

## مدرسه و پیشگیری از مصرف مواد: نگاهی به رویکردها و اصول پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان

ربابه نوری<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۰۹

### چکیده

کودکان و نوجوانان از آسیب پذیرترین گروهها در برابر مصرف مواد می باشند. به همین دلیل، طرحها و برنامه‌های مختلف پیشگیری برای آنان طراحی شده و اصول مشخصی برای تدوین چنین برنامه‌هایی تعیین شده است. در پژوهش حاضر، ابتدا مروری بر رویکردهای پیشگیری انجام می‌شود و سپس نکات اساسی و مهم در تدوین و طراحی، اجرا، ارزیابی و توزیع و گسترش این برنامه‌ها و مشکلات و موانع موجود با توجه به اصول شانزده گانه پیشگیری از مصرف مواد که توسط نایدا (۲۰۰۳) تدوین شده است، بررسی می‌گردد. بررسی موانع و چالشهای موجود در برنامه‌های پیشگیری خاص کودکان و نوجوانان و آشنایی با اصول پیشگیری در این گروه خاص به برنامه ریزان، تصمیم گیرندگان و مسئولان آموزشی و بهداشتی کمک می‌کند تا به اجرای طرحهایی در این حوزه خاص بپردازند که اثربخشی بالاتر و مشکلات اجرایی کمتری داشته باشند.

**کلیدواژگان:** پیشگیری از مصرف مواد، مداخلات مبتنی بر مدرسه، اصول پیشگیری، کودکان، نوجوانان

## مقدمه

امروزه مدارس نقش مهمی در ارائه مداخلات پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد دارند. با آنکه این طور به نظر می‌رسد که پیشگیری از اعتیاد ربطی به مدارس ندارد، اما مهمترین برنامه‌های پیشگیرانه اصولاً مبتنی بر مدارس هستند. علاوه بر نقش سنتی آموزشی، در سراسر جهان، مدارس مسئول رسیدگی به مشکلات بهداشتی و اجتماعی متعددی هستند، از جمله آموزش بهداشت در زمینه کاهش مصرف سیگار، الکل، مواد و مشکلات اجتماعی نظیر بزهکاری. حتی اگر مسئولیت اصلی مدارس را آموزش کودکان و نوجوانان بدانیم، تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که برنامه‌ها و مداخلات پیشگیرانه عمدتاً به بهبود وضعیت تحصیلی دانش آموزان منجر می‌شوند (بوتوین و گریفین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

اکنون، بیش از دو دهه از مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر مدارس می‌گذرد و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این مداخلات بسیار موثر بوده‌اند (دومیتروویچ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). پیشگیری از طریق مدارس با استقبال گسترده متخصصان پیشگیری مواجه شده است. از آنجا که خواسته عموم آن است که مدارس محلی امن و عاری از مواد باشد، اکثر برنامه‌های پیشگیری، معطوف به پیشگیری از مواد و خشونت بوده که کوشیده‌اند عوامل خطرزا را کاهش و عوامل محافظ را افزایش دهند (ادلمن و تیلور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ دورلک و ولز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ دومیتروویچ و همکاران، ۲۰۱۰).

ارائه خدمات پیشگیرانه در مدرسه دارای منطقی بسیار قوی است، زیرا اکثر کودکان و نوجوانان به مدرسه می‌روند، جامعه و والدین به مدرسه اعتماد دارند، مدرسه مسئول رشد و پرورش دانش آموزان است، در مدرسه فعالیتها، دانش و مهارتهای مختلفی تدریس می‌شود، توانایی مراقبت از خود در مقابل آسیبهای مختلف از جمله مصرف مواد نیز یکی از موضوعات مرتبط با مدرسه است، مداخله در مدرسه مقرون به صرفه است و با آموزش دادن معلمان و کارکنان مدرسه تا سالها می‌توان از آنان در فعالیتهای پیشگیرانه کمک گرفت (دیکینسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۶). همچنین تحقیقات مختلف

نشان داده اند که آموزش مهارت‌های مختلف اجتماعی-هیجانی نه تنها به پیشگیری از اعتیاد و مصرف مواد، بلکه به ارتقاء عملکرد تحصیلی دانش آموزان منجر می‌شود که با اهداف تحصیلی و آموزشی مدارس کاملاً منطبق است (دومیتروویچ و همکاران، ۲۰۱۰؛ ادلمن و تیلور، ۲۰۰۳).

از آنجا که دسترسی به کودکان و نوجوانان از طریق مدارس بسیار آسان است، عمده طرح‌های پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه می‌باشند. مؤسسه بین‌المللی سوء مصرف مواد<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) اصول شانزده گانه‌ای در زمینه پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان طراحی کرده است که مورد استفاده وسیع کارشناسان و طراحان پیشگیری قرار گرفته است. در مقاله حاضر با توجه به محبوبیت مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر مدارس و اثربخش بودن این مداخلات، به منظور اجرای قوی تر مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر مدارس در آینده و نیز تقویت برنامه‌های موجود، ابتدا عوامل موثر بر مصرف مواد در کودکان و نوجوانان مرور می‌شوند و سپس رویکردهای پیشگیرانه موجود مورد بررسی قرار می‌گیرند و در آخر پیشنهادهایی برای ارائه مداخلات قوی تر در کشور ارائه می‌گردد.

### عوامل موثر بر مصرف مواد

پژوهش‌های مختلف نشان داده اند که مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و محیطی منجر به مصرف مواد می‌شوند. تا کنون هیچ عامل خاصی به تنهایی به عنوان عامل اعتیاد یا مصرف مواد شناخته نشده است (ادلمن و تیلور، ۲۰۰۳). مطالعات انجام شده و نظریات موجود بر تعامل میان عوامل خطرزای مختلف فردی، محیطی، اجتماعی و خانوادگی تأکید می‌کنند. به دلیل ماهیت پیچیده رشد انسان، هیچ اختلالی یک علت و عامل مشخص ندارد. عوامل خطرزای متعدد عبارتند از: *عوامل خطرزای فردی*: ابتلا به بیماری‌های روانی مانند اختلالات اضطرابی، افسردگی، نگرش مثبت به مواد، مهارت‌های شناختی-اجتماعی ضعیف مانند پرخاشگری یا کمرویی، مهارت‌های ضعیف حل مسئله، تصمیم‌گیری، ناتوانی در مقابله مناسب با هیجانها، خصوصیات و ویژگی‌های سرشتی؛

عوامل خطرزای خانوادگی: زندگی در خانواده پرتنش و آشفته، وجود اختلافات خانوادگی شدید، نگرش مثبت والدین به مواد، مصرف مواد توسط یکی از اعضای خانواده، نظارت و سرپرستی ضعیف والدین، شیوه‌های فرزندپروری خیلی سخت گیر یا سهل گیر، بی توجهی یا غفلت از سوی والدین، دلبستگی و پیوند هیجانی ضعیف با والدین، فقر در خانواده؛ عوامل خطرزای مرتبط با مدرسه: مدارس مشوق رقابت، روابط نامناسب دانش آموز- معلم یا کارکنان مدرسه، بی توجهی به خصوصیات شخصیتی دانش آموزان، نبود دلبستگی به مدرسه، غیبت از مدرسه، افت تحصیلی، ترک تحصیل، نبود روابط دوستانه و صمیمی با معلمان، بی توجهی معلمان یا کارکنان به علائق و انگیزه‌های دانش آموزان، نبود جوّ هیجانی و تعاطفی مثبت در مدرسه، نبود روحیه همکاری و کار گروهی در مدارس و عوامل خطرزای محیطی: همسالان مصرف کننده، همسالان مشوق مصرف مواد، زندگی در محله‌های آلوده، دسترسی آسان به مواد، دسترسی اندک به امکانات ورزشی و تفریحی مناسب (ادلمن و تیلور، ۲۰۰۳).

اهمیت شناسایی عوامل خطرزا و محافظ به اندازه‌ای مهم است که در اولین اصل پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان مطرح شده است. هدف کلیه مداخلات پیشگیرانه افزایش عوامل محافظ و کاهش عوامل خطرزا است.

**مروری بر مدل‌های پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه**  
تلاشهایی در زمینه پیشگیری از مصرف مواد برای کودکان و عمدتاً نوجوانان صورت گرفته که می‌توان آنها را به پنج دسته تقسیم کرد: اطلاع رسانی و برانگیختن ترس، فعالیتهای جایگزین، آموزش عاطفی، آموزش مهارت‌های امتناع، ارتقاء توانمندیها<sup>۱</sup>.

### رویکرد اطلاع رسانی

اولین رویکرد در پیشگیری عمدتاً متمرکز بر اطلاع رسانی بود. اساس رویکرد مذکور این بود که اگر افراد اطلاعات لازم در مورد مصرف مواد و پیامدهای آن را داشته باشند، به سراغ مصرف مواد نخواهند رفت. به همین دلیل اطلاعات واقعی در مورد اثرات منفی

بهداشتی، اجتماعی و قانونی مصرف مواد در برنامه‌های مدرسه و عمدتاً توسط اولیای مدرسه ارائه می‌شد، بدون اینکه در مورد آموزش مهارت‌های مرتبط با پیشگیری کاری صورت گیرد. راهبردهای برانگیختن ترس نیز با اطلاع رسانی همراه بود. در حال حاضر، از این رویکرد در فعالیتهای پیشگیرانه به تنهایی استفاده نمی‌شود (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۳).

### رویکرد فعالیتهای جایگزین

اساس این رویکرد آن بود که اگر فعالیتهایی جز مصرف مواد برای نوجوانان مهیا شود، آنان کمتر به مصرف مواد خواهند پرداخت. در این زمینه فعالیتهای جایگزین متعددی مطرح شدند که برخی از آنها دارای مبنای نظری و بعضی فاقد آن بودند. فعالیتهای اولیه شامل شرکت نوجوانان در مراکز جوانان، باشگاههای ورزشی و فعالیتهای اجتماعی بود. بعدها فعالیتهای دیگری مطرح شدند که بتوانند وضعیت شناختی - عاطفی دانش آموزان را تغییر دهند، فعالیتهایی که اعتماد به نفس، عزت نفس و مشارکت در فعالیتهای گروهی را افزایش دهند. نسل سوم چنین فعالیتهای جایگزین شامل نیازهای اختصاصی گروه هدف بود، از جمله شرکت در برنامه‌های ورزشی، تحصیلی و فعالیتهای ورزشی که احتمال مصرف مواد در آنها کمتر باشد (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵).

### رویکرد آموزش عاطفی

توجه این رویکرد از مواد به نیازهای روانی - اجتماعی افراد معطوف شد. در مدل عاطفی، علت مصرف مواد را مجموعه‌ای از خصوصیات می‌دانستند که آسیب پذیری فرد در برابر مصرف را افزایش می‌دهد. بر این اساس، راه حل نیز مشخص بود: کمک به ارتقاء رشد عاطفی فرد. از آنجا که عامل خطرزای مصرف مواد را نقصهای شخصی می‌دانستند، هدف برنامه‌های پیشگیرانه نیز ارتقاء رشد اجتماعی و شخصی فرد بود، از جمله ارتقاء عزت نفس، بینش شخصی و خودآگاهی. به عبارت دیگر، بر عامل عاطفی تأکید می‌شد تا شناختی. این رویکرد تاحدی به رویکرد آموزش مهارت‌های اجتماعی نزدیک شد (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۳).

## رویکرد آموزش مهارت های امتناع

یکی از مدل‌های محبوب پیشگیری، رویکرد آموزش مهارت‌های اجتماعی است که تأکید می‌کند افراد به علت نقص در مهارت‌های اجتماعی خاص به مصرف مواد می‌پردازند، از جمله ضعف و ناتوانی در مقاومت در مقابل فشارهای دوستان، همسالان و حتی رسانه‌ها. از این دیدگاه، جوانان و نوجوانان به مصرف مواد رو می‌آورند، چون عده زیادی از آنها اعتماد به نفس یا مهارت‌های مقاومت در برابر نفوذ اجتماعی همسالان و رسانه را ندارند. به همین دلیل، ضروری است برای پیشگیری از مصرف مواد به افراد مهارت‌هایی آموزش داده شود که بتوانند متوجه این فشارها شوند و بتوانند در مقابل آنها مقاومت کنند. در زمینه آموزش مهارت‌های اجتماعی مقاومت حداقل سه مهارت مهم است که باید آموخته شود: ۱- آموزش موقعیتهای پرخطر، ۲- افزایش آگاهی از نفوذ رسانه و ۳- آموزش مهارت امتناع. کودکان و نوجوانان باید مهارت امتناع یا به عبارت دیگر «نه گفتن» به چنین فشارها و درخواستهایی را بیاموزند. با این حال، مهارت امتناع تنها موضوعی نیست که باید آموخته شود، بلکه باید قبل از آن موارد دیگری نیز آموزش داده شوند. یک جزء بسیار منطقی هر گرایش مهارت‌های مقاومت، شناسایی موقعیتهای پرخطر است. منظور از موقعیتهای پرخطر، موقعیتهای مکانها یا زمانهایی است که احتمال تعارف به مصرف و فشار همسالان زیادتر می‌شود. پس از شناسایی و تشخیص موقعیتهای پرخطر، راهبردهای موثر برای اجتناب از چنین موقعیتهایی آموزش داده می‌شود. در این زمینه، آگاهی از تأثیر رسانه‌ها در تبلیغ مصرف مواد اهمیت خاص دارد، به خصوص فیلمها، تبلیغات، آگهی‌ها و ... (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵).

## رویکرد ارتقاء توانمندی‌ها

توانمندی یا کفایت، مفهوم وسیعی است که مهارتها و شایستگیهای اجتماعی مختلفی را در برمی‌گیرد و نقش مهمی در رشد دارد. در دوره نوجوانی وظایف متعدد رشدی شکل می‌گیرد، از جمله استقلال از والدین و ایجاد گروههای همسالان. توانمندیها و کفایت‌های غنی و قوی به موفقیت در این تکالیف رشدی کمک می‌کند، به خصوص زمانی که فرد

وارد محیط تحصیلی و اجتماعی جدیدی می‌شود. هر چه فرد تواناییهای اجتماعی بیشتری داشته باشد، بهتر عمل می‌کند. به خصوص، برخورداری از مهارت قاطعیت، توانایی ارتباط مناسب، اطلاع از نحوه صحیح شروع و پایان یک مکالمه، استفاده از راهبردهای مذاکره با دیگران کمک زیادی به سازگاری با این شرایط می‌کند (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۳).

**جدول ۱.** تصویری کلی از رویکردهای پیشگیری (برگرفته از بوتوین و گریفین، ۲۰۰۵)

گرایش	تمرکز	روشها
اطلاع رسانی	افزایش آگاهی از مواد، نحوه مصرف و آموزش و بحثهای چهره به چهره، اثرات آنها، افزایش نگرش منفی نسبت به آموزش از طریق تصویر، پوستر و مواد	فیلم، پمفلت، مدارس
آموزش عاطفی	ارتقاء عزت نفس، تصمیم گیریهای مسئولانه، آموزش و بحثهای چهره به چهره، رشد ارتباطات بین فردی، معمولاً درباره موارد فعالیتهای تجربی، تمرینهای حل اطلاع رسانی نمی شود یا اندک است	مسئله گروهی
فعالتهای جایگزین	ارتقاء عزت نفس، اتکا به خود، ارائه فعالیتهای دیگر جز مصرف مواد، کاهش احساس کسالت و احساس منزوی بودن	طراحی و سازماندهی مراکزی برای جوانان، فعالیتهای تفریحی، مشارکت در برنامه‌های خدمات اجتماعی، آموزش فعالیتهای تفریحی
آموزش مهارتهای امتناع	افزایش آگاهی از تأثیر جامعه و اطرافیان بر مصرف سیگار، الکل و استفاده از سایر بحثهای گروهی، آموزش مهارتهای مواد، آموزش مهارتهایی برای مقاومت در برابر پیشنهاد به مصرف مواد، افزایش دانش درباره اثرات منفی و فوری مواد، ارائه هنجارهایی در زمینه عدم مصرف مواد	مقاومت، تمرینهای رفتاری، برابر پیشنهاد به مصرف مواد، افزایش تمرینهای وسیع از طریق «تکالیف رفتاری»، استفاده از راهنماهای همسال یا بزرگتر
ارتقاء توانمندیها	ارتقاء تصمیم گیری، تغییرات رفتاری شخصی، کاهش اضطراب، آموزش مهارتهای ارتباطی، اجتماعی و قاطعیت، استفاده از مهارتهای عام برای مقاومت در برابر نفوذ دیگران برای مصرف مواد	بحثهای گروهی، آموزش مهارتهای شناختی-اجتماعی (آموزش، آموزش با کار عملی، تمرین، ارائه بازخورد، تقویت)

نکات مهمی در خصوص تدوین، اجرا، ارزیابی و گسترش برنامه های پیشگیرانه مبتنی بر مدارس وجود دارد که ضروری است به آنها توجه شود و در اینجا به تعدادی از آنها پرداخته می شود.

### تدوین برنامه

سن، مرحله رشدی و نحوه پیشرفت مصرف مواد از نکات مهمی است که در تدوین برنامه باید به آن توجه کرد. سن موضوع بسیار مهمی در پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان است. در اصل اول پیشگیری مؤسسه بین المللی سوء مصرف مواد (۲۰۰۳) تأکید شده که اثر بالقوه عوامل خطرزا و محافظ خاص با سن تغییر می کنند؛ مثلاً در دوره کودکی، عوامل خطرزای درون خانوادگی اهمیت بیشتری دارند و در دوره نوجوانی، ارتباط با همسالان مصرف کننده عامل خطرزای مهمتری به شمار می آید. اصل ششم پیشگیری تأکید می کند که برای مداخله باید از دوره پیش دبستانی برنامه هایی تدوین کرد که به رفتارهای پرخطرگرا، ضعف در مهارت های اجتماعی و مشکلات تحصیلی بپردازند. در اصل هفتم (برنامه های پیشگیری برای دوره ابتدایی) توجه به عوامل خطرزایی از جمله بهبود عملکرد تحصیلی و یادگیریهای اجتماعی-هیجانی شده است. در این اصل، آموزش مهارت ها و تواناییهایی نظیر خودکنترلی، آگاهی هیجانی، ارتباط، حل مسئله اجتماعی و کمکهای تحصیلی به خصوص در خواندن مطرح شده است. اصل هشتم معتقد است که در برنامه های پیشگیری برای دانش آموزان دبیرستانی باید به توانمندیهای اجتماعی و تحصیلی از جمله عادات مطالعه و کمکهای تحصیلی، ارتباط، رابطه با همسالان، خودکارآمدی و قاطعیت، مهارت های مقاومت در برابر مواد، تقویت نگرشهای ضد مواد و تقویت تعهدات شخصی در مقابل سوء مصرف مواد توجه شود. برنامه هایی که از ابتدای ۱۹۹۰ طراحی شدند به سه سطح پیشگیری توجه کردند: پیشگیری همگانی<sup>۱</sup>، انتخابی<sup>۲</sup> و موردی<sup>۳</sup>. در برنامه های همگانی، خدمات به کل جمعیت عمومی ارائه می شود. در مداخلات انتخابی، برنامه های پیشگیرانه معطوف کودکان و نوجوانان «در معرض خطر» است که نشانه هایی از احتمال مصرف مواد در آنان وجود دارد. مداخلات موردی به دانش آموزانی ارائه می شود که قبلاً درگیر مواد شده اند.



## اجرای برنامه

بیشتر مداخلات پیشگیرانه توسط افراد همسال یا بزرگتر انجام شده است. استفاده از همسالان مزایایی دارد، از جمله اعتبار بیشتر همسالان در مقایسه با بزرگسالان برای نوجوانان. مزیت دیگر این روش، الگو بودن نوجوانان برای یکدیگر است. با این حال، استفاده از همسالان معایبی هم دارد، از جمله نبود مهارت‌های آموزشی و انگیزشی و عدم توانایی لازم برای آموزش مهارت. از سوی دیگر، این مداخلات بیشتر به صورت سخنرانی برگزار می‌شوند و ارزش آموزشی چندانی ندارند. استفاده از روش‌های تعاملی نکته بسیار مهم در زمینه مداخلات مبتنی بر مدرسه است، به این معنی که برنامه‌های پیشگیرانه‌ای که از شیوه‌های تعاملی و فرآیندهای گروهی مانند بحث همسالان، ایفای نقش و بازیهای تعاملی استفاده می‌کنند، موثرتر از روش‌های معمولی کلاسی (مانند سخنرانی، پخش فیلم) هستند. در همین رابطه اصل پانزدهم پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان مطرح می‌کند که «برنامه‌های پیشگیری، زمانی بیشترین اثربخشی را دارند که از تکنیک‌های تعاملی استفاده کنند که موجب مشارکت فعال کودکان و نوجوانان در فرآیند یادگیری شوند و مهارت‌های آنان را تقویت کنند».

۶۷

67

## ارزیابی برنامه

مهمترین چالش در حوزه پیشگیری آن است که ثابت شود کاهش مصرف سیگار، الکل و سایر مواد امکانپذیر است. سؤالی که مطرح می‌شود این است که این کاهش چه مدت ادامه پیدا می‌کند. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که طرح‌های مختلف نتایج گوناگونی در پی داشته‌اند. مثلاً، اثرات طرح راند<sup>۱</sup> با رویکرد نفوذ اجتماعی پس از سه سال از بین رفت. در زمینه موقتی بودن اثر مداخلات پیشگیرانه دلایل متعددی مطرح شده است از جمله: ناکافی بودن طول مدت مداخله، در نظر نگرفتن جلسات تقویتی، منطبق نبودن اجرای مداخله با دستورالعمل مداخله و استوار بودن مدل مداخله بر مفروضات اشتباه. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که برنامه‌های مبتنی بر مدارس باید با سایر مداخلات از جمله

مداخلات مربوط به خانواده یا جامعه ادغام شوند. مثلاً، پروژه پیشگیری میدوسترن<sup>۱</sup>، یک برنامه چندبخشی بود که برنامه مبتنی بر مدرسه را با مشارکت والدین و استفاده از رسانه‌های گروهی ادغام کرد و نتایج حاصل از آن نشان داد که این برنامه با کاهش استفاده از سیگار و الکل در نوجوانان همراه بوده است. لازم به ذکر است که اثرات این برنامه به مدت ۶ سال بعد از مداخله اصلی تداوم داشتند. اصل سیزدهم پیشگیری از سوء مصرف مواد تأکید می‌کند که برنامه‌های پیشگیری باید درازمدت و همراه با مداخلات مکرر باشند تا اهداف اصلی پیشگیری تقویت شود.

### گسترش برنامه

مشخص نیست برنامه‌های پیشگیرانه که به صورت آزمایشی و پژوهشی اجرا می‌شوند، بعد از اتمام پژوهش تا چه اندازه در مدارس به کار گرفته شوند. اگر چه مدارس مایلند و می‌توانند برنامه‌های پیشگیرانه را اجرا کنند، اما معمولاً انگیزه و منابع کافی برای اجرای آن را ندارند. بنابراین، بسیار مهم است که مداخلات پیشگیرانه در سطح وسیعی گسترش یابند. در این زمینه مشکلاتی وجود دارد که مانع گسترش وسیع برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر مدارس می‌شود. در زمینه گسترش برنامه‌های پیشگیرانه چند مشکل جدی وجود دارد: میزان تعهد مجریان برنامه، میزان مشارکت جامعه در طرح، هماهنگی و مدیریت در اجرای برنامه و آموزش کافی کارشناسان. علاوه بر این، مدارس باید تمایل داشته باشند که برنامه را اجرا کنند. به همین دلیل، برنامه باید «دوستانه» طراحی شده باشد، به گونه‌ای که معلمان، دانش آموزان و حتی والدین مایل به اجرای آن باشند. از آنجا که برنامه‌ها باید ارزیابی شوند، بیشتر منابع مالی صرف هزینه‌های ارزیابی می‌شود و نه جذاب کردن محتوای آموزشی. در همین رابطه، اصل چهاردهم پیشگیری از سوء مصرف مواد تأکید دارد که برنامه‌های پیشگیری باید به معلمان توجه کنند و تکنیکهای مناسب برای افزایش ارتباط معلمان با دانش آموزان را مورد توجه قرار دهند.

## پیوند و ادغام مدرسه، جامعه و خانواده

در حال حاضر، در ارائه طرحها و مداخلات پیشگیرانه مصرف مواد تأکید بر همکاری مشترک خانواده، مدرسه و جامعه است (ادلن و تیلور، ۲۰۰۳). در اصل پنجم پیشگیری از سوء مصرف مواد تأکید شده است که برنامه‌های پیشگیری باید پیوند و روابط خانوادگی (مهارت‌های فرزندپروری و حمایت والدین از فرزندان) را افزایش دهند. همچنین، در اصل دهم این نکته مطرح شده است که برنامه‌های پیشگیرانه ترکیبی مؤثرتر از یک برنامه واحد هستند، مانند ترکیب برنامه‌های مبتنی بر خانواده و برنامه‌های مبتنی بر مدرسه. همچنین، در اصل یازدهم تأکید می‌شود که «برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه ... زمانی بیشترین تأثیر را دارند که در کلیه سطوح جامعه پیامهای یکسانی را ارائه دهند». به همین دلیل، متخصصان پیشگیری به دنبال ادغام طرحهای مختلف پیشگیری اند تا بتوانند اثربخشی برنامه‌ها را افزایش داده و از صرف هزینه و وقت اضافی بکاهند.

### جدول ۲. اصول پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان (برگرفته از مؤسسه بین المللی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۳)

- اصل ۱- توجه به عوامل خطرزا و محافظ
- اصل ۲- توجه به همه مواد
- اصل ۳- توجه به نیازها و شرایط محلی
- اصل ۴- توجه به شرایط و ویژگیهای مخاطبان
- اصل ۵- افزایش و تقویت پیوندهای خانوادگی
- اصل ۶- توجه به عوامل خطرزا از ابتدای خردسالی
- اصل ۷- توجه به بهبود وضعیت درسی و موضوعات هیجانی و تحصیلی
- اصل ۸- توجه به افزایش کفایت اجتماعی و تحصیلی در دوره راهنمایی و ابتدای متوسطه
- اصل ۹- توجه به دوره‌های انتقالی زندگی
- اصل ۱۰- ترکیب دو یا چند برنامه برای افزایش اثربخشی
- اصل ۱۱- ارائه پیامهای یکسان در محیطهای مختلف (مدرسه، باشگاه، رسانه، مؤسسات مذهبی)
- اصل ۱۲- وفادار بودن به ساختار، محتوا و ارائه برنامه هنگام انطباق برنامه
- اصل ۱۳- ارائه طولانی مدت برنامه و تکرار آن
- اصل ۱۴- تقویت مهارت‌های معلمان در زمینه مدیریت کلاس
- اصل ۱۵- استفاده از تکنیکهای یادگیری فعال و یادگیری مشارکتی
- اصل ۱۶- مقرون به صرفه بودن مداخلات پیشگیری

## بحث و نتیجه گیری

شواهد و مدارک موجود نشان می‌دهد که مهمترین مداخلات پیشگیرانه در زمینه پیشگیری از مواد در دوره کودکی و نوجوانی، مداخلات مبتنی بر مدارس است. این درحالی است که مدل‌های موجود از اثربخشی مداخلات مبتنی بر افزایش توانمندیها و کفایت اجتماعی حکایت می‌کنند. با این حال، به منظور اثربخشی طرحها و مداخلات پیشگیرانه رعایت نکات مهمی ضروری است که با عنوان اصول پیشگیری از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان شناخته شده اند. شناسایی این اصول و رعایت آنها به برنامه ریزان و تدوین کنندگان مداخلات مبتنی بر مدارس کمک می‌کند تا بتوانند برنامه‌های خود را به درستی تدوین، اجرا و ارزیابی کنند و گسترش دهند. با توجه به ویژگیهای خاص کشور و درصد بالای کودکان و نوجوانان، توجه به این نکات و اجرای صحیح آنها تضمین کننده یک برنامه اصولی و غنی خواهد بود. در این میان، ضرورت ادغام مداخلات و یکپارچه کردن مداخلات پراکنده از اساسی ترین موضوعات به شمار می‌آید.

## منابع

- سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۷۶). برنامه‌های بهداشت روان مدارس. ترجمه ربابه نوری و کارینه طهماسیان. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور: معاونت پیشگیری از آسیبهای اجتماعی.
- Adelman, H.S., & Taylor, L. (2003). Creating school and community partnerships for substance abuse prevention programs. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 329-369.
  - Botivn, G.J., & Griffin, K.W. (2003). *Drug abuse prevention in schools*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
  - Botivn, G.J., & Griffin, K.W. (2005). *School-based programs*. Lippincot: Williams and Wilkins.
  - Dickinson, P. (2001). *Guidelines for mentally healthy schools*. Auckland: Mental Health Foundation for New Zeland.
  - Domitrovich, C.E., Bradshaw, C.P., Greenberg, M.T., Embry, D., Poduska, J.M., & Jalongo, N.S. (2010). Integrated models of school-based prevention: Logic and theory. *Psychology in Schools*, 47, 71-88.
  - Durlak, J.A., & Wells, A.M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
  - National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research based guide*. National Institute on Health Press.