برنامه های کاهش تقاضا می باید ارتباط مناسب را با سازمان های غیردولتی ایجاد نمایند.

۲۱- اجزای سازمان ملل نیز باید با سازمان های غیردولتی برای اجرای برنامه های کاهش تقاضا ارتباط برقرار نمایند و همکاری کنند.

۲۲- سازمان ملل باید نسبت به بررسی فعالیت های سیستم آن سازمان و سازمان های تخصصی مرتبط با امور کاهش تقاضا اقدام نماید تا از این طریق نیازها شناسایی گردند و فعالیت ها منطبق با برنامه اقدام جهانی به پیش رود.

۲۳- راهبردهای ملی بهداشت و امور اجتماعی می باید برنامه های جامعه پذیری بازتوانی و درمان معتادان را در برنامه ها مورد لحاظ قرار دهند. این برنامه ها باید حقوق انسانی را مورد توجه قرار دهند.

۲۴- سازمان ملل باید به تعیین سیاست های موثر و تکنیک ها و مدل های برنامه ای و تامین منابع به منظور درمان معتادان و بازتوانی آنها اقدام نماید.

۲۵- اجزای مرتبط سازمان ملل باید به دولت ها برای اجرای برنامه های درمان و بازتوانی معتادان کمک و یاری دهند.

۲۶- برنامه های آموزشی مرتبط با آخرین دستاوردها در زمینه درمان معتادان و بازتوانی آنها باید در سطوح ملی منطقه ای و بین المللی تدوین گردند.

۲۷- سازمان بهداشت جهانی باید تشویق شود تا با دولت ها برای تقویت برنامه های درمانی کار کند. این کار در زمینه ارتقای و تقویت ظرفیت مراقبت های بهداشتی اولیه نیز خواهد بود.

۲۸- برنامه های کاهش آسیب باید در همکاری سازمان بهداشت جهانی و دولت ها مد نظر قرار گیرند.

۲۹- سازمان بین المللی کار می باید جزوات راهنمایی کننده را برای معتادان سابق به منظور بازگشت به شغلشان فراهم کند.

۳۰- دولت ها باید با سازمان های غیردولتی در زمینه های درمان و بازتوانی معتادان همکاری نموده و تسهیلات لازم را برای آنان در این زمینه فراهم سازند.

۵-۱- کنوانسیون کودکان ۱۹۸۹:

بر اساس این کنوانسیون دولت های عضو باید اقدام های مناسب شامل اقدام های قانونی، اداری، اجتماعی و آموزشی را به منظور حمایت از کودکان از مصرف مواد اعتیاد آور و روان گردان آن گونه که در معاهدات بین المللی آورده شده است به انجام رسانند. همچنین آنها باید در مورد استفاده از کودکان در تولید و قاچاق مواد پیشگیری نمایند.

۶-۱- کنوانسیون جوانان برای سال ۲۰۰۰ و بعد از آن:

با افزایش جهانی سوء مصرف و اعتیاد در میان جوانان و آسیب پذیری جوانان نسبت به این معضل یک نگرانی عمده به وجود آمده است. عواقب سوء مصرف گسترده و قاچاق به ویژه برای مردان و زنان جوان مسلم و آشکار است. تزریق وریدی مواد رشد یافته است و خطرات انتقال بیماری های مسری از این طریق موجب نگرانی است که از آن جمله می توان به ایدز و هپاتیت اشاره کرد.

از این رو برنامه های مداخلاتی و پیشگیری توجه خاصی نسبت به جوانان به عنوان یک گروه هدف می باید مبذول دارد (به نقل از گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۰۴).

۲- برنامه های کلی و رویکردهای اتحادیه اروپا در ارتباط با سوء مصرف مواد:

هدف: کاهش مضرات و آسیب های بهداشتی مرتبط با مصرف مواد مخدر و مرگ و میرهای ناشی از آن.

پیشنهادها و توصیه های شورای اروپا در مورد پیشگیری و کاهش خطرلت مرتبط با اعتیاد به مواد مخدر در سال های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲ ارائه گردیده، ولی به طور رسمی منتشر نگردیده است.

بر اساس ماده ۱۵۲ پیمان شورای اروپا، اقدام اجتماعی با هدف تضمین حمایت و پشتیبانی سطح بالای بهداشت عمومی صورت خواهد گرفت. در مراحل مختلف پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، برنامه اقدام جامعه محور در مورد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و برنامه اقدام در مورد پیشگیری از ایدز و دیگر بیماری های قابل انتقال از طریق پروژة های مبتنی بر کاهش خطرات سوء مصرف مواد مخدر حمایت قرار خواهند گرفت. در این مورد و به طور مثال می توان استفاده از اطلاعات، آموزش و اقدام های تعلیمی در سطح اروپا را برای اجرای برنامه های پیشگیری مد نظر قرار داد. علاوه بر این در چارچوب برنامه اقدام اجتماعی در زمینه بهداشت عمومی (۲۰۰۸-۲۰۰۳) راهبردها و اقدام های مربوط به پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر گنجانده شده است.

۲-۱- برنامه های اروپا برای کاهش تقاضای مواد مخدر

در پاسخ به درخواست شورای اروپا در دویلین در سال ۱۹۹۰، کمیسیون اروپا گزارشی را در مورد اجرای برنامه های مربوط به کاهش تقاضای مواد مخدر ارائه کرد.

بر اساس این گزارش مسئولیت های امور مربوط به سیاست های مواد مخدر در سه سطح ملی، منطقه ای و محلی برای هر عضو تعیین گردیدند. اغلب سیاست های اعضای و رهنمودهای کلی در قالب ملی تعیین شدند و در همان

حال اجرای آنها برای سطوح منطقه ای و محلی نیز در نظر گرفته شد. قصد کمیسیون اروپا این بوده است که به رغم رویکرد عدم تمرکز، موازنه ای را میان فعالیت های محلی و سیاست های کلی به وجود آورد.

برای اجرای برنامه های کاهش تقاضا برخی از اعضای اتحادیه، مانند یونان، بودجه لازم را هم از محل دولتی تامین نموده اند و هم مقداری از بودجه توسط سازمان های غیردولتی تامین گردیده است. باید گفت که در میان اعضای اتحادیه اروپا روش های یکسان در امور مربوط به کاهش تقاضا وجود ندارد. در جمع آوری اطلاعات و داده ها از روش های یکسان استفاده نمی شود. در زمینه ای درمانی برخورد یکسان وجود ندارد و در حالی که برخی از کشورهای اتحادیه اروپا خواهان استفاده از درمان و شیوه ای جایگزین به جای برخورد قهری و مجازات هستند، برخی دیگر از این کشورها قوانین شدیدی را در مورد داشتن یا مصرف مواد مخدر اعمال می نمایند. در مورد برنامه های کاهش آسیب نیز این مسئله دیده می شود و برخی از کشورهای اروپایی در مورد استفاده از متادون برای اجرای برنامه های کاهش آسیب با سایر اعضا اتفاق نظر ندارند.

تنها تعداد کمی از کشورهای عضو اتحادیه اروپا اقدام به استفاده از ابزارهای رسانه ای برای اجرای برنامه های پیشگیری در سطح ملی کرده اند و اغلب آنها استفاده از امکانات رسانه ای را در دستور کار خود ندارند. طبق گزارش کمیسیون اروپا، اغلب برنامه های پیشگیری از مصرف مواد مخدر مدرسه مدار هستند (گزارش کمیسیون اروپا، ۱۹۹۲).

تعدادی از برنامه های کاهش تقاضا نیز کل جامعه را در بر گرفته یا اینکه گروه های هدف را تحت پوشش قرار می دهند. این گروه ها می توانند مربوط به جوانان باشند.

مشترک ترین رویکرد های مربوط به درمان و بازپروری معتادان در اروپا عبارت اند از:

۱- اجتماعات درمان گرا (Therapeutic Communities)

۲- سازمان های مربوط به امور معتادان خیابانی،

۳- مرحله سم زدایی درمان،

۴- برنامه های مراقبت بعد از خروج،

۵- اجرای برنامه های متناوب برای سم زدایی و بستری، برنامه های زندان برای معتادان، خانه های موقت و برنامه های مربوط به نگهداری از طریق متادون.

راهبرد مبارزه با مواد مخدر اتحادیه اروپا (۲۰۰۴-۲۰۰۰) که توسط شورای اروپایی در هلسنکی در دسامبر سال ۱۹۹۹ به تصویب رسیده است، سه هدف عمده را در مورد پیشگیری و برنامه های کاهش تقاضا به شرح ذیل مشخص می نماید:

۱- کاهش قابل توجه شیوع مصرف مواد مخدر طی ۵ سال،

۲- کاهش بارز و موثر ۵ ساله پیامد های مصرف مواد مخدر و مضرات بهداشتی آن (ایدز، هپاتیت B و C، سل و تعداد مرگ و میرهای ناشی از مصرف مواد مخدر)،

۳- افزایش اساسی موفقیت آمیز تعداد معتادان درمان شده،

توصیه مشورتی شورای اروپا به طور عمده مبتنی بر تحقق هدف دوم است و در این راستا موارد ذیل را برای محقق شدن آن توصیه می کند:

۱- تعیین هدف بهداشت عمومی و اجرای برنامه های پیشگیرانه و کاهش خطرات مرتبط با آن،

۲- فراهم سازی خدمات مختلف قابل دسترسی و تسهیلات به منظور کاهش اساسی پیامدهای ناشی از مصرف مواد مخدر و خطرات مربوط به آن (ایدز، هپاتیت، سل و بیماری های نظیر آنها) و تعداد مرگ و میرهای مربوط به مصرف مواد مخدر.

این خدمات به شرح ذیل ایجاد و ساماندهی خواهند شد:

۱- تهیه اطلاعات و ارائه مشاوره به مصرف کنندگان مواد مخدر و به خانواده های آنان و همچنین آگاهی رسانی در سطح عمومی (سطح محلی، تماس و ارتباط با گروه های هدف خاص) در چارچوب سیاست های ملی مواد مخدر، تشویق به مداخله گروه های هم سالان و داوطلبانی که می توانند کارهای فضای باز را به انجام رسانند، توسعه و گسترش شبکه های حرفه ای، فراهم نمودن درمان جایگزین به صورت گسترده (مراقبت کافی روانی- اجتماعی و سم زدایی)، پیشگیری از انحراف به سمت مصرف مواد جایگزین، گسترش و ترویج واکسیناسیون علیه هپاتیت B، فراهم نمودن دسترسی مناسب به توزیع وسایل پیشگیری جنسی، سرنگ ها و سوزن های بهداشتی و اجرای برنامه های معاوضه سرنگ ها در مراکز تعیین شده، ایجاد خدمات ضروری قابل دسترسی مرتبط به موارد مصرف بیش از حد مواد، سازماندهی کردن و ایجاد هماهنگی مناسب میان بخش های بهداشت اولیه و سیستم مراقبت های اجتماعی،

۲- بهبود و توسعه سیستم های ارزیابی،

۳- تشویق به تبادل مهارت ها، تجارب، نتایج اجرای برنامه ها، در داخل اتحادیه اروپایی و همچنین اتحادیه با کشور های مورد نظر.

در اکثر راهبردهای ملی مواد مخدر از پیشگیری به عنوان اولویت کلیدی و یکی از پایه های اصلی نام برده شده است.

با وجود این کلمه پیشگیری می تواند با توجه به شرایط هر کشور و روش آن در زمینه مواد مخدر مفاهیم متفاوتی داشته باشد. در برخی از کشورها هدف اصلی پیشگیری، آگاه سازی جوانان از خطرات و تاثیرات مواد مخدر چه مجاز و چه غیر مجاز است. این روش نه تنها به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر، بلکه به منظور کاهش خطرات و تاثیرات منفی استفاده نامناسب از مواد مخدر طراحی شده است (بلژیک، آلمان، اسپانیا، فرانسه، ایرلند، اتریش).

راهبرد مبارزه با مواد مخدر کشورهای عضو اتحادیه اروپا، این اهداف را در زمینه پیشگیری دنبال می نمایند:

۱- ایجاد طرح پیشگیری در سطوح ملی و منطقه ای (اسپانیا، فرانسه، انگلستان).

۲- ایجاد مراکز پیشگیری ملی (یونان).

۳- آموزش برای معلمان و مدرسان (اسپانیا، آلمان، فرانسه، بلژیک، ایرلند، فنلاند، انگلستان).

۴- افزایش بودجه پیشگیری (فرانسه، انگلستان، پرتغال، سوئد).

۵- پذیرش توافقنامه های ملی و عمومی در برنامه های پیشگیری (اسپانیا، انگلستان).

۶- پذیرش بهترین طرح های اجرایی (آلمان).

در زمینه پیشگیری چهار اصل در نظر گرفته شده است: پیشگیری در مدارس، پیشگیری از مصرف مواد مجاز و غیر مجاز، کیفیت و ارزیابی، زمان بندی (به نقل از گزارش کمیسیون اروپا ۱۹۹۹).

۲-۲- پیشگیری در مدارس

تمامی اعضای اتحادیه اروپا هدف مشترکی را مبنی بر پیشگیری در میان جوانان دارند. مدارس و خانواده ها اولین وسیله اجرای برنامه های پیشگیری اولیه هستند.

راهبرد مواد مخدر پرتغال، ایرلند و اسپانیا پیشگیری در مدارس را جزو اهداف اصلی و نشان گرهای اجرایی عنوان کرده اند.

دول ۲. مثال هایی در مورد فعالیت های پیشگیری در مدارس

اسپانیا	تا سال ۲۰۰۳، ۶۰ درصد از محصلین با آموزش برنامه های بهداشتی آشنا خواهند شد و تا سال ۲۰۰۸ آموزش بهداشتی برای تمامی معلمان اجرا می گردند.
ایرلند	کاهش ۱۵ درصد سوء استفاده از مواد مخدر بین دانش آموزان تا سال ۲۰۰۳ و تا سپتامبر ۲۰۰۳ ایجاد آموزش اجتماعی، بهداشتی مشخص در تمامی مدارس راهنمایی سراسر کشور
پرتغال	تضمین اینکه پیشگیری از مصرف مواد مجاز و غیر مجاز بخشی از پروژه آموزشی محسوب گردیده است و مقایسه شبکه کاری بین ۱۳۰۰ مدرسه در سراسر کشور

روند معمول در راهبردهای ملی مبارزه با مواد مخدر کشورهای عضو اتحادیه اروپا، توسعه برنامه ها و فعالیت های پیشگیری مربوط به مواد مخدر غیرمجاز و مواد مجاز مانند الکل و سیگار است. اکثر کشورهای مورد مطالعه، این روش را در اسناد راهبردی خود تایید کرده اند. پیشگیری از مصرف مواد مخدر به طور روزافزونی با تمام رفتارهای اعتیادی مربوط به مواد مجاز و غیر مجاز مرتبط است.

امور درمانی: درمان اعتیاد یکی از اهداف اصلی تمامی راهبردهای ملی مبارزه با مواد مخدر کشورهای عضو اتحادیه اروپا است. به طور کلی می توان گفت که اهداف کشورها یکسان است. ایجاد قابلیت های حل مساله مواد مخدر

برای معتادان و کمک به منظور داشتن زندگی سالم و بدون جرم و ایجاد امکانات دستیابی به درمان و طی روند جامعه پذیری اجتماعی افرادی که مشکلات مصرف مواد مخدر دارند.

مفهوم کاهش ریسک حاصل از مصرف مواد مخدر تا حد ممکن در برخی از راهبردهای مواد مخدر کشورهای نظیر بلژیک، دانمارک، آلمان، فرانسه و اتریش قابل رویت است. در سایر کشورها مانند سوئد، فنلاند و ایتالیا تمرکز اصلی بر توانبخشی کامل در فضای عاری از مواد مخدر است.

فعالیت ها، اهداف و راهبردهای مبارزه با مواد مخدر در کشورهای اتحادیه اروپا، بیشتر بر ایجاد مدیریت خوب توجه دارد. در این میان می توان به ایجاد آژانس ملی درمان در انگلستان و یا تولید طرح های ساختاری ملی در اسپانیا، یونان، فرانسه و انگلستان اشاره کرد.

آن چه هم اینک در اروپا دارای اهمیت بسیاری است تداوم مراقبت های درمانی در زندان است. بسیاری از راهبردهای ملی بر اساس این موضوع تدوین شده اند که مراقبت افراد نباید با ورود آنها به زندان متوقف شود و این افراد در صورت لزوم باید به درمان دسترسی داشته باشند. در این خصوص می توان به نمونه های ذیل اشاره نمود:

در راهبرد مبارزه با مواد مخدر آلمان آمده است که دولت فدرال با همکاری سازمان های دادگستری و به منظور تشدید سنجش های کاهش صدمات بهداشتی برای گروه های خاصی از زندانیان فعالیت خواهد کرد. در اسپانیا سازمان های ایالتی همگام با اجتماعات خودمختار و شهرهای سیوتا و ملیلا ایجاد درمان برای افرادی که به دلیل مصرف مواد مخدر زندانی شده اند را تضمین می نماید. در سال ۲۰۰۳ مدل های درمانی با هدف رسیدگی به جمعیت زندانی معتاد در ۱۰۰ درصد از مراکز چند منظوره اجرا خواهد شد. فرانسه نیز لزوم مراقبت از معتادان زندانی را به رسمیت شناخته است.

در ایرلند خدمات زندان باید تا آن جا که ممکن است کیفیتی معادل خدمات ارائه شده در سطح شهر به معتادان را دارا باشد. در انگلستان ۳۰ برنامه جدید برای زندانیان به تعداد ۵ هزار نفر پیش بینی شده است (مرکز هدایت کننده اقدام های مربوط به مواد مخدر و اعتیاد اروپا، سال ۲۰۰۲).

فعالیت های درمانی در سیستم قضایی مجرمان امری است که در اکثر راهبردهای ملی مواد مخدر کشورهای عضو اتحادیه اروپا عنوان شده است. در بلژیک، گروه فعالی مشغول بررسی امکان ایجاد توافق و همکاری میان سازمان های قضایی و بهداشتی هستند. مدیران مسئول در این زمینه ارائه خدمات درمانی ویژه به معتادان را تضمین می نمایند.

در اسپانیا، برنامه هایی برای معتادان در کلانتری های و هم چنین در دادگاه ها طرح ریزی شده است. در فرانسه طرح عملیاتی سه ساله، توافقات موجود میان سازمان های بهداشتی و دادگستری را بهبود بخشید تا بتوان به معتادان مجرم خدمات درمانی ارائه کرد. در انگلستان تا پایان سال ۲۰۰۲ گسترش خدمات در سیستم قضایی مجرمان را به منظور درمان معتادان زندانی در نظر گرفته شده است و این خدمات شامل آزمایش های گسترده و مراکز درمانی پیشرفته است. تا ماه مارس ۲۰۰۵ این راهبرد در نظر دارد تا میزان فعالیت های درمانی و آزمایشگاه ها را دو برابر نماید (منبع پیشین).

موضوع دیگری که در اتحادیه اروپا تحت پیگیری است، تسری درمان به موارد مصرف مواد مجازی مانند الکل و سیگار می باشد. به همین دلیل سیاست های مواد مخدر بیشتر از این که به اعتیاد توجه داشته باشند به مواد اعتیاد آور معطوف گردیده اند. در راهبرد دارویی اسپانیا، فرانسه و نروژ توجه خاصی به مشکلات مربوط به الکل مبذول شده است. در طرح عملیاتی آینده آلمان نیز به این مورد توجه گردیده است. در ایتالیا برنامه دولتی سه ساله این کشور

درمان را چه برای داروهای مجاز و چه غیر مجاز لازم دانسته و هم چنین سایر رفتارهای اعتیاد آور را نیز مورد توجه قرار داده است (منبع پیشین).

پذیرش اجتماعی و در واقع طی روند طبیعی جامعه پذیری معتادان از اصول دیگر راهبردهای ملی مبارزه با مواد مخدر در کشورهای اتحادیه اروپا است. در راهبردهای بلژیک، اسپانیا، هلند، پرتغال، ایرلند و انگلستان طرح های خاص و برنامه های اشتغال زایی طرح ریزی شده است.

در ایرلند تا آخر سال ۲۰۰۴ استخدام معتادان پس از درمان تا ۳۰ درصد افزایش خواهد یافت و در ایتالیا همان گونه که در برنامه سه ساله دولت عنوان شده دوره های آموزشی برای معتادان ترک کرده ایجاد خواهد شد.

پذیرش اجتماعی معتادانی که زندانی بوده اند از جمله امور مورد توجه است و همان طور که در راهبرد ملی اسپانیا عنوان شده است، آموزش های شغلی این افراد تا ۳۰ درصد تا سال ۲۰۰۳ افزایش پیدا می نماید.

در آلمان رویکرد جدید این کشور و طرح های ارائه شده فرصت های بیشتری را برای پذیرش اجتماعی و درمان معتادان فراهم می آورد. در فرانسه معتادان زندانی شده که آزاد می شوند از برنامه های ارتقای ظرفیت های اجتماعی بهره مند خواهند گردید. در پرتغال نیز اجرای برنامه زندگی - شغل باعث پذیرش اجتماعی زندانیان معتاد شده و دسترسی به شغل را تا ۵۰ درصد افزایش می دهد.

در برنامه های کاهش آسیب نیز اتحادیه اروپا را از سال های پیش شروع کرده و آن ها را ادامه می دهد. کاهش مصرف مجدد سوزن های استفاده شده و افزایش دسترسی به سرنگ های تمیز گام مثبتی در کاهش صدمه مستقیم از حاصل مواد مخدر و جلوگیری از پخش بیماری های عفونی میان معتادان ارزیابی می شود. در اسپانیا دسترسی به

سرنگ های تمیز تا سال ۲۰۰۳ تا ۵۰ درصد افزایش یافته و استفاده از سرنگ های آلوده تا ۲۵ درصد کاهش پیدا کرده اند (منبع پیشین).

۳- آ سه آن ۵ (ASEAN)

بنا به تأکید کشورهای جنوب شرقی آسیا که عضو اتحادیه آ سه آن هستند همه کشورهای عضو می باید اقدام جمعی جهت پیشگویی از سوء مصرف مواد مخدر از سوی کشورهای خود داشته باشند. این موضوع نخستین بار در سال ۱۹۷۲ میلادی و در راستای حل معضل سوء مصرف مواد مطرح و در نشست اعضاء به تصویب رسید. در یک اقدام گسترده تر رؤسای عضو «آ سه آن» در یک گرد هم آیی «اعلامیه بالی» را به امضاء رسانیدند تا مبنایی برای اقدام های پیشگیرانه علیه سوء مصرف مواد مخدر باشد. در انطباق با اعلامیه بالی، وزرای امور خارجه عضو «آ سه آن» در سال ۱۹۷۶ همکاری منطقه ای را برای مقابله با سوء مصرف مواد مخدر و انجام اقدام های پیشگیرانه فراهم می آورد.

در راهبردهای پیشگیرانه کشورهای عضو «آ سه آن» بر نقش سازمان های غیر دولتی تأکید زیادی شده است (دهمین گردهمایی سازمان های غیر دولتی پیشگیری از سوء مصرف مواد اعتیادآور سال ۲۰۰۰).

به منظور اجرایی کردن مفاد توافقات صورت گرفته در میان کشورهای عضو «آ سه آن»، کمیته ها و اجلاس های در سطح وزراء و کارشناسان پیش بینی شد که از آن جمله می توان به اجلاس مقامات ارشد کشورهای عضو در مورد سوء مصرف اشاره کرد.

° . Association of southeast Asian Nations (ASEAN)

در حال حاضر اعضای این اجلاس ضمن پیگیری مفاد توافقات قبلی به عمل آمده در سال های ۱۹۷۲ و ۱۹۷۶، اقدام هایی را در راستای مبارزه با سوء مصرف مواد به انجام رسانده و می رسانند. از جمله این اقدام های اجرای طرح های برنامه اقدام در مورد مقابله با سوء مصرف مواد است که در هفدهمین اجلاس این گروه در اکتبر سال ۱۹۹۴ به تصویب رسیده است. این برنامه اقدام دارای مدت زمان اجرایی سه ساله است. بودجه برنامه توسط دفتر عمران ملل متحد UNDP^۶ حمایت می شود. برنامه اقدام حوزه های ذیل را شامل می گردد:

۱. آموزش پیشگیرانه،

۲. درمان و بازتوانی،

۳. اجرای قانون،

۴. تحقیقات،

در حوزه آموزش پیشگیرانه و اطلاعات، کارگاه های آموزشی مختلف در مورد آموزش مواد اعتیادآور برای معلمان و طراحان برنامه های آموزشی بر پا می گردد. آن چه در این میان اهمیت دارد انجام تحقیقات مقایسه ای برای آن چه که در مورد ارائه آموزش های پیشگیرانه روی داده است، می باشد.

فعالیت های مبتنی بر همکاری میان نیروهای اجرای قانون، شامل تبادل افسران و کارکنان بخش اجرایی قانون برای شرکت در برنامه های آموزشی و ارائه آموزش از سوی این افراد با کمک و یاری سازمان های بین المللی، صورت می گیرد. مرکز آموزش امور پیشگیرانه سوء مصرف مواد اعتیاد آور در میان کشورهای عضو «آسه آن» در مانیل قرار دارد. مرکز امور درمانی و بازتوانی کشورهای اتحادیه نیز در کوالالامپور واقع شده است.

^۶ . United Nation Development Program

از جمله پروژه های در دست اجرا در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد اعتیاد آور می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

۱. آموزش مربیان و ارتقای سطح مهارت ها و مشاوره به گروه همسالان،

۲. بهبود و گسترش فعالیت های پیشگیرانه مربوط به سوء مصرف مواد در میان جوانان خارج از مدرسه،

۳. بهبود و ترویج برپایی کارگاه های آموزشی مربوط به فعالیت های مربوط به کنترل مواد،

۴. آموزش مدیریت مؤثر در مورد برنامه های آموزشی پیشگیرانه،

۵. ارتقای برنامه ها و فعالیت های پیشگیری از سوء مصرف مواد اجتماع مدار،

۶. برگزاری سمینارهایی برای درمان اعتیاد و ارائه مشاوره های مربوط به بازتوانی.

فعالیت های کمیته فرهنگ و اطلاعات آ سه آن: این کمیته به طور ویژه با سوء مصرف مواد در کشورهای

عضو آ سه آن مقابله می کند. در این زمینه پروژه های آموزشی تهیه شده است. عملیات آگاه سازی در مدارس، در حال انجام می باشد.

کشورهای عضو «آ سه آن» شعار جامعه عاری از اعتیاد را ملاک کار خود قرار داده اند.

از تجارب و مهارت های روزنامه نویسان و فعالان امور رسانه ای در راستای عملیات آگاه سازی استفاده می شود

(دهمین گردهمایی سازمان های غیر دولتی پیشگیری از سوء مصرف مواد اعتیاد آور سال ۲۰۰۰).

۴. طرح کلمبو^۷

برنامه مشورتی مواد مخدر طرح کلمبو^۸ DAP در سال ۱۹۷۳ فعالیت خود را شروع کرد. این طرح برنامه های مشخصی را برای پیشگیری از اعتیاد و درمان معتادان در منطقه پاسیفیک ارائه نمود. با توجه به گسترش معضل مواد مخدر در این منطقه، حوزه فعالیت این طرح در خصوص مواد مخدر از گستره بیشتری برخوردار شد. نگرانی عمیق در مورد افزایش مصرف مواد اعتیادآور در میان جوانان وجود دارد. در راستای اهداف طرح کلمبو، کشورهای عضو این طرح برای ترویج و گسترش مهارت های اجتماعی فراخوانده شدند.

با توجه به این واقعیت که رهیافت های شناختی به عنوان رکن راهبردهای پیشگیرانه با شکست مواجه شدند، طرح کلمبو با برنامه مشورتی مواد مخدر، رهیافت آموزش مهارت های زندگی را برای اجرای برنامه های پیشگیرانه برگزیده است. در حال حاضر برنامه های مبتنی بر آموزش مهارت های زندگی نقش مهمی در کاهش تقاضای مواد مخدر ایفا می نمایند. از سال ۲۰۰۲، آموزش مهارت های زندگی^۹ در برنامه درسی کشورهای منطقه پاسیفیک قرار گرفت.

پایه و اساس مهارت زندگی آموزش مبانی چگونگی مراقبت از خود در عرصه اجتماعی به جوانان است. از طریق آموزش مهارت های زندگی، جوان فرا می گیرد که چگونه با فشار گروه همسالان، جامعه و خانواده مقابله نموده و بر آن ها فائق آید. از جمله مسائل مهمی که لازم است جوانان در مورد برخورد با آن، روش های مهارتی را فرا

^۷ . Colombo Plan

^۸ . Drug Association Program

^۹ . Life Skill Training

گیرند، مواد مخدر است. کشورهای حوزه پاسیفیک از طرح آموزش مهارت های زندگی استقبال زیادی کرده اند، به طوری که در گزارش تهیه شده که به دومین کنگره جوانان ارائه شد، کشورها خواهان توسعه این برنامه ها و اجرای گسترده تر آن شده بودند. در آموزش مهارت های زندگی موضوعات مهمی هم چون مدیریت استرس، مدیریت خشم و مهارت در چگونگی حل مشکل آموزش داده می شود.

در برنامه آموزشی مهارت زندگی، ارائه آموزش به مربیان مدارس برای انتقال مهارت های زندگی بر اساس برنامه مشاوره ای مواد مخدر طرح کلمبو:

۱. خود تخمینی

۲. ارتباط

۳. تصمیم گیری

۴. اثبات

۵. پیاده سازی مهارت های فراگرفته شده

پایه اساسی در مباحث پیشگیری از مصرف مواد مخدر، کاهش عوامل خطرزا و افزایش عوامل پشتیبانی کننده است. در پیشگیری باید طوری عمل شود که فرد به عرصه خطرناک مواد مخدر وارد نشود و از خطرات آن مصون نگاه داشته شود.

در برنامه های پیشگیری باید به سن، جنس و نژاد توجه شود. در این برنامه ها باید با تأکید بر آگاهی و دانش دانشگاهی بر مهارت هایی نظیر: خود کنترلی، مدیریت خشم، ارتباطات، روابط در گروه های هم سال، خودکفایی و

استقلال، اثبات گرایی، مهارت های مربوط به مقاومت در برابر مواد، تقویت گرایش های ضد مواد مخدر، تقویت تعهدات شخصی علیه سوء مصرف مواد و قدرت حل مشکلات توجه شود.

در برنامه های پیشگیری باید ضمن تقویت عوامل پشتیبانی کننده به این نکته نیز توجه شود که مداخلات این عوامل در سال های شکل گیری شخصیت دارای تأثیر بسیار بیشتری نسبت به مداخلات پس از شکل گیری شخصیت است

طرح جامع و یکپارچه پیشگیری:

این برنامه مبتنی بر رویکرد جامع و یکپارچه به موضوع پیشگیری است که توسط برنامه مشورتی طرح کلمبو در سال ۲۰۰۴ ارائه شده است. مداخلات در این طرح مبتنی بر برنامه های آموزشی است. در این برنامه نه تنها دانش آموزان مورد هدف برنامه های پیشگیرانه هستند، بلکه والدین، معلمان، جمعیت جوان، مکان های کاری، سازمان های مذهبی و پلیس نیز شامل این برنامه می گردند. در این طرح تأکید بر شناسایی عوامل خطر ساز ۱۰ و عوامل پشتیبان (محافظت کننده) ۱۱ در خانواده و در خارج از خانواده است. این عوامل در جدول داده شده اند:

^{۱۰} . Risk Factors

^{۱۱} . Protective Factors

عوامل خطر آفرین و محافظت کننده در خانواده و خارج از خانواده

عوامل پشتیبان	عوامل خطر ساز	
<ul style="list-style-type: none"> - تقویت ارتباط با والدین - تعامل والدین در زندگی فرزندان - پشتیبانی والدین از فرزند در مورد مسائل مالی، انگیزشی، شناختی و نیازهای اجتماعی - برطرف نمودن محدودیت ها و سازگاری با نظم 	<ul style="list-style-type: none"> - ضعف در ارتباط دو جانبه میان والدین و فرزندان - سرپرستی غیر مؤثر والدین - ایجاد محیط متشنج در خانه - فقدان ارتباط مؤثر - استفاده از مواد مخدر توسط والدین و یا سرپرستان، رنج بردن از بیماری و رفتارهای تحریک کننده برای انجام اقدام های مجرمانه 	در خانواده
<ul style="list-style-type: none"> - نظارت و تعیین ساعات حضور در خارج از خانه - شناخت کافی از دوستان فرزند و اجرای مقررات خانگی - موفقیت دانشگاهی و مداخله در فعالیت های دانشگاهی و مداخله در فعالیت های فوق برنامه آموزشی - ارتباط قوی با مؤسسات مثبت آموزشی نظیر مدرسه، کلوپ ها و مؤسسات مذهبی 	<ul style="list-style-type: none"> - رفتارهای نامناسب در محیط کلاسی نظیر خشونت - شکست دانشگاهی - ضعف در مهارت های اجتماعی - همراهی با گره همسالان و وجود رفتارهای مشکل آفرین نظیر مصرف مواد - عدم درک وسیع و گسترده و پذیرش رفتارهای مربوط به سوء مصرف مواد در مدرسه، گروه های هم سال و محیط های اجتماعی 	خارج از خانواده

در طرح جامع و یکپارچه پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تقویت عوامل محافظت کننده (پشتیبان) تاکید و بر

تضعیف و کاهش عوامل خطر آفرین تکیه شده است. بر این اساس:

۱- خطر تبدیل شدن به یک مصرف کننده مواد اعتیادآور مربوط می شود به ارتباط میان تعداد و نوع عوامل
خطر ساز،

۲- تأثیر بالقوه خطر عوامل خطر ساز و پشتیبان با عامل سن تغییر می کند. برای مثال: عوامل خطر ساز در خانواده
دارای تأثیر بیشتری بر روی فرزند کم سن و سال تر می باشند، در حالی که ممکن است خطر اعتیاد فرزند بزرگ تر
در گروه همسالان بیشتر باشد.

۳- مداخله زودهنگام دارای تأثیر بیشتری نسبت به مداخله ای است که بعد از بروز مشکل صورت می گیرد.
۴- در حالی که عوامل خطر ساز و پشتیبان می توانند بر مردم در تمامی گروه ها تأثیر بگذارند، اما این عوامل در عین
حال می توانند دارای تأثیر متفاوتی بر روی اشخاص با در نظر گرفتن شرایط سنی، جنسی، نژادی، فرهنگی و
محیطی باشند.

در این طرح همچنین تأکید شده است که:

اولاً: برنامه های پیشگیرانه باید تمامی شکل های سوء مصرف را در بر گیرند.

ثانیاً: برنامه های پیشگیرانه باید متضمن توجه به نوع مشکل سوء مصرف مواد در جامعه محلی باشند.

ثالثاً: برنامه های پیشگیرانه باید سن، جنس و نژاد را برای بهبود تأثیرات مورد انتظار لحاظ نمایند (برنامه مشورتی

طرح کلمبو سال ۲۰۰۴).

فصل سوم

روش شناسی

طرح پژوهش

روش شناسی (Methodology):

۱- نوع روش تحقیق:

روش تحقیق در این پژوهش از نوع اسنادی است. روش اسنادی یعنی تحلیل آن دسته از اسنادی که شامل اطلاعات درباره پدیده‌هایی است که قصد مطالعه آنها را داریم. روش اسنادی مستلزم جست و جویی توصیفی و تفسیری است. روش اسنادی روشی کیفی است که پژوهشگر تلاش می کند تا با استفاده نظام مند از داده های اسنادی به کشف، استخراج، طبقه بندی و ارزیابی مطالب مرتبط با موضوع پژوهش خود اقدام نماید.

روش اسنادی در مقام یک روش مستقل، می تواند از تکنیکهای پژوهشی متعددی از جمله فراتحلیل های کیفی، تحلیل محتوا، تحلیل مجدد آمارها، تحلیل ثانویه، کدگذاری و طبقه بندی بهره بگیرد. که به فراخور تحقیق از روشهای مذکور استفاده خواهد شد.

در بررسی و واکاوی تجارب جهانی کشورهای منتخب در باب پیشگیری از سوء مصرف مواد به عنوان موضوع مورد تحقیق و نیز با در نظر گرفتن اهداف، حوزه مطالعاتی و فرضیه ها و سوالات پژوهش از روش اسنادی، منابع موجود در کتابخانه ها، آرشیوهای اطلاعاتی، آمارهای رسمی داخلی، آمارهای مربوط به سازمان های بین المللی نظیر WHO, ONDCP, گزارش موسسه بورنت (Burnet), UNICEF, ONCB, UNAIDS, ASEAN, UNDP, UNODCCP, گزارش های بانک جهانی، EMCDDA, MCDDA, NIDA و نیز اطلاعات موجود

(Existing Data) و اطلاعات ثانویه (Secondary Data) و سایر منابع و ماخذ نظیر سایت های اینترنتی استفاده شده است.

با توجه به ماهیت موضوع تحقیق روش اصلی تحقیق حاضر روش اسنادی مبتنی بر تحلیل متن و تحلیل محتوی منابع مکتوب (TEXTS – Writen) است.

روش اسنادی (Documentary Method) به عنوان یکی از روش های توصیفی محسوب می شود که در آن محقق با رجوع به اسناد و مدارک (Documents) معتبر و قابل اتکا در زمینه موضوع تحت بررسی داده ها و اطلاعات لازم را جمع آوری و تحلیل و بررسی خود را بر اساس آن داده ها و مبتنی بر اهداف، سوالات و فرضیات تحقیق صورت می دهد. روش اسنادی در عین حال از نوع روش های غیر مزاحم و غیر واکنشی است که در آن واکنش های آزمودنی ها برانگیخته نمی شود. معهدا کفایت، اعتبار، رسمیت و صحت منابع، اسناد و مدارک و اطلاعات مندرج در آنها نقش عمده ای را در صحت، دقت و جامعیت تحقیق ایفا می کند.

علاوه بر روش یادشده در این تحقیق از روش کیفی مصاحبه با چندتن از صاحب نظران که ازنحوه پیشگیری در کشورهای دیگر از نزدیک آشنا بوده و در این زمینه تجربه داشتند، استفاده شد و حاصل آن در این تحقیق منعکس گردید.

۳ - جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق:

منظور از جامعه آماری همان جامعه اصلی است که از آن نمونه ای نمایا و معرف به دست آمده باشد. جامعه آماری را در مواردی جمعیت و در مواردی حیطه می خوانند. در این تحقیق با توجه به ماهیت موضوع، کلیه اسناد و مدارک و منابع و ماخذ و مانند آن در ارتباط با پیشگیری از سوء مصرف مواد بر اساس تجارب کشورهای مختلف چه به صورت گزارش های آماری، گزارش های تحقیق، کتاب، مجله، نشریات ادواری، گزارش های دستگاه های اجرایی، پایان نامه ها، مقالات منتشره در مجلات علمی - پژوهشی، گزارش های سایت های اینترنتی، گزارش های سازمان بهداشت جهانی، گزارش های اتحادیه اروپا، گزارش های مربوط به سازمان های منتسب به سازمان ملل متحد، گزارش های بانک جهانی، آس آن و.... جامعه آماری این تحقیق را تشکیل می دهند.

۳ - نمونه و روش نمونه گیری

روش تعیین جامعه آماری (نمونه گیری):

به منظور استفاده از اسناد، مدرک و مستندات موجود در کتابخانه ها، آرشیوهای اطلاعاتی، سایت های اینترنتی، کتب، مقالات معتبر، گزارش های رسمی سازمان های بین المللی و کشورهای پیشرو در امر پیشگیری از اعتیاد،

مدارک و مستندات موجود شناسایی و جمع آوری گردید. سپس بر اساس موضوع و سال دسته بندی شده و مورد

ارزشیابی قرار گرفت. در مرحله ارزشیابی با تاکید بر اعتبار اسناد و مدارک جمع آوری شده موارد و نکات ذیل در

نظر گرفته شدند:

۱- حذف:

- اسناد تکراری و ناخوانا

- اسناد ناکامل و غیر مکفی

- مکاتبات اداری و پرسنلی

- تصویر و رونوشت اسناد در صورت دسترسی به اصل سند و منبع

۲- پذیرش:

- گزارشات رسمی از دفتر و سایت مراکز و ادارات و سازمان های معتبر داخله و خارجه در ارتباط با پیشگیری از سوء

مصرف مواد

- پروتکل ها، دستورالعمل ها، بخشنامه ها، اعلامیه ها، آئین نامه ها، اسناد و برنامه های تنظیم شده در دست اجرا یا

اجرا شده در خصوص پیشگیری از سوء مصرف مواد

- مقالات علمی مندرج در مجلات علمی - پژوهشی

- گزارش های تحقیقی

- آمارهای منتشره از سوی نهادها، سازمان ها و مراکز رسمی بین المللی

- گزارش های سایت های اینترنتی معتبر

با در نظر گرفتن ملاحظات مذکور، در مجموع بالغ بر ۲۷ منبع داخلی و بیش از ۳۵۰ منبع خارجی به عنوان منابع منتخب جهت تحلیل متن و محتوی و منبع اصلی گردآوری اطلاعات لحاظ گردیدند.

۴- روایی و پایایی ابزار سنجش:

روایی (اعتبار) Validity به مفهوم دقت و صحت ابزار سنجش (Measurement) است. به عبارت دیگر روایی دلالت بر آن دارد که مقیاس یا واحد مورد استفاده جهت سنجش پدیده یا موضوع مورد نظر دقیقاً آن چیزی را بسنجد که باید سنجید. در این خصوص تاکید بر اعتبار منابع و ماخذ مورد استفاده بود. خصوصاً تکیه بر آمارهای رسمی، گزارش های مراکز و سازمان های معتبر جهانی نظیر WHO, UNDCP, BURNET, UNIDCP, World Bank, UNDP, UNAIDS, ASEAN, NIDA, EMCDDA و مانند آن اعتبار داده ها، آمارها و اطلاعات

مربوط به موضوع تحقیق (پیشگیری، برنامه های پیشگیری، پیشگیری اولیه از سوء مصرف و HIV – AIDS و...) را افزایش می دهد.

پایائی Reliability نیز به مفهوم تکرار پذیری تحقیق و حصول به نتایج یکسان و مشابه است. در این خصوص نیز چنانچه محققین آتی بر اساس موضوع مورد تحقیق با همان ابزار بخواهند کار تحقیقی صورت دهند به نتایج مشابهی دست خواهند یافت.

۵- ابزار اندازه گیری

ابزارهای جمع آوری داده ها (Data Collection Techniqu):

در روش مطالعه اسنادی، محقق با مراجعه به اسناد و مدارک مورد نظر پس از شناسایی آنها، مطالعه و بررسی اسناد و منابع گردآوری شده و نیز با استفاده از تکنیک مشاهده و فیش برداری به منظور تحلیل متن و محتوی نسبت به جمع آوری داده ها، آمارها و مستندات مندرج در منابع و ماخذ مذکور در شکل متون، گزارش ها، آمارهای رسمی، مقالات، کتاب و....

داخلی و خارجی (بین المللی) در زمینه موضوع مورد تحقیق (پیشگیری از سوء مصرف مواد، برنامه های مداخلاتی در زمینه اعتیاد، استراتژی ها و راهبردهای مربوط به پیشگیری از سوء مصرف مواد و... در کشورهای مختلف) اقدام نموده است.

۶- تحلیل داده ها:

با عنایت به ماهیت روش و موضوع تحقیق و کیفی بودن داده ها و اطلاعات از روش ها، آزمون ها و تکنیک های آماری در تحقیق حاضر استفاده نشده است و منحصراً تحلیل متن و تحلیل محتوی از منابع و اسناد جمع آوری شده صورت پذیرفته است.

۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها

پردازش داده ها:

پردازش داده ها در دو مرحله صورت گرفته است. در مرحله اول و پس از شناسایی اسناد، مدارک و منابع مرتبط با موضوع به منظور تحدید جامعه آماری و انتخاب منابع منتخب (نمونه) پردازش گردیدند. در مرحله دوم پردازش حین مرحله تحلیل متن و محتوی صورت گرفت که در آن داده های مورد نیاز و اطلاعات ضروری از طریق کدگذاری و مقوله بندی تعیین و پردازش گردیده و برای تحلیل آماده شدند.

فصل چهارم

استخراج و تحلیل داده های تجربی

استخراج و تحلیل داده های تجربی برنامه های پیشگیری از سوء

مصرف مواد در چند کشور منتخب و در حال توسعه

الف - تجربه کشورهای در حال توسعه:

۱- هندوستان:

کشور هندوستان با جمعیتی بالغ بر یک میلیارد نفر و با مساحت ۳/۲۸ میلیون مترمربع در جنوب آسیا واقع شده است. این کشور به لحاظ تاریخی از کشورهای دارای سنت و تجربه تولید و مصرف مواد مخدر و نارکوتیک خصوصاً تریاک است. براساس اسناد و مدارک موجود، حدود قرن نهم میلادی معامله گران عرب تریاک را برای نخستین بار به هند آوردند و اولین مصارف آنها برای مقاصد دارویی و درمانی بود (Machado, ۱۹۹۴) به نقل از مؤسسه بورت، ۲۰۰۴: ۷۶). به تدریج مصرف تریاک در شبه قاره هند فراگیر و گسترده شد، به طوری که در قرن دهم میلادی عمومیت یافت و مصرف همگانی و اجتماعی (Social use) به خود گرفت. از قرن چهاردهم میلادی کشف خشخاش در سواحل غربی هند خصوصاً در مناطق کامبای (Cambay) و مالوا (Malawi) متداول شد. با روی کار آمدن اولین سلسله مغول تبار در هندوستان، خصوصاً عصر بابر (Babur)، (۱۵۳۰-۱۵۲۴م) کشف خشخاش و فروش تریاک در انحصار حکومت قرار گرفت و در مدت اندکی به عنوان مهمترین محصول تجاری هند درآمد و به کشورهای همسایه خصوصاً چین و کشورهای آسیای جنوب شرقی صادر گردید (Machado, ۱۹۹۶ به نقل از مؤسسه بورت، ۲۰۰۴: ۷۶).

پس از سلطه بریتانیا بر هند، کمپانی هند شرقی انگلستان (BEIC) در سال ۱۷۵۷ میلادی انحصار تولید و صادرات تریاکی را برعهده گرفت. انگلستان سیاست ترویج و اشاعه مصرف تریاک را با مقاصد اقتصادی در هند دنبال کرد. تولید و فروش تریاک درآمد زیادی را برای کمپانی هند شرقی به همراه داشت، بطوری که در ایالت بنگال (Bangla) هند حدود ۵۰۰ مایل زمینی با بیش از یک میلیون کشاورز بر کشف خشخاش تخصیص یافته بود و ۵۰۰ هزار هکتار (Acres) از بهترین زمین های کمپانی در بنگال خشخاش کشت می شد (همان منبع).

صادرات تریاک هند به چین که در سال ۱۷۲۰ میلادی حدود ۱۵ تن بود، در سال ۱۷۷۳ به ۷۵ تن و در اوایل قرن نوزدهم به ۲۵۰ تن رسید. این میزان در سال ۱۸۴۰ میلادی به ۲۵۵۵ تن بالغ گردید.

هادسون (۱۹۹۹) میزان درآمد انگلستان را طی ۴۰ سال از فروش تریاک در چین بالغ بر ۳۷۵ میلیون پوند برآورد کرده است (Hodgson, ۱۹۹۹ به نقل از مؤسسه برنت ۲۰۰۱: ۷۶).

با افزایش مصرف تریاک خصوصاً مصرف غیردارویی تعداد معتادان به تریاک در هند افزایش یافت، بطوری که تعداد مصرف کنندگان ثبت شده (Register) تریاک در سال ۱۹۴۹ میلادی از ۴۳۲۶۰۹ نفر به ۸۰/۰۰۰ نفر در سال ۱۹۷۵ رسید (همان منبع، ص ۷۶).

با افزایش تعداد مصرف کنندگان تریاک در هند، تدریجاً از دهه ۶۰ میلادی انواع دیگری از مواد مخدر و روان گردان نظیر حشیش (Cannabis)، ماری جوانا (Marijuana)، هروئین، مرفین، اکستسی (Ecstasy) و کوکائین (Cocaine) شیوع یافته است. معهذاً هند همچنان تا اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی عمده ترین تولیدکننده کشور در جهان محسوب می شده است. (Machado, ۱۹۹۹). براساس آمارهای رسمی الگوی مصرف مواد در هند از سال

^{۱۲} . British East India Company

۲۰۰۰ میلادی تغییر یافته، بطوریکه در مناطق شهری عمدتاً هروئین بالاترین میزان مصرف را به خود اختصاص داده است.

در مناطق روستایی هند همچنان مصرف تریاک غلبه دارد (همان: ص ۷۶).

براساس گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۴ و گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۴ و گزارش سازمان بهداشت جهانی WHO در سال ۲۰۱۰ به طور تقریب ۳ درصد از کل جمعیت هند به انواع مواد مخدر اعتیاد دارند، این تعداد معتاد دارای رده های مختلف فرهنگی، اجتماعی، مذهبی، اقتصادی و زبانی هستند. عمده مصرف کنندگان به کانابیس، تریاک و الکل وابستگی بیشتری دارند. هندوستان بزرگ ترین تأمین کننده تریاک قانونی موردنیاز برای مصارف پزشکی در سطح جهان است. هندوستان از طرف دیگر همجوار با بزرگ ترین تولیدکنندگان مواد افیونی در جهان قرار دارد. در این میان هند با توجه به همجواری با منطقه هلال طلایی و مثلث طلایی در معرض مصرف، ترانزیت و قاچاق مواد مخدر قرار دارد. عواملی که باعث تشدید اعتیاد در هندوستان گردیده علاوه بر عامل جغرافیایی، عوامل اجتماعی و اقتصادی هستند. در این زمینه با توجه به روند رو به گسترش صنعتی شدن، شهرنشینی و مهاجرت های داخلی و تغییرات سریع اجتماعی، هند شاهد افزایش مصرف مواد مصنوعی و تزریق مواد بوده است. این موضوع بیشتر در ایالت های شمال شرقی دیده می شود.

چارچوب قانونی اقدام های: ماده ۴۷ قانون اساسی هند دولت را موظف می کند به عنوان اولویت های وظیفه ای خود، نسبت به بهبود تغذیه و ایجاد سطح استاندارد زندگی مردم و بهبود بهداشت عمومی به ویژه در زمینه ممنوعیت مصرف مواد به جز در مقاصد پزشکی اقدام نماید.

بخش ۷۱ قانون مبارزه با مواد مخدر و روان گردان مصوب سال ۱۹۸۵ به موارد ذیل اشاره کرده است:

- قدرت دولت برای تأسیس و ایجاد مراکز شناسایی، درمان مربوط به معتادان و به منظور اعمال ممنوعیت برای جلوگیری از عرضه مواد مخدر و روان گردان،
- دولت برای امور مربوط به پیشگیری و کاهش تقاضای مواد مخدر حتی الامکان باید نسبت به ایجاد مراکز شناسایی، درمانی، آموزشی، مراقبت پس از خروج، بازتوانی و زمینه سازی پذیرش مجدد معتادان درمان شده در جامعه اقدام نماید.
- دولت در راستای این قانون باید در حد امکان نسبت به نگهداری، مدیریت و آموزش پرسنل شاغل در مراکز ایجاد شده اقدام نماید.

راهبرد کاهش تقاضا- رویکردی رفاهی:

دو رویکرد عمده دولت هند در مبارزه با مواد مخدر مقابله با عرضه و کاهش تقاضای مواد هستند. موضوعات مربوط به کاهش تقاضا در حوزه اجتماعی و بخش های مربوط به آن در قالب راهبرد مطرح و برنامه ریزی مرتبط با آن در این حوزه پی ریزی می شود.

طی سالیان متمادی این تجربه به دست آمده است که موضوع مصرف مواد مخدر نه فقط به خاطر در دسترس بودن آن، بلکه به دلیل شرایط اجتماعی است که براساس آنها مصرف مواد در سطح جامعه تشدید گردیده است. در این میان آسیب پذیری جامعه مدرن از جهت مصرف مواد بیشتر است. در این میان با توجه به وضعیت و شرایط موجود

احساس ضرورت برای تدوین و اجرای راهبردهای مربوط به کاهش تقاضا و پیشگیری از مصرف مواد بیش از گذشته احساس گردیده است.

تحقیقات نشان دهنده این مطلب هستند که میان مصرف مواد و شرایط اقتصادی- اجتماعی و نیز تحرکات اجتماعی رابطه ای نزدیک وجود دارد. بنابراین رویکرد کلی آن است که باید سوء مصرف مواد به عنوان مشکل و معضلی اجتماعی، اقتصادی و پزشکی تلقی شود. در این زمینه و با توجه به لحاظ نمودن این واقعیت بهترین رویکرد برای حل مسئله مداخلات جامعه مدار است. دولت هند با توجه به این عوامل و عناصر، اصول ذیل را در برنامه های کاهش تقاضا مورد لحاظ قرار داده است.

۱. ایجاد زمینه لازم برای ارتقای آگاهی عمومی و ارائه آموزش لازم در مورد آثار مخرب ناشی از سوء مصرف مواد،

۲. مداخله در موضوعات مربوط به معتادان از طریق برنامه مشاوره ای انگیزه مند، درمان، پیگیری و ایجاد بستر مناسب اجتماعی به منظور پذیرش معتادان ترک کرده،

۳. بهره مند ساختن داوطلبان از آموزش های مربوط به پیشگیری و باز توانی به منظور تقویت کادر تخصصی آموزش دیده برای فعالیت در بخش های خدمات اجتماعی،

درمان و باز توانی معتادان- همکاری دولت و سازمان های غیردولتی:

وزارت عدالت اجتماعی به عنوان مرجع اصلی و ملی برنامه های کاهش تقاضا در کشور، از سال ۱۹۸۵ تاکنون اقدام به اجرای طرح های مربوط به پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر پرداخته است. در اجرای این برنامه ارتباط میان

دولت و جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است. برای ایجاد این ارتباط سازمان های غیردولتی فعال و داوطلب خدمات واقعی را از طریق مشاوره و تأسیس مراکز آگاهی رسانی به انجام می رسانند.

این سازمان ها در تأسیس مراکز ترک اعتیاد و بازتوانی معتادان نقش دارند و برنامه های آگاهی رسانی را به موقع اجرا می گذارند. تحت این طرح این وزارتخانه ۳۶۱ سازمان داوطلب را برای نگاهداری ۳۷۶ مرکز بازتوانی و ترک اعتیاد و ۶۸ مرکز مشاوره و آگاهی سازی را در سراسر کشور یاری و کمک می نماید. میزان متوسط بودجه بری اجرای این برنامه تا ۵ میلیون دلار است.

راه اندازی مراکز آگاهی رسانی و آموزش به منظور پیشگیری: در این زمینه وزارت عدالت اجتماعی هند اقدام به راه اندازی این مراکز در مناطق روستایی و شهری نموده است که هرکدام براساس شرایط خاص جغرافیایی برنامه های خود را براساس یک راهبرد مشخص دنبال می نمایند. در این باره آن چه اهمیت دارد آن است که در این برنامه ها سعی گردیده تا آگاهی رسانی بیشتر در مورد مضرات و عواقب خطرناک ناشی از مصرف به مردم آموزش داده شود.

آموزش و توسعه منابع انسانی: دولت هند اقدام به تأسیس مرکزی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد با نام اختصاری NCDAP^{۱۳} نموده است. این مرکز زیر نظر موسسه ملی دفاع اجتماعی کار می کند. این مرکز اصلی ترین مکان برای ارائه خدمات آموزشی، تحقیقی و مستندسازی در زمینه پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر است.

برای مواجهه با رشد تقاضای افراد حرفه ای برای فعالیت در عرصه بازتوانی معتادان دوره های سه ماهه آموزش چگونگی ترک اعتیاد را در برنامه های خود قرار داده و پس از پایان دوره به کارآموزان مدرک طی دوره داده می

^{۱۳}.National Council of Drug Abuse Prevention

شود. مرکز همچنین به برگزاری سمینارها، کنفرانس ها و دوره های آموزشی در سراسر کشور و با همکاری موسسات غیردولتی و دولتی برای ترویج و گسترش آگاهی عمومی و ارائه آموزش های لازم اقدام می نماید.

همکاری های بین بخشی: در ارتباط با همکاری های بین بخشی وزارتخانه ها و بخش های مرتبط با هماهنگی ایجاد شده امور مربوط به فعالیت های کاهش تقاضا را در کشور انجام می دهند.

همکاری های بین المللی: در راستای تقویت برنامه های کاهش تقاضای مواد مخدر و روان گردان، دولت هند با دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل همکاری گسترده ای را در زمینه های ذیل دارد.

۱. گسترده کردن فعالیت های مربوط به کاهش تقاضا در سراسر هند،

۲. اجرای ویژه برنامه های کاهش تقاضا در ایالت های شمال شرقی هند.

نقاط قوت:

- تضمین کیفیت کار در حداقل استاندارد ممکن،
- توسعه نیروی انسانی متخصص،
- شبکه سازی فراهم کنندگان خدمات،
- مداخلات متمرکز برای اهداف آسیب پذیر،
- یکپارچه سازی بین بخشی،

حوزه هایی که در آینده نیاز به تقویت و توجه بیشتر و ویژه دارند عبارت اند از:

- ارتباط اطلاعات،
- مدیریت بهتر و تخصصی داده ها،

- افزایش سطح فعالیت آگاهی رسانی (به نقل از گزارش مؤسسه بورت، ۲۰۰۴: ۷۶-۸۸).

پیشگیری از اعتیاد در محیط های کار (هندوستان)

دلایل اجرای برنامه: ۱۵-۳۰٪ سوانح شغلی در محیط کار در رابطه ی مواد می باشد. بیش از ۶۰٪ از معتادین هند هنگام شروع مصرف مواد معتاد می باشند. هزینه های ناشی از سوء مصرف مواد در هند به میلیاردها دلار میرسد. اقدامات انجام شده شامل:

- اطلاع رسانی (Information)

اطلاعات عمومی در باره سوء مصرف مواد در قالب:

✓ پوستر، مقالات، بروشور، پمفلت، فیلم، نوار، سخنرانی در مورد الکل و عوارض ناشی از آن

سوء مصرف مواد و ضررهای آن، تاثیرات سوء داروهای تجویزی در محیطهای کار، عواقب قانونی سوء مصرف مواد، نحوه برخورد با معتادین، تداخل مواد مختلف، مباحث خاص نظیر سوء مصرف مواد در حاملگی... عملکرد و چگونگی دسترسی به خدمات مراکز مشاوره ای و درمانی.

- آموزش (Education)

- آموزش رویکرد ساختار یافته ای می باشد که با هدف تغییر در نگرش و رفتار پرسنل صورت می گیرد.

- ارتقای سطح سلامت (Health Promotion)

سلسله فعالیتهایی می باشد که بستگی به امکانات دارد: معاینات عمومی دوره ای، آموزش چگونگی مقابله با استرس، ایجاد مشارکت در پرسنل ارشد برای توجه نمودن به سلامت کارکنان و کارگران جزء، ایجاد امکانات ورزشی مختلف در محیط کار، نامگذاری روز های خاص نظیر روز سلامت، روز بدون سیگار و...

نتایج ارزشیابی طرح نشان داد:

- کاهش سوانح شغلی
- ارتقای سطح بهداشت محیط کار
- افزایش میزان تعهد شغلی کارکنان
- کاهش اتلاف منابع و سرمایه
- کاهش اعتصابات از ۲۳ مورد در یک زمان مشخص به ۱ مورد
- کاهش سوانح رانندگی از ۰/۲۲ در ۱,۰۰۰,۰۰۰ Km به ۱۳. در مدت ۲ سال اول اجرای برنامه از بطن آموزش دیدگان در این برنامه.

علاوه بر آن در پیشگیری از مواد در محیط های کار با تشکیل انجمن مدیران منابع علیه سوء مصرف مواد (ARMADA) Management Against Drug Abuse Association of Resource به وجود آمد

که در فاز ۲ همین تیم ۲۰-۳۰ محیط صنعتی بزرگ بالغ بر ۲۴۰,۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار داده اند. (همان)

✓ توسعه مراکز مشاوره و اطلاع رسانی در مدارس.

✓ بهره گیری از کانال های رسانه ای برای آگاه سازی آحاد جامعه.

✓ ارتقاء حساسیت جامعه نسبت به عدم مصرف مواد.

✓ تأسیس مؤسسه ملی «دفاع اجتماعی» در شهر دهلی با هدف آموزش و تربیت نیروی انسانی، تحقیق و

مستندسازی در عرصه پیشگیری. (اداره کل تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر) (وهاب زاده ،

(۱۳۹۲)

۲- مالزی

مالزی بر خلاف برخی از کشورهای آسیای جنوب شرقی نظیر چین تولید کننده تریاک محسوب نمی‌گردد و صرفاً به عنوان وارد کننده مواد به شمار می‌رفت. معهداً این کشور از حیث تاریخی به عنوان یکی از با سابقه ترین کشورهای مصرف کننده مواد مخدر خصوصاً تریاک بوده است، بطوریکه از اوایل قرن نوزدهم با ورود کارگران مهاجر از چین و جنوب هند به مالزی استعمال و مصرف تریاک متداول گردید و به عنوان شایعترین ماده مخدر در جامعه چینی های مهاجر به مالزی مطرح شده در مقابل مصرف حشیش که توسط مالی ها^{۱۴} و مهاجران هند جنوبی شیوع داشت رایج ترین ماده مخدر مصرفی در جامعه هندی های ساکن مالزی بود. (Mc Coy, ۱۹۹۱: ۶۳ به نقل از موسسه بورت، ۲۰۰۴: ۱۲۶).

در سال ۱۹۲۹ حدود ۵۲۳۱۳ مصرف کننده ثبت نام شده^{۱۵} تریاک در مالزی گزارش شده است که همه آنان چینی بودند. در سال ۱۹۳۶ با کاهش تعداد مهاجران چینی تبار این تعداد به ۳۲۰۰۰ نفر رسید (همان منبع). با استقلال مالزی در سال ۱۹۵۷ میلادی، الگوی مصرف تدریجاً از حشیش و تریاک به مواد مخدر شیمیایی خصوصاً هروئین تغییر یافت. علاوه بر این سن مصرف نیز از گروه های سنی میانسال و مسن به گروه های سنی جوان تر تغییر یافت (همان منبع).

هروئین از کشورهای مثلث طلایی^{۱۶} به مالزی وارد می‌شد و بیش از تریاک در نزد جوانان مقبول بود (UNDCP, ۲۰۰۰ و UNAIDS, ۱۹۹۱).

^{۱۴} - Malay

^{۱۵} - Registered Opium Smokers

^{۱۶} - Golden Triangle

با افزایش میزان مصرف کنندگان جوان هروئین در مالزی مقامات دولتی مبارزه همه جانبه ای را با شیوع مصرف مواد مخدر به ویژه هروئین آغاز کردند. مع الوصف دهه ۱۹۶۰ دهه گسترش فرهنگ هیپیسیم^{۱۷} در جهان از جمله در آسیا بود. این فرهنگ در عین عروج لا ابالیگری، بی اعتنایی به ارزش های فرهنگ رسمی، جهان وطنی و طرد دیگری و نظام سلطه بود. رواج فرهنگ هیپیسیم^{۱۸} که با افزایش مصرف هروئین در نزد جوانان مالزی همراه بود سبب گردید که دولت مالزی در اوایل دهه ۱۹۷۰ مسئله اعتیاد را به عنوان مهمترین مسئله اجتماعی مالزی و دشمن شماره یک جامعه اعلام نماید (National Narcotics Agency, How, ۲۰۰۰).

امروز علیرغم اینکه مالزی تولید کننده عمده مواد غیر قانونی در جهان محسوب نمی شود، معهداً میزان مصرف مواد غیر قانونی در این کشور بالنسبه بالاست. علاوه بر هروئین و حشیش، مواد مخدر، محرک و روان گردان نظیر آمفتامین ها، آیس^{۱۹}، کراک، شابو، اکستسی^{۲۰} و مانند آن که اغلب از کشورهای همجوار خصوصاً مثلث طلایی قاچاق می شود مورد استفاده مصرف کنندگان قرار دارد. شیوع مصرف بالای کوکائین و اکستسی خصوصاً توسط جوانان در کلوپ های شبانه و پارتی ها نگرانی عمومی خصوصاً خانواده ها و مقامات دولتی را برانگیزانده است (Reynolds, ۲۰۰۱، به نقل از (National Narcotic Agency, ۱۹۹۹).

بر اساس گزارش آژانس ملی مواد نارکوئیک مالزی (NNA) و برآورد UNAIDS در سال ۱۹۹۵ حدود ۲۴۲۳۰ مصرف کننده در مالزی برآورد شده اند که از آن حدود ۲۴ درصد مصرف کننده تزریقی، ۵۰ درصد مصرف کننده هروئین، کوکائین، اکستسی، آمفتامین ها و مانند آن و حدود ۲۴ درصد نیز مصرف کننده حشیش و ماری جوانا بودند (گزارش موسسه بورنت ۲۰۰۴).

^{۱۷} - Hippisim

^{۱۸} - Hippie culture

^{۱۹} - Ice

^{۲۰} - Ecstasy

با توجه به افزایش تعداد مصرف کنندگان مواد، در سال های اخیر، برآوردهای متفاوتی از تعداد مصرف کنندگان در دست است. UNAIDS در سال ۲۰۰۳ تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر را در مالزی حدود ۱۷۰۰۰۰ الی ۲۰۰۰۰۰ نفر تخمین زده است (موسسه بورنت، ۲۰۰۴: ۱۲۹).

از طرفی مالزی با افزایش میزان مبتلایان به بیماری ایدز مواجه است. طبق برآورد وزارت بهداشت مالزی و سازمان بهداشت جهانی (WHO) حدود ۴۰۰۴۹ نفر آلوده به ویروس HIV در سال ۲۰۰۱ در مالزی وجود داشت که بالغ بر ۹۴ درصد آنان مصرف کنندگان مذکر بودند (Ministry of Health ۲۰۰۱, WHO ۲۰۰۱).

اقدامات پیشگیرانه و مداخلات:

سیستم های نظارتی و هدایت ابزارهای همه گیرشناسی مفیدی برای ارزیابی مشکل سوء مصرف مواد مخدر در جامعه مالزی به شمار می روند. رشد سریع مشکل وابستگی به مواد مخدر در مالزی، دولت این کشور ملزم می نماید، سیستم نظارت و کنترل وضعیت سوء مصرف را در سطح کشور ایجاد نماید. اقدام های اولیه برای ایجاد سیستم نظارتی برای اولین بار در سال ۱۹۷۶ انجام شد. یک سیستم کامل و یکپارچه گزارش دهی در سال ۱۹۷۸ راه اندازی شد. این سیستم با تمامی ارگان های عمومی خدمت رسانی، سازمان ها و مردم وابسته به مواد مخدر ارتباط پیدا می کند. نیروهای اجرای قانون، مراکز درمانی و بازتوانی و موسسات رفاه اجتماعی با این سیستم در ارتباط هستند. سیستم اطلاعات شامل یک مکانیسم برای گردآوری، پردازش، تجزیه و تحلیل و ارائه اطلاعات و داده های اساسی در مورد امور پیشگیری و کنترل و مدیریت مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر است که در مالزی به آن توجه شده و هم اینک در حال فعالیت است. این سیستم به جمع آوری گزارش های مربوط به افراد بستری و همچنین اشخاص دستگیر شده می پردازد.

این سیستم به صورت معمول به ارزیابی گسترده روندها، الگوها و دیگر شاخصه های مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در مالزی می پردازد. اطلاعات این سیستم باعث می گردد تا مراحل تصمیم گیری و سیاست گذاری مربوط به مسائل مواد مخدر در مالزی از صحت و اطمینان بیشتری برخوردار گردند. بر اساس اطلاعات ارائه شده از سوی این سیستم، تخمین زده می شود که از هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت مالزی ۷۵۴/۶ نفر معتاد به مواد هستند، این در حالی است که میزان معتادان در دهه ۱۹۸۰ در مالزی ۸۴/۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است.

پایه و اساس پیشگیری و کاهش تقاضا در مالزی، اطلاعات و داده است و با استفاده از این داده ها و شناخت مداوم از وضعیت تصمیم گیری لازم برای کاهش سوء مصرف به عمل می آید.

ارکان اصلی برنامه مبارزه با اعتیاد و مواد غیرقانونی در مالزی، خصوصاً برنامه های مداخلاتی و اقدامات پیشگیرانه ناظر بر موارد زیر است:

۱- کاهش تقاضای مواد مخدر از طریق اجرای عملیات آموزشی پیشگیرانه برای ایجاد آگاهی های عمومی، با هدف گذاری ویژه برای گروه های در معرض خطر.

۲- انجام برنامه های کاهش آسیب، درمان و بازپروری معتادان به ویژه برای معتادانی که به مصرف هروئین و مواد مصنوعی می پردازند.

۳- اعمال کنترل در مورد عرضه و یا تولید مواد مخدر در داخل کشور از طریق:

الف- تصویب قوانین سخت در مجازات قاچاقچیان و وارد کنندگان مواد

ب- نابودی لابراتوارهای تولید مواد غیر قانونی

۴- یکپارچه سازی برنامه های سوء مصرف مواد در برنامه های مراقبت های بهداشتی اولیه

۵- تقویت رویکرد اجتماع مدار برای خانواده ها، مدارس، محیط های کار و محلات از طریق آموزش مهارت های زندگی به افراد جامعه خصوصاً مهارت های حل مسئله، کنترل استرس و فشارهای روحی و توانایی مقابله و مواجهه با عوامل و شرائط وسوسه گر بیرونی و توانایی گفتن "نه" در مقابل مواد.

۶- ایجاد زیر ساخت های لازم در ارتباط با بهداشت روانی در ایالات مختلف و مناطق کشور

۷- وارد کردن رسانه های جمعی به عنوان عاملین ترویج رفتارهای پشتیبان و محافظت کننده^{۲۱}

۸- تدوین و اجرای برنامه های استراتژیک پیشگیری اولیه برای گروه های در معرض خطر خصوصاً آگاه سازی جوانان و دانش آموزان

۹- تاسیس نظام پایش و مراقبت دائم با توسعه پروژه های تحقیقاتی ناظر بر اتیولوژی رفتار اعتیادی در جامعه

۱۰- تشکیل کمیته های کارشناسی برای پیگیری موضوعات و مسایلی نظیر تهیه برنامه های تبلیغاتی، ارایه کارگاه های آموزشی، تهیه بروشور و منابع اطلاعاتی، آگاه سازی بهداشتی خصوصاً در ارتباط با بیماری ایدز و راه های انتقال ویروس HIV و کنترل آن (به نقل از گزارش وزارت بهداشت مالزی، ۲۰۰۱ و گزارش موسسه برنت، ۲۰۰۴).

هفت گام برای داشتن محیط کار عاری از مواد *Seven Steps to Drug Free Workplace Program*

پروژه دیگری که در مالزی دنبال می شود هفت گام برای داشتن محیط کار عاری از مواد نام دارد
دلایل اجرای برنامه:

- ۸۵٪ از معتادین مالزی هنگام شروع اعتیاد شاغل هستند.

- ۸۵٪ معتادین بین سنین ۱۹-۴۵ سال قرار دارند.

- ۵۰٪ از معتادین تحت تاثیر گروه های همراه معتاد شده اند.

^{۲۱} - Protective Behaviors

– کاهش مسئولیت پذیری و تولید یک معناد از ۵۰-۸۰٪

گامهای برنامه:

- (۱) کسب تعهد و مشارکت مدیران
- (۲) تدوین سیاست و استراتژی
- (۳) برنامه های آموزشی جهت ناظرین
- (۴) آگاهسازی و آموزش کارکنان
- (۵) برنامه های غربالگری
- (۶) ارجاعات درمانی
- (۷) برنامه های مبتنی بر جامعه

کسب تعهد و مشارکت مدیران

۵۵٪ از کارخانجاتی که از برنامه حذف شده اند به علت نبود یا کم بودن انگیزه و تعهد مدیران نشان داده است

بنا براین تدوین سیاست و استراتژی باید توأم با کسب تعهد و مشارکت مدیران باشد برای این کار کمیته ای

متشکل از اعضای زیر در کارخانجات تشکیل می شود:

- مدیریت ارشد
- نماینده کارگران
- متخصصین امر خارج از سازمان
- ناظرین و نمایندگان قسمتهای اداری

همچنین برنامه های آموزشی جهت ناظرین گذاشته می شود که بتوانند فرآیند موضوع را بررسی و ارزیابی کنند

محتوای آموزشی خاص ناظرین موارد زیر را شامل می شود:

- پیشگیری از اعتیاد
- مهارتهای بین فردی
- مهارتهای فرزند پروری (Parenting)
- مهارتهای مقدماتی مشاوره
- چگونگی آموزش آموزش دهندگان (نیروهای حد واسط)
- نحوه مدیریت و مقابله با استرس
- راهکارهای درمان و باز توانی

برنامه های آگاهسازی و آموزش کارکنان شامل کلیه پرسنل از پایین ترین رده تا بالا ترین رده می شود

بدیهی است محتویات این آموزش ها با رده های شغلی و تحصیلی ارتباط دارد.

برنامه های غربالگری

برنامه های ناگهانی نمونه گیری با در نظر گرفتن تمامی جوانب زیر انجام شود:

- حفظ آبرو و احترام افراد
- توجه به محدودیتهای قانونی
- توجه به عواقب بعدی
- توجه به مشکلات تکنیکی و فنی غربالگری

ارزشیابی هفت گام برای داشتن محیط کار عاری از مواد نشان داده است که:

- افزایش تولید در بخش مشاغل مشارکتی ۸۵,۹٪
- کاهش غیبت از محل کار ۶۷,۱٪
- کاهش سوانح شغلی ۷۷,۳٪
- کاهش هزینه های پزشکی پرسنل ۵۹,۹٪ رخ داده است بنا براین نتایج موفقیت آمیز بوده است
و همچنان باید استمرار یابد. (همان)

۳- تایلند:

تایلند سابقه طولانی در تولید و مصرف و عرضه مواد مخدر خصوصاً تریاک دارد. شمال تایلند مهمترین مرکز کشت، فرآوری و تولید تریاک به شمار می رود.

تایلند که به نام پادشاهی سیام نیز معروف است در سال ۱۸۵۱ میلادی مصرف تریاک را قانونی اعلام کرد. متعاقب قانونی بودن تولید و مصرف تریاک که عمدتاً بواسطه ملاحظات اقتصادی و درآمدزایی برای دولت صورت گرفت، در سال ۱۹۰۵ میلادی بانکوک بالغ بر ۹۰۰ مرکز عرضه و فروش قانونی تریاک داشت. این میزان در سال ۱۹۱۷ به ۳۲۵۰ مرکز رسید. مالیات اخذ شده از فروش تریاک درآمد سرشاری را نصیب دولت کرد، به طوریکه تمایل کمتری از سوی مقامات تایلند جهت لغو قانونی بودن آن نشان دادند (McCoy, ۱۹۹۱) به نقل از موسسه برنت، (۲۰۰۴:۲۰۸).

در سال ۱۹۲۱ تخمین زده شده بود که تایلند حدود ۲۰۰۰۰۰۰ معتاد به تریاک دارد.

با افزایش فشارهای بین المللی بر دولت تایلند به منظور غیر قانونی کردن تولید و مصرف تریاک در سال ۱۹۳۰، دولت اقدام به بستن حدود ۲۰۰۰ مرکز فروش تریاک نمود. معهداً نزدیک به ۳۰ سال تولید و مصرف تریاک ادامه یافت و جمعیت معتاد وابسته به تریاک تقلیل پیدا نکرد (همان منبع).

در سال ۱۹۵۹ دولت تایلند مصرف و فروش را ممنوع اعلام کرد و کلیه معتادان و مصرف کنندگان را ملزم به ثبت نام نمود (همان منبع، ۲۰۸). در عرض شش ماه حدود ۷۰۰۰۰۰ معتاد در دفاتر دولتی ثبت نام کردند. معهداً به واسطه عدم منع کشت و تولید مواد نارکوتیک خصوصاً در مناطق شمالی تایلند همچنان عرضه تریاک در کشور رواج داشت.

با منع مصرف و فروش تریاک، ورود هروئین به تایلند از هنگ کنگ آغاز شد و تایلند به عنوان عمده ترین وارد کننده هروئین و مرفین از هنگ کنگ درآمد. در مدت زمان کوتاهی تایلند خود به عنوان بزرگ ترین تولید کننده هروئین و مرفین درآمد و بانکوک بزرگ ترین لابراتوارهای تبدیل تریاک به هروئین و مرفین شد (موسسه برنت، ۲۰۰۴: ۲۰۹).

از اواخر دهه ۱۹۷۰ با تولید هروئین خالص تزریق آن در تایلند رواج یافت، به طوریکه در سال ۱۹۷۶ میلادی حدود ۲۴۴۲۹ نفر مصرف کننده هروئین و در سال ۱۹۸۸ حدود ۳۵۰۰۰ نفر هروئین خدمات درمانی دریافت کردند. در اواخر سال ۱۹۹۰ میلادی پس از ۴۰ سال هروئین به تدریج بازار خود را در تایلند از دست داد و مواد جدیدی نظیر آمفتامین ها تدریجاً جای هروئین را گرفت. با افزایش مصرف مواد شیمیایی و مواد غیرقانونی، دولت مجازات شدیدی را برای مصرف و عرضه مواد آمفتامین در نظر گرفت (همان، ص ۲۰۹).

در حال حاضر تایلند حدود ۱ درصد از تولید منطقه ای تریاک را در اختیار دارد و به عنوان تولید کننده عمده تریاک از نظر بین المللی نیست. مع الوصف به علت تولید و عرضه تریاک در کشورهای همجوار نظیر لائوس و میانمار و قاچاق آن به تایلند (حدود ۱۸۹۰ تن در سال) مسئله مواد مخدر و اعتیاد همچنان از مسایل اجتماعی این کشور است. با اقدامات دولت تایلند در مبارزه با مواد مخدر خصوصاً تولید تریاک و هروئین در داخل کشور و مقابله با قاچاق مواد غیر قانونی نظیر روان گردان ها، آمفتامین ها، اکستسی، کوکائین، کراک و مانند آن، همچنان قاچاق و ورود این مواد به داخل کشور وجود دارد، خصوصاً گسترش تولید، قاچاق و عرضه مواد متا آمفتامین یا یابا^{۲۲} در شروع هزاره سوم در تایلند مسئله مواد مخدر را به عنوان یک معضل اجتماعی مطرح کرده است. طبق گزارش اداره بهداشت عمومی در سال ۲۰۰۱، حدود ۳۰۰ نوع از انواع متا آمفتامین (یابا) در این کشور عرضه می شد (موسسه برنت، ۲۰۰۴، ۲۰۹).

^{۲۲} - Yabaa

بر اساس گزارش موسسه توسعه و تحقیق تایلند در سال ۲۰۰۳ حدود ۱/۲۹ میلیون معتاد به انواع موادمخدر و محرک و روان گردان در تایلند وجود داشتند که حدود ۲/۲ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می دادند (به نقل از موسسه برنت، ۲۰۰۴: ۲۱۱).

برآورد UNAIDS و ESCAP در سال ۲۰۰۷ میلادی حکایت از آن دارد که جمعیت معتادان تایلندی را می توان حدود ۲ تا ۳ میلیون تخمین زد (به نقل از ONCB، ۲۰۰۹).

بنا به گزارش UNDCP در سال ۲۰۰۵ حدود ۷۰ درصد از مصرف کنندگان هروئین در تایلند از روش تزریق استفاده می کنند. هروئین همچنان حدود ۵۸ درصد، متآمفتامین ها، حدود ۳۳ درصد تریاک، حدود ۵ درصد و سایر مواد، حدود ۲ درصد از مواد مصرفی در تایلند را تشکیل می دهند.

طبق برآورد وزارت بهداشت تایلند در سال ۲۰۰۳ حدود ۱۰ درصد از مصرف کنندگان مواد به ویروس HIV آلوده می شوند (ONCB، ۲۰۰۹ و موسسه برنت، ۲۰۰۴: ۲۱۲).

مداخلات و اقدامات پیشگیرانه:

از هفتصد سال پیش که تایلند به صورت یک کشور مستقل و آزاد درآمد آئین بودا دین رسمی مردم این سرزمین بوده است. موبد و معبد در این کشور به عنوان مراکز نفوذ غالب در جامعه محسوب می شد و بسیاری از خدمات رفاهی عمومی از قبیل خدمات آموزشی و بهداشتی توسط آنها انجام می شد لذا دور از ذهن نخواهد بود که معابد نقش مراکز درمانی را در رابطه با گسترش اعتیاد به مواد مخدر را ایفا نمایند.

معبد "تام گرابورگ" در حدود ۱۳۰ کیلومتری بانکوک قرار داشت. این معبد وسایل ساده و ابتدایی معالجه را فراهم می کرد. تعدادی میز و نیمکت چوبی که در یک ایوان باز قرار داشت به عنوان واحد پذیرش مراجعین به شمار می رفت. اقامتگاه معتادین یک هال بزرگ بود که بی شباهت به سربازخانه ها نبود. یک تختخواب چوبی

کوتاه، یک تشک حصیری و یک پتو به هر کدام از معتادین داده می شد. ظرفیت کامل معبد بین ۳۰۰ تا ۴۰۰ بیمار و حدود ۱۰۰ موبد بود. حدود ۴۰ درصد موبدان را بیماران قبلی تشکیل می دادند که پس از معالجه تقدیس و به مشاغل روحانی منتصب می شدند.

معالجه توسط یک موبد صورت می گرفت. معبد هیچوقت احتیاج به یک کادر استخدامی پیدا نمی کرد. معالجه مجانی بود ولی هزینه خوراک روزانه از بیمار دریافت می شد.

خدمات امدادی بیشتر در زمینه تعلیمات حرفه ای، از جمله کشت محصولات، تهیه مصالح ساختمانی از قبیل سنگ و آجر و غیره و همچنین دوخت لباس توسط معبد انجام می شد.

هدف از این اقدامات ترک کامل مواد مخدر برای همیشه بود. لازمه استفاده از خدمات معبد این بود که مراجعه کننده قاطعانه مصمم به معالجه شدن باشد. سپس به بودا سوگند بخورد. این سوگند در واقع اراده شخص معتاد است در مورد خودداری همیشگی از استعمال تریاک، مرفین، هروئین و سایر مواد مخدری که ایجاد وابستگی و اعتیاد می کند.

برنامه روزانه معتادین در پنج روز اول شامل دو بخش عمده بود که افراد به صورت گروهی در آن شرکت می کنند. یک نوبت داروی گیاهی صبح ها داده می شد که بلافاصله حدود ده تا پانزده دقیقه استفراغ به دنبال داشت. در نوبت بعد از ظهر افراد به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه با بخار نوعی گیاه استحمام می شدند. برای افراد تحت مراقبت توضیح داده می شد که این برنامه به خاطر آن است که اثرات مواد مخدر از بدن آنها زدوده شود. افرادی که برنامه پنج روزه را می گذراندند به صورت فعال در برنامه معالجه صبحگاهی شرکت می کردند. برخی از آنها از افرادی که در حال استفراغ بودند پرستاری می شدند و برخی دیگر خوشمزمگی و آهنگ های شاد محلی به دیگران روحیه می دادند، چون این برنامه بی شباهت به سرگرمی های مسابقه ای زنده در یک فستیوال معبد نبود.

برای پنج روز آخر، برنامه مقرر و مشخصی وجود نداشت. فرد به حال خود گذاشته می شد که خستگی بیش از حد جسمی را از تن بدر کند.

در روز دوازدهم که آخرین روز دوره است افراد مجدداً در معبد جمع می شدند و قولی که در مورد ترک همیشگی مواد مخدر داده اند به آنها یادآوری می شد سپس آنها می توانستند معبد را ترک کنند (به نقل از محسنی تبریزی، ۱۳۷۶: ۴۹).

در حال حاضر تایلند گذار اقتصادی- اجتماعی خود را طی می نماید. برنامه کاهش تقاضای مواد مخدر تایلند بر اساس تمرکز بر خانواده به عنوان عاملی اساسی در راستای اقدام های پیشگیرانه است. بی ثباتی و نابودی جامعه شهری که در نتیجه سست شدن بنیان های اساسی، نظیر خانواده صورت پذیرفته است مشکل ساز بوده و بیش از پیش نقش خانواده را در اجرای برنامه های کاهش تقاضا مسجل می سازد. اضمحلال و نابودی نهاد خانواده در تایلند می تواند شدیدترین آثار و عواقب منفی را به دنبال داشته باشد. به طور سنتی، نهاد خانواده در جلوگیری از بروز آسیب های اجتماعی نقش مهمی داشته که از آن جمله می توان به ایفای نقش این نهاد در جلوگیری از سوء مصرف مواد در تایلند اشاره نمود.

از طرفی دیگر شیوع اعتیاد تزریقی در تایلند و افزایش تعداد معتادان هرئینی در این کشور باعث گردیده تا نهاد خانواده در تایلند با تهدید اعتیاد مواجه شود. اقدام های در راستای جهت دهی و هدایت مجدد خانواده های تایلندی و تقویت آنها برای ایفای نقش پیشگیرانه و همچنین مراقبت از معتادان برای طی مراحل جامعه پذیری مجدد در حال انجام هستند و در این زمینه دولت تایلند در حال اجرای برنامه های مرتبط با این هدف می باشد.

نقش سنتی خانواده در تایلند:

نهاد خانواده در تایلند از اهمیت زیادی برخوردار است و بنیادی ترین نهاد محسوب می گردد. خانواده با توجه به نقش خود می تواند بر اعضای خود اعمال کنترل نماید و اعضاء را در شکل دهی بنیان اجتماعی یاری دهد. تایلندی ها همیشه و در گذشته عادت داشته اند که در خانواده های گسترده زندگی کنند. ارزش های مختلف حاکم بر جامعه از طریق والدین به فرزندان منتقل می شده است. اما ارتباط میان والدین بر اساس شرایط امروزی در تایلند دستخوش تحول گردیده است. سیستم ارزشی مسلط در خانواده های تایلندی برگرفته از نظریه و دکترین است. قواعد احترام و الگوهای مربوط به آن در سلسله مراتب اجتماعی بر این اساس و در این چارچوب مشخص گردیده اند (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۱۱۹).

والدین و فرزندان (زنجره ای طلایی):

والدین و فرزندان ارتباط بسیار نزدیکی با یکدیگر دارند. والدین انتظار دارند تا توسط فرزندان خود مورد احترام قرار گیرند.

خانواده تایلندی در حال گذار:

مبنای ارتباطات اجتماعی در تایلند سلسله مراتبی بوده است، لیکن به دلیل توسعه اقتصادی تایلند در سال های گذشته، ساختارهای ارتباط اجتماعی گذشته رو به نابودی رفته اند.

طی ۱۵۰ سال گذشته، مدرنیسم به تدریج در حال وقوع بوده است. این تغییر یعنی حرکت از سمت ساختارهای گذشته به سمت مدرنیسم در بانکوک (پایتخت) بیشتر از مناطق دیگر این کشور بوده و البته این تغییر در مقیاسی کمتر در مراکز منطقه ای تایلند در حال وقوع است.

مناطق روستایی که سه چهارم جمعیت تایلند را تشکیل می دهند این تغییر را به صورت تدریجی تجربه می کنند. هر چند که میزان وقوع این تغییر در این جوامع نسبت به جوامع شهری تایلند کندتر و آهسته تر است.

طی سه دهه گذشته، اقتصاد به شدت رشد کرده و شرایط اقتصادی اجتماعی به طرز چشم گیری بهبود یافته اند. رشد اقتصادی تایلند هم اینک تا ۱۰ درصد اعلام شده است و این خود نشان از بروز تغییرات سریع اجتماعی و اقتصادی در این کشور دارد. درآمد سرانه نسبت به دهه های گذشته تا سه برابر افزایش یافته است. هم اکنون تایلند یک کشور صنعتی شده به حساب می آید (همان، ص ۱۲۰).

وارونگی سنت ها:

زندگی روستایی در حال تبدیل شدن به زندگی شهری است. با گسترش شهرنشینی سنت ها در تایلند در حال شکسته شدن هستند. این موضوع باعث تضعیف ساختارهای کنترل اجتماعی و نقش والدین در نظارت بر اعضای خانواده شده است. از طرف دیگر مهاجرت های داخلی در تایلند و گسترش حاشیه نشینی در شهرهای بزرگ سبب گردیده تا بر میزان جرم افزوده شود. نهاد خانواده تحت تاثیر این مهاجرت ها از هم گسیخته شده و زندگی عادی خانوادگی از میان رفته است. پدیده خانواده های شکسته در تایلند رو به افزایش است. در این صورت می توان گفت که سیستم اجتماعی به طور کامل مضمحل شده است.

غربی شدن فرهنگ شهری تایلند:

فرهنگ غربی به ویژه در میان جوانان و نوجوانان طبقه متوسط شهری تایلند رو به گسترش است. این طبقه متوسط جدید تایلندی به سمت غربی شدن در چارچوب فرهنگ شهرنشینی حرکت کرده است. این اتفاق سبب شده است که فاصله میان نسل ها در شهرنشینی های تایلندی افزایش یابد و میزان کنترل اجتماعی از طریق خانواده و والدین کاهش یابد. جوانان شهرنشین گرایش زیادی به پذیرش فرهنگ غربی پیدا کرده اند. از جمله عوامل مخرب در خانواده های شهرنشین تایلندی که باعث تشدید و افزایش بحران های اجتماعی نظیر اعتیاد شدند عبارت اند از:

۱- برتری ماده گرایی،

۲- شغل برای بزرگسالان و امکانات آموزشی برای کودکان،

۳- گسترش روزافزون شکاف اجتماعی - اقتصادی و قطبی شدن داشته ها و نداشته ها و افزایش انتظارات،

۴- فقر و حاشیه نشینی و رشد گرایش فاصله از بخش های اصلی جمعیت،

۵- مشکلات ترافیکی و محیطی در بانکوک به صورت غیر قابل انتظار افزایش یافته است و در نتیجه بر میزان استرس و فشارهای عصبی افزوده گردیده است. ضمن آنکه زندگی شهرنشینی باعث گردیده تا میزان صرف وقت با خانواده کاسته شود،

۶- تلویزیون و دیگر وسایل ارتباط جمعی باعث ساده انگاری الگوهای زندگی گردیده اند و بر ذهن افراد تاثیر گذارده و خشونت و مصرف مواد اعتیادآور را گسترش داده اند (Spielmann Sobha, ۱۹۹۲).

فشارها بر روی خانواده مدرن شهری:

خانواده های تایلندی تحت تاثیر شدید تغییرات در حال وقوع و یا اتفاق افتاده در کشور هستند. این تغییرات عوامل سایش و فرسایش نهاد خانواده در تایلند است. به ویژه آنکه در خانواده مدرن تایلندی آن چه مشاهده می شود از دست رفتن هویت و ثبات خانوادگی در جامعه تایلندی است.

تأثیرات وارونه یا منفی تحولات بر خانواده شهری تایلند: به طور بارز و آشکاری بی ثباتی گسترده در اجتماع به سبب نابودی و فرسایش نهاد خانواده در تایلند اتفاق افتاده است. به طور بارزی از میزان کارکرد خانواده در تایلند کاسته شده است. کارکردهایی که در گذشته توسط خانواده در تایلند شکل گرفته بودند تحت تاثیر گروه همسالان، رسانه ها و یا افراد دچار آسیب گردیده و یا به طور کلی از بین رفته اند.

بر اساس تحقیقات انجام شده، شکل گیری خانواده هسته ای در تایلند پذیرفته شده است. والدین هر دو کار می کنند و حداکثر دارای دو فرزند هستند در نتیجه نهاد خانواده در تایلند آینده از انسجام و ثبات کمتری برخوردار خواهد بود (Sittitrai Werasantand Yothin Sawaengedd, ۱۹۹۰).

مواجهه خانواده تایلندی با سوء مصرف مواد اعتیاد آور:

به طور سنتی خانواده تایلندی همواره حامی قابل اتکایی برای مواجهه با معضلات اجتماعی بوده است. مکتب بودا ارتکاب جرایمی مانند روسپیگری و یا قمار و همچنین مشروب خواری را نهی می کند و این مکتب استعمال مواد مخدر را نیز مجاز ندانسته است. به نظر می رسد در حال حاضر خانواده تایلندی کارکرد ویژه خود را در مقابله با معضلات اجتماعی از دست داده است (Philips Herbert P, ۱۹۹۵).

خانواده شهری تایلندی و سوء مصرف مواد:

در حال حاضر با توجه به وضعیت و ماهیت فعلی خانواده، این نهاد خود باعث و منشا بروز سوء مصرف مواد در تایلند است. نوجوانان و جوانان در بالاترین میزان خطر ابتلاء به اعتیاد قرار دارند.

۱- والدین اغلب در حال مشاجره هستند، پدر در جمع اعضای خانواده غایب است و اغلب با زنی دیگر ارتباط دارد، وضعیت داخلی خانه شکننده است و نرخ طلاق در حال رشد است.

۲- والدین در رفتار خود افراط و تفریط نشان می دهند، یا خیلی سخت هستند و یا خیلی با ملایمت رفتار می کنند.

۳- تفاوت های وسیع و گسترده ای در اجتماعی شدن دختران و پسران وجود دارد و پدران و مادران پسران را در محیط اجتماعی آزادتر می گذارند.

۴- فرق گذاری میان خواهر و برادر

۵- افزایش شکاف میان نسل ها

۶- انتظارات و توقعات بیش از حد والدین در مورد آموزش و حرفه فرزندان

۷- اعتیاد پدر به الکل و یا مواد اعتیاد آور (Spielmann Sobha, ۱۹۹۰).

نقش بالقوه خانواده در کاهش تقاضای مواد اعتیاد آور در تایلند:

اهمیت نقش خانواده در پیشگیری و همچنین بازتوانی معتادان به صورت جهانی پذیرفته شده است. به طور مثال با توجه به درصد بالای عود مجدد در کشورهای مختلف، خانواده می تواند در پیشگیری از عود فرد معتاد اقدام اساسی نماید. یادگیری رفتار اجتماعی که توسط خانواده به کودکان آموخته می شود مانع از بروز رفتار ضد اجتماعی خواهد گردید.

جامعه آن چیزی خواهد بود که خانواده هست. به این لحاظ تمرکز بر تقویت نهاد خانواده به عنوان عاملی موثر در پیشگیری از سوء مصرف مواد اعتیاد آور هدفی است که توسط دولت تایلند تعقیب می شود. هرچند که نیل به این هدف در دراز مدت امکان پذیر است.

موفقیت در اجرای برنامه های پیشگیرانه بستگی به موفقیت در تقویت خانواده دارد. آن چه هم اینک در جامعه شهری تایلند رخ داده است تضعیف نهاد خانواده و تضعیف کنترل و نظارت بر رفتار فرزندان است. آموزش والدین برای برخورد با فرزندان از امور مهمی است که به آن توجه می شود. والدین اغلب نیازهای حال حاضر جوانان را درک نمی کنند و می توانند خود را با آن تطبیق دهند (همان منبع، ص ۱۲۳).

در تایلند مشکل اعتیاد فقط به به تریاک محدود نمی شود بلکه شامل آمفتامین وکانابیس هم می شود که شیوع بالایی هم دارند. تجربه نزدیک به ۷۰ سال مبارزه تایلند با نواد اعتیاد آور موجب شده است که موارد زیر در برنامه ریزی و اجرای آنها در تایلند محسوس باشد:

- ۱- همکاری تنگاتنگ با سازمانهای بین المللی نظیر UNODC و پذیرش دستور العمل های آنان.
- ۲- تمرکز برنامه های دولتی بر کاهش تقاضا به ویژه از طریق مدارس و فعال کردن NGO ها.
- ۳- برنامه ریزی بر اساس نیازهای منطقه ای و اجرای آن با امکانات محلی.
- ۴- داشتن سیاست ها و استراتژی های چند جانبه .
- ۵- وجود مراکز توانبخشی متعدد با گنجایش بسیار زیاد به نحوی که تنهایی از این مراکز نزدیک به ۵۰۰ نفر نیروی انسانی دارد ، این مراکز دارای واحدهای کارگاهی ، خوابگاهی ، رفاهی و توانبخشی وسیعی است که می تواند هزاران نفر را پوشش دهد.
- ۶- استفاده از روشها و شیوه های مختلف درمان و نگهداشت مراجعین از طریق طب سنتی ، کلاسیک و علمی ، طب سوزنی و استفاده از نیروهای مذهبی معابد و امانات محلی و بومی.
- ۷- همه مراکز تحت پوشش وزارت بهداشت قرار دارند ولی NGO ها به شدت فعالند و اجرا را به عهده دارند.
- ۸- قبول و پذیرش عود مجدد به عنوان یک روال ، در نتیجه پذیرش چند باره افراد برای ترک امری عادی تلقی می شود.
- ۹- ارجاع افراد دارای مشکلات روانی و شخصیتی به روانپزشک.
- ۱۰- به دلیل طولانی و وقت گیر بودن فرآیند درمان ، استفاده از نیروهای آموزش دیده اجرائی به جای نیروهای دانشگاهی و آموزشی.

۱۱- وجود پایگاه های متعدد گردآوری داده ها و روز آمد کردن اطلاعات که موجب می شود مسئولین و برنامه

ریزان برپایه یافته ها و پژوهش های جدید استراتژی خود را تدوین کنند.

۱۲- در گیر شدن تمامی نیروها و مسئولین اجرائی کشور به ویژه فرمانداران برای مقابله باموضوع اعتیاد اعم از

کاهش تقاضا و درمان و عرضه .(به نقل از نصر اصفهانی ، ۱۳۸۰)

۴- فیلیپین:

سابقه مصرف مواد (تریاک) در فیلیپین به قرن ۱۷ میلادی برمیگردد. با مهاجرت مهاجران چینی به فیلیپین در قرن ۱۹ مصرف تریاک در این کشور فزونی گرفت، بطوریکه در ۱۹۰۳ میلادی مراکز فروش تریاک حدود ۱۹۰ مرکز بود که بالغ بر ۱۳۰ تن تریاک فروختند (موسسه بورنت، ۲۰۰۴: ۱۷۰).

در سال ۱۹۰۶ پس از اینکه ایالات متحده آمریکا مصرف تریاک را قدغن کرد، فعالیت مراکز فروش تریاک در فیلیپین غیر قانونی اعلام شد. معهدا همچنان قاچاق تریاک از چین به فیلیپین ادامه داشت. فروش تریاک حدود ۴ درصد از درآمد حاصل از مناطق تحت استعمار را برای آمریکا تشکیل می داد. در سال ۱۹۱۰، دولت آمریکا اقدام به ثبت نام از معتادان در فیلیپین نمود و ۱۲۷۰۰ معتاد به تریاک را ثبت نام کرد. به تدریج با افزایش قیمت تریاک و کنترل فروش و مصرف آن در فیلیپین مصرف تریاک در کشور کاهش یافت (McCoy, ۱۹۹۱) به نقل از بورنت، ۲۰۰۴: ۱۷۰).

در سال ۱۹۶۰ میلادی، نخستین لابراتوارهای تولید هروئین در مانیل پایتخت فیلیپین شروع به تولید مقدار محدودی از هروئین کردند. این میزان در بازار داخلی مصرف می گردید. در اوایل دهه ۱۹۷۰ تولید هروئین در فیلیپین افزایش یافت و به حدود ۱۰ کیلوگرم در ماه رسید. با شروع و تشدید جنگ آمریکا در ویتنام، ورود ماری جوانا، هروئین، روان گردان ها و آمفتامین ها به پایگاه های نظامی امریکائیان در فیلیپین آغاز و به تدریج افزایش یافت (همان، ص ۱۷۰).

با پایان جنگ ویتنام از تولید، مصرف و قاچاق انواع مواد در فیلیپین کاسته شد، به طوریکه طی دو دهه تعداد مصرف کنندگان از ۱۵۰۰۰۰ نفر به ۱۲۰۰۰ نفر تقلیل یافت.

عمده ترین ماده مخدر و محرک و توهم زای تولید شده در فیلیپین ماری جوانا است. فیلیپین عمده ترین تولید کننده ماری جوانا در طی سال ها در جهان بوده است. به طوریکه در قسمت های مختلف فیلیپین کشت می شود. بخش عمده ای از تولید ماری جوانا به مالزی و تایوان صادر می گردد. مقداری از تولید این محصول نیز به مصرف داخلی، صدور به استرالیا، ژاپن، آمریکا و اروپا می رسد(همان، ص ۱۷۲).

بر اساس گزارش UNDCP در سال ۲۰۰۱ حدود ۱۰ درصد از جمعیت فیلیپین به سوء مصرف مواد گرایش دارند. سازمان بهداشت جهانی نیز اعلام کرده است که حدود ۳۸۰۰۰ معتاد آلوده به ویروس HIV در فیلیپین وجود داشت (WHO, ۱۹۹۶). معهدا آمار جدید تعداد مبتلایان به بیماری ایدز را در فیلیپین حدود ۱۳۰۰۰ نفر تخمین زده است (WHO, ۲۰۰۱).

با توجه به افزایش میزان مصرف کنندگان در نزد گروه های سنی جوان خصوصاً دانش آموزان، دانشجویان و زنان طی چند دهه گذشته، دولت فیلیپین مبارزه اساسی را خصوصاً در ارتباط با کاهش تقاضا شروع کرده است. با توجه به جوان بودن جمعیت فیلیپین، مقامات دولتی در حدود ایجاد اعتماد برای مراجعه جوانان معتاد به مراکز بازپروری و ترک بوده است (Narcotics Control Strategy Report, ۲۰۰۶).

برنامه های کاهش تقاضا در فیلیپین بر سه اصل ذیل استوار است:

۱- پیشگیری از مصرف غیرقانونی مواد مخدر ممنوعه و کنترل قاچاق مواد مخدر،

۲- فراهم نمودن خدمات درمانی و بازتوانی برای مصرف کنندگان مواد مخدر با ترکیبی از متخصصان،

۳- یکپارچه سازی برنامه های آموزشی برای جوانان، والدین و رهبران مهم اجتماعی در زمینه توسعه بهداشتی و اجتماعی به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، برنامه های آموزشی شامل معلمان، نیروهای اجرای قانون و مددکاران اجتماعی و در ادامه متخصصان دارویی و صاحبان حرف پزشکی را در بر می گیرد. (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۱۲۶).

رویکردهای کاهش تقاضا در فیلیپین:

- ۱- برنامه های توسعه ای برای کودکان و جوانان توسط دولت و سازمان های داوطلب، نظیر برنامه های آموزشی برای مدرسه و خارج از آن، فعالیت های پیشاهنگی و برنامه های مبتنی بر فعالیت های مردمی توسط جوانان،
- ۲- برنامه های آموزش والدین از طریق انجمن اولیاء و مربیان، شورای والدین، سازمان های خانواده مدار، نظیر نهضت مسیحی خانواده و برنامه های بنیادین آموزشی برای بزرگسالان،
- ۳- گنجاندن برنامه های آموزشی درسی در مدارس، نظیر علوم اجتماعی و آموزش بهداشت، خدمات راهنمایی و مشاوره،
- ۴- ایجاد برنامه های اجتماعی از طریق آموزش رهبران جامعه، پروژه های توسعه جامعه شهری، برنامه های بهداشتی برای کودکان و حتی نوزادان، پروژه های رفاه اجتماعی، برنامه های تغذیه ای، برنامه های بهداشت روانی، برنامه های ارتباط اجتماعی پلیس در بخش های محلی و سازمان های مدنی - اجتماعی و مذهبی،
- ۵- فراهم سازی جایگزین ها و تسهیلات برای افراد جوان نظیر:
 - مداخله مذهبی، مدنی - اجتماعی، فعالیت های فرهنگی و دیگر اقدام های خلاق،
 - مشارکت در فعالیت های ورزشی و نشاط آور،
 - برنامه های آموزش مهارت،

- برنامه های درمان سرپایی،

- آموزش رهبری جوانان و مشاوره گروه های همسال،

- سمینارها و انجمن اجتماعی.

محتوای برنامه های آموزشی برای جوانان مبتنی بر شناخت آنان از ارزش های درونی، شامل وضعیت جسمانی و روانی است. برای والدین برنامه ها شامل مباحث در مورد ماهیت و وسعت و دامنه معضل موادمخدر است. در این برنامه ها طرز رفتار والدین با فرزندان و مصارف پزشکی و غیر پزشکی مواد اعتیادآور شرح داده می شود. از طرف دیگر رهبران جامعه توجه خاصی را به موضوعات پیشگیری و کنترل، امور اجرای قانون، درمان و بازتوانی مبتدول می نمایند. تعدادی از این برنامه ها عبارت اند از:

۱- پروژه آزمایشی آموزش جامعه با نام سن آنتونیو:

- سازمان جوانان شورایی را برای هماهنگی تمامی برنامه ها و فعالیت های مربوط به جوانان با هدایت و راهنمایی رهبران (هم اینک ۱۰ سازمان مربوط به جوانان در فیلیپین وجود دارد).

- سازمان مطالعه گروهی با هدف راهنمایی تربیتی برای والدین شامل: برنامه ریزی خانوادگی، امور تغذیه، انقلاب سبز، ارتقای سطح آموزش و تربیت مادر نسبت به فرزند.

- سازمان هدایت برنامه های آموزشی (کیفیت رهبری و پیگیری، چگونگی برگزاری سمینارها، تسلط بر تغییرات و روابط انسانی).

- سازمان برگزاری مسابقات فرهنگی - ورزشی.

۲- خدمات مدنی برای جوانان:

این برنامه به ابتکار شبکه بازتوانی سوء مصرف مواد مخدر طرح ریزی شده است. در این برنامه سخنرانی‌های مربوط به مواد مخدر و همچنین بازدید منظم از مراکز بازتوانی و درمان معتادان گنجانده شده است.

سمینار - گروه کاری رهبری جوانان:

این برنامه به تجهیز و آماده سازی جوانان از طریق ارتقای سطح مهارتی می پردازد. در این برنامه پروژه های تفریحی و خدمات اجتماعی گنجانده شده است. رویکرد کلی این برنامه رهبری جوانان در گروه همسالان است به نحوی که موضوع پیشگیری را در بین گروه تقویت نماید.

۴- سمینار آموزشی برای والدین:

در این سمینار برنامه های ویژه برای آموزش والدین به منظور ارتقای سطح تربیت فرزندان در خانه تدارک دیده شده است. والدین بر اساس این برنامه ها می آموزند که چگونه با فرزندان معتاد خود رفتار نمایند. به نحوی که منجر به تغییر نگرش منفی آنان شده و روند درمان معتادان را تسهیل نماید.

۵- بخش رفاه اجتماعی مربوط به آموزش و اطلاعات مربوط به اقدام های پیشگیرانه:

هیئت رفاه جوانان در بخش رفاه اجتماعی موضوعات مربوط به درمان جوانان را پیگیری می نماید. این برنامه ها در ۱۱ منطقه کشور انجام می شوند.

۶- یکپارچه سازی برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر:

صلیب سرخ فیلیپین برنامه های آموزشی یکپارچه را به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر به انجام می رساند.

۷- برنامه های پیشاهنگی به منظور آموزش پیشگیری:

بر اساس این برنامه، جوانان ضمن آموزش مسئولیت پذیری به طور گسترده در برنامه های پیشگیرانه مشارکت می نمایند. برنامه پیشاهنگی شامل فعالیت های ذیل است:

- برگزاری سمینار و جلسات سخنرانی و ایجاد زمینه برای گسترش آگاهی در مورد مشکل مواد مخدر.
- ایجاد انگیزه در رهبران گروه های پیشاهنگی برای پذیرش خطر سوء مصرف مواد و الزام در اجرای برنامه های پیشگیرانه، از طریق مشارکت مستقیم در برنامه های پیشگیرانه در سطح اجتماع.
- اقدام به فعالیت های سازمان دهی شده همچون ارتقای سطح آموزشی از طریق گنجاندن مطالب در برنامه های درسی.

- برنامه توسعه اجتماعی یکپارچه این برنامه شامل مواردی همچون تقویت ارتباط میان والدین - فرزند و معلم از طریق انجمن اولیاء و مربیان، بالا بردن امکان دستیابی به فرصت ها برای دانش آموزان به منظور شرکت در فعالیت های درسی، تقویت خدمات راهنمایی و مشاوره ای برای دانش آموزان، افزایش گفتمان های جامعه - مدرسه برای

به حداقل رسانیدن مشکلات بهداشتی و اجتماعی موجود و ارتقای سطح کمی و کیفی برنامه های رادیویی، تلویزیونی و چاپ برشور، جزوه و پوستر است.

فعالیت سازمان های غیر دولتی در فیلیپین:

تعداد زیادی از سازمان های غیر دولتی در فیلیپین مشغول فعالیت در زمینه مقابله با مواد مخدر هستند. دولت فیلیپین توانسته است از طریق فعال نمودن این سازمان ها گام های اساسی در زمینه مبارزه با سوء مصرف مواد مخدر بردارد. منطبق با راهبردها و مدل ها سازمان های غیردولتی همگام و همراه با دولت فیلیپین فعالیت مشترکی را به انجام می رسانند. حوزه های همکاری میان دولت و سازمان های غیردولتی عبارت اند از: درمان، آموزش، تحقیقات، آموزش های مربوط به پیشگیری و بازتوانی است.

مدل ها و راهبردها:

۱- تقویت خدمات فرهنگی و مذهبی،

۲- ترویج خدمات پیشاهنگی،

۳- امور مربوط به نوجوانان،

۴- تقویت ارتباط میان تحقیقات و مواد مخدر،

۵- ارائه خدمات بهداشتی،

۶- برگزاری گروه های کاری در مدارس،

۷- فعال سازی بخش غیردولتی در رادیو، تلویزیون و مطبوعات جهت طرح و بررسی موضوعات و مسایل مربوط به

مواد مخدر (همان منبع، ص ۱۳۰-۱۲۶).

۵- مکزیك:

مكزيك در بين كشورهاي قاره آمريكا از عمده ترين مراكز توليد و عرضه مواد مخدر خصوصاً ترياك محسوب مي شود. سابقه اين امر به قرن نوزدهم ميلادي بر مي گردد، دوره اي كه ترياك به عنوان محصولي با اهميت اقتصادي براي مكزيك مطرح بود.

در عين حال مكزيك به عنوان مركزي براي تصميم گيري و سياست گذاري سلاطين مواد مخدر در منطقه امريكاي لاتين مطرح بوده است.

معهدا بواسطه سياست هاي مبارزاتي ايالات متحده امريكا در خصوص مواد مخدر و مواد غير قانوني و مجازات مكزيك با اين كشور، مكزيك نيز بيش از بسياري از كشورهاي امريكاي مركزي و امريكاي جنوبي از سياست هاي مقابله اي امريكا متاثر بوده است.

از دهه ۱۹۷۰ مكزيك توجه ويژه اي به مبارزه با مواد مخدر خصوصاً برنامه هاي پيشگيري و آگاه سازي نموده است. در راستاي اجراي برنامه هاي پيشگيري، مجمعي به عنوان كميته ملي مبارزه با سوء مصرف مواد تشكيل گرديد. اهم فعاليت ها و وظائف كميته عبارت بودند از:

- تدوين برنامه هاي آموزشي براي پيشگيري هاي همگاني، موردی و انتخابی

- تدوين برنامه هاي آموزشي براي معتادان در حال درمان و توانبخشي

- تدوين برنامه هاي بهداشت عمومي

- سياست گذاري هاي مربوط به جرائم مواد مخدر و نحوه رسيدگي به تخلفات

- برنامه ریزی برای وسایل ارتباط جمعی (مطبوعات، رادیو و تلویزیون و...) در خصوص آموزش عمومی و اطلاع

رسانی

- سیاست گذاری های مالی و جذب منابع و بودجه

- بررسی قوانین موجود در خصوص مواد غیرقانونی و پیشنهاد برای اصلاح آن

- ارزیابی برنامه های درمانی، باز توانی و توانبخشی موجود و پیشنهاد برای بهبود آنها

- ایجاد روابط عمومی

کمیته مذکور را طیف وسیعی از افراد شامل روان شناسان، روان پزشکان، جامعه شناسان، مددکاران اجتماعی، حقوقدانان، داروسازان، پلیس، قضات دادگستری، کشیشان، معلمان، روزنامه نگاران، نمایندگان شوراهای محلی و شهری، زنان خانه دار، نمایندگان صنوف و اتحادیه های کارگری به عنوان اعضاء کمیته تشکیل می داد.

کمیته مبارزه ملی با سوء مصرف مواد برنامه های خود در دو بخش کاهش تقاضا و کاهش عرضه متمرکز ساخته بود.

در بخش کاهش تقاضا کمیته به انجام تحقیقات و توسعه نیروی انسانی متخصص در زمینه مواد مخدر و بهداشت عمومی نظیر اعتیاد شناسان، متخصصین طب اجتماعی، آسیب شناسان، توسعه استراتژی های تحقیقاتی معطوف به ایجاد نظام پایش، نظام اجرا و نظام ارزیابی مستمر با هدف مراقبت دائم از جامعه نظارت دارد.

در بخش کاهش عرضه نیز وظائف کمیته اصلاح قوانین موجود در کنترل مواد، وضع قوانین جدید، نحوه کیفر و مجازات مجرمین بخش مواد، نظارت بر تولید مواد غیر قانونی در داخل خصوصاً شناسایی اماکن و آزمایشگاه های تولید مواد غیر مجاز و مخدر، نظارت بر توزیع و فروش مواد و ایجاد نیروی مخصوص پلیس جهت جرائم مواد

(WHO, ۲۰۰۸, UNODCP, ۲۰۰۱).

سوء مصرف مواد در سراسر جهان، موسسات مختلف، اعم از موسسات آموزشی و بهداشتی و سازمان های دولتی و غیر دولتی را بر آن داشته تا راهکارهایی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد طراحی و اجرا کرده و رفتارهای سالم را ارتقاء دهند. برنامه های موفق در زمینه پیشگیری، مهارت های روانشناختی را برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر ضروری می داند. در مکزیك چندین برنامه برای پیشگیری از مواد انجام می شود که برخی از آنها عبارتند از:

برنامه " یو کوپرو، یو پویدو" (من می خواهم، من می توانم) که در مکزیك با حمایت بنیاد مربیان طراحی شده است، کودکان، معلمان و والدین را با خودآگاهی و مهارت های ارتباطی، گفت گو و حل مسئله آشنا کرده تا آنان بتوانند در مورد اجتناب از سوء مصرف مواد تصمیم گیری کنند. چون کودکان به دلایل اجتماعی و اقتصادی مختلف، بیشتر در معرض آزمایش و پذیرش مصرف مواد مخدر هستند. از نظر اجتماعی، در موقعیت افزایش رقابت جویی و کاهش حمایت خانواده و ارزش ها، کودکان با تغییرات اجتماعی و تکنولوژیکی سریعی روبرو می شوند. کودکان بسیار تأثیر پذیر شده و بیشتر آنان همواره باید با کنجکاوی شدید، تأثیر دوستان ناباب، عزت نفس کم، مقاومت در برابر مراجع قدرت، تلاش برای یافتن هویت و مشکلات برقراری روابط عاطفی سالم دست و پنجه نرم کنند. از نظر اقتصادی بیشتر کودکان مواد مخدر را برای تحمل فقر، بی توجهی، خشونت و سوء استفاده های جنسی مصرف می کنند. مخصوصاً جوانان فقیر شهری، از وابستگی به مواد مخدر به منظور بیدار ماندن برای کار و مدرسه رفتن، یا آرام کردن دردهای زندگی خیابانی استفاده می کنند. گزارش های جهانی به فراوانی و تنوع مواد و همچنین افزایش استفاده از آن در میان جوانان اشاره می کنند. مواد غیر مجازی که بیشترین استفاده را دارد ماری جوانا (۷۰,۳٪) و مواد استنشاقی (۵۴,۵٪) است. در مکزیك مصرف داروهای بدون تجویز پزشک و کوکائین در

سال های اخیر افزایش چشمگیری داشته است به این صورت که مصرف داروهای غیر تجویزی از ۹,۲٪ به ۱۸,۲٪ و مصرف کوکائین از ۱,۶٪ تا ۳۱٪ افزایش یافته است .

سومصرف الکل نیز یکی از مشکلات نوجوانان مکزیکی است، چرا که ۸۱٪ از جمعیت مکزیکی از ۱۴ سالگی مصرف الکل را آغاز می کنند و رانندگی در حین مستی اولین علت مرگ و میر افراد زیر ۲۰ سال است ۳۳٪ از مجموع افراد کمتر از ۱۵ سال سن دارند و اولین برخورد با موادمخدر یا مواد روانگردان را در سنین ۱۲ تا ۲۹ سال تجربه می کنند

در چنین موقعیتی است که برنامه های مخصوص جوانان دارای توانایی لازم برای جلوگیری از آغاز سوء مصرف مواد شناخته شده است. به موازات شیوع بیشتر مواد و پذیرش بیشتر آن در جامعه توسط نوجوانان، سازمان های دولتی، جامعه مدنی و بخش خصوصی برای ایجاد راه های متنوع و خلاقانه برای مبارزه با سوءمصرف مواد در حال فعالیت بوده اند برنامه هایی پیشگیری در صورتی موفقیت آمیز تلقی می شوند که مهارت های اساسی زندگی را پرورش داده و در گذر به دوره بزرگسالی سلامت فرد را تسهیل کنند. این مهارت ها و ظرفیت های اولیه برای تقویت توانایی های فردی به عنوان عواملی حفاظتی در برابر مصرف مواد عمل کرده و همچنین پایه رفتارهای مثبت در بزرگسالی را بنا می کنند. تمرکز بر جوانان نیازمند یک راهکار چند بعدی است که مهارت های زندگی از قبیل معاشرت، ارتباط مؤثر، تصمیم گیری مؤثر و با اطمینان و مهارت های حل مسئله را تقویت کرده و فرد را از رفتارهای مخاطره آمیز یا منفی مانند سوءمصرف تنباکو، الکل یا دیگر مواد بازدارد.

همچنین تمرکز بر جوانان نیازمند درک این مسئله است که اگر چه سیاست شکل دهنده عمل است، عمل نیز باید اطلاعات لازم را در اختیار سیاست قرار دهد. بنابراین، با اجرای آزمایشی برنامه هایی که شواهد محور، و نه صرفاً

سیاست محور، هستند نیازهای کودکان بیشتر در برنامه گنجانده می شود و مهارت های خاص زندگی به شکل متناسب تری به عنوان عوامل محافظتی در موقعیت های چالش برانگیز عمل می کنند

بر اساس این پژوهش، مهارت های بین فردی و اجتماعی، مهارت های شناختی و مدیریت عاطفی به عنوان سه گروه مهم از مهارت های زندگی که باید در برنامه های پیشگیری گنجانده شود شناخته شده است.

این پژوهش ها در سطح جهانی توسط شبکه ای از مدارس در مقیاس اجتماعی حمایت می شوند که چنین مقوله هایی را در برنامه های سلامتی خود گنجانده اند.

محیط مدرسه مکانی تأثیر گذار برای برنامه های پیشگیری است، چرا که اجرای درازمدت این برنامه ها و همچنین برقراری ارتباط بر پایه اعتماد درباره مصرف مواد در مدرسه امکان پذیر است .

برقراری اعتماد طولانی مدت بین دانش آموزان و معلمان درباره مصرف مواد نقش اصلی را ایفا می کند. پژوهش ها نشان می دهد برنامه های کوتاه مدتی که خطرات مصرف مواد را به عنوان یک گزینه سلامت مجزا ارائه می کنند با شکست مواجه می شوند زیرا دانش آموزان از منبع برنامه سلب اعتماد کرده و نمی توانند با ارائه منفصل اطلاعات ارتباط برقرار کنند. برنامه های موفق راهکارهایی بهداشتی ارائه می کنند که تلفیقی بوده و برای مذاکره و اجتناب از مصرف مواد، پرورش مهارت حل مسئله، تصمیم گیری و مهارت های مدیریت عاطفی از ارتباط استفاده می کنند در زیرفهرستی از اهداف ترکیب برنامه های آموزشی و سلامت جوانان با برنامه پیشگیری آورده شده است:

- اجرای راهکارهای تربیت معلم برپایه مهارت های زندگی

- اجرای برنامه درسی دانش آموز محور

- تشویق افراد به یادگیری فعالانه و مشارکتی

- پرورش تفکر انتقادی در دانش آموزان

- شناسائی اهداف برنامه و ارزیابی نتایج

اهداف به سه دسته از مهارت های زندگی تقسیم می شوند که باید در برنامه پیشگیری از مصرف مواد گنجانده شود. جدول شماره ۲ طرحی کلی است که نشان می دهد چگونه این اهداف در هر دسته جای می گیرند و چگونه در زمان تهیه برنامه مهارت های زندگی باید در نظر گرفته شوند:

جدول ۱: مهارت های زندگی		
مهارت های اجتماعی	مهارت های شناختی	مهارت های مدیریت عواطف
<ul style="list-style-type: none"> • مهارت های ارتباطی • مهارت های گفتگو • مهارت های اظهار وجود • مهارت های بین فردی و همدلی • مهارت های همکاری • مهارت های تحلیلی • مهارت های تصمیم گیری و حل مسأله، توانایی تحلیل یک موقعیت از دیدگاه های مختلف برای درک رویکردها و نتایج گوناگون • مسؤلیت برای اعمال • مهارت های تفکر انتقادی • تحلیل انتقادی اثرات والدین و تأثیر ارتباطات • خودشناسی در زمینه عقاید و هنجارها • خودسنجی • کنترل فشار روانی • کنترل بر احساسات مخصوصاً عصبانیت • پرورش مهارت های خودکنترلی 	<ul style="list-style-type: none"> • 	
جدول ۲: عوامل خطر و حفاظتی در رشد کودکان و نوجوانان		
عوامل حفاظتی		عوامل خطر
بزرگی های فردی		
<ul style="list-style-type: none"> • پرورش نیافتن خودکارآمدی: توانایی کم در مدیریت استرس، تحمل کم در برابر ناکامی، خودشناسی ناکافی • مهارت های شناختی • مهارت های اجتماعی- شناختی • استعداد اجتماعی • خودکنترلی • داشتن احساس مثبت و شفاف درباره معنی زندگی 	<ul style="list-style-type: none"> • 	
بزرگی های خانوادگی و اجتماعی		
<ul style="list-style-type: none"> • موقعیت خانواده: موقعیت اجتماعی و اقتصادی ضعیف، بیماری روانی یا سوء مصرف مواد در خانواده، موقعیت های تنش زا، فقدان ارتباطات، درگیری های خانوادگی و ارتباط ضعیف با والدین • مشکلات بین فردی: اجتناب از دوستان و گوشه گیری • ارتباط عاطفی قوی با والدین • حمایت زیاد از سوی خانواده • ارتباطات قوی با والدین و دیگر بزرگسالانی که الگوی مثبتی هستند • مهارت های حل اختلاف • توانایی بیان نیازها 	<ul style="list-style-type: none"> • 	
بزرگی های محیطی		
<ul style="list-style-type: none"> • کمبود حمایت اجتماعی و عاطفی • فقدان برنامه های پیشگیری و مهارت های زندگی یا وجود برنامه های ثابت و بدون انعطاف • ارتباط میان خانه و مدرسه • توجه و حمایت از طرف مدرسه؛ احساسی تعلق به یک "اجتماع" در کلاس و در مدرسه • مشارکت دانش آموزان، تعهد و مسؤلیت در فعال یادگیری • فرصت هایی برای مشارکت دانش آموزان در اجتماع 		

عناصر این سه دسته از اهداف باید یکدیگر را تکمیل و تقویت کنند، نه آن که به صورت جداگانه اجرا شوند.

عناصر این سه دسته از اهداف باید یکدیگر را تکمیل و تقویت کنند، نه آن که به صورت جداگانه اجرا شوند.

مثلاً برای تقویت استعداد اجتماعی در میان نوجوانان، برنامه آموزشی باید بر مهارت های ارتباطی (مهارت های

اجتماعی)، بر پرورش توانایی تحلیل موقعیت از میان موقعیت های مختلف اجتماعی (مهارت شناختی)، بر

مدیریت واکنش های عاطفی در برابر یک مشکل (مهارت مدیریت عواطف) تمرکز کند برنامه های موفق باید

با در نظر گرفتن اینکه چگونه این سه عامل با عوامل خطر و عوامل حفاظتی در ارتباط هستند طراحی شود؛

جدول ۲ چنین ارتباطی را نشان می دهد

طراحی یک مداخله خاص

در نظر نظرسنجی های ملی که در سال ۱۹۹۳ در مکزیک انجام شد، ۹۶٪ از کسانی که مورد مصاحبه قرار

گرفتند بر این باور بودند که برنامه های مدرسه باید ارتباط بین والدین و کودکان، ۹۵٪ خود آگاهی، ۹۱٪

تصمیم گیری، ۹۴٪ پیشگیری از سوءاستفاده جنسی و ۹۱٪ چگونه بچه متولد می شود را شامل شوند. معلمان و

والدین برای گنجاندن این موارد در برنامه های مدرسه حمایت خود را اعلام کردند.

در ۱۹۹۸ با توجه به شیوع سوء مصرف مواد مخدر در مکزیک، جمعیت جوان معتاد و شرایط پیرامون مشکل

مصرف مواد و الکل، برنامه های ویژه ای برای آموزش مهارت های زندگی تهیه کرد. برنامه یو کیورو، یو

پویدو (من می خواهم، من می توانم) بر رشد مهارت های زندگی تأکید دارد (به عبارت دیگر بیان احساسات،

مدیریت تنش) که ارتباط آن با مصرف مواد مخدر در نوجوانان ثابت شده است.

این برنامه شامل مجموعه ای از کتاب های کار بود که برای دانش آموزان کلاس ۱ تا ۹ تنظیم شده است و برای معلمان، مواد آموزشی و برای دانش آموزان فعالیت هایی متناسب با سن آنان را در بر و شامل موارد موجود در جدول شماره ۲ می باشد: می گیرد .

این برنامه دارای مجموعه گسترده ای از عناوین مکمل است که به منظور تقویت مجموعه ای از مهارت های فراگیر در شرکت کنندگان به کار می رود. این عناوین در برنامه درسی هر مقطع تحصیلی گنجانده شده است در ارزیابی که پس از دوره تربیت معلمان به عمل آمد، ۹۷٫۶٪ گزارش کردند که این دوره به خوبی یا بسیار خوب عمل کرده است و ۸۶٫۷٪ بر این باور بودند که این دوره باید اجباری شود. نتایج اولین ارزیابی برنامه مهارت های زندگی " من می خواهم، من می توانم " نشان داد تغییرات زیادی در کودکانی که این دوره را گذراندند صورت گرفته است .

به طور مثال پس از گذراندن دوره، کودکان تمایل داشتند احساسات شان را بیان کنند (۵۹٫۶٪ قبل - ۶۶٫۷٪ بعد) و بیشتر درخواست کمک کرده و تردید خود را ابراز می کردند (۳۲٫۲ - ۴۵٫۶٪)

در حیطه تصمیم گیری و مسئولیت، پس از این دوره تعداد بیشتری از کودکان معتقد بودند که نتایج بیشتر از اینکه بر پایه شانس باشد بر اساس تلاش بوده است (۳۳٫۷٪ - ۵۷٫۳٪) و بیشتر بر این باور بودند می توانند تصمیم گیری کنند (۸۱٫۸٪ - ۹۳٫۱٪) و کودکان بیشتری معتقد بودند دختران و پسران کارهای مشابهی را می توانند انجام دهند (۵۰٪ - ۷۷٫۵٪) این متغیرها به عنوان عوامل محافظتی برای خطرات مختلفی از جمله مصرف مواد مخدر، سوءاستفاده جنسی و ترک تحصیل در نظر گرفته می شوند. (به نقل از پایگاه اطلاع رسانی پیشگیری نوین ، ستاد مبارزه با مواد مخدر)

۶- ترکیه

ترکیه خصوصاً از اواخر قرن پانزدهم میلادی که مقارن با تاسیس و توسعه امپراطوری عثمانی است بواسطه همجواری با ایران و از طریق ایران با هند و چین با تریاک و حشیش آشنا بود. در طول قرن شانزدهم و هفدهم میلادی شیوع مصرف تریاک در سرزمین های عثمانی خصوصاً در میان درباریان و رجال و سپس در میان اقشار مختلف جامعه مشهود است. با این همه تریاک و مصرف آن عمدتاً جنبه دارویی و درمانی داشت.

با گسترش قلمرو امپراطوری عثمانی خصوصاً به بخش هایی از حجاز، مصر، شام و نیز مناطقی در اروپا مصرف تریاک به ویژه به صورت خوراکی (خوردن) جنبه عادی به خود گرفت به طوری که به زعم برخی از سیاحان و مورخان، در قرن شانزدهم مصرف تریاک در عثمانی نتیجه یک تمایل عمومی است و به زحمت می توان از ده نفر یک نفر را یافت که به این عادت آلوده نباشد (شاردن، ۱۳۴۹). در کنار مصرف تریاک استعمال بنگ و حشیش وجود داشت که مشتریان چند ساعتی در این اماکن بنگ و حشیش می کشیدند (همان منبع).

با آنکه برخی از پادشاهان عثمانی نظیر سلطان سلیم و سلطان سلیمان با گسترش تریاک در امپراطوری عثمانی مخالفت می کردند، ولی از آنجا که این دوران مقارن با رشد و توسعه استعمار غرب است، استعمارگران غربی سعی کردند که از اعتیاد بر علیه جوامع در حال رشد بهره برداری کنند. به گونه ای که کشت خشخاش در مناطق نزدیک مرزهای ایران و در بخش هایی از کردستان متداول شد. همچنین از سرزمین های مجاور ترکیه نظیر ایران و افغانستان ورود مواد نارکوتیک خصوصاً تریاک رواج یافت. با روی کار آمدن سلسله قاجاریه در ایران تریاک به صورت یکی از مهمترین اجناس صادراتی ایران درآمد که دولت و ملاکین از آن متمتع می شدند. عثمانی یکی از مناطق عمده صادرات تریاک ایران بود (ذوالقدری، ۱۳۶۰).

با فروپاشی امپراطوری عثمانی در اواخر قرن نوزدهم و تاسیس دولت جدید ترکیه به رهبری کمال آتاتورک در اوایل قرن بیستم، دولت ترکیه که به نام "جمهوری ترکیه" نام گذاری شد، برنامه های اصلاحی متعددی را جهت ایجاد و تاسیس یک نظام سیاسی و اجتماعی مدرن و متجدد آغاز کرد (لیدن و اشمیت، ۱۹۶۸: ۱۴۱).

یکی از برنامه های دولت جدید که از زمان نهضت کمالیسم آغاز (۱۹۲۵ میلادی) و تا دهه ۶۰ میلادی (کودتای نظامیان ترک) ادامه داشت و پس از آن نیز با تغییرات و تحولاتی تداوم یافت برنامه مبارزه با مواد مخدر هم در سطح کاهش عرضه و هم در سطح کاهش تقاضا بود (رشات آکتان، ۱۹۶۶).

راهبرد ملی کاهش تقاضای مواد مخدر جمهوری ترکیه بر اساس رویکردی متوازن و متعادل و اقدامات ترکیبی در حوزه های پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه، درمان، بازتوانی، توانبخشی و کاهش آسیب (Harm Reduction) خصوصاً پیشگیری از بیماری ایدز و سایر بیماری های واگیردار و بیماری های مقاربتی است. در تدوین برنامه های مربوط به کاهش تقاضا آن چه اهمیت دارد آن است که میان سازمان های مقابله ای و ارگان های مربوط به حوزه کاهش تقاضا باید طوری هماهنگی شود که ایجاد موازنه تضمین گردد. اصول ذیل برای اهداف اساسی و کلیدی این راهبرد عبارت اند از:

۱. شروع اولیه اقدام های مربوط به پیشگیری با هدف تضمین تاثیر و نفوذ گرایش های بهداشتی مربوط به الگوی زندگی در سنین شکل پذیری کودکان و جوانان،
۲. فعالیت های ترکیبی و جامع کاهش تقاضای مواد از طریق برنامه ریزی و مدیریت برای ارتقای هر چه بیشتر تاثیر اقدام های پیشگیرانه،
۳. مداخلات خاص و هدفمند در میان گروه های شناسایی شده با ریسک بالا (راهبرد ملی مواد مخدر ترکیه، ۲۰۰۴).

به طور کلی پیشگیری اولیه به عنوان اصل پایه برای توسعه فعالیت های موثر به منظور مقابله و مبارزه با مواد مخدر و مواد مخدر و موادی قانونی در سیاست های دولت ترکیه لحاظ گردیده است. با در نظر گرفتن پیشگیری اولیه به عنوان اصل پایه در برنامه های کاهش تقاضا و به عنوان هدف اصلی در راهبرد جدید، پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر نقش کلیدی را در روش جدید ایفا می کند.

زمینه های همکاری ها میان وزارت خانه های مسئول مانند وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، کشور، دفاع و فرهنگ به منظور توسعه ابتکارها در زمینه پیشگیری اولیه ایجاد خواهد شد. اما به طور خاص فعالیت های مکمل بر اساس جمعیت مدرسه و تنظیم ابتکارها و اقدام ها در برنامه های تحصیلی مدارس در نظر گرفته شده اند.

در مورد اقدام های درمانی در این زمینه توسعه برنامه و واحدهای درمانی و نیز ایجاد سرویس های جدید از جمله پذیرش، ارائه اطلاعات، همکاری و ایجاد سرویس های درمانی قابل مراجعه مد نظر قرار گرفته اند. در این برنامه تدارکات برای ارائه زمینه ای مناسب به منظور توسعه برنامه های مربوط به درمان های جایگزین در سیستم بهداشت ملی پیش بینی گردیده اند. برای توسعه امنیت اجتماعی معتادان پس از طی مراحل درمانی، همکاری نزدیکی میان وزارتخانه های بهداشت و کار و امور اجتماعی لازم و ضروری تشخیص داده شده است (به نقل از راهبرد ملی مواد مخدر ترکیه، ۲۰۰۴ و UNIDCP، ۲۰۰۷).

همکاری بین وزارتخانه ها و همکاری های میان رشته ای، بین بخشی و بین المللی:

یکی از علائم موفقیت در برنامه های کاهش تقاضا کسب نتایج موفقیت آمیز برای یکپارچه سازی سیستم آموزشی، بهداشتی، و اجتماعی است. در این زمینه هماهنگی میان بخش های دولتی و غیردولتی دارای اهمیت اساسی است. بنابراین اهداف برنامه ملی کاهش تقاضا در این بخش عبارت اند از:

- همکاری میان وزارتخانه های مرتبط (وزارتخانه های آموزش، جوانان و ورزش، وزارت بهداشت، وزارت رفاه اجتماعی)،

- همکاری میان رشته های متفاوت و شاخه های علمی،

همکاری میان بخش دولتی و غیردولتی برای تامین مداخله و همکاری موسسات و سازمان های دولتی، سازمان های غیردولتی، بنیادهای خیریه، انجمن های مذهبی، مساجد و انجمن های کلیسایی و بخش خصوصی،

- همکاری با سازمان های بین المللی مرتبط و درگیر با حوزه مبارزه با مواد به منظور استفاده و بهره گیری از تجارب خارجی و کمک های آنها تا حد ممکن (همان منبع).

در تدوین سیاست های موثر کاهش تقاضا در ترکیه بر گرایش های عمل گرایانه (پراگماتیست)، واقع گرایانه (رنالیست) و عقلانی (رشنالیست) و عمدتاً بر اساس ارزیابی های دقیق و مطالعات دانش بنیان و برآوردهای عقلانی از مسئله اعتیاد تاکید گردیده است. بر این اساس اهداف واقعی و قابل دسترس برای سیستم آموزشی، بهداشت عمومی و اجتماعی کشور تعیین شده اند.

به زعم سیاست گذاران و برنامه ریزان ترکیه با توجه به منابع محدود اقتصادی و تخصصی و نیز هزینه بر بودن اعتیاد برای جامعه، راهبرد کاهش تقاضا متمرکز بر فعالیت های پیشگیرانه از یک سو و فعالیت های درمانی از سوی دیگر است. چنین رویکردی سبب حصول به نتایج و برون دادهای قابل انتظار و در حداقل زمان می گردد (به نقل از راهبرد ملی ترکیه در مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۰۴).

در این برنامه ها به توسعه سازمان ها و برنامه های پیشگیری به منظور ایجاد پوشش به تمامی جمعیت ترکیه از طریق پیشگیری همگانی و نیز افزایش سطح آگاهی و اطلاعات مردم در زمینه مواد مخدر، توسعه امکانات و زمینه مطالعات علمی و تحقیقات کاربردی در زمینه سبب شناسی و فراگیر شناسی (اپیدمیولوژی) اعتیاد و سوء مصرف

مواد، توسعه امکانات درمانی و ارایه خدمات توانبخشی و نوتوانی برای معتادان، کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد مخدر، توسعه برنامه های کاهش تقاضا به طور اخص برای جوانان و افراد زیر ۱۸ سال، تدوین برنامه های معطوف به کاهش جرائم مرتبط با مواد مخدر، تدوین برنامه هایی جهت بازنگری در قوانین مربوط به مواد مخدر و اصلاح آن ها و کاهش دسترسی به مواد تاکید گردیده است (همان منبع).

برای ارزیابی برنامه های اجرا شده در خصوص کاهش تقاضا و نیز برنامه های در حال اجرا، سیستم ارزیابی در نظر گرفته شده است.

به طور کلی اهداف عام و اصلی و اهداف خاص راهبرد ملی ترکیه در کاهش تقاضای مواد مخدر و روان گردان ها را می توان به شرح زیر خلاصه نمود:

اهداف اصلی:

۱. حمایت از شهروندان و به ویژه جوانان در تصمیمات فردی برای زندگی بدون مواد،
۲. دستیابی به کنترل شیوع و گسترش موارد سوء بهداشتی و عواقب اجتماعی ناگوار که باعث تشدید گرایش به سمت مصرف مواد روان گردان می گردند،

اهداف خاص در حوزه پیشگیری اولیه:

۱. افزایش سطح دانش و آگاهی و ارتقای کیفیت مهارت های مربوط به مقاومت و فراگیری مهارت های زندگی در سطح کودکان در حال تحصیل در مقطع ابتدایی و راهنمایی از طریق معرفی برنامه های مربوط به پیشگیری و گنجاندن آنها در برنامه های آموزشی و از طریق حمایت از برنامه های موثر پیشگیرانه،
۲. آموزش جمعیت هدف شامل (معلمان، پزشکان و مددکاران مراقبت های بهداشتی اولیه، مددکاران اجتماعی و گروه های همسالان) که در زمینه پیشگیری اولیه فعال هستند،

۳. افزایش آگاهی عمومی در مورد خطرات و نتایج و عواقب منفی مصرف مواد روان گردان از طریق استفاده از وسایل ارتباط جمعی،

۴. درگیر ساختن جوامع محلی و مقامات شهرها و نواحی در فعالیت های مربوط به پیشگیری نوع اول با مورد توجه قرار دادن جمعیت جوان در معرض خطر در محیط مدرسه، خانواده و اجتماعات محلی،

۵. معرفی برنامه های مداخله زودرس و خدمات سرپایی،

۶. پشتیبانی از فعالیت های جایگزین برای اوقات فراغت برای افراد جوان به عنوان وسیله ای برای نفوذ و تاثیرگذاری بهداشتی بر رفتار و الگوی زندگی.

اهداف خاص در حوزه پیشگیری نوع دوم (درمان و بازتوانی):

۱. افزایش دسترسی خاص به مراقبت های بهداشتی و پزشکی،

۲. ایجاد یک سیستم ترکیبی و مرتبط با یکدیگر، خدمات درمانی و بازتوانی مربوط به گروه ها و افراد تحت تاثیر،

۳. آموزش مددکاران حرفه ای و افزایش مداوم کیفیت و تاثیر مراقبت فراهم شده،

اهداف خاص در حوزه پیشگیری نوع سوم (شامل برنامه های کاهش آسیب):

۱. به حداقل رسانیدن عواقب و نتایج بهداشتی و اجتماعی مصرف مواد شامل پیشگیری از امراض و بیماری های مسری.

اهداف خاص در حوزه سیستم اطلاعات مواد مخدر و تخمین نیازمندی ها:

۱. فراهم نمودن زمینه تخمین سریع وضعیت مواد در کشور با استفاده از فن آوری ترکیبی کیفی و کمی،

۲. وظایف عمده در نظر گرفته شده برای تحقق اهداف راهبرد ملی کاهش تقاضای مواد مخدر.

در روند پیشگیری از سوء مصرف مواد، خانواده، والدین، مدارس، رسانه های گروهی و کل جامعه نقش دارند. رویکردهای پیچیده و برنامه های وسیع برای کاهش بروز رفتارهای خطرناک تدوین گردیده اند. اطلاعات به تنهایی نمی تواند عاملی موثر برای اجرای برنامه های پیشگیرانه قلمداد گردد و همچنین اقدام های منفرد باعث حصول نتایج مورد انتظار ناشی از تدوین برنامه نمی گردند. اصول ذیل به طور کلی مبنای برنامه ریزی موثر پیشگیری در نظر گرفته می شوند:

- رویکرد طولانی مدت و فراگیر،

- شروع زود هنگام فعالیت های پیشگیرانه،

- مداخلات هدفمند برای جمعیت در معرض خطر بالا،

- روش شناسی با کنش متقابل متمرکز بر تاثیر گذاری بر گرایش ها و رفتارهای پر خطر و خطرناک،

- ارتقای عوامل حمایت کننده در مورد افراد، خانواده و سطح گروه همسالان و جامعه،

- توجه به ترویج بهداشت مرتبط با خطر مصرف مواد غیر قانونی.

برنامه های پیشگیری فعالیت های وسیعی را پوشش می دهند و از لحاظ نوع شامل زمینه های ذیل می باشند:

۱. برنامه های مدرسه مدار،

۲. برنامه های رسانه محور،

۳. برنامه های جامعه محور،

۴. برنامه های ترکیبی و چند بخشی (WHO, UNICEF, ۲۰۰۷, ۲۰۰۵).

۷- کویت

کویت از جمله کشورهای سختگیر نسبت به قاچاق مواد مخدر است با این همه در سالهای اخیر میزان معتادین این کشور رو به فزونی است. تمامی کشورهای دنیا مجازات هایی برای قاچاق مواد مخدر وضع کرده اند و افرادی که اقدام به تولید، ترانزیت، فروش و یا توزیع مواد کنند، شامل این قوانین تنبیهی می شوند.

در کویت قاچاق مواد جرمی وابسته به وزن و اندازه مواد قاچاق شده دارد و اگر فردی با مقداری بیش از حد معین مواد دستگیر شود، متهم به قاچاق می شود. حتی اگر کسی اقدام به تولید، خرید، فروش، ترانزیت و توزیع مواد نکرده باشد و تنها قدری ماده مخدر غیر قانونی (بیش از حد مجاز) در تملک او یافت شود نیز گناهکار شناخته خواهد شد. مجازات های قاچاق مواد مخدر در بین کشورهای جهان تا حد زیادی متفاوت است و شامل اعدام، زندان، جریمه مالی، آزادی به قید التزام و کار اجباری است. در برخی کشورها واردات، صادرات، ترانزیت و تملک مواد مخدر غیر قانونی، مجازات های سنگینی چون اعدام در پی دارد.

بنا بر دو تحقیقی که در سال های ۲۰۱۱ و ۲۰۱۲ به ترتیب توسط سازمان مردم نهاد «وکلای به هم پیوسته» در هند و بنیاد «کاهش آسیب بین المللی» انجام شده، ۳۲ کشور مجازات اعدام را برای جرایم مربوط به مواد مخدر و روان گردان در نظر گرفته اند که در ۱۳ کشور این مجازات لازم الاجرا و حتمی است. لیست این ۳۲ کشور در ادامه آمده است:

«افغانستان، بنگلادش، بروئی، چین، کوبا، مصر، هند، اندونزی، ایران، عراق، اردن، کویت، لائوس، مالزی، مراکش، کره شمالی، عمان، قطر، پاکستان، عربستان، سنگاپور، سومالی، سری لانکا، سوریه، سودان، تایوان، تایلند، امارات، آمریکا، ویتنام، یمن، زیمبابوه» (مجله مهر، ۱۳۹۳)

افزایش شمار معتادان در سالهای اخیر در کویت موجب نگرانی شده است، برخی جمعیت ها در کویت موفق تر از مراکز تخصصی در پیشگیری و درمان اعتیاد بوده اند. البته کمبود منابع مالی مانع بزرگی برای توسعه آنها می باشد. گرایش به مواد مختلف در کویت دلایل متعددی دارد که بی توجهی و نداشتن مهارت در والدین مهمترین آن محسوب می شود، از همین رو آموزش و پیشگیری از اعتیاد از مدارس کویت آغاز می شود. کویت از جمله کشورهایی است که تلاش های وسیعی را در دوره متوسطه در زمینه آموزش پیشگیری از اعتیاد شروع کرده است. اهداف آموزش پیشگیری از اعتیاد در دوره متوسطه شامل مواد زیر است:

۱. آگاهی از انواع مواد مخدر

۱-۱- داروهای نیروزا؛

۱-۲- مواد تحریک کننده (آمفتامین و کوکائین)؛

۱-۳- داروهای آرام بخش و خواب آلود؛

۱-۴- مواد مخدر (تریاک و حشیش) و

۱-۵- مواد توهم زا (مسکالین - سیرنیل - هارمین و ال.اس.دی).

۲. رابطه سیگار با سلامتی

۲-۱- زیان های سیگار برای زنان باردار؛

۲-۲- رابطه سیگار کشیدن با بیماری های قلب و عروق و دستگاه تنفس و

۲-۳- زیان های سیگار برای غیر سیگاری ها.

۳. پیامدهای مصرف مواد مخدر

۳-۱- تأثیر مواد مخدر بر سیستم اعصاب؛

۳-۲- زیان های اجتماعی و روانی مصرف مواد مخدر؛

۳-۳- چگونگی مقابله با مصرف مواد مخدر و

۳-۴- علل بروز اعتیاد .

۴. مشکلات اجتماعی و روانی در شهرها و جوامع مختلف

۴-۱- مشکلات جوانان و

۴-۲- مشکلات خانواده.

۵. خمر و احکام آن از دیدگاه دین مقدس اسلام

۵-۱- مفهوم خمر و احکام آن؛

۵-۲- علت تحریم شراب از دیدگاه دین مبین اسلام؛

۵-۳- شرب خمر و چگونگی جاری شدن حد بر شراب خوار؛

۵-۴- تجارت خمر و احکام آن؛

۵-۵- نظرات دانشمندان غرب در مورد شراب و

۵-۶- نظرات علمای اهل سنت در مورد مواد مخدر .

روش هایی که در آموزش و ارائه این موضوعات مورد استفاده مؤلفان قرار گرفته است، عمدتاً روش های منطقی

و استدلالی و روش ارزش های دینی است.

چگونگی تلفیق آموزش پیشگیری از اعتیاد در کتب درسی

محتوای آموزش پیشگیری از اعتیاد، به تناسب موضوع با کتب درسی زیر تلفیق شده است.

۱. زیست‌شناسی (سلامت دستگاه تنفس، سیگار کشیدن و خطرات آن، چگونگی حفظ سلامت دستگاه تنفس، داروهای نیروزا و مخدر، مواد تحریک‌کننده یا نیروزا، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، مواد مخدر و مواد توهم‌زا و تأثیر مواد مخدر بر سیستم اعصاب).
۲. مسائل جغرافیایی عصر ما (مشکلات اجتماعی و روانی در جوامع شهری و روستایی، اسلام و مشکلات معاصر و انواع مشکلات اجتماعی و خانوادگی).
۳. مطالعاتی در تشریح اسلامی (تجارت خمر، تجارت مواد مخدر، احکام خرید و فروش، حد سکر، چرا اسلام خمر را تحریم کرده است، مفهوم خمر و شرب خمر و راه حل الهی).
۴. تربیت اسلامی (جریمه شرب خمر، حکمت تحریم، مجازات شراب‌خوار، چگونگی جاری شدن حد، نوشیدنی‌های حرام، مراحل تحریم خمر، شهادت علمای غرب در مورد شراب، هر مسکری حرام است، حرمت معالجه با خمر، حفظ نوامیس با مجازات و تربیت و مجازات افرادی که به جان مردم تعدی می‌کنند).

ب- تجربه کشورهای توسعه یافته:

۱- آفریقای جنوبی:

آفریقای جنوبی براساس توصیه های شورای بین المللی الکل و اعتیاد^{۲۳} (ICAA) کوشیده اند که برنامه های کاهش آسیب^{۲۴} را در راهبردهای مبارزه با موادمخدر خود لحاظ نماید. برنامه های کاهش آسیب بنا به توصیه (ICAA) نباید در حدود قانون و جرم زدایی دچار ابهام گردند. براساس سیاست های اعلامی از سوی شورای بین المللی الکل و اعتیاد، تمرکز بر کاهش آسیب باید منجر به کاهش پیشگیری از تأثیرات آسیب زای ناشی از استفاده از الکل و دیگر مواد گردد (ICAA, ۱۹۹۴, به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۱۰۵).

بدین ترتیب موادمخدر بنابه توصیه ICAA، برنامه های کاهش آسیب را در راهبردهای مبارزه با موادمخدر خود لحاظ نموده است. با توجه به شیوع و گستردگی بیماری ایدز در آفریقای جنوبی، تعویض سرنگ های آلوده به عنوان یک اقدام مؤثر پیشگیرانه مدنظر مسئولان مبارزه با موادمخدر قرار دارد. همچنین استفاده از داروی نگهدارنده متادون در برنامه های کاهش آسیب در نظر گرفته شده است (برنامه ملی اقدام دولت آفریقای جنوبی برای مبارزه با موادمخدر، ۱۹۹۸).

کودکان، نوجوانان و جوانان در برنامه های کاهش تقاضای موادمخدر در آفریقای جنوبی دارای جایگاه ویژه ای هستند. در ۱۶ ژوئن سال ۱۹۹۵ دولت آفریقای جنوبی کنوانسیون حقوق کودک و در دسامبر سال ۱۹۹۹ اعلامیه اجلاس جهانی در مورد کودکان را به تصویب رسانید. دولت با تصویب این کنوانسیون و اعلامیه، خود را ملزم به

^{۲۳} . International Committee of Alcohol and Addiction

^{۲۴} . Harm Reduction

لحاظ نمودن کودکان در تمامی برنامه ها نمود. وزارت دادگستری در این راستا موظف گردید تا زمینه های لازم را برای رسیدگی به جرایم کودکان فراهم نماید و سیستم مناسب را در این ارتباط ایجاد کند.

وزارتخانه های بهداشت، رفاه، آموزش، جنگل بانی و امور آب، دادگستری و اقتصاد، همکاری گسترده را برای اجرایی نمودن مفاد کنوانسیون و اعلامیه آغاز نمودند. گروه کاری مرکب از بخش های قضایی و نمایندگان وزارت دادگستری به عنوان مسئول این کار، رفاه، سرویس های تادیبی و همچنین سازمان های غیردولتی و صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد UNICEF تشکیل شد. دو حوزه توسط این گروه کاری مورد توجه قرار گرفت که عبارت بودند از:

- تأسیس و ایجاد سیستم قضایی برای رسیدگی به جرایم نوجوانان،
- حمایت و بازتوانی کودکان در مورد استفاده از آنها برای قاچاق موادمخدر، و مصرف موادمخدر توسط آنان.

برای مجرمان نوجوان در سیستم قضایی مجازات های جایگزین و همچنین امور درمانی در نظر گرفته شدند. فرآیند کار آغاز شده به ویژه در زمینه سوء مصرف موادمخدر توسط نوجوانان تمرکز نمود. در این ارتباط به نهادهای بیشتری برای اعمال مجازات های جایگزین نیاز بود که سعی گردید تا با شناخت این نیازها به رفع آنها از طریق تأسیس مؤسسات و نهادهای ذیربط اقدام شود.

تخمین زده می شود که تقریباً ۴۶ درصد جمعیت آفریقای جنوبی دارای سنین ۲۰ سال و کمتر باشند. با استفاده از دیگر آمارهای مرتبط می توان دریافت که نیمی از جمعیت آفریقای جنوبی فقیر و نیمی از همین جمعیت فقیر کودکان هستند (منبع پیشین).

تحقیقاتی در زمینه نتایج اجتماعی و بهداشتی ناشی از مصرف مواد اعتیادآور در آفریقای جنوبی صورت پذیرفته است که نتایج به دست آمده از این تحقیقات نشان می دهند، مصرف اکستاسی، LSD و SPEED در میان نوجوانان بیش از میزان مصرف این مواد در میان افراد بزرگسال است.

تحقیقات صورت گرفته توسط شبکه همه گیرشناسی اجتماعی آفریقای جنوبی سوءمصرف مواد SACENDU لزوم توجه بیشتر به جوانان در راهبرد ملی مبارزه با موادمخدر را به اثبات رسانیده است. در این زمینه به نمونه های زیر اشاره شده است:

- ۲۶ درصد از افراد دستگیر شده در ارتباط با جرایم موادمخدر در کیپ تاون در نیمه دوم سال ۱۹۹۸ افراد نوجوان بوده اند و بیشتر از ۸ درصد از این افراد برای بار دوم در طی شش ماه گذشته دوباره دستگیر شده اند.

- در دوربان آفریقای جنوبی، محققان دریافتند افراد بستری در مراکز درمانی اعتیاد در سال ۱۹۹۷ تا ۱۸ درصد افراد چون کمتر از ۲۰ سال بوده اند و این درحالی بوده است که این میزان نسبت به مدت مشابه در سال ۱۹۹۶ تنها ۷ درصد بوده است. (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۱۰۶).

برای پرداختن به امور اعتیاد نوجوانان و جوانان در آفریقای جنوبی نیاز به ایجاد خدمات درمانی ویژه است. این ویژگی خدمات به دلیل آن است که جوانان و نوجوانان وابستگی بیشتری به خانواده و جامعه دارند و همچنین آنها بیشتر در معرض تأثیرات ارتباطی از طریق گروه های همسال و فرهنگ عمومی هستند. آنها اغلب نیاز به آموزش و یا آموزش شغلی دارند.

کمیسیون ملی جوانان آفریقای جنوبی براساس قانون سال ۱۹۹۶ تأسیس شده است و رئیس آن سمت معاونت رئیس جمهوری را برعهده دارد. این کمیسیون در حوزه های مرتبط با سوءمصرف موادمخدر توسط جوانان کار می کند.

در آفریقای جنوبی در حال حاضر اقدام های گسترده ای برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان جوانان توسط ارگان های ذی ربط در حال اجراست.

۱. وزارت رفاه: در ماه می سال ۱۹۹۵، بخش های ملی و استانی وزارت رفاه اقدام مدرسه مدار ملی را برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان نوجوانان و جوانان را محقق نمودند. این برنامه با عنوان «من معتاد به زندگی هستم» برای سنین ۱۱ تا ۲۰ سال تهیه گردیده است. هر روز بعد از ظهرها و به هنگام غروب برنامه های تلویزیونی برای آگاه سازی این گروه سنی در نظر گرفته شده و اجرا می شوند. این برنامه ها به ترتیب ۱۳ برنامه ۲ دقیقه ای و ۱۳ برنامه ۹ دقیقه ای هستند. ۱۳ برنامه رادیویی ۳ دقیقه ای به ۱۱ زبان برای پیشگیری اجرا می شوند. پوستره های ضد مواد مخدر در مدارس توزیع می شوند. توزیع بروشورهای آموزشی از دیگر اقدام هایی است که در این زمینه اجرا می شوند. حتی برنامه های ویدیویی نیز از طریق معلمان در مدارس اجرا می گردند. برنامه های آموزشی و پیشگیرانه برای نوجوانان دستگیر شده ای که در زندان ها به سر می برند نیز پیش بینی گردیده اند.

تغییرات قانونی برای تضمین اینکه نوجوانان زیر ۱۸ سال به دلیل ارتکاب به جرم در زندان ها نگهداری نمی شوند در حال حادث شدن هستند. در سال ۱۹۹۷، ۳ هزار نوجوان زیر ۱۸ سال که مشغول گذراندن دوران محکومیت خود در زندان بودند با همکاری میان وزارتخانه های رفاه و دادگستری از زندان به محیطی دیگر منتقل شدند.

۲. وزارت آموزش: وزارتخانه، برنامه آموزشی خود تا سال ۲۰۰۵ را ارائه نموده است. این برنامه شامل آموزش مهارت های زندگی و شناسایی و تشریح رفتارهای خطرناک می باشد. فرهنگ یادگیری، آموزش و خدمات که به ابتکار نلسون ماندلا در فوریه سال ۱۹۹۷ ایجاد شده است موضوعات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر در مدارس را پیگیری می کند. برنامه اقدام مدارس و مؤسسات را تشویق می کند تا آموزش بیشتری را برای فائق آمدن بر مشکلات ناشی از مصرف مواد اعتیاد آور ارائه نمایند. برخی از برنامه های این وزارت به شرح زیر است:

شهر مجازی: شهر مجازی شهری است چندرسانه ای که با ارائه آموزش های بهداشتی به نحوه مقابله با رفتارهای خطرناک می پردازد. در این شهر رادیو و تلویزیون نقش عمده ای را ایفا می نمایند. همچنین چاپ رسانه ای نیز در این شهر وجود دارد.

دلایل موفقیت شهر مجازی به شرح ذیل است:

- دومین رسانه مورد استفاده در میان جمعیت بزرگسالان تلویزیون است.
- ۵۱ درصد از آفریقایی ها به طور منظم به برنامه های تلویزیونی نگاه می کنند.
- ۶۱ درصد از مردم به صورت نمونه ای از وسایل رسانه های موجود در شهر مجازی استفاده کرده اند.
- ۷۰ درصد از افراد با سنین ۱۶ تا ۲۴ سال از وسایل رسانه ای موجود در شهر مجازی استفاده کرده اند.
- ۵۱ درصد از مردم که هیچگونه آموزش رسمی را نگذرانده اند از وسایل رسانه ای موجود در شهر مجازی استفاده کرده اند (همان منبع، صص ۱۰۸-۱۰۷).

شورای ملی آفریقای جنوبی در مورد الکلیسم و وابستگی به مواد اعتیادآور SANCA:

برنامه های مربوط به پیشگیری اولیه از طریق برنامه های عروسکی و خیمه شب بازی اجرا می شوند. این برنامه ها حتی می توانند مربوط به پیشگیری قبل از پیشگیری اولیه باشند و کودکان ۵ تا ۹ سال را تحت پوشش قرار دهند. عروسک ها، داستان ها و بازی ها برای ارائه آموزش به کودکان مورد استفاده قرار می گیرند. اطلاعات مربوط به الکل و مواد اعتیادآور و همچنین آموزش مهارت ها به منظور تصور صحیح از خود یا مقابله با فشار گروه همسالان فراهم می گردند.

برنامه نوجوانان علیه سوء مصرف مواد اعتیادآور TADA اقدام هایی را در دبیرستان ها و همچنین در ساعات پس از تحصیل به مورد اجرا می گذارد. هدف این برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان گروه های همسال و ترویج جایگزین های مہیج است.

SANCA به عنوان یک تسهیل کننده گروه های فراهم کننده و تهیه کننده را با آموزش و حمایت از آنها تحت پوشش می گیرد. جوانان برای ایفای مسئولیت بزرگ تر برای هدایت و پیشبرد TADA مورد تشویق و ترغیب قرار می گیرند.

مرکز مشاوره مواد اعتیادآور کیپ تاون CTDC در مدارس به منظور ارائه اجرای برنامه های آموزشی و پیشگیرانه: ۵۰ مدرسه تحت پوشش این مرکز قرار گرفته اند. این برنامه در کیپ تاون و با یاری برنامه کمک ایالات متحده آمریکا، سفارت پادشاهی هلند و گروه توسعه انتقالی اجرا می گردد. عناصر اصلی برنامه عبارت اند از:

- برگزاری نشست های تشریحی برای معلمان هر مدرسه،
- برگزاری کارگاه های آموزشی و پیشگیری جهت ارائه به دانش آموزان مدارس،
- برگزاری دوره های شش ماهه به منظور راهنمایی معلمان در CTDC.
- ارائه یک برنامه ویدئویی آموزشی در مورد پیشگیری از سوء مصرف مواد که برای هر مدرسه آماده گردیده است.

- ارائه بروشور، جزوه و دستورالعمل های آموزشی برای معلمان در هر مدرسه.

نقاط قوت اولیه این اقدام عبارت اند از:

- مداخله شش ماهه در هر مدرسه،
- آموزش فراگیر برای معلم در مرکز CTDC،

- توسعه و گسترش ترتیبات سریع مراجعه ای از مدرسه برای دانش آموزان معتاد به مواد،
 - فراهم سازی منابع کتابخانه ای برای هر مدرسه، نظیر ارائه ویدیوهای آموزشی مهارت های زندگی،
- دستورالعمل های آموزشی برای معلمان، و ادبیات مرجع (همان منبع، صص ۱۱۰-۱۰۹).

برنامه ارتقای مهارت برای بزرگسالان:

این پروژه در مناطق مختلف آفریقای جنوبی در حال اجراست. به طور مثال تنها در غرب استان کیپ تاون ۴۵ مدرسه تحت پوشش این پروژه قرار دارند. در این برنامه سعی شده است تا از طریق آموزش مهارت های زندگی به افراد جوان آنها در خودداری از مصرف الکل و مواد اعتیادآور یاری شوند. هدف اصلی از اجرای این پروژه ایجاد توانایی در افراد جوان از طریق آموزش های قبل از ورود به عرصه اجتماعی است به گونه ای که آنها بتوانند بفهمند که هستند و بدانند چه می خواهند باشند. این برنامه در نظر دارد تا ضعف تصور از خود، ناتوانی در مقاومت در برابر گروه همسالان، ضعف ارتباطات خانوادگی، نقصان در تصمیم گیری و ناتوانی در برقراری ارتباط را در افراد جوان برطرف نماید. از دیگر اقدام های کاهش تقاضا در آفریقای جنوبی می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- پل های ارتباطی: برنامه ای مدرسه مدار است که در غرب کیپ تاون و در مورد معتادان بازپروری شده در حال اجراست.

- اجتماع مراقبتی جوانان: هدف این برنامه انجام فعالیت های مربوط به قبل از پیشگیری است، که طی آن مدارس ابتدایی و دبیرستان را شامل می شود. اطلاعات از طریق مصاحبه و گفتگو، ویدئو، ایراد سخنرانی و کارگاه های آموزشی فراهم می گردد. کلوپ های جوانان نیز مدنظر قرار دارند.

- سرویس های پلیس آفریقای جنوبی: اعضای پلیس گفتگوهایی را در مدرسه انجام می دهند.

- برنامه افق: این برنامه دارای ۲۱۵ شعبه بوده و ۶۲۰۰ نفر عضو دارد. این برنامه توسط وزارت مسیحیت اجرا می گردد.

- برنامه های مربوط به کودکان خیابانی.

وزارت بهداشت: وزارت بهداشت بر روی پروژه های زیر کار می کند:

- توسعه و گسترش دستورالعمل های سوء مصرف مواد برای برنامه آموزشی تا سال ۲۰۰۵.
- انجام عملیات آگاه سازی برای جوانان.
- پروژه پنج ساله اجتماع مدار با هدف اجرای برنامه های پیشگیری اولیه سوء مصرف مواد در میان مردم جوان که به وسیله دفتر مقابله با مواد مخدر سازمان ملل و از طریق سازمان بهداشت جهانی اجرا خواهند شد.
- چگونگی حفاظت اجتماع آفریقای جنوبی در برابر عواقب سوء مصرف مواد از طریق اقدام های و فعالیت های زیر تشریح گردیده است:

- ۳۰۰ سازمان برنامه های مراقبت بعد از خروج را اجرا می نمایند.
- ۶۷ مرکز درمانی به منظور درمان معتادان تأسیس گردیده اند.
- ۱۴۷ بیمارستان استانی و خصوصی و همچنین بیمارستان های روانی امور معتادان را تحت پوشش قرار می دهند.

- ۱۲ مرکز تسهیلات مربوط به سم زدایی ایجاد شده اند.
- ۲۵ متخصص در واحدهای بستری و همچنین بستری در خانه فعالیت می کنند.

از جمله دیگر برنامه های وزارت بهداشت آفریقای جنوبی عبارت اند از:

- ایجاد زیرساخت های مربوط به بهداشت روانی در ۹ استان کشور و بخش های منطقه ای کشوری،
- تشکیل کمیته های کارشناسی برای پیگیری موضوعاتی نظیر تهیه برنامه تبلیغاتی و آگاه سازی بهداشتی،
- یکپارچه سازی برنامه های سوء مصرف مواد در برنامه های مراقبت های بهداشتی اولیه،

- تقویت رویکرد درمان اجتماع مدار و یکپارچه سازی برنامه های سوءمصرف مواد در برنامه های آموزشی مدارس از دوران قبل از مدرسه تا سطح سوم، جوانان و همچنین ایجاد تسهیلات و خدمات برای امور درمانی و بازتوانی و همچنین برپایی کارگاه های سوءمصرف مواد.
- بهبود دسترسی به درمان براساس مدل مراقبت های بهداشتی اولیه، این مدل نقاط دسترسی و خدمات و تسهیلات را برای پیشگیری از سوءمصرف و مدیریت درمانی مشخص می نماید.
- وزارت بهداشت این موضوع را تایید می نماید که آگاه سازی عمومی در مورد تأثیرات مخرب سوءمصرف مواد نیاز به انجام اقدام های موازی در مورد دسترسی به تسهیلات درمانی و خدمات مربوط به آن و همچنین اجرای برنامه های کاهش آسیب دارد.

وزارت رفاه و توسعه جمعیت: اقدام های این وزارتخان به شرح ذیل است:

- تقویت رویکرد بین بخشی،
- تأکید بر اهمیت شبکه بین المللی،
- در مورد پیشگیری این وزارتخانه برنامه های ایجاد مسئولیت بیشتر در میان افراد اجتماع را پیگیری می نماید،
- برای ارائه برنامه های آموزشی عمومی رسانه های از دیدگاه وزارت رفاه نقش اساسی برعهده دارند،
- برنامه های آموزشی باید کودکانی که راهی مدرسه می شوند را در برگیرند. همچنین این برنامه ها باید جوانان و والدین را نیز شامل گردند،
- پیشگیری نوع دوم باید گروه های در معرض خطر را شامل شود و وزارت رفاه در این زمینه امکانات دستیابی به شغل را برای این گروه ها ایجاد نماید،

- پیشگیری نوع سوم بر گروه های آسیب پذیر با خطر بالا تمرکز می نماید. رویکردهای درمان اجتماع مدار توسط وزارت رفاه پیگیری می گردند،

- ایجاد مراکز مشاوره ای و هماهنگی برای تقویت مشارکت مردمی از برنامه های وزارت رفاه است که می تواند به اجرایی شدن راهبرد ملی برای مقابله با سوء مصرف مواد کمک نماید،

وزارت راه و ترابری: برنامه های کنترل مصرف مواد و الکل در دستور کار این وزارتخانه قرار دارد.

. وزارت ورزش: این وزارتخانه برنامه های ذیل را به مورد اجرا گذارده است:

- برنامه های آموزشی به منظور افزایش مهارت های مربوط به تأثیرات داروها و موادی که در ارتباط با ورزش مورد مصرف قرار می گیرند،

- برنامه های کنترل دوپینگ،

- سیاست گذاری و تقویت امور بازرسی و تحقیق در مورد استفاده از مواد در امور ورزشی،

- برنامه خدماتی مشارکتی که موجب پشتیبانی سیستم و تقویت کارآیی آن می گردد (برنامه ملی اقدام دولت آفریقای جنوبی برای مبارزه با موادمخدر، ۱۹۹۸ به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۱۱۳-۱۱۱).

برنامه «انتخاب یک پلیس و تبلیغات توقف جرم توسط کاپیتان» در آفریقای جنوبی:

- در آفریقای جنوبی، چند برنامه اجرا شده است که نوعی رابطه بین پلیس و مدارس برقرار می کنند. اجرای

برنامه «انتخاب یک پلیس» در سال ۱۹۹۶ آغاز شد. بخش انتخاب یک پلیس، به طور روزمره از مدارس

تحت پوشش برنامه بازدید و کلاس هایی را برای دانش آموزان برگزار می کند. عناوینی مانند: سلاح های

غیر قانونی، مواد مخدر، باندهای تبهکاری یا سوء استفاده از کودکان مورد بحث قرار می گیرند. افسران

پلیس قصد ایجاد روابط کاری مثبت با دانش آموزان و همچنین جلب همکاری آنان در پیشگیری و حل

مشکل جرم را دارند. آنان همچنین مراسمی مانند: روز پلیس و والدین، روز ورزش، مهمانی کریسمس

برای کودکان خیابانی و بازدید از کلانتری و دادگاه ها را سازماندهی می کنند. این برنامه هم چنین به دنبال تسهیل یک روابط پیشگیرانه قوی بین مدیران مدارس و پلیس محلی است. قصد برنامه نیز آموزش دانش آموزان درباره امنیت شخصی، از جمله سوء استفاده از کودکان است. این برنامه، کودکان مهد کودک ها از ۳ تا ۶ سالگی و دانش آموزان مقطع ابتدایی از پایه اول تا هفتم را دربر می گیرد. برنامه توقف جرم کاپیتان ۴ هدف دارد: (۱) آموزش کودکان و پشتیبانی از آنان به وسیله آموزش امنیت شخصی. (۲) ایجاد هوشیاری در مورد شماره تلفن های تماس اضطراری. (۳) تشریح مفهوم سوء استفاده از کودکان و نحوه اقدام در موارد مبتلا به و (۴) قانع کردن کودکان به اینکه پلیس آفریقای جنوبی دوستی است که می توان به آن اعتماد کرد. (شاو، ۱۳۸۶: ۱۷۴-۱۷۱ به نقل از کاوه ، محمد ، ۱۳۹۱)

۳۰۲ - انگلستان و ایرلند:

در انگلستان و ایرلند راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد و مقابله با خطر اعتیاد از یک ساختار و اهداف و برنامه های مشابه و همگن برخوردار است.

بر اساس راهبردهای مشترک مبارزه با موادمخدر انگلستان و ایرلند شمالی اقدامات دو کشور در مبارزه با سوء مصرف ناظر بر فعالیت های زیر است:

۱. گسترش همکاری های بین المللی با هدف کاهش عرضه موادمخدر،
۲. افزایش کارآمدی فعالیت نیروهای پلیس و گمرک،
۳. حفظ و نگاهداری سیستم های کنترل محلی قوی،
۴. گسترش و تقویت زمینه های پیشگیری از طریق آموزش و اقدام اجتماعی (پیشگیری به معنای انجام فعالیتی است که منجر به توقف مصرف یا کاهش متناوب مصرف شود).
۵. گسترش امکانات درمان و بازپروری،

در خصوص پیشگیری نیز هر دو دولت اقدامات زیر را مورد تأکید قرار داده اند:

۱. عملیات مربوط به انتشار اطلاعات عمومی،
۲. برگزاری کارگاه های آموزشی در مورد موادمخدر،
۳. ایجاد منابع آموزشی،
۴. ارائه اطلاعات تخصصی،

۵. تحقیق،

۶. ایجاد شبکه محلی هماهنگی (به نقل از هاشمی، ۱۳۹۱: ۹۳-۹۲).

براساس بولتن سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ «هدف غایی در پیشگیری در زمینه مشکلات مرتبط با موادمخدر عبارت اند از تضمین اینکه اعضای یک جامعه به هیچ وجه به سوء مصرف مواد مبادرت نمی کنند و اینکه خودشان را در معرض خطر ناشی از مصرف قرار نداده و اینکه موجب اضرار به جامعه نمی گردند.» امکان دارد که وقتی در مورد پیشگیری صحبت می شود، هم پیشگیری از آسیب مطرح باشد و هم پیشگیری از مصرف. این نکته در شورای مشورتی سوء مصرف موادمخدر انگلستان در سال ۱۹۸۴ مورد بررسی و در گزارش این شورا در همان سال مطرح شد. از این رو، اهداف عمده پیشگیری را کاهش خطر سوء مصرف موادمخدر و کاهش آسیب ناشی از سوء مصرف موادمخدر برشمردند.

سطوح پیشگیری

۱. پیشگیری نوع اول، با هدف تضمین اینکه مشکل سوء مصرف اتفاق نمی افتد.
 ۲. پیشگیری نوع دوم، که هدف از آن کاهش شیوع مشکل یا آسیب در جامعه است.
 ۳. پیشگیری نوع سوم، با هدف توقف یا آهسته کردن مراحل پیشرفت مشکل.
- البته در ایالات متحده آمریکا، مؤسسه دارویی این کشور مدل جدیدی برای تعیین سطوح مختلف پیشگیری ارائه کرده که به سه بخش پیشگیری، درمان و نگهداری تقسیم شده است. زیرشاخه های پیشگیری در این طبقه بندی شامل راهبرد جامع و همگانی پیشگیری که کل جامعه را دربر می گیرد، راهبرد گزینشی و یا انتخابی پیشگیری که بخش خاصی از جامعه را شامل می شود و راهبرد دلالتی و یا نشانه ای پیشگیری که افرادی را شامل می شود که

پیش تر علائم اولیه ای از گرایش آنها به سمت مصرف مواد دیده شده و این گرایش از طریق مشکلات رفتاری در آنها ایجاد می شود و در واقع مشکلات رفتاری این اشخاص دلیلی بر احتمال ابتلاء آنها به مصرف مواد است.

ابعاد مختلف پیشگیری عبارت اند از:

۱. کاهش عرضه

- کاهش عرضه مواد در مناطق اصلی تولید،
- کنترل عرضه مواد در مبادی ورودی،
- کنترل توزیع مواد،

۲. کاهش تقاضا

- بازداری مردم از تجربه بار نخست مصرف مواد،
- تأخیر در شروع تجربه،
- کاهش تعداد نفراتی که مواد را دریافت می کنند،
- توقف کامل دریافت مواد (هدف خودداری و پرهیز)

کاهش تقاضا به سه بخش زیر تقسیم می شود:

الف. آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر برای جوانان

برنامه آموزشی (Curriculum Audit) شامل مواردی همچون اهداف اصلی و فرعی، محتوی، رویکردها، منابع مورد استفاده، تعیین اینکه چه کسانی این برنامه ها را ارائه می کنند و چه کسانی از آنها استفاده می نمایند، مشاهده نقاط قوت و ضعف، فنون ارزیابی.

رویه ها شامل:

- شناسایی گروه های هدف
 - تخمین نیازهای مربوط به گروه های هدف
 - تعیین و شفاف سازی اهداف اصلی و فرعی به نحوی که با طبیعت و ماهیت گروه های هدف مطابقت داشته باشند، برای مثال اینکه آیا گروه هدف به طور کلی خودداری از مصرف را تجربه می کنند یا در مرحله کاهش آسیب قرار دارند.
 - توافق بر روی محتوای برنامه ها
 - بررسی رویکردهایی که مورد استفاده قرار می گیرند
 - مداخله یا عدم مداخله سازمان های بیرونی مانند گروه های موجود در جامعه و اجتماعات مختلف
 - تخمین و ارزیابی دقیق در مورد منابع در دسترس انسانی یا مادی
 - توسعه و گسترش آموزش مناسب و حمایت از آموزش دهندگان
 - فراهم سازی ابزار مؤثر ارزیابی
- محتوای برنامه ها شامل:
- تاریخ و پیش زمینه های فرهنگی مصرف مواد
 - ماهیت و آثار مواد، وضعیت قانونی آن ها و نقش آن ها در جامعه
 - جایگزین های مصرف مواد
 - تخصیص منابع کمک کننده در ارتباط با مشکلات مواد مخدر
 - رویکردهای اجتماعی،
 - رویکردهای محیطی (همان منبع، صص ۹۵-۹۴).

ب. رویکردهای جامعه مدار پیشگیری از مصرف مواد مخدر

در این زمینه مدل توسعه اجتماعی با هدف کاهش خطر از طریق ترویج و گسترش عوامل حمایت کننده ارائه گردیده است. سه شرط عمده برای این اقدام عبارت اند از:

- فرصت هایی برای مداخله فعال و مؤثر

- مهارت هایی برای مشارکت در فعالیت ها

- شناسایی و تقویت اجرای ماهرانه برنامه ها

ج. رویکردهای محیط زیستی پیشگیری از مصرف مواد مخدر

این رویکرد موضوعاتی هم چون محرومیت های مناطق روستایی و شهری، بیکاری، فقر در مسکن و شغل های پایین را در بر می گیرد. طرفداران این رویکرد بر این عقیده هستند که در صورت مرتفع نمودن مشکلاتی از قبیل مشکلات ذکر شده، می توان امیدوار بود که گام های اساسی در زمینه پیشگیری برداشته شود.

در سال های ۱۹۸۸ و ۱۹۸۹ برنامه ای در شهر بوستون آمریکا اجرا شد. طبق این برنامه که «بوستون علیه مواد مخدر» نام داشت، برای ماه های تابستان برای تمامی جوانان اهل بوستون کار ایجاد می گردید. برای دبیرستان های انگلستان و ایرلند شمالی به منظور اجرای برنامه های پیشگیری چارچوبی به شرح زیر ارائه شد:

- به وجود آوردن عادات مثبت در مدرسه

- تشویق فعالیت های مشارکتی میان کارکنان مدرسه و دانش آموزان

- آموزش مواد مخدر به پرسنل و اجرای برنامه های اجتماعی آموزش بهداشت

- آموزش چگونگی کار با رسانه های همگانی

- رویکرد مشاوره ای

- رویکرد انضباطی

- اجرای برنامه های کاهش آسیب

آموزش پیشگیری از مصرف مواد مخدر که خود شامل رویکردهای زیر است:

رویکردهای مربوط به مبنای اطلاعات و داده: رویکرد ایجاد ترس و اعلام هشدار - رویکرد واقع گرایانه - رویکرد وضعیتی.

رویکردهای ارزشی و مهارت های زندگی: بر اساس نظریه های مطرح شده توسط مورجی و ... برخی از افراد موفق به کسب کامل مهارت های زندگی و بنیادهای ارزشی برای ورود به محیط های اجتماعی نشده اند در این زمینه رویکردهای مهارتی و تأثیر آن بر روی افراد برای مقابله با فاکتورهای محیطی اهمیت زیادی پیدا می کند. در مدرسه یا کلپ هایی که ماموریت آموزشی دارند برنامه های مربوط به آموزش مهارت های زندگی اجرا می گردند. این برنامه ها به فرد یاد می دهند که چگونه به شفاف سازی ارزش ها بپردازند و این که چگونه مراحل تصمیم گیری را در خود تقویت نمایند. در این برنامه ها به فرد آموزش داده می شود که چگونه به ارزیابی خود پرداخته و یا چگونه به مراحل خود آگاهی نزدیک شود.

رویکردهای آموزش مقاومت: آموزش مقاومت نخستین بار و در دهه ۱۹۸۰ در آمریکا با شعار «فقط بگویند نه» مطرح شد. آموزش مقاومت بر پایه مدل نفوذ اجتماعی است. یکی از نفوذهای اصلی بر فرد توسط گروه همسالان است که در این مورد باید افراد آموزش های خاص را در هنگام ورود به این گروه ها ببینند.

رویکردهای آموزش قاعده مند: در آمریکا آموزش قاعده مند از طریق اجرای پروژه های هوشمند، هشدار و هم چنین آموزش مقاومت در برابر مواد مخدر DARE به افراد ارائه می گردد. هم اینک DARE در انگلستان نیز در حال اجراست.

رویکردهای آموزش رهبری گروه: از ۱۵ سال پیش برنامه های آموزشی رهبری گروه به طور جدی مطرح گردیده اند. بر اساس این روش این گونه فرض می شود که آموزش همسالان توسط جوانان عضو گروه تأثیری به مراتب بیشتر از آموزش توسط معلمان دارد. افرادی که مسئولیت آموزش را بر عهده می گیرند باید دارای ویژگی های شخصیتی، تجربه و اعتبار در انتقال پیام باشند.

رویکردهای آم وزش کاهش آسیب: برنامه های کاهش آسیب مربوط به افرادی است که در حال حاضر معتاد هستند و یا از لحاظ اعتیاد خود آسیب های متعددی را به جامعه وارد می نمایند. عناصر اصلی آموزش در زمینه کاهش آسیب عبارت اند از:

- فراهم نمودن اطلاعات و داده های دقیق در مورد مصرف مواد مخدر و خطرات ناشی از مصرف آن،

- گسترش مهارت های مربوط به استفاده ایمن تر از مواد مخدر،

- ترویج گرایش های قابل قبول تر نسبت به مصرف کنندگان مواد مخدر.

۳. کاهش آسیب یا به حداقل رسانیدن آن

هر فعالیتی که هدف از انجام آن کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد باشد (همان منبع صص ۹۸-۹۶)

مداخلات درمانی و بازتوانی:

• انگلستان: در انگلستان واحدهای آموزشی با تنظیم برنامه های خاص مبادرت به همکاری با مراکز انتظامی

می کنند. این همکاری شامل پزشکان عمومی، کارگران جوان و دانشجویان دانشکده پلیس است. علاوه بر

این متخصصان مربوطه از طریق خدمات ۲۴ ساعته اطلاعات لازم را به معتادان و بستگان آنان به صورت تلفنی ارائه می دهند.

شناخت به موقع معتادان و گروه هایی که در معرض آسیب قرار دارند و معمولاً در محیط های آلوده اعم از خانواه و جامعه زندگی می کنند می تواند خدمات درمانی و پیشگیرانه را به هدف نزدیک سازد. برای رسیدن به این هدف سه دوره تخصصی در مورد رفتارهای اعتیادآور مطرح می شود:

۱- دوره های پزشکی عمومی

۲- دوره های افسران کادر پزشکی درمان

۳- متخصصان چند جانبه انضباطی

گروه های مربوط به مواد مخدر روابط نزدیکی با بیمارستان های عمومی دارند و بیماران جسمانی که به مصرف مواد مخدر آلوده شده اند شناسایی شده زیر پوشش درمان و بازپروری قرار می گیرند.

تسهیلات درمانی که در اختیار بیماران مبتلا به مواد مخدر قرار می گیرد شامل سم زدایی معتادان کوتاه مدت و سم زدایی غیرافیونی است.

ارائه خدمات جامع برای معتادان و کسانی که در جریان آسیب پذیری قرار گرفته اند از طریق گروه های بالینی انجام می پذیرد. هدف عمده این است که بیماران را از مصرف مواد مخدر بازداشته یا آن که آن ها را به ترک دائمی هدایت کنند.

برای شناسایی آسیب دیدگان، پزشکان خانوادگی، مددکاران اجتماعی، مسئولین، ماموران مستقر در زندان ها و متخصصان مشاوره هایی با یکدیگر دارند.

ضمناً تعدادی از بیماران مبتلا به مواد مخدر شخصاً به مراکز درمانی مراجعه می کنند. کاربرد روش درمانی بر اساس فردی، گروهی و خانوادگی موجب می شود که از بازگشت مجدد به اعتیاد جلوگیری به عمل آید

برنامه های آموزش پیشگیری از اعتیاد در مدارس انگلستان

ماده مخدر در برنامه آموزش ملی چنین توصیف شده است: «ماده ای که موقع استفاده می تواند روی رفتار و احساسات فرد، تأثیر بگذارد». در انگلیس و ویلز، آموزش درباره مواد مخدر و استفاده و سوء استفاده از آن، در بخش انسانها به عنوان موجودات زنده در برنامه تحصیلی بهداشت (مراحل کلیدی شماره های ۱، ۲، ۳، ۴) مورد توجه قرار گرفته است. تحت این شرایط برنامه تحصیلی اعلام می دارد که به دانش آموزان باید موارد زیر را آموخت:

در مرحله کلیدی شماره ۱ (۷ تا ۵ ساله ها)

درباره نقش مواد مخدر به عنوان دارو.

در مرحله کلیدی شماره ۲ (۷ تا ۵ ساله ها)

خطرات و احتمال خطر را موقع کار با اشیاء و مواد زنده تشخیص دهند.

به دستورات ساده برای کنترل خطرات نسبت به خود توجه کنند.

در مرحله کلیدی شماره ۱ (۱۱ تا ۷ ساله ها)

این که توتون، الکل و مواد مخدر دیگر می توانند تأثیرات زیان آوری داشته باشند.

به علاوه، جنبه فراگیر برنامه تحصیلی لازم می داند که به دانش آموزان جنبه های مهم بهداشت و سلامتی که در ارتباط با آموزش مواد مخدر است، یاد داده شود.

در مرحله کلیدی شماره ۲ (۱۱ تا ۷ ساله ها)

خطرات و احتمال خطر نسبت به خود و دیگران را موقع کار با اشیاء و مواد زنده تشخیص داده و ارزیابی کنند.

برای کنترل این خطرات اقدام نمایند.

در مرحله کلیدی شماره ۱ (۱۴ تا ۱۱ ساله ها)

چگونه کشیدن سیگار می تواند روی ساختار ریه و تبادل گاز تأثیر گذارد.

این که استفاده نابجا از الکل، مواد حلال و سایر مواد مخدر بر سلامتی تأثیر می گذارد.

این که دفاع طبیعی بدن با مصون سازی و استفاده صحیح از دارو کامل تر خواهد شد.

• می توان مواد مخدر دیگر را به طور مثبت، موادی دانست که دانش آموزان از آنها باخبرند یا می توانند به

راحتی به آنها دسترسی پیدا کنند.

در مرحله کلیدی شماره ۲ (۱۴ تا ۱۱ ساله ها)

مسئولیت در برابر خطرات در کار با موجودات زنده، مواد و وسایلی که با آنها آشنا هستند را بپذیرند.

از منابع اطلاعاتی مناسب برای ارزیابی خطرات سریع و فزاینده استفاده کنند.

از دانش خود استفاده کرده و برای کنترل خطر نسبت به خود و دیگران اقدام نمایند.

در مرحله کلیدی شماره ۱ (۱۶ تا ۱۴ ساله ها) از طریق هم علوم درهم تنیده و هم علوم مجزا

تأثیرات مواد حلال، الکل، توتون و مواد مخدر دیگر بر کارکرد بدن.

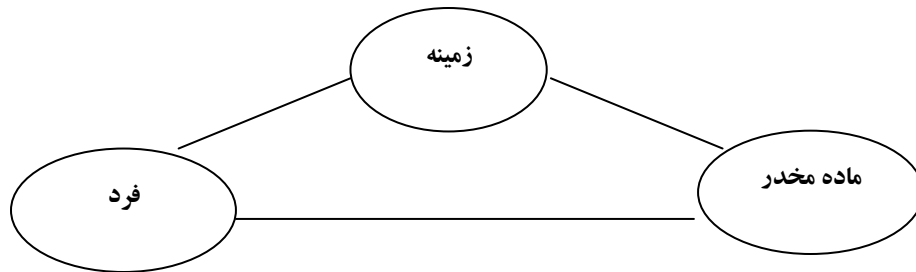
• می توان مواد مخدر را بطور مثبت، موادی دانست که دانش آموزان از وجود آنها باخبرند و یا می توانند به

راحتی به آنها دسترسی داشته باشند.

موضوع اخیر به طور کامل در برنامه آموزشی امتحان گواهی نامه عمومی آموزش دبیرستان آمده است؛ با اطمینان از

این که تمام دانش آموزان مشمول برنامه آموزشی مواد مخدر خواهند بود. بعضی از مواد درسی GCSE از این عبارت

استفاده می کنند که «مواد حلال، الکل و توتون و دیگر مواد مخدر ممکن است برای بدن زیان آور باشند». در اینجا بهتر است بدانیم که استفاده از مواد مخدر و تأثیرات آن بستگی به سه عامل مربوط به هم دارند، **شکل شماره ۱** رابطه عوامل را نشان می دهد:



شکل شماره ۱: رابطه عوامل مؤثر در سوء مصرف مواد مخدر

در مرحله کلیدی شماره ۲ (۱۶ تا ۱۴ ساله ها) از طریق هم علوم در هم تنیده و هم علوم مجزا برای شناسایی خطرات در تعدادی از مواد، فعالیت ها و محیط های زیست، از جمله مواد ناآشنا مسئولیت پذیر باشند. از منابع اطلاعاتی برای ارزیابی خطر موارد نا آشنا استفاده کنند.

بدین طریق آنان تشخیص می دهند که استفاده از مواد مخدر خطرناک است و این که استفاده از مواد مخدر غیر قانونی، بالقوه خطرات زیادی را به همراه دارد.

شرایط برنامه آموزشی ملی نشانگر کمترین حالت کیفی برای مدارس است. این کار بیشتر در مورد مدارس خاصی است که به (مسئله) توجه بکنند یا نه و اگر توجه کنند چگونه؛ مدارس ممکن است که برای آشنایی با مواد مخدر، آینده نگری بیشتر از این نیز داشته باشند. مدارس همچنین به شرایط مهم و کلی تر لایحه اصلاح آموزش (۱۹۸۸) توجه می کنند، از جمله این که برنامه آموزش باید:

۱. رشد روانی، اخلاقی، ذهنی و جسمانی دانش آموزان را در مدرسه و جامعه ترفیع بخشد.
 ۲. دانش آموزان را برای موقعیت ها، مسئولیت ها و تجربه های زندگی در سنین بالا آماده سازد.
- در این چارچوب قانونی، مدارس آزاد هستند که به نحو احسن آموزش مواد مخدر را برای دانش آموزان خود فراهم آورند. با این همه، کمی راهنمایی در این مورد فراهم گردیده و برای مدارس جزوه راهنمایی تهیه شده است. این جزوه راهنما در صدد است که:
- عوامل متفاوت راهنمایی برای کمک به معلمان در موقع تدریس و برنامه ریزی برای آموزش فراهم کند. این جنبه ها مطالب درسی علوم را به هم نزدیک می سازد؛
 - به همکاران یادآوری کند که اگر چه آموزش مواد مخدر از طریق برنامه درسی علوم ارائه می شود، اما از طریق چند شیوه نیز در مدارس تقویت می گردد؛
 - تأکید کند که بر خلاف بیشتر جنبه های آموزش علوم، این موضوع نامطمئن، بحث انگیزتر بوده و تأثیر مستقیم بر رفتار آینده دانش آموزان دارد و
 - استفاده از روش های تدریس را بهبود بخشد تا نسبت به موضوع و مخاطبین دلسوزانه عمل نماید.

برای نمونه، مرحله کلیدی شماره ۲ (۱۶ تا ۱۴ ساله ها) به طور مفصل تر توضیح داده می شود:

شناخت درک

- مقررات مدرسه مربوط به داروها، الکل، توتون، مواد حلال و مواد مخدر غیر مجاز و عکس العمل نسبت به رویدادهای مربوط به آنها؛
- اطلاعات درباره مواد مخدر از جمله حالت قانونی، تأثیرات و ظاهر آنها؛
- تأثیرات فردی، اجتماعی، مالی، زیست شناختی و روان شناختی استفاده نابجا از مواد مخدر؛
- نمونه های استفاده نابجا از مواد مخدر به طور محلی و ملی و تأثیر آن بر مردم و جامعه بزرگ؛
- خطرات بعضی از مواد مخدر، ترکیب آنها، محیط های ویژه و حالات ویژه؛
- خط مشی مواد مخدر در کشور از جمله آموزش؛
- جلوگیری، جنبه های قانونی و مراقبت کردن، جریمه، درمان و توان بخشی؛
- حقوق و مسئولیت های قانونی و
- خدمات ارائه شده به وسیله راهنمایی های محلی و ملی و ادارات کمک کننده.

مهارت ها

- شناسایی و ارزیابی خطرات؛
- ارتباط با همسالان، والدین و افراد متخصص؛

- تصمیم‌گیری و قاطع بودن در موارد مربوط به سوء استفاده نابجا از مواد مخدر؛
- کنترل و مهار برخوردها و رفتارهای پرخاشگرانه؛
- راهنمایی در مورد مواد مخدر به سایر افراد جوان و
- کمک کردن و کمک گرفتن در موارد متعدد اگر لازم باشد.

برخوردها

- تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر روی افراد جوان؛
- برخورد با مواد مخدر، استفاده کننده گان و سوء استفاده کنندگان و قوانین مربوط به مواد مخدر، از جمله قوانین پروانه گرفتن و خرده فروشی کردن و
- مسئولیت افراد در قبال کارهای خود.

تجربه های یادگیری پیشنهادی

- امکان دهید تا دانش آموزان شناخت و درک خود از مواد را بررسی کنند؛
- از طریق مورد شناسی، درک دانش آموزان از خطرات ناشی از استفاده از مواد مخدر را بررسی کنید. روش های تخفیف خطر برای استفاده کننده و زیان آن به تمام افراد درگیر را تعیین نمایید؛
- به افراد جوان دلگرمی دهید، تا درباره دلایلی که مردم از داروهای مخدر استفاده می کنند و چه چیزی بر تصمیم گیری آنان تأثیر دارد، تحقیق نمایند. تمام مواد و داروها را در نظر بگیرید. از موقعیت های فشار روحی نظیر جشن ها، امتحان و تغییر روابط استفاده کنید؛

- عکس العمل های رویدادها را امتحان کنید. با نظام امدادی در مدرسه و ارتباط آن با ادارات بررسی کنید که مردم چه احساسی دارند و از طریق مورد شناسی چه کاری می توانند انجام دهند؛
 - داستان های رسانه های گروهی محلی و پوشش مسائل مربوط به مواد مخدر را بررسی کنید. مخالف واقعیت، واژگان داوری و ارتباط هایی نظیر مواد مخدر و جنایت را بررسی کنید؛
 - روی مسائل بحث انگیز نظیر مواد مخدر در ورزش، قانونی ساختن حشیش، رانندگی در حال مستی و غیره تحقیق و بحث کنید؛
 - برنامه کار مدرسه را بررسی کنید و ارتباط و مفید بودن آن را از جمله عکس العمل های مورد انتظار نظام امدادی مدرسه را ارزیابی نمائید و
 - دیسک های کامپیوتری تهیه کنید تا اطلاعات درباره مواد روشن شود و یادگیری را تقویت کند.
- متخصصان درمان و بازپروری معتادان به طور مستمر زیر پوشش آموزش ضمن خدمت قرار می گیرند و یک سلسله آموزش تحصیسی سالیانه برگزار می شود. مراکز درمانی و باپروری به طور مستمر در جمع آوری اطلاعات مربوط به الگو و روش های مصرف مواد مخدر و پروژه های تحقیقی دخالت داشته و مسئولیت آن ها را بر عهده دارند ضمن آن که در انگلیس در برخی مراکز فروش مشروب ورود افراد زیر ۲۱ سال ممنوع است و فروش شکلات لیکور دار هم به زیر ۱۶ سال ممنوع است. (UNDCP, ۲۰۰۳; WHO, ۲۰۰۴).
- در ایرلند طبق قانون ماموران پلیس و گمرک برای بازداشت افراد مظنون به مواد مخدر از اختیارات ویژه ای برخوردارند، علاوه بر این مددکاران اجتماعی همواره می کوشند تا افراد معتاد را شناسایی کرده و به مراکز درمانی

و بازپروری معرفی کنند. شناسایی به موقع معترضان به همت مددکاران اجتماعی از وظایف اصلی آن‌ها می‌باشد زیرا ماهیت شغلی آنان فعالیت در قلمرو مددکاری جامعه‌ای تلقی می‌شود.

درمان و سم زدایی در ایرلند مانند سایر کشورها به وسیله متادون انجام می‌شود. این مواد به وسیله وزارت بهداشت و پزشکان عمومی در دسترس عموم قرار می‌گیرد.

معتادان در مراکز آموزشی، بهداشتی، درمانی و بازپروری زیر پوشش راهنمایی‌ها و رایزنی‌های فردی و گروهی مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان قرار می‌گیرند.

در ایرلند خانواده‌ها نیز زیر پوشش خدمات مددکاران و متخصصان زایمان قرار دارند تا از این طریق زنان معتاد را به درمان تشویق و آنان را به مراکز درمانی معرفی کنند.

به تازگی در ایرلند مراکز «نیمه راهی» برای آمادگی معتادان بهبود یافته برای ورود به جامعه ایجاد شده که معمولاً خود بیماران شفا یافته آن را اداره می‌کنند (WHO; ۲۰۰۵, UNDCP, ۲۰۰۳).

***برنامه «مأمور مستقر در مدارس» در انگلستان:**

در انگلستان برای پیشگیری از بزهکاری دانش‌آموزان طرحی با همکاری پلیس و دانشگاه آکسفورد تهیه و به مورد اجرا گذاشته شده است. خلاصه‌ای از جنبه‌های مثبت طرح مأمور مستقر در مدارس در ناحیه آکسفورد شایر

شمالی که مورد توجه دانشگاه آکسفورد قرار گرفته به شرح زیر می‌باشد:

-ارایه حمایت از دانش‌آموزان در معرض خطر بالقوه.

-ارایه الگوی نقش برای بعضی از دانش‌آموزان.

-ارتباط با شمار زیادی از دانش‌آموزان از طریق تدریس آموزش اجتماعی به طور انفرادی.

-افزایش اعتماد به نفس دانش‌آموزان و اصلاح آنان توسط مأمور گشت.

-تأثیر مثبت بر حضور بعضی از دانش‌آموزان در مدارس.

- رابطه عالی بین افسران گشت، دانش آموزان و کارکنان.

- حل مؤثر مشکلات دانش آموزان در داخل و بیرون از مدرسه از طریق مهارت مأموران پلیس.

- تأکید به دانش آموزان که رفتارهای منفی پی آمدهای منفی دارد.

- تأکید به دانش آموزان که در مدرسه نیز مانند بخش های دیگر جامعه، اصول های رفتاری یکسانی حکم

فرماست.

- به کار بردن روش هایی ترمیمی برای بالا بردن روحیه عدل و انصاف در مدارس به صورت بالقوه، شرکت

کنندگان را قادر می سازد تا رفتار و طرز تفکر خود را تغییر دهند.

- برقراری ارتباط مؤثر با والدین.

- تغییر بالقوه نگرش کلیشه ای والدین و دانش آموزان نسبت به پلیس.

- تشویق دانش آموزان به بیان کردن مشکلات خود برای دیگران و بهبود حقوق که منجر به سلامت و ایمنی آنها

می شود.

- ارائه الگوهای رفتاری برای کارکنان و نمونه هایی از روش های غیر مجادله آمیز در مواجهه با رفتارهای چالش

برانگیز مانند: عدالت ترمیمی.

دانشگاه آکسفورد در ارزیابی خود به این نتیجه دست یافت که این الگوی توسعه یافته محلی بدون شک کاربردی

بالقوه برای سیاست گذاری و اجرا در سطح ملی دارد. در نتیجه توصیه نهایی گزارش برای مجریان اصلی در ابتکار

عمل آکسفورد شایر شمالی این است که برای امکان گسترش این طرح برنامه ریزی کنند و نتایج آن را در سطح

ملی مورد بهره برداری قرار دهند. (درویش، ۱۳۸۶: ۱۷۸-۱۷۵ به نقل از کاوه، محمد، ۱۳۹۱)

کشور انگلستان در استراتژی ده ساله با اولویت قرار دادن قشر جوان جامعه به منظور [کاهش درصد مصرف مواد توسط افراد زیر ۲۵ سال، مقاومت و تقویت توانایی آنان در برابر سوءمصرف از طریق آموزش مهارت‌های زندگی و آگاه سازی جوانان و والدین‌شان، کاهش میزان تکرار جرایم توسط معتادان به منظور مصون‌سازی جامعه در برابر رفتارهای ضداجتماعی، افزایش مشارکت معتادان در درمان و کاهش میزان دسترسی به مواد برای افراد بین ۵ تا ۱۶ سال برنامه‌های لازم را طراحی کرده است. اهم رویکردهای پیشگیری کشور انگلستان عبارتند از:

- ✓ سیاست اصلی پیشگیری مبنی بر آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش دربارهٔ اعتیاد.
- ✓ ارزیابی و پایش مستمر سیاست‌ها و اقدامات.
- ✓ زیر چتر قرار گرفتن ۷۵ درصد دبستان‌ها و ۱۳ درصد مدارس راهنمایی (دستیابی دانش‌آموزان به سطوح کافی معلومات و فهم مواد و تأثیرات مثبت این اقدام)
- ✓ اطلاع‌رسانی مستمر به والدین.
- ✓ آموزش مهارت‌های لازم به افراد ۵ سال به بالا جهت مقاومت در برابر سوءمصرف مواد.
- ✓ ارائه مدل و سبک زندگی سالم (طرح آینده مثبت = Positive Future)
- ✓ توجه به محیط‌های کار.
- ✓ توجه به افراد در معرض خطر (کودکان بی‌سرپرست، افراد بی‌خانمان، افراد ترک تحصیل کرده)
- ✓ وزارتخانه‌های بهداشت، کشور، آموزش و پرورش بعنوان مسئولان اصلی برنامه‌های پیشگیری.
- ✓ توجه به خدمات مشاوره‌ای برای افراد ۱۳ - ۱۹ ساله.
- ✓ توجه به ارائه خدمات در سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی.
- ✓ تولید بسته‌های آموزشی.

✓ لزوم استمرار برنامه‌های پیشگیری بصورت بلندمدت و پرهیز از ارائه برنامه‌ها در افق کوتاه‌مدت.

در انگلیس برنامه‌های دیگری برای اجرا در مدارس در نظر گرفته شده است. نقش مدارس در ارائه و عمل به راهبرد ۱۰ ساله مکمل و سازنده است. در این مدارس برنامه آموزشی و جامع مواد به کودکان و جوانان آموزش داده می‌شود. آموزش مواد نقش مهمی در اجرای راهبرد دولت برای بهبود سلامت و کاهش نابرابری در سلامت دارد. اداره تقویم و کیفیت‌ها، اسناد تقویم ملی را تولید می‌کند که تمام مدارس موظف به پیروی از آن هستند. سند تقویم ملی تعیین می‌کند که در تقویم مدرسه باید فرصت‌هایی ارائه شود تا همه دانش‌آموزان مطالب مشخصی را یاد بگیرند و به انجام برسانند. در آموزش مواد و الکل باید مهارت‌های دانش‌آموزان توسعه یابد و اهمیت جستجو برای انتخاب سبک زندگی، حفظ خود و دیگران به آنها توضیح داده شود. (وهاب زاده ، ۱۳۹۲)

۴- بلژیک:

هدف اصلی در راهبرد مبارزه با مواد مخدر بلژیک، پیشگیری و محدود کردن ریسک برای استفاده کنندگان از مواد مخدر، محیط آن‌ها و به طور کلی اجتماع است. توجه اصلی به افراد جوان برای حمایت از آنان از تجربه‌های زود هنگام داروهای مجاز یا غیر مجاز معطوف گردیده است. پیشگیری از مصرف داروها به طور واضح در راهبرد بلژیک مورد تأکید قرار گرفته است.

در زمینه درمان تأکید اصلی بر نیاز به اختصاصی کردن خدمات ارائه شده با در نظر گرفتن مشخصات اصلی بیمار، هر چند جزئی، چه از نظر اجتماعی و چه از نظر روانی است. روش‌های درمانی از قبیل درمان جایگزین یا تعویض سوزن به طور مؤثری اجرا خواهند گردید. در راهبرد بلژیک و در بخش پیشگیری سعی شده است تا تمهیدات لازم برای قانونی‌تر کردن تعویض سرنگ و تغییرات درمانی شکل قانون مندتری به خود بگیرند. سه هدف مهم در راهبرد مبارزه با مواد مخدر بلژیک عبارتند از:

۱. کاهش شمار استفاده کنندگان از مواد مخدر،

۲. کاهش زیان فیزیکی و روانی مربوط به مصرف مواد مخدر،

۳. کاهش تأثیرات منفی پدیده مواد مخدر بر اجتماع،

برای دست‌یابی به این اهداف دولت فعالیت‌های خود را در محورهای زیر دنبال می‌نماید:

۱. پیشگیری بهتر از درمان است.

۲. اعتیاد بهانه ای برای انجام جرم نیست، اما معتادان ابتدا برای مراقبت به مراکز مورد نظر فرستاده می شوند. دولت سعی دارد تا آن جا که می تواند معتادان را به زندان نفرستد.
۳. ارتقای کیفیت مبارزه با عرضه مواد مخدر در دستور کار دولت قرار دارد.
۴. محدود سازی فعالیت های قاچاق و توزیع مواد مخدر و روان گردان و مواد اولیه مربوط به تولید این مواد در داخل یا خارج کشور.
۵. افزایش اقدام های برای مقابله با شستشوی پول های ناشی از قاچاق و عرضه مواد مخدر.
۶. ارتقای سطح تعاملات و همکاری های بین المللی در مبارزه علیه مواد مخدر.
- فعالیت های مربوط به کاهش تقاضای مواد مخدر و مواد غیر قانونی در بلژیک دارای سه رکن اساسی است:
۱. افزایش مشارکت اجتماعی از طریق سازمان های غیر دولتی،
 ۲. ایجاد آگاه سازی رسانه ای علیه مصرف مواد مخدر،
 ۳. همکاری متقابل دولت و بخش های شبیه دولت، سازمان ها و شرکت ها و NGO ها
- فعالیت های مترتب با عناصر اصلی برنامه کاهش تقاضا در بلژیک مشتمل بر موارد زیر است:
۱. افزایش آگاهی های عمومی از طریق رسانه، توزیع جزوات و پوستر برای افراد و گروه های مورد هدف،
 ۲. فراهم سازی تیم های متحرک پزشکی و دارای اطلاعات مربوط به مواد مخدر و هم چنین اجرای کارگاه های آموزشی متحرک برای اجرا در مکان های صنعتی و کارگران بخش های حمل و نقل،
 ۳. برنامه های مدرسه مدار برای آموزش معلمان،
 ۴. انجام تحقیقات و مطالعات در زمینه ابعاد مختلف مواد مخدر،
 ۵. انجام مطالعات همه گیر شناسی،

۶. راه اندازی مراکز درمانی توسط سازمان های غیردولتی، اجرای برنامه های درمانی زندان مدار،

۷. برنامه های خانواده مدار (به نقل از سند دولت فدرال در مورد مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۰۱).

شیوه های درمان و بازتوانی:

شیوه درمانی معتادان در بلژیک بدو از طریق واحدهای درمان سرپائی و بیمارستان های مخصوص سم زدائی

معتادان

به بستری کردن بیماران می پردازند تا عملیات سم زدایی اولیه صورت گیرد. سپس با بستری شدن در مراکز

مسکونی تخصصی و بازپروری عملیات بازتوانی بیماران (معتادان) به همت متخصصان جامعه شناسی و روان شناسی

و مددکاران پیگیری می شود. به طور کلی هدف های برنامه عبارتند از:

۱- کمک به معتادان برای درمان آن ها

۲- بهبود به کیفیت زندگی آن ها با استفاده از روش های زیست شناختی و جامعه شناختی

۳- تقلیل اعمال جنایت کارانه در سطح جامعه

۴- یاری و بازپروری معتادان برای بازداری آن ها از مصرف مواد مخدر

۵- ایجاد محدودیت های قانونی از طریق دولت

از آن جا که درمان و بازپروری معتادان طولانی و مستلزم صرف هزینه های زیاد است در کشور بلژیک هزینه های

مبوط به درمان و بازپروری معتادان از طریق شرکت های بیمه و مؤسسه ملی معلولان تامین می شود (همان منبع).

در بلژیک سیاست های آموزشی و پیشگیرانه نیز وجود دارد و کارشناسانی هستند که به آموزش عموم مردم در

خیابان ها و اماکن حاشیه نشین شهر می پردازند تا آگاهی های عمومی را در زمینه مضرات سوء مصرف مواد مخدر

ارتقاء بخشند. این آموزش ها در چارچوب برنامه های پیشگیرانه صورت می گیرد و بیشتر جوانان را مدنظر قرار می

دهد. مراکز بهداشتی - اجتماعی دیگری نیز برای مصرف کنندگان موادمخدر تأسیس شده است که هدف آنها عمدتاً کاهش خطرات ناشی از سوء مصرف موادمخدر است. همچنین راهکارهای پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر نوجوانان از مدرسه آغاز می‌شود. لیکن در صورتی که کودکان و نوجوانان مصرف کننده موادمخدر مرتکب جرایم موادمخدر شوند، پرونده آنها به دادگاه اطفال و نوجوانان ارجاع می‌شود.

✓ توجه به سیاست‌های آموزشی و پیشگیرانه از طریق اعزام کارشناسان به منظور آموزش عموم مردم در خیابان‌ها و اماکن حاشیه‌نشین شهر با اولویت جوانان.

✓ توجه جدی به آموزش نوجوانان در مدارس. (وهاب زاده ، ۱۳۹۲)

۵- اسپانیا:

دولت اسپانیا توجه ویژه ای به موضوع پیشگیری از مصرف مواد مخدر کرده است. در کنار توجه به مواد مخدر غیرمجاز، به مصرف الکل و سیگار هر چند که به صورت تفریحی مورد مصرف قرار گیرند توجه شده است. هدف کاهش درصد جوانانی است که در سنین اولیه جوانی شروع به مصرف سیگار و الکل می کنند و در نهایت منظور کاهش نهایی مصرف کنندگان مواد مخدر است. البته توجه به پیشگیری از توجه و اهمیتی که راهبرد اسپانیا به موارد دیگر دارد، کم نمی کند. کاهش خسارت به عنوان نمونه یکی از سنجش های برنامه ریزی شده در این طرح است و این برنامه های می باد برای کاهش خسارات حاصله از مصرف مواد مخدر برای اکثر افراد وابسته به مواد مخدر فراهم گردد.

در زمینه درمان و توانبخشی، این اصل که توانبخشی بدون کمک به معتادان مرخص شده، کار عبث و بیهوده ای خواهد بود، مورد تأکید قرار گرفته است. بر همین اساس ۲۶ معیار اصلی برای ارزیابی چگونگی کمک به معتادان و جامعه پذیری مجدد آن ها و تبدیل آن ها به عضوی فعال تعیین گردیده اند. از اهداف اسپانیا می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

۱. ایجاد تمهیدات لازم برای انجام مباحثات سیاسی به منظور کاهش شیوع اعتیاد و بهبود شرایط معتادان،

۲. افزایش آگاهی و مشارکت اجتماعی در فعالیت های مربوط به مواد مخدر،

۳. برنامه های مربوط به پیشگیری که مهم ترین اصل عنوان شده در این راهبرد است. به منظور ارائه پوشش مناسب برای کودکان و قشر جوان و کمک به بلوغ اجتماعی و عاطفی آنان با تشویق آنان به شناخت ارزش های شان و تقویت روحیه استقلال در آن ها طرح ریزی گردیده اند،

۴. از دیدگاه جهانی راهبرد اسپانیا تمامی مواد اعتیادآوری را در بر می گیرد که می تواند مورد سوء مصرف واقع شوند. در این زمینه به سیگار و الکل توجه خاصی مبذول گردیده است،

۵. برنامه ریزی و جهت دهی برنامه های پیشگیری به سراسر کشور،

۶. فراهم نمودن امکان بازگشت معتادان به جامعه و تشویق به پرهیز از مواد مخدر به عنوان یک هدف اصلی در روند پیشگیری،

۷. روزآمد نمودن قوانین در زمینه های مختلف فعالیت از جمله کاهش تقاضا، کنترل عرضه مواد، نهادها و سازمان های سیاسی، همکاری بین المللی،

۸. تشویق به آموزش و ایجاد تخصص در زمینه های مختلف فعالیت های مربوط به مبارزه با مواد مخدر و تقویت فرهنگ ارزیابی و پیشبرد امور تحقیقاتی برای نیل به دانش بهتر (راهبرد مواد مخدر اسپانیا، سال ۲۰۰۱).

۹. توجه به رویکردهای پیشگیری طولانی مدت و فراگیر و شروع زود هنگام فعالیت های پیشگیرانه،

۱۰. مداخلات هدفمند برای گروه های در معرض خطر

۱۱. توسعه رویکردهای پیشگیرانه مبتنی بر ایمن سازی روانی برای دانش آموزان و گروه های سنی جوان.

۱۲. توسعه تحقیقات علم محور معطوف به شناسایی عوامل خطر آفرین، عوامل محافظت کننده و پشتیبان و عوامل

تاب آوری (Resiliancy Factors).

۱. توجه به ترویج بهداشت مرتبط با خطر مصرف مواد مخدر و محرک و روان گردانی به منظور کاهش آسیب،

۱۴- تاکید بر برنامه های پیشگیری چند بخشی شامل:

- برنامه های مدرسه محور

- برنامه های خانواده محور

- برنامه های رسانه محور

- برنامه های جامعه محور (به نقل از برنامه راهبرد مواد مخدر اسپانیا، ۲۰۰۱).

سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD)، در ماه مه ۲۰۱۶ گزارشی در ارتباط با میزان مصرف الکل و اثرات آن در ۳۴ کشور عضو این سازمان منتشر کرده است. دوازده نکته درباره مصرف مشروبات الکلی در برخی از این کشورها را از گزارش سازمان همکاری اقتصادی و توسعه انتخاب شده است:

۱ - بطور متوسط هر نوجوان در ۳۴ کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه ۹٫۱ لیتر الکل، در سال مصرف می کند.

۲ - بیشترین میزان مصرف الکل مربوط به اتریش، استونی و فرانسه است. مصرف سرانه الکل در این کشورها، سالانه ۱۲ لیتر است.

۳ - در ۲۰ کشور عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۰، شمار نوجوانانی که از سن ۱۵ سالگی شروع به مصرف الکل می کنند، در بین پسران از ۳۰ به ۴۳ درصد، و در بین دختران از ۲۶ به ۴۱ درصد افزایش یافته است.

۴ - افراد تحصیل کرده که از موقعیت اجتماعی و اقتصادی بهتری برخوردارند، بیشتر الکل مصرف می کنند. اما مردانی که از موقعیت اجتماعی و تحصیلات پایین برخوردارند، و زنان تحصیل کرده و دارای موقعیت اجتماعی

بالا تر، به یک اندازه، به مصرف زیانبار الکل می پردازند. منظور از مصرف زیانبار الکل، نوشیدن بیش از ۱۴۰ گرم الکل برای زنان و بیش از ۲۱۰ گرم برای مردان، در طول یک هفته است.

۵- درصد مرگ و میر مردان در اثر مصرف الکل، بیشتر از زنان است. این میزان در مردان، بالغ بر ۷,۶ درصد است که بیشتر به علت صدمات روی می دهد، و در زنان ۴ درصد است که بیشتر در نتیجه مشکلات قلبی و عروقی است.

۶- در فاصله سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ مصرف زیانبار الکل بعنوان عامل مرگ و میر و ناتوانی جسمی، از جایگاه هشتم به جایگاه پنجم نقل مکان کرده است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در حال حاضر سهمی که مصرف زیانبار الکل در مرگ و میر دارد، از سهم خشونت، ایدز و بیماری سل بیشتر است.

۷- پرتغال به همراه فرانسه دو کشوری هستند که در آنها شراب بیشترین میزان الکل مصرفی است.

۸- فرانسوی ها و مجارها در مقایسه با دیگر مردم کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه بیش از آنچه خود می گویند، الکل مصرف می کنند.

۹- در سال ۲۰۰۳ هزینه ای که اتحادیه اروپا برای بزهکاری و جرم و جنایت، از جمله برای پلیس، دادگاه، بیمه و خسارت به اموال پرداخته است، ۳۳ میلیارد یورو برآورد می شود. در حالیکه هزینه های تصادفهای ناشی از الکل، ۱۰ میلیارد یورو بوده است.

۱۰- میزان مصرف ثبت نشده الکل در ترکیه، در مقایسه با دیگر کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه بیشتر است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، منظور از الکل مصرفی ثبت نشده، الکلی است که به شکل غیر قانونی، عرضه و توزیع می شود و برای آن مالیات پرداخت نمی شود.

۱۱- بطور متوسط، یک چهارم الکل مصرفی در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، آججو؛ یک سوم آن شراب و مابقی، الکل‌های سنگین و دیگر نوشیدنی‌های الکلی می‌باشد.

۱۲- برخی از تاریخدانان معتقدند که گذر از عصر شکار به عصر کشاورزی در دوران نوسنگی، به این دلیل بوده است که بشر در پی فراهم کردن ذخیره دائمی جو برای تهیه آججو بوده است.

- ✓ اولویت و ارجحیت دادن به سیاست پیشگیری در محیط‌های خانواده - مدرسه - جامعه و محیط‌های کار.
- ✓ اهمیت به مراکز آموزش و آگاه‌سازی کودکان، نوجوانان و جوانان با هدف بلوغ فکری آنان نسبت به مواد.
- ✓ تأکید بر اشتراک مساعی بین بخش‌های انتظامی، بهداشتی، آموزشی (مدارس)، کار و محیط‌های اجتماعی.
- ✓ توجه به مشارکت فعال مردم و نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه‌های پیشگیری.
- ✓ تربیت کادر متخصص (بیش از ۸۰ درصد معلمان مدارس آموزش‌های مرتبط با پیشگیری را طی نموده‌اند).
- ✓ آموزش در مدارس به گونه‌ای است که تمامی دانش‌آموزان پس از اتمام تحصیلات اجباری، اطلاعات هدفمند و کافی در مورد پیامدهای مواد را کسب خواهند نمود.
- ✓ تأکید بر برنامه‌های رسانه‌ای. (وهاب زاده ، ۱۳۹۲)

۶ و ۷ - استرالیا و نیوزیلند

راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر در قاره اقیانوسیه مبتنی بر برنامه های استراتژیک مبارزه با عرضه و مبارزه با تقاضا و کاهش آسیب (Harm Reduction) در کشورهای استرالیا و نیوزیلند (زلاندنو) است.

راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر در استرالیا و زلاندنو اساساً بر ارتباط میان دولت، بخش های ایالتی و مناطق و سازمان های غیردولتی (NGO) استوار است. هدف اصلی در این راهبرد بهبود نتایج و بروندهای سیستم های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی است. به نحوی که از افزایش آسیب های اعتیاد در سطح جامعه جلوگیری نموده و موجب کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد اعتیادآور قانونی و غیرقانونی گردد.

فعالیت های کاهش تقاضا و راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر در استرالیا و نیوزیلند:

۱. پیشگیری از سوء مواد مخدر و مقابله با خطرات و آسیب های ناشی از مصرف مواد مخدر.
۲. مدل های مداخله و مراقبت برای مصرف کنندگان گذراننده مراحل روان درمانی، شیوع شناسی و مسائل مربوط به پیشگیری و درمان.

برای نیل به اهداف فوق دولت های استرالیا و نیوزیلند اقدام های زیر را مبذول داشته اند:

مشاوره عمومی:

اقدام های دو دولت برای بهبود و گسترش امور مربوط به کاهش تقاضای مواد اعتیادآور که در مراحل جدیدتری صورت گرفته اند به شرح زیر است.

- اقدام های مربوط به مصرف داروهای روان گردان: در این زمینه دو دولت با توجه به چالش های موجود مربوط به افزایش دسترسی به داروهای روان گردان و همچنین شیوع مصرف این مواد در سطح جامعه اقدام هایی را برای مهار بحران ناشی از مصرف این مواد صورت داده اند.

- اقدام های ملی مربوط به گروه های مصرف کننده ای که مبتلا به بیماری های روانی هستند

- صندوق تأمین هزینه های تحقیق مربوط به راهبردهای ملی پیشگیری از سوء مصرف مواد اعتیاد آور.

- اقدام های مربوط به تحت پوشش قرار دادن مناطق روستایی.

- ایجاد شبکه اطلاعات مواد مخدر^{۲۵}: در این زمینه تنها در استرالیا ۱۰۰۰ سایت اینترنتی با موضوع مواد مخدر ایجاد شده است.

دولت نیوزیلند نیز بودجه هایی را برای تأثیر بیشتر برنامه های مربوط به تعویض سرنگ های آلوده در نظر گرفته است که از آن جمله می توان به بودجه ۴۶/۸ میلیون دلاری اشاره نمود (به نقل از مؤسسه برنت، ۲۰۰۹).

دولت استرالیا نیز در راستای تمرکز بر اقدام های مربوط به تغییر مسیر حرکت مصرف کنندگان مواد مخدر طی چهار سال بودجه ۲۲۱ میلیون دلاری تخصیص داده است تا از طریق آن فعالیت های زیر صورت پذیرند:

۱. حمایت و پشتیبانی از اقدام هایی که منجر به فرستادن معتادان به مواد مخدر از سیستم قضایی به سمت بخش

های آموزشی و درمانی شوند. این اقدام ها شامل ایجاد و تأسیس مراکز درمانی اضافی و خدمات درمانی قابل دسترس می شوند.

۲. گسترش و انتشار راهبردهای مانع مصرف کانابیس در میان جوانان و بزرگسالان

- افزایش خدمات آموزشی مشاوره ای و مراکز مراجعه برپایه برنامه های جامعه مدار.

^{۲۵}. National Information on Drug Abuse (NIDA)

۳. تقویت برنامه های رسانه ای و افزایش آگاهی های والدین و راهنمایی آنها برای چگونگی دستیابی به اطلاعات مربوط به مواد مخدر.

۴. ایجاد صندوق های مضاعف مربوط به اجرای اقدام های مشارکتی جامعه در زمینه پیشگیری از مصرف مواد مخدر، این صندوق به گروه های اجتماعی که متعهد به انجام پروژه هایی در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر گردند کمک مالی می کند.

۵. افزایش تعداد مراکز دارویی برای در اختیار قرار دادن سرنگ های تمیز و تغییر نگرش در معتادان برای کنار گذاردن و مصرف نکردن سرنگ های آلوده

۶. تحقیقات و بررسی در مورد علت عدم دستیابی معتادان به امکانات درمانی در راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر استرالیا به تقویت و نقش سازمان های غیردولتی توجه ویژه ای مبذول گردیده است. از سال ۱۹۹۸ تاکنون ۱۴۰ پروژه با بودجه ۵۸/۶ میلیون دلاری در قالب فعالیت های سازمان های غیردولتی مورد حمایت قرار گرفته اند.

در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۳ برای سازمان های غیردولتی ۶۵ میلیون دلار بودجه در نظر گرفته شده است. از دیگر برنامه های مطرح شده در راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر استرالیا اقدام های مشارکتی جامعه در زمینه مبارزه با مواد مخدر است. آموزش مواد مخدر در مدارس نیز در این راهبرد در نظر گرفته شده است. شورای تحقیقات پزشکی و دارویی ملی استرالیا متعهد به انجام تحقیقات گسترده در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد است (سیاست مبارزه مواد مخدر استرالیا ۲۰۰۳).

برنامه های پیشگیری دولت استرالیا و نیوزیلند:

با توجه به موضوع پیشگیری در راهبرد دولت های استرالیا و نیوزیلند سه موضوع اصلی اهمیت دارند: پیشگیری از سوء مصرف مواد، کاهش خطر و کاهش آسیب، پرداختن به این سه موضوع طیف برنامه های دولت را در زمینه پیشگیری تعیین می کند. در تعیین سیاست های پیشگیری آن چه مهم است تعیین و تبیین فاصله میان عناصر اصلی پیشگیری و اقدام هایی است که در این راستا صورت می گیرد. به تأخیر انداختن یا کاهش سرعت شیوع مصرف مواد اعتیادآور در زمان اجرای برنامه های پیشگیری مدنظر برنامه ریزان قرار دارند. در برنامه های پیشگیری به حداقل رساندن آسیب از عناصر اصلی است. کاهش عرضه مواد اعتیادآور ناظر بر توقف تولید و عرضه مواد است. کاهش تقاضای مواد مخدر ناظر بر پیشگیری و جلوگیری از سرعت شیوع و گسترش مصرف است و کاهش آسیب ناظر بر کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد در میان افراد و جوامع است.

در استرالیا و هم در نیوزیلند موضوعات پیشگیری در چارچوب مدل عمومی سیستم های بهداشتی مورد بررسی قرار می گیرند. چهار مدل مداخله در موضوعات پیشگیری عبارتند از: مداخلات همگانی^{۲۶} و جامع مدار، مداخلات گزینشی^{۲۷} در مورد گروه هایی که در معرض خطر بیشتر قرار دارند، مداخلات دلالتی^{۲۸}، مداخلات هدفمند^{۲۹} ترکیبی از مداخلات گزینشی و دلالتی است.

^{۲۶} . Universal Interventions

^{۲۷} . Selective Interventions

^{۲۸} . Indicated Interventions

^{۲۹} . Targeted Interventions

رویکردهای میان بخشی گویای این مطلب هستند که پیشگیری از وقوع مشکلات اجتماعی ممکن است بیشترین تأثیر را در پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان جوانان داشته باشد و این پیشگیری موقعی دارای تأثیر خواهد بود که مصرف مواد به دلیل وجود این مشکلات اجتماعی صورت گیرد. مدل حمایت از خطر مواد اعتیادآور منطبق با مداخله شماره دوم ناظر بر جمعیت های در معرض خطر است. این مدل موضوعات ذیل را شامل می گردد:

شاخص های ساختاری اجتماعی به این معنا که این شاخص ها در قالب تأثیرات محیطی بر جوامع و جمعیت ها قابل درک هستند. عوامل خطر مشتمل بر عوامل اجتماعی، محیطی و فردی هستند که احتمال ابتلاء فرد به مواد اعتیادآور را افزایش می دهند. عوامل حمایت کننده آن دسته از عوامل هستند که موجب به حداقل رساندن آسیب ناشی از مواد اعتیادآور می گردند. این عوامل پشتیبانی کننده بر نحوه عملکرد و مداخلات عوامل خطر ساز تأثیر می گذارند. (همان منبع).

الگوهای مصرف مواد و آسیب های مربوط به آن:

با توجه به الگوهای مصرف مواد و آسیب های مربوط به آن این الگوها و هزینه های مربوط به آن در استرالیا محاسبه گردیده است:

تا سال ۲۰۰۲ این هزینه ها به این شرح منتشر شده اند:

هزینه مصرف سیگار ۲۱/۲ میلیارد دلار، مصرف سیگار عمده ترین عامل مرگ و میر بوده است. هزینه الکل ۷/۶ میلیارد دلار، این هزینه براساس تأثیر مصرف الکل در کاهش تولید فردی و همچنین تصادفات جاده ای محاسبه شده است. هزینه مواد اعتیادآور ۶/۱ میلیارد دلار بیشترین عامل جرم خیزی مصرف مواد مخدر است.

بهداشت روانی و مصرف مواد: بین مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد و بهداشت روانی ارتباط عمیقی وجود دارد در این زمینه مشخص گردیده است که این ارتباط، یعنی ارتباط مصرف مواد و مشکلات روانی در سنین بین

۱۵ تا ۲۴ سال بیشتر از سایر گروه های سنی است. تنباکو در سال های اخیر ارتباط زیادی با شیوع افسردگی در میان جمعیت جوان داشته است. الکل ارتباط زیادی با افسردگی و اضطراب داشته است و رفتارهای خشونت آمیز و خودکشی با مصرف الکل ارتباط داشته اند. هنگامی که مصرف الکل با مصرف کانابیس ممزوج گردد عامل خطر آفرین عمده ای را به وجود می آورد. این نوع از مصرف بیشتر در میان جوانان دیده می شود. (به نقل از بولتن دولت استرالیا در مورد پیشگیری از سوء مصرف مواد، ۲۰۰۵).

کانابیس شایع ترین ماده اعتیادآور مصرفی در استرالیا و نیوزیلند است. خصوصیت توهم زایی و روان گردانی کانابیس مشکلات روانی خاص و حادی را نظیر افسردگی، اضطراب و تمایل به رفتار خودکشانه در میان مصرف کنندگان به وجود می آورد.

از گروه آمفتامین ها نیز مصرف اکستاسی در استرالیا و نیوزیلند خصوصاً در میان جوانان و نوجوانان شیوع یافته است که با مشکلات شناختی و روانی ارتباط دارد (به نقل از بورت، ۲۰۰۷).

اهداف عمده راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر استرالیا و نیوزیلند:

راهبرد استرالیا و نیوزیلند در مبارزه با سوء مصرف مواد ناظر بر دو دوره پنج ساله (۲۰۰۴ تا ۲۰۰۹ و ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳) است. این راهبرد براساس پیش بینی چالش های آینده ای که می تواند ابعاد مختلف زیست محیطی را در این کشورها تحت تأثیر قرار دهد طرحریزی شده است. اهداف عمده این راهبرد عبارتند از:

۱. پیشگیری از افزایش و شیوع آسیب های ناشی از مصرف مواد
۲. کاهش عرضه مواد در جامعه
۳. کاهش خطرات ناشی از جرایم مرتبط با مواد مخدر و رفتارهای ضداجتماعی

۴. کاهش خطرات رفتارهای خطرناک همراه با استفاده از مواد مخدر، کاهش آسیب های مرتبط با مواد مخدر برای افراد خانواده و اجتماع.

۵. کاهش و تغییر در وضعیت انحطاط فردی و اجتماعی و ارتقای سطح کیفیت زندگی

۶. کاهش وضعیت غیرمولد فرد و دیگر هزینه های اقتصادی مربوط به بروز آسیب های مصرف مواد مخدر

۷. افزایش دسترسی به گستره وسیع تر پیشگیری با کیفیت بالا و دسترسی به امکانات درمانی مطلوب

۸. افزایش فهم اجتماعی مربوط به آثار آسیب زای مصرف مواد مخدر

۹. تقویت تحقیقات در زمینه های مختلف مواد مخدر

۱۰. تقویت مشارکت بر اجرای برنامه های کاهش آسیب

۱۱. تقویت ارتباطات راهبردهای مرتبط دیگر

۱۲. تقویت میان گروه های همیاری در زمینه کاهش تقاضا

برای نیل به اهداف تعیین شده کلیه سطوح دولتی و غیردولتی و همچنین بخش های مختلف جامعه درگیر

در فعالیت ها خواهند بود.

اولویت های راهبرد:

۱. پیشگیری

۲. کاهش عرضه

۳. کاهش مصرف مواد و آسیب های مرتبط با آن

۴. دسترسی به درمان مطلوب

۵. توسعه سیستم ها

۶. تقویت مشارکت

۷. شناسایی مسیرهای جدید

برنامه «پاسبان کینی کوالا» در استرالیا:

این برنامه از نظر حرفه ای، یک فعالیت توسعه یافته و فراگیر می باشد که برای کودکان سنین ابتدایی در نظر گرفته شده است. برنامه پاسبان کینی از طریق یک فرد عروسک گردان صورت می گیرد که لباس پلیس پوشیده است. در طی این برنامه، پلیس از راه های آموزشی و ارائه پوستر، هدایای تبلیغاتی و غیره برای القای بیشتر ایمنی در کودکان بهره برداری می کند. هدف از اعمال این قبیل برنامه ها، ارایه ایمنی برای کودکان و همچنین القای این باور است که «پیشگیری از جرم یک پیام مثبت است تا اساس زندگی از ابتدا بر مبنای آن ساخته شود». پاسبان کینی با لباس پلیس در مدارس حضور می یابد و آموزش «فلسفه زندگی بدون مشکل و خطر» را ارایه می کند. علاوه بر این، پلیس جلساتی را در مورد علائم رانندگی، ترافیک، خطرات مواد مخدر، مشروبات الکلی و غیره برای نوجوانان و جوانان برگزار کرده و آنان را مورد آموزش قرار می دهد. این برنامه به کاهش ترس از جرم، به پلیس کمک می کند و همچنین موجب احساس امنیت بیشتر در بین مردم می شود. ارزیابی ها حاکی از آن است که برنامه پاسبان کینی در دراز مدت می تواند تأثیرات بسیار مثبتی را در زندگی افراد داشته باشد (بیات و همکاران، ۱۳۸۷: ۱۷۰ و

۱۶۹ به نقل از کاوه ، محمد ، ۱۳۹۱)

۸- کانادا:

برنامه های مبارزه با مواد مخدر در کانادا با چند خصوصیت بارز همراه بوده است. اول آنکه کانادا به عنوان یکی از کشورهای مهاجرپذیر با مهاجرین و تازه وارداتی با آداب و عادات و فرهنگ ها و از اقوام و قومیت های و سرزمین های مختلفی مواجه است که نه تنها تهدیدپذیری و آسیب پذیری آن را در ارتباط با مواد مخدر افزایش می دهد بلکه تدوین برنامه های مقابله ای و پیشگیرانه از مواد را دشوار می سازد. دوم آنکه کانادا تا سه دهه قبل مانند ایالات متحده سیاست های مقابله ای صرف را دنبال می نموده است و کم تر به امور کاهش تقاضا توجه نشان می داد ولی تقریباً از اوایل دهه ۱۹۹۰ سیاست های کانادا به سمت رویکردهای تعادلی حرکت کرده است (راهبرد کانادا، ۲۰۰۲).

از اواخر دهه ۱۹۸۰ تا حال حاضر مواد توهم زا و ماری جوانا بیشترین خطر را در کانادا بوجود آورده اند. از طرفی مصرف اکس تاسی هم طی یک دهه گذشته افزایش یافته است. در مقابل از مصرف LSD نزدیک به یک سوم از میزان قبلی کاسته شده است.

آمارهای اخیر نشان دهنده آن است که اتخاذ راهبرد متوازن در پیشگیری از سوءمصرف مواد اعتیادآور مؤثر بوده است. کاهش مصرف LSD و سیگار در بین جوانان خصوصاً دانش آموزان مقطع دبیرستان در یک دهه گذشته قابل توجه است. مصرف اکس تاسی نیز کاهشی حدود ۱۳ درصد در گروه های سنی جوان خصوصاً در نزد دانش آموزان مقطع دبیرستان داشته است.

تبلیغات رسانه ای یکی از عوامل مهم در آگاه سازی و کاهش مصرف مواد در میان جوانان بوده است.

راهبرد ملی کنترل مواد مخدر کانادا اهداف دوسالانه و اهداف پنج سالانه را در کنترل و کاهش مصرف مورد توجه قرار داده است:

با توجه به اهداف دوسالانه، کاهش ۱۵ درصدی مصرف فعلی در میان دانش آموزان مقطع هشتم، دهم و دوازدهم، کاهش ۱۰ درصدی مصرف مواد در گروه سنی ۱۸ سال و بالاتر (راهبرد ملی کنترل مواد مخدر کانادا، ۲۰۰۸) مورد تأکید بوده است.

اهداف پنج ساله نیز بر کاهش ۳۰ درصدی مصرف فعلی مواد مخدر و ۲۵ درصدی مصرف سیگار و مواد دخانی در مقاطع تحصیلی هشتم، دهم و دوازدهم و کاهش ۲۵ درصدی مواد اعتیاد آور در گروه سنی ۱۸ سال و بالاتر تأکید گردیده است (همان).

از جمله اقدامات دولت کانادا در سال های اخیر در زمینه اقدامات پیشگیرانه ایجاد مراکز رسیدگی قضایی به افراد دستگیر شده زیر سن قانونی با جرائم مرتبط با مواد است. در این مراکز افراد دستگیر شده با این شرایط سنی تحت رسیدگی ویژه قرار می گیرند. در این مراکز از نیروی پلیس کارآزموده با تجارب حرفه ای و نیز از مددکاران متخصص استفاده می شود. این افراد در یک برنامه کوتاه مدت (حداکثر یک هفته ای) تحت نظارت و آموزش قرار گرفته و پس از خروج تا یکسال توسط مرکز بازرسی، کنترل و نظارت می شوند.

با توجه به نقش گروه همال و دوستان در گرایش جوانان و نوجوانان به مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر، برنامه های پیشگیری بر تقویت مقاومت در برابر فشارهای بیرونی مصرف، تقویت مهارت ایجاد رابطه سالم و تقویت توانایی نه گفتن در برابر وسوسه های خارجی ترغیب کننده مصرف و بالاخره تقویت توانایی خودداری از مصرف به هنگام اثرگذاری گروه دوستان بر فرد تأکید می کند.

بنا به آمار تخمینی مرکز کنترل مواد مخدر کانادا در سال ۲۰۰۴ به طور متوسط روزانه ۱۱۰۰ نوجوان به مصرف سیگار و ۴۸۰ نوجوان به مصرف ماری جوانا و ۱۴۰۰ نفر به مصرف الکل (عمدتاً آبجو) اقدام می کنند. از این رو آن چه برای مراقبت از نوجوانان اهمیت خواهد داشت ایفای نقش مؤثر خانواده ها و مدارس در پیشگیری اولیه از گرایش آنان برای مصرف است.

به طور کلی با توجه به آسیب پذیری جوانان به عنوان یک گروه اجتماعی در معرض خطر و High Risk، برنامه استراتژیک و راهبردی کانادا، اصول زیر را در برنامه های کنترل مواد و پیشگیری از سوء مصرف مورد توجه قرار داده است:

۱. جلوگیری از خشونت، حفظ و تحکیم پایه های نهاد خانواده و بهبود شرایط دسترسی به بهداشت اجتماعی، سیاست مواد مخدر بخش اصلی و عمده اهداف دولت در امور داخلی و ملی محسوب شده و در سیاست های اجتماعی نمود پیدا می کند.
۲. مواد مخدر عاملی تهدید کننده سلامت اجتماعی و به مثابه عامل خطر آفرین برای مردم محسوب می گردد. دولت ملزم است که تمام مساعی خود را در ایجاد محیط زندگی سالم همراه با احساس امنیت و آرامش برای مردم مبذول دارد.
۳. مردم ملزم به رعایت قوانین مربوط به مواد خصوصاً جرائم مرتبط با آن هستند. لذا انتظار می رود آحاد و افراد جامعه جهت استقرار نظم و آرامش و محیط بری از مواد مخدر به پلیس کمک نمایند.
۴. هدف اصلی برنامه های پیشگیری اولیه همانا آگاه سازی و اثر گذاری بر ذهن و فکر جامعه خصوصاً گروه های در معرض خطر نظیر کودکان، نوجوانان و جوانان است. گروه هایی که در آینده وارد مراحل مختلف جامعه پذیری می شوند و با اجرای برنامه های صحیح آگاه سازی حالتی از تنفر در ذهن جامعه هدف برای

پرهیز از تقاضای مواد مخدر ایجاد می گردد. برنامه ملی مبارزه با مواد مخدر کانادا بر اهداف زیر در کاهش تقاضای مواد تأکید دارد.

اهداف کاهش تقاضا:

۱. کاهش تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در جامعه
 ۲. ارتقای سطح کیفی امکانات و خدمات درمانی به نحوی که این اقدام بتواند تعداد زیادی از نیازمندان به طی مراحل درمانی در آمریکا را تحت پوشش قرار دهد. در این زمینه پوشش درمانی باید در داخل و خارج از سیستم قضایی پیش بینی گردد.
 ۳. کاهش هزینه های تحمیلی به سیستم درمانی کشور که به دلیل آلودگی های ناشی از مصرف ایجاد می گردند.
 ۴. ایجاد محیط های ایمن و مناسب برای رشد و بالندگی نوجوانان و جوانان،
 ۵. کاهش مصرف الکل و سیگار در میان نوجوانان،
 ۶. افزایش سطح ایمنی محیط های کار به نحوی که باعث کاهش مصرف مواد اعتیادآور در آن محیط ها گردد،
- آن چه هدف غایی این اهداف عام محسوب می شود، در وهله اول تثبیت تعداد معتادان در جامعه و در وهله دوم کاهش تعداد معتادان است.
- این برنامه بهترین راه کاهش تقاضا را در کاهش معتادان حاد می داند. برای نیل به این هدف دولت درصدد بوده تا با ایجاد زمینه های مناسب در زندان ها، بازداشتگاه های موقت و اجتماعات مرتبط، بهره مندی از امکانات درمانی را فراهم آورد. اصول مدیریتی درمان در راستای اجرای برنامه های کاهش تقاضا عبارت اند از:

۱. کاهش هزینه ای درمانی هر نفر در طول درمان،
۲. افزایش درصد تعداد افرادی که باید از امکانات درمانی استفاده نمایند،
۳. ارتقای نگهداری سطح رضایت مندی مراجعان،
۴. حصول نتایج مثبت ناشی از درمان (به نقل از مؤسسه برنت، ۲۰۰۷).

عناصر اصلی برنامه های پیشگیری از سوء مصرف:

پیشگیری از این رو که از ورود افراد معتاد غیر حاد به سمت اعتیاد مزمن جلوگیری می کند، دارای اهمیت زیادی است. در مداخلات درون نسلی، اقدام های پیشگیرانه باعث می گردد تا فرزندان معتادان خود تبدیل به معتادان آینده نگردند. در برنامه های پیشگیرانه آموزش والدین برای کسب مهارت های لازم به منظور پرهیز دادن فرزندانشان از اعتیاد به مواد مخدر در نظر گرفته می شود. عناصر اصلی برنامه های پیشگیرانه عبارت اند از:

۱. کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل حمایت کننده،
۲. گسترش و بهبود آگاهی ها و دانسته های مربوط به مواد مخدر یا الکل،
۳. کاهش رفتارهای مشکل ساز ناشی از مصرف مواد مخدر یا الکل،
۴. ارتقاء سطح مهارت های اجتماعی و مهارت های زندگی گروه های آسیب پذیر خصوصاً نوجوانان و جوانان
۵. شناسایی افراد دارای رفتارهای پرخطر و اقدام به اجرای برنامه های مشاوره در درازمدت تا از تداوم و تشدید این رفتارها خصوصاً بیماری ایدز ناشی از سوء مصرف مواد جلوگیری گردد.
۶. تغییر شرایط محیطی برای افراد در معرض خطر ابتلاء به اعتیاد و مواد مخدر و الکل (راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر کانادا، ۲۰۰۴).

اقدامات انجام شده:

۱. تشویق و ترغیب بخش خصوصی برای مشارکت در امور پیشگیری،
 ۲. تشویق و ترغیب خدمات پیشگیرانه جامعه مدار برای لحاظ نمودن خدمات به جوانان در معرض خطر بالا،
 ۳. تشویق و ترغیب مشارکت های اجتماعی برای هماهنگی برنامه های پیشگیری در سطح محلی به گونه ای که این اقدام بتواند به تمامی اجتماعات تسری و گسترش یابد.
 ۴. حمایت از سازمان ها و ارگان های ایالتی به منظور فراهم نمودن ایجاد یک شبکه سراسری ایالتی برای مشارکت جامعه مدار در برنامه های پیشگیرانه،
 ۵. برگزاری نشست های عمومی به منظور ارائه موضوعات مربوط به سیاست های ملی پیشگیری،
 ۶. تشویق و ترغیب اقدام های و تلاش های عمومی و خصوصی برای ایجاد سیستم های بخشی به منظور انتقال دانسته های مربوط به پیشگیری به حوزه مربوطه،
 ۷. ارائه کمک به نهادهای ذیربط به منظور تدوین و تعیین راهبردهای مربوط به پیشگیری،
 ۸. تشویق و ترغیب ایجاد سیستم های آموزشی مربوط به پیشگیری در دانشگاه ها و مراکز علمی،
 ۹. ارتقای کمی و کیفی اجرای برنامه های پیشگیرانه در محل های کار،
- تشکیل کمیته های کارشناسی برای پیگیری موضوعات و مسائلی نظیر تهیه برنامه های تبلیغاتی، ارائه کارگاه های آموزشی، تهیه بروشور و منابع اطلاعاتی، آگاه سازی بهداشتی خصوصاً در ارتباط با بیماری ایدز و راه های انتقال ویروس HIV و کنترل آن از طریق آموزش های مربوطه .
- برخی قوانین در کانادا استانی است مثلاً در جزیره پرنس ادوارد قوانین ومقررات ویژه برای سیگار والکل همه فروشگاه هایی که دخانیات می فروشند باید مجوز مربوطه را داشته باشند. آنها نمی توانند سیگار را به افراد

کمتر از ۱۹ سال بفروشد. فروشندگان دخانیات در بارها بعلت فروش سیگار به افراد کم سن و سال دستگیر شده اند یا با اخطار، جریمه یا تعلیق جواز روبرو شده اند.

سیگار کشیدن در محل کار و اماکن عمومی ممنوع است، این بدین معناست که نمی توان در بیمارستان ها، مدارس، رستوران ها، کافه ها، تئاترها، فروشگاه ها و سایر اماکن عمومی سیگار کشید. همچنین سیگار کشیدن در اتومبیل حامل افراد کمتر از ۱۹ سال نیز ممنوع است. (به نقل از WHO، ۲۰۰۷؛ گزارش وزارت بهداشت کانادا، ۲۰۰۴).

طرح پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان به مواد مخدر

در سال ۲۰۰۷ مرکز مبارزه با مواد مخدر کانادا طرحی را برای پیشگیری از گرایش نوجوانان و جوانان به مواد مخدر پیشنهاد داده که سند کامل آن را می توان از سایت www.ccsa.ca دریافت کرد:

— مدت زمان این طرح ۵سال هست که مبتنی بر خدمات رسانه ها، سازمان های خدمات رسانی، تعیین استانداردهای ملی پیشگیری و ایجاد مشارکت فراگیر و پایدار است. در ضمن دولت کانادا میزان هزینه مبارزه با مواد مخدر را ۶۴ میلیون دلار اعلام کرد

— این استراتژی ها با هدف پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر جوانان، والدین آنها، آموزگاران، اجرای قانون و جوامع متمرکز میشود و دارای طرحهای ابتکاری متعددی است مانند ۲ طرح مکمل زیر:

— ۱- اختصاص ۱۰ میلیون دلار در بودجه جدید بمدت ۲ سال جهت راه اندازی ستاد مبارزات رسانه جمعی در راستای پیشگیری از مواد مخدر که باید توسط وزارت بهداشت کانادا صورت گیرد

- اختصاص ۱۰ میلیون دلار از بودجه مبارزه با مواد مخدر برای جوانان به رهبری مرکز سوء مصرف کانادا (CCSA) و با همکاری سایر سازمانها بمدت ۵ سال تحت عنوان مبارزه ملی با مواد مخدر
- هدف از استراتژی پیشگیری، کاهش مصرف غیر قانونی مواد مخدر توسط افراد ۱۰ تا ۲۴ سال کانادایی می باشد به این معنی که هدف، کاهش تعداد جوانان استفاده کننده از مواد مخدر، به تاخیر انداختن شروع مصرف، کاهش دفعات مصرف و کاهش استفاده از چند داروی غیرقانونی توسط مصرف کنندگان است
- این استراتژی بر روی عوامل حفاظت کننده یا عوامل خطر پذیر در بین جوانان قبل از شروع به مصرف مواد غیر قانونی توجه و تمرکز دارد از آنجا که متوسط سن اولین بار مصرف در کانادا حدود ۱۴ یا ۱۵ سال هست پیام ها با هدف پیشگیری یا به تاخیر انداختن احساس نیاز برای شروع به مصرف در این سنین یا کمتر است
- هزینه خسارت وارد شده از طریق مواد مخدر در کانادا در حدود ۸ میلیارد دلار در سال است
- نرخ مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر در مقابل نرخ میزان رشد جمعیت افزایش یافته است
- پیشگیری چه کار میتواند انجام دهد و چقدر هزینه دارد؟ برخی تحقیقات نشان میدهد که برنامه های پیشگیری، میزان مصرف تنباکو را ۲/۳ درصد، میزان مصرف الکل را ۲/۲ درصد و میزان مصرف کوکائین را تا ۳ درصد کاهش میدهد این اعداد اگرچه بزرگ نیستند اما بخاطر اینکه سیاست برنامه های پیشگیرانه نسبتاً گزینه های ارزانی هستند و همچنین به این خاطر که مصرف مواد مخدر خسارت بالایی به جامعه وارد میکند حتی کوچکترین کاهش در این آمار میتواند مقرون به صرفه باشد

- تحقیقات نشان میدهد که هزینه مشارکت و آموزش یک دانش آموز ابتدایی در برنامه های پیشگیری ۱۵۰ دلار است در حایکه مجموع خسارت وارده یک فرد در اثر سوء مصرف مواد مخدر ۸۴۰ دلار است
- استراتژی پیشگیری در یک چشم انداز ۵ ساله طراحی شده که از دانش و تجربه گسترده گروه های متخصص که حرفه شان پیشگیری و توسعه و برنامه ریزی برای جوانان در مدارس و، خانواده و جامعه است بهره کامل می برد
- تحقیقات نشان میدهد که تلاش ها و برنامه های پیشگیرانه زمانی موثر است که پیامهای رسانه ای مبارزه با مواد مخدر با برنامه های پیشگیری در مدارس ، خانواده ها و جامعه همگام اجرا شود
- استراتژی پیشگیری در کانادا از ۳ روش عمده و مکمل استفاده میکند :
- ۱- رسانه ها ۲- تعیین استانداردهای ملی برای پیشگیری ۳- مشارکت پایدار
- CCSA از شرکت های بزرگ ، رسانه های ملی و سازمانها یی که به خوبی خدمات پیشگیرانه را ارائه میدهند ، دعوت بعمل می آورد تا در ائتلاف رسانه و جوان با هدف برقراری ارتباط و ترویج پیامهای پیشگیری شرکت کنند
- این رویکرد از ۲ طریق برنامه های پیشگیرانه خود را به جوانان منتقل میکنند:
- ۱- از طریق سازمان هایی که در محیط کارشان با جوانان کار میکنند
- ۲- از طریق ابزاری که در بازار به جوانان عرضه و فروخته میشود مثل فیلم ها

- این کنسرسیوم دارای پتانسیل بالایی برای گسترش همکاری است و از اینترنت، تلویزیون، رادیو، رسانه های چاپی، بازار یابان، آژانس های تبلیغاتی، سازمانهای خدماتی جوانان، NGO های والدین نگران و حساس به موضوع اعتیاد بهره خواهد جست
- تعیین استاندارد های ملی کانادا برای پیشگیری:
- نیاز برای استانداردهای ملی برای طراحی و انتقال برنامه های پیشگیرانه در مدارس مرکزی و جوامع شناسایی شده است که میتواند در سراسر کانادا و در درون جوامع گوناگون استفاده شود
- وضع استانداردهای ملی شامل موارد زیر است:
- ایجاد خلاصه ای از برنامه های موجود و منابع آن که با استانداردها مطابقت داشته باشد
- هدف نهایی فراهم کردن وسیله ای برای جوامع، مدارس، خانواده ها و دیگران برای دسترسی و پیاده سازی مجموعه ای از برنامه های مبتنی بر واقعیت است
- استانداردها یک برنامه پیشگیری ایده آل غیر ممکن را با نتایج دور از دسترس در نظر نمیگیرد بلکه به جای آن محدودترین منابع، حقایق اجتماع و حداقل ماهیت استاندارد لازم برای تدوین اجزای برنامه پیشگیرانه را شناسایی و مشخص میکند و بعنوان یک ابزار خود ارزیابی برای بهبود وضع خود و تصحیح برنامه خود از آن استفاده میکنند
- ایجاد استانداردهای ملی به وقت و پشتکار نیاز دارد

– **CCSA** و دیگر مشارکت کنندگان این برنامه به تولید یک استراتژی فعال با افزایش جذب بالا که از استاندارد ها بعنوان یک معیار برای برنامه های پیشگیرانه در کانادا استفاده میکند متعهد شده اند این کار نیاز به ایجاد یک مرکز اده ها برای دسترسی سریع و آسان به برنامه های موجود دارد که با استاندارد ها مطابقت داشته باشد

– این استراتژی همچنین برای توسعه برنامه های پاکسازی، درمان و پیشگیری، فراخوان هایی برگزار میکند که باعث ترویج و توسعه سلامت میشود و به والدین منابعی را معرفی میکند که برای بحث و گفتگو درباره پیشگیری از فرزندان خود در محیط خانواده به آن ها نیاز دارند.

– مشارکت پایدار: شرکت ها و سازمان ها در سراسر کانادا در زمینه های تخصصی متنوع متعهد میشوند که با تمام توان و امکانات خود برای توسعه و اجرا و حفظ استراتژی مبارزه با مواد مخدر و برنامه پیشگیری تلاش و همیاری کنند

– یکی از این مشارکت ها گروه ملی مشاوره در پیشگیری جوانان میباشد این گروه نمایندگان از سراسر بخش ها و حوزه های قضایی ارائه می کند شامل بخش هایی مختلفی چون **CCSA**، کمیسیون مبارزه با مواد مخدر و پیشگیری از سوء مصرف الکل و مواد مخدر که پذیرای دیگر همکاران در بخش آموزش و پرورش، ارتقاء سلامت، فرزندداری، خانواده، پلیس و خدمات جوانان میباشد

- کار گروهی روی جمعیت خاص و ویژه: تعدادی از مطالعات آمریکای شمالی نشان داده است که گروه های خاصی از جوانان بخاطر مصرف سنگین مواد مخدر و استفاده از چند ماده بطور همزمان در معرض خطر بالاتری نسبت به همسالان خود قرار دارند
- با مطالعه بر روی این جمعیت، استراتژی هایی اتخاذ شد که در آن روش های شناسایی این افراد، مداخلات مفید و بهبود وضعیت آن ها حاصل شود و از همه مهمتر مجموعه عواملی که این افراد را در این وضعیت خاص قرار داده است را کشف و مورد بررسی قرار می دهد
- برنامه آگاه سازی **CCSA**: سازمان **CCSA** و سازمان آموزش و پرورش با مشارکت هم یک برنامه و نرم افزاری در سطح ملی، استانی، شهری و منطقه ای فراهم میکنند که مجریان و متولیان می توانند در آن طلاعات و منابع به دست آمده را با هم به اشتراک بگذارند
- شورای علمی مشورتی **CCSA** از دانشمندان در زمینه های مختلفی چون پزشکی، مغز و اعصاب، روانشناسی و مشاوره تشکیل شده است که با همکاری یکدیگر و اشتراک دانسته هایشان به ارائه درک جامع و مشترکی از سوء مصرف مواد مخدر می پردازند مانند تحقیق در زمینه اثرات حشیش بر مغز نوجوانان
- ارزیابی استراتژی پیشگیری: این استراتژی از طرق مختلف همچون ارزیابی میزان یادگیری در روند پیاده سازی فرآیند، ارزیابی سطح مشارکت و جذب و رعایت استاندارد های ملی و در نهایت مشاهده و نظارت تغییر در الگوی مصرف مواد مخدر در میان جوانان میباشد

- فرآیند ارزشیابی: این آزمون مشخص میکند که آیا فرآیند پیاده سازی ، با اهداف کلی پیش بینی شده همگام بوده است یا خیر
- خود ارزیابی: بسته های اطلاعاتی ،انتقال دهندگان برنامه ها در مدارس و جوامع هدف را قادر میسازد تا فعالیت های خود را بطور دائم ارزیابی کنند
- ارزیابی نتیجه حاصله: ارزیابی تغییرات قابل مشاهده در پایان طرح پنج ساله ،حاصل خواهد شد از جمله:تعداد و نوع همکاران درگیر در رسانه ها /کنسرسیوم جوانان ،تعداد پیام های پیشگیری از جوانان که به کنسر سیوم مربوط است ،تعداد برنامه های جدید و موجود و برنامه هایی که مطابق با استاندارد های ملی پیشگیری هستند و وسعت سرمایه گذاری و مشارکت در استراتژیدر برنامه های پیشگیری که به تداوم حرکت و اجرای این طرح منجر میشود
- ارزیابی ضربه وارده: دراین روش با استفاده از مکانیسم های نظارتی موجود،سوء مصرف مواد مخدر در جوانان را برای بررسی تغییر الگوی رفتاری مورد نظارت قرار میدهد که مطابق با اهداف و استراتژی ملی مبارزه با مواد مخدر باشد
- این مرحله برای ایجاد اطلاعات پایه و برای ساختن پایگاه داده ها از تمام برنامه های پیشگیرانه جوانان میباشد
- در نهایت این ارزیابی را متولیان و متصدیاناز طریق تحقیق و بررسی از والدین ، خانواده ها و جوامع با ارزیابی آگاهی خانواده ها از برنامه ها، کیفیت آنها، محدودیت و شکاف ها ،نقاط ضعف و قوت آنها آشکار میسازند

- آنچه در ذیل می آید خلاصه نمای کلی از آنچه طی سال اول طرح پیشگیری انجام شده است:

۱- رویکرد مشارکت کننده ها و ایجاد فروم برای ارزیابی منافع و منابع

۲- موافقت نامه رسمی مشارکت و تعهد به اجرای آن

۳- ایجاد شرایط لازم و مشخص کردن نقشه کار

۴- برگزاری دو جلسه کنسرسیوم کامل

- استاندارد های ملی کانادا:

۱- ایجاد گروه های متخصص و رسمی برای پیشگیری جوانان و جمعیت های خاص و تعیین اهداف

رسمی از طریق شرایط مرجع

۱۱- اداره و هدایت کردن مجریان طرح در زمینه بررسی کردن دانش، آگاهی و احتیاجات و رخنه کردن در

میان والدین و اجتماع (مرکز مبارزه با مواد مخدر کانادا، ۲۰۰۷)

برنامه های مهارت آموزی به خانواده در کشور کانادا برای پیشگیری از سوء مصرف مواد توسط جوانان

دستورالعمل کانادایی برای برنامه های مهارت آموزی خانواده ها برای پیشگیری از مصرف مواد توسط

نوجوانان، بخشی از مجموعه استانداردها و راهنمایی ها در کشور کانادا برای پیشگیری از مصرف مواد است. سایر

بخش های این مجموعه شامل دو کتاب دیگر در خصوص استانداردهای "مبتنی بر مدرسه" و "مبتنی بر جامعه" در

کانادا برای این نوع پیشگیری هستند. این بخش‌ها در کنار هم مجموعه‌ای از استانداردها و راهنمایی ملی را تشکیل می‌دهند که تحت هدایت مرکز سوء مصرف مواد کانادا (CCSA) ایجاد شده‌اند.

این مجموعه استانداردها بخشی از استراتژی پیشگیری از مصرف مواد مخدر توسط جوانان کانادایی تحت عنوان (A Drug Prevention Strategy for Canada's Youth) است و برنامه‌ای ۵ ساله است که از سال ۲۰۰۷ و با هدف کاهش مصرف مواد در میان نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۲۴ ساله کانادایی و توسط CCSA اجرا شده است. این استراتژی در واقع واکنشی است به درخواست کانادایی‌ها برای اقدام در برابر مصرف مواد توسط جوانان و کودکان کانادایی. یک اولویت ملی که در سال ۲۰۰۵ توسط چارچوب ملی فعالیت برای کاهش خطرات ناشی از الکل و سایر مواد در کانادا ، (National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances in Canada) شناسایی شد.

مباحث و مهارت‌های مربوط به بچه‌ها

مهارت‌های کودکان از دو نوع هستند: شخصی و اجتماعی

مباحث و مهارت‌های مربوط به خود:

کودکان برای تقویت توانایی‌های احساسی خود باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند:

- شناسایی و نامگذاری احساسات خود و دیگران؛
- بیان احساسات خود به شیوه‌ای مناسب؛
- مدیریت و کنترل رفتار خود در موقعیت‌های دشوار؛
- حس کردن و بروز همدردی؛ و

- دریافت بازخورد درباره احساسات و واکنش‌ها و رفتارهای خود از دیگران.
- کودکان برای کسب انگیزه و جهت‌گیری برای آینده باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند:
- تفکر درباره چیزی که در زندگی برایش ارزش قایل هستند، چیزی که در حال حاضر خوب است و تفکر درباره احتمالات آینده؛
- تعریف رویاها، اینکه می‌خواهند چه کاره شوند، چه چیزی را یاد بگیرند و به چه چیزهای دست پیدا کنند؛
- برنامه‌ریزی و تنظیم اهداف خود بر اساس رویاهایشان؛
- به تاخیر انداختن قدردانی و جایزه برای فعالیت‌های خود.
- کودکان برای ایجاد حس اعتماد به نفس باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند:
- تشخیص دادن مهارت‌ها و موفقیت‌های خود و اینکه چه چیزی را می‌توانند به خوبی انجام دهند و نسبت به چه چیزی احساس خوبی دارند؛
- ایجاد اعتماد به توانایی‌ها و مهارت‌های خود؛ و
- مدیریت اظهارنظرهای منفی از سوی دیگران درباره خود، مانند اظهارنظر درباره شکل ظاهری (به خصوص وزن و قد).
- کودکان برای به دست آوردن مهارت‌های حل مشکل باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند:
- تصمیم‌گیری، سنجیدن گزینه‌ها و برنامه‌ریزی برای نحوه دستیابی به اهداف؛ و
- پایش احساسات و رفتارها و تفکرات خود.

کودکان برای مراقبت از خود باید موارد زیر را یاد بگیرند:

– مراقبت کردن از بدن و سلامت و ظاهر خود از طریق یاد گرفتن در مورد اهمیت نظافت و ورزش و

رژیم سالم

– آگاهی در مورد تاثیرات مواد بر روی مغز، رشد فیزیکی، توانایی‌های رفتاری، احساسی، شناختی،

ظاهر و سلامت و دوستی و روابط خانوادگی و عملکرد مدرسه ای / دانشگاهی.

مباحث و مهارت‌های مرتبط با روابط کودکان:

کودکان برای ایجاد روابط اجتماعی باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند:

– برقراری روابط پایدار و مثبت با سایر افراد؛

– مشارکت و تفکر و تعامل با دیگر افراد از طریق یاد گرفتن کمک به دیگران و قبول مسئولیت برای

وظایف و کار مشترک؛

– دانستن نقش‌ها و حقوق و وظایف خود؛ و

– درک مرزها روابط اجتماعی و پاسخ به مطالبات و درخواست‌های دیگران بدون در خطر قرار

دادن خود.

بچه‌ها برای احترام گذاشتن به دیگران باید موارد زیر را یاد بگیرند:

– احترام به تفاوت‌های فردی در شخصیت، طبیعت، فرهنگ، اخلاق و پیش زمینه‌ها و مهارت‌ها، و

- احترام گذاشتن به بزرگترها از طریق کمک به آنان و اشتیاق برای شنیدن توصیه‌های آنان
- کودکان برای ایجاد ارتباطات موثر باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند:
- گوش دادن فعال به دیگران؛
- بیان نیازهای خود و پاسخ دادن به نیازهای دیگران در زمان نیاز آنان به کمک؛ و
- درخواست کمک وقتی که نمی‌دانند چه کار کنند و شناسایی ارائه دهندگان خدمات مناسب برای درخواست کمک از آنان.
- مواجهه با مشکلات و حل آنها از طریق روش‌های کنترل موقعیت، توجه به همه طرف‌های دعوا، تلاش برای حضور همه در بحث پیرامون مشکل
- کودکان برای مقاومت در برابر تاثیر همسالان باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند:
- توسعه مهارت‌ها و علائق جدید از طریق سرگرمی‌ها و فعالیت‌های خارج از مدرسه؛
- یاد گرفتن مهارت‌های اصولی و ماهیت و میزان واقعی سوء مصرف مواد؛
- ایجاد مهارت برای مقاومت موثر و نظام‌مند در برابر فشار همسالان برای مصرف مواد و سایر مواد اعتیادآور؛
- معاشرت با افراد و دوستانی که از مواد استفاده نمی‌کنند و خصوصیات یک دوست خوب را می‌دانند.
- پیدا کردن اطلاعات قابل اطمینان درباره مواد و تاثیرات آنان.
- کودکان برای تجربه محیط اجتماعی باید موارد زیر را یاد گرفته و تمرین کنند.

مهارت‌های تحصیلی باید نحوه توجه به کار کلاسی و خانگی را یاد گرفته و تمرین کنند . مسولیت پذیری در

خصوص رفتارهای خود، رفتار سازگار داشتن و برگزیدن نقش‌ها و موقعیت‌های مختلف اجتماعی

بیچه‌ها همچنین برای دستیابی به مهارت‌های دانشگاهی باید توجه به درس، کار در مدرسه و تمرین در خانه را

بیاموزند .

مباحث و مهارت‌های مربوط به خانواده‌ها

اعضای خانواده‌ها برای تعامل با یکدیگر تشویق می‌شوند که یاد گرفته و نحوه پاسخ دادن را تمرین کرده و با دادن هدیه و کادو یکدیگر را تشویق کنند.

خانواده‌ها برای به دست آوردن مهارت‌های ارتباطی موارد زیر را یاد گرفته و تمرین می‌کنند:

- گوش دادن به یکدیگر؛

- سازماندهی جلسات خانوادگی برای بحث در مورد موضوعات مهم؛

- بحث درباره نحوه تعریف مسئولیت‌ها و وظایف میان اعضای خانواده از طریق گوش دادن به هم؛ بحث

آرام - و با آرامش در مورد موضوعات سخت مانند الکل، مواد و روابط جنسی.

خانواده‌ها برای ایجاد محدودیت‌ها و ارائه ساختاری برای زندگی خانوادگی موارد زیر را یاد گرفته و تمرین می‌کنند.

- حل مشکلات به صورت جمعی و با استفاده از روش‌ها و مهارت‌های مختلفی که در طی برنامه

آموخته‌اید؛

- استفاده از روش‌های مناسب و اصولی برای فعالیت‌های هر فرد از خانواده؛

- منصف و ثابت قدم ماندن در اجرای اقدامات تنبیهی هر عضو خانواده؛ و

- ارائه بازخوردهای مناسب به هر کدام از اعضا.

خانواده در تعیین اهداف برای آینده خانواده، موارد زیر را یاد گرفته و تمرین می‌کند:

- استفاده موثر از منابع اجتماعی و کاهش انزوای اجتماعی از طریق مواردی مثل؛ ایجاد ارتباط با سایر خانواده و ایجاد ارتباط و حفظ تماس و ارتباط با خدمات حمایتی (مانند بهداشت، رفاه اجتماعی، مراکز شغلی، گروه‌های اجتماعی)
- برنامه‌ریزی و سازمان دهی زندگی آینده خانواده؛
- ایجاد و درک مجموعه مشتری از ارزش‌ها؛ و
- گذران مشترک وقت و برنامه‌ریزی فعالیت‌های مشترک.

(www.ccsa.ca به نقل از پایگاه اطلاع رسانی پیشگیری نوین ستاد مبارزه با مواد مخدر)

۹- روسیه

سابقه تولید و مصرف مواد مخدر معمولاً کشت خشخاش و شاهدانه در روسیه به دوره امپراطوری تزار برمی گردد. توسعه امپراطوری روسیه تزاری در طول قرون هفدهم، هیجدهم و نوزدهم خصوصاً پس از جنگ های ایران و روس در قرن هفدهم و تصرف مناطق و ایالت های ایرانی وسیعی از سوی روس ها و نیز همجواری و نزدیکی روسیه به ایران، هند و چین و افغانستان این کشور را با موادمخدر آشنا کرده بود. شیوع مصرف تریاک در سرزمین های امپراطوری تزار خصوصاً در بخش آسیائی روسیه بسیار مشهود بود.

با انقلاب اکتبر در سال ۱۹۱۷ میلادی و با روی کار آمدن بلشویک ها سیاست های دولت کمونیست که بر تبدیل روسیه به یک نظام اشتراکی و حذف مالکیت خصوصی تأکید داشت، اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی را وارد دوره جدیدی نمود که در آن توسعه اقتصادی براساس برنامه ریزی دولتی و مبتنی بر اصول سوسیالیسم صورت می گرفت.

یکی از سیاست های دولت جدید در اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی و در زمان جوزف استالین به مرحله اجرا درآمد مبارزه گسترده با اعتیاد بود. با تشکیل اردوگاههای کار اجباری و بسیج جامعه در جهت کار و تولید و سازندگی تحت برنامه های آمرانه و دستوری حزب کمونیست، فعالیت های اجتماعی و جمعی مردم سازماندهی گردید.

در چنین نظامی سوء مصرف مواد به عنوان پدیده نظام طبقاتی و مغایر با اهداف جامعه کمونیستی تلقی گردید. در طول زمامداری زمامداران کمونیست و در دوره حاکمیت حزب کمونیست، سیاست دولت اتحاد و جماهیر شوروی سوسیالیستی در باب امور داخله و مسائل اجتماعی سیاستی از بالا به پایین توأم با کنترل و نظارت شدید مبتنی بر تزارهای بسته و دخالت وسیعی در امور زندگی شخصی مردم، اعم از سبک زندگی، مالکیت، تفریحات، ذوقیات، مصرف کالاهای فرهنگی، غذا، پوشاک، گردشگری و توریسم، فعالیت های هنری و رسانه ای، تحصیلات، نویسندگی، شعر و موسیقی، نقاشی و مجسمه سازی و مانند آن است. براساس این سیاست، شوروی (سابق) از طرفداران سخت و سفت منع مصرف موادمخدر و تدوین سیاست های کنترل عرضه و تقاضای این مواد است. مع الوصف بواسطه سابقه تاریخی، اقلیم و سبک زندگی روس ها، مصرف الکل یک استثنا است و شوروی به عنوان یکی از جوامع با مصرف بالا مشروبات الکلی مطرح است.

پس از دوره اصلاحات گورباچف که به نام پروستاریکا معروف است ساختار سیاسی و اقتصادی روسیه دستخوش تحولات عمیق شد. آزادی های فردی همراه با توجه به حقوق فردی، مالکیت خصوصی، تنوع گرایی، مصرف گرایی، نزدیکی به سبک زندگی غربی و مانند آن زمینه را برای برخی رفتارها که پیشتر در نظام بلشویکی به شدت کنترل می گردید فراهم ساخت. یکی از این نمودهای بارز تحول و شاید یکی از آسیب های آن افزایش رفتارهای پرخطر همراه با هیجان جوئی، خطر جوئی، لذت جوئی و تجربه های جدید خصوصاً از سوی نسل جوان است. تمایل نسل جوان به مصرف موادمخدر خصوصاً متافتامین، اکستاسی، هروئین، کوکائین، ماری جوآنا، مرفین و مانند آن رو به تزايد بوده است. براساس آمار موجود (UNAIDS: Russian Fedration, ۲۰۰۶) تعداد مصرف کنندگان مواد ثبت نام شده (Registered) به نحو بارزی در طول دهه ۱۹۹۰ افزایش یافته است. در سال ۱۹۹۰،

روسیه حدود ۳۷۰۰۰ مصرف کننده ثبت نام شده داشته. این رقم در سال ۲۰۰۰ به ۴۸۰۰۰ و در سال ۲۰۱۰ به ۶۱۰۰۰ رسیده است (Russian Federation Report, ۲۰۱۳).

برابر آخرین آمارها هر سال حدود ۸ هزار نفر به علت مصرف بیش از حد از مواد مخدر و روانگردان جان می‌بازند و ۳۵ هزار تن دیگر نیز در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند.

بیشتر معتادان روسیه را جوانان تشکیل می‌دهند و از این لحاظ یکی از مشکلات عمده این کشور به شمار می‌رود. به گزارش رسانه‌های روسیه، در ۵ سال اخیر ۳۵۰ هزار نفر و در ۱۰ سال گذشته نیز یک میلیون نفر در سنین مختلف ۱۵ تا ۳۴ سال به دلیل مصرف مواد مخدر در این کشور جان باخته که ۷۰ الی ۸۰ درصد آنها جوانان بوده‌اند. آمار رسمی همچنین حاکی از آن است که حدود ۵۱ درصد از مصرف کنندگان مواد جزء معتادان تزریقی هستند (همان).

در سال ۲۰۰۷، ۸۳ درصد از افراد آلوده به ویروس HIV در روسیه به افراد متعلق به مصرف کنندگان مواد غیرقانونی (IDU's)، ۶ درصد متعلق به تن فروشان (SexWorkers) و ۵ درصد متعلق به زندانیان (Prisoners) است.

براساس گزارش مرکز فدرال HIV، تا سال ۲۰۱۹ میلادی تعداد مبتلایان به ویروس HIV به دو میلیون نفر در روسیه خواهد رسید. که بیشترین آنها متعلق به مردان گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال (۳۰ درصد) و زنان متعلق به همان گروه سنی (۱۵ درصد) است.

۵۷ درصد از افراد آلوده به HIV نیز پیش بینی می شود که از طریق تزریق موادمخدر، ۱۱ درصد از طریق روابط جنسی میان همجنس بازان مرد (Male Homosexual) و ۴۰ درصد نیز از طریق رابطه جنسی با جنس مخالف آلوده خواهند شد.

از طرفی مهاجرین از برخی کشورهای آسیای میانه و کارگران مهاجر از برخی کشورهای اروپای شرق و آسیا، گروه های اقلیت و طبقات پائین، زنان و گروه های سنی جوان، فواحش و مانند آن بیش از گروه های دیگر در روسیه در معرض ابتلاء به بیماری های عفونی نظیر بیماری ایدز و آلودگی به ویروس HIV، هپاتیت B و C. بیماری های مقاربتی (STD) و نظایر آن هستند.

مرکز اچ آی وی فدرال ۳۰ در روسیه براساس سیاست دولت فدرال روسیه اقداماتی را در خصوص سبب شناسی و همه گیر شناسی سوء مصرف، کاهش آسیب^{۳۱} و آثار و عوارض سوء مصرف مواد و نتایج بهداشتی آن به ویژه بیماری های عفونی در میان گروه های پرخطر صورت داده است.

اقدامات پیشگیرانه در جهت کاهش سوء مصرف و مسایل مرتبط با آن:

۱. ارتقاء و بهبود سطح دانش و آگاهی گروه های پرخطر و در معرض آسیب ها، بیماری ها و خطرات ناشی از مصرف موادمخدر، رفتارهای جنسی پرخطر و سایر رفتارهای خطر آفرین.
۲. شناسایی و بررسی بیماری ها و اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد خصوصاً بیماری های عفونی مربوط به تزریق موادمخدر نظیر ایدز، هپاتیت و مانند آن در گروه های هدف.
۳. انجام تحقیقات و مطالعاتی منظم جهت شناخت نیازهای آموزشی گروه های در معرض خطر و شناخت موانع و مشکلات مربوط به آموزش پیشگیری این گروه ها

^{۳۰}. Federal HIV Center

^{۳۱}. Harm Reeducation

۴. شناخت اثرات وسایل ارتباط جمعی، تبلیغات، پیام های آموزشی و چگونگی انجام دادن مبارزه با سوء مصرف از طریق رسانه ها و برنامه های آگاه سازی و فعالیت های فرهنگی.
۵. توسعه برنامه های مداخلات پیشگیرانه برای جمعیت ها و گروه های آسیب پذیر در سطح نهادهای اجتماعی نظیر خانواده، مدرسه، محله و مانند آن.
۶. شناسایی گروه های هدف و در معرض خطر و تدیون و ارائه برنامه های آموزشی و آگاه سازی خصوصاً برای بی خانمان ها، همجنس بازان، فاحشه ها، زندانیان، و مانند آن.
۷. کوشش برای درگیر کردن جامعه بزرگتر، خصوصاً خانواده ها، سازمان های محلی، گروه های اجتماعی، نهادهای مذهبی، نهادهای فرهنگی، مدارس و دانشگاه ها، وسایل ارتباط جمعی، سازمان های غیردولتی (NGO) و مانند آن در فعالیت ها و برنامه های مربوط به آگاه سازی، کاهش تقاضا و کاهش آسیب.
۸. نشر و توزیع انواع کتب، جزوات، بروشور، مجله و سایر منابع مکتوب در بین مخاطبان مختلف و نیز تولید برنامه های رادیویی و تلویزیونی برای گروه های خاص، مخاطبان مختلف، گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر به منظور ارتقاء سطح دانش و آگاهی و پیشگیری اولیه از خطرات و آسیب های ناشی از سوء مصرف مواد و رفتارهای پرخطر.
۹. همکاری با آژانس های بین المللی خصوصاً بانک جهانی به منظور انجام پروژه مشترکی جهت مبارزه با اعتیاد، سل و بیماری ایدز/ HIV در روسیه و کاهش آسیب های اجتماعی، عوامل خطر آفرین^{۳۲} و تقویت عوامل و فاکتورهای محافظت کننده و پشتیبان^{۳۳} (به نقل از: Twigg, Sudyth (۲۰۰۶). HIV/AIDS in Russia and Eurasia, Vol. ۱. Gordonsville, Pulgrave Macmillan, P.۹ and

^{۳۲}. Risk Factors

^{۳۳}. Protective Factors

World Bank Report on Project Appraisal Document, Retrieved 8, April,

2014).

۱۰ - فرانسه:

فرانسه به عنوان یکی از اعضای مهم اتحادیه اروپا، برنامه‌ها و رویکردهای کلی خود را در ارتباط با موادمخدر، سوءمصرف، کاهش عرضه، کاهش تقاضا، کاهش آسیب و برنامه‌های مبارزه، کنترل، مداخله و پیشگیری براساس اهداف و برنامه‌های کلی اتحادیه اروپا از سال ۲۰۰۲ و براساس ماده ۱۵۲ پیمان شورای اروپا تنظیم نموده است.

سیاست پیشگیری از سوءمصرف در فرانسه از طریق هماهنگی میان چند وزارت خانه به منظور جنگ علیه مواد و رفتارهای اعتیادی صورت می‌گیرد. وزارت آموزش ملی (MNE)، وزارت بهداشت (MH) و وزارت کشور (IM) ستون اصلی حوزه پیشگیری را تشکیل می‌دهند (Home International Data and Policies,

European Union, ۲۰۱۵)

این سیاست هماهنگ که در سال ۲۰۱۳ میلادی تدوین گردیده است یک برنامه پنج ساله است که سیاست‌ها و برنامه‌های مبارزاتی فرانسه را با موادمخدر و آسیب‌های اجتماعی با هدف کاهش مصرف، کاهش عرضه، کاهش تقاضا و کاهش آسیب تا پایان سال ۲۰۱۷ میلادی شامل می‌شود.

این برنامه مبارزه با اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی را از خردترین سطوح تا سطوح کلان جامعه دربر می‌گیرد. در سطح محلی (Local) فعالیت‌های معطوف به پیشگیری توسط تعداد زیادی از عناصر و عوامل حرفه‌ای شامل مدارس NGOها، پلیس، ژاندارمری و مانند آن صورت می‌گیرد (گزارش اتحادیه اروپا، ۲۰۱۵).

در سطح جامعه و ملی پیشگیری همگانی (Universal) در همه سطوح و برای همه گروه ها با استعانت از عوامل متعددی نظیر مدارس، خانواده ها، وزارت خانه ها، وسایل ارتباط جمعی، پلیس، NGOها، دانشگاه ها، مددکاران اجتماعی، کلیسا و سازمان های خیریه و مانند آن صورت می گیرد. در این سطح موسسه ملی پیشگیری و آموزش سلامت فرانسه^{۳۴} (INPES) دستورالعملی آموزشی- اجرایی در خصوص آموزش سلامت، آگاهی از عوامل تهدیدکننده و خطرآفرین، رفتارهای پرخطر موادمخدر و مواد غیرقانونی و مانند آن را برای دانش آموزان مدارس در مقاطع راهنمایی و دبیرستان تدوین و از سال ۲۰۰۸ به مرحله اجرا وارد نموده است. این یک برنامه آموزشی معطوف به موادمخدر و رفتارهای پرخطر یک برنامه پیشگیری مدرسه محور (School-Based) است که عمدتاً با هدف ارتقاء قابلیت های شناختی، مهارت های اجتماعی و سطح آگاهی دانش آموزان جهت مقاومت و مقابله در برابر عوامل وسوسه گر و تهدیدکننده بیرونی نظیر مواد مخدر، الکل، سکس کنترل نشده و مانند تدوین شده است. همچنین برنامه پیشگیری از مواد، الکل و داروهای روان گردان برای محیط های کار و کارگری خصوصاً برای کارگران کارخانه ها و کارگاه ها و مانند آن توسط موسسه ملی پیشگیری و آموزش سلامت تدوین و به مرحله اجرا درآمده است. برنامه مشابهی نیز توسط این موسسه برای کارکنان، کارمندان و پرسنل محیط های اداری، بوروکراسی و بخش خدمات با هدف ارتقاء سطح آگاهی و تضمین و تأمین سلامت این بخش تدوین و اجرا شده است (گزارش اتحادیه اروپا، ۲۰۱۵).

علاوه بر پیشگیری همگانی، در فرانسه به پیشگیری انتخابی^{۳۵} و پیشگیری موردی^{۳۶} نیز توجه شده است. این نوع پیشگیری عمدتاً برای سازان های غیردولتی (NGO) حرفه ای تعریف و توسط این سازمان هم اجرا می شود.

^{۳۴} . National Institute for Prevention and Health Education

^{۳۵} . Selective Prevention

^{۳۶} . Indicated Prevention

این برنامه ها عمدتاً برای گروه های خاص، گروه های پرخطر، گروه های در معرض خطر نظیر اقلیت ها، مهاجرین، جوانان، کودکان و نوجوانان بزهکار در دارالتأدیب ها و مراکز اصلاح و تربیت، زنان بی سرپرست یا زنان سرپرست خانوار، زنان باردار، زنان معتاد و مانند آن تدوین شده است (همان منبع).

از سال ۲۰۰۵ میلادی حدود ۳۰۰ کلینیک های سرپایی برای جوانان معتاد ایجاد شده است که بخشی از برنامه دولت فرانسه جهت پیکار با مواد و رفتارهای پرخطر است.

دولت همچنین مبارزه ایی را بر علیه معتادان تزریقی، HIV و بیماری های مقاربتی آغاز کرده است. براساس گزارش WHO در سال ۲۰۱۱ و وزارت بهداشت فرانسه (MH) در سال ۲۰۱۳ حدود ۳۶۸ مورد عفونت HIV گزارش شده است که حدود ۴۳ درصد (۱۵۷ مورد) آن متعلق به معتادان تزریقی است.

تقریباً ۵ نفر از هر ۱۰ نفر معتاد تزریقی دارای عفونت HIV متعلق به خارجیان مهاجر و سایر اقلیت ها خصوصاً سیاهان فرانسوی است (گزارش وزارت بهداشت فرانسه MH، ۲۰۱۳).

وزارت بهداشت فرانسه همراه با سایر نهادهای دولتی نظیر وزارت آموزش ملی، وزارت کشور، NGOها، شهرداری های مناطق و مانند آن برنامه های پیشگیری و درمانی را جهت کنترل و کاهش آسیب خصوصاً در ارتباط با بیماری ایدز و عفونت HIV در فرانسه سازمان داده است. از این طریق خدمات متعددی جهت تست و آزمایش HIV و خدمات مشاوره ای و توزیع وسایل مراقبت و کنترل نظیر سرنگ، تشخیص و درمان بیماری های مقاربتی و عفونت های فرصت طلب همراه ایدز، درمان های ضد ویروس ایدز، ارجاع به خدمات تخصصی، پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک و نیز متعاقب تماس تصادفی، واکسیناسیون هپاتیت B، درمان ها و فعالیت های حمایتی، اتصال به سازمان های امدادی دیگر نظیر NGOها و نیز پیگیری بیماران در منزل و مانند آن به گروه ها و افراد در معرض خطر، گروه های هدف و گروه های خاص خصوصاً معتادان تزریقی، زندانیان، زنان باردار، جوانان، فاحشه

ها، همجنس بازان، رنگین پوستان، مهاجرین و مانند آن ارائه می شود. (گزارش وزارت بهداشت فرانسه، ۲۰۱۳؛ WHO، ۲۰۱۱؛ INPES، ۲۰۱۵).

موسسه ملی پیشگیری و آموزش سلامت فرانسه (INPES) همچنین از سال ۲۰۰۸ برنامه های پیشگیری موردی را در خصوص مصرف سیگار و مواد دخانی، و الکل تدوین و به مرحله اجرا درآورده است. گروه هدف بدو در این برنامه نوجوانان و جوانان خصوصاً دانش آموزان و دانشجویان است. بدین منظور مقیاس های کنترل و تست (Control Scales) برای سنجش و اندازه گیری میزان نیکوتین و الکل در خون گروه هدف با استانداردهای تعیین شده تنظیم و بکار می رود. مثلاً مقیاس کنترل توتون)

استراتژی دولت فرانسه در یک برنامه سه ساله و با اولویت بخش پیشگیری و مراقبت های درمانی و پزشکی طراحی شده است. این برنامه بر محورهای ذیل استوار است:

- ✓ هجوم اطلاع رسانی با هدف افزایش آگاهی آحاد جامعه از طریق نشر اطلاعیه های آموزشی و میان پرده های تلویزیونی.
- ✓ اختصاص شماره تلفن امداد ملی به نام خدمات اطلاع رسانی مواد مخدر برای پاسخگویی به پرسش های مردم و ایجاد خط پست الکترونیکی.
- ✓ تهیه برنامه آموزشی متمرکز برای دست اندرکاران عرصه پیشگیری شامل کارکنان عرصه تعلیم و تربیت، پلیس، پزشکان، داروسازان، پرسنل بیمارستان ها و انجمن های خودیار با هدف افزایش سطح دانش، توانایی و مهارت تخصصی آنان و ایجاد شبکه پیشگیری به منظور ارائه هشدارهای دائمی به جامعه.
- ✓ برنامه مطالعاتی معین برای جمع آوری اطلاعات دقیق و معتبر در عرصه اعتیاد. (وهاب زاده ، ۱۳۹۲)

^{۳۷} TCS) اساساً برای تعیین میزان نیکوتین در خون و نیز سنجش کمی اعمال سیاست های کنترل مصرف سیگار و

توتون در سطح کشور طراحی شده است . مراجعه شود به: Joosens L. and Kaw, M. (۲۰۱۴). The

(Tobacco Control Scale ۲۰۱۳ in Europe).

^{۳۷} . Tobacco Control Scale

۱۱- سوئیس:

برنامه ها و فعالیت های معطوف به پیشگیری از آسیب ها، بیماری ها، رفتارهای پرخطر و عوامل تهدیدکننده سلامتی عمومی کلیدی ترین عنصر راهبرد جامعه سوئیس برای کنترل الکل، مواد نارکوتیک، دوپینگ و توتون و مواد دخانی^{۳۸} (ANDT) به شمار می رود.

این برنامه که جهت یک دوره پنج ساله (۲۰۱۱-۲۰۱۵) تدوین گردیده است تنظیم و اجرای فعالیت های پیشگیری را برای مواد مخدر و مواد غیرقانونی شامل می گردد. در این برنامه میان بخشی (Cross-Sectional) آژانس ها و عاملین متعددی نظیر آژانس سلامت عمومی^{۳۹}، حکام منطقه ای^{۴۰}، NGOها و مانند آن همکاری دارند.

آژانس سلامت عمومی سوئیس مسئولیت نظارت و اجرای برنامه کنترل الکل، مواد نارکوتیک، دوپینگ و توتون (ANDT) را برعهده دارد.

حکام منطقه ای مسئول ایجاد رابطه میان آژانس سلامت عمومی و برنامه ANDT با ارگان ها، نهادها و سازمان های غیردولتی و هماهنگی میان آنها در سطح مناطق و استان های کشور هستند.

شهرداری ها نیز در سطح ملی و در سطح مناطق مسئولیت عمده ای را در اعمال و نظارت بر برنامه جامع پیشگیری از

الکل، مواد نارکوتیک، دوپینگ و توتون برعهده دارند. براساس گزارش آژانس ملی سلامت سوئیس در سال ۲۰۱۳

^{۳۸} . A Cohesive Strategy for Alcohol, Narcotic Drugs, Doping and Tobacco

^{۳۹} . The Public Health Agency

^{۴۰} . Regional Governors

به طور تقریب ۷۶ درصد از شهرداری ها هماهنگی لازم را با برنامه جامعه در سطح محلات و مناطق و به منظور اجرا و نظارت بر برنامه (ANDT) صورت داده اند.

مداخلات پیشگیرانه مدرسه محور^{۴۱} نیز نقش عمده ای را در مناطق و محلات در آموزش رفتارهای معطوف به سلامت، ارتقاء سطح آگاهی دانش آموزان در خصوص عوامل خطرآفرین، موادمخدر، سیگار، الکل، مواد غیرقانونی، رفتارهای پرخطر خصوصاً رفتارهای جنسی کنترل نشده، بیماری ها از جمله بیماری های مسری، ایدز، هیپاتیت و مانند آن بازی می کند. در این برنامه ها بر آموزش مهارت های مقابله ای دانش آموزان با عوامل بیرونی تهدیدکننده و پیام های ترغیب کننده مصرف مواد، الکل، سیگار، رابطه جنسی کنترل نشده و مانند آن تأکید گردیده است.

همچنین یک برنامه آموزشی معطوف به سلامت و ثت از رفتارهای پرخطر که از برنامه های پیشگیری موردی هلند، سوئد، اسلوانی و استونی اقتباس شده است برای والدین و فرزندان بین سنین ۱۳-۲ سال تنظیم و طراحی گردیده که در تدوین آن سازمان ها و نهادها و متخصصان مسائل بهداشت عمومی نقش عمده ای داشته اند.

هدف این برنامه بهبود مهارت والدینی^{۴۲} جهت کمک به والدین در تنظیم و مدیریت رفتار کودکان و کمک به خانواده ها در جهت ایجاد یک شبکه حمایتی خانواده است.

راهبرد جامع پیشگیری همچنین برنامه های پیشگیری موردی را نیز برای گروه های هدف خاص نظیر معتادان، جوانان، کارگران، محیط های نظامی و سربازان، زندانیان، کودکان دارای والدین معتاد، طلاق گرفته و تحت تعقیب، رانندگان، کارمندان، و مانند آن تدوین و به مورد اجرا درآورده است. بنا به گزارش آژانس سلامت عمومی سوئیس بین ۲۰ تا ۸۰ درصد از مناطق و محلات تا سال ۲۰۱۵ میلادی تحت پوشش این برنامه ها قرار داشته اند.

^{۴۱} . School-Based Prevention Interventions

^{۴۲} . Parenting Skills

راهبرد جامع برنامه آموزشی و درمانی خاصی نیز برای برخی از گروه های دارای نشانگان آلودگی به ویروس HIV و هپاتیت و سایر بیماری های مسری تدوین و به مورد اجرا درآورده است.

در این برنامه که به روش سوئسی کاهش آسیب های اعتیاد معروف است برای جلوگیری از توسعه ایدز به معتادان تزریقی، هم جنس بازان، فاحشه ها، و برخی گروه های پرخطر نظیر توریست ها، مهاجرین، و تازه واردین، اقلیت ها و نظایر آن توجه خاصی مبذول شده است. تست های پزشکی، اجرای قرنطینه، توزیع سرنگ، مراقبت های بهداشتی، تشکیل کارگاه ها و کلاس های آموزشی و مانند آن از جمله شیوه های مداخلاتی به شمار می آید (UNAIDS، ۲۰۱۳).

سیاست های مبارزه با موادمخدر این کشور، ابتکاری، عملی، موفق و مبتنی بر اتفاق نظر عمومی است. همکاری گسترده و وسیع همه سازمان های درگیر اعم از نیروهای پلیس تا سازمان خدمات اجتماعی، سیاست موادمخدر سوئیس را در طول ده سال گذشته تشکیل می دهد.

✓ اتخاذ تدابیر پیشگیرانه برای جلوگیری از مصرف مواد توسط جوانان.

✓ توجه جدی به اپیدمیولوژی و یافته های تحقیقات در عرصه پیشگیری. (وهاب زاده، ۱۳۹۲)

۱۲- سوئد:

سیاست سوئد در خصوص موادمخدر (Drug Policy) متمرکز بر پیشگیری درمان و کنترل با هدف کاهش تقاضا و عرضه موادمخدر و مواد غیرقانونی (Illegal) است.

سوئد یکی از نخستین جوامعی است که مصرف شخصی مواد را تا آنجا که منجر به جرم (Crime) و اختلال در نظم عمومی و تخطی به آزادی و حقوق دیگران نمی گردد بلامانع می داند. معهذنا غافل از نکوهش مواد اعم از سیگار، مواد نارکوتیک، محرک ها، روان گردان ها، الکل و مانند آن نیست.

در مواردی قوانین سوئد مصرف مواد از جمله الکل را منع کرده اند: در حین رانندگی، انجام کارهای محوله در محیط های رسمی نظیر محیط کار، مدرسه و محیط ها و کارهایی که نیاز به هوشیاری کامل دارد. چنانچه تست های صورت گرفته نشان دهد که در موارد فوق الذکر فرد زیر نفوذ و تأثیر الکل یا مواد مخدر و نظایر آن بوده است کیفری برحسب جرائم کم تر و جرائم بیشتر (Lesser Narcotic Crime تا Higher Narcotic Crime) از شش ماه زندان تا ۳ تا ۱۰ سال زندان را برای افراد خاطی شامل می گردد.

براساس گزارش UNODC در سال (۲۰۱۱) سوئد در بین کشورهای صنعتی و غربی دارای پائین ترین میزان مصرف مواد و آسیب های ناشی از آن است. برخی از صاحب نظران علت آن را در کیفیت برنامه های آموزشی، پیشگیری، تربیتی و آگاه سازی جامعه از یک سو و از سوی دیگر ماهیت سیاست های کنترل که بر آزادی انتخاب افراد با رعایت حقوق و آزادی مردم (جامعه) تأکید دارد می دانند.

مع الوصف همانطوری که گزارش مرکز مراقبت دائم اروپا برای موادمخدر و اعتیاد^{۴۳} نشان می دهد سوئد بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد را در اروپای غربی داراست، بطوری که این میزان دو برابر میزان آن در هلند است (EMC DDA, ۲۰۰۷).

به لحاظ تاریخی سوئد تا اوایل قرن بیستم کشوری فقیر با استاندارد زندگی پائین و جامعه ای سنتی با سابقه مصرف بالای الکل (ودکا) و توتون محسوب می شد. معهدا تا نیمه اول قرن بیستم سایر موادمخدر، محرک و روان گردانی چندان شایع و مورد مصرف سوئدی ها نبود.

با وضع قوانینی بر تولید و فروش مشروبات الکلی و تصویب قوانینی دال بر واردات تریاک و کوکائین برای مصارف دارویی و داروسازی (فارمالوژیک) و نیز آشنایی جامعه سوئد با مواد آفتمامین از سال ۱۹۳۸ و شیوع قانونی آن به عنوان دارویی تجویز شده از سوی پزشکان، با ورود LSD و سپس ماری جوانا و حشیش در دهه ۱۹۶۰، دولت سوئد را مجبور به تدوین قوانین سختی برای کنترل موادمخدر نمود، به طوری که مواد آفتمامین به لیست داروهای تحت نظارت دولت درآمد. سپس مرفین و استامینوفین به عنوان داروهای تحت تجویز پزشکان مورد مناقشه قانون گذاران و اطباء قرار گرفت. در سال ۱۹۶۷ قانون کیفری مربوط به مواد نارکوئیک در سوئد به تصویب رسید. بنا به این قانون پزشکان می توانستند در موارد لازم دوز اندکی از مواد را برای بیماران تجویز نمایند.

در اوایل ژانویه ۱۹۹۵ سوئد به اتحادیه اروپا پیوست و در مواردی همسو با برخی از برنامه های کنترل مواد این اتحادیه شد.

در سال ۲۰۰۲ پارلمان سوئد برنامه ملی اجرایی الکل و موادمخدر را به تصویب رساند. این برنامه همچنان بر سوئد «خالی از مواد» تأکید داشت. این برنامه اساساً بر سیاست کاهش و کنترل عرضه و تقاضا متمرکز است. بنابه این

^{۴۳}. The European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

برنامه آژانس ملی سلامت و بهداشت (Public Health Agency) سوئد بر کنترل مواد نارکوטיک، الکل، دوپینگ و مواد دخانی نظارت دارد.

برنامه های پیشگیری از سوءمصرف، رفتارهای پرخطر و عوامل تهدیدکننده سلامت عمومی در نیمه سطوح (فرد، خانواده، مدرسه، محله، کار، جامعه بزرگتر) گسترده است.

در برنامه های پیشگیری بر برنامه های سوءمصرف مدرسه محور که ناظر بر ارتقاء مهارت های اجتماعی دانش آموزان در مقابله با مواد و الکل است تأکید گردیده است. همچنین برنامه های محله محور که عمدتاً سازمان های غیردولتی (NGOها) و خانواده ها و نهادهای مردمی، کلیسا و سازمان های خیریه را به مشارکت فرا می خواند بر آموزش مهارت های زندگی، مهارت های اجتماعی، آگاهی از موادمخدر و آثار تخریبی و مضر آنها به فرد و جامعه، دخانیات و راه های کنترل آن، سوءمصرف الکل، رفتارهای پرخطر، بیماری های مسری، بیماری های مقاربتی خصوصاً بیماری ایدز و مانند آن تأکید می کند. خرید مشروب برای افراد زیر ۱۸ سال ممنوع است در بارها و کلاب ها سن ورود را ۱۸، ۲۰ و حتی ۲۳ تعیین می کنند. در این کشور مالیات بر مشروبات الکلی بسیار بالا و این محصولات بسیار گران است و فروشگاههای خاصی در مناطق تعیین شده توسط دولت مشروبات بالای ۱۲ درصد الکل را عرضه می کنند که فروشنده در آن تصمیم گیرنده نهایی برای عرضه مقدار مشروب به خریدار است و تقریباً افراد زیر ۲۱ سال حق خرید مشروبات سنگین را ندارند. در این کشور سیاست جایگزینی مشروبات سبک دنبال می شود.

برنامه های پیشگیری موردی (Indicated) نظیر برنامه های خانواده محور (Family-Based) متمرکز به والدین- فرزندان که با هدف افزایش مهارت والدینی در مدیریت رفتار فرزندان صورت می گیرد و برامه هایی که

بر محیط های کار (WorkPlace) متمرکز است و با هدف تقویت رفتارهای پشتیبان و محافظت کننده، ارتقاء سطح آگاهی کارگران در باب مواد و ایمن سازی روانی اجرا می گردد.

آژانس ملی سلامت و بهداشت سوئد بر نقش شهرداری های در ایجاد هماهنگی میان آژانس، محلات، NGOها و سایر بخش های جامعه تأکید دارد. یکی از وظائف تعیین شده از سوی آژانس سلامت برای شهرداری های نواحی نظارت بر کار کلوپ ها، مراکز تفریحی، بارها و دیسکوها و اماکن مشابه در ارتباط با مصرف و میزان مصرف مشروبات الکلی و نظارت بر عدم استفاده غیرمتعارف مشتریان از الکل و سایر مواد محرک و مخدر در این مکان هاست .

همچنین سازمان مبارزه با اعتیاد سوئد در میان جوانان، بر اساس تجربه کاری خود در میان جوانان خارجی به این نتیجه رسیده است که جوانان خارجی تبار آمادگی بیشتری برای افتادن به دام اعتیاد دارند. به این دلیل یک پروژه تازه مبارزه با اعتیاد در میان جوانان خارجی تباری که به تازگی به جامعه سوئد وارد می شوند را در دستور کار خود قرار داده است.

در واقع مسئله پیدا کردن یک شبکه اجتماعی است که این جوانان در آن راحت باشند، و زندگی انجمنی یکی از شیوه های آن است. زندگی انجمنی یک پدیده سوئدی است . (EMCDDA, ۲۰۱۳).

۱۳- دانمارک:

برنامه های کنترل و پیشگیری از موادمخدر، الکل و تنباکو در درون یک برنامه کلی بهبود سلامت فکری و روانی (Mental Health) و ارتقاء کیفیت زندگی (Quality of Life) مردم دانمارک تعریف شده است. در این برنامه بر به حداقل رساندن نابرابری میان گروه ها و طبقات اجتماعی تأکید گردیده است.

در برنامه کنترل و پیشگیری از موادمخدر، الکل و سایر مواد غیرقانونی مسئولیت عمومی به روش شهرداری ها گذاشته شده است. شهرداری ها با کمک و حمایت علمی، تخصصی و لجستیکی وزارت بهداشت دانمارک در این مهم شرکت دارند.

وزارت بهداشت و پزشکی دانمارک با تهیه و ارائه اطلاعات و منابع لازم به شهرداری ها در انجام پروژه های مداخلاتی خصوصاً پایش رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد کمک می کند.

شهرداری با استعانت از امکانات و کمک های این وزارتخانه اقدام به تدوین و اجرا برنامه های ث همگانی و انتخابی در مدارس، محلات و مراکز تفریحی محلی می پردازند.

وزارت بهداشت و پزشکی دانمارک در سال ۲۰۱۳ مجموعه ای از برنامه ث برای شهرداری ها، در خصوص الکل، موادمخدر، توتون و حفظ سلامتی روانی (Mental Health) ارائه داد. این مجموعه برای مخاطبین جوان تدوین شده بود. در این برنامه مخاطبین از طریق منافع مختلفی نظیر کتاب های درسی با محتوی آموزش مراقبت از رفتارهای پرخطر آشنا می شدند. چاپ بروشور و تهیه دستورالعمل هایی برای مربیان و معلمان مدارس نیز از منابع

دیگری برای مخاطبین جوان خصوصاً در مدارس بود که با همکاری وزارت پزشکی و بهداشت، وزارت آموزش و شهرداری ها تدوین و به مرحله اجرا درآمد (EMCDDA, ۲۰۱۴).

همچنین برای کودکان ۶ تا ۹ سال منابع آموزشی، فیلم، بروشور و کتاب که توسط مشاورین تربیتی تدریس و ارائه می شد تدوین گردیده است. به دلیل اشتغال والدین کودکان و نوجوانان در دانمارک بعد از ساعت مدرسه در اختیار شهرداری ها قرار می گیرند و تا پایان روز امکان برنامه ریزی برای برنامه های فرهنگی و آگاهسازی فراهم است و در کنار تفریح و سرگرمی برنامه های بسیار زیادی که جنبه اجتماعی کردن و تبعیت از قانون و مقررات در آنها به فراوانی دیده می شود وجود دارد که اخودداری از مصرف مواد از جمله آنهاست. این منابع و برنامه ها توسط شهرداری ها تهیه شده و حاوی مطالب آموزشی در خصوص سیگار، الکل، مواد، رفتارهای پرخطر و نحوه مراقبت در مقابل آنها از طریق ارتقاء مهارت مخاطبین در مقابله با این عوامل است.

شهرداری ها همچنین با ارائه برنامه هایی آموزشی به مراکز تفریحی، کلوب ها، رستوران ها، دیسکوتک ها و بارها، به آن ها در کنترل و نظارت بر رفتارهای مشتریان خصوصاً در ارتباط با مصرف مشروبات الکلی و مواد غیرقانونی کمک می کنند. آنان همچنین با پلیس در ارتباط بوده و میان این مراکز و پلیس هماهنگی ایجاد می نمایند.

وزارت بهداشت و پزشکی دانمارک با همکاری شهرداری ها همچنین سایت های اینترنتی جهت ارائه اطلاعات متنوعی در باب مواد مخدر، بیماری ایدز، الکل، سیگار و سایر مواد غیرقانونی و نیز نحوه مراقبت از آنها، شیوه های پیشگیری و ارتقاء سطح مهارت های مقابله ای با عوامل تهدیدکننده بیرونی ایجاد کرده است. مخاطبین می توانند اطلاعات موردنیاز خود را با مراجعه به سایت (www.netstof.dk) بدست آورند.

برنامه جامع وزارت بهداشت و پزشکی همچنین بر خانواده های مهاجر به دانمارک به منظور سازگاری و همنوایی مطلوب آنان با جامعه میزبان متمرکز است.

یکی از مهم ترین برنامه های پیشگیری از آسیب ها و کاهش آسیب (Harm)، برنامه های مربوط به بی خانمان ها (Homeless) است. این گروه یکی از گروه های در معرض خطر و آسیب پذیری است که نه تنها خود، بلکه جامعه را می تواند مورد تهدید و آسیب (Harm) قرار دهد.

آنان در عین حال مستعد بروز رفتارهای پرخطر در شکل توزیع مواد، قاچاق، رفتارهای جنسی پرخطر، تن فروشی، مصرف مواد و الکل، دزدی، و مانند آن هستند. از طریق این برنامه ها این افراد مورد نظارت، حمایت و ساماندهی قرار می گیرند. طبق آمار ارائه شده از سوی وزارت بهداشت و پزشکی دانمارک افراد بی خانمان حدود ۳۷ درصد از دارندگان سرویس HIV در دانمارک متعلق به بی خانمان هاست.

بی خانمان ها همچنین حدود ۲۲ درصد از معتادان تزریقی را در دانمارک تشکیل می دهند (گزارش EMCDDA, ۲۰۱۳).

۱۴- نروژ:

پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر و الکل یکی از مهمترین مسایل و اهداف برنامه سلامت عمومی (Public Health) در نروژ است.

برنامه های پیشگیری از سوءمصرف موادمخدر، الکل، مواد دخانی، بیماریهای مسری، رفتارهای پرخطر و آسیب ها در نروژ مانند سایر کشورهای اسکاندیناوی نظیر دانمارک، سوئد و فنلاند توسط نهادهای پزشکی و بهداشتی و شهرداری ها تدوین، تنظیم و اجرا می گردد. مسئول هماهنگی و سرپرستی بهداشت نروژ (NDH)^{۴۴} به تنظیم و تدوین برنامه های پیشگیری همگانی، موردی و انتخابی از اعتیاد به موادمخدر، اعتیاد به الکل و سیگار، دوپینگ، مواد غیرقانونی، بیماری ها خصوصاً بیماری های مرتبط با سوءمصرف، رفتارهای جنسی کنترل نشده، بیماری های مسری و مانند می پردازد. شهرداری ها در نواحی و محلات به طور اخص مجری و اعمال کننده برنامه های کنترل و پیشگیری از اعتیاد (موادمخدر، الکل و سیگار) با نظارت NDH هستند.

براساس گزارش مؤسسه مطالعات مربوط به الکل و موادمخدر نروژ (NIADR)^{۴۵} در سال ۲۰۱۲ میلادی حشیش و ماری جوانا، هروئین، مرفین، کوکائین، بنزودیازپین، آمفتامین و اکستاسی از شایع ترین مواد مخدر و محرک مصرف شده در نروژ محسوب می شود.

^{۴۴} . Norwegian Directorate of Health

^{۴۵} . Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research

بر اساس آمار ارائه شده توسط (NDH) و مرکز پایش مواد مخدر و اعتیاد اروپا (EMCDDA)، حدود ۳۴ درصد از مصرف کنندگان مواد در سال ۲۰۱۰ و ۳۷ درصد از آنان در سال ۲۰۱۲ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال قرار داشتند.

میزان مصرف هروئین در سال ۲۰۱۲ در نروژ ۱۰ درصد، حشیش و ماری جوانا ۳۲ درصد، بنزودیازپین ۴۰ درصد و آمفتامین ۱۵ درصد گزارش شده است (NIADR، ۲۰۱۲).

بر اساس گزارش مرکز مطالعات الکل و مواد مخدر نروژ در سال ۲۰۱۰ میلادی ۳۷۹۰۰ مورد جرائم مرتبط با مواد مخدر و الکل در نروژ ثبت گردیده است که در مجموع ۴۱ درصد کل جرائم گزارش شده را در این کشور شامل می گردد.

میزان مصرف مواد و الکل بر حسب جنس متغیر بوده، به طوری که بر اساس گزارش (NDH) در پر مصرف ترین گروه سنی (۱۵ تا ۳۴ سال) در سال ۲۰۱۲ ۶۸ درصد مرد و ۳۲ درصد زن بوده اند.

در سال ۲۰۱۱ میلادی در مجموع ۲۶۹ مورد از عفونت HIV گزارش گردیده است که ۱۰ مورد متعلق به معتادان تزریقی بوده است (EMCCDA، ۲۰۱۲). بر اساس این گزارش میانگین سنی آنان ۳۸ سال (۲۸ تا ۵۱ سال) و ۱/۲ آنان (۵۰٪) متعلق به مهاجرین و اقلیت های قومی بوده است.

در ارتباط با بیماری هپاتیت B و C، آمارهای موجود نشان می دهد که ۱۸ مورد از ۵۶ مورد هپاتیت تشخیص داده شده در نروژ در سال ۲۰۱۲ متعلق به معتادان تزریقی بوده است. بر اساس گزارش EMCDDA در سال ۲۰۱۱ از ۱۶۷۶ مورد هپاتیت C نیز ۸۳ درصد متعلق به کسانی بود که از طریق سوزن عفونت پیدا کرده بودند.

۷ منطقه در کل نروژ تحت اعمال و اجرای برنامه های پیشگیری از مواد، الکل و رفتارهای پرخطر است. این مناطق توسط شهرداری ها و مسئول هماهنگی بهداشت و سلامت عمومی نروژ کنترل و نظارت می شود.

مداخلات پیشگیرانه مدرسه محور نقش عمده ای را در آموزش رفتارهای معطوف به سلامت، افزایش سطح آگاهی و دانش آموزان در خصوص عوامل خطرآفرین، مواد مخدر، سیگار، الکل، مواد غیرقانونی، رفتارهای پرخطر خصوصاً رفتارهای جنسی کنترل نشده، بیماری مسری، ایدز و مانند آن ایفا می کند. در این برنامه ها آموزش مهارت های اجتماعی خصوصاً مهارت مقابله و تصمیم گیری درست، مهارت حل مسئله، ایمن سازی روانی و مهارت مقابله ای دانش آموزان با عوامل تهدید کننده بیرونی و پیام های تشویق کننده مصرف مواد، الکل، سیگار و برقراری رابطه جنسی کنترل نشده تاکید شده است.

برنامه آموزشی معطوف به سلامت و پیشگیری از رفتارهای پرخطر برای والدین و فرزندان زیر ۱۵ سال نیز طراحی و اجرا می گردد. هدف این برنامه بهبود مهارت والدین در جهت تنظیم و مدیریت صحیح رفتار کودکان و کاهش آسیب است.

برنامه های پیشگیری موردی نیز برای گروه های آسیب پذیر، و گروه های هدف خاص مانند بی خانمان ها، جوانان، کارگران، زندانیان، زنان تن فروش، هم جنس بازان و کودکان دارای والدین معتاد و نظایر آن تدوین و اجرا می گردد. بنا به گزارش موسسه تحقیقات الکل و مواد مخدر نروژ (NIADR) حدود ۷۳ درصد از منطق و محلات تا سال ۲۰۱۴ میلادی تحت پوشش این برنامه ها قرار داشتند. در نروژ خرید مشروبات سبک برای زیر ۱۸ سال و مشروبات سنگین برای زیر ۲۰ سال ممنوع است اما در صورت فروش خریدار مجرم نیست فروشنده از لحاظ قانونی مجرم محسوب می شود. در این کشور هم قیمت مشروبات الکلی را بسیار بالا برده اند. در این کشور حکم الکل بالای ۶۰ در صد مانند مواد مخدر است.

برنامه های آموزشی جهت کاهش آسیب و کنترل رفتارهای پرخطر و تشخیص بیماری ها برای مبتلایان به بیماری ایدز و هپاتیت، گروه های هدف خاص نظیر زنان فاحشه، معتادان تزریقی، هم جنس بازان، مهاجرین و تازه واردان و اقلیت ها طراحی و اجرا می گردد.

تست های پزشکی جهت تشخیص بیماری ها، برگزاری کلاس ها و کارگاه های آموزشی، مراقبت و تشخیص از طریق قرنطینه کردن تازه واردین، توزیع سرنگ و مانند آن از جمله شیوه های مداخلاتی محسوب می شود

برنامه «زندگی خوبی داشته باشید» در نروژ:

بررسی های بین المللی نشان می دهد که کشور نروژ پایین ترین نرخ جرم را در اروپا داراست؛ که البته عوامل متفاوتی از جمله: رفاه عمومی، برابری نسبی در کشور، خدمات مناسب، جمعیت ثابت، نظام دادگستری آزاد، شمار کم زندانیان و مشارکت شهروندان در تأمین خدمات در این امر دخالت دارند. البته انجمن ملی پیشگیری از جرایم نروژ که در اکتبر ۱۹۸۰ تأسیس شده نیز در این زمینه نقش مهمی را ایفا کرده است. این انجمن یک جعبه آموزشی تحت عنوان «زندگی خوبی داشته باشید» طراحی کرده است که به تمام مدارس ارسال می شود و حاوی کتابچه های مختلف، فیلم های ویدئویی، لوح های فشرده و اطلاعات برای معلمان و والدین است که مفاهیم و مطالبی در خصوص بزهکاری، رفتارهای خوب، قوانین، همکاری، مسئولیت، تحمل، اخلاق، آزار و اذیت، خشونت، مواد مخدر و غیره را پوشش و آموزش می دهد و این جعبه آموزشی، به طور دائم به وسیله متخصصان مربوط کنترل و ارزیابی می شود. ارزیابی ها نشان داده است که مطالب موجود در این جعبه آموزشی برای کل دوره ده ساله

تحصیلی کارآیی دارد. (UNAIDS, ۲۰۱۳)

۱۵- ایتالیا:

برنامه های مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر و الکل و نیز سیاست های معطوف به کاهش عرضه، کاهش تقاضا، کاهش آسیب و پیشگیری از رفتارهای پرخطر، بیماری های مرتبط با مواد مخدر و سوء مصرف الکل و نظایر آن در ایتالیا توسط مسئولین مناطق، نواحی و استان ها به صورت غیر متمرکز و بر حسب شرائط و موقعیت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و اقلیمی آن نواحی و مناطق تنظیم و اجرا می گردد. معهدنا دیپارتمان ناظر بر سیاست های ضد مواد^{۴۶} (DADP) بخشی از تامین بودجه و هزینه های مربوط به اجرا و اعمال برنامه های پیشگیری را بر عهده دارد.

برنامه های پیشگیری همگانی به طور کلی متمرکز بر مواد غیرقانونی، مواد مخدر و الکل و توتون است. بخشی از این برنامه ها به طور اخص متمرکز بر محیط های آموزشی (مدارس ابتدائی، متوسطه و دانشگاه ها) است. این برنامه ها طیف وسیعی از آموزش رفتارهای محافظت کننده و پشتیبان، آگاهی از خطرات مصرف مواد و الکل، مصرف سیگار و سایر مواد غیرقانونی، آشنایی با عوامل خطرآفرین، افزایش مهارت های مقابله ای، نحوه ایمن سازی روانی و مانند آن را به دانش آموزان و دانشجویان در بر می گیرد. منابع آموزشی مشتمل بر کتاب، بروشور، سخنرانی، کارگاه ها و کلاس های آموزشی و نظایر آن است.

مشارکت دادن و درگیر کردن خانواده ها با برنامه های آموزشی معطوف به پیشگیری در ایتالیا از مهم ترین تاکیدات برنامه ریزان است، به طوری که در همه مناطق تحت پروژه پیشگیری اولیه و همگانی مشارکت دادن والدین در این برنامه ها مرکزیت دارد.

^{۴۶}. Department for Anti-Drug Policies

برنامه های پیشگیری انتخابی عمدتاً متمرکز بر روی جوانان در محیط های ورزشی - تفریحی، مهاجرین، ترک تحصیل کرده ها^{۴۷}، بزهکاران نوجوان و مانند آن است. این برنامه به شیوه های مختلف اجرا و اعمال می گردد: تشکیل کارگاه آموزشی، استفاده از منابع آموزشی مکتوب، برنامه های تلویزیونی، استفاده از سایت های اینترنتی و مانند آن.

مبارزه علیه مواد از طریق وسایل ارتباط جمعی (Mass-Media Campaign) یکی از عمده ترین استراتژی های پیشگیری در ایتالیاست.

از طریق وسایل ارتباط جمعی انبوه زیادی از اطلاعات، دانش ها، فنون و شیوه های مقابله، ایمن سازی، ارتقاء مهارت ها، خصوصاً آموزش مهارت های اجتماعی و توانایی مقابله با شرایط و عوامل تهدید کننده بیرونی علی الخصوص عوامل و محرک های وسوسه کننده بیرونی و پیام های مشوق مصرف مواد و مانند آن به مخاطبین انتقال می یابد.

بخشی از فعالیت های نظام مراقبت از سلامت در ایتالیا متمرکز در بخش تحقیقات و ارزیابی است. این تحقیقات که توسط موسسات پژوهشی دولتی، NGOها و نیز مراکز علمی و دانشگاهی صورت می گیرد در بخش های مختلف اعم از تحقیقات مربوط به پایش (Monitoring)، اجرا (Action) و ارزیابی (Evaluation) متمرکز است.

بخشی از تحقیقات مربوط به پایش و مراقبت دائم ناظر بر مطالعات مربوط مهاجرین، تازه واردین و اقلیت های قومی است. این مطالعات با هدف بهبود فرآیند سازگاری مهاجرین با محیط جدید و حاشیه میزبان و پیشگیری از آسیب های اجتماع صورت می گیرد.

^{۴۷} . School Drop-outs

بخش از تحقیقات نیز متمرکز در خانواده و مسایل آن، روابط زناشویی منازعات و ستیز میان زوجین، خانواده از هم گسیخته، فرزندان طلاق و با هدف بهبود انسجام و استحکام خانواده ها و پیشگیری از آسیب به مرحله اجرا در می آید.

بالاخره، بخشی از مطالعات مربوط به پیشگیری ناظر بر توتون و مصرف مواد دخانی است.

این مطالعات و نتایج حاصله هم در تدوین برنامه های پیشگیری و هم در ارزیابی برنامه های اجرا شده صورت می گیرد. برنامه های پیشگیری از مصرف سیگار با هدف آگاه سازی برای دانش آموزان مدارس و نیز برای مخاطبین در گروه های سنی مختلف تدوین و اجرا می گردد. مراجعه شود به:

“Joosses, L, and Raw M., The tobacco Control Scale ۲۰۱۳ in Europe”

۱۶- مجارستان:

بر اساس اطلاعات ارائه شده از سوی (HADU)^{۴۸} و (ICDA)^{۴۹} مصرف مواد غیرقانونی و موادمخدر در دو دهه گذشته (۲۰۱۴ - ۱۹۹۵ میلادی) در مجارستان رو به افزایش داشته است. پیمایش‌ها و مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که خصوصیات اجتماعی و جمعیتی و پایگاه طبقاتی مصرف‌کنندگان مواد در مجارستان در حال دگرگونی و تغییرات است

انواع و شکل‌های جدیدی از مواد در حال ظهور و پیدایی در بازار مجارستان است (Gervich, j. and Bacskai, E. Drug Use in Hungary, Int. J. Addict, ۱۹۹۵, Feb: ۳۰(۳): ۲۹۱-۳۰۳).

خصوصاً شیوع موادی نظیر کراک، اکستاسی، آمفتامین‌ها در کنار هروئین، کوکائین و حشیش در چند سال گذشته حائز توجه است. دولت مجارستان نیز در قوانین مربوط به مصرف مواد خصوصاً قوانین مربوط به دسترسی قانونی به مواد تجدید نظر نموده و از اوایل دهه ۱۹۹۰ (۱۹۹۳) مجازات سخت و سفت و شدیدی را برای قاچاق، تولید و توزیع مواد غیرقانونی اعمال می‌نماید. هم‌چنین امکانات، تمهیدات و تسهیلاتی را جهت درمان و بازپروری معتادان فراهم آورده و قاعده درمان به جای کیفر و مجازات را برای افراد دیگر با هدف کاهش آسیب (Herm Reduction) توصیه نموده است.

^{۴۸}. Hungarian Association on Drug Use

^{۴۹}. Interministerial Committee on Drug Affairs

با تاسیس انجمن مجارستانی مصرف مواد (HADU) و کمیته میان وزارتی مربوط به مواد مخدر (ICDA) در دهه ۱۹۹۰ کوشش‌هایی جهت تدوین برنامه‌های پیشگیری علم‌محور (Scientifically – Based Prevention Programs) و مداخلات مبتنی بر مطالعات منظم صورت گرفته است. در سال ۲۰۱۳ حدود ۸۹ پروژه معطوف به بهبود شرائط و تقویت خانواده‌ها خصوصاً بهبود و ارتقا مهارت‌های والدینی (Parenting Skills) و ارائه برنامه‌ها و فعالیت‌های جدیدی در نحوه گذران اوقات فراغت جوانان و نوجوانان در سطح محلات تنظیم و اجرا شده است (گزارش وزارت منابع انسانی مجارستان، ۲۰۱۳).

برنامه‌های پیشگیری همگانی (Universal) از رفتارهای پرخطر خصوصاً مصرف غیرقانونی الکل و سیگار در محیط‌های آموزشی و مدارس اعمال شده است. هزینه این برنامه‌ها توسط دولت تامین گردیده است. در خصوص پیشگیری انتخابی (Selective) نیز فعالیت‌های مجارستان بر مراکز تفریحی نظیر کلوپ‌ها، بارها، رستوران‌ها، فستیوال‌ها و نیز بر روی گروه‌های پرخطر و آسیب‌پذیر جوانان متمرکز بوده است. در این برنامه‌ها بر ارایه اطلاعات، توزیع کاندوم، توزیع آب‌های معدنی، ویتامین، آب میوه، غذا به عنوان آلترناتیوی برای مواد غیرقانونی، مشروبات الکلی، سیگار و مانند آن اهتمام شده است. این برنامه‌ها بر این امر تاکید دارند که خوش گذرانی در کلوپ‌ها و شب‌زنده‌داری در بارها و دانسینگ‌ها می‌تواند بیش از پیش ایمن و سالم باشد. هم‌چنین اتوبوس‌های شب‌کار برای مشتریان بارها و دانسینگ‌ها تا پاسی از شب برنامه‌ریزی شده است تا مشتریان از وسایل نقلیه عمومی برای رفت و آمد به این محیط‌ها استفاده کرده و تا حدودی از ریسک تصادفات رانندگی در شب کاسته شود (MCDDA, ۲۰۱۴). برنامه‌های پیشگیری موردی (Indicated) مجارستان عمدتاً متمرکز بر دارندگان جرائم، زندانیان، بزهکاران و مجرمان تحت آموزش به علت جرائم مربوط به مواد مخدر است. در سال ۲۰۱۳ حدود ۲۶۰۰ مراجع (client) از این برنامه‌ها بهره‌مند گردیدن (همان منبع).

در برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد با رویکرد مدرسه محور بر فعالیت های ورزشی، توسعه فضاهای ورزشی، ارائه برنامه های فوق آموزشی، توسعه فعالیت های فرهنگی، هنری و علمی، گنجاندن مباحثی در کتاب های درسی در خصوص مواد مخدر، سیگار، الکل و مواد غیرقانونی تأکید گردیده است.

در برنامه های پیشگیری مجارستان هم چنین توجهی به گروه های قومی، مهاجرین، و اقلیت ها شده است. در این برنامه ها بر آموزش پیشگیری، تقویت توانایی های اجتماعی، آموزش مهارت های زندگی و آموزش مقابله با وضعیت های تهدید کننده، پرخطر و وسوسه گر بیرونی تأکید گردیده است (همان منبع).

بخشی از برنامه های کاهش آسیب مجارستان ناظر بر خانواده های دارای مشکلات روحی روانی و سلامت فکری (Mental Health) است.

این برنامه ها متمرکز بر شناسایی و تشخیص اختلالات روحی - روانی و ارائه برنامه های اخلاقی در شکل مشاوره های روانی، بستری کردن، دارو درمانی و مانند آن است.

برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد و آسیب های اجتماعی هم چنین ناظر بر برنامه آموزشی و درمانی برای برخی از افراد و گروه های دارای نشانگان آلودگی به ویروس HIV و هپاتیت و سایر بیماری های مسری است. این برنامه ها برای معتادان تزریقی و هم جنس بازان، زنان تن فروش و مانند آن تنظیم شده است. شیوه های بد اخلاقی، در این برنامه ها شامل تست پزشکی، توزیع سرنگ، برپائی قرنطینه، مراقبت های بهداشتی، تشکیل کلاس های آموزشی و نظایر آن است (UNAIDS, ۲۰۱۲).

بالاخره بخشی از مطالعات مربوط به پیشگیری ناظر بر مصرف سیگار و الکل است.

برنامه های پیشگیری از الکل و سیگار اساساً برای گروه های هدف خاص (جوانان و نوجوانان) تنظیم و طراحی شده است. این برنامه ها با هدف آگاه سازی، ارتقاء سطح دانش و بینش این مخاطبان در خصوص مضار سیگار و الکل،

افزایش مهارت های مقابله ای آنان در برابر وسوسه های بیرونی معطوف به ترغیب مصرف و ایمن سازی روانی تنظیم گردیده است (EMCDDA, ۲۰۱۳).

✓ شروع برنامه های مهارت های زندگی از سال ۱۹۹۰ برای نوجوانان در ۳۲۰۰ مدرسه. آ

✓ آموزش نوجوانان و تشویق آنان برای اعلام کردن نام قاچاقچیان به مقامات پلیس. (مخالفت با این موضوع از

سوی سازمان های حقوق بشر و آموزگاران به واسطه خبرچین شدن نوجوانان) (وهاب زاده ، ۱۳۹۲)

۱۷- هلند

برنامه پیشگیری از مواد مخدر و خصوصاً حشیش و جرائم مرتبط با آن بخشی از سیاست کلی هلند در مبارزه با کاهش عرضه، کاهش تقاضا و کاهش آسیب محسوب می شود.

یکی از مهم ترین اصول سیاست ملی هلند در خصوص پیشگیری ناظر بر این اصل است که فرد عنصری آزاد و مستقل و مسئول در قبال رفتارهای خویش از جمله رفتار معطوف به سلامت خود (Health Behavior) است. متقابلاً دولت نیز الزاماً می باید برای شهروندان و مردم امکانات، فرصت ها، شرائط، منابع و علی الخصوص اطلاعات (Information) لازم را فراهم سازند.

در این برنامه، اولویت به گروه های پرخطر و افراد جوان داده شده است. هم چنین به مکان های تفریحی (recreational) نظیر کلوپ ها، کافی شاپ ها، دیسکوتیک ها، دانسینگ ها و بارها اولویت داده شده است.

بودجه برنامه های پیشگیری در هلند اساساً توسط وزارت بهداشت، رفاه و ورزش هلند تامین می گردد. مجریان اصلی این برنامه شهرداری های مناطق و محلات با همکاری مدارس، مراکز خدمت رسانی و مراقبت از همسایگان و محلات و موسسات درگیر اشاعه و ترویج سلامت نظیر NGO هاست (EMCDDA, ۲۰۱۴).

برنامه پیشگیری همگانی توسط مدارس و از طریق «برنامه مدرسه سالم و برنامه مواد»^{۵۰} اجرا می گردد. این برنامه مشتمل بر تعدادی پروژه و برنامه فرعی نظیر برگزاری کلاس های آموزشی در خصوص الکل، سیگار و حشیش، رانندگی پرخطر و مانند آن است.

^{۵۰} . Healthy School and Drugs Programme

برنامه پیشگیری انتخابی ناظر بر کودکان دارای والدین معتاد است. این برنامه توسط سازمان‌های غیر دولتی اجرا می‌گردد و توسط وزارت بهداشت، رفاه و جوانان هلند حمایت می‌شود.

برنامه‌هایی نیز برای کلپ‌ها، مراکز تفریحی و کافی شاپ‌ها به منظور افزایش ایمنی این مکان‌ها و مواد زدایی از آن‌ها اجرا می‌شود.

بخش از برنامه‌های ارتقاء سلامت، کاهش آسیب و پیشگیری از رفتارهای پرخطر، بیماری‌ها و آسیب‌ها متوجه کنترل مواد اوهم‌آور و روان‌گردان‌ها به عنوان مواد زایل‌کننده فکر، شعور و سلامتی فکری و روانی افراد است. هم‌چنین یک برنامه آموزشی برای والدین و فرزندان که از برنامه‌های پیشگیری موردی سوئیس، سوئد، اسلوانی و استونی اقتباس گردیده است، از سال ۲۰۰۶ به مورد اجرا در می‌آید. این برنامه برای والدین و فرزندان بین سنین ۱۳-۲ سال تنظیم و طراحی گردیده است. هدف عمده این برنامه آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر ارتقاء، توسعه و بهبود مهارت‌های والدینی (Parenting Skills)، کمک به والدین جهت مدیریت مطلوب رفتار کودکان و نیز کمک به خانواده‌ها برای ایجاد یک شبکه حمایتی خانواده است (EMCDDA, ۲۰۱۱).

وزارت بهداشت، رفاه و ورزش (MHWS) هلند هم‌چنین برنامه آموزشی پیشگیری از آسیب‌های ناشی از مهاجرت برای تازه‌والدین (New comers) و مهاجرین به منظور تسهیل فرایند سازگاری و هم‌نوایی مطلوب آنان با جامعه میزبان تدوین و اجرا می‌کند.

MHWS هم‌چنین برنامه آموزش پیشگیری از آسیب‌ها با هدف به حداقل رساندن آسیب‌ها و کاهش آن (Harm Reduction) برای افراد بی‌خانمان، کارتون‌خواب‌ها، معتادان خیابانی، ولگردها، فواحش و مانند آن‌ها ارائه می‌دهد.

این افراد از گروه های پرخطر و در عین حال خطر آفرین محسوب می شوند که نه تنها خود نیازمند مراقبت، بهسازی، آموزش و درمان هستند، بلکه عامل و وسیله شیوع، رواج و انتقال رفتارهای پرخطر و بیماری ها و کجروی ها و جرائم نظیر دزدی، قاچاق مواد، توزیع مواد، تن فروشی و فحشاء، بیماری های مقاربتی، ایدز و عفونت HIV و مانند آن به شمار می آیند. از طریق این برنامه ها این گروه ها مورد نظارت، حمایت و ساماندهی قرار می گیرند. بر اساس گزارش (UNAIDS) در سال ۲۰۱۳ و نیز آمار ارایه شده برای گروه های پر خطر (High Risk Groups) از سوی (EMCDDA) برای کشورهای عضو اتحادیه اروپا در سال ۲۰۱۲، در هلند حدود ۳۴ درصد از دارندگان عفونت و ویروس HIV متعلق به گروه های پرخطر خصوصاً بی خانمان ها و معتادان تزریقی هستند.

مداخلات پیشگیرانه مدرسه محور (school - Based) از مهم ترین برنامه های پیشگیری در هلند محسوب می شود که نقش عمده ای را در آموزش رفتارهای سالم (Health Behavior) به دانش آموزان و افزایش سطح آگاهی و دانش آنان در خصوص عوامل خطر آفرین، مواد مخدر، الکل، سیگار، رفتارهای جنسی پرخطر و کنترل نشده، هپاتیت، ایدز و مانند آن بازی می کند. این برنامه ها بر آموزش مهارت های اجتماعی خصوصاً مهارت مقابله و تصمیم گیری درست، مهارت حل مسئله، ایمن سازی روانی و نظایر آن تاکید دارند.

برای گروه های اقلیت و گروه های قومی (Ethnic Groups) نیز برنامه های آموزشی خاص تنظیم و اجرا می گردد. بخش از اهداف این برنامه ها ارتقاء ظرفیت انطباق و سازگاری این گروه ها در درون جامعه هلند و نیز افزایش مهارت های زندگی آنان و بالا بردن سطح دانش و آگاهی آنان در خصوص مواد مخدر، الکل، سیگار، رفتارهای پرخطر، بیماری های مسری (هپاتیت و ایدز) و خطرات و مضرات آن ها برای فرد و جامعه است.

در برنامه های آموزشی هلند جهت پیشگیری همگانی از کارگاه های آموزشی، منابع آموزشی مکتوب (کتاب، جزوه، بروشور و ...)، رسانه های جمعی نوشتاری (روزنامه، مجله)، رادیو و تلویزیون، اینترنت و مانند آن به عنوان

ابزار انتقال پیام استفاده می شود. از این طریق انبوه زیادی از اطلاعات، دانش ها، فنون و شیوه های مقابله، مهارت ها و مانند آن به مخاطبین منتقل می گردد.

بالاخره بخش مهمی از فعالیت های نظام و مراقبت از سلامت و پیشگیری از آسیب ها در بخش تحقیقات (Research) متمرکز است.

تحقیق در حوزه سلامت، کاهش آسیب و پیشگیری از مواد مخدر، الکل، سیگار و رفتارهای پرخطر توسط موسسات پژوهشی دولتی، NGO ها و مراکز دانشگاهی و علمی صورت می گیرد (EMCDDA, ۲۰۱۴).

*برنامه «فرزند خواندگی» در هلند، بلژیک، اسلواکی، لهستان و استونی:

این پروژه بر بینهش پلیس جامعه محور و این تفکر که: «بهتر است بچه ای را بسازید؛ تا اینکه بزرگسالی را تعمیر کنید» مبتنی است و در سال ۱۹۹۵ در هلند ارائه شد. سپس در سال های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ در لهستان، اسلواکی و بلژیک و در سال ۲۰۰۱ در استونی اجرا شد. سرانجام سایر کشورهای اروپایی نیز علاقه مند به اجرای این برنامه شدند. این برنامه که عبارت از ۱۲ درس است، در هلند توسط افسران پلیس به دانش آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله در مدارس ابتدایی ارائه می شود. عناوین درس ها از محیط زیست تا حمل و نقل عمومی، تبعیض، دادرسی کودکان، وظایف پلیس، جرم، الکل و مواد مخدر را دربرمی گیرد. برنامه فرزند خواندگی هدف اصلی را دنبال می کند که عبارتند از: ۱) بهبود و ارتقای روابط و تماس بین دانش آموزان و والدین آنها، مدرسه و پلیس محله. ۲) تغییر گرایش های موجود به جرم و ۳) ارائه هشدار قبلی در مورد رفتارهای مجرمانه و در نهایت تغییر رفتار. ارزیابی ها نشان می دهد که در مجموع، نتیجه این برنامه مثبت بوده است. افسران پلیس، مدیران و کارکنان مدارس، دانش آموزان و والدین تحت پوشش پروژه، همگی واکنش های بسیار مثبتی نشان داده اند و دانش آموزان نیز نظرات مثبتی در مورد افسران پدر خوانده خود دارند.

بنا بر ارزیابی به عمل آمده درآمد گردشگری مواد مخدر سود مستقیم و قابل توجه برای اقتصاد کشور هلند ندارد و بیشتر موجب افزایش جرم و افزایش قابل ملاحظه معتادان می‌شود و تنها سودهای کلانی را به جیب توزیع کنندگان و دلالان مواد مخدر سرازیر می‌کند. به همین دلیل و بروز مشکلات اجتماعی و ترافیک در شهرهای مختلف بر اثر مصرف مواد مخدر سبک از سوی گردشگران، دولت هلند کوشیده با تجدید نظر در مقررات ممنوعیت فروش مواد مخدر سبک در کافی شاپ‌های هلند الزامی می‌کند البته در این مورد شاهد افت و خیز در مقررات وضع شده بوده ایم.

از جمله قانون ممنوعیت فروش مواد مخدر سبک و مصرف مشتقات شاهدانه در برخی کافی شاپ‌ها در شهر مرزی ماستریخت در هلند به طور آزمایشی به مورد اجرا درآمد. مقامات شهر ماستریخت اعلام کرده‌اند که سرازیر شدن توریست‌هایی که علاقمند به خرید و مصرف این نوع مواد مخدر سبک هستند، نظم عمومی را مختل کرده‌اند و سبب مشکلات ترافیکی و اجتماعی بزرگی برای شهر ماستریخت و دست اندرکاران این شهر شده‌اند. دولت هلند در ماه می سال ۲۰۱۱ اعلام کرد که از ورود گردشگران به کافه‌های عرضه‌کننده مواد مخدر در استان‌های جنوبی جلوگیری خواهد کرد و به تدریج این قانون را در سراسر کشور اجرایی می‌کند، این قانون که به صورت آزمایشی در شهر ماستریخت به اجرا درآمد، قرار بود در سطح ملی نیز پس از بحث و بررسی در پارلمان کشور اجرا شود گرچه اجرای آن با موانعی روبرو است.

هلند تنها کشوری نیست که مورد توجه گردشگران مواد مخدر است و در پایتخت استرالیا و جنوب آن نیز رویکردی آزاد نسبت به استفاده از مواد مخدر وجود دارد از دیگر مقاصد این نوع گردشگری می‌توان به مالانا در هند، کوه‌های ریف در مراکش، روستاهای آمازونیا در آفریقای جنوبی و البته کشورهای پرو، مکزیک و کلمبیا اشاره کرد.

در هلند در سیستمی که طراحی شده دولت اجازه دارد که کیفیت مواد مخدر و میزان اعتیاد آور بودن آنها را بررسی کند و همچنین دسترسی کافی شاپ ها را محدود کند. مقررات وضع شده تغییر می کند. مثلا مقامات هلند اعلام کرده اند در جهت کنترل مصرف مواد سبک در کافی شاپ ها که هر فردی که فاقد گذرنامه آلمانی، بلژیک و یا هلندی باشد از کشور اخراج می شود. بعدا اعلام شد که صرفا به شهروندان هلندی اجازه داده می شود در کافی شاپ های تحت نظارت با کارت هویت هلندی اجازه مصرف داشته باشند گرچه تجربه نشان می دهد سیاست ها در حال تغییر است ولی در همین راستا با استفاده از فناوری های برتر روز و اسکنرهای ویژه برای کنترل پاسپورت ها و کارت های هویت پلیس قادر خواهد بود که بسیاری از این افراد و ورود های غیر قانونی را شناسایی کند بنا بر آمار سازمان ملل متحد، با وجود سرکوب و مبارزه کشورها با قاچاق مواد مخدر، تنها ۴۲ درصد از کوکائین و ۲۳ درصد هروئین در جهان کشف و ضبط می شود کند.

هدف اصلی سیاست های مبارزه با مواد مخدر هلند، پیشگیری و به حداقل رسانیدن صدمات به مصرف کنندگان و افراد نزدیک به آنها و به طور کلی عموم مردم است. به همین دلیل باموادمخدر سخت (هروئین، کوکائین، مواد صنعتی) و سبک (مشتقات شاهدانه مانند حشیش و ماری جوانا) با روش های مختلف برخورد می شود.

✓ عدم مجرم شناختن مصرف کنندگان مواد مخدر تا حد معین.

✓ آگاه نمودن نوجوانان در مورد خطرات مصرف سیگار و مواد در مدارس.

✓ اتخاذ تصمیم توسط شهردار، رئیس پلیس و دادستان در خصوص کافی شاپ های فروش مواد.

✓ سرکوب فروش مواد سخت و اعمال مجازات های سنگین. (وهاب زاده ، ۱۳۹۲)

۱۸- آمریکا

طبق گزارش دفتر سیاست های ملی کنترل مواد مخدر (ONDCP)، مصرف مواد مخدر در ایالات متحده نسبت به اواخر دهه ۱۹۷۰ تقریباً به میزان یک سوم کاهش یافته است. بنا به اظهار منابع وابسته به دفتر سیاست های ملی کنترل مواد مخدر، طی پنج سال گذشته، مصرف کوکائین در آمریکا میان جوانان بین ۱۸ و ۲۵ ساله به میزان ۴۶ درصد کاهش یافته، و درصد افرادی که نتیجه آزمایش آنها در محیط کار برای استفاده از کوکائین مثبت بوده، به میزان ۶۵ درصد کاهش یافته است.

دفتر سیاست های ملی کنترل مواد مخدر همچنین گزارش داده است که قصد دارد از تعداد کل استفاده کنندگان مزمین مواد مخدر به میزان ۱۵ درصد دیگر بکاهد.

مدارک علمی ثابت کرده اند که به جای به زندان انداختن استفاده کنندگانی که دست به خشونت نمی زنند، اقدامات پیشگیرانه مانند برنامه های درمانی محلی کم هزینه ترین و معقولانه ترین رویکرد در جهت کاهش تقاضا برای مواد مخدر غیرقانونی است.

دولت هزینه پژوهش های علمی را در زمینه استفاده از مواد مخدر تامین می کند، و در عین حال از طرح های ابتکاری که درمان اعتیاد را به صورت بخش جامعی از مراقبت های بهداشتی در می آورند و خدمات اجتماعی برای پشتیبانی از بهبود پایدار ارائه می دهند، حمایت به عمل می آورد.

ابتکار امنیت منطقه ای آمریکای مرکزی (CARSI)، از سال ۲۰۰۸ تا کنون، ۳۶۱ میلیون دلار را به هفت کشور منطقه اختصاص داده است تا به آنها در معکوس ساختن وضعیت امنیت رو به زوال شهروندان منطقه کمک کند.

ابتکار امنیت منطقه ای آمریکای مرکزی به مقامات محلی کمک می کند تا با حلقه های مواد مخدر، گروه های جنایی فرامرزی، و جنایان سازماندهی شده مقابله کنند، و همچنین ساختارهای جنایی مانند پولشویی و شبکه های قاچاق را در هم بشکنند. این ابتکار همچنین هزینه تعلیم و بهبود امنیت عمومی، نیروهای انتظامی، پرسنل قضایی را تامین می کند و به ترویج تلاش هایی از طریق سیاست ها و برنامه های محلی برای جوانانی که در معرض خطر قرار دارند، می پردازد. (<http://iipdigital.usembassy.gov/st/>)

اولویت های استراتژی پیشگیری آمریکا

اولویت اول استراتژی آمریکا در یک کلمه، قطع مصرف قبل از شروع می باشد، به همین منظور آموزش جوانان در زمینه پرهیز از مصرف مواد مخدر به دلیل آثاری که این موادمی توانند بر سلامت و آینده فرد داشته باشند مورد تاکید قرار می گیرد. کودکان باید از سنین پایین بیاموزند که در تمام طول زندگیشان مسئول پرهیز از موادمخدر هستند. وقتی والدین و مربیان، شرایط مساعدی را فراهم کردند از برنامه تست مواد مخدر دانش آموزان هم استفاده می شود. برنامه تست مواد مخدر کارآیی خوبی دارد زیرا منعکس کننده انگیزه های دانش آموزان و ایجاد روشی مناسب جهت « نه » گفتن دانش آموزان در زمانی است که فشار هم سن و سالان آنها به اوج خود رسیده است.

اولویت دوم استراتژی، درمان مصرف کنندگان مواد مخدر در آمریکا است.

اولویت سوم استراتژی، نابودی بازاری است که به تجارت مواد مخدر به عنوان یک نوع کسب و کار می پردازد.

هدف استراتژی ملی کنترل مواد مخدر کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی بین افراد ۱۲ تا ۱۷ سال تا ۱۰٪ در مدت دو سال و تا ۲۵٪ در مدت پنج سال می باشد. همچنین، هدف دیگر این استراتژی کاهش مصرف مواد مخدر در میان افراد بالای ۱۸ سال تا ۱۰٪ در مدت دو سال و تا ۲۵٪ در مدت پنج سال می باشد.

اغلب برنامه های اجرا شده در عمل اثربخشی و کار آئی خود را نشان داده اند هرچند در برخی موارد این موضوع اثبات نشده است از جمله برنامه جوامع و مدارس امن و عاری از مواد مخدر که ۶۹۴ میلیون دلار در بودجه سال مالی ۲۰۰۴ داشت ولی این برنامه ناکارآمد بود و توصیه شد که برای سنجش عملکرد این برنامه و توزیع بودجه آن، استراتژی جدیدی ترسیم شود.

بودجه برنامه های پیشگیری مناسب هستند. وام های ایالتی در اختیار تمامی ۵۰ فرماندار ایالات متحده و همچنین نهادهای آموزشی ایالت ها قرار می گیرند. به عنوان بخشی از بودجه برنامه ملی، ارقامی برای تست مواد مخدر، ارزیابی ها و مداخلات در نظر گرفته شده است. کارآمد بودن تست مواد مخدر در مدارس و محیط های کاری کشور به اثبات رسیده است. طبق برنامه وزارت آموزش و پرورش اقدامات مربوط به تست مواد مخدر را گسترش می دهد. به عنوان مثال پس از دو سال آزمایشات مواد مخدر، دبیرستان منطقه ای مرکزی هانتردون در ایالت نیوجرسی، کاهش چشمگیری در مصرف ۲۰ نوع ماده از ۲۸ نوع مواد مخدر مشاهده کرد. مصرف کوکائین توسط دبیرستانی ها از ۱۳٪ به ۴٪ تنزل کرده بود. (استراتژی ملی کنترل مواد مخدر آمریکا ۲۰۰۳)

دولت آمریکا در دوره اوباما طرح های گوناگون دیگری را در این زمینه اجرا کرده است که یکی از آنها کاهش میزان تقاضا برای مواد مخدر غیرقانونی در کنار تلاش های مستمر در جهت کمک به کشورهای آمریکای مرکزی در جهت ریشه کنی فعالیت های جنایی و متوقف ساختن جریان مواد مخدر می باشد.

مهمترین موضوعات مطرح شده دیگر در استراتژی ملی کنترل مواد مخدر آمریکا عبارت است از:

- تاکید بر امر پیشگیری (نه درمان) و افزایش آگاهی های عمومی در خصوص مضرات سوء مصرف مواد مخدر به عنوان بخش مهمی از استراتژی مذکور.
- تلاش جهت سازماندهی اقدامات ملی به منظور جلوگیری از تجارت و کسب درآمد از طریق قاچاق مواد مخدر.
- حمایت از برنامه های آگاهی رسانی وزارت آموزش و پرورش و مدارس و تست مواد مخدر از دانش آموزان به منظور شناسایی افراد نیازمند درمان , بازپروری و مشاوره و همچنین جلوگیری از ابتلای افراد در معرض خطر مصرف مواد.
- تاکید بر تعهد دولت امریکا در قبال خانواده ها و حمایت (مالی و ابزاری) به منظور فراهم آوردن محیطی عاری از مواد مخدر برای فرزندانشان.
- اقدام دولت جهت افزایش سقف بودجه ملی در زمینه های تحقیقات , طرح های افزایش دادگاه های رسیدگی به پرونده های مواد مخدر و همچنین درمان معتادان, به عنوان مثال در این مقوله به طور متوسط بودجه سالانه بالغ بر ۲۰۰ میلیون دلار در نظر گرفته شده است .
- تاکید ویژه بر آموزش جوانان و ارتقای آگاهی های آنان در خصوص مضرات و ظواهر فریبنده در دفعات مصرف
- ایجاد مراکزی از سوی دولت برای معتادان بی خانمان و بیکار تا از این طریق افراد، ضمن برخورداری از حمایت مالی و افزایش مهارت های شغلی , از لحاظ درمانی و معنوی (تقویت ایمان) نیز تحت پوشش قرار گیرند.

○ افزایش تحقیقات و رسیدگی به پرونده های منبع (کلمبیا) که در واقع تامین کننده مواد مخدر

مصرفی در ایالات متحده هستند. این کمک ها به صورت نقدی و یا به صورت فنی و آموزشی

است.

همچنان که گفته شد استراتژی آمریکا بر سه محور اساسی استوار است:

۱- قطع مصرف قبل از شروع

۲- درمان معتادان

۳- نابودی بازار مواد

از این رودر برنامه های طراحی شده مؤثر بر سطح شیوع سوء مصرف مواد در امریکا، مؤلفه هاهم به گونه ای برنامه ریزی شده اند که پیام هایی که برای گروه هدف، کودکان زیر ۱۳ سال، ارائه می گردد، در یک راستا و جهت باشند. موفق ترین این برنامه ها، برنامه پیشگیری میدوسترن (وابسته به ایالات میانی ایالات متحده) که پروژه استار یا ستاره نامیده می شود.

مطالعات جدیدتر روی عوامل شناخته شده ای متمرکز شده اند که امکان مصرف مواد را کاهش می دهند. این عوامل محافظت کننده شامل پیشرفت تحصیلی، تعهد و پیوند قوی بانهادهای اجتماع پسند از جمله خانواده، مدرسه و نهادهای مذهبی است.

تحت استراتژی های یادشده برنامه های متعددی انجام شده که برخی از آنها به طور مستمر انجام می شود از جمله می توان به برنامه های زیر اشاره کرد:

***برنامه پیشگیری میدوسترن (پروژه استار)**

در این برنامه ۵ مداخله تحت شرایط کنترل شده تجربی بررسی می شود. بخش اصلی این طرح، یک برنامه مقاومت در برابر همسالان در محیط مدرسه است که ستاره نامیده می شود (آموزش آگاهی و ابراز وجود دانش آموزان) یکی دیگر از مؤلفه های این برنامه درسی نفوذ اجتماعی است که در ۱۰ جلسه کلاسی و جلسات تکلیف خانه برگزار می شود. محور برنامه عواقب سوء مصرف مواد، تصحیح تلقی غلط مربوط به شیوع مصرف مواد بوسیله همسالان، آموزش مقاومت اجتماعی برای رویارویی با تأثیرات جامعه، همسالان، رسانه ها و بزرگسالان به مصرف مواد، آموزش ابراز وجود و حل مسئله و اعلام تعهد همگانی برای اجتناب از مصرف مواد می باشد.

مؤلفه دیگر شامل سازمان دهی والدین و آموزش آنها در زمینه سوء مصرف مواد به منظور تشویق گفت و شنود بهترین والدین و بچه هاست. همچنین سازمان دهی جامعه از طریق گروه های کاری که فعالیت های ضد مصرف مواد را شیوع می دهند و اعمال سیاست های بهداشتی متمرکز برای از بین بردن مصرف مواد در مدارس و جامعه، همچون ایجاد محل هایی که مصرف مواد آزاد است و مکان هایی که مصرف سیگار ممنوع است، از دیگر موارد برنامه می باشد.

همه این اجزاء به وسیله مبارزه رسانه های جمعی از جمله افزایش آگاهی جامعه نسبت به مشکلات سوء مصرف مواد و معرفی مداخلاتی که در برنامه اجرا شده، حمایت می گردد. نتایج پژوهش ها، تأثیرات مثبت درازمدت برنامه را نشان داد: در مورد دانش آموزانی که برنامه را در سال اول دبیرستان شروع کرده بودند، در مقایسه با بچه های مدارس که برنامه دریافت نکرده بودند، نتایج بدست آمده در سال های آخر نشان داد مصرف ماری جوانا (۳۰٪ کمتر)، سیگار (۳۵٪ کمتر) و الکل (۲۰٪ کمتر) در حد معنی داری کمتر است.

تجزیه و تحلیل‌های بعدی داده‌ها نشان داده است که برنامه بر ادراک بچه‌ها از اثرات منفی مصرف مواد مؤثر بوده، در حالیکه دوستان آنها در برابر مصرف مواد مقاومت کمتری داشتند، و دیگر اینکه (در مقایسه با دوستانشان)، آنها بهتری توانستند با دوستان خود در مورد مواد و به همان اندازه مشکلات دیگر گفتگو کنند.

قوی‌ترین عامل مداخله‌گر شناخته شده برای کاهش مصرف مواد، شناخت افزایش یافته آنها از عدم مقاومت دوستان در مورد مصرف مواد بود.

علاوه بر محققان پیشگیری که عوامل و رفتارهای مخاطره‌آمیز را مورد توجه قرار داده‌اند، تعدادی از محققان برای کودکانی که به دلیل ویژگی خانواده‌شان یا رفتارهای خاص خودشان بیشتر در معرض خطر سوء مصرف مواد هستند از جمله کودکان افرادی که سوء مصرف مواد دارند دارای مشکلات رفتاری، برنامه‌هایی را توسعه دادند.

این گونه مداخلات بطور مستقیم مشکلات را مورد هدف قرار می‌دهند. مثال‌هایی از این گونه برنامه‌های مؤثر عبارتند از برنامه نیرومند کردن خانواده‌ها و طرح پیوند مجدد با نوجوانان طرح ریزی شد.

برنامه تقویت کردن خانواده‌ها، یک برنامه چند بخشی متمرکز بر خانواده‌هاست که چگونگی برنامه‌سازی پیشگیری برای فرزندان ۶ تا ۱۰ سال که والدین آنها سوء مصرف مواد دارند را فراهم می‌کند. برنامه به والدین کمک می‌کند مهارت‌های والدینی خود را بهبود بخشند. این برنامه شامل سه عنصر است: برنامه آموزش والدین، برنامه آموزش مهارت‌های کودکان و برنامه آموزش مهارت‌های خانواده. در هر ۱۴ جلسه ۲ ساعته هفتگی، والدین و کودکان به طور جداگانه در ساعت اول آموزش می‌دیدند. در طی دومین ساعت، والدین و کودکان با یکدیگر در کلاس آموزشی شرکت می‌کردند. بخش مربوط به کودکان، رفتارهای منفی را کاهش و رفتارهای مقبول اجتماعی را افزایش می‌داد.

در پایان هدف بخش مربوط به مهارت‌های خانواده بهبود محیط خانواده بوسیله اجازه دادن به والدین و کودکان برای یادگیری و تمرین مهارت‌ها و رفتارهای جدید بود.

برنامه تحت ارزیابی‌های چندگانه قرار گرفت و نتایج، کاهش‌هایی در تعارض خانواده، بهبود ارتباط و ساماندهی خانواده و کاهش‌هایی در اختلالات سلوک، پرخاشگری و سوء مصرف مواد نشان داد.

این برنامه‌ها ترکیبی از آموزش مهارت‌ها و آگاهی جهت مقاومت در مقابل فشار اجتماعی برای مصرف مواد و مهارت‌های بین فردی پایه، همراه با اطلاعاتی در مورد خطرات و شیوع سوء مصرف مواد است که به منظور افزایش توانایی مقابله با سوء مصرف مواد و نیز مقابله با مشکلات دیگری که هر روز با آن روبرو می‌شوند ارائه کرده‌اند. از جمله در یکی از برنامه‌ها که شامل دانش‌آموزان سال اول دبیرستان (سنین ۱۲ تا ۱۴) از ۵۶ مدرسه در نیویورک بود، جلسات آموزش مهارت‌های زندگی مشتمل بر ۱۵ کلاس تا کلاس هفتم (حدود ۱۳ ساله‌ها)، همراه با ۱۰ جلسه تقویتی برای کلاس هشتم و ۵ جلسه تقویتی برای کلاس نهم ارائه شد.

در پایان کلاس دوازده، دانش‌آموزانی که برنامه را به طور کامل گذراندند، گزارش دادند استفاده از سیگار، الکل و ماری جوانا در میان آنها در مقایسه با افرادی که آموزش ندیده‌اند ۴۴٪ کاهش یافته (بتوین، ۱۹۹۸).

***برنامه «کنترل دانش‌آموزان فراری»:**

این برنامه در واکنش به این حقیقت که مدرسه‌گریزی مزمن یکی از عوامل مهم بزهکاری می‌باشد. طی سال‌های ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۵ در مدارس یک ناحیه از کالیفرنیا تهیه شد. مدارس این ناحیه در اوایل دهه ۱۹۹۰ مشکل جدی مدرسه‌گریزی داشتند که نرخ آن از ۵ درصد تا بالای ۳۰ درصد از دانش‌آموزان در برخی از مدارس را شامل می‌شد.

شد. این برنامه یک برنامه مشارکتی و غیر تنبیهی برای نگه داشتن نوجوانان در مدرسه در ساعات مدرسه است. در این برنامه، پلیس در داخل مدرسه حضور ندارد؛ بلکه پلیس دانش آموزانی را که بدون دلیل قابل قبول، در خلال ساعات درسی در خیابان ها هستند را دستگیر و به بازداشتگاه موقت در دفتر پلیس محلی می برد. کارکنان این دفتر با والدین دانش آموزان فراری برای برگزاری یک جلسه خصوصی تماس برقرار می کنند. در این جلسه دانش آموزان نیز می توانند شرکت کنند. اگر والدین نتوانند در جلسه شرکت کنند، کارکنان دفتر، دانش آموز را به مدرسه برمی گردانند. سپس مدرسه و اداره پلیس، در هفته های بعد حضور دانش آموز مورد نظر را از نزدیک تحت نظارت قرار می دهند و برای کاهش تأثیر منفی وقفه در حضور کلاس درس، کلاس جبرانی برای دانش آموز برگزار می شود. این کلاس ها کمک می کنند تا دانش آموز در مدرسه باقی بماند. معلمان کلاس های جبرانی در مورد هر مسئله ای که منجر به فرار از مدرسه می شود، تصمیم می گیرند و تکالیف مدرسه از رکود تحصیلی این دانش آموزان جلوگیری می کند. به طور کلی تمرکز این برنامه، بر انسجام مجدد دانش آموزان مدرسه گریز به جای استفاده از مجازات استوار است. ارزیابی های به دست آمده از اجرای این برنامه نتایج متفاوتی را نشان داده اند. به طوری که در طول ۱۸ تا ۲۱ ماه متوالی تماس با ادارات پلیس محلی به خصوص دستگیری های رسمی به نحو قابل توجهی افزایش یافت. معیارهای اجرایی علمی نشان داد که اکثر دانش آموزان مدرسه گریز پس از جمع آوری از خیابان ها، باز هم به بزهکاری در مدرسه ادامه دادند؛ اما بهبودی اساسی در فعالیت زیربنایی مدرسه در مقایسه با رفتار ۱ سال قبل و پس از جمع آوری دانش آموزان فراری از خیابان ها مشاهده شد. به علاوه، پیشرفت در میان دانش آموزانی که دارای کمترین میزان کارآیی بودند، از بقیه بیشتر بود. به عبارتی، همکاری بین کارآیی بهبود یافته مدرسه و برنامه وجود داشته است، اما تأثیر دستگیری های رسمی را نباید نادیده گرفت (شاو، ۱۳۸۶: ۱۷۹ و ۱۷۸ به نقل از کاوه، محمد ۱۳۹۱)

*برنامه «آموزش مسائل پلیسی: طرح آموزش مهارت های اجتماعی»:

در طی سال های ۱۹۹۸ تا ۱۹۹۹ این برنامه به ۳۰۰۰۰ دانش آموز ساکن دالاس آموزش داده شد. برنامه آموزش مسائل پلیسی: طرح آموزش مهارت های اجتماعی، به دلیل موفقیتش مورد قبول ۲۰ شهر دیگر واقع شد و با بررسی انجام گرفته، این برنامه به عنوان یک نمونه برنامه پیشگیری در سرتاسر ایالت به حساب آمد. این برنامه به بسیاری از دانش آموزان قبل از اینکه در دام جرم گرفتار شوند آموزش داد. مجریان این طرح، اداره پلیس دالاس و مدرسه دولتی دالاس بودند که برای ارائه اهداف آموزشی خود، از دانشجویان افسری در امر تدریس کمک گرفتند تا مهارت های لازم را به منظور پیشگیری از جرم، نحوه تصمیم گیری خوب و درست و شیوه های زندگی مثبت و سالم به دانش آموزان بیاموزند. این برنامه علاوه بر اهداف مذکور به دو مؤلفه دیگر هم پرداخت. یکی مهارت های زندگی و دیگری ماهیت آموزشی برنامه. همچنین موضوع تعامل بین افسران و دانش آموزان، شناخت یکدیگر و ایجاد اعتماد از دیگر اهداف این برنامه بود. این برنامه به دانش آموزان نحوه تصمیم گیری خوب و بد را آموزش داد تا پیشرفت کنند یا به شیوه های زندگی مثبت و سالم بپردازند. همچنین برنامه آموزش مسائل پلیسی به دانش آموزان شامل: تصمیم گیری، مدیریت تعارض، ایجاد اعتماد به نفس و مدیریت استرس همسالان بود. تحقیقات به عمل آمده پس از آموزش نشان داد که دروس مهارت های زندگی در تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مواد مخدر و سایر رفتارهای ناسالم مؤثر بوده است (درویش، ۱۳۸۶: ۱۸۰ و ۱۷۹ به نقل از کاوه، محمد ۱۳۹۱)

*برنامه «بسیج اجتماعی برای تغییر مصرف مشروبات الکلی»:

این برنامه برای تغییر میزان مصرف مشروبات الکلی بر روی رسانه های جمعی تأکید می کند و اولین هدف این برنامه آن است که بتواند استراتژی هایی را تغییر دهد که فرصت ها و امکان دسترسی نوجوانان به مشروبات الکلی را مشخص می کنند. یعنی این برنامه می خواهد با تغییر دادن سن دسترسی به مشروبات الکلی، محدودیت بیشتری را

در این زمینه ایجاد کند. در این برنامه از فروشندگان مشروبات الکلی خواسته می شود تا از فروش الکل به نوجوانان خودداری کنند و مقامات اجرایی نیز شدت عمل بیشتری با متخلفان اعمال کنند. شواهد حاصل از ارزیابی این برنامه نشان داد که میزان فروش مشروبات الکلی در مناطق تحت پوشش برنامه به طور قابل ملاحظه ای کاهش پیدا کرده است.

*

برنامه «پیشگیری در ایالت های مرکزی :

هدف اصلی این برنامه پیشگیری از مصرف انواع مواد مخدر است. این طرح در مناطق کانزاس سیتی، میسوری و ایندیانا انجام شد و دارای ۵ عامل مشخص به این ترتیب می باشد: (۱) برنامه آموزش کلاسی. (۲) فعالیت های والدین و کودکان. (۳) برنامه های آموزشی مدارس در ارتباط با فعالیت های والدین و کودکان. (۴) افزایش میزان تأثیر رسانه های جمعی در هنجارها و استراتژی های پیشگیری. (۵) افزایش تأثیر نهادهایی مانند کلیسا در پیشگیری مصرف مواد مخدر. نتایج حاصل از ارزیابی اجرای برنامه نشان داد که عامل مربوط به فعالیت های والدین و کودکان توانسته است ۱ سال پس از اجرای برنامه، میزان مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا را کاهش دهد.

*برنامه «نورث لند»:

برنامه نورث لند شامل دو مرحله می باشد و هدف کلی آن پیشگیری از مصرف مشروبات الکلی در اوایل دوران نوجوانی است. این برنامه به طور کلی بر اساس متقاعد کردن، هنجارسازی و کاهش فرصت های مصرف مشروبات الکلی تنظیم شده و سعی می کند: (۱) رابطه بین کودکان و والدین را در مورد مصرف مشروبات الکلی رشد و پیشرفت بدهد و دانش آموزان را با دلایل عدم مصرف مشروبات الکلی آگاه سازد. (۲) اعتقاد و باورهای دانش آموزان را مبنی بر اینکه توانایی مقاومت در برابر مصرف الکل را دارند تقویت کند. (۳) امکانات و فرصت های دسترسی به مشروبات الکلی را کاهش دهد. (۴) میزان شناخت و آگاهی والدین را در مورد فعالیت های آموزشی مدرسه و تأثیر هم سالان و دوستان را در مورد مصرف مشروبات الکلی افزایش دهد. ارزیابی های انجام شده در خصوص این برنامه حاکی از آن است که میزان مصرف مشروبات الکلی و تأثیر گروه هم سالان و دوستان به طور قابل ملاحظه ای کاهش پیدا کرده و طرز تلقی و گرایش دانش آموزان تغییر چشم گیری داشته است.

(بیگلان و همکاران، ۱۳۸۷: ۲۷۶ - ۲۷۰ به نقل از کاوه، محمد ۱۳۹۱)

* برنامه آموزش مهارت های زندگی :

مهارت های زندگی، برنامه های پیشگیری در سطوح چند گانه و شامل ۱۵ درس برای دوره های راهنمایی و دبیرستان است. هر درس ۴۵ دقیقه طول می کشد و پی در پی یا هفته ای یکبار آموزش داده می شود. این برنامه بر فاکتور های مهم اجتماعی و روانشناختی اثر می گذارد، فاکتور هایی که سن شروع مصرف مواد را بالا می برد. در این آموزش ها از سخنرانی برای آماده سازی و تمرین برای افزایش عزت نفس، اتکاء به خود، تصمیم گیری و مقاومت در برابر فشار گروهی و تبلیغات استفاده می شود. اجزاء برنامه عبارتند از:

- مبارزه علیه تصورات غلط در مورد مصرف دخانیات
- کمک به دانش آموزان برای نحوه رفتار با همتا های خود
- اقتدار افزایی دانش آموزان در مورد فشار رسانه های گروهی که تبلیغات دخانیات می کنند
- این برنامه اجازه می دهد دانش آموزان خود را بشناسند و اثرات آن را روی رفتار خود ببینند
- اجازه می دهد دانش آموزان اهدافی برای خود بگذارند و پیشرفت شخصی خود را نظارت کنند
- یاد می دهد به تصمیمات روزانه خود شناخت پیدا کنند و متوجه شوند چگونه دیگران روی تصمیمات آنها اثر می گذارند
- کمک به دانش آموزان برای پیدا کردن راه حل های جایگزین قبل از تصمیم گیری
- یاد دادن مهارت های ارتباطی موثر

- آموزش مهارت های جرات ورزی

- تشویق دانش آموزان به اینکه آنها می توانند انتخاب های دیگری به جز پرخاشگری یا بی

ارادگی و منفعل بودن را در شرایط سخت داشته باشند

تحقیقاتی که موسسه سوء مصرف مواد (NIDA) بر روی ۶۰۰۰ دانش آموز از ۵۶ مدرسه

راهنمایی انجام داده نشان می دهد شروع مصرف سیگار سه ماه پس از اتمام برنامه تا ۶۷ درصد کاهش

پیدا کرده است. و هم چنین مصرف سیگار تا ۲۵ در کاهش پیدا کرده است.

*پروژه نه گفتن به مصرف دخانیات

این پروژه شامل ۱۰ درس اصلی و دو جلسه تکمیلی است که ۴۰ تا ۵۰ دقیقه طول می کشد و در مدت

دو هفته آموزش داده می شود. این دروس شامل دو ویدئو یکی برای جرات ورزی و دیگری مبارزه با

مصرف دخانیات است. اهداف آن عبارتند از:

- تاخیر در شروع و کاهش مصرف دخانیات در دانش آموزان مدرسه راهنمایی

- کمک به دانش آموزان در مورد آگاهی از اطلاعات اجتماعی گمراه کننده (مثل تبلیغات)

- ایجاد مهارت در دانش آموزان برای بی اثر کردن فشار اجتماعی و فشار همسالان

- شناخت پیامدهای جسمی مصرف دخانیات که ممکن است در زندگی خودش دچار آن شود

اجزاء برنامه عبارتند از:

- توصیف مسیر بیماری و اعتیاد به دخانیات

- تشویق دانش آموزان به دانستن شیوع دخانیات در بین همسال های خود

- شرح روابط موثر، امتناع و مهارت های مدارا
- آگاهی دادن به تاثیرات تبلیغات
- شناخت روش های ایجاد عزت نفس
- شناخت راههای امتناع از مصرف دخانیات

نتایج:

- کاهش سیگار کشیدن به طور متوسط تا ۵۱ درصد در میان دانش آموزان مدرسه راهنمایی در تگزاس که این برنامه در آنجا اجرا شده است
- کاهش شروع مصرف سیگار به طور متوسط تا ۲۶ درصد در طی دو سال
- کاهش مصرف دخانیات تا حدود ۳۰ درصد
- کاهش سیگار کشیدن در حدود ۶۰ درصد (کاوه، محمد ۱۳۹۱)

علاوه بر برنامه های یادشده برنامه آموزشی مدارس در آمریکا از جمله برنامه های مستمری است که همواره اجرا می شود و نتایج اثر بخشی و کار آئی آنها بارها آزموده شده است و در این جا به سرفصل های آنها اشاره می شود.

برنامه های آموزشی پیشگیری از اعتیاد در مدارس آمریکا

آمریکا از جمله کشورهایی است که اولین بار سعی در اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد در مدارس داشته است؛ اگر چه اولین برنامه ها چندان موفق نبوده اند، اما با اجرای برنامه های مختلف و گرفتن بازخورد از نتایج اجرایی این برنامه ها، سرانجام برنامه های مؤثری تهیه گردید. آن چه موفقیت این برنامه ها را تضمین کرده است، حمایت مالی و اداری، انجام تحقیقات مختلف و همکاری های بین بخشی است. در این پژوهش دو نمونه از آنها مورد مطالعه قرار گرفته است. نخست برنامه آموزش پیشگیری از اعتیاد که با کتاب تغذیه و بهداشت آمریکا تلفیق شده است و از سال دوم ابتدایی تا پایان کلاس هشتم آموزش داده می شود و دیگری برنامه *DARE* است که در دهه ۱۹۸۰ به اجرا در آمد و به تدریج در سراسر ایالات متحده آمریکا و حتی برخی از کشورهای جهان توسعه یافته است. رئوس محتوای برنامه پیشگیری از اعتیاد و در کتاب تغذیه و بهداشت در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۳ رئوس محتوای برنامه پیشگیری از اعتیاد در کتاب تغذیه و بهداشت

کلاس	رئوس مطالب در زمینه پیش گیری از اعتیاد
پایه دوم ابتدایی	<p>- انواع مواد دارویی، دوا (دوا چیست، دواها چه موقع مفید هستند، دواها چه موقع مضر هستند، بر روی برچسب شیشه های دوا چه چیزی نوشته شده است، مردم دواها را از کجا تهیه می کنند)؛</p> <p>- کافئین (کافئین چیست، نوشیدنی هایی که کافئین زیادی شده اند)؛</p> <p>- الکل (منابع تهیه الکل، زیان الکل) و</p> <p>- دود سیگار (نیکوتین چیست، زیان های سیگار برای قلب، ششها، تأثیرات سیگار بر روی فعالیت انسان).</p>
پایه سوم ابتدایی	<p>- مواد مخدر و ارتباط آن با سلامتی؛</p> <p>- مواد مخدری که به عنوان دارو مصرف می شوند (مواد مخدر چیست، استفاده از مواد مخدر در تهیه دارو، چرا افراد بیمار باید دارو مصرف کنند)؛</p> <p>- علائم بیماری (داروها نمی توانند تمام انواع بیماری را معالجه کنند، برخی از داروها علائم بیماری ها را از بین می برند، برخی از داروها بیماری را کنترل می کنند، برخی از داروها جنبه پیشگیری دارد) و</p> <p>- نسخه چیست (جزئیات یک نسخه، داروهای بدون نسخه، اثرات جانبی مصرف دارو، استفاده صحیح از دارو، چرا برچسب جعبه های دارو را نباید جابجا کرد، معرفی کاشف واکسن فلج اطفال).</p>
پایه چهارم ابتدایی	<p>- تصمیمات راجع به الکل و دخانیات (تاریخچه الکل، الکل چیست، چرا مردم تصمیم می گیرند که الکل ننوشند، تاریخچه تنباکو، چرا مردم تصمیم می گیرند که دخانیات استعمال نکنند) و</p> <p>فشار همسالان، قوانین مواد مخدر، آگهی های سیگار برگ و مشروبات الکلی در تلویزیون، چگونه برای سیگارهای برگ و مشروبات الکلی در تلویزیون آگهی داده می شود، قوانین مشروبات الکلی، قوانین علیه استعمال دخانیات، ماری جوانا و قانون نحوه آزمایش داروها.</p>
پایه پنجم ابتدایی	<p>- داروهای سودمند و زیان بخش (داروها و نحوه مصرف آنها، اثرات داروها، عوارض جانبی دارو، داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه و برچسب دارو بسته بندی دارو) و</p> <p>- انواع داروهای مخدر (محرک ها، کند کننده ها، توهم زاها و خانواده شاهدانه هندی).</p>

<p>- مواد دارویی، الکل و تنباکو؛</p> <p>- حقایقی در مورد دارو، دارو چیست و بر چه قسمت هایی از بدن اثر می کند، داروهای کاهنده فعالیت های بدن، داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه (OTC)؛</p> <p>- نکاتی برای سلامتی شما (بسته بندی نمودن داروها به صورت مهر و موم دار)؛</p> <p>- الکل چیست؟ الکل در بدن چه کارهایی انجام می دهد، مقدار الکل موجود در نوشیدنی ها، میزان الکل موجود در خون، چگونه نوشیدن الکل توسط دیگران ممکن است که بر زندگی انسان اثر بگذارد؛</p> <p>- از خودتان محافظت کنید(بر تصمیمات خود مصمم باشید ، از افراد مختلف درخواست کمک نمایید)؛</p> <p>- سیگار کشیدن و رابطه آن با سلامتی، تنباکو و سلامتی، مواد موجود در تنباکو، مقایسه یک فرد سیگاری با غیر سیگاری، دود سیگار موجود در هوا؛</p> <p>- تنباکوی بدون دود؛</p> <p>- چگونه تصمیمات منطقی بگیریم؛</p> <p>- تصمیم گیری، عواملی که بر تصمیمات مؤثر هستند (فشار همسالان، تأثیر خانواده، تأثیر آگاهی خانواده ، درک خانواده از نیازهای شما ، خانواده شما بهترین شونده)؛</p> <p>- چگونه تصمیم باید گرفت (تشخیص دادن مشکل ، تشخیص راه هایی برای رفع مشکل ، فکر کردن در مورد نتایج تصمیم ، تصمیم گیری سنجیده)؛</p> <p>- چگونه می توان از اعتیاد دور شد(دوستانی را انتخاب کنید که معنادار نباشند، همیشه خود را با فعالیت های سالم سرگرم کنید، اهدافی را برای خود معین کنید، از دستورات بهداشتی پیروی نمایید) و</p> <p>-کراک و داروهای خیالی.</p>	<p>پایه ششم ابتدایی</p>
<p>- داروها و بدن شما؛</p> <p>- استفاده های مناسب و نامناسب از دارو (نسخه های تجویزی، داروهای بدون نسخه و موارد مصرف آنها)؛</p> <p>- بسته بندی محکم و مقاوم دارو؛</p> <p>- راه های مصرف دارو؛</p> <p>- داروها در اشخاص به صورت های مختلف تأثیر می کند (مستقل، متضاد، افزودنی و تشدید کننده)؛</p>	<p>پایه هفتم</p>

- تفاوت شیمی بدن افراد؟

- علائمی که افراد بیمار همواره با خود دارند؟

- وابستگی به دارو و راه های رسیدن به یک شادی طبیعی و

- عادت ها.

انواع داروها

- کافئین و کاربرد آن، محرک ها و اثرات آن (آمفتامین ها، کوکائین و کراک) و پیامدهای هر یک؟

- کند کننده ها (باربیتورات ها، موارد مصرف و پیامدها)؛

- آرام بخش ها (موارد مصرف و پیامدها، تریاک و مشتقات آن مانند مرفین و کدئین)؛

- توهم زاها (مسکالین، PCP، LSP)؛ پیامدهای مصرف توهم زاها و قوای حسی؛

- ماری جوانا (پیامدهای مصرف ماری جوانا بر روی جریان خون، سیستم تنفسی و سیستم عصبی)؛

- چرا مردم از داروهای مخدر سوء استفاده می کنند؟

- به دست آوردن لذت، احساس بزرگی کردن، فرار از مشکلات، عصیانگری، فشار همسالان، کمبود اعتماد به نفس و بی حوصلگی؛

- جدول مشخصات داروهای مخدر و

- زیان های خود درمانی و مصرف خود سرانه دارو.

الکل و تنباکو

- میزان الکل در مشروبات قوی و ضعیف، اثرات جسمانی الکل، شرایط بدن و تأثیر الکل، پیامدهای مصرف الکل بر روی رفتار انسان، ارتباط الکل با بیماری ها و اختلالات تصمیم گیری درباره مصرف نکردن الکل و دلایل افراد و مراکز امداد رسانی به الکلی ها.

- تنباکویک ماده مخدر (اجزاء تشکیل دهنده، دود توتون و اثرات آن بر بدن، انجام یک آزمایش در مورد یک سیگاری، جرم های نیکوتین دار، پیامد نیکوتین بر روی بدن، قوانین درباره افراد سیگاری و بیماری هایی که در نتیجه سیگار کشیدن به وجود می آید مانند برونشیت مزمن و آسم) و

- توتون بدون دود و پیامدهای آن.

- فشار همسالان، مثالی از فشار همسالان و اثرات همسالان (مفید و مضر)؛

- چرا بعضی از مردم الکل مصرف نمی کنند (نوشیدن الکل منجر به تصادف می شود، نوشیدن الکل بر فعالیت های بدن اثر می گذارد، الکل برای جوانان زیر ۱۸ سال غیر قانونی است و نوشیدن الکل برخلاف خواسته های خانواده است)؛

- الکلیسم و علل آن، چرا عده ای الکل می شوند، راه معالجه و درمان؛

- چرا بعضی از مردم سیگار نمی کشند، سیگار کشیدن چه علائمی دارد و تنباکوی جویدنی و چشیدنی و اثرات آنها؛

- دود سیگار و افراد غیر سیگاری، مضرات استفاده از مواد شیمیایی؛

- مواد دارویی چه کمکی به انسان می کند(مصرف دارو برای تسکین درد، آسپیرین و مسکن آن، خطر مصرف زیاد آسپیرین، مصرف دارو برای برطرف کردن درد، مصرف دارو برای رفع بیماری و تشکیل درد از طریق عمل جراحی)؛

- روش دوری از اعتیاد(تأثیر تبلیغات تلویزیونی، چرا مردم به پزشک مراجعه می کنند، داروها چگونه بر روی سلامتی انسان اثر می کند)؛

- داروهای محرک (چای، الکل، کاکائو، نوشابه و نیکوتین، نحوه ضربان قلب یک فرد سیگاری)؛

- داروهای کاهنده فعالیت های بدنی(الکل، باریتورات ها، داروهای مخدر کاهنده و مسکن آنها، داروهای آرام بخش، داروهای توهم زا و پیامدهای هر یک)؛

- ماری جوانا و پیامدهای مصرف آن (روش درمان)، مواد دارویی و قوانین (فروش مواد دارویی با نسخه و بدون نسخه و بحث هایی درباره آن)؛

- کوکائین، کراک و پیامدهای مصرف؛

- تصمیم گیری من، ما و آنهاو تأثیر تصمیمات بر رفتار انسان؛

- روش های دوری از اعتیاد(تصحیح باورهای غلط، تقلید از دیگران و تصمیم گیری)؛

- درمان الکلیسم (انجمن الکی های گمنام)؛

- درمان کسانی که از دارو سوء استفاده می کنند و انجمن مددکاری؛

- درمان سیگار کشیدن و خود ارزیابی در مورد گرایش به سیگار؛

- درمانگاه ترک سیگار و لحظات خوش و شیرین در زندگی و

- زندگی یک الکی از زبان خودش پس از ترک الکل .

نمونه درسی

نمونه ای از درس ها در زمینه آموزش پیشگیری از اعتیاد برگرفته از کتاب تغذیه و بهداشت (ششم ابتدایی)، در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۴ نمونه درسی در زمینه آموزش پیشگیری از اعتیاد

درس چهارم:

داروهای بدون نسخه (OTC)

تیم جلسه مهمی در اداره داشت. بعد از جلسه دچار سردرد شد. در راه رفتن به منزل در مغازه ای که دارو می فروخت، توقف کرد. او دوايي را که به رفع سردرد کمک می کند در قفسه دید و آن را خرید. بعد از خوردن یک قرص، سردرد او خوب شد. تیم یک داروی بدون نسخه خریده است. داروی بدون نسخه یا *ا.تی.سی*، دارویی است که می توان بدون تجویز پزشک آن را خرید. داروهای بدون نسخه در داروخانه ها، سوپرمارکت ها و مکان های دیگر فروخته می شود. داروهای بدون نسخه به اندازه داروهای تجویزی مهم نیستند و به همین دلیل است که داروهای بدون نسخه را بدون تجویز پزشک می فروشند. آنها برای دردهایی از قبیل سردردهای اتفاقی و دردهای جزئی استفاده می شوند. آسپرین یک دارویی *OTC* شایع است.

نکاتی که درباره داروهای *OTC* (*ا.تی.سی*) باید بدانید:

همیشه برچسب داروهای بدون نسخه را در مورد اطلاعات زیر بخوانید:

۱. این دارو چه دردهایی را تسکین می دهد؛
۲. غالباً این دوا چگونه باید مصرف شود؛
۳. مقدار دارویی که باید مصرف شود و

۴. تعداد روزهایی که دوا باید مصرف شود.

برچسب های هشدار دهنده را بخوانید:

۱. اگر دارویی بدون نسخه درد را تسکین نداد، به دکتر مراجعه کنید. از این داروها در مورد بیماری های جدی استفاده نکنید؛
۲. برچسب را برای اطلاع از اثرات جانبی ممکن بخوانید؛
۳. برچسب دارو را برای اطلاع از اخطارها بخوانید و
۴. اگر می خواهید به همراه داروی تجویزی، داروهای بدون نسخه مصرف کنید، حتماً به پزشک اطلاع دهید. زیرا مصرف همزمان دو نوع دارو باعث مشکلات جدی می شود.

فعالیت

داروهای بدون نسخه می توانند خطرناک باشند.

بسیاری از مردم فکر می کنند که همیشه داروهای بدون نسخه بی خطر هستند. این فکر درست نیست. تقریباً بر روی همه برچسب ها یا شیشه حاوی داروهای بدون نسخه، اخطار یا هشدار نوشته شده است.

۱. این مورد را برای پنج داروی بدون نسخه که در منزل دارید تحقیق کنید مطابق (جدول ۲-۹)؛
۲. نام هر دارو را در ستون سمت راست بنویسید؛
۳. سپس هشدارها یا اخطارها را در ستون سمت چپ بنویسید. تمام جواب ها را در یک تکه کاغذ جدا بنویسید
۴. چه اطلاعاتی باعث تعجب شما می شود؟

جدول شماره ۵ معرفی دارو و هشدارهای آن که باید توسط فراگیران تکمیل شود

نام دارو	اخطارها یا هشدارها
.....

درباره سئوالات زیر فکر کنید:

- چند نمونه از داروهای بدون نسخه را ذکر کنید
- چرا شما باید برچسب روی داروهای بدون نسخه را حتماً بخوانید؟

*برنامه DARE یا Drug Abuse Resistance Education

از دیگر طرح های آموزش پیشگیری از اعتیاد، برنامه DARE است، که در دهه ۱۹۸۰ در آمریکا به اجرا در آمد. یکی از دلایل خوب اجرا شدن برنامه DARE (آموزش مقاومت در برابر مصرف مواد مخدر)، این است که برنامه DARE یک فعالیت بین گروهی متشکل از اداره پلیس، مدرسه، والدین و رؤسای کشور می باشد.

برنامه DARE به دانش آموزان چگونگی شناخت و مقاومت در برابر فشارهای دقیق و مهم را می آموزد، که باعث می شود آنان به مصرف الکل، تنباکو، ماری جوانا و مواد مخدر دیگر روی آورند. تاکنون بین ۹۰٪ تا ۷۰٪ از تمام جرائم، مربوط به مواد مخدر است. پس این نکته بسیار مهم است که قبل از آن که دیر شود، بچه های آمریکایی را دریابند.

معمولاً برنامه DARE در پایه پنجم یا ششم به بچه ها معرفی می شود. در آن صورت طی ۱۷ هفته و هر هفته یک بار یک افسر تعلیم دیده به مدرسه می آید و به افراد آموزش می دهد. برنامه درسی DARE به گونه ای طرح ریزی شده است که به آسانی با دروس دیگر هماهنگ شود. مشارکت دانش آموز در برنامه DARE به صورتی است که به عنوان یک بخش ضروری از برنامه درسی بهداشت، علوم، علوم اجتماعی، هنرها، زبان و دیگر موضوعات درسی مدرسه می باشد. معلم کلاس در زمانی که افسر پلیس مشغول تدریس می باشد، برای همکاری به مدیریت کلاس می پردازد.

درس های برنامه آموزش پیشگیری از اعتیاد

برنامه پیشگیری از آموزش اعتیاد برای مقاومت در برابر مصرف مواد مخدر و خشونت DARE

درس اول: معرفی DARE

این درس برنامه DARE و افسر DARE را به دانش آموزان معرفی می کند.

درس دوم: درک تأثیر مواد مخدر بر ذهن انسان

این درس به دانش آموزان کمک می کند تا دانش خود را درباره حقایق اصلی مواد مخدر و اثرات مضر مصرف آن بر ذهن، افزایش دهند.

درس سوم: نتایج مصرف مواد مخدر

به دانش آموزان می فهماند که مصرف مواد مخدر می تواند نتایج بسیاری در برداشته باشد.

درس چهارم: تغییر دادن عقاید درباره مصرف مواد مخدر

آگاه کردن دانش آموزان از میزان حقیقی مصرف مواد مخدر توسط جوانان و میزان حقیقی انواع فشار همسالان که منجر به مصرف مواد مخدر می شود.

درس پنجم: یادگیری تکنیک های مقاومت - راه های دوری از مواد مخدر

به دانش آموزان کمک می کند تا راه های مؤثر پاسخ به انواع مختلف فشار همسالان را که منجر به مصرف مواد مخدر می شود، یاد بگیرند و تمرین کنند.

درس ششم: ایجاد خود باوری

به دانش آموزان کمک می کند تا بفهمند که خود باوری یعنی آنچه که انسان درباره خود می اندیشد، از احساسات و تجربیات مثبت و منفی شخص ناشی می گردد.

درس هفتم: یادگیری مثبت گرایی - یک شیوه پاسخ گویی

مثبت گرایی رابه عنوان تکنیکی برای خود داری از قبول پیشنهاد مصرف مواد مخدر، یا در موقعیت های دیگر تعلیم می دهد.

درس هشتم: کنترل اضطراب بدون مصرف مواد مخدر

کمک به دانش آموزان در شناخت اضطراب هایی که در زندگی روزمره با آن مواجه می شوند و پیشنهاد راه هایی به جز مصرف مواد مخدر برای کنترل این اضطراب ها.

درس نهم: کاهش خشونت

به دانش آموزان کمک می کند تا بفهمند که خشونت همراه با تخریب، راه مناسبی برای تسکین ناراحتی ها و حل ناسازگاری ها نیست.

درس دهم: تأثیرات رسانه های جمعی بر مصرف مواد مخدر و خشونت

به دانش آموزان کمک می کند تا درک مهارت های خود را برای تجزیه و تحلیل این که چگونه رسانه های جمعی می توانند بر طرز فکر، احساس و عمل افراد درباره مصرف مواد مخدر و خشونت تأثیر بگذارند، افزایش دهند.

درس یازدهم: تصمیم گیری برای اعمال خطرناک

به دانش آموزان کمک می کند تا مراحل تصمیم گیری درست را در ارزیابی نتایج اعمال خطرناک مختلف، از قبیل مصرف مواد مخدر، خشونت و استفاده از سلاح گرم را بکار ببرند.

درس دوازدهم: گفتن پاسخ مثبت به نظریات مثبت

به دانش آموزان کمک می کند تا در جست و جوی فعالیت های باشند، که جایگزین های مثبت و مناسب برای مصرف مواد مخدر باشند.

درس سیزدهم: داشتن الگوی مثبت

آشنا کردن دانش آموزان با مشاوران دبیرستان که مواد مخدر مصرف نمی کنند و روشن ساختن این سوء تفاهم که مصرف کنندگان مواد مخدر بسیار هستند.

درس چهاردهم: مقاومت در برابر خشونت گروهی و دسته جمعی

کمک به دانش آموزان برای درک نتایج منفی خشونت گروهی و دسته جمعی و کمک به آنها برای مقابله با این گونه رفتارها.

درس پانزدهم: خلاصه ای از دروس DARE

کمک به دانش آموزان برای خلاصه کردن و ارزیابی کردن آنچه که از مشارکت در طرح DARE آموخته اند.

درس شانزدهم: اعلام آمادگی

به دانش آموزان کمک می کند تا زمانی که به مصرف مواد مخدر دعوت شدند، چگونه پاسخ مؤثر بدهند.

درس هفدهم: نقطه اوج برنامه DARE

در این درس برنامه DARE، فعالیت مناسبی را برای تعیین رفتار شخصی تمام افراد و تقویت مهارت ها و ارزش هایی که آموخته اند، تدارک می بیند.

همانگونه که بیان گردید استراتژی کشور آمریکا در امر مبارزه با موادمخدر با توجه به قوانین موضوعه و مبتنی بر دیدگاه کلی نگر و بلند مدت نسبت به معضل موادمخدر به مؤلفه های پیشگیری، درمان، پژوهش، برخورد قهریه،

حفاظت مرزی، کاهش عرضه موادمخدر و همکاری‌های بین‌المللی اختصاص یافته است. بر این اساس قانون‌گذار و دولتمردان این کشور معتقدند که هیچ رویکرد واحدی به تنهایی توان مقابله با این چالش پیچیده را نخواهد داشت. بنابراین اجماع کلی بر این موضوع استقرار یافته که پیشگیری از موادمخدر، آموزش و درمان، افزایش دانش و آگاهی مردم از معضل موادمخدر به موازات انجام پژوهش در عرصه کاهش تقاضا و تقویت برخورد انتظامی می‌بایست مورد اقدام واقع گردد.

هدف نهایی استراتژی آمریکا کمک به افرادی است که با موادمخدر درگیر بوده و جهت تبری آنان از جرم و نیز بازگشت‌شان به جامعه به عنوان یک فرد خلاق و متکی به نفس اقدامات وسیعی در حال انجام است. بر این اساس رویکرد درمان از اولویت خاصی برخوردار بوده به طوری که روند فعالیت‌های پژوهشی، سیستم قضایی، جنایی، انجمن‌ها و خدمات اجتماعی بر تشویق درمان سوءمصرف کنندگان به منظور نیل به جامعه‌عاری از اعتیاد تأکید شده است. در این راستا آموزش، حرفه‌آموزی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بعنوان مکمل‌های درمان به شمار می‌روند. آموزش و توانمندسازی جوانان آمریکا جهت طرد موادمخدر، تنباکو و الکل. مصرف موادمخدر قابل پیشگیری است. اگر کودکان بدون مصرف موادمخدر، الکل و یا تنباکو به رشد بلوغ برسند، احتمال وابستگی شیمیایی آنان در دوره‌های آتی زندگی، به مصرف مواد کمتر خواهد بود. سیاست‌های کشور آمریکا بر این پایه بنا شده است که موفقیت در پیشگیری نیاز به تغییر قابل ملاحظه و بلندمدت نگرش جوانان به مصرف مواد دارد. چنین تغییری بیشتر بستگی به تداوم و در جامعه آمریکا، عوارض قابل پیش‌بینی مصرف و تأکید بر مزایای عدم مصرف « قوام پیام مصرف دارد. برنامه‌های پیشگیری باید در تمام سطوح به ویژه در سطح ملی اجرا شوند. همچنین رهبران محلی باید ابزار اجرا و توانایی مدیریت برنامه‌های مؤثر را داشته باشند.

اهم رویکردهای پیشگیری از اعتیاد کشور آمریکا:

- ✓ اولویت دادن به امر پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر در میان جوانان.
- ✓ تأکید بر افزایش دانش و آگاهی جوانان با هدف توانمندسازی آنان در برابر معضل موادمخدر.
- ✓ توجه به امر آموزش مستمر با هدف عدم مصرف مواد از دوران کودکی تا جوانی و در نتیجه تغییر نگرش آنان.
- ✓ آگاهی رهبران محلی از برنامه‌های پیشگیرانه.
- ✓ برخوردار نمودن مسئولان اجرایی از توانایی لازم در عرصه پیشگیری.
- ✓ درگیر نمودن نهادهای مرتبط با خانواده و کودکان با امر پیشگیری از سوء مصرف با اولویت و تمرکز بر آگاه سازی والدین.
- ✓ اجرای برنامه‌های پیشگیرانه در مدارس، درمانگاه‌های بهداشت، اجتماعات معنوی، محیط‌های کاری و محلات.
- ✓ تأکید بر امر پژوهش در زمینه پیشگیری.
- ✓ لزوم ارزشیابی برنامه.
- ✓ توجه به افراد در معرض خطر در برنامه پیشگیری.
- ✓ توجه به جنس، سن و فرهنگ در برنامه‌های پیشگیری.
- ✓ توجه به مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، تفکر خلاق، مقاومت در برابر مصرف مواد.

نتایج ارزیابی رهنمودهای هفت گانه برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس امریکا

ردیف	نتایج ارزیابی رهنمودهای هفتگانه برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس	درصد
۱	تدوین و اجرای سیاست‌های مرتبط به پیشگیری از اعتیاد در مدرسه (سیاست‌گذاری)	۸۴,۳
۲	مشارکت والدین دانش‌آموزان	۷۲,۸
۳	محتوای آموزشی	۶۶,۷
۴	جامعیت برنامه از دوره پیش‌دبستانی تا دبیرستان	۵۲,۲
۵	ارزیابی	۳۸,۹
۶	آموزش پیشگیری از اعتیاد ویژه معلمان	۱۷,۹
۷	حمایت از درمان دانش‌آموزان و کارکنان معتاد	۷۰,۲

نتایج:

- ✓ توجه دو سوم یا بیش از دو سوم مدارس به سیاست‌گذاری، مشارکت والدین، محتوای آموزشی امر پیشگیری.
- ✓ اجرای اکثر رهنمودها در مدارس عمومی (Public) نسبت به مدارس خصوصی.
- ✓ تداوم برنامه ناشی از حمایت خانواده‌های دانش‌آموزان.

✓ اجرای برنامه‌ها در مدارس شهری بالاتر از مدارس روستایی.

✓ آموزش پیامدهای اجتماعی سوء مصرف در پیشگیری از اعتیاد بعنوان کارآمدترین شیوه در کاهش مصرف در

نوجوانان. (وهاب زاده، ۱۳۹۲)

فصل پنجم

بحث ونتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری

جمع بندی تجارب کشورهای منتخب پیشگیری از سوء مصرف مواد

در مقدمه واقعیتهایی که در جمع بندی بررسی تجربیات کشورهای منتخب در پیشگیری از سوء مصرف مواد باید بدان توجه کرد این است که ضرورت دارد کشورهای مورد مطالعه را با توجه به میزان شیوع سالانه مصرف مواد مخدر در آنها سنجیده شوند ، طیف وسیعی از میزان شیوع مواد مخدر در کشورهای دنیا از جمله در کشورهای مورد بررسی وجود دارد که در نتیجه موجب می شود برنامه های پیشگیری و تجربیات کشورها با یکدیگر فرق کند و کمیت و کیفیت برنامه ها با یکدیگر فرق داشته باشند ، کشورهایی که در پیرامون مثلث طلایی و یا هلال طلایی قرار دارند و یا کشورهایی که از نظر سابقه تاریخی با شیوع مصرف مواد مواجه بوده اند یا به دلایل اجتماعی اقتصادی وابسته به تولید مواد مخدر بوده اند طبعاً انتظار می رود آمار شیوع و مصرف بیشتری نسبت به سایر کشورها داشته باشند و یا در برخی کشورهای اروپایی بیش از آن که مسئله و دغدغه اصلی میزان مصرف و شیوع مواد مخدر و اعتیاد آور باشد مصرف بالای الکل و سیگار است.

در یک نگاه کلی به فهرست رتبه بندی کشورها، بر پایه شیوع سالانه استفاده از تریاک، که با توجه به آخرین آمار موجود از کشورها بنا شده و لیست کامل آن در پیوست این پژوهش آورده شده است ، نشان می دهد گستره متفاوتی براساس درصد از جمعیت در سنین ۱۵ تا ۶۴ از نظر شیوع سالانه در کشورها وجود دارد. این فهرست و منبع اطلاعات، بر پایه گزارش جهانی دارو WDR ، توسط سازمان ملل متحد و دفتر مواد مخدر و جرایم

(UNODC) منتشر شده است . افغانستان با تولید ۹۳٪ از مجمع تولید مواد مخدر در جهان، بزرگترین تولید

کننده مواد مخدر می باشد. رتبه کشورهای مطالعه شده در این پژوهش از فرار زیر می باشد:

جدول شماره ۶: فهرست شیوع سالیانه مواد مخدر در کشورهای مورد پژوهش

۱	روسیه	۲٪
۲	ایران	۱/۳٪
۳	انگلیس	۰/۹٪
۴	ایتالیا	۰/۸٪
۵	آمریکا	۰/۶٪
۶	برزیل	۰/۶٪
۷	اسپانیا	۰/۶٪
۸	سوئیس	۰/۶٪
۹	ایرلند	۰/۶٪
۱۰	تایلند	۰/۵٪
۱۱	استرالیا	۰/۵٪
۱۲	نیوزلند	۰/۵٪
۱۳	دانمارک	۰/۵٪
۱۴	کانادا	۰/۴٪

۱۵	بلژیک	٪۰/۴
۱۶	هند	٪۰/۴
۱۷	فرانسه	٪۰/۴
۱۸	نروژ	٪۰/۴
۱۹	آفریقای جنوبی	٪۰/۳
۲۰	هلند	٪۰/۳
۲۱	مجارستان	٪۰/۳
۲۲	مالزی	٪۰/۲
۲۳	کویت	٪۰/۲
۲۴	مکزیک	٪۰/۱
۲۵	ترکیه	٪۰/۰۵
۲۶	فیلیپین	گزارش نشده

بدیهی است که این آمار متغیر بوده و برخی از آمار ابتلا مربوط به دودهه پیش است و یا در نزدیکترین تاریخ مربوط به سال ۲۰۰۵ در برخی کشورهاست که بیش از یک دهه از آن می گذرد، این فهرست نشان می دهد برخی از کشورها به شدت آلودگی دارند مانند قرقیزستان و روسیه و افغانستان نزدیک گه حدود ۲٪ شیوع سالیانه دارند و برخی کشورها نظیر سنگاپور با ۰/۰۰۴٪ تقریباً مشکل مواد مخدر ندارند نمی توان انتظار داشت برنامه های واحدی دنبال شود. کشور سنگاپور چون مسئله ابتلا به مواد را در حد اقل ها دارد به همین دلیل شاید نیازچندانی به

اجرای برنامه های پیشگیرانه نکند به همین دلیل در بررسی تجارب پیشگیری از مصرف مواد مخدر در کشورها به موضوع شیوع مواد که موضوعی چند عاملی است توجه کرد. لیست شیوع مصرف مواد می تواند به فهم این موضوع کمک کند که چرا برخی کشورها برنامه های معضلی در این زمینه دارند و برخی دیگر کمتر به این موضوع مبادرت کرده اند.

بنابراین در بررسی کشورها دلیل اندک بودن برنامه های پیشگیرانه در آنها نداشتن معضل جدی مصرف مواد هم می تواند باشد و در بررسی باید لحاظ شود. در این گزارش تنها آمار منتهی به سال ۲۰۱۰ مربوط به جمهوری اسلامی ایران است.

نکات مهمی که در جمع بندی تجارب کشورهای منتخب در پیشگیری از سومصرف مواد می توان اشاره کرد عبارتند از:

۱- بررسی سابقه تجربیات پیشگیری اولیه در کشورهای منتخب توسعه یافته و در حال توسعه نشانگر آن است از زمانی که سوء مصرف مواد به عنوان رفتاری چند سببی، چند وجهی و اغلب به عنوان خط سیرها و خاستگاههای چندگانه پیشرونده و به مثابه پدیده ای پیچیده متأثر از عوامل و شرایطی با وزن های نسبی متفاوت توصیف و تبیین شده است. برنامه ها و راهبردهای پیشگیرانه متعدد و متنوعی نیز بر حسب هریک از وضعیت ها، خاستگاه های رفتار اعتیادی با توجه به فرهنگ و مقتضیات اقتصادی اجتماعی و اقلیم و تاریخ کشورها تدوین و مورد توجه و کاربرد قرار گرفته است.

۲- از بررسی مداخلات پیشگیرانه و تجارب کشورهای منتخب همچنین می توان استنتاج کرد که بطور جدی توجه به مداخلات اجتماعی و درمانی و کوشش جهت تدوین و ارایه استراتژی ها و رویکردهای پیشگیرانه از اواسط دهه

شصت‌آغاز گردیده است و در دهه ۱۹۷۰ شدت گرفته است و در دهه ۱۹۸۰ قوانین و لوایح مهمی برای مبارزه و کنترل آن تصویب شده است.

۳- گرچه طی سه دهه گذشته توجه مضاعفی به برخی از مسایل عمده اجتماعی نظیر خشونت، ایدز، مصرف سیگار از سوی رسانه‌های جمعی، سیاستمداران و مردم مبذول گردیده است. مع الوصف به واسطه نقش کلیدی اعتیاد به مواد مخدر در بروز و تشدید بسیاری از مسایل و نابهنجاریهای اجتماعی، این مسئله همچنان به عنوان یک معضل اجتماعی مدنظر محققین، برنامه‌ریزان اجتماعی، رسانه‌های گروهی و عموم مردم قرار دارد. یکی از علل عمده توجه به معضل مواد مخدر و اعتیاد، افزایش میزان مصرف مواد مخدر در گروه‌های سنی جوان و نوجوان است از طرفی ابعاد مختلف مشکل مصرف مواد و نتایج مایوس کننده رویکردهای گذشته دو نیروی محرکه قوی برای تدوین و طراحی برنامه‌ها، مدل‌ها و رویکردهای پیشگیری جدید بوده‌اند.

۴- از بررسی انواع رویکردها و استراتژی‌هایی که در پیشگیری از سوء مصرف مواد طی چنددهه گذشته از سوی دولت‌ها، سازمانهای مردمی و صاحب‌نظران مسایل اعتیاد خصوصاً در جوامع صنعتی و پیشرفته رایج و مورد استفاده قرار گرفته است می‌توان استنتاج کرد که هر یک از این رویکردها دارای نقاط قوت و نیز کاستی‌هایی بوده‌اند که در عمل و در برخی مطالعات و بررسی‌های ارزیابی مطرح گردیده‌اند.

۵- بررسی سابقه مداخلات پیشگیرانه در باب سوء مصرف معطوف به تدوین راهبردها و مدل‌های پیشگیری موثر نشان می‌دهد که تحقیقات متعددی در زمینه سوء مصرف مواد مخدر و روشهای موفق اجرائی انجام گرفته است که بالغ بر نیمی از آنها به مسئله پیشگیری پرداخته‌اند و بسیاری از این تحقیقات در کشورهای امریکا، اروپای غربی، کانادا، استرالیا و ژاپن انجام یافته است و مابقی متعلق به دیگر کشورها خصوصاً جوامعی با مسایل مربوط به مواد مخدر و اعتیاد هستند، شواهد موثر بودن و کارآمدی این برنامه‌ها و رویکردها از طریق مطالعات تجربی به دست

آمده است که در کتب و مجلات علمی متعدد منعکس است (برای نمونه رجوع شود به ۸۸-۲۸۶: ۲۰۰۰، Botvin، شینک Schinke ۱۹۹۶، بوتوین و اورلاندی Orlandi ۱۹۹۹، تومبز Thombs ۱۹۹۹، گلاتر و هارتل ۲۰۰۲).

۶- برنامه‌های پیشگیری در کشورها حیطه‌های زیادی را شامل می‌شود که مهمترین آنها را می‌توان به شرح زیر مشخص ساخت:

- فعالیت‌های متمرکز بر فرد
 - فعالیت‌های متمرکز بر آموزش و آگاه‌سازی والدین
 - فعالیت‌های متمرکز بر معلمان و مدرسه
 - فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از رسانه‌ها
 - فعالیت‌های پیشگیری از طریق محل‌های کار و مکان‌های تجمع
 - فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از شبکه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه
 - وضع و اجرای قوانین و مقررات
- ۷- آگاه‌سازی، ارتقاء سلامت، حمایت‌های اولیه، روش‌ها و استراتژی‌های پیشگیری منطبق بر نتایج تحقیقات، شناخت جامعه هدف و شناخت امکانات اجتماعی و فرهنگی از جمله اجزاء حیاتی و اصلی در برنامه‌های پیشگیری موفق در سوء مصرف مواد در کشورهای مورد بررسی بوده‌اند.

۸- در جوامع در معرض خطر، قبل از ارائه پیام‌های پیشگیری، توجه به نیازهای اولیه افراد (خوراک، مسکن، امنیت، شغل) و همراه کردن برنامه‌های پیشگیری با سرویس‌های خدماتی که به نیازهای افراد توجه دارد، مانند نمونه هند در این پژوهش احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد.

۹- برنامه‌ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که جمعیت هدف را تحت پوشش قرار دهند. بخصوص افراد در معرض خطر باید بتوانند به سهولت به برنامه‌ها و خدمات پیش‌بینی شده دسترسی یابند و ساختار برنامه‌ها، مطابق با نیاز افراد و به طریقی انعطاف‌پذیر طرح‌ریزی شوند.

۱۰- در یک برنامه عملیاتی باید از استراتژی‌های مختلف سود جست. مشکلات مختلفی که جوانان در معرض خطر با آن روبه‌رو هستند، با هم ارتباط دارند و احتمال موفقیت یک استراتژی واحد زیاد نیست. با وجود این نمی‌توان در برنامه‌های پیشگیری همه عوامل خطرآفرین را مورد هدف قرار داد و باید بر عواملی که امکانات موجود برنامه‌های پیشگیری بر آن اثر دارند، متمرکز بود.

۱۱- در برنامه‌ریزی به تفاوت‌های گروه‌های هدف باید توجه شود. معمولاً با «یک» فعالیت نمی‌توان تمام گروه‌ها را مورد هدف قرار داد و برای هر گروه مداخلات خاص لازم است.

۱۲- حتی‌الامکان باید مردم منطقه مورد نظر، در تمام مراحل برنامه‌ریزی و اجرا، مداخله داده‌شوند نمونه مناسب در این زمینه کشورهای توسعه یافته و اروپای غرب می‌باشند به نحوی که مردم و گروه‌های هدف نسبت به برنامه، «احساس مالکیت» می‌کنند. معمولاً برنامه‌ای که حمایت اجتماع خود حتی در یک محله کوچک را به همراه ندارند، خیلی زود به بن‌بست خواهد رسید. اجرای فعالیت‌های پیشگیری در وسعت محدود موجب می‌شود تا میزان موفقیت در دستیابی به هدف افزایش یابد. این موفقیت‌های کوچک توجه جامعه را به خود جلب می‌کند و باعث می‌شود علاوه بر رفع موانع، حمایت‌های مادی و معنوی بیشتر گردد

۱۳- برنامه‌ای که برای یک جامعه خاص از نظر زمانی، موقعیت استراتژیک منطقه، مشخصات افراد تشکیل دهنده جامعه، میزان و نوع عوامل مخاطره‌آمیز طرح‌ریزی می‌شود، لزوماً قابل اجراء جوامع دیگر با مشخصات دیگر نیست.

۱۴- آغاز فعالیت‌های پیشگیری باید با افزایش مداوم و گسترش اطلاعات در مورد مشخصات و نیازهای افراد در معرض خطر، عوامل مخاطره‌آمیز و عوامل محافظت‌کننده همراه باشد و همواره از موفقیت‌ها و عدم موفقیت برنامه و بررسی علل آن درس گرفته، به طور مستمر فعالیت‌ها مورد ارزشیابی و بازنگری قرار گیرد. در این برهه از زمان، که دانش پیشگیری در جهان باشتاب بسیار در حال پیشرفت است، آموختن و به کارگیری این دانش تلاش و هوشیاری بیشتر را برای آنان که در آغاز راه هستند می‌طلبد از جمله می‌توان به برنامه جوامع و مدارس امن و عاری از مواد مخدر که ۶۹۴ میلیون دلار در بودجه در یک سال مالی داشت ولی این برنامه چون ناکارآمد بود رسماً اعلام گردید نتایج آن بازدهی مناسب را نشان نمی‌دهد و متوقف گردید.

۱۵- برنامه‌های فراگیر (Broad - Based) آموزشی و رسانه‌ای یا همگانی، توده بزرگی از مردم را پوشش می‌دهند، اما شواهد چندانی در موفقیت‌آمیز بودنشان وجود ندارد. برنامه‌های پیشگیری ثانویه (Secondary) که افراد در معرض خطر (High Risk) را هدف قرار می‌دهند (انتخابی و موردی) از یک سو، فرد را شناسایی می‌کنند و این امکان فراهم می‌شود که زیر پوشش برنامه قرار گیرد و از سوی دیگر، امکان دارد اگر دقت نشود به بدنامی (Stigmatization) فرد و در نتیجه احتمال برخورد تبعیض‌آمیز با وی بیانجامد.

۱۶- تجارب کشورهای بررسی شده نشان می‌دهد برنامه‌های پیشگیری براساس اینکه مستقیماً به مهارتها و راهبردهای مقاومت در برابر مصرف مواد یا پرهیز از محیط‌های مصرف مواد می‌پردازند یا اینکه به طور غیرمستقیم بر عوامل خطر (Risk Factors) زودهنگام (Early) رفتار مشکل‌دار یا عوامل محافظت‌کننده (Protective Factors) در برابر مصرف آینده مواد متمرکزند تقسیم‌بندی می‌شوند.

۱۷- از جمله عوامل خطر که در تجارب به دست آمده بدانها توجه شده شکست تحصیلی، فشار گروه همسال (Peer Pressure) و فقدان ارتباط و پیوند مثبت والد - کودک را می توان نام برد. از میان عوامل محافظتی نیز می توان به پیوند اجتماعی (Social Bonding)، کفایت تحصیلی، مهارت های ارتباطی و جلب حمایت و نیز مهارت های عمومی زندگی (General Life Skills) همچون تصمیم گیری (Decision Making) اشاره کرد.

۱۹- در تجارب به دست آمده از کشورها مشاهده می شود که انواع برنامه ها با گروه های هدف متفاوت وجود دارد از جمله :

- برنامه های آموزشی - شناختی (Educational - Cognitive) که هدفشان افزایش دانش نوجوانان در مورد الکل و مواد است.

- برنامه های عاطفی بین فردی (Affective - Interpersonal) با هدف تقویت خودانگاره (self-concept) فهم احساسات و روابط بین فردی و آگاهی از ارتباطات و فرایندهای تصمیم گیری اجرا می شوند.

- برنامه های جایگزین (Alternative) با هدف پر کردن اوقات فراغت، فراهم ساختن مهارت ها و ایجاد کفایت (Competency - Building) اعمال می شوند.

- برنامه های رفتاری (Behavioral) با رویکرد تأثیرپذیری اجتماعی که با بررسی تأثیر عواملی که باعث افزایش مصرف مواد می شوند، همچون فشار والدین، همسالان و رسانه ها، به افزایش مهارت های مقابله (Coping Skills) که به فرد در مقاومت کردن در برابر تأثیرها کمک می کنند می پردازد و رویکرد آموزش مهارت های فردی -

اجتماعی که به افراد خصوصاً نوجوانان کمک می‌کند که آن دسته از مهارت‌های فردی و اجتماعی را که کاربرد عمومی دارند فراگیرند. برنامه‌های رفتاری از مؤثرترین برنامه‌های پیشگیری محسوب می‌شوند.

- برنامه‌های جامعه‌مدار (*Community - Based*) و رسانه‌ای (*massmedia*): این برنامه‌ها به آموزش

پیشگیری از طریق رسانه‌ها به گروه‌های اجتماعی می‌پردازند و اغلب نتایج مبهمی داشته‌اند

- برنامه‌های متمرکز بر خانواده (*Family Skills Training*): شامل آموزش والدین، آموزش مهارت‌های

خانواده، که بر ارتقای ارتباط و پیوند مثبت والد-کودک متمرکز است. مطالعات نشان داده است که این برنامه‌ها می‌توانند در کاهش عوامل خطر در کودکان و یادگیری مهارت‌های والدی (*parenting skills*) مؤثر واقع شوند.

۲۰- ایجاد تغییر در محیط و قوانین (*Environmental and Regulatory Change*) این رویکرد در برخی

کشورها به سبب کاهش سوء مصرف الکل و مواد مورد توجه واقع شده است. نمونه‌ای از این تغییرات که در کشورهای اروپای غربی در این پژوهش به برخی از آنها اشاره شده است شامل افزایش مالیات مستقیم و غیرمستقیم، کاهش دسترسی به مواد با افزایش حداقل سن خرید، کاهش تعداد عامل‌های فروش الکل، کاهش فروش در معابر عمومی، نظارت بر درج مطالب آگاهی دهنده روی نوشابه‌های الکلی و افزایش تبلیغ بر ضد مصرف مواد است و می‌تواند منجر به کاهش سوء مصرف و در نتیجه برنامه بازدارنده و پیشگیرانه تلقی می‌شود.

۲۰- برنامه‌های چندبخشی (*Multicomponent*): شامل ترکیبی از برنامه‌های مدرسه‌مدار، برنامه‌های جامعه‌مدار و

رسانه‌ای، برنامه‌های متمرکز بر خانواده و نیز سیاست‌گذاری رسمی و غیررسمی است که در برخی از کشورهای مورد مطالعه انجام می‌شود و معلوم شده است که برنامه‌های چندبخشی، نسبت به برنامه‌های صرفاً مدرسه‌مدار، آثار

مثبت و به مراتب بیشتر و طولانی‌مدت‌تری در کاهش مصرف مواد دارند.

۲۱- در کاربرد (Application) مدل‌ها، استراتژی‌ها و رویکردها و برنامه‌های پیشگیری باید توجه کرد قبول و پذیرش کامل آنها از سوی گروه هدف ضرورت دارد و مناسب کردن استراتژی و مدل‌های پیشگیری با جامعه هدف انجام شود و به صرف موفقیت در یک جامعه قابل تسری و تعمیم به سایر جوامع نخواهد بود.

۲۲- باید توجه داشت که مدل‌های پیشگیری می‌توانند نوعی تجسم نظریه در تلاش برای حصول به دانش جدید در باب پیشگیری از سوءمصرف مواد باشند لذا ضرورت توسعه مدل‌های پایدار در پیشگیری و آزمون آنها در فرآیند مداخلات بسیار محسوس است.

۲۳- مدل‌های پیشگیری موثر لزوماً می‌باید در برگیرنده زمینه‌های انگیزشی و محیطی سوءمصرف و توجه به زندگی جمعیت‌های آسیب‌پذیر باشند. اینگونه مدل‌ها همچنین می‌توانند بعنوان هدایت‌کننده یا جهت‌دهنده در پیشگیری از سوءمصرف در فرهنگ‌های گوناگون و جمعیت‌های تحت پوشش بکار روند. از طرفی این مدل‌ها می‌توانند یک جهت‌یابی راهنماگونه برای پیشگیری از عود را در میان جوانان در معرض خطر بوجود آورند. مطرح ساختن موضوعات خاص و منحصر به فرد مربوط به گروه‌های اقلیتی و گروه‌های خاص توسط مداخلات پیشگیرانه موثر نیازمند توجه به رویکردهای چند مرحله‌ای در پژوهش‌هاست.

۲۴- رویکردهای چند مرحله‌ای در تحقیقات پیشگیری از سوءمصرف مواد برای فرهنگ‌های فرعی، گروه‌های اقلیت و جمعیت‌های خاص شامل مراحل زیر است:

۱- انتخاب ابزار نژادشناسی

۲- تبدیل داده‌ها به مقیاس‌های در دسترس

۳- ساخت مدل و ارزیابی

۲۵- در باب تدوین برنامه‌ها و راهبردهای موثر پیشگیری از سوء مصرف مواد برای برنامه‌های مؤثر در زمینه پیشگیری از اعتیاد باید علل و عوامل موثر در شروع مصرف و اعتیاد به مواد را در نوجوانان و جوانان شناخت. عوامل ژنتیکی، شخصیتی، پسیکوپاتولوژیک، فارکولوژیک، خانوادگی، محیطی و اجتماعی همگی در ایجاد سوء مصرف و اعتیاد مؤثر هستند. این عوامل در تعامل با یکدیگر به سوء مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌گردند. نگرش سیستمیک به اعتیاد، عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و عوامل اجتماعی رابه صورت عوامل در هم بافته شده‌ای می‌بیند که بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند. درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد به طور هدفمند طرح‌ریزی گردند. تحقیقات و تجربیات انجام شده در کشورها نشان می‌دهد که به ندرت تغییر یک عامل، منجر به تغییر رفتار در درازمدت می‌شود. گرچه در فعالیت‌های پیشگیری نمی‌توان در تمام عوامل مداخله کرد لیکن پذیرفتن و داشتن دیدگاه سیستمیک و کل‌نگر، در درازمدت منجر به برنامه‌ریزی جامع‌تر و مؤثرتر خواهد شد.

۲۶- برای انتخاب و به‌کارگیری مناسب راهبردها، شناخت نیازها و مشکلات و ظرفیت‌ها و توانایی‌های آن اجتماع ضروری است. اجرای هر برنامه پیشگیری به شناخت دقیق منطقه، بررسی کامل و مؤثر بر مصرف مواد آشکار شود. به عنوان مثال، باید شایع‌ترین نوع ماده مخدر و گروه سنی افراد در معرض خطر، موقعیت‌ها و محل‌های مصرف، باورهای نادرست و عوامل مخاطره‌آمیز، امکانات و منابع موجود را شناخت و براساس آن مدل فعالیت‌های پیشگیری راتعیین نمود. تحقیقات نشان داده‌اند که نمی‌توان یک روش واحد را به عنوان بهترین روش برای همه افراد و گروه‌ها انتخاب نمود. بهره‌گیری از استراتژی‌های مختلف برای تأثیر بر شیوع اعتیاد، ضروری است؛ زیرا عوامل متفاوتی در ایجاد اعتیاد مؤثرند. عوامل مؤثر بر اعتیاد شامل عوامل فردی، خانوادگی، محیطی و اجتماعی می‌باشد. از ویژگی‌های فردی می‌توان از صفات شخصیتی مثل اعتماد به نفس پائین، پرخاشگری شدید، صفات ضد اجتماعی و موقعیت‌های مخاطره‌آمیز مانند مورد آزار یا غفلت قرار گرفتن و اخراج شدن از مدرسه نام برد. مهم‌ترین

عوامل خانوادگی عبارت‌اند از ناآگاهی و فقدان مهارت‌های تربیتی و وجود نگرش‌های مثبت نسبت به مواد مخدر در والدین و اعضاء خانواده، مهم‌ترین علل محیطی نیز شامل، وجود دوستان معتاد، سیاست‌های نادرست مدرسه، محل کار و سربازخانه می‌باشد. از علل اجتماعی نیز می‌توان از فقر، مهاجرت، رشد سریع جمعیت و دسترسی آسان و ارزان به مواد مخدر نام برد. استفاده از استراتژی‌های مختلف باعث می‌شود تا بتوان از طریق عوامل مختلف و با پوشش دادن گروه‌های هدف متفاوت وارد عمل شد. تردیدی نیست که برای موفقیت در فعالیت‌های پیشگیری، با توجه به عوامل گسترده و متعددی که در وقوع این آسیب عظیم اجتماعی مؤثرند، همکاری نهادهای مختلف اجتماع شامل خانواده، مدرسه، سربازخانه، دانشگاه، کارخانجات، رسانه‌ها، نیروهای انتظامی و کلیه نهادهای درگیر با موضوع اعتیاد ضروری است.

۲۷- برنامه‌های پیشگیری و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در طی چند دهه گذشته خصوصاً در برخی از مناطق جهان به ویژه ایالات متحده امریکا با شتاب و حرکت بیشتری به سمت مداخلات علم محور میل کرده‌اند. بررسی سابقه تحقیقات پیشگیری موید این حقیقت است که این تحقیقات عمدتاً در سطوح، زمینه‌ها و ابعاد مختلف اعم از فراگیرشناسی (اپیدمیولوژیکال) و سبب‌شناسی (اتیولوژیکال) سوء مصرف مواد و با هدف تدوین استراتژی‌ها و برنامه‌ریزی‌های منظم جهت آگاه‌سازی، پیشگیری و مداخلات معطوف به کنترل موثر صورت گرفته است.

۲۸- در ارتباط با این پرسش که مداخلات متمرکز بر چه کسی باشد دو نکته اساسی مورد تاکید است:

- افراد و گروه‌هایی که به روشنی تعریف شده باشند: مداخلات پیشگیری زمانی مؤثر خواهند بود که بر جمعیتی متمرکز گردند که به روشنی با سن، جنس، نژاد، قومیت، ملیت، فرهنگ، میزان درآمد و مکان جغرافیایی تعریف شده باشند. این تعریف مشخص به مداخلات امکان می‌دهد تا مهم‌ترین عوامل خطر محافظت کننده سوء مصرف

مواد و نیازهای خاص جمعیت هدف را مورد خطاب قرار دهند و این کار را به طریقی سازماندهی نمایند که برای گروه مخاطب قابل درک، قابل پذیرش و متناسب باشد و بدین ترتیب این مداخله کارآمد خواهد بود.

- گروه همسال، خانواده و سایر بزرگسالان تأثیرگذار: به نظر می‌رسد که یک مداخله پیشگیری علاوه بر جمعیت هدف (به عنوان مثال نوجوان) گروه همسال، خانواده (بویژه والدین) و سایر بزرگسالان تأثیرگذار مثل معلم، همسایه، خویشاوندان و ... را نیز مخاطب قرار دهد و کارآمدی آن افزایش می‌یابد.

۲۹- در خصوص این موضوع که مداخلات متمرکز بر چه چیزی باشند، چند نکته اساسی مورد توجه باید قرار گیرد:

- شکلهای عمده سوء مصرف مواد: مداخلات پیشگیری بهتر است به منظور جامعیت بیشتر و کنترل بهتر، اشکال متعدد سوء مصرف مواد که ممکن است در جمعیت هدف رایج باشد را مورد هدف قرار دهند به عنوان مثال یک مداخله در جمعیت کنترل و پیشگیری از مصرف حشیش ممکن است این ماده را کاهش دهد اما زمانی کامل خواهد بود که با سایر مداخلات در جهت پیشگیری از سایر مواد همراه گردد تا سایر مواد جایگزین حشیش در جمعیت هدف نشده باشند.

- عوامل خطر و عوامل محافظت کننده مهم؛ مداخلات پیشگیری زمانی کارآمدتر خواهند بود که در هر سطحی که اجرا می‌گردند (همگانی: Universal، انتخابی Selective و یا موردی indicative) به مهمترین عوامل خطر (عواملی که می‌توانند، احتمال سوء مصرف را افزایش دهند) و عوامل محافظت کننده (عواملی که فرد را در برابر سوء مصرف مواد محافظت می‌نمایند) جمعیت هدف تمرکز یابند. تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل خطر و محافظت کننده در حوزه‌های مختلف (فرد، خانواده، مدرسه و ...) ویژگی تعاملی (Interactive) و تجمعی

(cumulative) دارند. یعنی هر چه تعداد آنها در جمعیت هدف بیشتر باشد (بدون توجه به نوع آنها) آسیب‌زایی یا حفاظت‌کنندگی آنها بیشتر می‌گردد. با توجه به این نکته می‌تواند در افزایش کارآمدی مداخلات پیشگیری مؤثر واقع شود.

- انتظارات از مصرف و سوء مصرف مواد: نیازهای افراد، انگیزه‌ها و انتظارات آنها ممکن است نقش مهمی در مصرف و یا سوء مصرف مواد در جهت هدف داشته باشند که توجه به آنها کارآمدی مداخلات را افزایش می‌دهند. به عنوان مثال ممکن است افراد به انتظار آنکه مواد احساسات ناخوشایند آنها مثل تنش، اضطراب، افسردگی، تنهایی و ... را کاهش می‌دهد به مصرف مواد روی می‌آورند و یا انتظارات آنها از مصرف مواد این باشد که احساسات ناخوشایند مثل خلاقیت، تهیج، هشیاری، سیالی ذهن و ... در آنها ایجاد می‌کند. این قبیل نیازها، انتظارات و انگیزه‌ها بدون شک به طور پیچیده‌ای با عوامل خطر یا عوامل محافظت‌کننده تعامل می‌نمایند و لذا توجه به آنها و معرفی جایگزین‌های مناسب مواد برای برآورده ساختن آنها ضروری است.

- اطلاعات مناسب درباره سوء مصرف مواد: مداخلات پیشگیرانه می‌توانند با ارائه اطلاعاتی راجع به مصرف مواد که صحیح، مناسب، مستند، دارای تناسب فرهنگی و سنی بوده و با نیازها و انگیزه‌های آنان هماهنگ است، از سوء مصرف مواد پیشگیری نمایند. این اطلاعات به اشکال گوناگون (پوستر، کلاسهای آموزشی و ...) و به گروههای مختلف (خانواده، محله، گروه همسال و ...) ارائه می‌گردد.

- نگرش‌ها و هنجارهای ضد مواد: دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد کافی نیست، بلکه باید سعی در تغییر نگرش، ارزش‌ها و هنجارهای حکم بر خانواده‌ها، گروه همسال و جوامع نمود تا به افزایش کارآمدی برنامه‌های پیشگیری منتهی گردد.

- مهارت‌های زندگی و مهارت‌های رد مواد: برقراری ارزش‌ها و نگرش‌های ضد مواد نیز به‌خودی خود برای پیشگیری سوءمصرف مواد کافی نیستند. یک رویکرد کاملاً اثبات شده در زمینه پیشگیری سوءمصرف مواد، آموزش و تقویت مهارت‌های زندگی (در ارتباط با توانایی کنترل وسوسه‌های موادخواهی، برقراری ارتباط، حل مسأله، حل تعارضات و ...) و تکنیک‌های رد مواد می‌باشد. اینها ابزاری هستند که به نوجوان امکان می‌دهند رفتارهایشان را بویژه زمانی که با موقعیت‌های پرخطر روبرو می‌شوند، ساماندهی کنند.

- عوامل محیطی مهم: برنامه مداخله پیشگیری سوءمصرف مواد زمانی کارآمدتر خواهد بود که به انواع عوامل مهم محیطی نیز توجه کافی داشته باشند. برای مثال عوامل محیطی (از قبیل: ایجاد محدودیت فیزیکی یا اقتصادی برای بدست آوردن مواد) خط‌مشی‌های اجتماعی می‌تواند شروع مصرف و پیشرفت آن را کاهش دهند. کارآمدی این خط‌مشی‌ها به ویژه برای الکل و دخانیات اثبات شده است.

برخی ویژگی های خاص در پیشگیری از سوء مصرف مواد در کشورهای منتخب

چنانکه از مطالعه یافته ها بر می آید مدل ها ، راهبرد ها ، برنامه ها والگوهای پیشگیری در اغلب کشورهای منتخب، مشابهت فراوان دارند ، تفاوت ها و برخی ویژگی ها در بعضی از برنامه ها و تجربیات کشورها وجود دارد که مختص آن کشور است و با توجه به شرایط فرهنگی ، اجتماعی و اقتصادی آن کشورها طراحی و اجرا شده است که در اینجا به برخی موارد که مختص آن کشورها می باشد و یا حداقل در دیگر کشورها کمتر اجرا و یا تجربه شده است اشاره می شود:

۱- هندوستان:

- در این کشور رویکرد کاهش تقاضا - رویکر رفاهی مطرح است زیرا تجربه این کشور مبتنی بر این موضوع است که موضوع مصرف مواد مخدر نه فقط به خاطر در دسترس بودن آن، بلکه به دلیل شرایط اجتماعی است که براساس آنها مصرف مواد در سطح جامعه تشدید گردیده است. و از آنجا که آسیب پذیری جامعه مدرن از جهت مصرف مواد بیشتر است. ضرورت تدوین و اجرای راهبردهای مربوط به کاهش تقاضا و پیشگیری از مصرف مواد بیش از گذشته احساس گردیده است.

- تجربیات هند نشان دهنده این مطلب هستند که میان مصرف مواد و شرایط اقتصادی - اجتماعی و نیز تحرکات اجتماعی رابطه ای نزدیک وجود دارد. بنابراین رویکرد کلی آن است که باید سوء مصرف مواد به عنوان مشکل و معضلی اجتماعی، اقتصادی و پزشکی تلقی شود. در این زمینه و با توجه به لحاظ نمودن این واقعیت بهترین رویکرد برای حل مسئله مداخلات جامعه مدار است. دولت هند با توجه به این عوامل و عناصر، اصول ذیل را در برنامه های کاهش تقاضا مورد لحاظ قرار داده است.

- استفاده از ایجاد زمینه لازم برای ارتقای آگاهی عمومی و ارائه آموزش لازم در مورد آثار مخرب ناشی از سوء مصرف مواد تجربه دیگر هند می باشد.
- توصیه بر مداخله در موضوعات مربوط به معتادان از طریق برنامه مشاوره ای انگیزه مند، درمان، پیگیری و ایجاد بستر مناسب اجتماعی به منظور پذیرش معتادان ترک کرده، از نکات مورد تاکید در هند است.
- بهره مند ساختن داوطلبان از آموزش های مربوط به پیشگیری و باز توانی به منظور تقویت کادر تخصصی آموزش دیده برای فعالیت در بخش های خدمات اجتماعی، از اموری است که در هند بدان توجه می شود.

۲- مالزی

- در مالزی ایجاد یک سیستم کامل و یکپارچه گزارش دهی در سال ۱۹۷۸ که با تمامی ارگان های عمومی خدمت رسانی، سازمان ها و مردم وابسته به مواد مخدر ارتباط پیدا می کند. و با نیروهای اجرای قانون، مراکز درمانی و باز توانی و موسسات رفاه اجتماعی با این سیستم در ارتباط هستند. و سیستم اطلاعات شامل یک مکانیسم برای گردآوری، پردازش، تجزیه و تحلیل و ارائه اطلاعات و داده های اساسی در مورد امور پیشگیری و کنترل و مدیریت مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر را در مالزی تشکیل می دهند از نقاط قوت این کشور می باشد.
- یکپارچه سازی برنامه های سوء مصرف مواد در برنامه های مراقبت های بهداشتی اولیه از دیگر نقاط قوت این کشور می باشد.
- تقویت رویکرد اجتماع مدار برای خانواده ها، مدارس، محیط های کار و محلات از طریق آموزش مهارت های زندگی به افراد جامعه خصوصاً مهارت های حل مسئله، کنترل استرس و فشارهای روحی و توانایی مقابله و مواجهه با عوامل و شرایط وسوسه گر بیرونی و توانایی گفتن "نه" در مقابل مواد.

- ایجاد زیر ساخت های لازم در ارتباط با بهداشت روانی در ایالات مختلف و مناطق کشور
- وارد کردن رسانه های جمعی به عنوان عاملین ترویج رفتارهای پشتیبان و محافظت کننده
- تدوین و اجرای برنامه های استراتژیک پیشگیری اولیه برای گروه های در معرض خطر خصوصاً آگاه سازی جوانان و دانش آموزان از دیگر نقاط مثبت سیستم پیشگیری اولیه در مالزی می باشد.
- تاسیس نظام پایش و مراقبت دائم با توسعه پروژه های تحقیقاتی ناظر بر اتیولوژی رفتار اعتیادی در جامعه از دیگر موارد موفق در مالزی است.
- پروژه دیگری که در مالزی دنبال می شود هفت گام برای داشتن محیط کار عاری از مواد نام دارد که موفقیت های خوبی به دست آورده است.

۳- تایلند :

- در این کشور تاکید بر کیان خانواده و استفاده از نقش بالقوه خانواده بسیار عمده شده است زیرا اعتقاد بر این است که جامعه آن چیزی خواهد بود که خانواده هست. به این لحاظ تمرکز بر تقویت نهاد خانواده به عنوان عاملی موثر در پیشگیری از سوء مصرف مواد اعتیاد آور هدفی است که توسط دولت تایلند تعقیب می شود. هرچند که نیل به این هدف در دراز مدت امکان پذیر است.
- علاوه بر این در تایلند استفاده از نقش معابد نسبت به سایر کشوره پرننگ تر است و برخی خدمات تخصصی هم در معابد ارائه می شود که در سایر کشورها نظیر ندارد.

- در تایلد برنامه های پیشگیرانه و کاهش تقاضا با موضوع پیشگیری از ایدز واچ ای وی ترکیب وادغام گردیده است زیرا مسئله ابتلا به ایدز درتایلند از طریق رابطه جنسی رواج دارد وروشهای ابتلا به ایدز رابطه تنگاتنگی با مصرف مواد دارد.

۴- فیلیپین :

- نکته جالب توجه در این کشور گنجاندن برنامه های آموزشی درسی در مدارس در درس هائی مانند علوم اجتماعی ، بهداشت و مشاوره است .

- همچنین این کشور موضوع را به شکل راهبردی در خدمات فرهنگی ومذهبی وخدمات پیشاهنگی به کودکان ونوجوانان می آموزد وبرنامه پیشگیرانه انجام می دهد.

۵- مکزیك

- کمیته مبارزه ملی با سوء مصرف مواد مکزیك را طیف وسیعی از افراد شامل روان شناسان، روان پزشکان، جامعه شناسان، مددکاران اجتماعی، حقوقدانان، داروسازان، پلیس، قضات دادگستری، کشیشان، معلمان، روزنامه نگاران، نمایندگان شوراهای محلی و شهری، زنان خانه دار، نمایندگان صنوف و اتحادیه های کارگری به عنوان اعضاء کمیته تشکیل می دهند.

- برنامه " یو کوپرو، یو پویدو" (من می خواهم، من می توانم) در مکزیك با حمایت بنیاد مریان طراحی شده است، کودکان، معلمان و والدین را با خود آگاهی و مهارت های ارتباطی، گفت گو و حل مسئله آشنا کرده تا آنان بتوانند در مورد اجتناب از سوء مصرف مواد تصمیم گیری کنند.

- فهرست اهداف ترکیب برنامه های آموزشی و سلامت جوانان که با عناوین مهارتهای زندگی و برنامه پیشگیری در مکزیك اجرا می شود عبارتند از:

- اجرای راهکارهای تربیت معلم برپایه مهارتهای زندگی
- اجرای برنامه درسی دانش آموز محور
- تشویق افراد به یادگیری فعالانه و مشارکتی
- پرورش تفکر انتقادی در دانش آموزان
- شناسائی اهداف برنامه و ارزیابی نتایج.

۶- ترکیب

- در این کشور راهبرد ملی کاهش تقاضای مواد مخدر بر اساس رویکردی متوازن و متعادل و اقدامات ترکیبی در حوزه های پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه، درمان، بازتوانی، توانبخشی و کاهش آسیب (Harm Reduction) خصوصاً پیشگیری از بیماری ایدز و سایر بیماری های واگیردار و بیماری های مقاربتی است. اصول ذیل برای اهداف اساسی و کلیدی این راهبرد عبارت اند از:

- شروع اولیه اقدام های مربوط به پیشگیری با هدف تضمین تاثیر و نفوذ گرایش های بهداشتی مربوط به الگوی زندگی در سنین شکل پذیری کودکان و جوانان،
 - فعالیت های ترکیبی و جامع کاهش تقاضای مواد از طریق برنامه ریزی و مدیریت برای ارتقای هر چه بیشتر تاثیر اقدام های پیشگیرانه،
 - مداخلات خاص و هدفمند در میان گروه های شناسایی شده با ریسک بالا
 - به طور کلی پیشگیری اولیه به عنوان اصل پایه برای توسعه فعالیت های موثر به منظور مقابله و مبارزه با مواد مخدر و مواد مخدر و مواد غیر قانونی در سیاست های دولت ترکیه لحاظ گردیده است. با در نظر گرفتن پیشگیری اولیه به عنوان اصل پایه در برنامه های کاهش تقاضا و به عنوان هدف اصلی در راهبرد جدید، پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر نقش کلیدی را در روش جدید ایفا می کند.
 - به طور خاص فعالیت های مکمل بر اساس جمعیت مدرسه و تنظیم ابتکارها و اقدام ها در برنامه های تحصیلی مدارس در نظر گرفته شده اند.
- در این برنامه ها به توسعه سازمان ها و برنامه های پیشگیری به منظور ایجاد پوشش به تمامی جمعیت ترکیه از طریق پیشگیری همگانی و نیز افزایش سطح آگاهی و اطلاعات مردم در زمینه مواد مخدر، توسعه امکانات و زمینه مطالعات علمی و تحقیقات کاربردی در زمینه سبب شناسی و فراگیر شناسی (اپیدمیولوژی) اعتیاد و سوء مصرف مواد، توسعه امکانات درمانی و ارائه خدمات توانبخشی و نوتوانی برای معتادان، کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد مخدر ، توسعه برنامه های کاهش تقاضا به طور اخص برای جوانان و افراد زیر ۱۸ سال، تدوین برنامه های معطوف به کاهش جرائم مرتبط با مواد مخدر، تدوین برنامه هایی جهت بازنگری در قوانین مربوط به مواد مخدر و اصلاح آن ها و کاهش دسترسی به مواد تاکید گردیده است .

- برای ارزیابی برنامه های اجرا شده در خصوص کاهش تقاضا و نیز برنامه های در حال اجرا، سیستم ارزیابی در نظر گرفته شده است.

- اصول ذیل به طور کلی مبنای برنامه ریزی موثر پیشگیری در نظر گرفته می شوند:

- رویکرد طولانی مدت و فراگیر،

- شروع زود هنگام فعالیت های پیشگیرانه،

- مداخلات هدفمند برای جمعیت در معرض خطر بالا،

- روش شناسی با کنش متقابل متمرکز بر تاثیرگذاری بر گرایش ها و رفتارهای پر خطر و خطرناک،

- ارتقای عوامل حمایت کننده در مورد افراد، خانواده و سطح گروه همسالان و جامعه،

- توجه به ترویج بهداشت مرتبط با خطر مصرف مواد غیر قانونی.

برنامه های پیشگیری فعالیت های وسیعی را پوشش می دهند و از لحاظ نوع شامل زمینه های ذیل می باشند:

۱. برنامه های مدرسه مدار،

۲. برنامه های رسانه محور،

۳. برنامه های جامعه محور،

۴. برنامه های ترکیبی و چند بخشی.

۷- کویت

- کویت از جمله کشورهایی است که تلاش های وسیعی را در دوره متوسطه در زمینه آموزش پیشگیری از اعتیاد

شروع کرده است. اهداف آموزش پیشگیری از اعتیاد در دوره متوسطه شامل مواد زیر است و روش هایی که در

آموزش و ارائه این موضوعات مورد استفاده مؤلفان قرار گرفته است، عمدتاً روش های منطقی و استدلالی و روش ارزش های دینی است:

- آگاهی از انواع مواد مخدر
- رابطه سیگار با سلامتی
- پیامدهای مصرف مواد مخدر
- مشکلات اجتماعی و روانی در شهرها و جوامع مختلف
- خمر و احکام آن از دیدگاه دین مقدس اسلام
- تلفیق آموزش پیشگیری از اعتیاد در کتب درسی

۸- آفریقای جنوبی

- کودکان، نوجوانان و جوانان در برنامه های کاهش تقاضای مواد مخدر در آفریقای جنوبی دارای جایگاه ویژه ای هستند. چون این کشور جمعیت جوان زیادی دارد. در حال حاضر اقدام های گسترده ای برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان جوانان توسط ارگان های ذی ربط در حال اجراست.

- بخش های ملی و استانی وزارت رفاه اقدام مدرسه مدار ملی را برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان نوجوانان و جوانان را محقق نمودند. این برنامه با عنوان «من معتاد به زندگی هستم» برای سنین ۱۱ تا ۲۰ سال تهیه گردیده است.

- وزارت آموزش برنامه آموزشی خود را ارائه نموده است. این برنامه شامل آموزش مهارت های زندگی و شناسایی و تشریح رفتارهای خطرناک می باشد. یکی از برنامه های موفق این وزارت خانه برنامه شهر مجازی است. شهر

مجازی شهری است چند رسانه ای که با ارائه آموزش های بهداشتی به نحوه مقابله با رفتارهای خطرناک می پردازد. در این شهر رادیو و تلویزیون نقش عمده ای را ایفا می نمایند. همچنین چاپ رسانه ای نیز در این شهر وجود دارد. ازدلایل موفقیت شهر مجازی این که ۷۰ درصد از افراد با سنین ۱۶ تا ۲۴ سال از وسایل رسانه ای موجود در شهر مجازی استفاده کرده اند.

- برنامه نوجوانان علیه سوء مصرف مواد اعتیاد آور TADA اقدام هایی را در دبیرستان ها و همچنین در ساعات پس از تحصیل به مورد اجرا می گذارد. هدف این برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در میان گروه های همسال و ترویج جایگزین های مهیج است.

- اجرای برنامه های مربوط به کودکان خیابانی.

- ایجاد زیرساخت های مربوط به بهداشت روانی در ۹ استان کشور و بخش های منطقه ای کشوری،

- تشکیل کمیته های کارشناسی برای پیگیری موضوعاتی نظیر تهیه برنامه تبلیغاتی و آگاه سازی بهداشتی،

- یکپارچه سازی برنامه های سوء مصرف مواد در برنامه های مراقبت های بهداشتی اولیه،

- تقویت رویکرد درمان اجتماع مدار و یکپارچه سازی برنامه های سوء مصرف مواد در برنامه های آموزشی مدارس

از دوران قبل از مدرسه تا سطح سوم، جوانان و همچنین ایجاد تسهیلات و خدمات برای امور درمانی و بازتوانی و

همچنین برپایی کارگاه های سوء مصرف مواد.

- بهبود دسترسی به درمان براساس مدل مراقبت های بهداشتی اولیه، این مدل نقاط دسترسی و خدمات و تسهیلات را

برای پیشگیری از سوء مصرف و مدیریت درمانی مشخص می نماید.

-وزارت بهداشت این موضوع را تایید می نماید که آگاه سازی عمومی در مورد تأثیرات مخرب سوء مصرف مواد نیاز به انجام اقدام های موازی در مورد دسترسی به تسهیلات درمانی و خدمات مربوط به آن و همچنین اجرای برنامه های کاهش آسیب دارد.

- وزارت رفاه و توسعه جمعیت:

- در مورد پیشگیری این وزارتخانه برنامه های ایجاد مسئولیت بیشتر در میان افراد اجتماع را پیگیری می نماید،
- برای ارائه برنامه های آموزشی عمومی رسانه های از دیدگاه وزارت رفاه نقش اساسی برعهده دارند،
 - برنامه های آموزشی باید کودکانی که راهی مدرسه می شوند را در برگیرند. همچنین این برنامه ها باید جوانان و والدین را نیز شامل گردند،
 - پیشگیری نوع دوم باید گروه های در معرض خطر را شامل شود و وزارت رفاه در این زمینه امکانات دستیابی به شغل را برای این گروه ها ایجاد نماید،
 - پیشگیری نوع سوم بر گروه های آسیب پذیر با خطر بالا تمرکز می نماید. رویکردهای درمان اجتماع مدار توسط وزارت رفاه پیگیری می گردند،
 - ایجاد مراکز مشاوره ای و هماهنگی برای تقویت مشارکت مردمی از برنامه های وزارت رفاه است که می تواند به اجرایی شدن راهبرد ملی برای مقابله با سوء مصرف مواد کمک نماید،

- وزارت راه و ترابری: برنامه های کنترل مصرف مواد و الکل در دستور کار این وزارتخانه قرار دارد.

- وزارت ورزش: برنامه های آموزشی به منظور افزایش مهارت های مربوط به تأثیرات داروها و موادی که در ارتباط با ورزش مورد مصرف قرار می گیرند،

- برنامه پلیس و تبلیغات توقف جرم در مدارس آفریقای جنوبی.

۹ و ۱۰ - انگلستان و ایرلند:

-در انگلستان و ایرلند راهبردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد و مقابله با خطر اعتیاد از یک ساختار و اهداف و برنامه های مشابه و همگن برخوردار است.

-کاهش تقاضا به سه بخش زیر تقسیم می شود و برای هر یک برنامه های متعددی فراهم شده است که اجرا می شود:

الف. آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر برای جوانان

ب. رویکردهای جامعه مدار پیشگیری از مصرف مواد مخدر

ج. رویکردهای محیط زیستی پیشگیری از مصرف مواد مخدر (توجه به محرومیت های مناطق روستایی و شهری،

بیکاری، فقر در مسکن و شغل های پایین)

- برای دبیرستان های انگلستان و ایرلند شمالی به منظور اجرای برنامه های پیشگیری چارچوبی به شرح زیر ارائه

شد:

- به وجود آوردن عادات مثبت در مدرسه

- تشویق فعالیت های مشارکتی میان کارکنان مدرسه و دانش آموزان

- آموزش مواد مخدر به پرسنل و اجرای برنامه های اجتماعی آموزش بهداشت

- آموزش چگونگی کار با رسانه های همگانی

- رویکرد مشاوره ای

- رویکرد انضباطی

- اجرای برنامه های کاهش آسیب

آموزش پیشگیری از مصرف مواد مخدر که خود شامل رویکردهای زیر است:

رویکردهای مربوط به مبنای اطلاعات و داده: رویکرد ایجاد ترس و اعلام هشدار - رویکرد واقع گرایانه - رویکرد وضعیتی.

رویکردهای ارزشی و مهارت های زندگی

رویکردهای آموزش مقاومت

رویکردهای آموزش قاعده مند

رویکردهای آموزش رهبری گروه

رویکردهای آموزش کاهش آسیب

- برنامه های متعددی در انگلستان و ایرلند در مدارس اجرا می شود که بسیار مفصل و طولانی است این آموزشها از جمله باید بتوانند :

○ رشد روانی، اخلاقی، ذهنی و جسمانی دانش آموزان را در مدرسه و جامعه ترفیع بخشد.

○ دانش آموزان را برای موقعیت ها، مسئولیت ها و تجربه های زندگی در سنین بالا آماده سازد.

در این چارچوب قانونی، مدارس آزاد هستند که به نحو احسن آموزش مواد مخدر را برای دانش آموزان خود فراهم آورند. با این همه، کمی راهنمایی در این مورد فراهم گردیده و برای مدارس جزوه راهنمایی تهیه شده است. این جزوه راهنما در صدد است که:

- عوامل متفاوت راهنمایی برای کمک به معلمان در موقع تدریس و برنامه ریزی برای آموزش فراهم کند. این

جنبه ها مطالب درسی علوم را به هم نزدیک می سازد؛

- به همکاران یادآوری کند که اگر چه آموزش مواد مخدر از طریق برنامه درسی علوم ارائه می شود، اما از طریق

چند شیوه نیز در مدارس تقویت می گردد؛

- تأکید کند که بر خلاف بیشتر جنبه های آموزش علوم، این موضوع نامطمئن، بحث انگیزتر بوده و تأثیر مستقیم بر رفتار آینده دانش آموزان دارد و

- استفاده از روش های تدریس را بهبود بخشد تا نسبت به موضوع و مخاطبین دلسوزانه عمل نماید.

۱۱- بلژیک:

- در بلژیک توجه اصلی به افراد جوان برای حمایت از آنان از تجربه های زود هنگام داروهای مجاز یا غیر مجاز معطوف گردیده است. پیشگیری از مصرف داروها به طور واضح در راهبرد بلژیک مورد تأکید قرار گرفته است.

- در راهبرد بلژیک و در بخش پیشگیری سعی شده است تا تمهیدات لازم برای قانونی تر کردن تعویض سرنگ و تغییرات درمانی شکل قانون مندتری به خود بگیرند. سه هدف مهم در راهبرد مبارزه با مواد مخدر بلژیک عبارتند از:

۱. کاهش شمار استفاده کنندگان از مواد مخدر،

۲. کاهش زیان فیزیکی و روانی مربوط به مصرف مواد مخدر،

۳. کاهش تأثیرات منفی پدیده مواد مخدر بر اجتماع،

- فعالیت های مربوط به کاهش تقاضای مواد مخدر و مواد غیر قانونی در بلژیک دارای سه رکن اساسی است:

۱. افزایش مشارکت اجتماعی از طریق سازمان های غیر دولتی،

۲. ایجاد آگاه سازی رسانه ای علیه مصرف مواد مخدر،

۳. همکاری متقابل دولت و بخش های شبیه دولت، سازمان ها و شرکت ها و NGO ها

فعالیت های مترتب با عناصر اصلی برنامه کاهش تقاضا در بلژیک مشتمل بر موارد زیر است:

۱. افزایش آگاهی های عمومی از طریق رسانه، توزیع جزوات و پوستر برای افراد و گروه های مورد هدف،
 ۲. فراهم سازی تیم های متحرک پزشکی و دارای اطلاعات مربوط به مواد مخدر و هم چنین اجرای کارگاه های آموزشی متحرک برای اجرا در مکان های صنعتی و کارگران بخش های حمل و نقل،
 ۳. برنامه های مدرسه مدار برای آموزش معلمان،
 ۴. انجام تحقیقات و مطالعات در زمینه ابعاد مختلف مواد مخدر،
 ۵. انجام مطالعات همه گیر شناسی،
 ۶. راه اندازی مراکز درمانی توسط سازمان های غیردولتی، اجرای برنامه های درمانی زندان مدار،
 ۷. برنامه های خانواده مدار (به نقل از سند دولت فدرال در مورد مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۰۱).
- شیوه های درمان و باز توانی:

۱۲- اسپانیا:

- دولت اسپانیا توجه ویژه ای به موضوع پیشگیری از مصرف مواد مخدر کرده است. در کنار توجه به مواد مخدر غیرمجاز، به مصرف الکل و سیگار هر چند که به صورت تفریحی مورد مصرف قرار گیرند توجه شده است. هدف کاهش درصد جوانانی است که در سنین اولیه جوانی شروع به مصرف سیگار و الکل می کنند و در نهایت منظور کاهش نهایی مصرف کنندگان مواد مخدر است.
- در زمینه درمان و توانبخشی، این اصل که توانبخشی بدون کمک به معتادان مرخص شده، کار عبث و بیهوده ای خواهد بود، مورد تأکید قرار گرفته است. بر همین اساس ۲۶ معیار اصلی برای ارزیابی چگونگی کمک به معتادان و

جامعه پذیری مجدد آن ها و تبدیل آن ها به عضوی فعال تعیین گردیده اند. از اهداف اسپانیا می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

۱. ایجاد تمهیدات لازم برای انجام مباحثات سیاسی به منظور کاهش شیوع اعتیاد و بهبود شرایط معتادان،
۲. افزایش آگاهی و مشارکت اجتماعی در فعالیت های مربوط به مواد مخدر،
۳. برنامه های مربوط به پیشگیری که مهم ترین اصل عنوان شده در این راهبرد است. به منظور ارائه پوشش مناسب برای کودکان و قشر جوان و کمک به بلوغ اجتماعی و عاطفی آنان با تشویق آنان به شناخت ارزش های شان و تقویت روحیه استقلال در آن ها طرح ریزی گردیده اند،
۴. از دیدگاه جهانی راهبرد اسپانیا تمامی مواد اعتیادآوری را در بر می گیرد که می تواند مورد سوء مصرف واقع شوند. در این زمینه به سیگار و الکل توجه خاصی مبذول گردیده است،
۵. برنامه ریزی و جهت دهی برنامه های پیشگیری به سراسر کشور،
۶. فراهم نمودن امکان بازگشت معتادان به جامعه و تشویق به پرهیز از مواد مخدر به عنوان یک هدف اصلی در روند پیشگیری،
۷. روزآمد نمودن قوانین در زمینه های مختلف فعالیت از جمله کاهش تقاضا، کنترل عرضه مواد، نهادها و سازمان های سیاسی، همکاری بین المللی،
۸. تشویق به آموزش و ایجاد تخصص در زمینه های مختلف فعالیت های مربوط به مبارزه با مواد مخدر و تقویت فرهنگ ارزیابی و پیشبرد امور تحقیقاتی برای نیل به دانش بهتر (راهبرد مواد مخدر اسپانیا، سال ۲۰۰۱).
۹. توجه به رویکردهای پیشگیری طولانی مدت و فراگیر و شروع زود هنگام فعالیت های پیشگیرانه،
۱۰. مداخلات هدفمند برای گروه های در معرض خطر

۱۱. توسعه رویکردهای پیشگیرانه مبتنی بر ایمن سازی روانی برای دانش آموزان و گروه های سنی جوان.

۱۲. توسعه تحقیقات علم محور معطوف به شناسایی عوامل خطر آفرین، عوامل محافظت کننده و پشتیبان و عوامل

تاب آوری (Resiliency Factors).

۱. توجه به ترویج بهداشت مرتبط با خطر مصرف مواد مخدر و محرک و روان گردانی به منظور کاهش آسیب،

۱۴- تاکید بر برنامه های پیشگیری چند بخشی شامل:

- برنامه های مدرسه محور

- برنامه های خانواده محور

- برنامه های رسانه محور

- برنامه های جامعه محور (به نقل از برنامه راهبرد مواد مخدر اسپانیا، ۲۰۰۱).

۱۳ و ۱۴ - استرالیا و نیوزیلند

- راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر در استرالیا و زلاندنو اساساً بر ارتباط میان دولت، بخش های ایالتی و مناطق و

سازمان های غیردولتی (NGO) استوار است.

- اقدام های دو دولت برای بهبود و گسترش امور مربوط به کاهش تقاضای مواد اعتیادآور که در مراحل جدیدتری

صورت گرفته اند به شرح ذیل است.

- اقدام های مربوط به مصرف داروهای روان گردان: در این زمینه دو دولت با توجه به چالش های موجود

مربوط به افزایش دسترسی به داروهای روان گردان و همچنین شیوع مصرف این مواد در سطح جامعه اقدام

هایی را برای مهار بحران ناشی از مصرف این مواد صورت داده اند.

- اقدام های ملی مربوط به گروه های مصرف کننده ای که مبتلا به بیماری های روانی هستند
- صندوق تأمین هزینه های تحقیق مربوط به راهبردهای ملی پیشگیری از سوءمصرف مواد اعتیادآور.
- اقدام های مربوط به تحت پوشش قرار دادن مناطق روستایی.
- ایجاد شبکه اطلاعات موادمخدر: در این زمینه تنها در استرالیا ۱۰۰۰ سایت اینترنتی با موضوع مواد مخدر ایجاد شده است.
- گسترش و انتشار راهبردهای مانع مصرف کانابیس در میان جوانان و بزرگسالان
- افزایش خدمات آموزشی مشاوره ای و مراکز مراجعه برپایه برنامه های جامعه مدار.
- تقویت برنامه های رسانه ای و افزایش آگاهی های والدین و راهنمایی آنها برای چگونگی دستیابی به اطلاعات مربوط به مواد مخدر.
- ایجاد صندوق های مضاعف مربوط به اجرای اقدام های مشارکتی جامعه در زمینه پیشگیری از مصرف مواد مخدر، این صندوق به گروه های اجتماعی که متعهد به انجام پروژه هایی در زمینه پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر گردند کمک مالی می کند.
- افزایش تعداد مراکز دارویی برای در اختیار قرار دادن سرنگ های تمیز و تغییر نگرش در معتادان برای کنار گذاردن و مصرف نکردن سرنگ های آلوده
- تحقیقات و بررسی در مورد علت عدم دستیابی معتادان به امکانات درمانی در راهبرد ملی مبارزه با مواد مخدر استرالیا به تقویت و نقش سازمان های غیردولتی توجه ویژه ای مبذول گردیده است. از سال ۱۹۹۸ تاکنون ۱۴۰ پروژه با بودجه ۵۸/۶ میلیون دلاری در قالب فعالیت های سازمان های غیردولتی مورد حمایت قرار گرفته اند.

- برنامه «پاسبان کینی کوالا» در استرالیا: برنامه پاسبان کینی از طریق یک فرد عروسک گردان صورت می گیرد که لباس پلیس پوشیده است. در طی این برنامه، از راه های آموزشی و ارائه پوستر، هدایای تبلیغاتی و غیره برای القای بیشتر ایمنی در کودکان بهره برداری می شود. هدف از اعمال این قبیل برنامه، ارایه ایمنی برای کودکان و همچنین القای این باور است که «پیشگیری از جرم یک پیام مثبت است تا اساس زندگی از ابتدا بر مبنای آن ساخته شود». پاسبان کینی با لباس پلیس در مدارس حضور می یابد و آموزش «فلسفه زندگی بدون مشکل و خطر» را ارایه می کند. علاوه بر این، پلیس جلساتی را در مورد علائم رانندگی، ترافیک، خطرات مواد مخدر، مشروبات الکلی و غیره برای نوجوانان و جوانان برگزار کرده و آنان را مورد آموزش قرار می دهد. این برنامه به کاهش ترس از جرم، به پلیس کمک می کند و همچنین موجب احساس امنیت بیشتر در بین مردم می شود. ارزیابی ها حاکی از آن است که برنامه پاسبان کینی در دراز مدت می تواند تأثیرات بسیار مثبتی را در زندگی افراد داشته باشد.

۱۵- کانادا:

-تبلیغات رسانه ای یکی از عوامل مهم در آگاه سازی و کاهش مصرف مواد در میان جوانان بوده است و آمارهای اخیر نشان دهنده آن است که اتخاذ راهبرد متوازن در پیشگیری از سوءمصرف مواد اعتیاد آور مؤثر بوده است. کاهش مصرف LSD و سیگار در بین جوانان خصوصاً دانش آموزان مقطع دبیرستان در یک دهه گذشته قابل توجه است. مصرف اکس تاسی نیز کاهشی حدود ۱۳ درصد در گروه های سنی جوان خصوصاً در نزد دانش آموزان مقطع دبیرستان داشته است.

-اهداف پنج ساله نیز بر کاهش ۳۰ درصدی مصرف فعلی مواد مخدر و ۲۵ درصدی مصرف سیگار و مواد دخانی در مقاطع تحصیلی هشتم، دهم و دوازدهم و کاهش ۲۵ درصدی مواد اعتیادآور در گروه سنی ۱۸ سال و بالاتر تأکید گردیده است.

-از جمله اقدامات دولت کانادا در سال های اخیر در زمینه اقدامات پیشگیرانه ایجاد مراکز رسیدگی قضایی به افراد دستگیر شده زیر سن قانونی با جرائم مرتبط با مواد است. در این مراکز افراد دستگیر شده با این شرایط سنی تحت رسیدگی ویژه قرار می گیرند. در این مراکز از نیروی پلیس کارآزموده با تجارب حرفه ای و نیز از مددکاران متخصص استفاده می شود. این افراد در یک برنامه کوتاه مدت (حداکثر یک هفته ای) تحت نظارت و آموزش قرار گرفته و پس از خروج تا یکسال توسط مرکز بازرسی، کنترل و نظارت می شوند.

-با توجه به نقش گروه همال و دوستان در گرایش جوانان و نوجوانان به مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر، برنامه های پیشگیری بر تقویت مقاومت در برابر فشارهای بیرونی مصرف، تقویت مهارت ایجاد رابطه سالم و تقویت توانایی نه گفتن در برابر وسوسه های خارجی ترغیب کننده مصرف و بالاخره تقویت توانایی خودداری از مصرف به هنگام اثرگذاری گروه دوستان بر فرد تأکید می کند.

- برنامه استراتژیک و راهبردی کانادا، اصول زیر را در برنامه های کنترل مواد و پیشگیری از سوءمصرف مورد توجه قرار داده است:

- جلوگیری از خشونت، حفظ و تحکیم پایه های نهاد خانواده و بهبود شرایط دسترسی به بهداشت اجتماعی، سیاست مواد مخدر بخش اصلی و عمده اهداف دولت در امور داخلی و ملی محسوب شده و در سیاست های اجتماعی نمود پیدا می کند.

- مواد مخدر عاملی تهدیدکننده سلامت اجتماعی و به مثابه عامل خطرآفرین برای مردم محسوب می گردد. دولت ملزم است که تمام مساعی خود را در ایجاد محیط زندگی سالم همراه با احساس امنیت و آرامش برای مردم مبذول دارد.
- مردم ملزم به رعایت قوانین مربوط به مواد خصوصاً جرائم مرتبط با آن هستند. لذا انتظار می رود آحاد و افراد جامعه جهت استقرار نظم و آرامش و محیط بری از مواد مخدر به پلیس کمک نمایند.
- هدف اصلی برنامه های پیشگیری اولیه همانا آگاه سازی و اثرگذاری بر ذهن و فکر جامعه خصوصاً گروه های در معرض خطر نظیر کودکان، نوجوانان و جوانان است. گروه هایی که در آینده وارد مراحل مختلف جامعه پذیری می شوند و با اجرای برنامه های صحیح آگاه سازی حالتی از تنفر در ذهن جامعه هدف برای پرهیز از تقاضای مواد مخدر ایجاد می گردد. برنامه ملی مبارزه با مواد مخدر کانادا بر اهداف زیر در کاهش تقاضای مواد تأکید دارد.
- استراتژی پیشگیری در یک چشم انداز ۵ ساله طراحی شده که از دانش و تجربه گسترده گروه های متخصص که حرفه شان پیشگیری و توسعه و برنامه ریزی برای جوانان در مدارس و، خانواده و جامعه است بهره کامل می برد
- تحقیقات نشان میدهد که تلاش ها و برنامه های پیشگیرانه زمانی موثر است که پیامهای رسانه ای مبارزه با مواد مخدر با برنامه های پیشگیری در مدارس ، خانواده ها و جامعه همگام اجرا شود این مجموعه دارای پتانسیل بالایی برای گسترش همکاری است و از اینترنت ، تلویزیون، رادیو ، رسانه های چاپی ،بازاریابان، آژانس های تبلیغاتی ،سازمانهای خدماتی جوانان ،NGOها ی والدین نگران و حساس به موضوع اعتیاد بهره خمی برد.

- برنامه‌های مهارت آموزی به خانواده در کشور کانادا برای پیشگیری از سوء مصرف مواد توسط جوانان ، بخشی از مجموعه استانداردها و راهنمایی‌ها در کشور کانادا برای پیشگیری از مصرف مواد است. سایر بخش‌های این مجموعه شامل دو کتاب دیگر در خصوص استانداردهای "مبتنی بر مدرسه" و "مبتنی بر جامعه" در کانادا برای این نوع پیشگیری هستند. این بخش‌ها در کنار هم مجموعه‌ای از استانداردها و راهنمایی ملی را تشکیل می‌دهند که تحت هدایت مرکز سوء مصرف مواد کانادا (CCSA) ایجاد شده‌اند.

۱۶- روسیه

- بیشتر معتمدان روسیه را جوانان تشکیل می‌دهند و از این لحاظ یکی از مشکلات عمده این کشور به شمار می‌رود. به نحوی که در ۵ سال اخیر ۳۵۰ هزار نفر و در ۱۰ سال گذشته نیز یک میلیون نفر در سنین مختلف ۱۵ تا ۳۴ سال به دلیل مصرف مواد مخدر در این کشور جان باخته که ۷۰ الی ۸۰ درصد آنها جوانان بوده‌اند. آمار رسمی همچنین حاکی از آن است که حدود ۵۱ درصد از مصرف کنندگان مواد جزء معتمدان تزریقی هستند و ۸۳ درصد از افراد آلوده به ویروس HIV در روسیه به افراد متعلق به مصرف کنندگان مواد غیرقانونی بوده است.

- اقدامات پیشگیرانه در جهت کاهش سوء مصرف و مسایل مرتبط با آن:

- ارتقاء و بهبود سطح دانش و آگاهی گروه‌های پرخطر و در معرض آسیب‌ها، بیماری‌ها و خطرات ناشی از مصرف مواد مخدر، رفتارهای جنسی پرخطر و سایر رفتارهای خطر آفرین.
- شناسایی و بررسی بیماری‌ها و اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد خصوصاً بیماری‌های عفونی مربوط به تزریق مواد مخدر نظیر ایدز، هپاتیت و مانند آن در گروه‌های هدف.

- انجام تحقیقات و مطالعاتی منظم جهت شناخت نیازهای آموزشی گروه های در معرض خطر و شناخت موانع و مشکلات مربوط به آموزش پیشگیری این گروه ها
- شناخت اثرات وسایل ارتباط جمعی، تبلیغات، پیام های آموزشی و چگونگی انجام دادن مبارزه با سوءمصرف از طریق رسانه ها و برنامه های آگاه سازی و فعالیت های فرهنگی.
- توسعه برنامه های مداخلات پیشگیرانه برای جمعیت ها و گروه های آسیب پذیر در سطح نهادهای اجتماعی نظیر خانواده، مدرسه، محله و مانند آن.
- شناسایی گروه های هدف و در معرض خطر و تدیون و ارائه برنامه های آموزشی و آگاه سازی خصوصاً برای بی خانمان ها، همجنس بازان، فاحشه ها، زندانیان، و مانند آن.
- کوشش برای درگیر کردن جامعه بزرگتر، خصوصاً خانواده ها، سازمان های محلی، گروه های اجتماعی، نهادهای مذهبی، نهادهای فرهنگی، مدارس و دانشگاه ها، وسایل ارتباط جمعی، سازمان های غیردولتی (NGO) و مانند آن در فعالیت ها و برنامه های مربوط به آگاه سازی، کاهش تقاضا و کاهش آسیب.
- نشر و توزیع انواع کتب، جزوات، بروشور، مجله و سایر منابع مکتوب در بین مخاطبان مختلف و نیز تولید برنامه های رادیویی و تلویزیونی برای گروه های خاص، مخاطبان مختلف، گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر به منظور ارتقاء سطح دانش و آگاهی و پیشگیری اولیه از خطرات و آسیب های ناشی از سوءمصرف مواد و رفتارهای پرخطر.

- همکاری با آژانس های بین المللی خصوصاً بانک جهانی به منظور انجام پروژه مشترکی جهت مبارزه با اعتیاد، سل و بیماری ایدز/ HIV در روسیه و کاهش آسیب های اجتماعی، عوامل خطر آفرین و تقویت عوامل و فاکتورهای محافظت کننده و پشتیبان.

۱۷- فرانسه:

-فرانسه به عنوان یکی از اعضاء مهم اتحادیه اروپا، برنامه ها و رویکردهای کلی خود را در ارتباط با موادمخدر، سوء مصرف، کاهش عرضه، کاهش تقاضا، کاهش آسیب و برنامه های مبارزه، کنترل، مداخله و پیشگیری براساس اهداف و برنامه های کلی اتحادیه اروپا تنظیم نموده است.

سیاست پیشگیری از سوء مصرف در فرانسه از طریق هماهنگی میان چند وزارت خانه به منظور جنگ علیه مواد و رفتارهای اعتیادی صورت می گیرد. وزارت آموزش ملی، وزارت بهداشت و وزارت کشور ستون اصلی حوزه پیشگیری را تشکیل می دهند.

- سیاست هماهنگ که در سال ۲۰۱۳ میلادی تدوین گردیده است یک برنامه پنج ساله است که سیاست ها و برنامه های مبارزاتی فرانسه را با موادمخدر و آسیب های اجتماعی با هدف کاهش مصرف، کاهش عرضه، کاهش تقاضا و کاهش آسیب تا پایان سال ۲۰۱۷ میلادی شامل می شود. این برنامه مبارزه با اعتیاد و آسیب های اجتماعی را از خردترین سطوح تا سطوح کلان جامعه دربر می گیرد. در سطح محلی فعالیت های معطوف به پیشگیری توسط تعداد زیادی از عناصر و عوامل حرفه ای شامل مدارس NGOها، پلیس، ژاندارمری و مانند آن صورت می گیرد.

-در سطح جامعه و ملی پیشگیری همگانی (Universal) در همه سطوح و برای همه گروه ها با استعانت از عوامل متعددی نظیر مدارس، خانواده ها، وزارت خانه ها، وسایل ارتباط جمعی، پلیس، NGOها، دانشگاه ها، مددکاران اجتماعی، کلیسا و سازمان های خیریه و مانند آن صورت می گیرد.

- برنامه پیشگیری از مواد، الکل و داروهای روان گردان برای محیط های کار و کارگری خصوصاً برای کارگران کارخانه ها و کارگاه ها و مانند آن توسط مؤسسه ملی پیشگیری و آموزش سلامت تدوین و به مرحله اجرا درآمده است. برنامه مشابهی نیز توسط این مؤسسه برای کارکنان، کارمندان و پرسنل محیط های اداری، بوروکراسی و بخش خدمات با هدف ارتقاء سطح آگاهی و تضمین و تأمین سلامت این بخش تدوین و اجرا شده است.

-علاوه بر پیشگیری همگانی، در فرانسه به پیشگیری انتخابی و پیشگیری موردی نیز توجه شده است. این نوع پیشگیری عمدتاً برای سازان های غیردولتی (NGO) حرفه ای تعریف و توسط این سازمان هم اجرا می شود.

-از سال ۲۰۰۵ میلادی حدود ۳۰۰ کلینیک های سرپایی برای جوانان معتاد ایجاد شده است که بخشی از برنامه دولت فرانسه جهت پیکار با مواد و رفتارهای پرخطر است. در سال ۲۰۱۳ حدود ۳۶۸ مورد عفونت HIV گزارش شده است که حدود ۴۳ درصد (۱۵۷ مورد) آن متعلق به معتادان تزریقی است. تقریباً ۵ نفر از هر ۱۰ نفر معتاد تزریقی دارای عفونت HIV متعلق به خارجیان مهاجر و سایر اقلیت ها خصوصاً سیاهان فرانسوی است.

-وزارت بهداشت فرانسه همراه با سایر نهادهای دولتی نظیر وزارت آموزش ملی، وزارت کشور، NGOها، شهرداری های مناطق و مانند آن برنامه های پیشگیری و درمانی را جهت کنترل و کاهش آسیب خصوصاً در ارتباط با بیماری ایدز و عفونت HIV در فرانسه سازمان داده است.

-موسسه ملی پیشگیری و آموزش سلامت فرانسه همچنین از سال ۲۰۰۸ برنامه های پیشگیری موردی را در خصوص مصرف سیگار و مواد دخانی، و الکل تدوین و به مرحله اجرا درآورده است. گروه هدف بدو در این برنامه نوجوانان و جوانان خصوصاً دانش آموزان و دانشجویان است. بدین منظور مقیاس های کنترل و تست برای سنجش و اندازه گیری میزان نیکوتین و الکل در خون گروه هدف با استانداردهای تعیین شده تنظیم و بکار می رود. مثلاً مقیاس کنترل توتون اساساً برای تعیین میزان نیکوتین در خون و نیز سنجش کمی اعمال سیاست های کنترل مصرف سیگار و توتون در سطح کشور طراحی شده است.

۱۸- سوئیس:

-از آنجا که مشکل اصلی در کشورهای اروپائی مصرف زیاد الکل و سیگار است برنامه های کنترل مواد اعتیاد آور با کنترل الکل و سیگار توأم است از این رو برنامه ها و فعالیت های معطوف به پیشگیری از آسیب ها، بیماری ها، رفتارهای پرخطر و عوامل تهدیدکننده سلامتی عمومی کلیدی ترین عنصر راهبرد جامعه سوئیس برای کنترل الکل، مواد نارکوتیک، دوپینگ و توتون و مواد دخانی به شمار می رود.

-در برنامه ای که جهت یک دوره پنج ساله در سوئیس تدوین گردیده است تنظیم و اجرای فعالیت های پیشگیری را برای مواد مخدر و مواد غیرقانونی شامل می گردد. در این برنامه میان بخشی آژانس ها و عاملین متعددی نظیر آژانس سلامت عمومی، حکام منطقه ای، NGOها و مانند آن همکاری دارند.

-حکام منطقه ای مسئول ایجاد رابطه میان آژانس سلامت عمومی و برنامه های کنترل مواد و الکل و سیگار را با ارگان ها، نهادها و سازمان های غیردولتی و هماهنگی میان آنها در سطح مناطق و استان های کشور هستند.

شهرداری ها نیز در سطح ملی و در سطح مناطق مسئولیت عمده ای را در اعمال و نظارت بر برنامه جامع پیشگیری از الکل، مواد نارکوتیک، دوپینگ و توتون برعهده دارند. براساس گزارش آژانس ملی سلامت سوئیس در سال ۲۰۱۳ به طور تقریب ۷۶ درصد از شهرداری ها هماهنگی لازم را با برنامه جامعه در سطح محلات و مناطق و به منظور اجرا و نظارت بر برنامه (ANDT) صورت داده اند.

مداخلات پیشگیرانه مدرسه محور نیز نقش عمده ای را در مناطق و محلات در آموزش رفتارهای معطوف به سلامت، ارتقاء سطح آگاهی دانش آموزان در خصوص عوامل خطرآفرین، موادمخدر، سیگار، الکل، مواد غیرقانونی، -رفتارهای پرخطر خصوصاً رفتارهای جنسی کنترل نشده، بیماری ها از جمله بیماری های مسری، ایدز، هپاتیت و مانند آن بازی می کند. در این برنامه ها بر آموزش مهارت های مقابله ای دانش آموزان با عوامل بیرونی تهدیدکننده و پیام های ترغیب کننده مصرف مواد، الکل، سیگار، رابطه جنسی کنترل نشده و مانند آن تأکید گردیده است.

- یک برنامه آموزشی معطوف به سلامت و پیشگیری از رفتارهای پرخطر که از برنامه های پیشگیری موردی هلند، سوئد، اسلوانی و استونی اقتباس شده است برای والدین و فرزندان بین سنین ۱۳-۲ سال تنظیم و طراحی گردیده که در تدوین آن سازمان ها و نهادها و متخصصان مسائل بهداشت عمومی نقش عمده ای داشته اند. هدف این برنامه بهبود مهارت والدینی جهت کمک به والدین در تنظیم و مدیریت رفتار کودکان و کمک به خانواده ها در جهت ایجاد یک شبکه حمایتی خانواده است.

-راهبرد جامع پیشگیری همچنین برنامه های پیشگیری موردی را نیز برای گروه های هدف خاص نظیر معتادان، جوانان، کارگران، محیط های نظامی و سربازان، زندانیان، کودکان دارای والدین معتاد، طلاق گرفته و تحت

تعقیب، رانندگان، کارمندان، و مانند آن تدوین و به مورد اجرا درآورده است. بنا به گزارش آژانس سلامت عمومی سوئیس بین ۲۰ تا ۸۰ درصد از مناطق و محلات تحت پوشش این برنامه ها قرار داشته اند.

راهبرد جامع برنامه آموزشی و درمانی خاصی نیز برای برخی از گروه های دارای نشانگان آلودگی به ویروس HIV و هپاتیت و سایر بیماری های مسری تدوین و به مورد اجرا درآورده است.

- در این برنامه که به روش سوئسی کاهش آسیب های اعتیاد و گاهی به نام اتاق امن تزریق معروف است برای جلوگیری از توسعه ایدز به معتادان تزریقی، هم جنس بازان، فاحشه ها، و برخی گروه های پرخطر نظیر توریست ها، مهاجرین، و تازه واردین، اقلیت ها و نظایر آن توجه خاصی مبذول شده است. تست های پزشکی، اجرای قرنطینه، توزیع سرنگ، مراقبت های بهداشتی، تشکیل کارگاه ها و کلاس های آموزشی و مانند آن از جمله شیوه های مداخلاتی به شمار می آید.

۱۹- سوئد:

-سیاست سوئد در خصوص موادمخدر متمرکز بر پیشگیری درمان و کنترل با هدف کاهش تقاضا و عرضه موادمخدر و مواد غیرقانونی است. سوئد یکی از نخستین جوامعی است که مصرف شخصی مواد را تا آنجا که منجر به جرم و اختلال در نظم عمومی و تخطی به آزادی و حقوق دیگران نمی گردد بلامانع می داند. معهذ غافل از نکوهش مواد اعم از سیگار، مواد نارکوتیک، محرک ها، روان گردان ها، الکل و مانند آن نیست.

- مواردی که قوانین سوئد مصرف مواد از جمله الکل را منع کرده اند: در حین رانندگی، انجام کارهای محوله در محیط های رسمی نظیر محیط کار، مدرسه و محیط ها و کارهایی که نیاز به هوشیاری کامل دارد. چنانچه تست های صورت گرفته نشان دهد که در موارد فوق الذکر فرد زیر نفوذ و تأثیر الکل یا مواد مخدر و نظایر آن بوده است کیفری برحسب جرائم کم تر و جرائم بیشتر از شش ماه زندان تا ۳ تا ۱۰ سال زندان را برای افراد خاطی شامل می گردد.

- علیرغم آن که برابر برخی گزارشات سوئد در بین کشورهای صنعتی و غربی دارای پائین ترین میزان مصرف مواد و آسیب های ناشی از آن است و علت آن را در کیفیت برنامه های آموزشی، پیشگیری، تربیتی و آگاه سازی جامعه از یک سو و از سوی دیگر ماهیت سیاست های کنترل که بر آزادی انتخاب افراد با رعایت حقوق و آزادی مردم (جامعه) تأکید دارد می دانند مع الوصف همانطوری که گزارش مرکز مراقبت دائم اروپا برای موادمخدر و اعتیاد نشان می دهد سوئد بالاترین میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد را در اروپای غربی داراست، بطوری که این میزان دو برابر میزان آن در هلند است .

-در سال ۲۰۰۲ پارلمان سوئد برنامه ملی اجرایی الکل و موادمخدر را به تصویب رساند. این برنامه همچنان بر سوئد «خالی از مواد» تأکید داشت. این برنامه اساساً بر سیاست کاهش و کنترل عرضه و تقاضا متمرکز است. بنابه این برنامه آژانس ملی سلامت و بهداشت سوئد بر کنترل مواد نارکوتیک، الکل، دوپینگ و مواد دخانی نظارت دارد. برنامه های پیشگیری از سوء مصرف، رفتارهای پرخطر و عوامل تهدیدکننده سلامت عمومی در نیمه سطوح (فرد، خانواده، مدرسه، محله، کار، جامعه بزرگتر) گسترده است.

-در برنامه های پیشگیری بر برنامه های سوء مصرف مدرسه محور که ناظر بر ارتقاء مهارت های اجتماعی دانش آموزان در مقابله با مواد و الکل است تأکید گردیده است. همچنین برنامه های محله محور که عمدتاً سازمان های غیردولتی (NGOها) و خانواده ها و نهادهای مردمی، کلیسا و سازمان های خیریه را به مشارکت فرا می خواند بر آموزش مهارت های زندگی، مهارت های اجتماعی، آگاهی از موادمخدر و آثار تخریبی و مضر آنها به فرد و جامعه، دخانیات و راه های کنترل آن، سوء مصرف الکل، رفتارهای پرخطر، بیماری های مسری، بیماری های مقاربتی خصوصاً بیماری ایدز و مانند آن تأکید می کند. خرید مشروب برای افراد زیر ۱۸ سال ممنوع است در بارها و کلاب ها سن ورود را ۱۸، ۲۰ و حتی ۲۳ تعیین می کنند. در این کشور مالیات بر مشروبات الکلی بسیار بالا و این محصولات بسیار گران است و فروشگاههای خاصی در مناطق تعیین شده توسط دولت مشروبات بالای ۱۲ درصد الکل را عرضه می کنند که فروشنده در آن تصمیم گیرنده نهایی برای عرضه مقدار مشروب به خریدار است و تقریباً افراد زیر ۲۱ سال حق خرید مشروبات سنگین را ندارند. در این کشور سیاست جایگزینی مشروبات سبک دنبال می شود.

-برنامه های پیشگیری موردی نظیر برنامه های خانواده محور متمرکز به والدین- فرزندان که با هدف افزایش مهارت والدینی در مدیریت رفتار فرزندان صورت می گیرد و برامه هایی که بر محیط های کار متمرکز است و با

هدف تقویت رفتارهای پشتیبان و محافظت کننده، ارتقاء سطح آگاهی کارگران در باب مواد و ایمن سازی روانی اجرا می گردد.

-آژانس ملی سلامت و بهداشت سوئد بر نقش شهرداری های در ایجاد هماهنگی میان آژانس، محلات، NGOها و سایر بخش های جامعه تأکید دارد. یکی از وظائف تعیین شده از سوی آژانس سلامت برای شهرداری های نواحی نظارت بر کار کلوپ ها، مراکز تفریحی، بارها و دیسکوها و اماکن مشابه در ارتباط با مصرف و میزان مصرف مشروبات الکلی و نظارت بر عدم استفاده غیرمتعارف مشتریان از الکل و سایر مواد محرک و مخدر در این مکان هاست .

-همچنین سازمان مبارزه با اعتیاد سوئد در میان جوانان، بر اساس تجربه کاری خود در میان جوانان خارجی به این نتیجه رسیده است که جوانان خارجی تبار آمادگی بیشتری برای افتادن به دام اعتیاد دارند. به این دلیل یک پروژه تازه مبارزه با اعتیاد در میان جوانان خارجی تباری که به تازگی به جامعه سوئد وارد می شوند را در دستور کار خود قرار داده است . در واقع مسئله پیدا کردن یک شبکه اجتماعی است که این جوانان در آن راحت باشند، و زندگی انجمنی یکی از شیوه های آن است. زندگی انجمنی یک پدیده سوئدی است .

۲۰- دانمارک:

-در این کشور برنامه های کنترل و پیشگیری از مواد مخدر، الکل و تنباکو در درون یک برنامه کلی بهبود سلامت فکری و روانی و ارتقاء کیفیت زندگی مردم تعریف شده است. در این برنامه بر به حداقل رساندن نابرابری میان گروه ها و طبقات اجتماعی تأکید گردیده است.

-در برنامه کنترل و پیشگیری از موادمخدر، الکل و سایر مواد غیرقانونی مسئولیت عمومی به دوش شهرداری ها گذاشته شده است. شهرداری ها با کمک و حمایت علمی، تخصصی و حمایتی وزارت بهداشت دانمارک در این مهم شرکت دارند.

-شهرداری با استعانت از امکانات و کمک های این وزارت بهداشت اقدام به تدوین و اجرا برنامه های پیشگیری همگانی و انتخابی در مدارس، محلات و مراکز تفریحی محلی می پردازند.

-وزارت بهداشت دانمارک مجموعه ای در خصوص الکل، موادمخدر، توتون و حفظ سلامتی روانی ارائه داده است که برای مخاطبین جوان تدوین شده است. در این برنامه مخاطبین از طریق منابع مختلفی نظیر کتاب های درسی با محتوی آموزش مراقبت از رفتارهای پرخطر آشنا می شوند.

- همچنین برای کودکان ۶ تا ۹ سال منابع آموزشی، فیلم، بروشور و کتاب که توسط مشاورین تربیتی تدریس و ارائه می شد تدوین گردیده است. این منابع توسط شهرداری ها تهیه شده و حاوی مطالب آموزشی در خصوص سیگار، الکل، مواد، رفتارهای پرخطر و نحوه مراقبت در مقابل آنها از طریق ارتقاء مهارت مخاطبین در مقابله با این عوامل است.

-شهرداری ها همچنین با ارائه برنامه هایی آموزشی به مراکز تفریحی، کلوب ها، رستوران ها، دیسکوتک ها و بارها، به آن ها در کنترل و نظارت بر رفتارهای مشتریان خصوصاً در ارتباط با مصرف مشروبات الکلی و مواد غیرقانونی کمک می کنند. آنان همچنین با پلیس در ارتباط بوده و میان این مراکز و پلیس هماهنگی ایجاد می نمایند.

-وزارت بهداشت دانمارک با همکاری شهرداری ها همچنین سایت های اینترنتی جهت ارائه اطلاعات متنوعی در باب موادمخدر، بیماری ایدز، الکل، سیگار و سایر مواد غیرقانونی و نیز نحوه مراقبت از آنها، شیوه های پیشگیری و

ارتقاء سطح مهارت های مقابله ای با عوامل تهدیدکننده بیرونی ایجاد کرده است. مخاطبین می توانند اطلاعات موردنیاز خود را با مراجعه به سایت (www.netstof.dk) بدست آورند.

- برنامه جامع وزارت بهداشت همچنین بر خانواده های مهاجر به دانمارک به منظور سازگاری و همنوایی مطلوب آنان با جامعه میزبان متمرکز است. یکی از مهم ترین برنامه های پیشگیری از آسیب ها و کاهش آسیب برنامه های مربوط به بی خانمان ها است. این گروه یکی از گروه های در معرض خطر و آسیب پذیری است که نه تنها خود، بلکه جامعه را می تواند مورد تهدید و آسیب قرار دهد زیرا افراد بی خانمان حدود ۳۷ درصد از مبتلایان به HIV و حدود ۲۲ درصد از معتادان تزریقی را در دانمارک تشکیل می دهند.

۲۱- نروژ:

- بررسی های بین المللی نشان می دهد که کشور نروژ پایین ترین نرخ جرم را در اروپا داراست؛ که البته عوامل متفاوتی از جمله: رفاه عمومی، برابری نسبی در کشور، خدمات مناسب، جمعیت ثابت، نظام دادگستری آزاد، شمار کم زندانیان و مشارکت شهروندان در تأمین خدمات در این امر دخالت دارند.

- برنامه های پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر، الکل، مواد دخانی، بیماریهای مسری، رفتارهای پرخطر و آسیب ها در نروژ مانند سایر کشورهای اسکاندیناوی نظیر دانمارک، سوئد و فنلاند توسط نهادهای پزشکی و بهداشتی و شهرداری ها تدوین، تنظیم و اجرا می گردد. مسئول هماهنگی و سرپرستی بهداشت نروژ به تنظیم و تدوین برنامه های پیشگیری همگانی، موردی و انتخابی از اعتیاد به موادمخدر، اعتیاد به الکل و سیگار، دوپینگ، مواد غیرقانونی، بیماری ها خصوصاً بیماری های مرتبط با سوء مصرف، رفتارهای جنسی کنترل نشده، بیماری های مسری و مانند می

پردازد. شهرداری ها در نواحی و محلات به طور اخص مجری و اعمال کننده برنامه های کنترل و پیشگیری از اعتیاد (موادمخدر، الکل و سیگار) هستند.

براساس گزارش مؤسسه مطالعات مربوط به الکل و موادمخدر نروژ در سال ۲۰۱۲ میلادی حشیش و ماری جوانا، هروئین، مرفین، کوکائین، بنزودیازپین، آمفتامین و اکستاسی از شایع ترین مواد مخدر و محرک مصرف شده در نروژ محسوب می شود.

-در مجموع ۴۱ درصد کل جرائم گزارش شده در نروژ در ارتباط با جرائم ناشی از مواد مخدر و الکل می باشد.

-هفت منطقه در کل نروژ تحت اعمال و اجرای برنامه های پیشگیری از مواد، الکل و رفتارهای پرخطر است. این مناطق توسط شهرداری ها و مسئول هماهنگی بهداشت و سلامت عمومی نروژ کنترل و نظارت می شود.

-مداخلات پیشگیرانه مدرسه محور نقش عمده ای را در آموزش رفتارهای معطوف به سلامت، افزایش سطح آگاهی و دانش آموزان در خصوص عوامل خطرآفرین، مواد مخدر، سیگار، الکل، مواد غیرقانونی، رفتارهای پرخطر خصوصاً رفتارهای جنسی کنترل نشده، بیماری مسری، ایدز و مانند آن ایفا می کند. در این برنامه ها آموزش مهارت های اجتماعی خصوصاً مهارت مقابله و تصمیم گیری درست، مهارت حل مسئله، ایمن سازی روانی و مهارت مقابله ای دانش آموزان با عوامل تهدید کننده بیرونی و پیام های تشویق کننده مصرف مواد، الکل، سیگار و برقراری رابطه جنسی کنترل نشده تاکید شده است.

-برنامه آموزشی معطوف به سلامت و پیشگیری از رفتارهای پرخطر برای والدین و فرزندان زیر ۱۵ سال نیز طراحی و اجرا می گردد. هدف این برنامه بهبود مهارت والدین در جهت تنظیم و مدیریت صحیح رفتار کودکان و کاهش آسیب است.

-برنامه های پیشگیری موردی نیز برای گروه های آسیب پذیر، و گروه های هدف خاص مانند بی خانمان ها، جوانان، کارگران، زندانیان، زنان تن فروش، هم جنس بازان و کودکان دارای والدین معتاد و نظایر آن تدوین و اجرا می گردد. بنا به گزارش موسسه تحقیقات الکل و مواد مخدر نروژ حدود ۷۳ درصد از مناطق و محلات تا سال ۲۰۱۴ میلادی تحت پوشش این برنامه ها قرار داشتند. در نروژ خرید مشروبات سبک برای زیر ۱۸ سال و مشروبات سنگین برای زیر ۲۰ سال ممنوع است اما در صورت فروش خریدار مجرم نیست فروشنده از لحاظ قانونی مجرم محسوب می شود. در این کشور هم قیمت مشروبات الکلی را بسیار بالا برده اند. در این کشور حکم الکل بالای ۶۰ در صد مانند مواد مخدر است.

- برنامه های آموزشی جهت کاهش آسیب و کنترل رفتارهای پرخطر و تشخیص بیماری ها برای مبتلایان به بیماری ایدز و هیپاتیت، گروه های هدف خاص نظیر زنان فاحشه، معتادان تزریقی، هم جنس بازان، مهاجرین و تازه واردان و اقلیت ها طراحی و اجرا می گردد.

- تست های پزشکی جهت تشخیص بیماری ها، برگزاری کلاس ها و کارگاه های آموزشی، مراقبت و تشخیص از طریق قرنطینه کردن تازه واردین، توزیع سرنگ و مانند آن از جمله شیوه های مداخلاتی محسوب می شود

- انجمن ملی پیشگیری از جرایم نروژ یک مجموعه آموزشی تحت عنوان «زندگی خوبی داشته باشید» طراحی کرده است که به تمام مدارس ارسال می شود و حاوی کتابچه های مختلف، فیلم های ویدئویی، لوح های فشرده و اطلاعات برای معلمان و والدین است که مفاهیم و مطالبی در خصوص بزهکاری، رفتارهای خوب، قوانین، همکاری، مسئولیت، تحمل، اخلاق، آزار و اذیت، خشونت، مواد مخدر و غیره را پوشش و آموزش می دهد و این مجموعه آموزشی، به طور دائم به وسیله متخصصان مربوط کنترل و ارزیابی می شود. ارزیابی ها نشان داده است که مطالب موجود در این جعبه آموزشی برای کل دوره ده ساله تحصیلی کارآیی دارد.

۲۲- ایتالیا:

- برنامه های مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر و الکل و نیز سیاست های معطوف به کاهش عرضه، کاهش تقاضا، کاهش آسیب و پیشگیری از رفتارهای پرخطر، بیماری های مرتبط با مواد مخدر و سوء مصرف الکل و نظایر آن در ایتالیا توسط مسئولین مناطق، نواحی و استان ها به صورت غیر متمرکز و بر حسب شرائط و موقعیت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و اقلیمی آن نواحی و مناطق تنظیم و اجرا می گردد. و دپارتمان ناظر بر سیاست های ضد موادبخشی از تامین بودجه و هزینه های مربوط به اجرا و اعمال برنامه های پیشگیری را بر عهده دارد.

- برنامه های پیشگیری همگانی به طور کلی متمرکز بر مواد غیرقانونی، مواد مخدر و الکل و دخانیات است. بخشی از این برنامه ها به طور اخص متمرکز بر محیط های آموزشی (مدارس ابتدائی، متوسطه و دانشگاه ها) است. این برنامه ها طیف وسیعی از آموزش رفتارهای محافظت کننده و پشتیبان، آگاهی از خطرات مصرف مواد و الکل، مصرف سیگار و سایر مواد غیرقانونی، آشنایی با عوامل خطرآفرین، افزایش مهارت های مقابله ای، نحوه ایمن سازی روانی و مانند آن را به دانش آموزان و دانشجویان در بر می گیرد.

- مشارکت دادن و درگیر کردن خانواده ها با برنامه های آموزشی معطوف به پیشگیری در ایتالیا از مهم ترین تاکیدات برنامه ریزان است، به طوری که در همه مناطق تحت پروژه پیشگیری اولیه و همگانی مشارکت دادن والدین در این برنامه ها مرکزیت دارد.

- برنامه های پیشگیری انتخابی عمدتاً متمرکز بر روی جوانان در محیط های ورزشی - تفریحی، مهاجرین، ترک تحصیل کرده ها، بزهکاران نوجوان و مانند آن است.

- مبارزه علیه مواد از طریق وسایل ارتباط جمعی یکی از عمده ترین استرژژی های پیشگیری در ایتالیا است.

- نتیجه مطالعات و تجربیات حاصله در مراکز مختلف هم در تدوین برنامه های پیشگیری و هم در ارزیابی برنامه های اجرا شده صورت می گیرد. برنامه های پیشگیری از مصرف سیگار با هدف آگاه سازی برای دانش آموزان مدارس و نیز برای مخاطبین در گروه های سنی مختلف تدوین و اجرا می گردد.

۲۳- مجارستان:

- در این کشور مداخلات مبتنی بر مطالعات منظم صورت گرفته است. در سال ۲۰۱۳ حدود ۸۹ پروژه معطوف به بهبود شرایط و تقویت خانواده ها خصوصاً بهبود و ارتقا مهارت های والدینی (Parenting Skills) و ارائه برنامه ها و فعالیت های جدیدی در نحوه گذران اوقات فراغت جوانان و نوجوانان در سطح محلات تنظیم و اجرا شده است.

- برنامه های پیشگیری همگانی (Universal) از رفتارهای پرخطر خصوصاً مصرف غیرقانونی الکل و سیگار در محیط های آموزشی و مدارس اعمال شده است. هزینه این برنامه ها توسط دولت تامین گردیده است.

- در خصوص پیشگیری انتخابی (Selective) نیز فعالیت های مجارستان بر مراکز تفریحی نظیر کلوپ ها، بارها، رستوران ها، فستیوال ها و نیز بر روی گروه های پرخطر و آسیب پذیر نظیر جوانان متمرکز بوده است. در این برنامه ها بر ارابه اطلاعات، توزیع کاندوم، توزیع آب های معدنی، ویتامین، آب میوه، غذا به عنوان آلترناتیوی برای مواد غیرقانونی، مشروبات الکلی، سیگار و مانند آن اهتمام شده است.

- برنامه های پیشگیری موردی (Indicated) مجارستان عمدتاً متمرکز بر دارندگان جرائم، زندانیان، بزهکاران و مجرمان تحت آموزش به علت جرائم مربوط به مواد مخدر است.

- در برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد با رویکرد مدرسه محور بر فعالیت های ورزشی، توسعه فضاهای ورزشی، ارائه برنامه های فوق آموزشی، توسعه فعالیت های فرهنگی، هنری و علمی، گنجاندن مباحثی در کتاب های درسی در خصوص مواد مخدر، سیگار، الکل و مواد غیرقانونی تأکید گردیده است.

- در برنامه های پیشگیری مجارستان هم چنین توجهی به گروه های قومی، مهاجرین، و اقلیت ها شده است. در این برنامه ها بر آموزش پیشگیری، تقویت توانایی های اجتماعی، آموزش مهارت های زندگی و آموزش مقابله با وضعیت های تهدید کننده، پرخطر و وسوسه گر بیرونی تأکید گردیده است.

- بخشی از برنامه های کاهش آسیب مجارستان ناظر بر خانواده های دارای مشکلات روانی و فکری است. این برنامه ها متمرکز بر شناسایی و تشخیص اختلالات روحی - روانی و ارائه برنامه های اخلاقی در شکل مشاوره های روانی، بستری کردن، دارو درمانی و مانند آن است.

- برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد و آسیب های اجتماعی هم چنین ناظر بر برنامه آموزشی و درمانی برای برخی از افراد و گروه های دارای نشانگان آلودگی به ویروس HIV و هپاتیت و سایر بیماری های مسری است. این برنامه ها برای معتادان تزریقی و هم جنس بازان، زنان تن فروش و مانند آن تنظیم شده است. شیوه های بد اخلاقی، در این برنامه ها شامل تست پزشکی، توزیع سرنگ، برپائی قرنطینه، مراقبت های بهداشتی، تشکیل کلاس های آموزشی و نظایر آن است.

- برنامه های پیشگیری از الکل و سیگار اساساً برای گروه های هدف خاص (جوانان و نوجوانان) تنظیم و طراحی شده است. این برنامه ها با هدف آگاه سازی، ارتقاء سطح دانش و بینش این مخاطبان در خصوص مضار سیگار و الکل، افزایش مهارت های مقابله ای آنان در برابر وسوسه های بیرونی معطوف به ترغیب مصرف و ایمن سازی روانی تنظیم گردیده است.

۲۴- هلند

- یکی از مهم ترین اصول سیاست ملی هلند در خصوص پیشگیری ناظر بر این اصل است که فرد عنصری آزاد و مستقل و مسئول در قبال رفتارهای خویش از جمله رفتار معطوف به سلامت خود است. متقابلاً دولت نیز الزاماً باید برای شهروندان و مردم امکانات، فرصت ها، شرایط، منابع و علی الخصوص اطلاعات لازم را فراهم سازند.
- در این برنامه، اولویت به گروه های پرخطر و افراد جوان داده شده است. هم چنین به مکان های تفریحی نظیر کلوپ ها، کافی شاپ ها، دیسکوتیک ها، دانسینگ ها و بارها اولویت داده شده است.
- بودجه برنامه های پیشگیری در هلند اساساً توسط وزارت بهداشت، رفاه و ورزش هلند تامین می گردد. مجریان اصلی این برنامه شهرداری های مناطق و محلات با همکاری مدارس، مراکز خدمت رسانی و مراقبت از همسایگان و محلات و موسسات درگیر اشاعه و ترویج سلامت نظیر NGO هاست .
- برنامه پیشگیری همگانی توسط مدارس و از طریق «برنامه مدرسه سالم و برنامه مواد» اجرا می گردد. این برنامه مشتمل بر تعدادی پروژه و برنامه فرعی نظیر برگزاری کلاس های آموزشی در خصوص الکل، سیگار و حشیش، رانندگی پرخطر و مانند آن است.
- برنامه پیشگیری انتخابی ناظر بر کودکان دارای والدین معتاد است. این برنامه توسط سازمان های غیر دولتی اجرا می گردد و توسط وزارت بهداشت، رفاه و جوانان هلند حمایت می شود.
- برنامه هایی نیز برای کلوپ ها، مراکز تفریحی و کافی شاپ ها به منظور افزایش ایمنی این مکان ها و مواد زدایی از آن ها اجرا می شود.

- یک برنامه آموزشی برای والدین و فرزندان که از برنامه های پیشگیری موردی سوئیس، سوئد، اسلوانی و استونی اقتباس گردیده است، از سال ۲۰۰۶ به مورد اجرا در می آید. این برنامه برای والدین و فرزندان بین سنین ۱۳
- ۲ سال تنظیم و طراحی گردیده است. هدف عمده این برنامه آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر ارتقاء، توسعه و بهبود مهارت های والدینی، کمک به والدین جهت مدیریت مطلوب رفتار کودکان و نیز کمک به خانواده ها برای ایجاد یک شبکه حمایتی خانواده است.
- برنامه آموزشی پیشگیری از آسیب های ناشی از مهاجرت برای تازه والدین و مهاجرین به منظور تسهیل فرایند سازگاری و هم نوایی مطلوب آنان با جامعه میزبان تدوین و اجرا می شود.
- برنامه آموزش پیشگیری از آسیب ها با هدف به حداقل رساندن آسیب ها و کاهش آن برای افراد بی خانمان، کارتون خواب ها، معتادان خیابانی، ولگردها، فواحش و مانند آن ارایه می دهد.
- در هلند حدود ۳۴ درصد از دارندگان عفونت و ویروس HIV متعلق به گروه های پرخطر خصوصاً بی خانمان ها و معتادان تزریقی هستند.
- مداخلات پیشگیرانه مدرسه محور از مهم ترین برنامه های پیشگیری در هلند محسوب می شود که نقش عمده ای را در آموزش رفتارهای سالم به دانش آموزان و افزایش سطح آگاهی و دانش آنان در خصوص عوامل خطر آفرین، مواد مخدر، الکل، سیگار، رفتارهای جنسی پرخطر و کنترل نشده، هیپاتیت، ایدز و مانند آن بازی می کند. این برنامه ها بر آموزش مهارت های اجتماعی خصوصاً مهارت مقابله و تصمیم گیری درست، مهارت حل مسئله، ایمن سازی روانی و نظایر آن تاکید دارند.
- برای گروه های اقلیت و گروه های قومی نیز برنامه های آموزشی خاص تنظیم و اجرا می گردد. بخش از اهداف این برنامه ها ارتقاء ظرفیت انطباق و سازگاری این گروه ها در درون جامعه هلند و نیز افزایش مهارت های زندگی

آنان و بالا بردن سطح دانش و آگاهی آنان در خصوص مواد مخدر، الکل، سیگار، رفتارهای پرخطر، بیماری های مسری (هپاتیت و ایدز) و خطرات و مضرات آن ها برای فرد و جامعه است.

- در برنامه های آموزشی هلند جهت پیشگیری همگانی از کارگاه های آموزشی، منابع آموزشی مکتوب (کتاب، جزوه، بروشور و ...) ، رسانه های جمعی نوشتاری (روزنامه، مجله)، رادیو و تلویزیون، اینترنت و مانند آن به عنوان ابزار انتقال پیام استفاده می شود. از این طریق انبوه زیادی از اطلاعات، دانش ها، فنون و شیوه های مقابله، مهارت ها و مانند آن به مخاطبین منتقل می گردد.

- برنامه «فرزند خواندگی» در هلند، بلژیک، اسلواکی، لهستان و استونی: این پروژه بر بینش پلیس جامعه محور و این تفکر که: «بهتر است بچه ای را بسازید؛ تا اینکه بزرگسالی را اصلاح کنید» مبتنی است و در سال ۱۹۹۵ در هلند ارائه شد. سپس در سال های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ در لهستان، اسلواکی و بلژیک و در سال ۲۰۰۱ در استونی اجرا شد. سرانجام سایر کشورهای اروپایی نیز علاقه مند به اجرای این برنامه شدند. این برنامه که عبارت از ۱۲ درس است، در هلند توسط افسران پلیس به دانش آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله در مدارس ابتدایی ارائه می شود. عناوین درس ها از محیط زیست تا حمل و نقل عمومی، تبعیض، دادرسی کودکان، وظایف پلیس، جرم، الکل و مواد مخدر را دربرمی گیرد. نتیجه این برنامه مثبت بوده است. افسران پلیس، مدیران و کارکنان مدارس، دانش آموزان و والدین تحت پوشش پروژه، همگی واکنش های بسیار مثبتی نشان داده اند و دانش آموزان نیز نظرات مثبتی در مورد افسران پدر خوانده خود دارند.

- بنا بر ارزیابی های انجام شده در مورد سود و زیان گردشگری توزیع و فروش ماری جوانا در برخی کافه های هلند سود مستقیم و قابل توجه برای اقتصاد کشور هلند ندارد و بیشتر موجب افزایش جرم و افزایش قابل ملاحظه معتادان می شود در عوض سودهای کلانی را به جیب توزیع کنندگان و دلالان مواد مخدر سرازیر می کند. به همین

دلیل و بروز مشکلات اجتماعی و ترافیک در شهرهای مختلف بر اثر مصرف مواد مخدر سبک از سوی گردشگران، دولت هلند کوشیده با تجدید نظر در مقررات ممنوعیت فروش مواد مخدر سبک در کافی شاپ‌های هلند الزاماتی را تعیین و حتی ممنوع کند گرچه در این مورد شاهد افت و خیز تغییرات در سیاست عرضه ماری جوانا در برخی شهرهای هلند هستیم.

۲۵- آمریکا

- طبق گزارشات موجود مصرف مواد مخدر به دلیل سیاست‌های پیشگیران و مقابله‌ای نسبت به اواخر دهه ۱۹۷۰ تقریباً به میزان یک سوم کاهش یافته است و برخی از محققین اظهار می‌دارند اگر سیاست‌ها و برنامه‌های پیشگیری نبود میزان مبتلایان به مواد اعتیاد آور دو برابر میزان فعلی می‌شد.

- دولت هزینه پژوهش‌های علمی را در زمینه استفاده از مواد مخدر تامین می‌کند، و در عین حال از طرح‌های ابتکاری که درمان اعتیاد را به صورت بخش‌های اجتماعی از مراقبت‌های بهداشتی در می‌آورند و خدمات اجتماعی برای پشتیبانی از بهبود پایدار ارائه می‌دهند، حمایت به عمل می‌آورد.

- ابتکار امنیت منطقه ای آمریکای مرکزی، از سال ۲۰۰۸ تا کنون، ۳۶۱ میلیون دلار را به هفت کشور منطقه اختصاص داده است تا به آنها در معکوس ساختن وضعیت امنیت رو به زوال شهروندان منطقه و جلوگیری از توزیع مواد مخدر در آمریکای کمک کند.

- هدف استراتژی ملی کنترل مواد مخدر کاهش مصرف مواد مخدر غیرقانونی بین افراد ۱۲ تا ۱۷ سال تا ۱۰٪ در مدت دو سال و تا ۲۵٪ در مدت پنج سال می‌باشد. همچنین، هدف دیگر این استراتژی کاهش مصرف مواد مخدر در میان افراد بالای ۱۸ سال تا ۱۰٪ در مدت دو سال و تا ۲۵٪ در مدت پنج سال می‌باشد.

- بودجه برنامه های پیشگیری مناسب هستند. وام های ایالتی در اختیار تمامی ۵۰ فرماندار ایالات متحده و همچنین نهادهای آموزشی ایالت ها قرار می گیرند .

مهمترین موضوعات مطرح شده دیگر در استراتژی ملی کنترل مواد مخدر آمریکا عبارت است از:

○ تاکید بر امر پیشگیری (نه درمان) و افزایش آگاهی های عمومی در خصوص مضرات سوء مصرف مواد مخدر به عنوان بخش مهمی از استراتژی مذکور.

○ تلاش جهت سازماندهی اقدامات ملی به منظور جلوگیری از تجارت و کسب درآمد از طریق قاچاق مواد مخدر.

○ حمایت از برنامه های آگاهی رسانی وزارت آموزش و پرورش و مدارس و تست مواد مخدر از دانش آموزان به منظور شناسایی افراد نیازمند درمان , بازپروری و مشاوره و همچنین جلوگیری از ابتلای افراد در معرض خطر مصرف مواد.

○ تاکید بر تعهد دولت امریکا در قبال خانواده ها و حمایت (مالی و ابزاری) به منظور فراهم آوردن محیطی عاری از مواد مخدر برای فرزندانشان.

○ اقدام دولت جهت افزایش سقف بودجه ملی در زمینه های تحقیقات , طرح های افزایش دادگاه های رسیدگی به پرونده های مواد مخدر و همچنین درمان معتادان, به عنوان مثال در این مقوله به طور متوسط بودجه سالانه بالغ بر ۲۰۰ میلیون دلار در نظر گرفته شده است .

○ تاکید ویژه بر آموزش جوانان و ارتقای آگاهی های آنان در خصوص مضرات و ظواهر فریبنده در دفعات مصرف

○ ایجاد مراکزی از سوی دولت برای معتادان بی خانمان و بیکار تا از این طریق افراد، ضمن برخورداری از حمایت مالی و افزایش مهارت های شغلی، از لحاظ درمانی و معنوی (تقویت ایمان) نیز تحت پوشش قرار گیرند.

○ افزایش تحقیقات و رسیدگی به پرونده های منبع (کلمبیا) که در واقع تامین کننده مواد مخدر مصرفی در ایالات متحده هستند. این کمک ها به صورت نقدی و یا به صورت فنی و آموزشی است.

همچنان که گفته شد استراتژی آمریکا بر سه محور اساسی استوار است:

۵- قطع مصرف قبل از شروع

۶- درمان معتادان

۷- نابودی بازار مواد

تحت استراتژی های یادشده برنامه های متعددی انجام شده که برخی از آنها به طور مستمر انجام می شود از جمله می توان به برنامه های زیر اشاره کرد:

- **برنامه های آموزشی پیشگیری از اعتیاد در مدارس آمریکا** آمریکا از جمله کشورهایی است که اولین بار سعی در اجرای برنامه های پیشگیری از اعتیاد در مدارس داشته است؛ اگر چه اولین برنامه ها چندان موفق نبوده اند، اما با اجرای برنامه های مختلف و گرفتن بازخورد از نتایج اجرایی این برنامه ها، سرانجام برنامه های مؤثری تهیه گردید. آن چه موفقیت این برنامه ها را تضمین کرده است، حمایت مالی و اداری، انجام تحقیقات مختلف و همکاری های بین بخشی است. در این پژوهش دو نمونه از آنها مورد مطالعه قرار گرفته است. نخست برنامه آموزش پیشگیری از اعتیاد که با کتاب تغذیه و بهداشت آمریکا تلفیق شده است و از سال دوم ابتدایی تا پایان کلاس هشتم

آموزش داده می شود و دیگری برنامه **DARE** است که در دهه ۱۹۸۰ به اجرا در آمد و به تدریج در سراسر ایالات متحده آمریکا و حتی برخی از کشورهای جهان توسعه یافته است.

- برنامه **DARE** یا **Drug Abuse Resistance Education** برنامه پیشگیری از آموزش اعتیاد برای مقاومت در برابر مصرف مواد مخدر و خشونت که **DARE** نامیده می شود که در دهه ۱۹۸۰ در آمریکا به اجرا در آمد. یکی از دلایل خوب اجرا شدن برنامه **DARE** (آموزش مقاومت در برابر مصرف مواد مخدر)، این است که برنامه **DARE** یک فعالیت بین گروهی متشکل از اداره پلیس، مدرسه، والدین و رؤسای کشور می باشد.

برنامه **DARE** به دانش آموزان چگونگی شناخت و مقاومت در برابر فشارهای دقیق و مهم را می آموزد، که باعث می شود آنان به مصرف الکل، تنباکو، ماری جوانا و مواد مخدر دیگر روی آورند. تاکنون بین ۹۰٪ تا ۷۰٪ از تمام جرائم، مربوط به مواد مخدر است. پس این نکته بسیار مهم است که قبل از آن که دیر شود، بچه های آمریکایی را دریابند. معمولاً برنامه **DARE** در پایه پنجم یا ششم به بچه ها معرفی می شود. در آن صورت طی ۱۷ هفته و هر هفته یک بار یک افسر تعلیم دیده به مدرسه می آید و به افراد آموزش می دهد. برنامه درسی **DARE** به گونه ای طرح ریزی شده است که به آسانی با دروس دیگر هماهنگ شود. مشارکت دانش آموز در برنامه **DARE** به صورتی است که به عنوان یک بخش ضروری از برنامه درسی بهداشت، علوم، علوم اجتماعی، هنرها، زبان و دیگر موضوعات درسی مدرسه می باشد. معلم کلاس در زمانی که افسر پلیس مشغول تدریس می باشد، برای همکاری به مدیریت کلاس می پردازد.

رئوس برخی از برنامه های دیگری که در آمریکا اجرا می شود عبارتند از:

- برنامه پیشگیری میدوسترن (پروژه استار)
- برنامه «کنترل دانش آموزان فراری»
- برنامه «آموزش مسائل پلیسی: طرح آموزش مهارت های اجتماعی»
- برنامه «بسیج اجتماعی برای تغییر مصرف مشروبات الکلی»

- برنامه «پیشگیری در ایالت های مرکزی
- برنامه «نورث لند»
- برنامه آموزش مهارت های زندگی
- درس های برنامه آموزش پیشگیری از اعتیاد
- پروژه نه گفتن به مصرف دخانیات

محدودیت های پژوهش

۱. جمع آوری اطلاعات در حوزه اعتیاد به دلیل حساسیت های فوق العاده کشورهای و جوامع کار دشواری است و این احتمال همواره وجود دارد که برخی نوشته ها و اسناد به رغم تمامی تلاش های پژوهشگر به نوعی تمام واقعیت را منعکس نسازد. از این رو باید به مجموعه نتایج و برنامه ها در این پژوهش و پژوهش های مشابه با احتیاط نگریده شود.
۲. به دلیل گستردگی حوزه اعتیاد و وجود ابعاد متنوع ممکن است نمونه ها معرف کاملی از مقوله پیشگیری از اعتیاد نباشد و خلأهایی وجود داشته باشد.
۳. اجرای دوره های پیشگیری اولیه در کشورهای منتخب نیازمند مشاهدات حضوری است که این مهم برای پژوهشگران فراهم نبود.
۴. همواره در زمینه تعمیم برنامه ها به سایر موارد و کشورها باید دقت شود بومی سازی صورت گرفت تفاوت های فرهنگی اجتماعی کشورها و نیروی انسانی اجرا کننده طرح ها و برنامه ها در همه جا یکسان نیستند و این احتمال وجود دارد که برخی از برنامه در دیگر مناطق اثر بخشی و کارآئی لازم را نشان ندهند.
۵. هر چند بنا به تحلیل نتایج، اثر بخشی این برنامه ها به اثبات رسیده است، ولی باید احتیاط های لازم در زمینه کارایی دوره مورد توجه قرار گیرد.
۶. در طرح حاضر مراجعه به اسناد مکتوب و عموماً دولتی کشورها بوده است و فرض بر این بوده است که مبتنی بر واقعیت هستند ولی با این حال ممکن است با بررسی میدانی نتایج تاحدی متفاوت باشند.

پیشنادهای پژوهش

۱- پیشنهاد می شود جهت حصول اطمینان بیشتر، پژوهش های دیگر بر روی نمونه وسیع تری از کشورها

انجام گیرد

۲- با استفاده از یافته های این پژوهش برنامه های اجرایی برای والدین ، کودکان ، نوجوانان ، جوانان و محیط

های کار اجرا و نتایج ارزیابی شود.

۳- تجارب حاصل از کشورهای مختلف با توجه به اثر بخشی و کارآئی سنجیده شوند.

منابع و مآخذ (Bibliography)

الف - منابع فارسی

- استراتژی ملی کنترل مواد مخدر آمریکا ۲۰۰۳، تهیه و تنظیم پژوهشکده ملی مواد مخدر ایران با همکاری اداره کل روابط بین الملل ستاد ناشر دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ۱۳۸۲.
- اعلامیه سازمان ملل متحد، بیستمین جلسه مجمع عمومی در مورد مواد مخدر، ۱۰ ژوئن ۱۹۹۸.
- برنامه کاهش تقاضای کشورهای انگلستان و ایرلند شمالی برای دوره چهارساله، ۲۰۰۴.
- برنامه مشورتی طرح کلمبو در مورد مواد مخدر، اگوست ۲۰۰۴.
- برنامه ملی اقدام دولت افریقای جنوبی برای مبارزه با مواد مخدر، ۱۹۹۸.
- بولتن دولت استرالیا در مورد پیشگیری از سوء مصرف مواد، ۲۰۰۵.
- دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل UNODC، گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۰۵ میلادی، جلد ۱ و ۲، ترجمه و تنظیم توسط امور بین الملل جمعیت مبارزه با اعتیاد. تهران، ایران، ۱۳۸۹.
- ذوالقدری، مسیح. دخانیات و مواد مخدر در ایران، تهران، بی نا. ۱۳۶۰.
- راهبرد ملی کنترل مواد مخدر کانادا، ۲۰۰۸.
- راهبرد ملی مواد مخدر ترکیه، گزارش UNIDCP، ۲۰۰۴.
- شارون، ژان، سیاحت نامه، ترجمه محمد عباسی، تهران: انتشارات امیرکبیر، ۱۳۴۹.
- کاوه، محمد، آسیب شناسی بیماری های اجتماعی (جلد اول)، تهران: نشر جامعه شناسان، ۱۳۹۱.
- گزارش اتحادیه اروپا (مواد مخدر - مورد فرانسه)، ۲۰۱۵.
- گزارش دفتر پیشگیری از سوء مصرف آموزش و پرورش، تهران، ۱۳۸۲.
- گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۰۴.

- گزارش دهمین گردهم آیی سازمان های غیردولتی (NGO) در خصوص پیشگیری از سوء مصرف مواد اعتیاد آور، هلسینکی، ۲۰۰۰.
- گزارش کمیسیون اروپا در مورد موادمخدر ۱۹۹۹.
- گزارش مرکز هدایت اقدام های مربوط به مواد مخدر و اعتیاد اروپا، ۲۰۰۲.
- گزارش مؤسسه عالی برنامه ریزی و توسعه در ارتباط با مواد مخدر، ۱۳۷۶.
- مجله مهر، شناسه خبر: ۲۵۰۵۳۲۵ گزارش ویژه ۱۰:۵۰ سه شنبه ۵ اسفند ۱۳۹۳.
- محسن تبریزی، علیرضا. جامعه شناسی بالینی (جلد ۲). تهران: انتشارات دانشگاه تهران ۱۳۹۴.
- محسنی تبریزی، علیرضا، جزایری، علیرضا. بابائی، نعمت اله. استراتژی های تحقیق محور پیشگیری از سوء مصرف مواد، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۹۳.
- محسنی تبریزی، علیرضا، وثوقی، منصور. ارزیابی وضعیت موجود در مراکز بازپروری معتادان. گزارش تحقیق، سازمان بهزیستی کشور. ۱۳۷۶.
- مستشاری، گلاره، طرح آزمایشی درمانگاه متادون، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. ۱۳۸۲.
- نصر اصفهانی، مهدی. بررسی برنامه های پیشگیری و درمان اعتیاد گزارش علمی سفر به پاکستان و تایلند، مجله اندیشه و رفتار، سال ششم شماره چهارم ۱۳۸۰.
- وهاب زاده، عارف. نقد و بررسی رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد در جهان و ایران بین سالهای ۱۳۵۰ الی ۱۳۹۱، مطالعه موردی ایران طی سالهای ۱۳۸۱ الی ۱۳۹۱، پایان نامه کارشناسی ارشد تهران ۱۳۹۲.
- هاشمی، علی. درآمدی بر مدیریت کاهش تقاضای سوء مصرف مواد مخدر، ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر تحقیقات و آموزش، تهران. ۱۳۹۱.
- وزیریان، محسن. گزارش ویژه کمیته کاهش آسیب. تهران ۱۳۸۱

ب - منابع انگلیسی:

A., Anstine, P. S., McGovern, P. G., FFinnegan, J. R., Forster, J. L., Wagenaar, A.C., & Wolfson, M. (۱۹۹۶). Project Northland: Outcomes of a community-wide alcohol use

Abbott, P. J., Weller, S. B., Delaney, H. D., & Moore, B. A. (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(1), 17-30.

ADAMHA reorganized - prevention, treatment functions to SAMHSA Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration is now Substance Abuse and Mental Health Administration. As part of a major Federal effort to strengthen prevention and treatment of mental and addictive disorders, the Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health..., *Public Health Reports*, November 1, 1992 by Deborah Goodman. 1 page

Adams, S. L., McNeil, D. W., (1991). Negative alcohol expectancies reconsidered. *Psychology of Addictive Behavior*, 6, 9-14.

Adolescence, June 22, 1998 by Lisa Lisnov Carol Gibb Harding L. Arthur Safer Jack Kavanagh. 2 pages.

Adolescents' perceptions of substance abuse prevention strategies Lisa Lisnov, Carol Gibb Harding, L. Arthur Safer, Jack Kavanagh. *Adolescence*, Roslyn Heights: Summer 1998. Vol. 33, Iss. 130; p. 301 (11 pages)

Adolescents' Perceptions of Substance Abuse Prevention Strategies ABSTRACT

Advances in Statistical Methods for Substance Abuse Prevention Research, David P. Mackinnon, Chondra M. Lockwood. *Prevention Science*. New York: Sept 2003. Vol. 4, Iss. 3; p. 155.

Altman, J., Everitt, B. J., Glautier, S., Markou, A., Nutt, D., & Oretti, R. (1996). The biological, social and clinical bases of drug addiction: Commentary and debate. *Psychopharmacology*, 125, 285-345.

American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse.

American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. *Pediatrics*[NLM-MEDLINE]. Jan 1998. Vol. 101, Iss. 1; p. 125.

American Academy of Pediatrics: Committee on Child Health Financing and Committee on Substance Abuse. Improving substance abuse prevention, assessment, and treatment financing for children and adolescents. *Pediatrics*[NLM-MEDLINE]. Oct 2001. Vol. 108, Iss. 4; p. 1025

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Annis, H. M., & Graham, J. M. (1995). Profile types on the Inventory of Drinking Situations: Implications for relapse prevention counseling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 176-182.

Anthony, J. C., & Petronis, K. R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40(1), 9-15.

APPLE: Description and Evaluation of a Substance Abuse Education and Prevention Program for Collegiate Athletics

Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) Report, 2000.

Aytachlar, S., Tarter, R. E., Kirisci, L., & Lu, S. (1999). Association between hyperactivity and executive cognitive functioning in childhood and substance use in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (2), 172-178.

Azrin, N. H., Acierno, R., Kogan, E. S., Donohue, B., Besalel, V. A., & McMahon, P. T. (1996). Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use. *Behavior Research and Therapy*, 34, 41-46.

Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S., & Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 3, 3-16.

Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donohue, B., Besalel, V. A., Lapinski, K., Kogan, E. S., Acierno, R., & Galloway, E. (1994). Behavior therapy for drug abuse: A controlled treatment - outcome study. *Behavior Research and Therapy*, 32, 857-866.

Bachman, J. G., Wadsworth, K. N., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., & Schulenberg, J. E. (1997). *Smoking, drinking, and drug use in young adulthood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bardo, M. T., Donohew, R. L., & Harrington, N. G. (1996). Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior. *Behavioural Brain Research*, 77(1-2), 23-43.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.

Beel, A. J., & Stockwell, T. (1993). *The introduction of 10% Legislation in western Australia: A preliminary research report (Tech. Rep)*. Perth, Western Australia: Curtin Institute of Technology.

Biederman, J., Faraone, S. V., & Kiely, K. (1996). Comorbidity in outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder. In L. Hechtman (Ed.), *Do they grow out of it? Long-term outcomes of childhood disorders* (pp. 39-75). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1999). Protective effects of ADHD pharmacotherapy on subsequent substance abuse: A longitudinal study. *Pediatrics*.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetto, J. G., & Soriano, J. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1652-1658.

Biederman, J., Wilens, T.E., Mick, E., & Faraone, S. V. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders: Findings from a four-year prospective followup study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 21-29.

Blackson, T. C., Tarter, R. E., & Mezzich, A. C. (1996). Interaction between childhood temperament and parental discipline practices on behavioral adjustment in preadolescent sons of substance abuse and normal fathers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(3), 335-348.

Blackson, T., Tarter, R., Martin, C., & Moss, H. (1994). Temperament mediates the effects of family history of substance abuse on externalizing and internalizing child behavior. *American Journal on Addictions*, 3(1), 58-66.

Blackson, T.C. (1994). Temperament: A salient correlate of risk factors for alcohol and drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 36(3), 205-214.

Book Review: Substance Abuse Intervention, Prevention, Rehabilitation and Systems Change Strategies: Helping Individuals, Families, and Groups to Empower Themselves. E. M. Freeman. New York: Columbia University Press, 2003, \$49.50. ISBN 0-231-10236-4, Lori K. Holleran. *Journal of Primary Prevention*, Winter 2003. Vol. 24, Iss. 2; p. 181.

Books -- Adolescent Substance Abuse: Etiology, Treatment and Prevention edited by Gary W. Lavson and Ann W. Lawson Snyder, Wendy K. Health & Social Work. Silver Spring: Nov 1995. Vol. 20, Iss. 4; p. 306.

Books-- Adolescent Substance Abuse: Etiology, Treatment and Prevention edited by Gary W. Lavson and Ann W. Lawson Snyder, Wendy K. Health & Social Work. Silver Spring: Nov 1995. Vol. 20, Iss. 4; p. 306.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term followup results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273:1106-1112.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*. 273, 1106-1112.

Botvin, G. J., Malgady, R. G. Griffin, K. W., Scheier, L.M., & Epstein, J. A. (1998). Alcohol and marijuana use among rural youth: Interaction of social and intrapersonal influences. *Addictive Behaviors*, 23(3), 379-387.

Botvin, Gilbert J. (1998). Preventing drug abuse through the schools: Intervention programs that work. In *National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, Papers, and Recommendations* (NIH Publication No. 98-4293). Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. Botvin, Gilbert J., Preventing drug abuse through the schools: Intervention programs that work. In *National Conference on Drug Abuse Prevention Research: Presentations, Papers, and Recommendations* (NIH Publication No. 98-4293). Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 1998

Breiter, H. C., Gollub, R. L., Weisskoff, R. M., Kennedy, D. N., Makris, N., Berke, J.D., Goodman, J. M., Kantor, H. L., Gastfriend, D.R., Riorden, J. P., Mathew, R. T., Rosen, B. R., & Hyman, S.E. (1997). Acute effects of cocaine on human brain activity and emotion. *Neuron*, 19, 591-611.

Bridging the Gap Between Family-Focused Research and Substance Abuse Prevention practice: Preface, Karol L. Kumpfer, Shakeh J. Kaftarian. *Journal of Primary Prevention*. New York: Winter 2000. Vol. 21, Iss. 2; p. 169.

Bronx - Lebanon hospital Center; "Survival sex" and substance abuse may hinder HIV prevention efforts. *Biotech Week*. Atlanta: Dec 31, 2003. p.79.

Brook, J. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1995). Stage of drug use, aggression, and theft/vandalism: Common and uncommon risks. In H. Kaplan (Ed.), *Drugs, crime, and other deviant adaptations: Longitudinal studies* (pp. 83-96). New York: Plenum Press.

Broner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., Jr., & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 71-80.

Brown, B. S. (1995). Reducing impediments to technology transfer in drug abuse programming. In T. E. Bacher, S. L. David, & G. Souch (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer* (NIDA Research Monograph 155; NIH Publication No. 95-4035). Rockville, MD: National Clearinghouse on Alcohol and Drug information.

Buckley, P.F. (1998). Substance abuse in schizophrenia: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 26-30.

Bukstein, O. G., Glancy, L. J., & Kaminer, Y. (1992). Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1041-1045.

Burnet Institute Report, "A situation Assessment of Drug Use in Asia in the Context of HIV/AIDS, Center for Harm Reduction, ٢٠٠٤.

Cadoret, R. J. (١٩٩٢). Genetic and environmental factors in initiation of drug use and the transition to abuse, In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds), Vulnerability to drug abuse (pp. ٩٩-١١٤). Washington, DC: American Psychological Association.

Cadoret, R. J. (١٩٩٢). Genetic and environmental factors in initiation of drug use and the transition to abuse. In M. Glantz, & R. Pickens (Eds.), Vulnerability to drug abuse (pp. ٩٩-١١٤). Washington. DC: American Psychological Association.

Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M. A. (١٩٩٤). An adoption study of drug abuse/dependency in females. *Comparative Psychiatry*, ٣٧(٢), ٨٨-٩٤.

Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M. (١٩٩٥). Adoption study demonstration two genetic pathways to drug abuse. *Archives of General Psychiatry*. ٥٢(١), ٤٢-٥٢.

Capaldi, D. M., & Stoolmiller, M. (١٩٩٩). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and Psychopathology*, ١١, ٥٩-٨٤.

Carroll, K. M. (١٩٩٨). A cognitive behavioral approach: Treating cocaine addiction (NIH publication No. ٩٨-٤٣٠٨). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., & Rounsaville, B. J. (١٩٩٨). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram, *Addiction*, ٩٣(٥), ٧١٣-٧٢٧.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Gawin, F. H. (١٩٩١). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, ١٧(٣), ٢٢٩-٢٤٧.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R. M., & Gawin, F. H. (١٩٩٤). Psychotherapy and Pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, ٥١, ١٧٧-١٨٧.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. & Gawin, F. (١٩٩٤). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, ٥١, ٩٨٩-٩٩٧.

Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., & Silva, P. A. (١٩٩٤). Behavioral observations at age ٣ years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, ٥٣(١١), ١٠٣٣-١٠٣٩.

Chappel, J. N. (1993). Long term recovery from alcoholism. *Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 177-187.

Characteristics of Effective School-Based Substance Abuse prevention Denise C. Gottfredson, David B. Wilson. *Prevention Science*. New York: Mar 2003. Vol. 4, Iss. 1; p. 27

Chassin, L., Pillow, D., Curran, P., Molina, B., & Barrera, M. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 3-19.

Chiauzzi, E. J., & Liljegen, S. (1993). Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(3), 303-316.

Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1998). Posttraumatic stress disorder and drug disorders: Testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 913-917.

Childress, A. R., Hole, A. V., Ehrman, R. N., & Robbins, S. J. (1993). Cue reactivity and cue reactivity interventions. In L. S. Onken, J. D. Blaine, & J. J. Boren (Eds.), *Behavioral treatments for drug abuse and dependence* (NIDA Research Monograph Series No. 137, pp. 73-96). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Childress, A. R., Mozley, P. D., McElgin, W., Fitzgerald, J., Reivich, M., O'Brien, C.P. (1999). Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*, 156, 11-18.

Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 6, 533-549.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1991). The making of a developmental psychopathologist. In J. Cantor, C. Spiker, & L. Lipsitt (Eds.), *Child behavior and development: Training for diversity* (pp. 34-72). Norwood, NJ: Ablex.

Clark, D. B., Lesnick, L., & Hegedus, A. M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1744-1751.

Coatsworth, J. D., Szapocznik, J., Kurtines, W., & Santisteban, D.A. (1997). Culturally competent psychosocial interventions with antisocial problem behavior in Hispanic youth. In D.M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 395-404). New York: Wiley.

- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 851-867.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H.J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Community - Level Collaboration for Substance Abuse Prevention John F. Stevenson, Roger E. Mitchell. *Journal of Primary Prevention*. New York: Spring 2003. Vol. 23, Iss. 3; p.371.
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
- Costa, F. M., Jessor, R., Donovan, J. E., & Fortenberry, J. D. (1995). Early initiation of sexual intercourse: The influence of psychosocial unconventionality. *Journal of Research on Adolescence*, 5(1), 93-121.
- Crabbe, J. C., Belknap, J. K., & Buck, K. J. (1994). Genetic animal models of alcohol and drug abuse. *Science*, 264, 1715-1723.
- Creating School and Community Partnerships for Substance Abuse Prevention Programs Howard S. Adelman, Linda Taylor. *Journal of Primary Prevention*. New York: Spring 2003. Vol. 23, Iss. 3; p.329.
- Critical Issues for Substance Abuse Prevention Targeting American Indian Youth. James R. Moran, Julia Archer Reaman. *Journal of Primary Prevention*. New York: Spring 2002. Vol. 22, Iss. 3; p.201.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.
- Dawes, M.A., Tarter, R. E., & Kirisci, L. (1997). Behavioral self-regulation: Correlates and 2-year follow-ups for boys at risk for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 45(3), 165-176.
- Deckel, A.W., & Hesselbrock, V. (1996). Behavioral and cognitive measurements predict scores on the MAST: A 3-year prospective study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20(7), 1173-1178.
- Developing culturally sensitive HIV/AIDS and substance abuse prevention curricula for Native American youth Baldwin, Julie A, Rolf, Jon E, Johanson, Jeannette, Bowers, Jermy, et al. *The Journal of School Health*. Kent: Nov(1996). Vol. 66, Iss. 9; P. 322 (6 pages)

Diclemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M.M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

Dishion, T. J., & Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 538-548.

Dishion, T. J., French, D. C., & Patterson, G. R. (1990). The development and ecology of antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2* (pp. 59-82). New York: Wiley.

Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M., & Skinner, M. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.

Diversity In Relapse Prevention Needs: Gender And Race Comparisons Among Substance Abuse Treatment Patients - Statistical Data included Attempts to address high relapse rates following substance abuse treatment have focused on identifying relapse prevention needs and development of subsequent... *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, May 1, 2001 by Maureen A. Walton

Frederic C. Blow Brenda M. Booth. 4 pages.

Diversity in relapse prevention needs: gender and race comparisons among substance abuse treatment patients Attempts to address high relapse rates following substance abuse treatment have focused on identifying relapse prevention needs and development of subsequent... *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, May 1, 2001 by Maureen A. Walton Frederic C. Blow Brenda M. Booth. 4 pages

Dixon, R. D., Lowery, R. C., Levy, D. E., & Ferraro, K. R. (1991). Self-interest and public opinion toward smoking policies: A replication and extension *Public Opinion Quarterly*. 55, 241-254.

Donovan, J. E. (1999). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug Issues*, 29(2), 379-404.

Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F.M. (1991). Adolescent health behavior and conventionality/unconventionality: An extension of problem-behavior theory. *Health Psychology*, 10(1), 52-61.

Dowlenko, H. E. (1993). *Concepts of chemical dependency* (2nd ed). Pacific Grove, CA: Brooks/Gole.

During the past three decades, the responsibility of pediatricians to their patients and their patients' families regarding the prevention of substance ... Pediatrics, January 1, 1998. 2 pages.

Eisenberg, L. (1990). The social construction of the human brain. American Journal of Psychiatry. 147, 1563-1570

Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. "High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 9-year follow-up. J Adolesc Health. 2001 Jun;28(6):460-73.

Ellickson, P. L., Bell, R. M., & McGulgan, K. (1993). Preventing adolescent drug use: Long-term results of a junior high program. American journal of public health, 83, 156-161.

Elliott, D. S., Morse, B. J. & Mihalic, S. W. (1993). In-vehicle BAD test devices as a deterrent to DUI, final report. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Epstein, J. L. (1991). Effects on student achievement of teacher practices of parent involvement, In S. Silvern (Ed.), Advances in reading/Language research: A research annual, Vol. 4. Literacy through family, community, and school interaction (pp. 261-276). Greenwich, CT: JAI Press.

Epstein, J. L., & Lee, S. (1990). National patterns of school and family connections in the middle grades. In B. A. Ryan, G. R. Adams, T. P. Gullotta, R. P. Weissberg, & R. L. Hampton (Eds.) The family-school connection: Theory, research and practice. Vol. 2: Issues in children's and families' Lives. Thousand Oaks, CA: Sage.

Erickson, P. A., Riley, D. M., Cheung, Y. W., & O'Hare, P. A. (1991). Harm reduction: A new direction for drug policies and programs. Toronto: University of Toronto Press.

Etz, K., Robertson, E., Glantz, M. D., & Colliver, J. (1999). The gateway model of adolescent substance abuse: An historical perspective. Manuscript in preparation.

European Union, Home International Data and Policies, 2000.

Evaluating prevention programs with the Results Mapping evaluation tool: a case study of a youth substance abuse prevention program, Kristen Reed, Allen Cheadle, Beti Thompson. Health Education Research. Oxford: Feb. 2000. Vol. 14, Iss. 1; p. 17

Evaluation of the Substance Abuse and Crime Prevention Act: Treatment Clients and Program Types During the First Year of Implementation Elizabeth Evans, Douglas Longshore. Journal of Psychoactive Drugs. San Francisco: May 2003. p. 160.

Evans R. (2006) Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping with Peer Pressure, Media Pressure, and Parent Modeling Journal of Applied Social Psychology Volume 36, Issue 2, pages 126-130, June 1998

Expanding harm reduction services through a wound and abscess clinic. Grau LE, Arevalo S, Catchpool C, Heimer R. American Journal of Public Health [NLM- MEDLINE]. Dec 2002. Vol. 92, Iss. 12, p. 1910.

Family - Based Approaches to Substance Abuse Prevention John E. Lochman, Antoinette van den Steenhoven. Journal of Primary Prevention. New York: Fall 2002. Vol. 23, Iss. 1; p. 49.

Fisher, G. L., & Harrison, T.C. (1990). Substance abuse: Information for school counselors, social workers, therapists, and counselors. Boston: Allyn & Bacon.

Fitzgerald, H., Davies, W. H., Zucker, r., & Klinger, M. (1998). Developmental systems theory and substance abuse: A conceptual and methodological framework for analyzing patterns of variation in families. In L. L'Abate (Ed.), Handbook of developmental family psychology and psychopathology (pp. 350-372). New York: Wiley.

Florsheim, P., Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (1998). Family processes and risk for externalizing behavior problems among African American and Hispanic boys. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(2), 1-9.

Ford, D. H., & Lerner, R. M. (1992). Developmental systems theory: An integrative approach. Newbury Park, CA: Sage.

Four-fold prevention: strategies to prevent substance abuse among elementary school-aged children Education to prevent child and adolescent substance abuse has been the focus of a variety of school-based programs and approaches through the last three... Professional School Counseling, October 1, 2001 by J. Kely Coker. 2 pages.

Fromme, K., Stroot, E., & Kaplan, D. (1998). Comprehensive effect of alcohol: Development and Psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. Psychological Assessment, 6, 14-22.

Galanter, M. (1992a). Network therapy for alcohol and drug abuse: A new approach in practice. New York : Basic Books.

- Galanter, M. (1997b). Network therapy for substance abuse: A clinical trial. *Psychotherapy*, 30(2), 251-258.
- Garbarino, J., & Abramowitz, R. H. (1997). The ecology of human development, In J. Garbarino (Ed.), *Children and families in the social environment* (pp. 11-33). New York: Aldine de Gruyter.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1992). *Substance Abuse Prevention Public Health Reports*. Hyattsville: Mar 1992. Vol. 107, Iss. 2, P. 237 (1 page)
- Gervich, J. and Bacskai, E. Drug Use in Hungary, *Int. J. Addict*, 1990, Feb, 30(3): 241-253
- Gevor, E. J. (1997). Why is there no gene for alcoholism. *Behavior genetics*, 23:145-151.
- Gfroerer, J., Wright, D., & Kopstein, A. (1997). Prevalence of youth substance use: The impact of methodological differences between two national surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 47(1), 19-30.
- Giancola, P. R., Martin, C.S., Tarter, R. E., Pelham, W. E., & Moss, H. B. (1996). Executive cognitive functioning and aggressive behavior in preadolescent boys at high risk for substance abuse/dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 21(5), 352-359.
- Giancola, P.R., Mezzich, A. C., & Tarter, R. E. (1998). Disruptive, delinquent and aggressive behavior in female adolescents with a psychoactive substance use disorder: Relation to executive cognitive functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 23(5), 560-567.
- Glantz, M. (1997). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 319-318). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glantz, M. D. (1997). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 319-318). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glantz, M. D., & Sloboda, Z. (1992). The prevention of drug abuse among the elderly. In R. Coombs & D. Zeidonis (Eds.), *Handbook on drug abuse prevention: A comprehensive strategy to prevent abuse of alcohol and other drugs* (pp. 429-444). Needham Heights, Ma: Allyn Bacon.

Glantz, M. D., & Sloboda, Z. (1999). Analysis and reconceptualization of resilience. In M. D. Glantz, & J. Johnson (Eds.), *Resiliency and development: Positive life adaptations* (pp. 108-129). New York: Plenum Press.

Glass, G., *Primary, Secondary, and Meta Analysis of Research, Educational Researcher.* (1978)

Golub, A., & Johnson, B. D. (1997a). The shifting importance of alcohol and marijuana as gateway substances among serious drug abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(2), 607-614.

Golub, A., & Johnson, B. D. (1997b). Cohort differences in drug-use pathways to crack among current crack abusers in New York City. *Criminal Justice and Behavior*, 21(5), 403-422.

Graham, K., Annis, H. M., Brett, P. J., & Venesoen, P. (1998). A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91(A), 1127-1139.

Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1994). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 10(2), 163-173.

Greenbaum, P.E., Foster-Johnson, L., & Petrila, A. (1998). Co-occurring addictive and mental disorders among adolescents: Prevalence research and future directions. *American Journal of Orthopsychiatry*. 69(1), 52-60.

Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M., & Garcia-Jetton, J. (1991). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 751-767.

Gillmore M. R. et al., *Racial Differences in Acceptability and Availability of Drugs and Early Initiation of Substance Use The American Journal of Drug and Alcohol Abuse: Encompassing All Addictive Disorders Volume 16, Issue 3-4, 1990.*

Haggerty, R., Sherrod, L., Garmezy, N., & Rutter, M. (Eds.). (1998). *Stress, risk, and resilience in children and adolescents.* New York: Cambridge University Press.

Hansen, W. B., & Graham, J. W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 20, 414-420.

Hansen, W. B., & Graham, J. W. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, (1991). 20, 414-430.

Hansen, W. B., & Graham, J. W. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, (1991). 20, 414-430.

Harm reduction as an alcohol-prevention strategy, Eric Single. *Alcohol Health and Research World*. 1996. Vol. 20, Iss. A; p. 239 (4 pages)

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-104.

Hawkins, J. D., Catalano, R.F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early childhood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-104.

Henggeler, S.W., Borduin, C. M., Melton, G.B., & Mann, B. J. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1(2), 4-11

Higgins, S. t., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F., & Fenwick, J. W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1218-1224.

Higgins, S. T., & Silverman, K. (Eds.). (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Foerg, F., Donham, R., & Badger, G. J. (1995). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of general Psychiatry*, 52, 568-574.

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F., & Badger, G. J. (1995). Achieving abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 152(5), 769-769.

Hinde, R. (1992). *Developmental psychology in the context of other behavioral sciences*. *Developmental Psychology*, 28, 1018-1029.

HIV Prevention; "Survival sex" and substance abuse may hinder HIV prevention efforts; [1] Drug Week. Atlanta: Jan 2, 2004. p. 217.

Hogan, Julie A., Gabrielsen, Kristen Reed, Luna, nora, & Grothaus, Denise. Substance Abuse Prevention: the Intersection of Science and Practice - Brief. Boston: Allyn and bacon, 2003. 352pp. 1111(h). Adolescence, September 22, 2003. 1 page.

How to prevent cannabis - induced psychological distress... in politicians Franjo Grotenhermen. The Lancet. London: May 15, 2004. Vol. 363, Iss. 9321; p. 1568 (2 pages)

Hwang, M. S., Meta - Analysis of Adolescent Psychosocial Smoking Prevention Programs Evaluation From 1980 To 1998 in the U.S.A., P. h. D. Dissertation, the Ohio State University, 2000.

Hyman, S. E., & Neestler, E. J. (1998). Initiation and adaptation: A paradigm for understanding psychotropic drug action. American Journal of Psychiatry, 155, 151-162.

Irwin, A. et al. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *Journal of the American Medical Association*. Published: May 22, 2006

Iguchi, M. Y., Belding, M.A., Morral, A. R., Lamb, R.J., & Husband, S.D. (1997). Reinforcing operants other than abstinence in drug abuse treatment: An effective alternative for reducing drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 421-428.

Improving Substance Abuse Prevention, Assessment, and Treatment Financing for Children and Adolescents - Statistical Data Included The numbers of children, adolescents, and families affected by substance abuse have sharply increased since the early 1990s. The American Academy of Pediatrics recognizes the scope and urgency of this problem, October 1, 2001. 3 pages.

Improving substance abuse prevention, assessment, and treatment financing for children and adolescents

Improving substance abuse prevention, assessment, and treatment financing for children and adolescents Richard P Nelson, Jeffrey M Brown, Wallace D Brown, Beverly L Koops, et al. *Pediatrics*. Evanston: Oct 2001. Vol. 108, Iss. 4, p. 1025 (4 pages)

Injection drug use and prevention measures: A comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time Benedikt Fischer, Jurgen Rehm, Tamara Blitz-Miller. *Canadian Medical Association Journal*. Ottawa: Jun 13, 2000. Vol. 162, Iss. 12; p. 1709 (4 pages)

Integrating cultural variables into drug abuse prevention and treatment with racial/ethnic minorities
Felip Gonzalez Castro, Eduardo hernandez Alarcon. Journal of Drug Issues. Tallahassee: Summer
2002. Vol. 32, Iss. 3, p. 313 (28 pages)

International Committee of Alcohol and Addiction (ICAA) Report, 2000

Introduction to the Beginning of a Series of Review Papers Stemming from the Center for Substance
Abuse prevention (CSAP) and the National Center for the Advancement of prevention (NCAP) State -
of - the Science papers. Paulbrounstein, Steven Schinke. Journal of Primary prevention. New York:
Winter 2001. Vol. 22, Iss. 3, p. 121.

Jessor R., Van Den Bos, J., Vanderryn J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1994). Protective factors in
adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental
Psychology*, 31(6), 922-933.

Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young
adult development*, New York: Cambridge university Press.

Jessor, R., Donovan, J., & Costa, F. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult
development*. New York: Cambridge University Press.

Johnson, L. D., O'Malley, P.M., & Bachman, J. G. (1992). National survey results on drug use from
the Monitoring the Future Study, 1975-1992. Vol. I. Secondary school students. Rockville, MD:
National Institute on Drug Abuse.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1992). National survey results on drug use from
the monitoring the future study, 1975-1992 (National Institute on Drug Abuse, NIH Publication No.
92-6139). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Joosens, L. and Raw, M. (2004). The Tobacco Control Scale 2002 in Europe.

Kadden, R. K., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R.
(1992). *Cognitive behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists
treating individuals with alcohol abuse and dependence* (NIH Publication No. 92-3726). Rockville,
MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Kahen V., Fainsilber-Katz, L., & Gottman, J. M. (1995). Linkages between parent-child interaction
and conversations of friends. *Social Development*, 4, 231-254.

Kaplan, H. B. (1990). Increasing motivation for change . In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives (2nd ed., pp. 19-109). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kearney, A. L. Hines, M. H. (1980) Evaluation of the Effectiveness of a Drug Prevention Education Program Drug Prevention Education Program,

Kendler, K. S. & Prescott, C. A. (1994a). Cocaine use, abuse and dependence in a population - based sample of female twins. British Journal of Psychiatry, 173, 345-350.

Kendler, K. S. & Prescott, C. A. (1994b). Cannabis use, abuse and dependence in a population - based sample of female twins. American Journal of Psychiatry, 151, 1016-1022.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Sullivan, P., Corey, L. A., Gardener, C. O., & Prescott, C. A. (1999). A population-based twin study in women of smoking initiation and nicotine dependence. Psychological Medicine, 29, 299-308.

Kenneth W. Griffin et al Effectiveness of a Universal Drug Abuse Prevention Approach for Youth at High Risk for Substance Use Initiation Preventive Medicine Volume 26, Issue 1, January 2003, Pages 1-7

Kerr, J. S. (1998). Tow mythe of addiction: The addictive personallity and the issue of free choice . Human Psychopharmacology, 11 (suppl. 1), S4-S13

Kessle, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1998). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 55(1), 1-19.

Kessler, R. C. (1990). Epidemiology of psychiatric comorbidity . In M. t. Tsuang, M. Tohen, & G. E. P. Zahner (Eds.), Textbook in psychiatric epidemiology (pp. 179-191). New York: Wiley-Liss.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. j., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1998). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 68(1), 17-31.

- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Seartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry Suppl.* 30, 14-30.
- Khantzian, E.J. (1990). The self-medication hypothesis for substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(4), 231-244.
- Khantzian, E.J. (1990). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, (4), 231-244.
- Klein, R. G. (1994, November). Alcohol, nicotine, stimulants, and other drugs. Paper presented at the NIH Consensus Development Conference: Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Washington, DC
- Koob, G. F. (1992). Drugs of abuse: Anatomy, pharmacology and function of reward pathways. *Trends in Pharmacological Science*, 13, 114-118.
- Koob, G. F. (1996). Drug addiction: the yin and yang of hedonic homeostasis.
- Kosten, T.A., Anton, S. F., & Rounsaville, B. J. (1992). Ascertaining psychiatric diagnoses with the family history method in a substance abuse population. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 135-146.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Erickson, D. J. (1999). Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1323-1332.
- Kwapil, T.R. (1996). A longitudinal study of drug and alcohol use by psychosis-prone and impulsive-nonconforming individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 114-123.
- Leiden, C. and Schmitt (1968). *Revolution in Modern World (The Kemalist Revolution in Turkey)*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Leigh, B. C., & Stacy, A. W. (1991). On the scope of alcohol expectancy research: Remaining issues of measurement and meaning. *Psychological Bulletin*, 110, 144-154.
- Leigh, B. C., & Stacy, A. W. (1993). Alcohol outcome expectancies: Scale construction and predictive utility in higher order confirmatory models. *Psychological Assessment*, 4, 216-229.

Lewisohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144.

Lipsey MW: Juvenile Delinquency Treatment: A Meta - Analytic inquiry into the variability of effects, in Cook T, Cooper H, Cordray D, et al (eds.) *Meta-Analysis for explanation: A Case - book*. New York, Russell Sage Foundation, 1992. pp.132-128.

Loeber, R., Farrington, D., Stouthamer-Loeber, M., & Van Kammen, W. B. (1994). Multiple risk factors for multiproblem boys: Coprecurrence of delinquency, substance use, attention deficit, conduct problems, physical aggression, covert behavior, depressed mood, and shy/withdrawn behavior. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 40-149). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Masse, L. C., & Tremblay, R. E. (1990). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 47(1), 62-68.

MCDDA Report, 2014

McKay, J.R., Altman, A.I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., & O'Brien, C. P. (1990). Group counseling versus individualized relapse prevention after care following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: Initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 778-788.

Melega, W.P., Raleigh, M. J., Stout, D. B., Lacan, G., Huang, S.C., & Phelps, M.E. (1990). Recovery of striatal dopamine function after acute amphetamine and methamphetamine induced neurotoxicity in the vervet monkey. *Brain Research*, 566, 113-120.

Methodological issues in workplace substance abuse prevention research, Rebekah K Hersch, Royer F Cook, Diane K Deitz, James V Trudeau. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. Gaithersburg: May 2000. Vol. 27, Iss. 2, p. 144 (4 pages)

Methods for evaluating a mature substance abuse prevention/early intervention program, Les R Becker, Margretta Hall, Deborah A Fisher, Ted R Miller. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. Gaithersburg: May 2000. Vol. 27, Iss. 2, p. 166 (12 pages)

Miller, W. R. (1990). Increasing motivation for change. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed., pp. 149-108). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1998). Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(2), 411-419.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1992). Guided Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical tool for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (Project MATCH Monograph Series, Vol. 2). Rockville, MD: National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse.

Model substance abuse prevention programs Anonymous. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. Thoroface: Nov 2001. Vol. 29, Iss. 11; P. 12 (1 page)

Molina, b. S.G., Smith, B. H., & Pelham, W. E. (1999). Interactive effects of ADHD and CD on early adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*.

National Institute on Drug Abuse, (1998). Calculations derived from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse by staff of the Division of Epidemiology and Prevention Research. Bethesda, MD: Author.

National Institute on Drug Abuse. (1998). National survey results in drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1997. Volume 1: Secondary Students National Institutes of Health (Publication No. 98-6340), 69-60, Bethesda, MD: Author.

National Institutes of Health Consensus Development Program. (1998). Effective medical treatment of opiate addiction. Heroin Consensus Conference. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1936-1943.

Needs for Youth Substance Abuse and Violence Prevention in Schools and Communities, Grace X. Ma, Beatrice Thompson. *Journal of Primary Prevention*. New York: Winter 1999. Vol. 20, Iss. 2, p. 93.

Neuron, 16, 193-196.

Newcomb, M. D. (1992). Understanding the multidimensional nature of drug use and abuse: The role of consumption, risk factors, and Protective factors. In M.D. Glantz & R. W. Pickens, (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 255-289). Washington, DC: American Psychological Association.

Newcomb, M. D., & Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of personality and social Psychology*, 62(2), 280-292.

Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1995). *12-step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Project MATCH Monograph Series, Vol. 1). Rockville, MD: National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse.

O'Donnell, J., Havkins, J. D., Gatalano, R. F., Abbott, R. D., & Day, L. E. (1992). Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term intervention in elementary schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(1), 11-100.

Oetting, E.R., Donnermeyer, J. F., & Deffenbacher, J. L. (1994). Primary socialization theory. The influences of the community on drug use and deviance III. *Substance Use and Misuse*, 29(1), 122-135.

ONCB Report, 2009

ONDCP Report on Addiction, 2004.

Ortiz, J., Fitzgerald, L. W., Charlton, M., Lane, S., Trevisan, L., Guitart, X., Shoemaker, W., Duman, R. S., & Nestler, E. J. (1992). Biochemical actions of chronic ethanol exposure in the mesolimbic dopamine system. *Synapse*, 21(5), 289-298.

Pandina, R. J. (1994). Risk and protective factors in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. In national conference on drug abuse prevention research: Presentations, papers, and recommendations (NIH Publication No. 94-2292). Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.

Pandina, R. J., Johnson, V., & Labouvie, E. W. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. In M. D. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.

Pantin, H., & Szapocznik, J. (1998). Manual for structural ecosystem prevention interventions (SEPI) for application with minority families and their 12-year-old adolescents. Unpublished manuscript, University of Miami, FL.

Parke, R. D., & Ladd, G. W. (1992). Family-peer relationships: Modes of linkage. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K.

Polich, J., Pollock, V. E., & Bloom, F. E. (1998). Meta-analysis of P300 amplitude from males at risk for alcoholism. *Psychological Bulletin*, 114, 55-73.

Pontieri, F. E., TANDA, G., Orzi, F., & DiChiara, G. (1998). Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature*, 391, 55-57.

Prevention of Substance Abuse in the Workplace: Review of Research on the Delivery of Services
Royer Cook, William Schlenger. *Journal of Primary Prevention*. New York: Fall 2002. Vol. 23, Iss. 1; p. 110.

Prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86, 956-960. Peele, S. (1998). Assumptions about drugs and the marketing of drug policies. In W. K. Bickel & R. J. DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature: Psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drug abuse*. New York: Plenum Press.

Preventive mental health and substance abuse programs and services in managed care. Sharon L Dorfman, Shelagh A Smith. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. Gaithersburg: Aug 2002. Vol. 29, Iss. 3, p. 233 (26 pages)

Program Evaluation Strategies for Substance Abuse Prevention William B. Hansen. *Journal of Primary Prevention*. New York: Summer 2002. Vol. 22, 3, p. 69.

Proval, 1976 through 1996. *American Journal of Public Health*, 86(8), 117-119.

Reese, F. L., Chassin, L., & Molina, B. S. (1998). Alcohol expectancies in early adolescence: Predicting drinking behavior from alcohol expectancies and paternal alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 275-284.

Reiss, D., & Price, R. H. (1998). National research agenda for prevention: The National Institute of Mental Health report. *American Psychologist*, 53, 1109-1110.

Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review, John R Geddes, Stuart M Carney, Christina Davies, Toshiaki A Furukawa, et al. The Lancet. London: Feb 22, 2003. Vol. 361, Iss. 9301; p. 653 (9 pages)

Report on HIV Consequences. WHO, EMRO, 2002

Resilience as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention Laurie L. Meschke, John M.

Patterson. Journal of Primary Prevention. New York: Summer 2003. Vol. 23, Iss. 3, p. 413.

Richard B Heyman, Alain Joffe, Trina M Anglin, Paul G Fuller Jr, et al. Pediatrics. Evanston: Jan 1994. Vol. 103, Iss. 1; p. 125 (4 pages)

Richard P Nelson, Jeffrey M Brown, Wallace D Brown, Beverly I Koops, et al. Pediatrics. Evanston: Oct 2001. Vol. 108, Iss. 4, p. 1025 (2 pages)

Rivara, F.P., Mueller, B. A., Somes, G., Mendoza, C. T., Rushforth, N. B., & Kellermann, A. L. (1991). Alcohol and illicit drug abuse and the risk of violent death in the home. Journal of the American Medical Association, 271, 569-575.

Rooney BL, Murray DM: A Meta - Analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. Health Educ Q 23:41-64, 1996.

Rooney BL: A Meta - Analysis of Smoking Prevention programs After Adjustment for Study Design. Ph.D. dissertation. University of Minnesota, Minneapolis, 1990.

Rosenthal, R. Meta-Analytic Procedures for social Research, Beverly Hills: C. A: Sage. (1987)

Rosenberg¹, Noah A. et al Genetic Structure of Human Populations Science 28 Dec 2002: Vol. 298, Issue 5602, pp. 2381-2389

Rounsaville, B. J., Kosten, T. R., Weissman, M. M., Prusoff, B., Pauls, D. L., Anton, S. F., & Merikangas, K. (1991). Psychiatric disorders in relatives of probands with opiate addiction. Archives of General Psychiatry, 48, 33-42.

Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J., & Triffleman, E. (1994).

Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. Journal of Nervous and Mental Disease, 182(2), 114-19.

Rural adolescent drinking behavior: Three year follow-up in the New Hampshire Substance Abuse Prevention Study Stevens, Marguerite M, Mott, Leila A, Youells, Fay. Adolescence. Roslyn Heights: Spring 1996. Vol. 31, Iss. 121; P. 159(4 pages)

Russian Federation Drug Policy, UNAIDS Report, 2006-2012

SAMHSA brochures on substance abuse in adolescence Monica preboth. American Family Physician. Kansas City: Oct 1, 2001. Vol. 64, Iss. 7, p. 1280 (1 page)

SAMHSA funds states' substance abuse prevention efforts Anonymous. Public Health Reports. Hyattsville: Mar/Apr 1998. Vol. 113, Iss. 2, p. 104 (1 page)

Santisteban, D. A., Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, E. J., & LaPerriere, A. (1998). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 12, 25-34.

Scheier, L. M., & Botvin, G. J. (1998). Cognitive effects of marijuana. *Journal of the American Medical Association*, 279(20), 1547.

School nurses discuss substance abuse prevention at annual meeting Anonymous. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. Thorofare: Nov 2002. Vol. 40, Iss. 11; p. 13 (1 page)

Schultz, W., Dayan, P., & Montague, P. E. (1997). A neural substrate of prediction and reward. *Science*, 275, 1593-1596.

Sensation seeking and drug abuse prevention from a biological perspective. In L. Donohew, H. E. Sypher, & W. Nication (pp. 195-207). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Skodol, A. E., Oldham, J. M., & Gallagher, P. E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1333-1338.

Sloboda, Z., & David, S. L. (1997). Preventing drug use among children and adolescents: A research base guide. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Slutske, W. S., Heath, A. C., Dinwiddie, S. H., Madden, P. A. F., Bucholz, K. K., Dunne, M. P., Statham, D. J., & Martin, N. G. (1998). Common genetic risk factors for conduct disorder and alcohol dependence. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 263-274.

Some Theoretical Models and Constructs Generic to Substance Abuse Prevention Programs for Adolescents: Possible Relevance and Limitations for Problem Gambling Richard I. Evans. *Journal of Gambling Studies*. New York: Fall 2003. Vol. 19, Iss. 3, p. 217.

Sorenson, J. L., London, J., & Morales, E. S. (1991). Group counseling to prevent AIDS. In J. L. Sorenson, L. A. Wermuth, D. R. Gibson, K. H. Choi, J. R. Guydish, & S. L. Barki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners (pp. 99-110). New York: Guilford Press.

Steinberg, L., Mounts, N., Lamborn, S., & Dornbusch, S. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches, *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19-36.

Steinberg, L., Fletcher, A., & Darling, N. (1996). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 98(2, Pt. 2), 1060-1066.

Substance abuse and developments in harm reduction, Yuet W Cheung, Canadian Medical Association. *Journal*. Ottawa: Jun 13, 2000. Vol. 162, Iss. 12, p. 1691(4 pages)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1998), Preliminary results from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. DHHS Publication No. (SMA) 98-3251, Tables 3A-40. Rockville, MD: Author.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1999). National Household Survey on Drug Abuse Main Findings 1997 (DHHS publication No. SMA 99-3290). Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.

Substance Abuse in Children of Parents with Mental Illness: Risks, Resiliency, and Best Prevention Practices. Carol T. Mowbray, Daphna Oyserman. *Journal of Primary Prevention*. New York: Summer 2003. Vol. 23, Iss. 3, p. 401.

Substance abuse in children: Prediction, Protection, and prevention Harolyn M E Belcher, Harold E Shinitzky. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. Chicago: Oct 1998. Vol. 152, Iss. 10; p. 952(4 pages)

Substance Abuse Prevention and Intervention for Students with Disabilities: A Call to Educators Youth with disabilities experience a substantially higher substance abuse risk than their nondisabled peers. In addition to the same risk factors for substance abuse, e. g., peer pressure, media entic ERIC Educational Reports, August 1, 2002 by Kathryn McCombs, Dennis Moore. 1 page.

Substance abuse prevention and the media / Reply, Victor C Strasburger, Harolyn M E Belcher, Harold Shinitzky. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. Chicago: Mar 1999. Vol. 153, Iss. 3, p. 313(1 page)

Substance abuse prevention and the media [letter], Strasburger VC. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine [NLM-MEDLINE] Mar 1999. Vol. 153, Iss. 3, p. 313

Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities, Albert C Gaw. The American Journal of Psychiatry. Washington: Aug 1999. Vol. 156, Iss. 8; p. 1219 (1 page)

Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities, Norman Giesbrecht. Addiction. Abingdon: Mar 1999. Vol. 94, Iss. 3, p. 346 (2 pages)

Substance abuse prevention in sixth grade: the effect of a prevention program on adolescents' risk and protective factors. Abstract: This study investigated the effectiveness of the Prevention Dimensions Program (PDP) (Utah Education Network, 2002), a K-12 Utah - safe and drug - free... American Journal of Health Studies, January 1, 2006 by Thomas W. Tatchell Phillip J. Waite Renny H. Tatchell Lynne H. Durrant Dale S. Bond. 5 pages.

SUBSTANCE ABUSE PREVENTION IN SIXTH GRADE: THE EFFECT OF A PREVENTION PROGRAM ON ADOLESCENTS' RISK AND PROTECTIVE FACTORS, Thomas W Tatchell, Phillip J Waite, Renny H Tatchell, Lynne H Durrant, Dale S Bond. American Journal of Health Studies. Tuscaloosa: 2006. Vol. 19, Iss. 1; p. 54 (1 page)

Substance Abuse Prevention: A multicultural perspective Maria Luisa Alaniz. Abingdon: Feb 2000. Vol. 94, Iss. 2; p. 293 (2 pages)

Substance Abuse Prevention: A multicultural perspective, Maria Luisa Alaniz. Addiction. Abingdon: Feb 2000. Vol. 94, Iss. 2; p. 293 (2 pages)

Substance Abuse Prevention: The Intersection of Science and Practice Anonymous. Adolescence. Roslyn Heights: Fall 2003. Vol. 38, Iss. 151; p. 517 (2 pages)

Substance Abuse Prevention: The Intersection of Science and Practice Anonymous. Adolescence. Roslyn Heights: Fall 2003. Vol. 38, Iss. 151; p. 517 (2 pages)

Substance abuse studies and prevention efforts among Arabs in the 1990s in Israel, Jordan and the Palestinian Authority - a literature review Shoshana Weiss, Ghazi H Sawa, Ziad Abdeen, Joseph Yanai. Addiction. Abingdon: Feb 1999. Vol. 94, Iss. 2, p. 177 (2 pages)

Substance Abuse Treatment as HIV Prevention for Men who have sex with Men. Steven Shoptaw, Dominick Frosch. AIDS and Behavior. New York: Jun 2000. Vol. 4, Iss. 2, p. 193

Substance Abuse; New guide to effective prevention programs announced Medical Letter on the CDC & FDA. Atlanta: May 18, 2003. p. 41.

Substance Abuse; New guide to effective prevention programs announced Medical Letter on the CDC & FDA. Atlanta: May 18, 2003. p. 41.

Substance Abuse; Prevention, treatment of hepatitis C in injection drug users could be improved, Hepatitis Weekly. Atlanta: Jan 26, 2003. p. 20

Substance Abuse; Project D.A.R.E. falling short of drug abuse prevention goals. Obesity, Fitness & Wellness Week. Atlanta: Jun 26, 2004. p. 910.

Substance Abuse; Rutgers awarded \$7 million grant to develop innovative prevention programs. Drug Week. Atlanta: Dec 26, 2003. p. 312.

Substance Abuse; School - based prevention program reduces smoking and alcohol use in children. Cancer Weekly Plus. Atlanta: Dec 26, 2003. p. 143.

Substance Abuse; School-based prevention program reduces smoking and alcohol use in children. Obesity, Fitness & Wellness Week. Atlanta: Dec 26, 2003. p. 29.

Substance Abuse; School-based prevention program reduces smoking and alcohol use in children. Women's Health Weekly. Atlanta: Dec 26, 2003. p. 117.

Supervisor tolerance - responsiveness to substance abuse and workplace prevention training: use of a cognitive mapping tool Joel B. Bennett, Wayne E. K. Lehman. Health Education Research. Oxford: Feb 2002. Vol. 17, Iss. 1; p. 27.

Susan J. Grossman, Eliabeth B. Smiley. Journal of Primary Prevention. New York: Fall 1999. Vol. 20, Iss. 1; p. 51.

Swendsen, J. D., Merikangas, K. R., Canino, G. J., Kessler, R. C., Rubio-Stipec, M., & Angst, J. (1998). The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 176-184.

Szapocznik, J., Pantin, H., & Scopetta, M. (1998). Latinas: A randomized study investigating the efficacy and mechanisms of change in structural ecosystem prevention intervention in reducing risk and enhancing prevention for drug use in a selected sample of high - risk 12-year-old Hispanic inner-city female adolescents. Unpublished manuscript. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention. Grant No. 1 HDI SPO 7442-01, 1995-1998.

Tarte, R. E., Blackson, T., B. Righam, J., Moss, H., & Caprara, G. V. (1995). The association between childhood irritability and liability to substance use in early adolescence: A 7-year follow-up study of boys at risk for substance abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(2), 253-261.

Team Awareness for Workplace Substance Abuse Prevention: The Empirical and Conceptual Development of a Training Program, Joel B. Bennett, Wayne E.K. Lehman, G. Shawn Reynolds. *Prevention Science*. New York: Sep 2000. Vol. 1, Iss. 3, p. 157.

The efficacy of the social norms approach to substance abuse prevention applied to fraternity men, Collen A Carter, William M Kahnweiler. *Journal of American College Health*. Washington: Sept 2000. Vol. 49, Iss. 2, p. 69(6 pages)

The Etiology and Prevention of Drug Abuse among Minority Youth Stan L Albrecht. *Addiction*. Abingdon: Apr 1998. vol. 93, Iss. 4, p. 612(2 pages)

The European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDDA), 2007, 2013, 2014 Report.

The Experience of Developed countries in the prevention of addiction.

The Prevention and treatment of child abuse in households of substance abusers: A research demonstration progress report, Blau, Gary M. Whewell, Mary Cay, Gullotta, Thomas P, Bloom, Martin. *Child Welfare*. Washington: Jan 1996. Vol. 73, Iss. 1: p. 13.

The relative autonomy of schools and educational interventions for substance abuse prevention, sex education, and gender stereotyping Shamai, Shmuel, Coombs, Robert B. *Adolescence*. Roslyn Heights: Winter 1992. Vol. 27, Iss. 104, p. 121(14 pages) Harm Reduction: A new Perspective on Substance Abuse Services Samuel A MacMaster. *Social Work*. New York: Jul 2006. Vol. 49, Iss. 3, p. 329(1 pages)

The Science of Prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research, Thomas K Greenfield. *Addiction*. Abingdon: Jul 1999. Vol. 94, Iss. 7, p. 1080(2 pages), Substance Abuse Prevention in Multicultural Communities, Norman Giesbrecht, *Addiction*. Abingdon: Mar 1999. Vol. 94, Iss. 3, p. 446(2 pages)

Therapeutic jurisprudence: Integration of prevention, treatment and research (the Haight Ashbury free clinics 30th anniversary conference, presented in collaboration with the California collaborative center for Anonymous. *Journal of psychoactive*. Jul-Sep 2001. vol. 33, Iss. 3, p. 314(1 page)

Therapeutic recreation and relapse prevention intervention -s substance abuse treatment, As services to treat substance abusers are increasingly challenged, there is a growing recognition of the vital role

that recreational therapy therapeutic ..., Parks & Recreation. May 1, 1994 by Rodney B. Deiser Alison

Voight 1 Page

Tobacco, alcohol, and other drugs: The role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse

Tobacco, alcohol, and other drugs: the role for the pediatrician in prevention and management of substance abuse - American Academy of Pediatrics Committee

Tobler NS: Meta - Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs. Ph.D. dissertation. State University of New York at Albany, 1998.

Tobler NS: Updated Meta - Analysis of Adolescent Drug Prevention programs, in: Montoya D, Ringwalt C, Ryan B, Zimmerman R (eds): Evaluating School-Linked Prevention Strategies: Alcohol, Tobacco, and other Drugs. San Diego, CA. University of California, San Diego. 1998. pp. 71-88.

Tobler NS: Meta - Analysis of adolescent drug prevention programs: Results of the 1998 metaanalysis. NIDA Res Monogr 170:5-68, 1998.

Tolan, P. H., Guerra, N. G., & Kendall, P. C. (1998). Introduction to special section: Prediction and prevention of antisocial behavior in children and adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 515-517.

Tolan, P.H., & Gorman-Smith, D. (1998). Families and development of urban children. In H.J. Walburg, O. Reyes, & R.P. Weissburg (Eds), Urban children and youth: Interdisciplinary perspective on policies and programs (pp. 64-91). Thousand Oaks, CA: Sage.

Twigg, J. (2006). HIV/AIDS in Russia and Eurasia, Vol. 1. Gordonsvill, Pulgrave Macmillan.

U.S. Department of Health and Human Services. (1998). Preventing tobacco use among young people: A report of the surgeon general. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

UNAIDS Report, 2003

UNDCP, Drug Report, 2001, 2004, 2008

UNICEF Report, 2000

UNIDCP (United Nations International Drug Control and Prevention) Report on Drug Abuse, 2003

United Nations Development Program (UNDP), 1998.

UNODCCP, Drug Report, 2001

Using live theatre combined with role playing and discussion to examine what at-risk adolescents think about substance abuse, its consequences, and prevention Harding, Carol Gibb, Safer, L Arthur,

Kavanagh, Jack, Bania, Robert, et al .Adolescence. Roslyn Heights: Winter 1996. Vol, 31. 126, p. 183 (18 pages).

Warner, K.E. (1997). Cost effectiveness of smoking cessation therapies -interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics*, 11, 531-549.

Wiener, A. (1997). Constitution-making and Citizenship Practice – Bridging the Democracy Gap in the EU? *Journal of Common Market Studies* Volume 30, Issue 4, pages

Winkleby, M. A., Flora, J. A., & Kraemer, H. C. (1999). A community-based heart disease intervention: Predictors of change. *American Journal of Public Health*, 89(12), 1767-1772.

Wolf, F. M., *Meta - Analysis: Quantitative Methods for Research Syntheses*, Beverly Hills: Sage., (1986)

Workplace managed care: Collaboration for substance abuse prevention Deborah M Galvin. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. Gaithersburg: May 2000. Vol. 27, Iss. 2, p. 120 (6 pages).

Workplace managed care: Collaboration for substance abuse prevention Deborah M Galvin. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. Gaithersburg: May 2000. Vol. 27, Iss. 2, p. 120 (6 pages)

World Bank Report on Project Appraisal Document, Retrieved S, April 2014.

World Health Organization Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse Ieksandar Janca. *The American Journal of Psychiatry*. Washington: Feb 1994. Vol. Iss. 2, p. 277 (1 page)

Zimmerman, b. J. (1990). Self-efficacy in career choice and development. In A. Bandura (ed.), *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

Zucher, R. A., Fitzgerald, H. E., & Moses, H. D. (1990). Emergence of alcohol Problems and the several alcoholisms: A developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 677-711). New York: Wiley.

Zucker, R. A., Kincalid, S. B., Fitzgerald, H. E., & Bingham, C. R. (1990). Alcohol Schema acquisition in preschoolers: Difference between children of alcoholics and children of nonalcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14. 1011-1014.

Zucker, R.A., Ellis, D.A., Bingham, C.R., & Fitzgerald, H.E. (۱۹۹۶). The development of alcoholic subtypes: Risk variation among alcoholic families during the early childhood years. Alcohol Health and Research World, ۲۰، ۴۶-۵۴.

ج - سایت ها:

<http://www.drugwarfacts.org/noway#wreotl.ck.dpuf>
<http://www.narconon.org/drug-prevention>
<http://www.sirus.no/filestore/import veldegg publikasjon/drugsit>
http://ww.wikipedia.org/wiki/drug.policy_of_Sweden

پیوست ها

پیوست ۱

منابع موجود در ستاد مبارزه با مواد مخدر در زمینه تجربیات سایر کشورها در زمینه

پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد

توضیح: در ستاد مبارزه با مواد مخدر علاوه بر صاحب نظرانی که تجربه ارتباط و بازدید از سایر کشورها را در پیشگیری اولیه از اعتیاد رادارند ولی چون جمع آوری و مصاحبه با آنها مجال بیشتری را می طلبد در اینجا به موارد مکتوبی که در ستاد وجود داشت بسنده شد و یکی از آنها در اینجا آورده می شود که حاصل کار آقای عارف وهاب زاده برای دریافت کارشناسی ارشد می باشد و در منابع بدان اشاره شده است.

روند رویکردهای پیشگیری از اعتیاد از سال ۱۹۷۰ میلادی تا کنون در جهان:

پدیده مواد مخدر و روان گردان ها از جمله بزرگترین بحران های فراگیر جهانی محسوب می شود که از توان آسیب زایی فراوانی در عرصه های مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی برخوردار است. مبارزه با این بلیه شوم با دو رویکرد کاهش عرضه و کاهش تقاضا امکان پذیر می باشد. تا قبل از دهه ۱۹۶۰ میلادی استراتژی قالب جهانی کاهش عرضه بوده که بررسی های صورت پذیرفته حکایت از عدم موفقیت این رویکرد تک بعدی داشته است. از اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰ میلادی رویکرد کاهش تقاضا با اولویت پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان ها مطرح شده است.

تحقیقات روان شناسی اجتماعی بیانگر این موضوع می باشد که رویکردهای متنوعی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان ها وجود دارد. نتایج ارزیابی ها از میزان موفقیت این استراتژی ها متفاوت است. برخی

از ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که برنامه‌های پیشگیری تأثیر بسیار کم و ناچیزی بر سوء مصرف مواد داشته، همچنان که برخی از ارزیابی‌های دیگر حکایت از این واقعیت دارد که بعضی از برنامه‌های پیشگیری (مثلاً استفاده از تاکتیک ترس) تأثیر منفی نیز بر سوء مصرف مواد داشته، بطوری که اجرای این نوع برنامه‌های پیشگیرانه، به مصرف مواد منجر شده است. سرانجام اینکه برخی از دیگر ارزیابی‌ها بیانگر آن است که تعدادی از برنامه‌ها تأثیر مثبتی بر پیشگیری از سوء مصرف مواد در بر داشته است. در حالیکه حدوداً بیش از صد نوع برنامه پیشگیری وجود دارد، لیکن می‌توان این برنامه‌ها را به چند دسته اساسی تقسیم کرد که برای درک بهتر، توضیح مختصری در خصوص هر کدام از استراتژی‌های پیشگیرانه ارائه (Category) خواهد شد.

نسل اول = رویکرد افزایش اطلاعات و برنامه دانش محور با تکیه بر تاکتیک ترس مخاطبین (اوایل ۱۹۷۰) = پیشگیری غیر تعاملی

نسل دوم = رویکرد محرک محور (۱۹۷۵) = برنامه آموزش عاطفی = پیشگیری تعاملی

نسل سوم = رویکرد دانش و محرک محور (۱۹۷۹)

نسل چهارم = رویکرد اقدامات جایگزین (اوایل ۱۹۸۰)

نسل پنجم = رویکرد روانی اجتماعی (۱۹۸۵ به بعد)

نسل ششم = رویکرد سیستماتیک کاهش تقاضا و پیشگیری (۲۰۰۵ به بعد)

نسل اول: استراتژی افزایش اطلاعات (اطلاع‌رسانی) یا برنامه دانش محور:

این رویکرد یک مدل تک محوری است. برنامه‌ها یا استراتژی‌های تک محوری تنها از یک تاکتیک (روش) جهت پیشگیری از هر چه اطلاعات بیشتری: سوء مصرف مواد استفاده می‌کنند. برنامه دانش محور بر مبنای این فرضیه بنا

شد که در مورد ماهیت موادمخدر و پیامدهای زیانبار مصرف بدهیم، (الگوی شناختی مصرف و سوء مصرف) نگرش منفی تری در مورد موادمخدر می توانیم ایجاد کنیم که نتیجه آن کاهش یا اجتناب از مصرف موادمخدر است ارائه برنامه دانش محور از طریق برنامه های آموزشی به اجرا درآمد. بعنوان مثال، اطلاعاتی از طریق مجموعه جزوات، سخنرانی، فیلم، نشریات، پوستر و یا توسط معلمان مدارس در لوای کتب درسی به دانش آموزان منتقل شد. بطوری که اساس اینگونه برنامه ها، تاکتیک ترس را در بر گرفت به نحوی که با اغراق آمیز جلوه دادن خطرات مربوط به مصرف مواد، در افراد ترس بوجود آورد. تلاش این رویکرد، انتقال این پیام بود که مواد خطرناک بوده و افرادی که مواد مصرف کنند با پیامدهای شدید و وخیمی آسیب خواهند دید. بنابراین سعی در القاء این عنوان داشته است: به عبارت روشن تر تأکید این روش بر افزایش اطلاعات «آیا شما نیز می خواهید عاقبتی این چنین داشته باشید؟» افراد درباره خطرات مصرف موادمخدر بوده است. استفاده از این روش (تاکتیک ترس) در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوایل ۱۹۷۰ میلادی بدلیل ساده بودن و عدم نیاز به طرح های پیچیده، بسیار رایج شد. بطوریکه طرفداران این گروه معتقد بودند با آموزش اطلاعات و برانگیختن ترس می توان افراد را از گرایش به مصرف مواد مصون سازی کرد، ضمن آنکه این رویکرد همزمان با افزایش اطلاعات و ترس با توسل به اخلاق و احساس گناه سعی در جلوگیری از مصرف مواد داشته است. غافل از اینکه این روش تک محوری بر مبنای یک فرضیه غلط عبارت دیگر برنامه ریزی آموزش «دانش به تنهایی نمی تواند خود به خود رفتار را تغییر دهد.» بنا شده و آن اینکه اطلاعات، صرفاً دانش فرد را افزایش داده و نگرش معطوف به مصرف مواد را تغییر می دهد ولی نمی تواند مانع رفتارهای مربوط به مصرف مواد شده و آن را پیشگیری کند، ضمن آنکه در پاره ای از موارد ممکن است منجر به تحریک کنجکاوی شده و سبب مصرف مواد شود.

زیرا در پاره‌ای از موارد نوجوانان شواهد زیادی را علیه موارد اعلامی دیده، شنیده یا تجربه کرده‌اند لذا این روش در نزد آنان بی اعتبار و در مواردی سبب گرایش به آن شده است.

ایرادات به این رویکرد:

الف - اغراق در مورد خطرات مواد و برانگیختن ایجاد خوف و ترس نظیر استفاده از عکس‌های ترس‌آور - اسکلت - حشرات - جسد - داستان‌ها و روایت‌های وحشت‌آور به منظور ایجاد نفرت و انزجار از مواد.

ب - اطلاعات تحریف شده و نادرست منجر به کنجکاوی و مصرف مواد توسط نوجوانان

ج - استفاده از یک کارشناس و متخصص و ارائه حقایق و اطلاعات واقعی بدون تعامل با مخاطبین

نسل دوم: استراتژی محرک محور یا برنامه آموزش عاطفی:

این استراتژی در اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی رونق گرفت و تاکتیک آن، صرفاً از یک روش جهت پیشگیری جوانان، از افتادن در دام اعتیاد استفاده نمود. به طوری که مفروضه زیربنایی و اساس این روش بر این اصل استوار بود که یک یا چند عامل روان خودارزیابی و شناسانه برای افرادی که در معرض خطر ابتلاء به اعتیاد هستند در افراد تقویت شود. به علاوه این نوع برنامه‌ها سعی در تزریق کردن یک سری ارزش‌های مناسب از طریق روان‌شناسی به جوانان آگاهی داشت. به عنوان مثال، برنامه‌های محرک محور سعی در ارتقاء قدرت ارتباطات (مهارت‌های ارتباطی)، تصمیم‌گیری و مهارت خود اثباتی بین جوانان داشته است. بنابراین انتظار بر این بود که پیشرفت در چنین مهارت‌هایی به جوانان اجازه دهد که برای اجتناب از مصرف مواد از طریق ارتباطات بهتر، تصمیم‌گیری پیشرفته و توانایی خود اثباتی اقدام نمایند. تحقیقات صورت پذیرفته نتایج چندان مثبتی از این رویکرد را در امر پیشگیری از سوء مصرف مواد نیز نشان نداده و شواهدی از تأثیر پیشگیرانه بر رفتار بدست نیامد.

نسل سوم: استراتژی دانش و محرک محور:

این استراتژی که در اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی مطرح گردید ترکیبی از افزایش سطوح دانش درباره موادمخدر و پیشرفت در مهارت خودارزیابی و آگاهی است. مشخصه این دسته استراتژی، این بود که با افزایش دانش درباره پس زدن یا قبول نکردن مواد، به همراه ارتقاء مهارت تصمیم‌گیری و تصمیم‌گیری مستقلانه فردی، در مورد مصرف نکردن مواد می‌توان خطر گرایش به مصرف بین جوانان را کاهش داد. لیکن میزان موفقیت این روش نیز خیلی بیشتر از روش‌های قبلی نبود.

نسل چهارم: استراتژی جایگزین:

این استراتژی در اواخر ۱۹۷۰ و اوایل ۱۹۸۰ میلادی رونق گرفت. فعالیت‌های جایگزین فعالیت‌هایی هستند که استفاده از آنها، نسبت به مصرف مواد جذاب‌تر به نظر می‌رسد. استراتژی جایگزین تلاش می‌کند جوانان را در فعالیت‌های اجتماعی، مراکز تفریحی، برنامه‌های ورزشی، موسیقی، هنری، مطالعه و اشتغال درگیر نماید به این امید که این نوع فعالیت‌ها بسیار جذاب‌تر و قابل پذیرش‌تر از مصرف مواد بوده و روح تلاش و رقابت را در جوانان مهیا ساخته و احساس کسالت را که پیش درآمد مصرف مواد است از بین ببرد. تمرکز این دسته استراتژی، بر این است که با اقدامات برشمرده، کارآمدی افراد ارتقاء و خطر گرایش به مصرف مواد کاهش یافته و بر این اساس حس کنترل بر خویشتن افزایش یابد. مطالعات صورت پذیرفته درخصوص رویکرد فعالیت‌های جایگزین، حکایت از این موضوع داشته که اینگونه اقدامات، به تنهایی تأثیر پیشگیرانه بر رفتار افراد نداشته است.

نسل پنجم: استراتژی / رویکرد روانی - اجتماعی پیشگیری از مصرف مواد با تأکید بر برنامه‌های همسالان:

اساس این رویکرد بر دو بُعد عوامل روانشناختی و اجتماعی متمرکز می‌باشد. به طوری که رویکرد روانی اجتماعی شامل آموزش مهارت‌های مقاومت، ایمن‌سازی روانشناختی، آموزش مهارت‌های فردی و مهارت‌های اجتماعی است.

به عبارت روشن‌تر این رویکرد با رویکردهای قبلی متفاوت بوده به گونه‌ای که بر پایه فهمی کامل‌تر نسبت به علل مصرف مواد در جوانان توجه داشته و به نظریه‌های پذیرفته شده درباره رفتار انسان پایه‌گذاری گردیده و از فنون مداخله آزمون شده استفاده کرده‌اند.

این رویکرد بر اهمیت عوامل مؤثر اجتماعی شامل خانواده، همسالان و رسانه‌های اجتماعی نیز تأکید دارد. استراتژی روانی اجتماعی در ادامه اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی مطرح شد. اساس تئوریک پیدایش این فرضیه ((فقط بگو نه)) در برنامه همسالان بوده است. گروه‌های همسالان نقش مهمی را در گرایش به مصرف مواد بازی می‌کنند. بنابراین استراتژی همسالان بر اساس این فرضیه بنا شد که فشار گروه همسالان تأثیر بسیار زیادی بر دیدگاه و رفتار آنان دارد. فرضیه پایه‌ای و اولیه این رویکرد شامل تأثیر گروهی مثبت، مشاوره، آموزش و مشارکت است که به جوانان کمک می‌کند از گرایش به مصرف مواد اجتناب کنند. بعبارت دیگر این رویکرد با ایمن‌سازی روانی - اجتماعی به دنبال آن است تا فرد را برای مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی آماده سازد. بر این مبنای، اگر جوان، گروه همسالان مثبتی داشته باشد، در نتیجه احتمال اینکه به اعتیاد روی بیاورد، تقلیل پیدا می‌کند.

استراتژی فشار همسالان شامل دو بخش است:

الف) بخشی از این برنامه مربوط به مهارت‌های زندگی و اجتماعی است. فرضیه‌ای مبنایی این بخش این است که سوء مصرف مواد در شرایطی که کمبود مهارت‌های درون فردی و بین فردی وجود دارد، احتمال بیشتری دارد که بوقوع پیوندد به این معنا که فردی که مشکل برقراری ارتباط با دیگران و همچنین مشکل کنار آمدن با خود را دارد احتمال گرایش به سوء مصرف مواد در او بالاست. عبارتی زمانی که کمبود مهارت‌های درون فردی و بین فردی در یک فرد با هم ترکیب شود، در شرایط ریسک بزرگتری (مانند گرایش به اعتیاد) قرار خواهد گرفت. اجرای برنامه همسالان نتایج مناسبی در بر داشته و محبوبیت خاصی بدست آورد. به طوری که به عنوان بهترین روش پیشگیری، مشتریان را به سوی خود جلب کرد. اسکاچ و همکاران (۱۹۸۱) نتایج تحلیل خود را از ۱۲۷ برنامه پیشگیری از مصرف مواد اینگونه اعلام کردند که استفاده از تأثیر والدین و همسالان در مؤسسات ارائه خدمات اولیه پیشگیری از سوء مصرف مواد، بعنوان شایسته‌ترین روش پیشگیری در نظر گرفته شده است.

ب) بخش دوم و اصلی برنامه‌های فشار همسالان مربوط به مهارت‌های خودداری کردن و اجتناب است. یادگیری و به گونه‌ای که مهارت‌های خودداری [Just Say NO] «فقط بگویند نه» توسعه این مهارت به افراد اجازه می‌دهد که است. «فقط بگو نه» کردن کلید اصلی درک مبنای تئوریک به مواد فرضیه اصلی برنامه‌هایی که مهارت‌های خودداری کردن را شامل می‌شوند این است که فشار همسالان، رفتارهای پرخطر گرایش به مصرف مواد را تحریک می‌کند. برای نبرد و مبارزه با این فشار، این برنامه‌ها تلاش می‌کنند که مهارت‌های مقاومت و ارتباطات درون فردی را افزایش دهند. (مانند مهارت نه گفتن) کسب مهارت‌های خودداری کردن معمولاً از طریق یکسری از برنامه‌های مدون آموزشی داده می‌شوند. یکی از این برنامه‌های آموزشی توسط گلدستون (۱۹۸۶) مورد بحث و تجزیه قرار گرفت. او شش گروه از مهارت‌های درون فردی با ارزش را تعریف کرد. همچنین وی پیشنهاد کرد که هر گروه از این مهارت‌ها مناسب با یک گروه سنی خاص می‌باشد.

اولین گروه از این مهارت، مهارت‌های پایه‌ای اجتماعی (برقراری ارتباط با دیگران) می‌باشند. مهارت‌های اولیه اجتماعی شامل مهارت‌های گوش دادن، نحوه شروع کردن یک مکالمه، سوال پرسیدن، تشکر کردن، معرفی خود و دیگران و تعارف کردن است.

گروه دوم شامل مهارت‌های اجتماعی پیشرفته است. این مهارت‌ها شامل تقاضای کمک کردن، آموزش دادن به دیگران و مهارت متقاعد کردن دیگران است.

گروه سوم مربوط به مهارت‌های کنار آمدن با احساسات است. (مانند درک بروز احساسات، درک و کنار آمدن با احساس خشم و عصبانیت دیگران و کنار آمدن با احساس ترس)

کنار آمدن با احساس ترس یکی از مهمترین مهارت‌هاست. اولین قدم رفتاری که مرتبط با این مهارت است، این است که زمانی که ترس را احساس کردیم، بتوانیم تصمیم بگیریم. در این شرایط فکر در مورد اینکه عامل احساس ترس چه بوده، درک اینکه آیا این احساس ترس واقعی است و قدم برداشتن برای کم کردن ترس (از طریق ترک کردن شرایط و محیط و صحبت کردن با فردی در مورد این احساس)، از جمله مهمترین مهارت‌ها هستند.

چهارمین گروه مهارت‌ها، شامل یادگیری مهارت‌های جایگزین برای عمل خشم است. به جای اینکه به دیگران یا به شرایط موجود با خشم یا رفتار تهاجمی عکس‌العمل نشان دهیم، این برنامه روش‌های ویژه‌ای را به جوانان برای خودکنترلی، نحوه گرفتن حق خود، جواب دادن به آزار و اذیت‌ها و خودداری از دعوا آموزش می‌دهد.

پنجمین گروه نحوه کنار آمدن با اضطراب و استرس است. (مثلاً کنار آمدن با احساس خجالت و شرمندگی، تهمت‌های بیجا، فشار دوستان، کنار آمدن با فشار و متقاعدسازی از جانب دوستان و آماده شدن برای پیروزی در یک مطالعه سخت می‌باشد. کنار آمدن با فشار گروهی دوستان یکی از سخت‌ترین مشکلاتی است که جوانان با

آن مواجه می‌باشند. برای مقاومت کردن در برابر این مشکل، در درجه اول برای جوانان مهم است که در ابتدا فکر کنند که دوستان چه چیزی از آنها این را می‌خواهند، سپس تصمیم بگیرند که می‌خواهند چه کار کنند و به دوستان خود بگویند چه «چرا» می‌خواهند و تصمیمی گرفته‌اند و چرا این تصمیم را گرفته‌اند. (جرأت ابراز وجود) این روند ممکن است ساده به نظر بیاید اما در واقع شامل مهارت‌های زیادی از جمله مهارت گوش دادن به سخنان دیگران، تصمیم درست گرفتن، درک اینکه دوستان واقعاً چه خواسته‌ای دارند، مهارت گفتگو با آنها و در نهایت دفاع کردن از خود است.

ششمین و آخرین دسته مهارت‌ها، مهارت برنامه‌ریزی است. در مهارت برنامه‌ریزی مقدار زیادی قدرت تصمیم‌گیری لازم است. توانایی تصمیم‌گیری، یک عنصر حیاتی برای کسب درست و صحیح مهارت‌های خودداری کردن است. توانایی تصمیم‌گیری شامل تفکر در مورد مشکلی است که تصمیم در مورد آن باید گرفته شود و تفکر در مورد تصمیمات ممکن که می‌تواند در آن شرایط گرفته شود، جمع‌آوری اطلاعات صحیح در مورد تمام تصمیمات ممکن، تجدیدنظر در تصمیم گرفته شده بر اساس اطلاعات موجود و سپس گرفتن بهترین تصمیم.

با توجه به مراتب فوق تأکید این استراتژی بر مهارت‌های فردی و اجتماعی از طریق [مهارت حل مسأله، مهارت تصمیم‌گیری (فنون تصمیم‌گیری نظام مدار)، مهارت‌های شناختی عمومی برای مقاومت در برابر عوامل مؤثر بین فردی با رسانه‌ها (شناسایی تبلیغات ترغیب‌کننده و اجرای بحث مقابله‌ای)، مهارت‌هایی برای بالابردن کنترل بر خویشتن و خودپنداره (برای مثال آموزش خود، تقویت خود، هدف‌گذاری و اصول تغییر خویشتن)، راهبردهای سازگارانه برای کاهش استرس و اضطراب از طریق مهارت‌های شناختی مقابله‌ای یا فنون آرمیدگی رفتاری و

مهارت‌های عمومی بین فردی (برای مثال پیشقدم شدن در تعامل‌های اجتماعی، مهارت‌های گفتگو و مذاکره)
مهارت‌های ابراز وجود عمدی (درخواست کردن، گفتن نه)

نسل نهم: رویکرد سیستماتیک

در این رویکرد تغییر و تحول در تمامی ارکان (مثلاً در مدرسه کلیه ارکان آموزشی شامل معلم - ساختار - مدیریت - والدین - مستخدم - دانش‌آموز و مربی پرورشی) در موارد پیشگیری درگیر می‌شوند. محیط آکنده از روابط بین فردی، صمیمی، گرم، حمایت‌کننده است و تعیین اهداف مشترک و پایبندی به آن توسط ذینفعان صورت می‌پذیرد.

در این رویکرد بر ارزش‌های درونی (تعهد) تأکید می‌نماید و مداخله دانش‌آموزان در وضع مقررات مدرسه (احساس تعلق) انجام می‌شود. این رویکرد، ارتقایی (تکامل عاطفی، شناختی و هیجانی) می‌باشد.

- سایر استراتژی‌های مهم پیشگیری:

۱- فعالیت‌های متمرکز بر فرد

۲- فعالیت‌های متمرکز بر آموزش و آگاه‌سازی والدین

۳- فعالیت‌های متمرکز بر معلمان و مدرسه

۴- فعالیت‌های متمرکز از طریق محل کار و مکان‌های تجمعی

۵- فعالیت‌های متمرکز با استفاده از شبکه‌های مراقبت‌های پیشگیری اولیه

۶- فعالیت‌های متمرکز بر ارتقاء فرهنگی و مذهبی

۷-وضع و تقویت قوانین و مقررات مبارزه

۸-درمان معتادین (پیشگیری ثانویه و ثالثیه) برای جلوگیری از سرایت اعتیاد به افراد سالم

۹-مشاوره و مداخله حین بحران در وضعیت‌های گوناگون در طول زندگی

-استراتژی فعالیت‌های متمرکز بر فرد:

مخاطره‌آمیزترین دوران زندگی از نظر ابتلا به سوء مصرف مواد، دوره بلوغ و نوجوانی است. (دوران طوفان - فشار -

انتقال - بحران هویت - آشوب درونی - تغییرات سریع جسمانی و بروز اختلال تصویر فرد از خود - مخالفت با والدین

برای کسب استقلال - نیاز اجتماعی از طریق دوستی با دیگران)

هویت عبارت است از آگاهی شخص نسبت به اینکه کیست و به کجا می‌رود هویت شخصی یک ساختار روانی

اجتماعی است.

الف) دادن اطلاعات در مورد مضرات مصرف موادمخدر (دانش محور)

ویژگی‌های برنامه دانش محور با تمرکز بر فرد:

✓ معتبر و قابل قبول بودن اطلاعات ارائه شده به فرد از نظر علمی

✓ پرهیز از ترسانیدن بیش از حد و اطلاعات اغراق آمیز و غیرقابل باور

✓ عدم برانگیختن حس کنجکاوی نوجوان برای مصرف مواد (موادمخدر شادی کوتاه مدت و افسردگی طولانی

دارد)

✓ عدم آموزش در خصوص نحوه بدست آوردن مواد

✓ پیام عدم مصرف در اطلاعات ارائه شده (بیش از نیمی از کسانی که صرفاً یکبار مواد مصرف کرده‌اند به مواد وابستگی یافته‌اند)

✓ پیام مضر بودن مصرف و اینکه هیچکس و هیچ گروهی مصون از آسیب نیست.

ب) تأثیر ارزش‌ها و نگرش‌ها (تغییر باورهای مثبت و تثبیت نگرش‌های منفی نسبت به مصرف مواد از سنین کودکی)

✓ داشتن اعتقادات و باورهای راسخ دینی و مذهبی

✓ ارزش حس مسئولیت فردی و کنترل خود در امتناع از رفتارهای غیرقابل قبول اجتماعی

✓ ارزش سلامت فردی (نوجوانان خود را آسیب‌ناپذیر می‌دانند).

✓ هر مصرفی ممکن است منجر به اعتیاد شود. (تضعیف این باور که اعتیاد برای من رخ نمی‌دهد)

✓ عادی نبودن مصرف مواد (تبیین میزان شیوع و عوارض آن)

✓ استفاده از ارزش دادن نوجوانان به ظاهر خود و پذیرفته شدن از طرف دیگران (بوی بد دهان و عدم پذیرش

معتاد در جامعه)

✓ قابل اعتماد نبودن افراد معتاد

ج) آموزش مهارت‌های اجتماعی و تطابق با استرس‌ها:

✓ مهارت‌های اجتماعی یعنی «توانایی انطباق کافی در روابط بین فردی» این روش، بر نظریه یادگیری اجتماعی استوار است به گونه‌ای که آموزش مهارت‌های اجتماعی، میزان مصرف و رفتارهای پرخاشگری، انزوا، فرار از مدرسه و خانه را کاهش می‌دهد.

✓ برای افزایش مهارت‌های انطباقی و کاهش استرس از دو روش افزایش مهارت‌های شناختی اعتماد به نفس، اصلاح و بازسازی شناختی و افزایش مهارت‌های رفتاری (حل مسأله، تصمیم‌گیری، ارتباطات، خودکنترلی و نیز آموزش پیشگیری از مصرف) استفاده می‌شود.

د) شناسایی افراد در معرض خطر و اقدامات لازم (شامل افراد دارای کمبود اعتماد به نفس - روحیه طغیان‌گری - عدم پذیرش ارزش‌های سنتی - تمایل شدید به کسب هیجان - تمایل شدید به انحراف - نیاز افراطی به استقلال - استعداد ژنتیک و ارثی ابتلا به اعتیاد)

ه) حوادث مهم زندگی (مرگ یا ترک والدین - معلولیت جسمی - مهاجرت - اخراج از مدرسه - فرار از خانه)

و) مشکلات روزمره (بحث و جدال با والدین - بدرفتاری و غفلت والدین - مشکلات مدرسه و تبدیل شدن به فشارهای مزمن زندگی و بروز محرومیت و گرایش به مواد)

ز) ارضای نیازهای اجتماعی و روانی نوجوانان (افزایش فرصت برای مشارکت و مداخله نوجوانان در برنامه‌های خانواده - مدرسه - ورزش - گروه‌های مثبت همسالان با هدف کسب موفقیت و ارضای حس هیجان و دادن پیام در مورد منع مصرف مواد)

ح) آموزش مقاومت در مقابل فشارهای دوستان (۶۰ درصد اولین مصرف با تعارف دوستان)

ط) الگوبخشی و آموزش از طریق همسالان (مشاهده نوجوانانی که به نظر دیگران توانا - محبوب و نقش راهبردی

در مدرسه دارند و استفاده از آنان بعنوان (Peer Education)

فعالیت‌های پیشگیری متمرکز بر آگاه‌سازی و آموزش والدین:

الف) آموزش اطلاعات لازم در مورد موادمخدر شایع در محل زندگی - شکل مواد - سامی رایج - نحوه و علائم مصرف - نحوه پاسخ‌دهی به سوالات فرزندان - نحوه تهیه مصرف و چگونگی برخورد با فرزند معتاد.

ب) افزایش مهارت لازم برای ساختن پیوندهای قوی و ارتباطات خانوادگی شامل: برقراری ارتباط صمیمانه با کودکان (گوش دادن مؤثر - بالا بردن اعتماد به نفس تشویق و پرهیز از تحقیر)

ج) ایجاد سیستم ارزشی قوی (آموزش به والدین در خصوص صحبت با فرزندان در خصوص احساس مسئولیت فردی و اطمینان از درک ارزش‌ها توسط آنان)

د) وضع مقررات واضح در خانواده (اقتدار همراه با ارتباط صمیمی = عدم مصرف سیگار و ...)

ه) آموزش الگوی خوب بودن (هماندسازی و تقلید فرزندان از الگوهای رفتاری، خصوصیات رفتاری، انگیزه‌ها و ارزش‌های والدین لذا والدین به صورت مستقیم و غیرمستقیم نگرش خود را نسبت به مواد بیان نمایند).

و) تشویق فعالیت‌های سالم و خلاق (حمایت والدین از شرکت فرزندان در فعالیت‌های مدرسه‌ای و نیز صرف وقت برای آنان)

ز) ترغیب والدین به ایجاد و شرکت در تشکیلات و انجمن‌ها (تقویت اجتماع محلی با هدف گسترش در تماس بودن والدین و آگاهی از فعالیت‌های فرزندان و مسائل مرتبط با مواد در اجتماع)

اجرای فعالیت‌های پیشگیری از طریق مدرسه و معلمان:

الف) جایگاه مهم مدرسه در برنامه‌های پیشگیری با هدف انتقال پیام و نگرش واحد به دانش‌آموزان و توجه ویژه به دانش‌آموزان در معرض خطر

ب) دخالت دادن والدین از طریق جلسات آموزشی برای آنان و ارسال جزوات

ج) برگزاری دوره‌های آموزشی یا روش‌های تغییر نگرش دانش‌آموزان (کارگاه - فیلم - بحث‌های گروهی)

د) وضع مقررات واضح در رابطه با موادمخدر (با شناخت وسعت مسئله در مدرسه و ممنوعیت حمل، مصرف و فروش و روشن نمودن عواقب و استفاده کمتر از اخراج دانش‌آموزان)

ه) ایجاد امکانات مشاوره و درمان

و) آگاه‌سازی معلمان و عوامل و موقعیت‌های خطر و اینکه خود الگوی مناسب باشند.

ز) اصلاح روش تدریس (ورود دانش‌آموزان به بحث، مداخله، اظهارنظر، استقلال، یادگیری اکتشافی، پژوهش، مباحثه) و نحوه برخورد صحیح با دانش‌آموزان

ح) آموزش مهارت‌های ارجاع دادن دانش‌آموزان به مراکز مشاوره و درمان

ط) استفاده از معلمان برای آموزش اطلاعات راجع به مواد که تأثیر زیادی در تغییر نگرش دانش‌آموزان دارد.

اجرای فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از انواع رسانه:

✓ لزوم همراهی برنامه‌های رسانه با سایر استراتژی‌ها

الف) شناسایی گروه مخاطب (سن، جنسیت، طبقه اجتماعی) زمان بهره‌گیری توسط مخاطب، نیازسنجی، تأثیرپذیری از نحوه انتقال پیام، اولویت افراد در معرض خطر، میزان قابلیت پذیرش برنامه در جذب مخاطب، تکرار حداقل سه بار پیام، اطلاعات کپسولی.

ب) ارتباط با نویسندگان و کارگردانان (پرهیز از شخصیت‌پردازی افراد معتاد - پرهیز از ارائه اطلاعات غلط - توجه به عوارض مصرف و پیامدهای آن)

ج) استفاده از چهره‌های محبوب در رسانه‌ها (ورزشی - علمی - هنرپیشگان)

✓ استفاده از معتادان آسیب‌دیده در رسانه‌ها (که مصرف مواد سبب ایجاد صدمه واضح - معلولیت و یا بروز آسیب به سلامت جسمانی - روانی و اجتماعی آنان شده است). و نیز عدم استفاده از معتادان بهبود یافته

✓ استفاده از روش‌های مکمل (جلسات نقد و بررسی برنامه‌های رسانه‌ای که موجب پایداری و اثرات برنامه می‌گردد).

اجرای فعالیت‌های پیشگیری از طریق محل‌های کار و مکان‌های تجمع:

الف) آگاه‌سازی مدیران، مسئولان و کارفرمایان از خطرات اعتیاد

ب) ایجاد امکانات مشاوره و درمان

ج) وضع و اجرای قوانین مربوط به سوء مصرف، حمل یا فروش مواد مخدر در محیط کار

د) آموزش و تقویت بهداشت عمومی (مضرات مصرف و آموزش مهارت‌های انطباقی در محیط‌های پر استرس)

فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از شبکه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

- ✓ آگاه‌سازی بهورزان، بهداشت‌یاران، کارشناسان و پزشکان عمومی با آموزش و ارائه اطلاعات کافی در مورد شیوع و نوع مواد، نشانه‌های مصرف و عوامل مخاطره‌آمیز.
- ✓ کمک در جمع‌آوری اطلاعات هر منطقه.
- ✓ کمک به شناسایی افراد و گروه‌های در معرض خطر.
- ✓ ارجاع مواردی که نیاز به مشاوره یا اقدامات درمانی و خدمات حمایتی دارند.
- ✓ شناسایی و ارجاع افراد مبتلا به سوءمصرف یا اعتیاد.
- ✓ استفاده از افراد شاغل در شبکه برای آموزش چهره به چهره به روستائیان تحت پوشش خانه بهداشت به ویژه گروه‌های در معرض خطر مثل نوجوانان و جوانان و والدین آنها.
- ✓ کمک در توزیع اطلاعات و پیام‌های مکتوب به گروه‌های هدف.
- ✓ ارتباط بهورزان و کارشناسان با افراد کلیدی روستا مانند معتمدان محلی، معلمان مدارس، رهبران مذهبی و افراد داوطلب برای کسب حمایت ایشان و استفاده از همکاری آنان.
- ✓ کمک به تشکیل گروه‌های مردمی در جهت ترویج فعالیت‌های پیشگیری.

نیم نگاهی دیگر بر استراتژی پیشگیری مبتنی بر برنامه‌های گروهی:

استراتژی پیشگیری عمومی (Universal Prevention)

این برنامه برای عموم مردم (ملی - قومی - مدرسه - محله - کار) پیش‌بینی شده است و با هدف جلوگیری یا به تأخیر انداختن سوءمصرف مواد و سایر داروها است. سلامت عمومی مردم در این برنامه مهم می‌باشد.

*** استراتژی پیشگیری انتخابی (Selective Prevention)**

این برنامه برای اشخاصی در نظر گرفته شده است که در معرض خطر سوء مصرف مواد اعتیاد آور می‌باشند، مانند فرزندان دارای والدین معتاد، دانش‌آموزانی که شکست تحصیلی داشته‌اند و غیره.

* پیشگیری الزامی (موردی = ویژه) (Indicated Prevention)

این برنامه برای گروهی از مردم در نظر گرفته شده است که نشانه‌های تجربه اولیه مواد را داشته و هنوز اعتیاد پیدا نکرده‌اند. این گروه افراد پرمخاطره در نظر گرفته می‌شوند.

مروری بر روند سیاست‌ها و رویکردهای پیشگیری از اعتیاد در کشور ایران:

الف - قبل از انقلاب اسلامی: (از سال ۱۳۵۰ تا ۱۳۵۷)

در خرداد ماه سال ۱۳۵۳ با توجه به وضعیت نامناسب مصرف هروئین در مدارس کشور ایران، موضوع طی نامه ای از شاه معدوم به نخست وزیر معدوم وقت اعلام و تأکید می‌شود که نسبت به روند مصرف هروئین فکر اساسی کرده و هر چه سریعتر طرحی تهیه شده و به مرحله اجرا گذاشته شود. در این راستا و با حضور وزرای بهداشتی، علوم و آموزش عالی، آموزش و پرورش، اطلاعات و جهانگردی، تعاون و امور روستاها، رئیس شهر با نی کشور، معاون ژاندارمری کشور و کارشناسان وزارت بهداشتی، جلساتی تشکیل و طرحی به منظور پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر تدوین و به نخست وزیر معدوم ارسال می‌گردد. اسناد به دست آمده از اداره ساواک منحل طرح اجرایی مبارزه با اعتیاد و موادمخدر در رژیم گذشته بیانگر این موضوع می‌باشد که طرح مزبور با عنوان طرح اجرایی مبارزه با اعتیاد و موادمخدر در جوانان بویژه در مدارس کشور در تیر ماه سال ۱۳۵۳ در سه بعد شامل آموزش و هوشیاری افراد نسبت به خطرات موادمخدر، مبارزه با قاچاق و جلوگیری از دسترسی جوانان به موادمخدر و درمان و توانبخشی تهیه گردیده و به کلیه شیوه‌های آگاهی علیه مواد از طریق رسانه‌ها، معلمان مدارس، فیلم‌های داستانی،

برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی و بهره‌گیری از رسانه‌های نوشتاری برپایی کارگاه آموزشی درج مطالب راجع به مواد مخدر در کتب درسی رساله‌های تحقیقی دانشجویان سخنرانی‌های مذهبی و بهره‌گیری از خانه‌های فرهنگ روستایی در آن اشاره شده است. جمع‌بندی فعالیت‌های پیشگیری در دوران قبل از انقلاب اسلامی بیانگر آن است که در دوران قبل از انقلاب اسلامی علی‌رغم تدوین طرح پیشگیری از اعتیاد و تقسیم وظایف بین سازمان‌ها، متأسفانه این طرح به ورطه فراموشی سپرده شده و هیچ اقدامی انجام نپذیرفته است.

ب - پس از انقلاب اسلامی:

با توجه به شرایط فرهنگی، سیاسی و اجتماعی نحوه مواجهه با این معضل را پس از پیروزی انقلاب اسلامی به ۷ دوره زمانی متفاوت تقسیم می‌کنیم:

۱- دوره اول (۱۳۵۹ - ۱۳۵۷)

اگرچه در دوره اول هم در قوانین مصوب و هم در اظهارات مدیران مبارزه با اعتیاد لفظ پیشگیری، بکار رفته اما هرگز درک روشن و برداشت علمی از پیشگیری وجود نداشت. ضمن آنکه هرگز همین اظهارات منجر به تدوین برنامه عمل مشخص در زمینه پیشگیری نشد و مثل سایر فعالیت‌ها در حوزه کاهش تقاضا به برخی فعالیت‌های پراکنده و غیرمرتبط خلاصه شد.

نقاط قوت:

۱. توجه قانونگذاران و مجریان به امر پیشگیری و لزوم هماهنگ نمودن فعالیت‌های سازمان‌های ذیربط در این زمینه در متن مصوبات از جمله مصوبه هیئت وزیران در باره تشکیل ستاد هماهنگی مبارزه با اعتیاد.

۲. وجود نشانه‌هایی دال بر توجه برخی از مدیران دستگاه‌ها خصوصاً وزارت بهداشت و بهزیستی به بهداشت روانی و ضرورت فعالیت و هماهنگی بین دستگاه‌ها در این زمینه.

۳. توجه به ضرورت اصلاحات اجتماعی و نیز تحول در زمینه‌های فرهنگی به منظور کاهش و حذف زمینه‌های اجتماعی گرایش به مصرف مواد.

۴. اگرچه تشدید مجازات معتادان و مجرمان موادمخدر، یکی از راهکارهای کاهش عرضه محسوب می‌شود، اما در عین حال با توجه به آثار پیشگیرانه اعمال مجازات، اقدامات مذکور اثرات مشخص بر کاهش تقاضا نیز داشت.

۵. توجه به لزوم هماهنگی دستگاه‌ها به ویژه دستگاه‌های اجرایی و فرهنگی و رادیو و تلویزیون برای پیشبرد مسئله پیشگیری.

۶. تلاش برای استفاده از فرهنگ مذهبی به منظور منع مصرف مواد و تحریم آن.

نقاط ضعف:

۱. در اولویت نبودن مسئله پیشگیری چنان که طبق گفته دکتر سید حسین فخر ستاد هماهنگی مبارزه با اعتیاد پیشگیری را، پس از مبارزه با عرضه مواد و درمان معتادان، در اولویت سوم دستور کار خود قرار داد.

۲. تلقی از رویکرد پیشگیرانه، ساده‌انگارانه و غیرعلمی بود، به طوری که با دقت در محتوای سخنان مسئولان مبارزه با موادمخدر می‌توان مشاهده کرد که نگاه آنان به پیشگیری بیشتر رویکردی مبتنی بر کاهش عرضه داشت تا کاهش تقاضا. در این دوره مسئولان از پیچیدگی‌های روانشناختی و جامعه‌شناختی اعتیاد و پیشگیری غافل بودند و فعالیت‌های پیشگیرانه به اقداماتی مثل سخنرانی در رادیو و تلویزیون و یا پخش پوستر محدود شد.

۳. تلقی به شدت سیاسی از اعتیاد موجب شد تا اساساً ضرورتی برای فعالیت‌های پیشگیری احساس نشود زیرا علت العلل گرایش به اعتیاد رژیم سیاسی پیشین محسوب می‌شد که با پیروزی انقلاب حذف شده بود و لذا دلیل موجهی برای گرایش افراد جدید به اعتیاد وجود نداشت.

۴. در این دوره، مرز میان مفاهیم عرضه، تقاضا و پیشگیری مبهم بود و در بسیاری موارد با هم خلط می‌شد. هنگامی که از برنامه‌های کاهش تقاضا و پیشگیری سخن به میان می‌آمد، ذهن بیشتر مسئولان به برنامه‌های کاهش عرضه معطوف می‌گردید.

۲- دوره دوم (۱۳۶۷-۱۳۶۰):

در دوره دوم، مدیریت کاهش تقاضا کاملاً مشابه دوره اول درک روشنی از مفهوم پیشگیری نداشت و اگرچه در بین اظهارات مسئولان ضرورت انجام اقداماتی برای ممانعت از ورود افراد جدید به خیل عظیم معتادان مطرح شد، اما هرگز برنامه یا اقدام قابل توجهی در این زمینه صورت نگرفت.

نقاط قوت:

۱. دعوت مکرر و مداوم مسئولان مبارزه با موادمخدر از مطبوعات و رسانه‌های گروهی، برای فعالیت‌های فرهنگی به منظور افزایش آگاهی مردم در زمینه مضرات این مواد

۲. توجه به لزوم همکاری روحانیون با برنامه‌های پیشگیرانه و آگاهی‌بخشی به مردم به عنوان یکی از گروه‌های مرجع

مهم

۳. توجه مسئولان مبارزه با موادمخدر به ریشه‌های اعتیاد، از جمله فقر و بیکاری و نیز علل فرهنگی گرایش به اعتیاد

۴. انتشار مطالبی در باره ضرورت توجه به فعالیت‌های پیشگیرانه در مطبوعات

نقاط ضعف:

۱. عدم پیگیری جدی و عملی برنامه‌های پیشگیرانه و اکتفا به توصیه‌های اخلاقی
۲. فقدان برنامه مدون در زمینه پیشگیری
۳. ساده‌انگاری در مورد اقدامات پیشگیرانه و فقدان رویکرد علمی و ضعف دانش در این زمینه
۴. شرایط بحرانی جامعه از جمله وقوع جنگ و از اولویت خارج شدن اقدامات پیشگیرانه.

۳- دوره سوم (۱۳۷۲-۱۳۶۸):

در دوره سوم نیز جهت‌گیری اساسی بر رویکرد کاهش عرضه موادمخدر استوار بود و برنامه‌های کاهش تقاضا هنوز جایگاه واقعی خود را نداشت و لذا فعالیت‌های پیشگیرانه نیز که یکی از وجوه بنیادی رویکرد کاهش تقاضاست، آنچنان که باید مورد توجه قرار نگرفت. از سوی دیگر، قانون جدید مبارزه با موادمخدر هم ضمن توجه جدی به برنامه‌های کاهش عرضه موادمخدر و مجازات مرتکبین به مسئله پیشگیری و تبعات اجتماعی اعتیاد بی توجه بود، لذا تصویب این قانون موجب شد که همچنان رویکرد پیشگیری در ذهن و عمل مسئولان مغفول بماند و یا حتی در مواردی (حداقل در بُعد نظری) بیش از دوره دوم مورد غفلت واقع شود.

نقاط قوت:

۱. توجه به نقش تبلیغات و رسانه‌های گروهی در پیشبرد فعالیت‌های پیشگیرانه
۲. توجه به مسئله اوقات فراغت جوانان و همچنین نقش بیکاری در گرایش به اعتیاد
۳. توجه به نقش آموزش به خانواده‌ها در فعالیت‌های پیشگیرانه

۴. توجه به رویکرد پیشگیری در مجمع تشخیص مصلحت نظام و ستاد مبارزه با مواد مخدر و بر این اساس تصویب

عضویت وزیر آموزش و پرورش در ستاد

۵. توجه به طرح‌های نوین از جمله طرح «جداسازی دانش‌آموزان از والدین معتاد» در فعالیتهای پیشگیرانه که

حاکمی از اهمیت یافتن تدریجی رویکرد پیشگیری در ذهن مدیریت اعتیاد بود.

نقاط ضعف:

۱. عدم تداوم و پیگیری در اجرای برنامه‌های پیشگیرانه، از جمله توقف اجرای طرح جداسازی دانش‌آموزان از

والدین معتاد

۲. اجرای برخی طرح‌های پیشگیری به صورت موردی و بدون توجه به ارتباط، جایگاه و نقش آن در کل برنامه‌های

کاهش تقاضا که نهایتاً به طراحی و اجرای سلیقه‌ای برنامه‌ها منجر شد.

۳. عدم تناسب بین منابع و نیروی اختصاص داده شده به برنامه‌های پیشگیری و وجوه دیگر برنامه‌های کاهش تقاضا

به طوری که برنامه‌های پیشگیری در نظر و عمل اقداماتی جنبی و فاقد اهمیت قلمداد می‌شدند.

۴- دوره چهارم (۱۳۸۰-۱۳۷۳):

در این دوره با تشدید فعالیت برخی دستگاه‌های مسئول پیشگیری از جمله معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان

بهبودی، حجم فعالیت‌های اختصاص داده شده به برنامه‌های کاهش تقاضا افزایش قابل توجهی یافت و در برخی

استانهای کشور از جمله کرمانشاه طرح‌های متعدد به اجرا درآمد. در همین دوره تأکید بر ادبیات پیشگیرانه و

ضرورت انجام اقداماتی به منظور افزایش آگاهی عمومی و آموزش به مردم از طریق وسایل ارتباط جمعی، مدارس و مساجد در اظهارات مدیران کشور به سرعت گسترش یافت. در عین حال در این دوره نیز شاهد فقر علمی قابل توجهی در زمینه پیشگیری هستیم. در پاسخ به این سؤال که چرا علیرغم پذیرش اهمیت و ضرورت برنامه‌های پیشگیری در دوره چهارم مدیریت اعتیاد، هیچ گاه این رویکرد از موقعیت مناسب و قابل قبولی در برنامه‌ها برخوردار نبود؟ باید تأکید کرد هنوز در عمق اندیشه مدیریت مبارزه با اعتیاد برنامه‌های پیشگیری جدی قلمداد نمی‌شدند و ضمانت اجرای کافی برای آنها وجود نداشت. مدیریت مبارزه با اعتیاد تلاش داشت تا به سرعت به نتایج ملموس دست یابد، در حالی که برنامه‌های پیشگیری اگر در چارچوبی علمی به اجرا در می‌آمدند. تنها در چشم‌انداز میان مدت و بلندمدت آثار مشخص داشتند. از این گذشته اصرار مدیریت دستگاه‌ها بر نادیده گرفتن معضل اعتیاد در حوزه اجرایی خود اساساً موضوع برنامه‌های پیشگیری را منتفی می‌کرد. به عنوان مثال در حالی که از سال ۱۳۷۴ از سوی دستگاه‌های مختلف نسبت به ورود مواد به مدارس و احتمال اپیدمی سوء مصرف مواد در مدارس هشدار می‌دادند، مدیریت این دستگاه درک روشنی از وظایف خود در این زمینه نداشت و ضرورتی هم برای طرح بحث اعتیاد در مدارس احساس نمی‌کرد.

در هر حال مشکل عمده آن بود که برنامه‌های پیشگیری نیازمند توافق و اقدامات فرابخشی بود و نمی‌توانست در حوزه محدود یک دستگاه یا وزارتخانه فعالیت‌های قابل توجهی در این زمینه انجام شود، اما متأسفانه چنین زمینه‌ای نیز به ندرت بوجود می‌آمد.

نقاط قوت:

۱. اهمیت یافتن موضوع پیشگیری در نظرات و دیدگاه‌های مدیریت کلان کشور، سیاستگذاران و مدیران مسئول برنامه‌های مبارزه با اعتیاد.

۲. فعال شدن دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول کاهش تقاضا از جمله سازمان بهزیستی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در زمینه پیشگیری.

۳. طرح مباحث پیشگیری در مدارس و توجه جدی به نقش وزارت آموزش و پرورش در برنامه‌های پیشگیری.

۴. طرح مباحث مربوط به نقش و اهمیت پیشگیری در مراجع و ارکان نظام از جمله مجمع تشخیص مصلحت و مجلس شورای اسلامی .

۵. توجه به ضرورت تدوین برنامه ملی در حوزه کاهش تقاضا خصوصاً پیشگیری

۶. بهره‌گیری از تجارب بین‌المللی در زمینه پیشگیری از طریق همکاری و مشارکت با دفتر برنامه کنترل مواد سازمان ملل

۷. تدوین طرحها و برنامه‌های مستقل جهت گسترش فعالیت‌های پیشگیری از جمله تدوین طرح «پیشگیری از اعتیاد» به همت سازمان بهزیستی و با همکاری گروهی از متخصصان روانپزشکی

۸. تقویت رویکرد بین رشته‌ای فعالیت‌های پیشگیری از طریق برگزاری گردهمایی مشترک سازمان‌های اجرایی و با حضور روانپزشکان، مددکاران و جامعه‌شناسان

۹. آغاز فعالیت و توسعه اقداماتی که نقش مؤثر و مفیدی در پیشگیری از اعتیاد داشت از جمله راه‌اندازی مراکز مشاوره حضوری و تلفنی و فراهم نمودن امکان آموزش خانواده‌ها از این طریق.

۱۰. طرح «پیشگیری» به عنوان سیاست جدید مبارزه با مواد مخدر، در اسناد رسمی از جمله لایحه اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر

۱۱. تخصیص بودجه و ردیف اعتباری مستقل به برنامه‌های کاهش تقاضا خصوصاً پیشگیری

۱۲. تلاش برای تولید دانش و اندیشه در زمینه پیشگیری از طریق اقداماتی مثل برگزاری سمپوزیوم پیشگیری از

اعتیاد، انتشار کتاب و جزوه در این زمینه و برپایی کارگاه‌های آموزشی در دانشگاه‌ها

۱۳. توجه به توانمندسازی نوجوانان و تجهیز آنها به مهارت‌های لازم در مواجهه با مسئله اعتیاد از طریق اجرای

محدود برخی برنامه‌های افزایش مهارت و دانش در این زمینه

۱۴. توجه به اهمیت نقش سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری از جمله انجمن اولیاء و مربیان

نقاط ضعف:

۱. اختصاص کمترین سهم از درآمد ستاد مبارزه با موادمخدر به «پیشگیری»، یعنی کمتر از دو درصد از بودجه

۲. عدم تأمین اعتبار برنامه‌های پیشگیری و در نتیجه توقف طرح‌های پیشگیری از اعتیاد در بعضی استانهای کشور

۳. عدم توجه کافی به مسئله پیشگیری در اصلاحیه قانون مبارزه با موادمخدر

۴. عدم تعمیق و تداوم فعالیتهای پیشگیرانه، به خصوص در صدا و سیما و آموزش و پرورش

۵. ضعف دانش پیشگیری و اطلاعات در باره تجارب دیگر کشورها و فهم ساده‌اندیشانه از روش‌های اجرای

برنامه‌های پیشگیری مثل استفاده بیشتر از روش‌های آموزشی قدیمی مبتنی بر نصیحت و انذار مستقیم

۶. عدم توجه به برنامه‌های پیشگیری ارتقایی و همینطور نقش برنامه‌های رفاه اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد

۵- دوره پنجم (سال‌های ۱۳۸۳ - ۱۳۸۱):

در طول سال‌های فوق، آنچه بیش از هر چیز در برنامه‌ها و اقدامات مبارزه با موادمخدر شایان توجه و امعان نظر قرار گرفت، آسیب‌شناسی امر مبارزه بویژه فعالیت‌های پیشگیرانه در طول دوره‌های گذشته بوده که توسط اداره کل فرهنگی و پیشگیری دبیرخانه ستاد تحقق یافته است. بر این اساس موارد بدست آمده به شرح ذیل به اجمال بیان می‌شود:

۱-۵) طراحی ساختار مصوب:

۱۳۸۰ بر اساس مصوبه ۱۳۸۰/۳/۱۶ جلسه ۳۰۸ شورای عالی امنیت ملی در هر دستگاه باید ساختاری مناسب با آن دستگاه (واحد ویژه اداری) جهت امور مبارزه طراحی شده و مقدمات اجرایی آن فراهم شود. بر این اساس باید حداقل یک اداره کل در هر دستگاه در نظر گرفته شود تا بتواند نسبت به تحقق اهداف مورد نظر اقدام نماید.

۲-۵) تفکیک شرح وظایف دستگاه‌ها:

با توجه به آسیب‌های صورت گرفته، آشکار شد که از سنوات گذشته شرح وظایف کامل، روشن و شفافی برای دستگاه‌ها موجود نبوده و بودجه اندک اختصاص یافته گاه صرف کارهای موازی شده است. بدین ترتیب به نظر رسید که تفکیک شرح وظایف دستگاه‌ها و حرکت بر اساس این شرح وظیفه می‌تواند گام مثبتی در جهت نهادینه کردن وظایف دستگاه‌ها باشد.

۳-۵) تدوین برنامه ملی پیشنهادی راجع به پیشگیری:

یکی از نقاط ضعفی که همواره احساس می‌شد کمبود برنامه جامع ملی مبارزه با موادمخدر (شامل فقدان سیاست‌های کلان، راهبردهای ملی، فصل مدون در قانون مبارزه با موادمخدر و توجه در برنامه چهارم توسعه

اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی) در عرصه پیشگیری بود. بر این اساس استراتژی اصلی ستاد، پرداختن به مراتب چهارگانه موصوف در امر پیشگیری از مصرف موادمخدر گردید بطوریکه حجم مهمی از برنامه ها به موارد مزبور اختصاص یافت. عبارتی برنامه جامع ملی، بسان ریسمانی گردید که دانه‌های تسبیح را به یکدیگر پیوند می‌دهد.

۴-۵) فرهنگ سازی برای برنامه‌های آینده:

نوع تعامل با دستگاه‌ها باید به گونه‌ای باشد که نگاه ناظر به آینده در آن از جایگاه شایسته‌ای برخوردار گردیده و در این جهت حرکت نماید که فرهنگ پیشگیرانه در موقعیت شایسته خویش نشسته و در آینده برنامه قانونی مبارزه با موادمخدر محسوب شود.

۵-۵) ترسیم فضای عمل پیشگیرانه:

تا قبل از این پنداشته می‌شد که ما بر اساس چه الگوی رفتاری باید رفتارهای پیشگیرانه خود را سامان بخشیم اما هم اکنون با احصاء عمل پیشگیرانه در قالب‌های پنجگانه آموزش، اطلاع‌رسانی، آگاه‌سازی، تقویت فعالیت‌های جایگزین و توسعه مراکز مشاوره جایگزین، این مشکل مرتفع شده است.

۶-۵) افزایش بودجه کاهش تقاضا:

طی موارد برشمرده فوق، اکثر بودجه مربوط به مبارزه با موادمخدر طی دو دهه گذشته، صرف برنامه‌های مقابله‌ای و بعضاً درمانی شده و بودجه بسیار اندکی به بخش پیشگیری اولیه از مصرف موادمخدر اختصاص یافته است.

با تلاش‌های صورت پذیرفته و تغییر نگاه سخت‌افزاری به نرم‌افزاری چنین نتیجه گرفته شد که بایستی در جهت اثربخشی مطلوب برنامه‌ها، بودجه بخش مربوط به کاهش تقاضا افزون شود که در همین راستا حدود ۴۰٪ بودجه مبارزه به امر کاهش تقاضا با رویکرد پیشگیری اولیه اختصاص یافت.

۷-۵) تأکید بر امر پیشگیری اولیه در بحث کاهش تقاضا:

در بند پیش افزایش بودجه بخش کاهش تقاضا بیان شد، اما در اینجا باید افزود که بخش کاهش تقاضا خود به دو قسمت کلی تقسیم می‌شود.

۱- بخش پیشگیری اولیه

۲- بخش پیشگیری ثانویه و ثالثیه

در بررسی‌های بعمل آمده همانگونه که ذکر شد بودجه اندک مربوط به کاهش تقاضا تا سال ۱۳۸۱ بیش از هر چیز به امر پیشگیری ثانویه و ثالثیه (امور درمان و بازتوانی) اختصاص می‌یافت که بر اساس اعلام دستگاه‌های مسئول نیز نتیجه چندان مطلوب و رضایت‌بخش هم در پی نداشته است. با این وصف بر اساس تصمیم شایسته‌ای مقرر گردید بخش عمده‌ای از بودجه‌ای که به کاهش تقاضا اختصاص می‌یابد به بخش پیشگیری اولیه تخصیص داده شود.

۸-۵) طراحی مدل پیشگیری بر اساس ۴ محور:

۱. خانواده

۲. محیط‌های آموزشی (از مقطع پیش دبستانی تا آموزش عالی)

۳. محله‌ها

۴. محیط‌های کاری

با توجه به عرصه بسیار فراخ و گشاده فعالیت‌های پیشگیرانه و بودجه نسبتاً اندک اختصاص یافته به این امر، با اولویت بندی و محدود نمودن و تفکیک امور سعی بر آن شد تا با توجه به مدل مطلوب از منابع محدود، کمال استفاده صورت پذیرد.

۹-۵) پشوانه ادبیات نظری:

در طی سال‌های قبل (سه دوره گذشته) اقدام سازمان یافته‌ای جهت غنا بخشیدن به ادبیات نظری مبارزه فرهنگی و پیشگیری با موادمخدر صورت نگرفته است که این امر مانع عمده‌ای برای تصمیم‌سازی و نهایتاً عملیاتی کردن برنامه‌ها محسوب می‌شود.

البته باید یادآور شد در دوران فوق‌الذکر، تحقیقات و پژوهش‌های محدودی که بیش از هر چیز شاید نشأت گرفته از تعلق خاطر مجریان طرح بوده می‌توان یافت.

۱۰-۵) کنترل، بازرسی، ارزشیابی و بازبینی برنامه‌ها:

در طول سالیان گذشته، بصورت روشمند و اصولی برنامه‌های پیشگیری از مصرف موادمخدر، مورد نظارت، کنترل و ارزشیابی قرار نگرفته بود و بدین جهت بعضاً بسیاری از امور و برنامه‌های ناموفق دوباره مورد اجرا قرار گرفته و نتیجه نامطلوب پیشین را باز تولید کرده است. در برنامه جدید اقدامات پیشگیرانه بنا بر این شد با کنترل و ارزشیابی، نقاط ضعف و قوت برنامه‌ها عیان و آشکار شده تا در برنامه‌ریزی‌های آینده به مدد آید.

۱۱-۵) اجرای طرح پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد:

در این دوره کارشناسان ستادی برنامه‌های پیشگیری را مجدداً بازبینی کرده و طرح جدیدی را پیشنهاد کردند. مشارکت با محوریت اجتماع در سال ۱۳۸۱ رویکرد غالب طرح های پیشگیری از اعتیاد مطرح گردید که هدف غایی آن، ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی آحاد جامعه و اهداف اختصاصی آن شامل موارد زیر بوده است:

۱. کاهش بروز و شیوع سوء مصرف مواد در جامعه

۲. ارتقاء عوامل محافظتی

۳. کاهش عوامل خطر

راهبردهای آن نیز عبارتند از:

۱. آموزش

۲. پژوهش

۳. عمل محله ای

۴. توانمندسازی فردی

۵. حمایت گیری

۶. افزایش محیط حمایتگر

۷. اقتدارافزایی

عوامل خطر و حفاظت کننده:

عوامل خطر می توانند فرد را به سوی مصرف مواد سوق دهند ولی عوامل حفاظت کننده اثری عکس دارند. آن ویژگیها، متغیرها یا رخدادهایی است که اگر برای فرد خاص رخ دهد احتمال آن «عوامل خطر به معنای که او

دچار یک اختلال شود بیشتر از کسانی است که به طور تصادفی از بین جمعیت انتخاب شوند. بنابراین عواملی که سبب افزایش احتمال مصرف مواد می شوند، عوامل خطر نام دارند. در حیطه مصرف مواد، این عوامل شامل ویژگیهای زیست شناختی، روانشناختی، رفتاری و محیطی / اجتماعی است. عواملی نظیر سابقه خانوادگی مصرف مواد، افسردگی یا اختلال شخصیت ضد اجتماعی، و یا سکونت در مناطقی که سوء مصرف مواد وجود دارد و دیگران نیز مصرف آن را می پذیرند.

هرچه عوامل خطری که یک کودک تجربه می کند بیشتر باشد، احتمال آن که او در دوران نوجوانی و جوانی مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن را تجربه کند، بیشتر خواهد شد. از طرف دیگر پژوهشگران دریافته اند که هرچه بیشتر بتوان عوامل خطر را در زندگی کودک کم کرد - مثلاً درمان موثر اختلالات روانی، تقویت مهارتهای مدیریت خانواده در والدین و تشدید و حمایت از قوانین، ممنوعیت فروش مواد به افراد صغیر و قوانین مربوط به مصرف مشروبات الکلی و رانندگی - وی در برابر مشکلات اجتماعی و بهداشتی، کمتر آسیب پذیر خواهد بود

از سوی دیگر عوامل حفاظت کننده، عواملی هستند که در صورت وجود آنها احتمال بروز یک اختلال کاهش می یابد. عوامل حفاظت کننده ای نظیر روابط خانوادگی محکم و توانایی موفقیت و پیشرفت در مدرسه، کمک می کند تا نوجوانان در برابر مصرف مواد مخدر حفاظت شوند. پژوهش ها ثابت کرده اند که حتی اگر کودک در طول زندگی خود با تعداد قابل توجهی از عوامل خطر روبرو شود، لزوماً دچار مصرف مواد مخدر و مشکلات همراه آن نخواهد شد. کودکان زیادی هستند که هر چند در خانواده ها و محیط های پرخطر رشد می کنند، عاری از مشکل هستند. بنا بر تحقیقات متعدد، دلیل این امر، وجود عوامل حفاظت کننده ای است که احتمال بروز مصرف مواد مخدر را کاهش می دهد. پژوهش بروی عوامل خطر، وجود برخی ویژگیها و شرایط مثبت در زندگی را بررسی می کند و به دنبال فرصتی برای تقویت و حفظ آنها به منزله وسیله ای برای پیشگیری است.

شناختن عوامل خطر و حفاظت کننده مصرف مواد در یک اجتماع، یکی از اقدامات مهم در مقابله با مشکل مصرف مواد در آن اجتماع است. هر چند پژوهش های متعدد منجر به شناختن عوامل فردی و محیطی ای شده است که معمولاً در نقش عوامل خطر و حفاظت کننده عمل می کنند، ولی این عوامل مطلق و کامل نیستند. ممکن است عاملی که برای یک جوان، عامل خطر باشد برای دیگری این نقش را ایفا نکند. برخی از عوامل خطر در حوزه فردی عبارتند از:

- مهارتهای اجتماعی ضعیف

- مشکلات جسمی و روانی

- کودک کاملاً وابسته

- اعتماد به نفس پایین

-هیجان طلبی: تمایل به انجام اعمال خطرناک فیزیکی و اجتماعی بخاطر تجربه

-هیجانی جدید

- مواجهه زود هنگام (در دوران کودکی) با مواد

- فرزند والد مصرف کننده مواد

- فقدان باورهای مذهبی

- بی علافگی به مدرسه

- ترک تحصیل

- برداشتهای مثبت در مورد رفتار مصرف مواد.

- برخی از عوامل خطر در حوزه محیطی عبارتند از:

خانواده:

- کشمکش های خانوادگی / غیبت یکی از والدین به دلیل جدایی، طلاق یا مرگ

- مهارتهای فرزند پروری ضعیف

- والدین یا برادران و خواهران مصرف کننده مواد

- خشونت خانوادگی و طرد فرزند

- شرایط مالی و اقتصادی ضعیف که سبب فقدان بهره مندی از منابعی نظیر سرپناه،

-تعلیم و تربیت و خدمات بهداشتی و اجتماعی می شود.

اجتماع:

- فقدان امکانات و فعالیتهای سرگرم کننده و مفرح

- فقدان تقویت و تحکیم معیارهای فرهنگی و مذهبی

- مصرف مواد در سطح جامعه

- همسالان مصرف کننده مواد

- فقدان معیارهای تحصیلی (مرتبط با مدرسه) مثبت

- تقویت و تحکیم نشدن قوانین و هنجارها

برخی از عوامل حفاظت کننده نیز عبارتند از:

- مهارت‌های اجتماعی مناسب نظیر تصمیم‌گیری، حل مسأله، مقابله و کنار آمدن و مهارت‌های اجتماعی و بین

فردی

- استقلال و توانایی مقابله با فشارهای روانی

- داشتن شخصیت و ویژگی‌های مناسبی نظیر مثبت‌نگری، جهت‌مندی و معنا در زندگی، با اراده بودن و

پایداری

- تمایل به حضور در مدرسه

- عملکرد تحصیلی مطلوب

- داشتن افکار و نیت در جهت رفتارهای سالم

۶- دوره ششم (سال‌های ۱۳۸۴ - ۱۳۸۸) = شروع برنامه چهارم توسعه

تعبیر از رویکرد مقابله سخت‌افزاری به رویکرد پیشگیری اولیه از اعتیاد:

مهم‌ترین دلایل در تغییر رویکرد در جه‌تگیری کلان‌کشور را می‌توان به شرح ذیل برشمرد:

۱. مصون‌سازی و حفظ سلامت شهروندان از وظایف اصلی حاکمیت محسوب می‌شود.

مفهوم محوری در برنامه پیشگیری اولیه از مصرف موادمخدر، حفظ افراد مختلف جامعه و مصون ماندن آنان در

مقابل تهدیدات و آسیب‌های ناشی از موادمخدر با اصلاح روش‌ها و مهندسی مجدد اجتماعی و فرهنگی و ایجاد

تحول وسیع و پر دامنه در راستای فرهنگ سازی عمومی است. در این بعد مهم، ارتقای سلامت و تلاش در جهت توسعه شبکه سلامت جامعه از مهمترین مؤلفه ها محسوب می گردد.

۲. اقدامات مقابله‌ای صرف چندان نتیجه بخش نبوده است:

سیستم قاچاق موادمخدر همچون هشت پایی است که در صورت قطع هر یک از پاهای آن، خود به باز تولید و بازسازی عضو قطع شده می پردازد. در طول سالیان درازی که اصلی ترین شیوه مبارزه با این مواد، مقابل های سخت افزارانه و فیزیکی بوده است، هیچ نمونه ای را نمی توان سراغ جست که این شیوه به تنهایی موفق عمل نموده باشد.

۳. متنوع بودن سیستم قاچاق:

به واسطه این که سیستم قاچاق موادمخدر یک سیستم شدیداً منضبط غیردولتی است و متحمل هیچ نوع بروکراسی دست و پاگیری نیست لذا از قابلیت انطباق بسیار بالایی بهره می برد و توانایی آن را دارد تا خود را با شرایط زمانی مکانی مختلف سازگار کند. همین امر زمینه را فراهم می کند که برخوردهای انتظامی امنیتی و مقابله‌ای به تنهایی برای مهار و کنترل اعتیاد و موادمخدر در جامعه کافی نباشد.

۴. اثربخشی اقدامات پیشگیرانه:

با توجه به مشکلات فرا روی مبارزه فیزیکی و سخت افزارانه با موادمخدر به نظر می رسد فراهم آوری زمینه‌هایی جهت عدم دسترسی مطلق شهروندان به موادمخدر امکان وقوع خارجی ندارد و در هر صورت روزه‌هایی جهت ورود و عرضه موادمخدر همواره یافت می شود و از دیگر سو آنکه نتایج مثبتی که از اقدامات و فعالیت‌های پیشگیرانه به ویژه در کشورهای دیگر به دست آمده ما را به این نتیجه رهنمون می سازد که اقدامات پیشگیرانه تنها

راهکاری است که حتی در صورت وجود مواد و دسترسی آزادانه به آن فرد را از در غلطیدن به این ورطه می‌تواند بر حذر دارد. به عبارتی می‌توان در فضایی که باران می‌بارد از خیس شدن افراد جلوگیری کرد.

۵. علمی شدن مبارزه:

با توجه به پیشرفت روزافزون جهان و افزوده شدن نقش علم در زندگی آدمیان هیچ عرصه‌ای نیست که خالی از تأثیرگذاری‌های علم بوده باشد. موضوع مبارزه با موادمخدر نیز فارغ از این تأثیرپذیری نیست بر اساس پژوهش‌های فراوانی که در رابطه با مقوله مهم مبارزه با موادمخدر صورت پذیرفته و چه اندک است تحقیقات بنیادی و راهبردی در ایران نتایج بدست آمده نشان دهنده تأثیر فراوان فعالیت‌های پیشگیرانه (البته از نوع علمی تخصصی و نه سنتی) و عدم اقبال و گرایش افراد به مصرف موادمخدر است.

۶. استفاده از کلیه امکانات و ظرفیت‌ها:

عمده فعالیت‌های صورت گرفته حول موضوع موادمخدر تا قبل از این بر عهده نهادهای امنیتی، انتظامی و قضایی بوده و سهم ناچیز و بسیار اندکی از اقدامات به سایر دستگاه‌ها به ویژه دستگاه‌های فرهنگی به فعالیت‌های مبارزه با موادمخدر اختصاص می‌یافت. بدین ترتیب از توانایی و امکانات نهادهای فرهنگی استفاده مناسب و بهینه‌ای در این امر سرنوشت ساز صورت نمی‌گرفت با تأکید بر مقوله پیشگیری از مصرف موادمخدر مقرر گردید دستگاه‌های فرهنگی نیز نقش شایان توجهی ایفا نموده و بر جایگاه شایسته خویش مستقر شوند.

۷. فراگیر شدن و گستره وسیع تغییر الگوی مصرف:

مصرف موادمخدر هرگز به غیر از دوره کنونی فراگیر و توده وار نبوده است و تنها در دوره کنونی است که همگان امکان تهیه و مصرف مواد را دارد. بر این اساس باید شیوه هایی در مبارزه مورد توجه قرار می گرفت که توان مقابله با گستردگی و فراگیری و تغییر الگوی مصرف را داشته باشد.

۸. نگاه ناظر به آینده:

با توجه به اینکه نمی توان همواره افراد را در مراقبت کامل دیگران قرار داد تا در جهت آلودگی گام برندارند شایسته است آنها را آنچنان توانمند نمود تا در صورت نبود هیچگونه مراقبی و در عین حال وجود موادمخدر افراد بتوانند از این امر دوری نمایند. با توجه به دلایل فوق و دلایل متعدد دیگر باید افزود استراتژی پیشگیری اولیه از مصرف موادمخدر بعنوان استراتژی برتر و مؤثرترین روش کاهش اعتیاد در جامعه کنونی ایران برگزیده شد.

بر این اساس فعالیت های پیشگیرانه که از سال ۱۳۸۵ بعنوان محوری ترین اقدامات مبارزه با موادمخدر برگزیده شده بود در چهار محور ذیل تداوم یافت.

الف - خانواده

با توجه به اینکه خانواده دیرپاترین و خردترین نهاد اجتماعی است ظرف سال گذشته به تدریج از کارکرد اصلی خود دورمانده است یکی از این کارکردهای اصلی آموزش کودکان و نوجوانان و تلاش در جهت اجتماع پذیر نمودن هر چه بیشتر آنهاست برنامه های پیشگیرانه بر آن است با یادآوری و آشنایی خانواده ها با نقش خود در رابطه با اقدامات پیشگیرانه گام های بنیادین در این زمینه بردارد.

ب - محیط های آموزشی (از پیش دبستانی تا آموزش عالی)

آموزش در افزایش دانش و تغییر نگرش منتهی به تغییر رفتار نقش فراوانی دارد. آموزش رسمی در این میان از جایگاه ارزشمند و پراهمیتی برخوردار است. برنامه ریزان پیشگیری بر آن هستند با برنامه های مدون و تعریف شده برای کودکان، نوجوانان و جوانان از مرحله پیش دبستانی تا پایان دوره آموزش عالی از پتانسیل آموزش رسمی در جهت اهداف پیشگیرانه نهایت استفاده صورت گیرد.

ج - محیط های کار

محیط های کار (اداری، تولیدی و نظامی) از جمله نقاط آسیب زایی هستند که در صورت ورود مواد مخدر به این محیط ها، به آسانی شاهد شیوع مصرف این مواد در این نقاط خواهیم بود. اجرای برنامه های پیشگیرانه در محیط های کار از جمله اقداماتی است که می تواند منافع بسیاری را از حیث فردی، اجتماعی و ملی نصیب نظام مقدس جمهوری اسلامی نماید.

د - محله ها

از جمله اقدامات تأثیر گذار در رابطه با برنامه های پیشگیرانه، زنجیروار بودن این اقدامات و مداومت آن است. با توجه به پوشش محیط خانواده، محیط های آموزشی و محیط های کاری، از طریق برنامه های پیشگیرانه، محله ها از جمله نقاطی است که با تحت پوشش قرار دادن آن، سراسر سپهر زندگی یک انسان تحت پوشش برنامه های پیشگیرانه قرار خواهد گرفت. جملگی فعالیت ها در محیط های فوق الذکر از طریق پنج فرآیند آموزش، آگاه سازی، اطلاع رسانی، توسعه و تقویت فعالیت های جایگزین و مشاوره صورت می پذیرد. این فرآیندهای پنج گانه در هر برنامه متناسب با ویژگی های جمعیت گروه هدف و منطقه ای که برنامه می خواهد در آنجا اجرا شود، متفاوت است.

قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

مقدمه:

از سال ۱۳۸۴ مصادف با شروع قانون برنامه چهارم توسعه و علیرغم سکوت برنامه های اول، دوم و سوم توسعه (از سال ۱۳۶۸ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی) ماده ۹۷ «ز» تا سال ۱۳۷۳ برای اولین در بند (ز) ماده فوق قرار گرفت و مقرر گردید اقدامات موضوع مبارزه با موادمخدر و روان گردان در دستور کار قانونگذار قرار گرفت.

الف) بند ((ز)) ماده ۹۷ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران:

« تهیه طرح ملی مبارزه با موادمخدر و روان گردان بر اساس محورهای ذیل:

۱. پیشگیری از اعتیاد به موادمخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی های ملی.
۲. در اولویت قرار دادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کار درمانی، آموزش مهارت های زندگی سالم، روان درمانی، درمان اجتماع مدار معتادان و بهره گیری از سایر یافته های علمی و تجارب جهانی و اقدامها و برنامه ریزی های عملی.
۳. جلوگیری از تغییر الگوی مصرف موادمخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی.
۴. جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت های مجرمانه موادمخدر و روان گردانها.
۵. به کار گرفتن تمام امکانات و توانمندی های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت موادمخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

۶. تقویت نقش مردم و سازمان‌های غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

در همین راستا طبق سند فرابخشی ویژه اعتیاد برنامه چهارم از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ طرح‌ها و پروژه‌ها، دستگاه‌های مسئول (مجری)، دستگاه‌های همکار و زمان اجرای پروژه‌های (در سال‌های تعیین شده) تعیین و به دستگاه‌های ذیربط ابلاغ گردید.

بخشی از مفاد سند فرابخشی به شرح ذیل بوده است:

ب) حوزه فرهنگی و پیشگیری از اعتیاد:

افزایش عوامل محافظت‌کننده در جامعه بعنوان اولویت برتر در مقابل تهدیدات و آسیب‌های ناشی از موادمخدر، روان‌گردان‌ها و سایر مواد مرتبط، بمنظور مصون‌سازی آحاد سالم و در معرض خطر جامعه با بهر‌هگیری از کلیه منابع و امکانات بخش دولتی، غیردولتی و بین‌المللی.

راهبردهای پیشگیری اولیه:

◀ توسعه برنامه‌های آموزشی (مهارت‌های زندگی، اجتماعی و اعتقادی)

◀ اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی

◀ توسعه و تقویت فعالیت‌های جایگزین (ورزشی، هنری و ...)

◀ توجه به اقدامات پیشگیرانه اجتماع محور

◀ تربیت کادر متخصص و حرف‌های در عرصه پیشگیری

◀ توانمندسازی سازمان‌های غیردولتی

◀ همکاری‌های بین‌بخشی دستگاه‌های فرهنگی

◀ ارزشیابی فعالیت‌های پیشگیری

◀ برنامه‌های مداخله‌ای (توسعه مراکز مشاوره، حمایتی و مددکاری)

◀ بکارگیری تحقیقات کاربردی و بنیادی

کانون‌های اصلی پیشگیری اولیه:

◀ خانواده

◀ محیط‌های آموزشی (از مقطع پیش دبستانی تا آموزش عالی)

◀ محله‌ها

◀ محیط‌های کار و مراکز تفریحی و تجمعی (سیاست‌های کلی مبارزه با موادمخدر، ۱۳۸۵)

سیاست‌های کلی مبارزه با موادمخدر ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری در عرصه پیشگیری مورخ ۱۰/مهرماه/۸۵:

در دهم مهر ماه سال ۱۳۸۵ اتفاق جدیدی در حوزه فعالیت‌های پیشگیرانه صورت گرفت و آن ابلاغ سیاست‌های

کلی مبارزه با موادمخدر از سوی رهبر معظم انقلاب می‌باشد. بندهای ۹ و ۱۰ بصورت اختصاصی به اقدامات

پیشگیرانه توجه شده است، این سیاست‌ها که از توسعه یافتگی کامل برخوردار می‌باشند، بر اساس بندهای فوق

مقرر گردید که همه دستگا‌ها در خصوص پیشگیری از مصرف موادمخدر اقدامات اساسی را انجام دهند که در

این راستا فعالیت‌های مناسبی طی سال‌های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۸۸ صورت پذیرفته است. سیاست‌های کلی مبارزه با

موادمخدر که از سوی مقام معظم رهبری تصویب و ابلاغ شده به شرح ذیل می‌باشد:

۱. مبارزه فراگیر و قاطع علیه کلیه فعالیت‌ها و اقدامات غیرقانونی مرتبط با موادمخدر و روان‌گردان و

پیش‌سازهای آنها از قبیل کشت، تولید، ورود، صدور، نگهداری و عرضه مواد.

۲. تقویت، توسعه، تجهیز و استفاده فراگیر از امکانات اطلاعاتی، نظامی، انتظامی و قضایی برای شناسایی و تعقیب و انهدام شبکه‌ها و مقابله با عوامل اصلی داخلی و بین‌المللی مرتبط با موادمخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آنها.

۳. تقویت، تجهیز و توسعه یگان‌ها و مکانیزه کردن سامانه‌های کنترلی و تمرکز اطلاعات به منظور کنترل مرزها و مبادی ورودی کشور و جلوگیری از اقدامات غیرقانونی مرتبط با موادمخدر، روان‌گردان و پیش‌سازهای آنها و تقویت ساختار تخصصی مبارزه با موادمخدر در نیروی انتظامی و سایر دستگاه‌های ذیربط.

بند ۴- اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از موادمخدر و روان‌گردان با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیردولتی با تأکید بر تقویت باورهای دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزش و تربیت و مراکز فرهنگی و عمومی.

۵. جرم‌انگاری مصرف موادمخدر و روان‌گردان و پیش‌سازهای آنها جز در موارد علمی، پزشکی، صنعتی و برنامه‌های مصوب درمان و کاهش آسیب.

۶. ایجاد و گسترش امکانات عمومی تشخیص، درمان، بازتوانی و اتخاذ تدابیر علمی جامع و فراگیر با هدف:

- درمان و بازتوانی مصرف‌کنندگان.

- کاهش آسیب‌ها.

- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف از مواد کم خطر به مواد پر خطر.

۷. اتخاذ تدابیر لازم برای حمایت‌های اجتماعی پس از درمان مبتلایان به موادمخدر و انواع روان‌گردان در زمینه اشتغال، اوقات فراغت، ارائه خدمات مشاوره و پزشکی و حمایت‌های حقوقی و اجتماعی برای افراد بازتوانی شده و خانواده‌های آنها.

۸. تقویت و ارتقاء دیپلماسی منطقه‌ای و جهانی مرتبط با موادمخدر و روان‌گردان در جهت:

- هدفمند کردن مناسبات

- مشارکت فعال در تصمیم‌سازی‌ها، تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات مربوط.

- بهره‌برداری از تجارب و امکانات فنی، پشتیبانی و اقتصادی کشورهای دیگر و سازمان‌های بین‌المللی.

- فراهم کردن زمینه اقدام مشترک در جلوگیری از ترانزیت موادمخدر.

بند ۹- اتخاذ تدابیر لازم برای حضور جدی مردم و خانواده‌ها در زمینه‌های پیشگیری، کاهش آسیب و درمان معتادان.

بند ۱۰- توسعه مطالعات و پژوهش‌های بنیادی، کاربردی و توسعه‌ای در امر مبارزه با موادمخدر و روان‌گردان و پیشگیری و درمان معتادان با تکیه بر دانش روز دنیا و استفاده از ظرفیت‌های علمی تخصصی ذیربط در کشور.

بند ۱۱. ارتقاء و اصلاح ساختار مدیریت مبارزه با موادمخدر و روان‌گردان به منظور تحقق سیاست‌های کلی نظام و سرعت بخشیدن به فعالیت‌ها و هماهنگی در اتخاذ سیاست‌های عملیاتی و کلیه اقدامات اجرایی و قضایی و حقوقی.

۷- دوره هفتم (سال های ۱۳۸۸ - ۱۳۹۲): قانون برنامه پنجم توسعه

در این دوره نیز با تهیه و تدوین سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد توسط یک گروه ۳۰ نفره از متخصصان عرصه پیشگیری اولیه از اعتیاد در چهار گروه تخصصی:

۱- روانشناسی و روانپزشکی

۲- جامعه‌شناسی

۳- حقوق و جرم‌شناسی

۴- مدیریت پیشگیری رویکردهای این عرصه با توجه به استانداردهای بین‌الملل ترسیم گردید.

-تهیه، تدوین و ابلاغ سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد:

مقدمه:

این سند حاصل تلاش فشرده و مستمر ۳۰ نفر از اساتید، متخصصان و صاحب‌نظران در زمینه اعتیاد و پیشگیری اولیه از آن می‌باشد. بنابراین می‌توان این سند را ماحصل توان و ظرفیت‌های علمی کنونی کشور در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد قلمداد کرد. در تدوین سند تلاش شد تا حداکثر مشارکت دستگاه‌ها و سازمان‌های مسئول فرهنگی و پیشگیری در سطوح ملی و استانی جلب شود. از این رو می‌توان آن را برآیند نظرات و دیدگاه‌های متنوع کارشناسی در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد دانست.

برای تدوین سند از آغاز، چارچوب و روش تدوین اسناد فرابخشی در برنامه چهارم توسعه در نظر گرفته شد تا به این ترتیب هماهنگی بین این سند و دیگر اسناد ملی مرتبط لحاظ شود. اسناد ملی توسعه ویژه (فرابخشی) در اجرای مفاد بندهای الف و ج ماده ۱۵۵ قانون برنامه چهارم توسعه با اتکا به سند چشم‌انداز بلند مدت (بیست ساله) تدوین

شده‌اند. براین اساس در اسناد فرابخشی ضمن ارائه تفصیلی توصیف وضع موجود، پس از تحلیل وضعیت و تعیین مشکلات و تنگناها، فرصت‌ها و چالش‌ها و هدف‌گذاری‌های مشخص، سیاست‌ها و اقدامات اجرایی تدوین می‌شوند. بر این اساس یکی از وجوه ممیزه این سند در مقایسه با دیگر اسناد پیشین در زمینه پیشگیری اولیه از اعتیاد، رویکرد جامع آن در کادر نظام برنامه‌ریزی ملی می‌باشد.

در این سند همچنان که در متن آن لحاظ شده، پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاهگاهی، سوء مصرف و وابستگی است. لازم به توضیح است که دیگر راهکارهای امر مبارزه شامل کاهش عرضه، درمان و زیانکاهی به رغم اهمیت (با توجه به بند ۱۵ مصوبه جلسه ۱۲۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر) در این سند به آنها پرداخته نشده است.

- ضرورت‌ها و نیازها برای تدوین سند :

- ✓ روند نامطلوب بروز اعتیاد در کشور
- ✓ تکالیف قانونی در زمینه پیشگیری از مشکلات اجتماعی
- ✓ تکالیف قانونی اختصاصی در زمینه پیشگیری از اعتیاد
- ✓ هزینه- فایده پیشگیری در مقایسه با سایر اقدامات کاهش تقاضا (درمان، کاهش زیان)
- ✓ تغییرات سریع در الگوی مصرف مواد و اعتیاد
- ✓ تأثیرات محدود اقدامات کاهش عرضه در کنترل مصرف

- هدف غایی سند: کاهش میزان بروز اعتیاد به مواد در کشور.

- تعیین اهداف طرح:

در متن سند هدف کلان پیش بینی شده عبارت است از کاهش میزان بروز اعتیاد به مواد در کشور. به علاوه هدف کمی سند نیز قرار دادن حداقل ۴۰ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش برنامه‌های استاندارد پیشگیری در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۴) می‌باشد. در عین حال از بدو آغاز تدوین سند اهداف اختصاصی زیر مورد نظر بوده است:

- تقویت رویکرد و مداخلات فرابخشی پیشگیری از اعتیاد (به جای نگرش بخشی و دستگاهی)
- تقویت هماهنگی و همکاری‌های بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتیاد
- تسهیل اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد، رفع موانع اداری و تقویت ضمانت‌های اجرایی لازم برای این برنامه
- کاهش و رفع موانع موجود برای اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد
- تقویت رویکرد علمی در فرآیند تولید دانش فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد
- تعیین سهم دستگاه‌ها و تبیین وظایف و حدود انتظارات از آنها
- تقویت مشارکت در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد به ویژه از نوع جماعت محور و شوراهای اسلامی شهر و روستا
- تقویت پژوهش در زمینه پیشگیری از اعتیاد
- تقویت ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد
- ارتقای دانش پیشگیری و آموزش و ارتقای نیروی انسانی فعال در حوزه پیشگیری
- تقویت و تشویق تدوین و اجرای برنامه‌های غیرمتمرکز پیشگیری در استان‌ها با رویکرد جماعت محور
- استاندارد سازی اقدامات به جای برنامه‌های توده‌ای و ناهمگون

- عدم تمرکز در اجرا و توجه به نقش شوراهای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استانها

روش و مراحل تدوین:

سند در چهار مرحله به شرح زیر تدوین شد:

مرحله اول - تشکیل کمیته تدوین سند و تدوین پیش نویس (ویرایش اول) سند

تا پیش از شروع تدوین این سند، قوانین، مقررات و برنامه‌هایی برای پیشگیری از اعتیاد تدوین و تصویب شده که متأسفانه به دلیل موانع موجود یا کاستی‌های آن اسناد کمتر به اجرا در آمده‌اند. بر این اساس کمیته تدوین سند در وهله اول اسناد مذکور را گردآوری و پس از بازبینی و تحلیل محتوای آنها اولین نسخه سند را تدوین کرد. برخی از مهمترین این اسناد عبارت بودند از:

۱- قانون اساسی

۲- سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی)

۳- کنوانسیون‌ها و اسناد بین‌المللی

۴- قانون برنامه چهارم توسعه

۵- قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۷۶)

۶- قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

۷- قانون تشکیل نیروی انتظامی، سازمان بهزیستی، وزارت بهداشت، و دیگر دستگاه‌های ذیربط

۸- اسناد پیشینی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد از جمله: طرح مبارزه با اعتیاد (مصوب ۱۳۵۳)، آیین نامه پیشگیری از اعتیاد (مصوبه جلسه ۶۳ ستاد مورخ ۱۳۷۷/۱۱/۶) و

۹- طرح جامع کنترل و کاهش مشکلات اجتماعی: وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

مرحله دوم - جمع آوری دیدگاه صاحب نظران درباره نسخه اول سند

در این مرحله ویرایش اول توسط کمیته تدوین سند برای جمعی از افراد صاحب نظر ارسال شد. این افراد همگی دارای سابقه اجرایی و علمی در زمینه پیشگیری از اعتیاد بودند و در چهار گروه تخصصی (۱) روانشناسی و روانپزشکی (۲) جامعه شناسی (۳) حقوق و جرم شناسی (۴) مدیریت پیشگیری قرار داشتند از افراد مذکور درخواست شد در موعد مقرر نظرات مکتوب خود را در خصوص سند (ویرایش اول) اعلام کنند. علاوه بر این فرصتی برای اعلام نظرات به صورت حضوری نیز در اختیار افراد قرار داده شد. در نهایت پس از جمع بندی همه نظرات، ویرایش دوم سند تدوین شد.

مرحله سوم - برگزاری کارگاه مشورتی و تدوین ویرایش سوم سند

در این مرحله ویرایش دوم سند در کارگاه مشورتی یک روزه با حضور همکاران تدوین سند مورد بحث و بررسی قرار گرفت. با اعمال نتایج حاصل از این کارگاه ویرایش سوم سند تدوین شد.

مرحله چهارم - جمع آوری دیدگاه صاحب نظران درباره نسخه سوم سند

در این مرحله از همه دستگاه های عضو کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد [اعضای کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد عبارتند از: وزارت آموزش و پرورش - وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - نیروی انتظامی - نیروی مقاومت بسیج - سازمان صدا و سیما - سازمان

زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی - سازمان تربیت‌بدنی - سازمان بهزیستی کشور - سازمان تبلیغات اسلامی - سازمان ملی جوانان - دانشگاه آزاد اسلامی - کمیته امداد امام خمینی (ره) - وزارت کشور (معاون امور اجتماعی) - نماینده ستاد کل نیروهای مسلح ج.ا.ایران - وزارت کار (بعنوان مدعو) - شهرداری (بعنوان مدعو) و اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد (دبیر کمیته)، برخی شوراهای هماهنگی استان‌ها و افراد صاحب‌نظر مشارکت‌کننده در مراحل اول تا سوم دعوت شد تا دیدگاه‌های خود را درباره ویرایش سوم سند به طور مکتوب ارائه دهند. نتایج حاصل از اجرای این مرحله به تدوین ویرایش چهارم سند انجامید.

پس از تدوین ویرایش چهارم، سند مذکور مجدداً در جلسه مورخ ۱۷ فروردین ۱۳۸۹ کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد ارائه تا اعضا نظر نهایی خود را درباره آن اعلام نمایند. سپس سند مورد اشاره در جلسه مورخ ۳۰ فروردین ۱۳۸۹ شورای راهبردی ستاد با حضور مشاور محترم رئیس جمهور و دبیر کل وقت ستاد بررسی و نظرات اعضای این شورا نیز اخذ شد. در این فاصله نیز مجدداً نظرات مکتوب دستگاه‌های عضو و مرتبط کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد دریافت گردید.

متعاقباً مفاد سند در جلسه ۱۲۵ ستاد مبارزه با مواد مخدر (مورخ ۸۹/۴/۲) با حضور ریاست محترم جمهور و اعضا ستاد و نیز در جلسه کمیته فرهنگی و پیشگیری ستاد (مورخ ۸۹/۷/۲۷) و همچنین جلسه ۱۲۶ ستاد مورخ ۸۹/۱۲/۷ با حضور اعضای ستاد توسط دبیر کمیته تدوین سند مطرح و به تصویب رسید. این سند نهایتاً در اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۰ توسط وزیر وقت کشور و دبیر کل ستاد به کلیه دستگاه‌های اجرایی کشور جهت اجرا ابلاغ گردیده و اکنون نزدیک به سه سال از عمر سند می‌گذرد و کلیه برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در راستای این سند و در قالب تفاهم نامه با دستگاه‌های فرهنگی و پیشگیری در حال اجرا می‌باشد.

- هدف کمی: قراردادادن حداقل ۴۰ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش برنامه‌های استاندارد
پیشگیری در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۹۰.

- سیاست‌ها، اصول و موازین سند:

سیاست اول: مدیریت پیشگیری از اعتیاد باید به کلیه رویدادها و تصمیمات خارج از حیطه اختیارات خود از حیث
اثر آنها بر بروز اعتیاد حساس باشد و با آنها در جهت کاهش بروز اعتیاد تعامل فعال کند.

سیاست دوم: مدیریت مبارزه با اعتیاد باید راهبرد پیشگیری را بر سایر راهبردهای مبارزه با اعتیاد در برنامه و بودجه
اولویت دهد.

سیاست سوم: هر سه نوع مداخلات پیشگیری همگانی، انتخابی، و موردی باید به نحو متوازن اجرا شوند.

سیاست چهارم: مداخلات پیشگیرانه باید بر بالاترین سطح شواهد موجود متکی باشند.

سیاست پنجم: در کلیه مداخلات پیشگیرانه باید سازوکارهای پایش و ارزشیابی مداوم آنها پیش‌بینی و اعمال گردد.

سیاست ششم: مداخلات پیشگیرانه با مشارکت حداکثری سازمان‌های مردم‌نهاد و به ویژه سازمان‌های
جماعت‌محور در همه مراحل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی، انجام می‌پذیرد. از قابلیت‌های بخش
خصوصی نیز حداکثر استفاده را در اجرای برنامه‌ها به عمل می‌آورد.

سیاست هفتم: مداخلات پیشگیرانه باید با مشارکت سازمان‌ها در سطوح ملی، استانی و محلی در همه مراحل
سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی، انجام شوند.

سیاست هشتم: در مداخلات پیشگیرانه باید به تفاوت‌های فرهنگی، دینی و مذهبی، اجتماعی، اقتصادی و جنسیتی، توجه شود و به ویژه از ظرفیت‌های موجود در نهادهای دینی و فرهنگ مذهبی در چارچوب فریضه امر به معروف و نهی از منکر بهره‌برداری مطلوب صورت پذیرد.

سیاست نهم: مداخلات انتخابی و موردی در هر گروه هدف باید بر اساس مهمترین عوامل خطر و محافظ و مهمترین فرایندهای تاب‌آوری در آن گروه طراحی شوند.

سیاست دهم: استفاده از همکاری‌های بین‌المللی و تجارب دیگر کشورها در مداخلات باید مورد توجه قرار گیرد. سیاست یازدهم: مداخلات پیشگیری باید مستمر و پایدار باشند.

سیاست دوازدهم: پیشگیری از اعتیاد در مصرف مواد باید به عنوان رسالت و فرهنگ عموم حاکم بر کلیه دستگاه‌ها تلقی گردیده ضمن آنکه در مداخلات پیشگیرانه باید به همکاری بین بخشی و مشارکت مؤثر همه سازمان‌های تأثیرگذار دولتی توجه شود.

سیاست سیزدهم: باید با در نظر گرفتن شیوع مصرف مواد گوناگون، عوارض آنها و تغییرات بروز مداخلات پیشگیرانه متناسب در کانون‌های هدف مورد توجه واقع شود.

راهبردها، برنامه‌های ملی و پروژه‌ها:

راهبرد اول:

رصد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مرتبط با اعتیاد) در جهت مسئول‌سازی و همراه‌سازی دستگاه‌های دخیل

هدف راهبردی:

توجه دادن متولیان مربوطه در خصوص کاهش اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی افزایش اعتماد و افزایش اثر تعیین‌کننده‌های اجتماعی کاهش اعتماد.

برنامه ملی اول:

برنامه ملی پایش و بازخورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتماد

تعداد پروژه‌ها: ۵

راهبرد دوم:

اصلاح و چابک‌سازی ساختار و نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتماد

اهداف راهبردی:

متناسب‌سازی ساختار و بازمهندسی فرآیندهای پیشگیری از اعتماد در جهت نهادینه‌سازی برنامه‌های پیشگیری از اعتماد در سازمان‌های اجرایی، تمرکززدایی، تسهیل در اجرا، تقویت منابع و ایجاد ضمانت‌های اجرایی برنامه‌ها بر اساس پایش و ارزشیابی.

برنامه ملی دوم:

برنامه ملی اصلاح نظام مدیریت بخشی و فرابخشی پیشگیری از اعتماد

تعداد پروژه‌ها: ۶

راهبرد سوم:

توسعه دانش و فناوری و تولید منابع علمی پیشگیری از اعتیاد

هدف راهبردی:

ارتقای کیفی برنامه‌های پیشگیری بر اساس دانش و شرایط بومی جهت تضمین اثربخشی آنها بر

گروه‌های هدف

برنامه ملی سوم:

برنامه ملی توسعه علم پیشگیری از اعتیاد

تعداد پروژه‌ها: ۹

راهبرد چهارم:

توسعه مشارکت مردمی در امر پیشگیری از اعتیاد

هدف راهبردی:

مشارکت اجتماعی فراگیر پیشگیری از اعتیاد

برنامه ملی چهارم:

برنامه ملی ارتقای مشارکت عمومی و نهضت پیشگیری از اعتیاد

تعداد پروژه‌ها: ۵

راهبرد پنجم:

توسعه خدمات پیشگیری از اعتیاد

هدف راهبردی اول:

کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در خانواده

برنامه ملی پنجم:

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به خانواده‌ها

تعداد پروژه‌ها: ۴

راهبرد پنجم:

توسعه خدمات پیشگیری از اعتیاد

هدف راهبردی دوم:

کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در محیط‌های آموزشی

برنامه ملی ششم:

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های آموزشی

تعداد پروژه‌ها: ۱۳

راهبرد پنجم:

توسعه خدمات پیشگیری از اعتیاد

هدف راهبردی سوم:

کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در محیط‌های کار

برنامه ملی هفتم:

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار

تعداد پروژه‌ها: ۲

راهبرد پنجم:

توسعه خدمات پیشگیری از اعتیاد

هدف راهبردی چهارم:

کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در جماعت‌ها

برنامه ملی هشتم:

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جماعت‌ها

تعداد پروژه‌ها: ۳

راهبرد پنجم:

توسعه خدمات پیشگیری از اعتیاد

هدف راهبردی پنجم:

کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ در جامعه

برنامه ملی نهم:

برنامه ملی ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد به جامعه

تعداد پروژه‌ها: ۷

- استراتژی‌های اساسی سند :

✓ توسعه برنامه‌های آموزشی (مهارت‌های زندگی، اجتماعی و اعتقادی)

- ✓ اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی
 - ✓ توسعه و تقویت فعالیت‌های جایگزین (ورزشی، هنری و ...)
 - ✓ توجه به اقدامات پیشگیرانه اجتماع محور
 - ✓ تربیت کادر متخصص و حرفه‌ای در عرصه پیشگیری
 - ✓ توانمندسازی سازمان‌های غیردولتی
 - ✓ همکاری‌های بین‌بخشی دستگاه‌های فرهنگی
 - ✓ ارزشیابی فعالیت‌های پیشگیری
 - ✓ برنامه‌های مداخله‌ای (توسعه مراکز مشاوره، حمایتی و مددکاری)
 - ✓ بکارگیری تحقیقات کاربردی و بنیادی
- کانون‌های اصلی پیشگیری اولیه در سند:

- ✓ خانواده
- ✓ محیط‌های آموزشی (از مقطع پیش‌دبستانی تا آموزش عالی)
- ✓ محله‌ها
- ✓ محیط‌های کار و مراکز تفریحی و تجمعی .

مروری بر تجربه برخی از کشورهای پیشرو در امر پیشگیری اولیه از اعتیاد در جهان:

پدیده سوء مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها در ابعاد اقتصادی امنیتی اجتماعی سیاسی فرهنگی بهداشتی به قدری عمیق و وسیع می‌باشد که امروزه هیچ کشوری در جهان اعم از فقیر و غنی در حال توسعه و توسعه یافته از هجوم آن در امان نمی‌باشد. وجود این سراب خطرناک موجب شده که دولتها با ریشه یابی دقیق و بر اساس مقتضیات زمان و مکان، ضمن توجه خاص به این موضوع، اقدام به سیاستگذاری تدوین قوانین و برنامه‌ریزی مناسب نموده تا نسبت به مهار و کنترل این بحران جهانی در کشور خود مبادرت ورزند.

به همین منظور برای آشنایی و شناخت هر چه بیشتر الگوها و سیاستهای کشورهای دست در گریبان با این معضل جهانی، بر آن شدیم تا به بررسی روند استراتژی برخی از کشورها از جمله آمریکا، انگلستان، اسپانیا، آلمان، سوئیس، فرانسه، هلند، بلژیک، اسکاتلند، ویتنام، ژاپن، هنگ کنگ، افغانستان، پرتغال،

مجارستان، لهستان، پاکستان، بلغارستان، هند پرداخته و سپس در پایان دستاوردهای مشترک اینگونه کشورها در عرصه مبارزه ارائه خواهد شد.

-پیشینه سیاست‌ها و رویکردهای پیشگیری اولیه از اعتیاد در جهان:

✓ ماده ۳۸ از کنوانسیون مواد مخدر سال ۱۹۶۱ و اصلاحیه آن در ماده ۱۵ سال ۱۹۷۲ و نیز ماده ۲۰ کنوانسیون مواد روان‌گردان سال ۱۹۷۱ و بند ۴ ماده ۱۴ کنوانسیون ۱۹۸۸ «تأکید بر بکارگیری همه ابزارهای علمی برای پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها و کاهش تقاضای آن.»

✓ بیانیه سیاسی اصول راهنمای کاهش تقاضا (پیشگیری) و دیگر مصوبات بیستمین اجلاس ویژه مجمع عمومی ملل متحد. (نیویورک ۱۹۹۸)

- نتایج کنوانسیون‌ها بعنوان زیربنای سیاست‌های عرصه پیشگیری:

- ✓ اولویت قائل شدن به موضوع پیشگیری اولیه از سوء مصرف.
- ✓ توجه جدی به تقویت نقش مذهب.
- ✓ در نظر گرفتن فرهنگ بومی.
- ✓ جنسیت افراد.
- ✓ همکاری‌های سازمان‌های دولتی با سازمان‌های غیردولتی و بهره‌گیری از بخش خصوصی به منظور بسیج عمومی.
- ✓ بهره‌گیری از رسانه‌ها برای ارائه اطلاعات علمی و معتبر.
- ✓ بهره‌گیری از اینترنت برای تعلیم و تربیت در عرصه پیشگیری.
- ✓ تقدم مبارزه با محرک‌های گروه‌های آفتماین.
- ✓ استمرار اقدامات متناسب با نیازهای گروه‌های هدف.
- ✓ ضمانت اجرایی برنامه‌ها.
- ✓ تقسیم مسئولیت‌ها.
- ✓ ضرورت ارزشیابی برنامه‌ها.

تجربه برخی از کشورهای پیشرو در امر پیشگیری از اعتیاد:

آمریکا:

همانگونه که بیان گردید استراتژی کشور آمریکا در امر مبارزه با موادمخدر با توجه به قوانین موضوعه و مبتنی بر دیدگاه کلی‌نگر و بلند مدت نسبت به معضل موادمخدر به مؤلفه‌های پیشگیری، درمان، پژوهش، برخورد قهریه،

حفاظت مرزی، کاهش عرضه موادمخدر و همکاری‌های بین‌المللی اختصاص یافته است. بر این اساس قانون‌گذار و دولتمردان این کشور معتقدند که هیچ رویکرد واحدی به تنهایی توان مقابله با این چالش پیچیده را نخواهد داشت. بنابراین اجماع کلی بر این موضوع استقرار یافته که پیشگیری از موادمخدر، آموزش و درمان، افزایش دانش و آگاهی مردم از معضل موادمخدر به موازات انجام پژوهش در عرصه کاهش تقاضا و تقویت برخورد انتظامی می‌بایست مورد اقدام واقع گردد.

هدف نهایی استراتژی آمریکا کمک به افرادی است که با موادمخدر درگیر بوده و جهت تبری آنان از جرم و نیز بازگشت‌شان به جامعه به عنوان یک فرد خلاق و متکی به نفس اقدامات وسیعی در حال انجام است. بر این اساس رویکرد درمان از اولویت خاصی برخوردار بوده به طوری که روند فعالیت‌های پژوهشی، سیستم قضایی، جنایی، انجمن‌ها و خدمات اجتماعی بر تشویق درمان سوءمصرف کنندگان به منظور نیل به جامعه‌عاری از اعتیاد تأکید شده است. در این راستا آموزش، حرفه‌آموزی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بعنوان مکمل‌های درمان به شمار می‌روند. آموزش و توانمندسازی جوانان آمریکا جهت طرد موادمخدر، تنباکو و الکل. مصرف موادمخدر قابل پیشگیری است. اگر کودکان بدون مصرف موادمخدر، الکل و یا تنباکو به رشد بلوغ برسند، احتمال وابستگی شیمیایی آنان در دوره‌های آتی زندگی، به مصرف مواد کمتر خواهد بود. سیاست‌های کشور آمریکا بر این پایه بنا شده است که موفقیت در پیشگیری نیاز به تغییر قابل ملاحظه و بلندمدت نگرش جوانان به مصرف مواد دارد. چنین تغییری بیشتر بستگی به تداوم و در جامعه آمریکا، عوارض قابل پیش‌بینی مصرف و تأکید بر مزایای عدم «مصرف» قوام پیام مصرف دارد. برنامه‌های پیشگیری باید در تمام سطوح به ویژه در سطح ملی اجرا شوند. همچنین رهبران محلی باید ابزار اجرا و توانایی مدیریت برنامه‌های مؤثر را داشته باشند.

اهم رویکردهای پیشگیری از اعتیاد کشور آمریکا:

- ✓ اولویت دادن به امر پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر در میان جوانان.
- ✓ تأکید بر افزایش دانش و آگاهی جوانان با هدف توانمندسازی آنان در برابر معضل موادمخدر.
- ✓ توجه به امر آموزش مستمر با هدف عدم مصرف مواد از دوران کودکی تا جوانی و در نتیجه تغییر نگرش آنان.
- ✓ آگاهی رهبران محلی از برنامه‌های پیشگیرانه.
- ✓ برخوردار نمودن مسئولان اجرایی از توانایی لازم در عرصه پیشگیری.
- ✓ درگیر نمودن نهادهای مرتبط با خانواده و کودکان با امر پیشگیری از سوء مصرف با اولویت و تمرکز بر آگاه سازی والدین.
- ✓ اجرای برنامه‌های پیشگیرانه در مدارس، درمانگاه‌های بهداشت، اجتماعات معنوی، محیط‌های کاری و محلات.
- ✓ تأکید بر امر پژوهش در زمینه پیشگیری.
- ✓ لزوم ارزشیابی برنامه.
- ✓ توجه به افراد در معرض خطر در برنامه پیشگیری.
- ✓ توجه به جنس، سن و فرهنگ در برنامه‌های پیشگیری.
- ✓ توجه به مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، تفکر خلاق، مقاومت در برابر مصرف مواد.

نتایج ارزیابی رهنمودهای هفت گانه برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس امریکا

ردیف	نتایج ارزیابی رهنمودهای هفتگانه برنامه پیشگیری از اعتیاد در مدارس	درصد
۱	تدوین و اجرای سیاست‌های مرتبط به پیشگیری از اعتیاد در مدرسه (سیاست‌گذاری)	۸۴,۳
۲	مشارکت والدین دانش‌آموزان	۷۲,۸
۳	محتوای آموزشی	۶۶,۷
۴	جامعیت برنامه از دوره پیش‌دبستانی تا دبیرستان	۵۲,۲
۵	ارزیابی	۳۸,۹
۶	آموزش پیشگیری از اعتیاد ویژه معلمان	۱۷,۹
۷	حمایت از درمان دانش‌آموزان و کارکنان معتاد	۷۰,۲

نتایج:

✓ توجه دو سوم یا بیش از دو سوم مدارس به سیاست‌گذاری، مشارکت والدین، محتوای آموزشی امر پیشگیری.

- ✓ اجرای اکثر رهنمودها در مدارس عمومی (Public) نسبت به مدارس خصوصی.
- ✓ تداوم برنامه ناشی از حمایت خانواده‌های دانش‌آموزان.
- ✓ اجرای برنامه‌ها در مدارس شهری بالاتر از مدارس روستایی.
- ✓ آموزش پیامدهای اجتماعی سوء‌مصرف در پیشگیری از اعتیاد بعنوان کارآمدترین شیوه در کاهش مصرف در نوجوانان.

انگلستان:

کشور انگلستان در استراتژی ده ساله با اولویت قرار دادن قشر جوان جامعه به منظور [کاهش درصد مصرف مواد توسط افراد زیر ۲۵ سال، مقاومت و تقویت توانایی آنان در برابر سوء‌مصرف از طریق آموزش مهارت‌های زندگی و آگاه‌سازی جوانان و والدین‌شان، کاهش میزان تکرار جرایم توسط معتادان به منظور مصون‌سازی جامعه در برابر رفتارهای ضداجتماعی، افزایش مشارکت معتادان در درمان و کاهش میزان دسترسی به مواد برای افراد بین ۵ تا ۱۶ سال برنامه‌های لازم را طراحی کرده است. اهم رویکردهای پیشگیری کشور انگلستان عبارتند از:

- ✓ سیاست اصلی پیشگیری مبنی بر آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش دربارهٔ اعتیاد.
- ✓ ارزیابی و پایش مستمر سیاست‌ها و اقدامات.
- ✓ زیر چتر قرار گرفتن ۷۵ درصد دبستان‌ها و ۱۳ درصد مدارس راهنمایی (دستیابی دانش‌آموزان به سطوح کافی معلومات و فهم مواد و تأثیرات مثبت این اقدام)
- ✓ اطلاع‌رسانی مستمر به والدین.
- ✓ آموزش مهارت‌های لازم به افراد ۵ سال به بالا جهت مقاومت در برابر سوء‌مصرف مواد.
- ✓ ارائه مدل و سبک زندگی سالم (طرح آینده مثبت = Positive Future)

✓ توجه به محیط‌های کار.

✓ توجه به افراد در معرض خطر (کودکان بی سرپرست، افراد بی خانمان، افراد ترک تحصیل کرده)

✓ وزارتخانه‌های بهداشت، کشور، آموزش و پرورش بعنوان مسئولان اصلی برنامه‌های پیشگیری.

✓ توجه به خدمات مشاوره‌ای برای افراد ۱۳ - ۱۹ ساله.

✓ توجه به ارائه خدمات در سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی.

✓ تولید بسته‌های آموزشی.

✓ لزوم استمرار برنامه‌های پیشگیری بصورت بلندمدت و پرهیز از ارائه برنامه‌ها در افق کوتاه‌مدت.

در انگلیس برنامه‌های دیگری برای اجرا در مدارس در نظر گرفته شده است. نقش مدارس در ارائه و عمل به راهبرد ۱۰ ساله مکمل و سازنده است. در این مدارس برنامه آموزشی و جامع مواد به کودکان و جوانان آموزش داده می‌شود. آموزش مواد نقش مهمی در اجرای راهبرد دولت برای بهبود سلامت و کاهش نابرابری در سلامت دارد. اداره تقویم و کیفیت‌ها، اسناد تقویم ملی را تولید می‌کند که تمام مدارس موظف به پیروی از آن هستند. سند تقویم ملی تعیین می‌کند که در تقویم مدرسه باید فرصت‌هایی ارائه شود تا همه دانش‌آموزان مطالب مشخصی را یاد بگیرند و به انجام برسانند. در آموزش مواد و الکل باید مهارت‌های دانش‌آموزان توسعه یابد و اهمیت جستجو برای انتخاب سبک زندگی، حفظ خود و دیگران به آنها توضیح داده شود.

اسپانیا:

✓ اولویت و ارجحیت دادن به سیاست پیشگیری در محیط‌های خانواده - مدرسه - جامعه و محیط‌های کار.

✓ اهمیت به مراکز آموزش و آگاه‌سازی کودکان، نوجوانان و جوانان با هدف بلوغ فکری آنان نسبت به مواد.

✓ تأکید بر اشتراک مساعی بین بخش‌های انتظامی، بهداشتی، آموزشی (مدارس)، کار و محیط‌های اجتماعی.

- ✓ توجه به مشارکت فعال مردم و نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه‌های پیشگیری.
- ✓ تربیت کادر متخصص (بیش از ۸۰ درصد معلمان مدارس آموزش‌های مرتبط با پیشگیری را طی نموده‌اند).
- ✓ آموزش در مدارس به گونه‌ای است که تمامی دانش‌آموزان پس از اتمام تحصیلات اجباری، اطلاعات هدفمند و کافی در مورد پیامدهای مواد را کسب خواهند نمود.
- ✓ تأکید بر برنامه‌های رسانه‌ای.

آلمان:

کشور آلمان با توجه به ارتباطات بین‌المللی جهت مقابله با مسئله موادمخدر، افزایش تدابیر پیشگیرانه را نیز به موازات فعالیت در بخش عرضه به عنوان وظیفه نخست برنامه جامعه را موظف به تلاش در جهت افزایش مقاومت جامعه در مقابل سوء مصرف موادمخدر و کاهش گرایش افراد به مصرف موادمخدر، کرده است. به اعتقاد آلمانی‌ها تدابیر پیشگیرانه باید گسترش یابد، زیرا اعتیاد به موادمخدر فقط یک جنبه از گرایش کلی به رفتارهای ناهنجار است. اتخاذ تدابیر پیشگیرانه به تنهایی کافی نیست. این تدابیر باید مشاوره و حمایت مبنی بر شناخت درجه خطر افراد را نیز در بر گیرد. این واقعیت که میزان مصرف موادمخدر بین جوانان ثابت است، نشانگر آن است که تدابیر پیشگیرانه می‌تواند کاملاً مؤثر باشد.

- ✓ افزایش تدابیر برای عرصه پیشگیری با عنوان اولویت اول امر مبارزه.
- ✓ توجه به امر مشاوره و حمایت در برنامه‌های پیشگیری.
- ✓ اهتمام به پیش‌نیازهای ساختاری و سازمانی عرصه پیشگیری.
- ✓ توجه به نوجوانان، سربازان، پرسنل مدارس، نمایندگان رسانه‌ها در سیاست‌های پیشگیری.

سوئیس:

سیاست‌های مبارزه با موادمخدر این کشور، ابتکاری، عملی، موفق و مبتنی بر اتفاق نظر عمومی است. همکاری گسترده و وسیع همه سازمان‌های درگیر اعم از نیروهای پلیس تا سازمان خدمات اجتماعی، سیاست موادمخدر سوئیس را در طول ده سال گذشته تشکیل می‌دهد.

✓ اتخاذ تدابیر پیشگیرانه برای جلوگیری از مصرف مواد توسط جوانان.

✓ توجه جدی به اپیدمیولوژی و یافته‌های تحقیقات در عرصه پیشگیری.

✓ توجه به افزایش آگاهی‌های عمومی.

✓ آموزش متخصصان.

✓ اهتمام در ارتقاء کیفیت برنامه‌های پیشگیری.

فرانسه:

استراتژی دولت فرانسه در یک برنامه سه ساله و با اولویت بخش پیشگیری و مراقبت‌های درمانی و پزشکی طراحی شده است. این برنامه بر محورهای ذیل استوار است:

✓ هجوم اطلاع‌رسانی با هدف افزایش آگاهی آحاد جامعه از طریق نشر اطلاعیه‌های آموزشی و میان پرده‌های تلویزیونی.

✓ اختصاص شماره تلفن امداد ملی به نام خدمات اطلاع‌رسانی موادمخدر برای پاسخگویی به پرسش‌های مردم و ایجاد خط پست الکترونیکی.

✓ تهیه برنامه آموزشی متمرکز برای دست‌اندرکاران عرصه پیشگیری شامل کارکنان عرصه تعلیم و تربیت، پلیس، پزشکان، داروسازان، پرسنل بیمارستان‌ها و انجمن‌های خودیار با هدف افزایش سطح دانش، توانایی و مهارت تخصصی آنان و ایجاد شبکه پیشگیری به منظور ارائه هشدارهای دائمی به جامعه.

✓ برنامه مطالعاتی معین برای جمع‌آوری اطلاعات دقیق و معتبر در عرصه اعتیاد.

هلند:

هدف اصلی سیاست‌های مبارزه با موادمخدر هلند، پیشگیری و به حداقل رسانیدن صدمات به مصرف‌کنندگان و افراد نزدیک به آنها و به طور کلی عموم مردم است. به همین دلیل باموادمخدر سخت (هروئین، کوکائین، مواد صنعتی) و سبک (مشتقات شاهدانه مانند حشیش و ماری‌جوانا) با روش‌های مختلف برخورد می‌شود.

✓ عدم مجرم شناختن مصرف‌کنندگان موادمخدر تا حد معین.

✓ آگاه نمودن نوجوانان در مورد خطرات مصرف سیگار و مواد در مدارس.

✓ اتخاذ تصمیم توسط شهردار، رئیس پلیس و دادستان در خصوص کافی‌شاپ‌های فروش مواد.

✓ سرکوب فروش مواد سخت و اعمال مجازات‌های سنگین.

بلژیک:

در بلژیک سیاست‌های آموزشی و پیشگیرانه نیز وجود دارد و کارشناسانی هستند که به آموزش عموم مردم در خیابان‌ها و اماکن حاشیه نشین شهر می‌پردازند تا آگاهی‌های عمومی را در زمینه مضرات سوء مصرف موادمخدر ارتقاء بخشند. این آموزش‌ها در چارچوب برنامه‌های پیشگیرانه صورت می‌گیرد و بیشتر جوانان را مدنظر قرار می‌دهد. مراکز بهداشتی - اجتماعی دیگری نیز برای مصرف‌کنندگان موادمخدر تأسیس شده است که هدف آنها عمدتاً کاهش خطرات ناشی از سوء مصرف موادمخدر است. همچنین راهکارهای پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر نوجوانان از مدرسه آغاز می‌شود. لیکن در صورتی که کودکان و نوجوانان مصرف‌کننده موادمخدر مرتکب جرایم موادمخدر شوند، پرونده آنها به دادگاه اطفال و نوجوانان ارجاع می‌شود.

- ✓ توجه به سیاست‌های آموزشی و پیشگیرانه از طریق اعزام کارشناسان به منظور آموزش عموم مردم در خیابان‌ها و اماکن حاشیه‌نشین شهر با اولویت جوانان.
- ✓ توجه جدی به آموزش نوجوانان در مدارس.

اسکاتلند:

اسکاتلند شاید یکی از نادر کشورهای باشد که در مبارزه با موادمخدر و سوء مصرف آن توانسته است در تمام حوزه‌های پیشگیری و با هماهنگی قابل توجه تمام سازمان‌ها و نهادهای اجرایی، تحقیقاتی، برنامه‌ریزی، مالی و انتظامی وارد عمل شود.

سازمان‌های نیروی انتظامی، زندان‌ها، آموزش و پرورش، شورای شهر، دانشگاه‌ها و مؤسسات تحقیقاتی دولتی و خصوصی، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز بازپروری، سازمان تأمین اجتماعی، گمرکات و ادارات فعالیت‌های سازمان یافته‌ای را در جهت زیر برای مبارزه و پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر انجام می‌دهند.

- ✓ ۹۷ درصد مدارس تحت پوشش برنامه‌های آموزشی پیشگیری از سوء مصرف.
- ✓ اجرای عملیات رسانه‌ای (دیداری، شنیداری و نوشتاری) با هدف افزایش دانش افراد و تقویت مشارکت آنها. (مطالعات حاکی از موفقیت عملیات رسانه‌ای در امر آموزش‌های پیشگیرانه می‌باشد).
- ✓ توجه به محتوای کتب درسی در مدارس و دانشگاه‌ها به آموزش موادمخدر، مسائل جنسی، بیماری‌های مسری.
- ✓ توجه به آموزش مهارت‌های زندگی برای جوانان و بالاخص برای افراد بیکار.
- ✓ بهره‌گیری از نهادهای انتظامی برای آگاهی مردم از خطرات و پیامدهای نامطلوب روانی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد.

✓ تشکیل کمیته‌ها و مراکز مشاوره در مدارس، دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها برای بحث و گفتگو در خصوص ابعاد مختلف اعتیاد.

✓ پرهیز از بزرگ‌نمایی، کتمان کاری، کوچک‌نمایی مسئله اعتیاد در انظار عمومی، رسانه‌ها و دستگاه‌های دولتی و غیردولتی.

✓ احساس وظیفه مسئولان سازمان‌ها بعنوان یک وظیفه اجتماعی، فرهنگی، اجرایی و ملی در برخورد با پدیده اعتیاد.

✓ تألیف کتاب‌های آموزشی و بهداشتی در زمینه اعتیاد برای سنین و گروه‌های مختلف اجتماعی.
ویتنام:

✓ آموزش والدین با هدف اعمال نظارت بر فرزندان و جلوگیری از به دام افتادن آنها در پدیده اعتیاد.

✓ مقابله با اعمال غیرقانونی بستگان نوجوانان و جوانان در زمینه موادمخدر.

✓ سازماندهی برنامه‌های آموزشی به منظور افزایش آگاهی مردم.

✓ انجام آزمایش اعتیاد در مدارس در صورت نیاز.

✓ توجه جدی وزارت آموزش و پرورش (طبق ماده ۴۲ قانون) برای اجرای پروژه‌های آموزش پیشگیری در

مدارس (نوآموزان و دانش‌آموزان)

ژاپن:

✓ ارائه آموزش‌های همگانی در مورد مضرات و مشکلات ناشی از مصرف موادمخدر.

✓ توجه به بحث خدمات مشاوره‌ای.

✓ اهتمام به آموزش‌های پیشگیرانه در مدارس.

✓ بحرانی شدن مصرف آفتامین‌ها در این کشور (به میزان ۲۰ تا ۳۰ درصد)

هنگ کنک:

✓ ارائه برنامه آموزشی به مردم با اولویت جوانان از طریق رسانه‌های دیداری، شنیداری و نوشتاری.

✓ انجام مسابقات ورزشی و راه‌پیمایی‌های مختلف علیه اعتیاد.

✓ برگزاری مسابقات آوازخوانی بین خوانندگان جوان با هدف انتقال پیام مبارزه با اعتیاد (عکس‌العمل این برنامه

در بین جوانان ۱۵ تا ۲۴ سال مثبت ارزیابی شده است)

✓ تهیه سریال‌های تلویزیونی در زمینه اعتیاد.

✓ برگزاری کارگاه‌های آموزشی در مدارس و تشکیل نمایشگاه.

✓ در نظر گرفتن تسهیلات شغلی و مسکن برای جوانان با هدف عدم گرایش به اعتیاد.

پرتغال:

✓ اجرای برنامه‌های مداخله پیشگیرانه در مدارس راهنمایی.

✓ هماهنگی وزارتخانه‌های آموزش و پرورش و بهداشت برای تحقق فعالیت‌های پیشگیرانه.

✓ تقویت فعالیت‌های سازمان‌های مردم‌نهاد در امر پیشگیری.

مجارستان:

✓ شروع برنامه‌های مهارت‌های زندگی از سال ۱۹۹۰ برای نوجوانان در ۳۲۰۰ مدرسه.

✓ آموزش نوجوانان و تشویق آنان برای اعلام کردن نام قاچاقچیان به مقامات پلیس. (مخالفت با این موضوع از

سوی سازمان‌های حقوق بشر و آموزگاران به واسطه خبرچین شدن نوجوانان)

لهستان:

✓ واگذاری فعالیت‌های پیشگیرانه به سازمان‌های غیردولتی و انجام اقدامات مناسب در مدارس

پاکستان:

✓ در اولویت قرار گرفتن برنامه‌های کاهش تقاضا شامل آگاه‌سازی و آموزش برنامه‌های پیشگیرانه از سال ۱۹۸۰

(با توجه به انفجار سوء مصرف)

بلغارستان:

✓ برنامه ویژه پیشگیری در مدارس برای ۵۰۰۰ آموزگار.

✓ بهره‌گیری از نهادهای شهرداری برای تقویت برنامه‌های پیشگیرانه.

✓ استفاده از رسانه‌ها و آموزش روزنامه‌نگاران در این عرصه.

✓ برگزاری دوره ۶۰ ساعته برای دانشجویان رشته روانشناسی.

✓ اجرای برنامه ملی آموزش بهداشت در سطح مدارس ابتدایی و راهنمایی با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد.

✓ ارزیابی مستمر از دانش‌آموزان با هدف اخذ نظرات آنان در مورد سوء استفاده از موادمخدر.

✓ مواجهه با کمبود نیروی انسانی متخصص در امر پیشگیری.

هندوستان:

✓ توسعه مراکز مشاوره و اطلاع‌رسانی در مدارس.

✓ بهره‌گیری از کانال‌های رسانه‌ای برای آگاه‌سازی آحاد جامعه.

✓ ارتقاء حساسیت جامعه نسبت به عدم مصرف مواد.

✓ تأسیس مؤسسه ملی «دفاع اجتماعی» در شهر دهلی با هدف آموزش و تربیت نیروی انسانی، تحقیق و

مستندسازی در عرصه پیشگیری. (اداره کل تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر)

-دستاوردهای مشترک برخی از کشورهای جهان در عرصه پیشگیری:

◀ توجه به بروز لطمات اقتصادی - امنیتی - اجتماعی - سیاسی - فرهنگی و بهداشتی به کشورها ناشی از بحران جهانی اعتیاد و موادمخدر و تلاش برای دستیابی به کشوری عاری از اعتیاد.

◀ کارساز نبودن رویکرد تک محوری در امر مبارزه و لزوم اتخاذ رویکرد متوازن و جامع مقابله با عرضه (استفاده از ابزار انتظامی - قضایی برای سرکوب ممنوعیت قاچاق و مصرف موادمخدر) و نیز کاهش تقاضا (با استفاده از ابزارهای فرهنگی برای پیشگیری، درمان، مشاوره و کاهش آسیب)

◀ اولویت و ارجحیت دادن به مقوله کاهش تقاضا و پیشگیری بعنوان یکی از اصول سیاست و اولویت برتر در برنامه‌های مبارزه با موادمخدر با هدف مصون‌سازی آحاد سالم و در معرض خطر جوامع و بالا بردن بنیه برنامه‌های پیشگیری و جهت دادن به فعالیت‌ها.

توضیح: در کشورهایی که فعالیت پیشگیری را از طریق افزایش آموزش مهارت‌های زندگی و نیز ارتقاء آگاهی آحاد جامعه با جدیت پیگیری نموده‌اند سبب کاهش شیوع اعتیاد شده است.

◀ ارائه برنامه‌های پیشگیری اولیه از مصرف موادمخدر با هدف ارتقاء سطح دانش، تغییر نگرش و ایجاد رفتار پایدار در کانون‌های هدف شامل مدارس (از مقطع پیش‌دبستانی تا آموزش عالی)، خانواده، محله‌ها (از طریق آموزش‌های خیابانی و در اماکن حاشیه‌نشین)، محیط‌های کاری و اجتماعات معنوی.

◀ تقویت مراکز مشاوره حضوری و تلفنی (از طریق یک شماره تلفن امداد ملی بنام خدمات اطلاع‌رسانی موادمخدر برای پاسخگویی به پرسش‌های مردم در خصوص مضرات مصرف مواد و نیز اختصاص یک خط پست الکترونیکی).

◀ توسعه فعالیت‌های جایگزین با هدف ایجاد نشاط و شادابی با در نظر گرفتن نیازهای اختصاصی بر حسب سن، جنس و فرهنگ بمنظور ارتقاء سلامت و توانمندسازی افراد جامعه و انتخاب زندگی عاری از موادمخدر بویژه در گروه سنی نوجوانان و جوانان.

◀ توجه دانشگاه‌ها و مراکز علمی به مقوله پیشگیری از طریق ایجاد رشته‌های جدید.

◀ لزوم هدفمند و علمی کردن امر مبارزه و توجه به مقوله پژوهش و حمایت از تحقیقات در عرصه اعتیاد.

◀ نظارت و ارزیابی مستمر فعالیت‌ها با هدف اندازه‌گیری اثربخشی اقدامات

◀ توجه به مشارکت‌های فعال مردمی بعنوان یکی از اصول پایه در عرصه اقدامات پیشگیرانه و کاهش تقاضا.

◀ عدم استفاده از مجازات حبس برای معتادان و تأکید بر استفاده از درمان‌های جایگزین و تشویق معتادان برای

ترک اعتیاد از طریق گسترش خدمات درمانی و سیستم امدادسانی و جذب احتمالی معتادان.

◀ تعیین سرانه برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد برای هر فرد در سال حداقل ۲۰ دلار (بر اساس پژوهش‌های

صورت پذیرفته هزینه نمودن یک دلار در ابعاد پیشگیری، سبب صرفه‌جویی از هزینه نمودن ۱۰ دلار در سایر

ابعاد مبارزه خواهد شد.)

◀ مداخله وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت، آموزش عالی، کشور، رسانه‌های ملی، شهرداری‌ها، سازمان

اجتماعات معنوی، پلیس و سازمان‌های مردمی در امر کاهش تقاضا و پیشگیری از مصرف موادمخدر.

◀ افزایش احساس مسئولیت و هماهنگی در تمام سازمان‌ها جهت حل مسأله اعتیاد بعنوان یک وظیفه ملی فرهنگی،

اجتماعی، اجرایی

◀ بررسی نوبه‌ای قوانین مبارزه با هدف اثربخشی برنامه‌ها.

◀ توجه به مبارزه رسانه‌ای در راستای فعالیت‌های کاهش تقاضا با تأکید بر تقویت برنامه‌های پیشگیرانه

◀ جرم بودن قاچاق، تهیه، توزیع و مصرف موادمخدر و اعمال سیاست‌های تشدیدیه در برخورد با قاچاقچیان (به

استثناء کشور هلند که مصرف را در موارد جزئی آزاد اعلام نموده است).

پیوست ۲

(کتاب ها و مقالات الکترونیکی مرتبط)

در جستجوی مقالات و مطالب، برخی کتاب ها و مقاله های که از طریق الکترونیکی قابل دریافت بود و به موضوع تجربیات کشورها در زمینه پیشگیری از اعتیاد مرتبط بود در لیستی با آدرس الکترونیکی و موضوع و نام نویسنده گرد آوری شد تا امکان بررسی بیشتر برای محققینی که تمایل دارند فراهم آید:

www.unodc.org/pdf/youthnet/family

(دفتر سازمان ملل درباره مواد مخدر و جرم، (۲۰۰۶). راهنمای کاربرد برنامه های آموزش مهارت آموزی به خانواده برای پیشگیری از مصرف مواد. وین.)

www.druginfo.adf.org.au

(تومبورو جی. دبلیو، داف سی، بامبرگ جی. و بلیت آ. (۲۰۰۳) ابتکارات خانواده در پیشگیری از صدمات مرتبط با مواد. گزارش ارزیابی شماره ۷ از تحقیقات پیشگیری. ملبورن. استرالیا. سازمان تایید اطلاعات مواد.)

http://alcoholandwork.adf.org.au/downloads/Prevention_Research_Quarterly/REP_Nov_03Aug_Family_intervention.pdf

(داف سی، بامبرگ، ام. جی. و بلیت ام. آ. (۲۰۰۳). مداخلات خانواده در پیشگیری از صدمات مرتبط با مواد مخدر. تحقیق پیشگیرانه.)

www.uwex.edu/ces/flp/families/whatworks.cfm

(کانی اس. ام، اسمال اس. آ. و اوکانر سی (۲۰۰۷). استراتژی های جذب و حفظ مشارکت کنندگان در برنامه های پیشگیری. چه چیزی جواب می دهد، تحقیق ویسکانسین برای سری عملی، ۲. مدیسون: دانشگاه ویسکانسین - شاخه مدیسون.)

www.cprd.illinois.edu/files/ResearchBrief_ParentEd_2009.pdf

(مرکز تحقیقات و پیشرفت‌های پیشگیری، ۲۰۰۹) تحقیق پیش زمینه: دوره آموزشی والدین/خانواده: مرکز تحقیقات و پیشرفت‌های پیشگیری، انستیتو امور دولتی و عمومی، دانشگاه ایلی نوزی.)

<http://www.excellenceearlychildhood.ca/documents/BanffProgramANG.pdf>

(کانینگهام سی. ۲۰۰۳) برنامه‌های پرورشی برای خانواده‌های کودکان قبل از مدرسه. ارائه شده به کنفرانس مرکز اهداف نهایی در رشد خردسالی. برنامه‌های موثر برای رشد در خردسالی: تحقیق مرتبط با سیاست‌ها و فعالیت‌ها.)

<http://www.childencyclopedia.com/Pages/PDF/GoodsonANGxp.pdf>

(گودسان بی. دی ۲۰۰۵). برنامه حمایت والدین و نتایج آن برای کودکان. در دایره المعارف رشد کودکان خردسال (آنلاین). مونترال. مرکز بهترین‌ها برای رشد کودکان خردسال.)

http://www.frp.ca/_data/n_001/resources/live/WhatWorksforWhom.pdf

(مان بی. ۲۰۰۸). چه چیزی برای چه کسی جواب می‌دهد؟ فعالیت‌های آتیه‌دار در آموزش والدین. مرکز کانادا در مورد برنامه‌های منابع خانواده.

www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/ds1.pdf

(میچل پی.، سانسون آ.، اسپونر سی.، کاپلند جی.، ویمپانی جی.، تامبورو جی.، دلبیو و همکاران (۲۰۰۱) نقش خانواده‌ها در رشد و شناسایی و پیشگیری و درمان مشکلات مرتبط با مواد غیرقانونی. کانبرا. استرالیا. شورای بهداشت و تحقیقات پزشکی ملی.)

<http://www.prb.org.uk/wwiparenting/RR54.pdf>

(موران پی.، گات دی. و ون در میروو آ ۲۰۰۴). چه چیزی در حمایت از والدین جواب می‌دهد؟ بازبینی شواهد بین‌المللی. بریتانیا: دفتر تحقیقات سیاست. دپارتمان آموزش و مهارت.)

<http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/Summary/1999/ProfLedParent.pdf>

(وای، کاوا ام، فلدمان ال، آندرود جی. و واد کی. (۱۹۹۹) کارایی گروه‌های پرورشی با حضور کارشناسان در بهبود نتایج سلامت توماس اچ، کامیلتی والدین و کودکان. پروژه فعالیت‌های بهداشتی عمومی موثر. تورنتو. شاخه بهداشت عمومی. اونتاریو. وزارت بهداشت.)

www.cochrane.org/reviews/en/ab005030.html

(گیس اس، مک کمبریج، جی، اسمیت ال. آ. و فاکس کرافت دی. (۲۰۰۶). مداخلات برای پیشگیری از مصرف مواد در افراد جوان در شرایط

غیر مدرسه ای. بازبینی سیستماتیک از بانک اطلاعاتی کوهران. شماره مقاله ۲۰۰۵۰۳۰.pub۲. CD005030.DOL:10.1002/14651858.CD005030

http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/content/health-pubhlth-publicat-document-mono_prevention-cnt.htm

(لاکسلی دلبیو، تامبورو جی دلبیو و استاک ول تی. (۲۰۰۰) پیشگیری از مصرف مواد، خطرات و صدمات در استرالیا: بازبینی شواهد. پرت، استرالیا: دپارتمان وزارت و پرورش استرالیا)

<http://ndarc.med.unsw.edu.au/ndarcweb.nsf/website/Publications.reports.TR228>









(اسپونر سی. و هیتینگتون کی. (۲۰۰۴). مشخصه‌های اجتماعی مصرف مواد. گزارش فنی ۲۲۸، صفحه ۲۰. سیدنی، استرالیا: مرکز ملی تحقیقات مواد مخدر و الکل، دانشگاه نیو ساوولز.)













<http://www.nacd.ie/publications/34482FamilySupport.pdf>

(واترز ان، بیرنه دی. و پرسپکتیو یو. (۲۰۰۴). نقش خدمات حمایت از خانواده در پیشگیری از مواد. دویلین. کمیسیون ملی مشاوره در مورد مواد.

پیوست ۳

این فهرست کشورها، بر پایه شیوع سالانه استفاده از تریاک، به عنوان درصد از جمعیت در سنین ۱۵ تا ۶۴ است. منبع اصلی اطلاعات، بر پایه گزارش جهانی دارو WDR، منتشر شده توسط سازمان ملل متحد و دفتر مواد مخدر و جرایم (UNODC) می باشد. افغانستان با تولید ۹۳٪ از مجمع تولید مواد مخدر در جهان، بزرگترین تولید کننده مواد مخدر می باشد.

کشور	درصد شیوع سالانه	سال
 <u>قرقیزستان</u>	۲،۳	۲۰۰۱
 <u>موریس</u>	۲،۰	۲۰۰۳
 <u>روسیه</u>	۲،۰	۲۰۰۴
 <u>افغانستان</u>	۱،۴	۲۰۰۵
 <u>قزاقستان</u>	۱،۳	۲۰۰۱
 <u>استونی</u>	۱،۲	۲۰۰۱
 <u>ایران</u>	۱،۱۳	۲۰۱۰
 <u>ماکائو (PRC)</u>	۱،۱	۲۰۰۳

 <u>تاجیکستان</u>	۱،۰	۲۰۰۱	
 <u>بریتانیا</u>	۰،۹	۲۰۰۱	
 <u>لوکزامبورگ</u>	۰،۹	۲۰۰۰	
 <u>لتونی</u>	۰،۹	۲۰۰۱	
 <u>پاکستان</u>	۰،۸	۲۰۰۰	
 <u>اوکراین</u>	۰،۸	۲۰۰۲	
 <u>ایتالیا</u>	۰،۸	۲۰۰۴	
 <u>لائوس</u>	۰،۷	۲۰۰۵	
 <u>میانمار</u>	۰،۷	۲۰۰۵	
 <u>کرواسی</u>	۰،۷	۱۹۹۹	
 <u>پرتغال</u>	۰،۷	۲۰۰۰	
 <u>گرجستان</u>	۰،۶	۲۰۰۰	

 <u>نیجریه</u>	۰,۶	۱۹۹۹	
 <u>ایالات متحده آمریکا</u>	۰,۶	۲۰۰۰	
 <u>برزیل</u>	۰,۶	۲۰۰۱	
 <u>اسپانیا</u>	۰,۶	۲۰۰۰	
 <u>سوئیس</u>	۰,۶	۲۰۰۰	
 <u>لیتوانی</u>	۰,۶	۰۴/۲۰۰۲	
 <u>جمهوری ایرلند</u>	۰,۶	۲۰۰۱	
 <u>ازبکستان</u>	۰,۵	۲۰۰۱	
 <u>تایلند</u>	۰,۵	۲۰۰۱	
 <u>استرالیا</u>	۰,۵	۲۰۰۴	
 <u>نیوزیلند</u>	۰,۵	۲۰۰۱	
 <u>بلغارستان</u>	۰,۵	۲۰۰۱	

 <u>آلبانی</u>	۰,۵	۲۰۰۰	
 <u>جمہوری مقدونیه</u>	۰,۵	۲۰۰۴	
 <u>دانمارک</u>	۰,۵	۲۰۰۰	
 <u>اسلوونی</u>	۰,۵	۲۰۰۱	
 <u>اتریش</u>	۰,۵	۲۰۰۲	
 <u>مالت</u>	۰,۵	۲۰۰۳	
 <u>زامبیا</u>	۰,۴	۲۰۰۳	
 <u>السالوادور</u>	۰,۴	۲۰۰۴	
 <u>کانادا</u>	۰,۴	۲۰۰۰	
 <u>بلژیک</u>	۰,۴	۱۹۹۷	
 <u>ہند</u>	۰,۴	۲۰۰۱	
 <u>نپال</u>	۰,۴	۱۹۹۶	

 <u>بلاروس</u>	۰,۴	۲۰۰۳	
 <u>فرانسه</u>	۰,۴	۱۹۹۹	
 <u>نروژ</u>	۰,۴	۱۹۹۷	
 <u>جمهوری چک</u>	۰,۴	۲۰۰۳	
 <u>آفریقای جنوبی</u>	۰,۳	۲۰۰۴	
 <u>ترکمنستان</u>	۰,۳	۱۹۹۸	
 <u>ارمنستان</u>	۰,۳	۲۰۰۵	
 <u>آنگولا</u>	۰,۳	۲۰۰۱	
 <u>تایوان</u>	۰,۳	۲۰۰۲	
 <u>ویتنام</u>	۰,۳	۲۰۰۲	
 <u>بحرین</u>	۰,۳	۱۹۹۸	
 <u>اسرائیل</u>	۰,۳	۲۰۰۱	

 <u>هنگد</u>	٠٠٣	٢٠٠١	
 <u>آلمان</u>	٠٠٣	٢٠٠٣	
 <u>ايسلند</u>	٠٠٣	١٩٩٨	
 <u>يونان</u>	٠٠٣	٢٠٠٤	
 <u>قبرس</u>	٠٠٣	٢٠٠٤	
 <u>سرى لانكا</u>	٠٠٣	٢٠٠٤	
 <u>اسلواكى</u>	٠٠٣	٢٠٠٢	
 <u>بنگلادش</u>	٠٠٣		
 <u>مجارستان</u>	٠٠٣	٢٠٠٣	
 <u>رومانى</u>	٠٠٣	٢٠٠٢	
 <u>كنيا</u>	٠٠٢	٢٠٠٤	
 <u>سومالى</u>	٠٠٢	٢٠٠٤	




 <u>باهاما</u>	۰,۲	۲۰۰۳	
 <u>جمهوری دموکراتیک کنگو</u>	۰,۲	۲۰۰۴	
 <u>جمهوری آذربایجان</u>	۰,۲	۲۰۰۰	
 <u>چاد</u>	۰,۲	۱۹۹۵	
 <u>لیبریا</u>	۰,۲	۲۰۰۴	
 <u>سیرالئون</u>	۰,۲	۱۹۹۷	
 <u>کره جنوبی</u>	۰,۲	۲۰۰۴	
 <u>هنگ کنگ (PRC)</u>	۰,۲	۲۰۰۴	
 <u>مالزی</u>	۰,۲	۲۰۰۰	
 <u>اندونزی</u>	۰,۲	۲۰۰۲	
 <u>چین</u>	۰,۲	۲۰۰۳	
 <u>گواتمالا</u>	۰,۲		

 <u>پاناما</u>	۰,۲		
 <u>لبنان</u>	۰,۲	۲۰۰۳	
 <u>کویت</u>	۰,۲	۲۰۰۴	
 <u>اردن</u>	۰,۲	۲۰۰۱	
 <u>شیلی</u>	۰,۲	۲۰۰۴	
 <u>اروگوئه</u>	۰,۲	۲۰۰۳	
 <u>مالدیو</u>	۰,۲	۲۰۰۱	
 <u>لهستان</u>	۰,۲	۲۰۰۲	
 <u>آرژانتین</u>	۰,۱	۲۰۰۴	
 <u>کلمبیا</u>	۰,۱	۲۰۰۴	
 <u>رواندا</u>	۰,۱	۲۰۰۴	
 <u>جمهوری دومینیکن</u>	۰,۱	۲۰۰۱	

 <u>الجزائر</u>	۰۱	۲۰۰۴	
 <u>لیبی</u>	۰۱	۲۰۰۴	
 <u>تایلند</u>	۰۱	۲۰۰۳	
 <u>غنا</u>	۰۱	۲۰۰۴	
 <u>جمهوری کنگو</u>	۰۱	۲۰۰۴	
 <u>جمهوری آفریقای مرکزی</u>	۰۱	۲۰۰۴	
 <u>نیجر</u>	۰۱	۲۰۰۴	
 <u>ژاپن</u>	۰۱	۲۰۰۲	
 <u>کاستاریکا</u>	۰۱		
 <u>هندوراس</u>	۰۱	۱۹۹۵	
 <u>مکزیک</u>	۰۱	۲۰۰۲	
 <u>ونزوئلا</u>	۰۱	۲۰۰۳	

 <u>اکوادور</u>	۰,۱	۱۹۹۹	
 <u>فنلاند</u>	۰,۱	۲۰۰۲	
 <u>سوئد</u>	۰,۱	۲۰۰۱	
 <u>عمان</u>	۰,۰۹	۱۹۹۹	
 <u>یمن</u>	۰,۰۹	۱۹۹۹	
 <u>مولداوی</u>	۰,۰۷	۲۰۰۰	
 <u>اتیوپی</u>	۰,۰۵		
 <u>اوگاندا</u>	۰,۰۵	۲۰۰۴	
 <u>آنتیگوا و باربودا</u>	۰,۰۵	۲۰۰۰	
 <u>ترکیه</u>	۰,۰۵	۲۰۰۳	
 <u>بولیوی</u>	۰,۰۴		
 <u>زیمبابوه</u>	۰,۰۴	۲۰۰۴	

 <u>تونس</u>	٠,٠٣	٢٠٠٣	
 <u>ناميبيا</u>	٠,٠٣	٢٠٠٠	
 <u>سنگال</u>	٠,٠٣		
 <u>سورينام</u>	٠,٠٢	١٩٩٨	
 <u>تانزانيا</u>	٠,٠٢	١٩٩٨	
 <u>مراكش</u>	٠,٠٢	٢٠٠٤	
 <u>امارات متحده عربى</u>	٠,٠٢	٢٠٠٤	
 <u>سوريه</u>	٠,٠٢	٢٠٠٥	
 <u>اروگوئه</u>	٠,٠١	٢٠٠١	
 <u>باربادوس</u>	٠,٠١		
 <u>ساحل عاج</u>	٠,٠١	١٩٩٧	
 <u>برونى</u>	٠,٠١	١٩٩٨	

 <u>عربستان سعودی</u>	۰،۰۱	۲۰۰۰	
 <u>قطر</u>	۰،۰۱	۱۹۹۶	
 <u>سنگاپور</u>	۰،۰۰۴	۲۰۰۴	

The experiences of selected and developed countries in the prevention of addiction

Babaei N. *

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate experiences of primary prevention of substance abuse among ۱۰ countries of the developed countries and developing world., This study seeks to achieve an overall understanding common experience and policies and especially of the countries. **Method :** The research method was documentary research. .For this purpose documents in libraries, archives, information, web sites, books, papers, official reports of international organizations in selected countries, were collected to identify and analyze text and content analysis after Categories and evaluation was analyzed.**Results:** The result showed among the large volume of policies and programs in the selected countries, the most important common cases include : life skills training, social resistance, awareness, control and surveillance methods of interacting with children having intimate relationship at the same time, awareness about the effect of substances abuse, replacing appropriate leisure time activities entertainment, participatory and bilinear programs , at the same time, some special programs were being implemented in some countries in particular. **Conclusions:** It can be concluded that most of the selected and developed countries have policies and prevention strategies about primary prevention of substances abuse that they are research-based and knowledge-based and their experience can be native with necessary modifications in the primary prevention of substance abuse.

Keywords: Substance abuse, Addiction, Prevention, Experience of other countries.

* Assistant professor of Islamic Azad University of Varamin

Email : drbabaei@yahoo.com