

الوقاية من المخدرات فى المدارس من منظور علم الوقاية

محمود بسطامى *

تمثل المدارس محورًا لمعظم المحاولات لتطوير نهج فعالة للوقاية من تعاطى المخدرات. إذ بالإضافة إلى مهمتها التعليمية التقليدية، غالبًا ما تتحمل المدارس مسئولية معالجة مجموعة متنوعة من المشاكل الاجتماعية والصحية، مثل التنشيف الصحى الذى يستهدف التبغ والكحول وتعاطى المخدرات، وغيرها من المشكلات السلوكية. على الرغم من وجود بعض الجدل حول ما إذا كان ينبغي للمدارس توفير مثل هذه البرامج، لا سيما مع تجدد المخاوف بشأن المعايير الأكاديمية؛ فإن المدارس توفر الوصول الأكثر كفاءة إلى أعداد كبيرة من الأطفال والمراهقين. وعلاوة على ذلك، يدرك العديد من المربين الآن أن بعض المشاكل، من قبيل تعاطى المخدرات، تشكل عائقًا كبيرًا أمام تحقيق الأهداف التعليمية. ولذا؛ فقد أدرجت وزارات التعليم فى معظم الدول ولاسيما الدول المتقدمة شعار "المدارس الخالية من المخدرات" كأحد أهدافها لتحسين جودة التعليم. وقد استندت النهج المدرسية الأولى للوقاية من تعاطى المخدرات إلى مفاهيم بديهية حول كيفية الوقاية من تعاطى المخدرات. وشملت نشر المعلومات، والتعليم الوجدانى، والبرمجة البديلة. تركز الأساليب الحديثة للوقاية على النظريات المنطقية النفسية للسلوك البشرى وتشمل التدريب على مهارات المقاومة الاجتماعية ونهج تعزيز الكفاءة. إلا أن الأمر يتطلب الاستفادة من التطورات المتلاحقة لعلم الوقاية فى سبيل تطوير نموذج وقائى فاعل ومتكامل فى الإطار المدرسى.

مقدمة

على مدى السنوات القليلة الماضية، برز علم الوقاية كتخصص بيولوجى اجتماعى نفسى يركز على تطوير المعرفة وتطبيق نتائج البحث لتحسين الممارسة. (NIH,1998) وقد حددت الدراسات العلمية الأساسية والسلوكية الممولة من المعاهد الوطنية للصحة نظريات وتدخلات وقائية واعدة للغاية تركز على مجموعة متنوعة من مشاكل الصحة العامة لتشمل التدخين وتعاطى المخدرات وتعاطى الكحول وغيرها. ومع ذلك؛ فإن التقدم المستمر فى علم الوقاية من تعاطى المخدرات يعتمد على التكامل المستقبلى مع البحوث العصبية البيولوجية والوراثية والسلوكية الأساسية من أجل تحديد المسارات البيولوجية النفسية والاجتماعية الأساسية المحددة لاضطرابات تعاطى المخدرات بشكل أفضل وتطوير تدخلات وقائية مستهدفة تم اختبارها علميًا وفعالة للغاية لتقليل المسئولية عن اضطرابات تعاطى المخدرات وحدوثها وانتشارها فى عموم السكان وفى المجموعات الفرعية المعرضة لخطر متزايد.

* أستاذ القانون، رئيس شعبة بحوث الجريمة والسياسة الجنائية بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجناائية.

المجلة القومية لدراسات التعاطى والإدمان، المجلد الثانى والعشرون، العدد الأول، يناير ٢٠٢٥

بالإضافة إلى ذلك؛ تشير الأدلة المستمدة من التجارب ذات الشواهد والدراسات شبه التجريبية لتدخلات الوقاية من تعاطى المخدرات القائمة على النظرية إلى أن عددًا متزايدًا من برامج وسياسات الوقاية من تعاطى المخدرات قد أثبتت فعاليتها في الحد من المخاطر واعتدال سلوكيات تعاطى المخدرات للشباب. واستنادًا إلى هذه المجموعة من البحوث، وضعت مبادئ الوقاية من تعاطى المخدرات وطبقت في أوساط الممارسة. أخيرًا؛ بدأ مجال علم الوقاية في معالجة الأسئلة البحثية المهمة المرتبطة بأخذ برامج وسياسات الوقاية من تعاطى المخدرات القائمة على الأدلة لتوسيع نطاق نظام ممارسة الوقاية على مستوى الولاية والمجتمع. (J.W, Bukoski & .Z, Sloboda, 2006)

ولا شك أن المدارس هي محور معظم المحاولات لتطوير نهج فعالة للوقاية من تعاطى المخدرات. إذ بالإضافة إلى مهمتها التعليمية التقليدية، غالبًا ما تتحمل المدارس مسؤولية معالجة مجموعة متنوعة من المشاكل الاجتماعية والصحية، مثل: التنقيف الصحي الذي يستهدف التبغ والكحول وتعاطى المخدرات، وغيرها من المشكلات السلوكية. على الرغم من وجود بعض الجدل حول ما إذا كان ينبغي للمدارس توفير مثل هذه البرامج، لا سيما مع تجدد المخاوف بشأن المعايير الأكاديمية؛ فإن المدارس توفر الوصول الأكثر كفاءة إلى أعداد كبيرة من الأطفال والمراهقين. وعلاوة على ذلك؛ يدرك العديد من المربين الآن أن بعض المشاكل، من قبيل تعاطى المخدرات، تشكل عائقًا كبيرًا أمام تحقيق الأهداف التعليمية. ولذا؛ فقد أدرجت وزارات التعليم في معظم الدول ولاسيما الدول المتقدمة شعار "المدارس الخالية من المخدرات" كأحد أهدافها لتحسين جودة التعليم. (J.G, Botvin, 2006.W.K, Griffin)

وبطبيعة الأمور يتطلب الخوض في منهجيات الوقاية من المخدرات في المدارس التعرف على ملامح تطور علم الوقاية وانعكاسات ذلك على برامج الوقاية من الإدمان في المدارس.

أولاً: علم الوقاية من المخدرات وتطوره

بفضل علم الوقاية، نعرف الكثير عن سبل الوقاية من الوقوع في شرك المخدرات. ومن المهم قبل أن نبدأ في تناول الملامح البارزة لتطور هذا العلم ملاحظة أن هناك العديد من القيود تلحق به. فهذا العلم مكلف جدًا وبالتالي يبيع معظمه من عدد من البلدان ذات الدخل المرتفع في أمريكا الشمالية وأوروبا والمحيط الهادى، إلا أن هناك القليل من الدراسات من محيطات ثقافية أخرى أو في بلدان ذات دخل منخفض ومتوسط. علاوة على ذلك؛ فإن معظم الدراسات هي دراسات "فعالية" تدرس تأثير التدخلات في المحيطات الصغيرة المراقبة ذات الموارد الجيدة. وهناك عدد قليل جدًا من الدراسات التي حققت في فعالية التدخلات في محيطات "الحياة الحقيقية". بالإضافة إلى ذلك؛ هناك عدد محدود من الدراسات التي أوضحت ما إذا كانت التدخلات وخيارات السياسة الوقائية مفيدة أو فعالة من حيث التكلفة (أكثر من كونها مؤثرة أو فعالة فقط). وأخيرًا؛ هناك عدد قليل من الدراسات التي تقيد ببيانات مصنفة حسب

الجنس. وهناك تحد آخر يشير إلى أنه فى الغالب تكون الدراسات قليلة جدًا بحيث لا يمكن تحديد "المكونات النشطة" للتدخل أو السياسة لتكون مؤثرة أو فعالة. وكذلك بأى المكونات الضرورية حقًا يتعلق بتنفيذ الاستراتيجيات والتدخلات (من الذى يقدمها بشكل أفضل؟ ما هى الصفات والتدريب الضرورى؟ ما هى الأساليب التى يجب توظيفها؟ وغير ذلك. وأخيرًا، وكما هو الحال فى جميع العلوم الطبية والاجتماعية والسلوكية؛ فإن تحيز النشر هو مشكلة فى بحوث الوقاية. حيث إن من المرجح أن يكون الميل لنشر الدراسات التى تفيد عن نتائج إيجابية جديدة أكثر من الدراسات التى تفيد عن نتائج سلبية. وهذا يعنى أن تحليلنا يخاطر بالمبالغة فى تقدير مدى تأثير وفعالية كل من التدخلات والسياسات الوقائية لمنع تعاطى المخدرات. وبالتالي هناك حاجة قوية وملحة لرعاية ودعم البحوث فى مجال الوقاية من المخدرات على مستوى العالم. فمن الأهمية بمكان دعم جهود بحوث الوقاية فى البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وينبغى لأنظمة الوقاية الوطنية فى جميع البلدان أن تستثمر بشكل كبير فى التقييم الدقيق لبرامجها وسياساتها للمساهمة فى قاعدة المعارف العالمية. (U N. International standards for drug use prevention, 2018)

ما الذى يمكن عمله؟ هل ينبغى على صانعى السياسة الانتظار حتى يتم سد الثغرات قبل تنفيذ مبادرات الوقاية؟ وما الذى يمكن فعله للوقاية من تعاطى المخدرات وغيرها من المواد النفسية، وضمان النمو الصحى والأمن للأطفال والشباب.

وعلاوة على ذلك؛ فإن المناهج التى فشلت أو حتى أدت إلى آثار سلبية فى بعض البلدان هى مرشحة بشكل رئيسى للفشل فى أماكن أخرى. وتقع على عاتق ممارسى الوقاية وواضعى السياسات وأعضاء المجتمع المشاركين فى الوقاية من المخدرات مسئولية أخذ هذه الدروس فى الاعتبار. فما لدينا هو مؤشر على أين يكمن الطريق الصحى. وباستخدام هذه المعرفة والبناء عليها مع مزيد من التقييم والبحث، يمكننا رعاية وتشجيع تطوير أنظمة وقاية وطنية تستند إلى الأدلة العلمية والتى من شأنها دعم الأطفال والشباب والراشدين فى المحيطات المختلفة لقيادة أنماط حياة إيجابية وصحية وآمنة.

مراحل تشكل رؤية واضحة لعلم الوقاية

بالنظر إلى خبرات طويلة مستمدة من البحوث المسببة والوبائية، تم تحديد عدة أطر ونماذج مناسبة للوقاية من تعاطى المخدرات لتشمل نموذج الصحة العامة، ونموذج الأمراض المعدية، ونموذج عوامل الخطر والحماية. (Bukoski, 1991) ولعل القاسم المشترك بين هذه النماذج هو المبدأ القائل بأن المعرفة العلمية لمسببات المرض وتطوره عبر فترة الحياة توفر المفتاح لتطوير تدخلات وقائية فعالة.

وقد أثبتت دراسة تاريخية لأبحاث عوامل الخطر والحماية لتعاطى الكحول والمخدرات فى حالة البلوغ والبلوغ المبكر (Hawkins, et al, 1992) الصلاحية العلمية لعلم الوقاية. فقد نتج عن الدراسة تحديد سبع عشرة مجموعة من عوامل الخطر والحماية من قبل هؤلاء الباحثين فى مراجعتهم لمئات

الدراسات المسببة للأمراض. وقد شملت هذه العوامل: القوانين والمعايير، والتوافر، والحرمان الاقتصادي الشديد، والاضطرابات في المحيط الاجتماعي، والعوامل الفسيولوجية (السمات البيوكيميائية والجينية والشخصية)، وسلوكيات الأسر فيما تعلق بالمخدرات، وممارسات إدارة الأسرة، والصراع الأسري، وانخفاض الترابط مع الأسرة، والسلوكيات السلبية المبكرة والمستمرة، والفشل الأكاديمي، وضعف الارتباط بالمدرسة، ورفض الأقران في الصفوف الابتدائية، والارتباط بأقرانهم الذين يتعاطون المخدرات، والاغتراب والتمرد، والمواقف المواتية لتعاطي المخدرات، والبدايات المبكرة لتعاطي المخدرات. بالإضافة إلى ذلك؛ حددت هذه الدراسة عوامل وقائية منفصلة ومتميزة تتوسط أو تخفف من آثار التعرض لعمليات مخاطر متعددة.

ووفقًا للبحوث؛ قد تنتج عوامل الحماية درعا دائما أو مستوى من الصمود ضد مجموعة من عوامل الخطر التي قد تنعكس في إكساب الأطفال لمهارات حل المشكلات الاجتماعية والإيمان بكفاءتهم الذاتية. (Rutter, 1985) وقام البعض من العلماء (Glantz and Johnson, 1999) بتوسيع المناقشة من خلال استكشاف الآثار المترتبة على علم الوقاية من خلال البحوث التنموية المتعلقة بعوامل الحماية والمرونة والتكيفات الحياتية الإيجابية.

وقد خلص هوكينز وآخرون (Hawkins et al, 1992) إلى أن تدخلات الوقاية من المخدرات والكحول القائمة على النظرية يجب أن يكون لها أهداف مزدوجة. الأول هو تقليل أو القضاء على آثار التعرض للمخاطر، والثاني هو تعزيز عمليات الحماية وبالتالي تعزيز التأزر اللازم للتعامل مع آثار المخاطر المتعددة.

وفي ورقة مهمة بعنوان "علم الوقاية" أوضح (Coie et al, 1993)، أنه: أولاً، أحد الأهداف الرئيسية لأبحاث الوقاية هو اختبار نظريات محددة لعوامل الخطر والحماية من خلال تحديد سلسلة الأحداث التي تصبح بعد ذلك أهدافا للتدخل ثم إجراء تجارب ميدانية خاضعة للرقابة لتقييم المسببات الأساسية وفعالية التدخل الوقائي لتغيير مسار المخاطر والسلوك المختل الناشئ، مثل تعاطي المخدرات. ثانياً، تدور مناقشات الباحثين حول المعرضين لخطر الإصابة بهذا باضطراب التعاطي، ويوصون بإجراء دراسات مستقبلية وطولية لتقييم فعالية التدخلات الوقائية لتغيير المسار من خلال علم النفس التنموي. ثالثاً، يدرس الباحثون في مجال الوقاية المعاملات التي تنعكس من خلال التفاعلات البيئية للشخص؛ إلا أنه يجب أن تركز أبحاث الوقاية على الدور القوي الذي تلعبه المعتقدات والمعايير والسلوكيات الثقافية؛ وأن تتبنى أبحاث الوقاية نظرية النظم العامة من خلال استكشاف آثار الوقاية الناتجة عن التفاعلات بين التأثيرات التنموية المتعددة لتشمل الأسرة والمدرسة والأقران ومكان العمل والمجتمع وعلم الأحياء. رابعاً، ويجب أن تتناول أبحاث الوقاية بعناية تفاعل التأثيرات الاجتماعية والبيولوجيا عبر دورة التنمية الحياتية.

ويبرز حدث تاريخي لعلم الوقاية مع نشر تقرير معهد الطب (IOM) حول "الحد من مخاطر الاضطرابات العقلية". وقد كشفت هذه المراجعة المنهجية (Mrazek & Haggerty, 1994) أن هناك قاعدة معرفية كبيرة للمخاطر البيولوجية والنفسية والاجتماعية والعوامل الوقائية المرتبطة بمجموعة متنوعة من المشاكل الصحية الخطيرة بما في ذلك تعاطي الكحول والمخدرات. بالإضافة إلى ذلك؛ حدد التقرير عددًا من التجارب البحثية للتدخل الوقائي التي أثبتت الفعالية العلمية للوقاية للحد من مخاطر مجموعة متنوعة من المشاكل الصحية من بينها تعاطي المخدرات. كما طور التقرير الأساس المفاهيمي للوقاية من خلال إدخال طيف الصحة العقلية، فوفقًا لما انتهى إليه التقرير، كان نموذج الوقاية الطبية (الوقاية الأولى والثانية والثالثة) هو الأنسب للاضطرابات الطبية ولم يكن مناسبًا تمامًا لمشاكل الصحة العقلية. وأشار التقرير إلى أنه من الصعب للغاية تحديد "حالة" من الاضطراب العقلي كما هو الحال مع الاضطرابات الصحية. هناك خلاف حول ما يشكل حالة من الاضطراب العقلي؛ حيث قد توجد الأعراض على الرغم من أن الاضطراب لا تتوافر فيه المعايير المحددة له. وأخيرًا؛ يصعب تشخيص الاضطرابات النفسية للأطفال (من الولادة إلى سن ٥ سنوات) كحالة نفسية لأن المشاكل تتعلق أكثر باضطراب النمو النفسي والاجتماعي أو الأداء المعرفي.

نتيجة لذلك؛ اقترح التقرير بديلاً للنموذج الطبي وأطلق على هذا النموذج "طيف تدخل الصحة النفسية". بموجب هذا النموذج، يشمل مصطلح "الوقاية" ثلاثة مستويات من التدخل: "عام، انتقائي، ومحدد". يتم تنفيذ تدخلات الوقاية قبل البداية الأولية للاضطراب المشخص. وبمجرد الوصول إلى عتبة التشخيص من خلال تلبية متطلبات علم الأمراض فإن برامج "العلاج" تكون مناسبة. وتشمل هذه تحديد الحالات والعلاج القياسي للاضطرابات المعروفة. المستوى الأخير هو "الرعاية"، والذي يتضمن التدخلات التي تساعد في الامتثال لنظم العلاج والحد من الانتكاس وتكرار الاضطراب وبعد الرعاية لتشمل إعادة التأهيل. ومن السمات الهامة لهذا النموذج، التوصية بتنفيذ جميع المستويات الثلاثة لتدخلات الوقاية في إطار الممارسة. ويقر التقرير بأن "التدخلات الوقائية الشاملة" ينبغي أن تستهدف عامة السكان، مثل الرعاية السابقة للولادة، وتحسينات الأطفال. وفيما يتعلق بالمجموعات الفرعية من السكان التي تمثل مخاطر بيولوجية أو نفسية أو اجتماعية أكبر من المعتاد مرتبطة بتطور الاضطراب ستتلقى أيضًا "تدخلًا وقائيًا انتقائيًا" مناسبًا. ومن الأمثلة على ذلك الزيارة المنزلية للأطفال ذوي الوزن المنخفض عند الولادة، ومرحلة ما قبل المدرسة للأطفال المحرومين، ومجموعات الدعم للأرامل المسنات. أخيرًا؛ سيتم تنفيذ "تدخل وقائي محدد" لأولئك الذين لديهم علامات أو أعراض يمكن اكتشافها لتطور الاضطراب. وأحد الأمثلة على ذلك هو تدريب التفاعل بين الوالدين والطفل للعائلات التي لديها طفل يعاني من مشاكل سلوكية، ولكنها ليست شديدة بما يكفي لتبرير التشخيص السريري.

وبالتالي جمع هذا المنشور الأهمية العلمية لنموذج عامل الخطر والحماية للوقاية، وأظهر أن علم الوقاية قد صمم واختبر بالفعل عددًا من التدخلات القائمة على النظرية التي أثبتت فعاليتها للحد من

مخاطر مجموعة متنوعة من الاضطرابات العقلية، وسلط الضوء على أهمية تقييم سلسلة من التدخلات الوقائية على طول سلسلة متصلة من البرامج من العام إلى الانتقائي إلى المحدد من أجل معالجة مجموعة من المؤشرات البيولوجية والسلوكية المبكرة لزيادة التعرض للظهور اللاحق للاضطراب على مستوى يمكن تشخيصه سريريا.

وعلى ذلك؛ فقد زاد التقرير من أهمية تطوير سلسلة من "التدخلات المستهدفة" في علم الوقاية تعالج على أفضل وجه ملامح المخاطر البيولوجية النفسية الاجتماعية للأفراد في مرحلة نمو محددة، وبالتالي زيادة فرص إنتاج آثار وقائية إيجابية ودائمة بمرور الوقت. كما عزز التقرير أهمية دراسة كل من المتغيرات القريبة والبعيدة. ففي لغة الوقاية، يتم افتراض المتغيرات القريبة للتوسط في آثار النتائج "البعيدة" التي يستهدفها التدخل (Buchner and Cain, 1998).

سد الفجوة بين البيولوجيا العصبية والسلوكية، وعلوم الوقاية

انطلاقاً من خبرات العديد من الجهات العاملة في مجال الوقاية؛ فإن توسيع القاعدة العلمية المستقبلية لعلم الوقاية من تعاطي المخدرات لتشمل مجموعة من التخصصات العلمية الأساسية والتطبيقية، يشكل مطلباً علمياً منطقياً في ضوء ما أسفر عنه تقييم برامج الوقاية المنفذة من نتائج، ومع ذلك فهذا الأمر يثير عدداً من الأسئلة المهمة حول كيف يمكن للوقاية من تعاطي المخدرات أن تصبح علماً متعدد التخصصات أكثر تكاملاً في المستقبل القريب. ولا شك أن هناك عدة أسباب تبرر الربط بين العلوم العصبية البيولوجية والسلوكية والوقاية. وفي حين تم إحراز تقدم علمي كبير لتحديد عوامل الخطر والحماية وتطوير واختبار تدخلات الوقاية من تعاطي المخدرات القائمة على النظرية؛ فإن غالبية البحوث المسببة والوقائية لم تركز على الاختلافات فيما يتعلق بعوامل الخطر والحماية التي قد تكمن في مراحل الانتقال من تعاطي المخدرات إلى إدمان المخدرات ولم تسع إلى تحسينها من خلال التدخلات الوقائية المستهدفة.

على سبيل المثال؛ افترض (Glantz and Pickens, 1992) أن هناك عوامل مختلفة قد ترتبط ببداية تعاطي المخدرات الأولية (العوامل الاجتماعية والأقران) وسلوكيات تعاطي المخدرات اللاحقة (العوامل البيولوجية والنفسية). ووفقاً لهؤلاء الباحثين، يبدو أن تعاطي المخدرات أو التصعيد إلى الاستخدام المنتظم أو القهري للمخدرات غير المشروعة مرتبطان بالعديد من عمليات المخاطر البيولوجية والنفسية، مثل العمر المبكر للظهور، والتعاطي المتكرر/ المكثف للمخدرات، والتاريخ العائلي لاضطرابات تعاطي المخدرات أو السلوكيات المعادية للمجتمع، والسمات الشخصية التي تتعامل مع التنظيم الذاتي (التمثيل، العدوانية، والاندفاع، والبحث عن الإحساس، وما إلى ذلك)، وبعض أشكال الاختلال النفسي الأساسي (اضطراب سلوك الطفولة، والسلوك المعادي للمجتمع، وفرط النشاط/ اضطراب نقص الانتباه).

ومع ذلك؛ فقد ثبت أن التقدم فى فهم المسؤولية عن اضطرابات تعاطى المخدرات من هذا المنظور بعيد المنال. وفى الآونة الأخيرة، ومن أجل النهوض بمجموعة أوسع من البحوث المسببة لتعاطى المخدرات التى تشمل العمليات البيولوجية والبيئية، أطلقت NIDA مبادرة بحثية خاصة لفهم الدور الذى يلعبه التفاعل بين الجينات والبيئة بشكل أفضل فى تعزيز التعرض لتعاطى المخدرات والإدمان (Leshner, 1999). وكشف هذا الجهد بأن هناك حاجة إلى مزيد من البحث الصارم عبر المجال البيولوجى النفسى الاجتماعى نظرا لتعقيد سلوكيات تعاطى المخدرات. وقد كان ينظر إلى أن نتائج البحوث الناتجة عن هذه المبادرة يمكن أن يكون لها آثار كبيرة على تطوير برامج أكثر فعالية للوقاية من تعاطى المخدرات وعلاجها. من خلال استخدام النتائج التى يتم الوصول إليها لتحسين مستوى فعالية برامج الوقاية المقدمة للأطفال والمراهقين.

وتشير نتائج البحوث إلى أن برنامجا متكاملًا للبحث عبر العلوم البيولوجية العصبية والسلوكية والوقائية الأساسية قد يؤدى إلى تحديد عوامل الخطر البيولوجية والجينية والنفسية البارزة لاضطرابات تعاطى المخدرات وإلى تطوير تدخلات أكثر فعالية للوقاية من تعاطى المخدرات التى تظهر أحجام تأثير أكثر قوة للشباب فى عموم السكان ولأولئك فى المجموعات السكانية الفرعية المعرضة لخطر متزايد لاضطرابات تعاطى المخدرات. حيث يتم توفير إحدى نقاط البداية المحتملة للمناقشة لربط العلوم البيولوجية العصبية والسلوكية والوقائية من خلال منظور حول البحوث متعددة التخصصات التى تتناول العلاقة المعقدة بين السلوك والصحة كما تم تقديمه فى تقرير (Pellmar and Eisenberg, 2000) وفى ذلك التقرير، اعترفت الأوساط العلمية بمدى تعقيد تعاطى المخدرات وإدمانها. إذ يوصى التقرير بأن تقوم المعاهد الوطنية للصحة والمجتمع العلمى بتطوير أنشطة بحثية متعددة التخصصات وبرامج تدريب بحثية من شأنها أن تربط بين العلوم السلوكية والطبية من أجل تعزيز الوقاية والتشخيص والعلاج من مجموعة متنوعة من الأمراض المعقدة، وتعزيز الفهم الأساسى للآليات الأساسية للدماغ والسلوك.

ظهور معايير عالمية ودولية للوقاية القائمة على البحث

فى السنوات الأخيرة تم تحقيق العديد من المعالم المهمة والتى يمكن أن يكون لها تأثير عميق على كيفية تنفيذ الوقاية من تعاطى المخدرات فى المستقبل، لا سيما كما يتم تنفيذها فى المدارس. كان أول هذه الأحداث هو نشر معايير المعرفة لعلم الوقاية لجمعية أبحاث الوقاية.

(Standards of knowledge for the science of prevention. 2011)، حدد المؤلفون أهداف ومحتوى علم الوقاية. "الهدف الأساسى لعلم الوقاية هو تحسين الصحة العامة من خلال تحديد عوامل الخطر والحماية المرنة، وتقييم جدوى وفعالية التدخلات الوقائية وتحديد الوسائل المثلى لنشرها. ويتضمن المجال دراسة التنمية البشرية والبيئة الاجتماعية بالإضافة إلى تحديد العوامل والعمليات التى تؤدى إلى سلوكيات ونتائج صحية إيجابية وسلبية. حيث تستخدم نظريات التنمية البشرية لتصميم التدخلات

(البرامج والسياسات) التي تستهدف الحد من المخاطر وتعزيز عوامل الحماية على المستويات الفردية والعائلية والأقران والمجتمع والبيئة. استنادًا إلى أن علم الوقاية هو أساس التنقيف الصحى وتعزيز الصحة وكذلك التدخلات الوقائية".

كان الحدث الثانى هو نشر المعايير الأوروبية للوقاية من المخدرات فى نفس الوقت، (European drug prevention quality standards, 2011) ، والتي تحدد معايير الجودة لمهنى الوقاية فى التخطيط للسكان المستهدفين، وتقييم الاحتياجات والموارد المتاحة لتلبية هذه الاحتياجات، وتنفيذ التدخلات المناسبة ومراقبة وتقييم نتائجها. كما يتناول الاستدامة ومشاركة أصحاب المصلحة والممارسات الأخلاقية.

وكان الحدث الثالث هو نشر المعايير الدولية لمنع تعاطى المخدرات من قبل مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة لأول مرة فى عام ٢٠١٣. فقد وضعت هذه الوثيقة معايير صارمة لتقييم أدلة الفعالية البحثية وتلخص البيانات العلمية، وتصف التدخلات والسياسات الفعالة وخصائصها حسب الفئة العمرية المستهدفة (ما قبل الولادة والرضاعة، والطفولة المبكرة، والطفولة المتوسطة، والمراهقة، والمراهقة المتأخرة والبلوغ) والإعداد (الأسرة والمدرسة ومكان العمل والمجتمع والقطاع الصحى). هذه المعالم مهمة لسببين رئيسيين. أولاً، التأكيد على تطور مجال جديد للدراسة، من خلال علم الوقاية، والتقدم الكبير الذى تم إحرازه فى منهجيات البحث الوقائى التى وفرت دراسات دقيقة مضبوطة يمكن تكرارها بنتائج إيجابية. ثانياً، وضع إطار لتطوير مجال جديد من العلوم بمفاهيمها ونظرياتها ومنهجياتها وممارستها الخاصة. (U N. International standards for drug use prevention, 2018)

وحتى ذلك الوقت؛ استمرت المصطلحات التى تم تطبيقها على التدخلات الوقائية الفعالة فى كونها "قائمة على البحث" أو "قائمة على العلم". مع الدفع من أجل الممارسة الطبية القائمة على الأدلة فى أواخر القرن العشرين، كان مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة هو أول من قدم تعريفاً وتطبيقاً لهذا المصطلح فى المعايير الدولية للمكتب لمنع تعاطى المخدرات. واستخدمت المعايير نظام تصنيف يعتمد على صرامة طرق البحث المطبقة فى عملية التقييم من التصنيفات "الممتازة" و"الجيدة جداً" و"الجيدة" للفعالية المدعومة بالتحليلات الثانوية والمراجعات المنهجية والتجارب العشوائية المتعددة والشواهد والأساليب شبه التجريبية، وفى المقام الأول تحليلات السلاسل الزمنية. واستخدمت تقديرات "جيد" و"كافية" لتجارب أو تقييمات معاشة ذات شواهد أجريت من خلال منهجيات مقبولة.

ولا تدعو وثيقة المعايير الدولية إلى برنامج معين ولكنها تقدم المحتوى والهيكل واستراتيجية التطبيق المستخدمة فى التدخلات التى تم تقييمها. وتعرض النتائج ضمن الفئات العمرية للنمو (الرضاعة والطفولة المبكرة، والطفولة المتوسطة، والمراهقة المبكرة، وأواخر المراهقة والبلوغ) والفئات العمرية النمائية ضمن البيئات التى تقدم فيها التدخلات (الأسرة، والمدرسة، ومكان العمل، والمجتمع المحلى، والقطاع الصحى).

ثانياً: نظرية الوقاية وتطور نماذج الوقاية فى المدارس

تلعب نظرية الوقاية القائمة على البحث دوراً مهماً فى تحديد اتجاه أنشطة الوقاية، ولعل أحد أبرز جوانب نظرية الوقاية هو تطوير النماذج. وغالباً ما يستخدم الناس كلمة "نموذج" للدلالة على برنامج يستحق أن يكون مثالا يحتذى. ومع ذلك؛ ليست هذه هى الطريقة التى تستخدم بها الكلمة هنا، ففى هذا السياق؛ نستخدم "نموذج الوقاية" ليعنى "طريقة تفكير منظمة توجه برامج الوقاية". يمكن للمرء أيضاً استخدام كلمة "نموذج" حيثما يوفر نموذج الوقاية طريقة التفكير المنظمة التى تنتج برامج ذات مغزى. وعلى مر السنين؛ تطورت مجموعة متنوعة من النماذج بصد الكحول والمخدرات لتوجيه أنشطة الوقاية. ربما كان نموذج الحظر أول نموذج للوقاية من الكحول والمخدرات، ثم أصبح النموذج التتموى شائعاً فى الستينيات والسبعينيات. كما أدى النموذج المعيارى فى الستينيات إلى بعض النجاحات فيما يتعلق باتخاذ القرارات المسؤولة. كما تم تصميم نماذج التأثيرات الاجتماعية لبرامج تعليم مقاومة الأقران. كما وفر نموذج الصحة العامة هيكلًا عامًا للوقاية وقد أثر بشدة على تدابير السياسات. فى الآونة الأخيرة؛ أثر نهج المخاطر والمرونة بشكل كبير على اتجاه الوقاية، مما أدى إلى تحريك المجال فى اتجاه أكثر عمومية. ويعد نموذج التنمية الاجتماعية (Catalano & Hawkins, 1992) وكتابات (Bernard, 1994) حول المرونة أكثر المصادر شهرة لهذا النهج.

ويمكن أن نعرف نموذج الوقاية على أنه "أى طريقة منظمة للتفكير فى الوقاية تحتوى على عنصرين"، وهما: أولاً، أن يعطى النموذج افتراضاً واحداً أو أكثر من افتراضات السببية – ويفضل أن يكون قائماً على البحث، وإن كان هذا بالضرورة ليس دائماً. ثانياً، أن يقترح نموذج الوقاية استراتيجيات تتبع منطقياً من الافتراضات السببية.

وبالتالى؛ فإن نموذج الوقاية سيحدد دائماً أسباب المشكلة والخطوات المنطقية لمنع المشكلة. فعلى سبيل المثال، يعتمد النموذج التتموى على الاعتقاد بأن الاختلال فى عملية النمو يسبب مشاكل فى المخدرات. وهذه الاختلالات تترك الشخص يعانى من تدنى احترام الذات، وضعف مهارات التأقلم، وضعف مهارات اتخاذ القرار، وضعف مهارات الاتصال. وبالتالي فالوقاية تمثلت فى تنمية احترام الذات وزيادة المهارات النفسية والشخصية. ويعد التعليم العاطفى هو الوسيلة الأساسية التى يستخدمها النموذج لتحقيق هذه الأهداف. وأشار فى الستينيات عند الحديث عن النموذج المعيارى (Plaut, 1967) إلى أن مشاكل الكحول تكون ناتجة عن الفشل فى تطبيع وجود الكحول فى المجتمع؛ حيث يؤدى ذلك إلى الارتباك والقلق وزيادة الاستخدام. فكانت استراتيجية منع المشاكل هى تطبيع تعاطى الكحول من خلال التثقيف المسئول حول الشرب. ويعتمد نموذج الحظر على الاعتقاد بأن أى استخدام على الإطلاق من المحتمل أن يكون ضاراً، وتتمثل استراتيجية الوقاية فى حظر جميع أنواع إنتاج واستخدام الكحول أو المخدرات.

وبشكل عام؛ يمكن للمرء أن يأخذ أى نهج وقائى يرجع إلى الخلفية للعثور على افتراض السبب؛ حيث يشكل افتراض السبب واستراتيجيات الوقاية نموذج الوقاية. وإذا تم تطبيقها بشكل جيد؛ فإن نماذج الوقاية توفر التماسك والاتساق فى أنشطة الوقاية مما يعزز احتمالات النجاح. ومع ذلك؛ لم تتجح جميع النماذج، حيث يحتوى تاريخ الوقاية على عدة أمثلة للنماذج التى تم تطويرها وتطبيقها منطقيًا، ولكنها لم تحقق الأهداف المرجوة. ومع ذلك؛ حتى النماذج التى قدمت نتائج سيئة أضافت بشكل كبير إلى معرفتنا بما يصلح لمن، وبأى طريقة، وتحت أى ظروف.

وتسعى جميع نماذج الوقاية الشائعة المستخدمة حاليًا تقريبًا إلى زيادة معدلات عدم الاستخدام بين الشباب. أى أن هذه النماذج لم تصمم لتلبية احتياجات الوقاية للبالغين أو للحد من الاستخدام الشديد الخطورة. كما أنها لم تصمم لمساعدة الشباب فى الانتقال من مرحلة المراهقة إلى مرحلة البلوغ. وهذا لا ينتقص من فائدتها فى المساعدة على زيادة الامتناع عن ممارسة التعاطى بين الشباب. ومع ذلك؛ فإنه يحد من تطبيقها على الوقاية مدى الحياة، مما يترك فراغًا خطيرًا. ويجب أن يوفر النموذج الذى سيملا هذا الفراغ، كحد أدنى، إطارًا مفاهيميًا لمعالجة الأهداف الوقائية الثلاثة: (١) زيادة الامتناع عن التعاطى. (٢) تأخير بدء الاستخدام؛ و (٣) الحد من الاستخدام عالى الخطورة. ويحتاج النموذج الجديد أيضًا إلى إدراك أن أسباب الاستخدام وما الذى يسبب المشاكل هما مسألتان مختلفتان.

ويقدم نموذج الحد من مخاطر نمط الحياة المشاكل الصحية المتعلقة بالكحول والمخدرات - بما فى ذلك الإدمان - على أنها فى فئة المشاكل الصحية المتعلقة بنمط الحياة. وبالتالي؛ فإنهم يشتركون فى المبادئ الأساسية مع المشاكل الصحية الأخرى المتعلقة بنمط الحياة مثل أمراض القلب والعديد من أشكال السرطان. المشاكل الصحية المتعلقة بنمط الحياة هى تلك التى يوجد فيها مستوى بيولوجى محدد من المخاطر وتكون فيه خيارات نمط الحياة بمثابة عامل محفز. تشمل الأمثلة على خيارات نمط الحياة هذه التعرض لأشعة الشمس لسرطان الجلد، والتعرض: لدخان السجائر لسرطان الرئة، وكمية التمارين الرياضية والدهون الغذائية لأمراض القلب، واستهلاك الكحول لإدمان الكحول. فيحدد مستوى المخاطر البيولوجية، كمية وتواتر خيارات نمط الحياة المحددة التى من المحتمل أن تؤدى إلى حدوث مشكلة. ولا شك أن العوامل النفسية والاجتماعية هى الأكثر أهمية فى المسببات والوقاية من خلال التأثير على خيارات الكمية/ التكرار.

وقد استندت النهج المدرسية الأولى للوقاية من تعاطى المخدرات إلى مفاهيم بديهية حول كيفية الوقاية من تعاطى المخدرات. وشملت نشر المعلومات، والتعليم العاطفى، والبرمجة البديلة. تركز الأساليب الحديثة للوقاية على النظريات المنطقية النفسية للسلوك البشرى وتشمل التدريب على مهارات المقاومة الاجتماعية ونهج تعزيز الكفاءة. وسوف يتطلب الأمر: أولاً مناهج الوقاية التقليدية ثم النهج النفسية والاجتماعية الأحدث. وذلك تمهيدًا لتناول قضايا هامة تتعلق بتطوير برامج الوقاية من تعاطى المخدرات فى المدارس.

١- النماذج التقليدية للوقاية من المخدرات فى المدارس

أ- نموذج نشر المعلومات وإثارة الخوف Information Dissemination and Fear Arousal

منهجية البرامج وطرق تنفيذها

يعد تزويد الطلاب بمعلومات واقعية حول المخدرات وتعاطى المخدرات هو النهج الأكثر شيوعاً للوقاية. عادة؛ حيث يتم تعليم الطلاب مخاطر تعاطى التبغ أو الكحول أو المخدرات من حيث العواقب الصحية والاجتماعية والقانونية الضارة. وتحدد برامج المعلومات أيضاً مختلف أنماط تعاطى المخدرات، والأدوية المخدرة، وكيف يمكن أن يصبح الشخص متعاطياً للمخدرات. وتصف العديد من هذه البرامج إيجابيات وسلبيات تعاطى المخدرات أو تجعل الطلاب يشاركون فى المناقشات من أجل دفعهم إلى استنتاج أنه لا ينبغي عليهم تعاطى المخدرات.

وتستخدم بعض البرامج ضباط شرطة داخل الفصل الدراسى لمناقشة قضايا إنفاذ القانون، بما فى ذلك الجرائم المتعلقة بالمخدرات والعقوبات على شراء أو حيازة المخدرات غير المشروعة. كما يستخدم بعضها الأطباء أو غيرهم من المهنيين الصحيين للحديث عن الآثار الصحية الضارة لتعاطى المخدرات أو دعوة مدمنى المخدرات السابقين إلى الفصل الدراسى لمناقشة المشاكل التى واجهوها نتيجة لتعاطى المخدرات. فى الآونة الأخيرة؛ كان هناك تركيز على استخدام أقران من نفس عمر الطلاب أو أكبر سناً لمناقشة مساوئ تعاطى المخدرات.

وتستند البرامج التى تعتمد حصرياً على تزويد الطلاب بحقائق حول المخدرات وتعاطى المخدرات من الناحية المفاهيمية على نموذج معرفى لتعاطى المخدرات وإساءة استخدامها. ويفترض هذا النموذج أن الناس يتخذون قراراً عقلانياً إلى حد ما إما باستخدام المخدرات أو عدم استخدامها وأن أولئك الذين يتعاطون المخدرات يفعلون ذلك لأنهم غير مدركين للعواقب السلبية لتعاطى المخدرات. ومن هذا المنظور؛ فإن حل مشكلة تعاطى المخدرات هو تثقيف الطلاب حول العواقب السلبية لتعاطى المخدرات وزيادة معرفتهم بالمخدرات ومساوئ التعاطى. وفى كثير من الأحيان، وفى محاولة لتقديم المعلومات بطريقة عادلة ومتوازنة، يتم توفير كل من المعلومات الإيجابية والسلبية حول تعاطى المخدرات. والخطر فى هذا، بالطبع، هو أن أسباب عدم تعاطى المخدرات قد لا ينظر إليها بالضرورة من قبل جميع الطلاب على أنها تفوق أسباب تعاطى المخدرات. وفى الواقع؛ تشير بعض الدراسات إلى أن هذه الطرق قد تؤدي إلى زيادة تعاطى المخدرات لأنها يمكن أن تحفز الفضول. (Stuart, 1974)

وفى محاولة لإضفاء الطابع الدرامى على مخاطر تعاطى المخدرات، تستخدم بعض البرامج أيضاً تقنيات إثارة الخوف المصممة لتخويف الأفراد لعدم تعاطى المخدرات. الافتراض الأساسى هو أن إثارة الخوف أكثر فعالية من مجرد عرض الحقائق. وتتجاوز هذه النهج العرض المتوازن والنزيه للمعلومات وتقديم رسالة واضحة لا لبس فيها مفادها أن تعاطى المخدرات أمر خطير. وأخيراً؛ تقتزن بعض النهج الإعلامية بالنداءات الأخلاقية بعدم تعاطى المخدرات بسبب الطبيعة السيئة أساساً لتعاطى المخدرات.

فى هذه البرامج؛ لا يقدم مقدمو الخدمات معلومات واقعية عن المخدرات فحسب؛ بل يعطون الطلاب أيضًا عن أضرار التدخين أو الكحول أو تعاطى المخدرات، ويحثونهم على تجنب مثل هذه السلوكيات لأسباب دينية أو أخلاقية. (W.K ،Griffin ،J.G ،Botvin, 2006)

تقييم فاعلية هذه البرامج

من المشاكل التى واجهت مجال الوقاية أنه حتى وقت قريب؛ لم يكن هناك سوى عدد قليل من دراسات التقييم عالية الجودة. ذلك أن معظم التقارير المنشورة عن برامج الوقاية من تعاطى المخدرات فى سبعينيات القرن العشرين وأوائل الثمانينيات فى القرن العشرين إما لم يكن لديها مكونات التقييم أو استخدمت منهجيات التقييم التى كانت معيبة بشكل خطير. (Schaps et al,1981)

وقد ركزت معظم دراسات التقييم التى أجريت على المعرفة والمواقف بدلا من الاستخدام الفعلي للمخدرات. وتميل دراسات تقييم مناهج توفير المعلومات للوقاية إلى إظهار التأثير على المعرفة والمواقف المناهضة للمخدرات ولكنها فشلت باستمرار فى إظهار أى تأثير على أنماط تعاطى التبغ أو الكحول أو المخدرات أو نوايا تعاطى المخدرات. وفى هذا السياق أكدت العديد من الدراسات التحليلية الثانوية هذا النقص العام فى التأثيرات السلوكية. فى تحليل ثانوى لعدد ١٤٣ برنامجا للتثقيف بشأن المخدرات للمراهقين، أفاد (Tobler, 1986) أن البرامج القائمة على المعلومات كان لها تأثير على بداية المعرفة بالمخدرات ولكن لم يكن لها أى تأثير على مقاييس النتائج الأخرى، بما فى ذلك تعاطى المخدرات. وفى تحليل ثانوى منفصل من بين ٣٣ برنامجا للتثقيف المدرسى عن المخدرات؛ وجد (Drowns-Bangert 1988) آثارا إيجابية على المعرفة والمواقف ولكن لم يكن هناك تأثير على تعاطى المخدرات.

وبالتالى؛ فإن الأدبيات الحالية تشكك فى الافتراض الأساسى لنموذج نشر المعلومات- بأن زيادة المعرفة ستؤدى إلى تغيير الموقف والسلوك. وخلاصة القول؛ أنه فى حين يرجح أن يكون للوعى بمخاطر تعاطى المخدرات دور ما فى الردع عن تعاطى المخدرات، فمن الواضح بشكل متزايد أن أسباب تعاطى المخدرات معقدة وأن استراتيجيات الوقاية التى تعتمد إما فقط أو أساسا على نشر المعلومات ليست فعالة.

ب - نموذج التعليم العاطفى Affective Education

منهجية البرامج وطرق تنفيذها

تطور أول نموذج يركز على الشباب قبل عقدين على الأقل من أن تصبح الوقاية التى تركز على الشباب هى طريقة الوقاية المهيمنة. ويشار إلى نموذج التطور العاطفى أيضًا باسم التعليم العاطفى، والذي يشير إلى أن تعاطى الكحول والمخدرات ناتج عن عيوب فى عملية النمو. ينتج عن هذا تدنى

احترام الذات، وضعف مهارات الاتصال، وضعف مهارات حل المشكلات والتأقلم، وضعف مهارات اتخاذ القرار. وقد أطلق على هذا النموذج أيضًا اسم "نموذج أوجه القصور". (Falck & Craig, 1988) ويركز التعليم العاطفي على توضيح المشاعر والقيم بدلا من تنمية المهارات. ويركز على تطوير المهارات الشخصية، بدلا من التركيز على التعامل مع الآخرين، وعادة ما تكون البرامج عامة وليست محددة بالكحول أو المخدرات. وبالتالي؛ يركز التعليم العاطفي في تعليم مهارات صنع القرار على عملية صنع القرار الداخلية بصدد أي ممارسة أو تطبيق مع مواقف وقد لا تتطوى على الكحول أو المخدرات. إذ يفترض النموذج أنه بمجرد تعلم المهارة، سيتم تطبيقها على الكحول والمخدرات وسيحمل الشخص ضغوط الأقران. وبالمثل؛ قد يتعلم الطلاب مهارات الحزم دون تطبيق هذه المهارات على وجه التحديد على الكحول والمخدرات.

وفي البداية؛ ركز التعليم العاطفي على الصفوف من الأول إلى الثالث. واستخدمت أنشطة مصممة لمساعدة الأطفال على التعرف على عواطفهم وفهمها، والارتباط بفصولهم الدراسية ومعلميهم، والشعور بالرضا عن أنفسهم، وحل المشكلات، وتعلم صنع القرار، وتطوير مهارات التأقلم. وفي وقت لاحق؛ تم توسيع التعليم العاطفي إلى الصفوف من الرابع إلى السادس. وأخيرا؛ تم توسيع التعليم العاطفي ليشمل الصفوف الأكبر سنا. وتجاوز تأثير نهج التعليم العاطفي المناهج الدراسية، وربما كان أكبر نجاح له في إقناع الكثيرين من المهنيين وعامة الناس أن تدنى احترام الذات هو الأساس لمعظم مشاكل الشباب. وقد كان الدعم الأساسي للتعليم العاطفي هو الاعتقاد بأن الناس يتمتعون به. وقد اتضح أن تأثير التعليم العاطفي محدود. حيث لم تشر العديد من المراجعات للتعليم العاطفي (Tobler & Stratton, 1997) إلى أي تأثير على تعاطي الكحول أو المخدرات أو إحداث تأثير محدود.

تقييم فاعلية هذه البرامج

على مثال برامج نشر المعلومات، تتضمن الأساليب العاطفية أحيانا مواد تظهر أن معظم الأشخاص الذين يدخنون أو يتعاطون الكحول يفعلون ذلك بطريقة مسؤولة. وبالتالي فمثلا مثل النهج المعلوماتية، إذ أنتجت نهج التعليم العاطفي نتائج غير محددة. فعلى الرغم من أن نهج التعليم العاطفي يمكن أن يكون لها تأثير على واحد أو أكثر من ارتباطات تعاطي المخدرات؛ فإنها لم تثبت تأثيرا على تعاطي المخدرات. (Kearney & Hines, 1980)

وبدلا من التركيز على التدريب على المهارات، ركزت هذه البرامج عادة على الألعاب التجريبية والأنشطة الصفية المصممة لاستهداف النمو الشخصي وفهم الذات وقبول الذات. ومع ذلك؛ لا يوجد دليل على أن هذه التمارين قد حسنت بالفعل مهارات صنع القرار أو الحزم أو الاتصال. وعلاوة على ذلك، يبدو من المرجح الآن أن رسائل الاستعمال المسؤول ربما كانت ذات نتائج عكسية بنقلها رسالة مفادها أن تعاطي المخدرات مقبول ما دام يتم بطريقة مسؤولة. وتتمثل الصعوبة الأخرى لنهج التعليم

العاطفى فى الفشل فى ربط محتوى البرنامج بالمواقف الخاصة بالمخدرات والفشل فى الاعتراف بدور التأثيرات الاجتماعية وضغط الأقران فى تجارب المراهقين مع المخدرات.

(W.K, Griffin, J.G, otvin 2006)

وخلاصة القول؛ وإن كان نهج التنقيف العاطفى للوقاية من تعاطى المخدرات أكثر شمولاً من نهج نشر المعلومات؛ فإنه ينطوى على عدة نقاط ضعف رئيسية، بما فى ذلك التركيز الضيق وغير الكامل على أسباب تعاطى المخدرات واستخدام أساليب غير فعالة لتحقيق أهداف البرنامج.

ج- نموذج البرمجة البديلة Alternatives Programming

منهجية البرامج وطرق تنفيذها

الفكرة وراء البرمجة البديلة هى تزويد المراهقين بأنشطة يمكن أن تكون بمثابة بدائل لتعاطى المخدرات. وقد تضمن النموذج الأصلى لهذا النهج من الوقاية إنشاء مراكز شبابية تقدم مجموعة من الأنشطة، مثل الرياضة أو الهوايات أو خدمة المجتمع أو الدروس الأكاديمية. وافترض أنه إذا زود المراهقون بتجارب واقعية لا تقل جاذبية عن تعاطى المخدرات؛ فإن هذه الأنشطة ستحل محل التورط فى تعاطى المخدرات.

وتمثل برامج الرابط الخارجية والبرامج المماثلة نوعاً ثانياً من نهج البدائل. والتي تم تطويرها على أمل أن تغير الحالة العاطفية المعرفية للمستهدفين وتحسن الطريقة التى يشعرون بها تجاه أنفسهم والآخرين والعالم. كما توفر هذه البرامج أنشطة صحية فى الهواء الطلق مصممة لتعزيز العمل الجماعى والثقة بالنفس واحترام الذات.

وقد صمم نهج ثالث للبدائل لتلبية نوع الاحتياجات أو التوقعات التى كثيراً ما يقال إنها تكمن وراء تعاطى المخدرات. على سبيل المثال، قد يتم تلبية الحاجة إلى الاسترخاء أو المزيد من الطاقة من خلال برامج التمارين الرياضية أو الرياضة أو المشى لمسافات طويلة. كما قد يتم إشباع الرغبة فى التحفيز الحسى من خلال الأنشطة التى تعزز الوعى الحسى (مثل تعلم تقدير الجوانب الحسية للموسيقى والفن والطبيعة)؛ أو قد يتم تلبية الحاجة إلى قبول الأقران من خلال المشاركة فى جلسات تدريب الأقران.

تقييم فاعلية هذه البرامج

لم تسفر أى من تقييمات نهج البدائل أن لها أية تأثيرات على تعاطى المخدرات. (Schaps et al.,1986)

٢- الانتقال من المناهج التقليدية إلى مناهج التأثير الاجتماعى

قرب نهاية سبعينيات القرن العشرين، بدأ تحول كبير فى أبحاث الوقاية من تعاطى المخدرات. وحدث هذا التحول جزئياً بسبب فشل نهج الوقاية التقليدية وإدراك أهمية العوامل النفسية الاجتماعية فى تشجيع الشروع فى تعاطى المخدرات.

وعلى عكس المناهج السابقة؛ فإن استراتيجيات التدخل التى كانت محور أبحاث الوقاية خلال ثمانينيات وتسعينيات القرن العشرين كان لها أساس أقوى فى النظريات النفسية للسلوك البشرى. ويعود الفضل فى إطلاق هذا الخط من أبحاث الوقاية إلى إيفانز وزملائه. (Evans et al., 1978)

وقد أكد إيفانز على أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية فى تعزيز ظهور تدخين السجائر واستخدم نهجًا وقائيًا يعتمد على نظرية الاتصالات المقنعة لماكجواير. (McGuire, 1968) ومن هذا المنظور؛ فإن تدخين السجائر لدى المراهقين هو نتيجة للتأثيرات الاجتماعية من أقرانهم ووسائل الإعلام لتدخين السجائر، أو النداءات الإعلانية المقنعة، أو التعرض للمدخنين الذين يمثلون نماذج يحتذى بها للطلاب. وبينما يركز التعليم العاطفى على أوجه القصور الداخلية والشخصية كأسباب لتعاطى المخدرات، تركز نماذج التأثيرات الاجتماعية على العوامل الخارجية. وقد تم تطبيق نماذج التأثيرات الاجتماعية لأول مرة بنجاح على تدخين السجائر، وبعد ذلك؛ على تعاطى الكحول والقنب. وتستند النماذج إلى افتراض أن الشروع فى تعاطى المخدرات ينتج بشكل شائع عن ضغوط اجتماعية لا يكون الشاب مستعدًا لتحملها. ولا تقترض النماذج أن المواقف "المؤيدة للاستخدام" تسبق تعاطى المخدرات الأولى. إذ ترى النماذج أن الاستخدام الأول يحدث عادة فى وقت لا يزال فيه الشاب يتمسك بمواقف مناهضة للاستخدام. ومع ذلك؛ إذا لم يكن الشاب مستعدًا لتحمل الضغوط الاجتماعية؛ فقد يستسلم للاستخدام. وقد يؤدى الاستخدام نفسه إلى تغيير المواقف بطريقة تدعم الاستخدام المستمر. ولمنع الاستخدام الأول، تركز هذه البرامج على الشباب فى وقت يميلون فيه إلى اتخاذ مواقف سلبية تجاه الاستخدام - عادة فى الصف الخامس أو السادس. ويستخدم النموذج مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات بما فى ذلك التدريب على مقاومة ضغط الأقران، وتصحيح المفاهيم الخاطئة للقاعدة، والتطعيم ضد رسائل وسائل الإعلام. كما تساعد النماذج فى التعامل مع التأثيرات العائلية لاستخدام المخدرات، وتقديم معلومات حول عواقب الاستخدام، وطلب التزامات عامة بعدم الاستخدام. عادة ما يسهل قادة الأقران دروس مقاومة الأقران وبينون الدعم لعدم الاستخدام.

يستخدم كل برنامج من هذه البرامج تدريب مقاومة الأقران لتعليم الطلاب مجموعة متنوعة من الطرق لمقاومة الضغط أو فرص تعاطى الكحول والمخدرات. وتشير التقييمات إلى أنه من أجل أن تكون فعالة، يجب تسهيل دروس مقاومة الأقران من قبل الأقران وإشراك الطلاب بنشاط فى جلسات تدريب متعددة. ولم يكن تعليم المهارات بالفيديو أو بدون جلسات تدريب متابعة ناجحًا. وقد استخدم بعض البرامج تقنية الرسم الاجتماعى التى سمحت لكل فصل دراسى من الطلاب بتحديد طلاب فى الفصل يرغبون فى أن يقوموا بتعليمهم المهارات. فى بعض الأحيان كان الطلاب الذين تم اختيارهم كقادة أقران أعضاء عصابات أو أنواعًا أخرى من "الأطفال الأقوياء". وقد يكون هذا النهج متفوقًا على النهج التقليدى لقيادة الأقران حيث يختار البالغون قادة الأقران. وغالبًا ما يختار البالغون الشباب الذين يفضلونهم ولكن قد لا يعتبرهم الطلاب مصدرًا موثوقًا للمعلومات.

وقد تمثلت نماذج الوقاية من منظور مناهج التأثير الاجتماعي في الآتي:

أ - نموذج التطعيم النفسي Psychological Inoculation

استند أحد المكونات الرئيسية لنهج إيفانز الوقائي إلى مفهوم في عمل ماكجواير يسمى "التلقيح النفسي". وقد طبقه إيفانز على تدخين السجائر؛ حيث تم "تطعيم" المراهقين غير المدخنين ضد نوع الرسائل المؤيدة للتدخين التي من المحتمل أن يواجهوها في مواقف الحياة الواقعية. وتم تحقيق ذلك من خلال تعريض الطلاب للرسائل المؤيدة للتدخين أولاً في شكل ضعيف نسبياً ثم بأشكال أقوى تدريجياً.

وبالإضافة إلى إعداد المراهقين للتأثيرات المؤيدة للتدخين، حاول هذا النهج من الوقاية تعليمهم كيفية التعامل مع مثل هذه التأثيرات. فعلى سبيل المثال، يعد من المواقف الشائعة للمراهقين أن يعرض عليهم أحد أقرانهم سيجارة ويطلق عليهم اسم "الدجاجة" إذا رفضوا التدخين. يتم تعليم الطلاب كيفية التعامل مع هذا النوع من المواقف من خلال الحصول على ردود جاهزة، مثل، "إذا كنت أَدخن لأثبت لك أنني لست دجاجة، فكل ما أظهره هو أنني أخشى عدم فعل ما تريدني أن أفعله. لا أريد التدخين، لن أفعل ذلك". أو؛ نظراً لأنه من المحتمل أن يرى المراهقون أقرانهم يتوقفون ويتصرفون "بقوة" من خلال التدخين، فيمكن تعليمهم التفكير في أنفسهم: "إذا كانوا أقوياء حقاً، فلن يضطروا إلى التدخين لإثبات ذلك". (W.K, Griffin, J.G, Botvin 2006)

ب - نموذج تصحيح التوقعات المعيارية

تضمن نهج الوقاية الذي طوره إيفانز مسوحات دورية للتدخين بين الطلاب جنباً إلى جنب مع جمع عينات الألعاب كتأكيد موضوعي لسلوك التدخين. وبعد كل استطلاع، تم الإعلان عن معدلات انتشار التدخين الفعلية في كل فصل دراسي للطلاب. ونظراً لأن المراهقين لديهم ميل عام إلى المبالغة في تقدير انتشار التبغ والكحول وتعاطي المخدرات؛ فقد عرف العديد من الطلاب أن معدلات التدخين الفعلية في الفصول الدراسية كانت أقل مما كانوا يتوقعون. وقد ساعد إجراء التقييم والتغذية الراجعة هذه في تصحيح الإدراك الخاطئ الشائع بأن تدخين السجائر هو سلوك معياري للغاية يشارك فيه معظم المراهقين.

وقد أظهرت ورقة بحثية أساسية من قبل (Evans, et al.1978) أهمية تصحيح مثل هذه التوقعات. وفي هذه الدراسة، تم تقسيم الفصول الدراسية بشكل عشوائي إلى واحد من ثلاثة: (١) الطلاب الذين يتلقون التقييم والتغذية الراجعة بشأن معدلات التدخين في الفصول الدراسية، (٢) الطلاب الذين يتلقون التقييم والتغذية الراجعة بالإضافة إلى تدخل التلقيح، و(٣) مجموعة ضابطة. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن معدلات ظهور التدخين بالنسبة للطلاب في حالتى الوقاية كانت حوالى نصف تلك التي لوحظت في المجموعة الضابطة. وكان هذا أول بحث يظهر أن الوقاية يمكن أن تتجح - وأن الأفراد الذين يتلقون برنامج الوقاية سيكون لديهم معدلات استخدام أقل بكثير من أولئك الذين لا يتلقون

البرنامج. وكان أحد الجوانب المثيرة للاهتمام فى هذه الدراسة هو أن تدخل التلقيح لم ينتج عنه أى انخفاض فى بداية التدخين مقارنة بما تنتجه إجراءات التقييم / التغذية الراجعة. وفى الواقع، اتضح فى وقت لاحق، أنه من الواضح أن تأثير الوقاية المنسوب عموماً إلى عنصر التلقيح فى التدخل كان فى الواقع نتيجة لتزويد الطلاب بتعليقات حول المستويات الفعلية للتدخين فى فصولهم الدراسية. أى أن "العنصر النشط" المهم فى نهج الوقاية الذى طوره إيفانز وزملاؤه كان عملية تصحيح التوقعات بأن الجميع تقريباً يدخنون السجائر. وعلى الرغم من أنه تم التغاضى عن أهمية تصحيح هذه التوقعات فى الأصل؛ فإن نجاح دراسة إيفانز للوقاية من التدخين أدى إلى زيادة كبيرة فى أبحاث الوقاية التى حولت مجال الوقاية بأكمله. ويذكر هنا أن هذا البحث استهدف فى البداية تدخين السجائر ولكنه بدأ لاحقاً فى معالجة استخدام الكحول والمخدرات الأخرى.

ج- نموذج التدريب على مهارات المقاومة الاجتماعية

على مر السنين، تم تطوير واختبار العديد من الاختلافات فى استراتيجية الوقاية الموصوفة سابقاً. وبشكل عام؛ ركزت هذه الأساليب قليلاً على إجراءات التلقيح النفسى التى طورها إيفانز وركزت على نطاق واسع على تعليم الطلاب كيفية التعرف على التأثيرات الاجتماعية من أقرانهم ووسائل الإعلام لتعاطى المخدرات والتعامل معها. وكان الافتراض يتمثل فى أن العديد من المراهقين لا يرغبون فى التدخين أو الشرب أو تعاطى المخدرات ولكنهم يفتقرون إلى الثقة أو المهارات لرفض عروض الانخراط فى هذه السلوكيات. وبناء على ذلك؛ فإن أحد أهم جوانب هذا النموذج هو زيادة التركيز على التدريب على المهارات لمساعدة الطلاب على مقاومة التأثيرات الاجتماعية.

(W.K ،Griffin ،J.G ،Botvin 2006)

ويسمى هذا النهج "التأثير الاجتماعى" (لأنه يستهدف التأثيرات الاجتماعية التى تشجع على تعاطى المخدرات)، و"مهارات الرفض" (لأنه يعلم الطلاب كيفية رفض المخدرات)، و"مهارات المقاومة الاجتماعية" (أو ببساطة "مهارات المقاومة"؛ لأنه يعلم الطلاب مهارات مقاومة التأثيرات الاجتماعية لتعاطى المخدرات). وتستخدم هذه المصطلحات بالتبادل فى الأدبيات، وأى منها هو وصف مناسب لهذه الفئة من مناهج الوقاية. كما يمكن استخدام مصطلح "مهارات المقاومة" أيضاً لأنه يلتقط جانبين مركزيين ومميزين من مناهج الوقاية وهما: (١) التركيز على زيادة مقاومة الطلاب للتأثيرات الاجتماعية السلبية للانخراط فى تعاطى المخدرات و (٢) التركيز على التدريب على المهارات.

وباعتبارها من فئات التدخلات الوقائية، تتشابه هذه الأساليب من حيث إنها تستند إلى نظرية التعلم الاجتماعى. (Bandura, 1977) كما تستند إلى نموذج مفاهيمى يؤكد على الأهمية الأساسية للعوامل الاجتماعية فى تعزيز بدء تعاطى المخدرات لدى المراهقين. وعلى الرغم من أن هذا النموذج

يتضمن التأثيرات الاجتماعية القادمة من الأسرة والأقران ووسائل الإعلام؛ فإن تركيز معظم التدخلات الوقائية ينصب على الآخرين، مع التركيز الأساسي على تأثيرات الأقران.

منهجية البرامج وطرق تنفيذها

ينصب التركيز الرئيسي في مناهج التدريب على مهارات المقاومة على تعليم الطلاب كيفية التعرف على المواقف التي من المحتمل أن يتعرضوا فيها لضغط الأقران للتدخين أو الشرب أو تعاطي المخدرات. فالهدف من البرامج هو تعليم الطلاب طرقا لتجنب هذه المواقف عالية الخطورة ومنحهم المعرفة والثقة والمهارات اللازمة للتعامل مع ضغط الأقران في مثل هذه المواقف. وتتضمن هذه البرامج أيضًا في كثير من الأحيان مكونا يهدف إلى توعية الطلاب بتأثيرات التدخين من وسائل الإعلام، مع التركيز على التقنيات التي يستخدمها المعلنون للتأثير على سلوك المستهلك. كما يتم تعليم الطلاب التعرف على الإعلانات المصممة لبيع منتجات التبغ أو المشروبات الكحولية وكذلك كيفية صياغة الحجج المضادة لتلك الإعلانات. وتشمل الطرق المستخدمة بشكل شائع في التدريب على مهارات المقاومة جعل الطلاب يلتزمون علنا بعدم التدخين أو الشرب أو تعاطي المخدرات. ومع ذلك؛ تشير إحدى الدراسات (al et Hurd, 1980) إلى أن هذا المكون قد لا يساهم في أي آثار وقائية حقيقية.

أخيرًا؛ باتباع النموذج الأصلي الذي طوره إيفانز، بدأت مناهج الوقاية في تضمين مكون لتصحيح التوقعات المعيارية بأن غالبية المراهقين يدخنون أو يشربون أو يتعاطون المخدرات. وقد تم تحقيق ذلك بطرق مختلفة. وبالإضافة إلى إجراء المسح والتغذية الراجعة في الفصل الدراسي الذي طوره إيفانز؛ قد يطلب من الطلاب إجراء استطلاعاتهم الخاصة وتقديم النتائج إلى الفصل. وبدلاً من ذلك؛ قد يطلب من الطلاب تقدير عدد المراهقين وعدد البالغين الذين يدخنون أو يشربون أو يتعاطون المخدرات، ثم يتم تزويدهم بالمعلومات الإحصائية الصحيحة من بيانات المسح الوطني أو الإقليمي. (Evans, et al.1978) وقد كشف الواقع أن التدريب على مهارات المقاومة قد يكون غير فعال في غياب المعايير الاجتماعية المحافظة ضد تعاطي المخدرات لأنه إذا كان المعيار هو تعاطي المخدرات، فسيكون المراهقون أقل عرضة لمقاومة عروض المخدرات (Donaldson et al, 1996). ويشير هذا إلى أن تصحيح التوقعات المعيارية ومحاولة إنشاء أو تعزيز المعتقدات المحافظة حول انتشار وقبول تعاطي المخدرات له أهمية مركزية لنجاح برامج التدريب على مهارات المقاومة.

تقييم فاعلية هذه البرامج

وثق عدد متزايد من الدراسات فعالية نهج الوقاية التي تستخدم التدريب على مهارات المقاومة للوقاية من المخدرات. وكان تركيز غالبية هذه الدراسات على الوقاية من التدخين؛ حيث تدرس عادة معدلات ظهور التدخين، أو انتشار التدخين بشكل عام، أو الدرجات على مؤشر مشاركة التدخين. بالنسبة للجزء الأكبر، تشير الدراسات إلى أن نهج الوقاية من خلال تعزيز مهارات المقاومة قادر على تقليل التدخين

بنسبة ٣٠ إلى ٥٠٪ بعد التدخل الأولى، وذلك بناء على مقارنة نسبة المدخنين فى المجموعة التجريبية بنسبة المدخنين فى المجموعة الضابطة.

وأظهرت الدراسات انخفاضًا يتراوح بين حوالى ٣٠ إلى ٤٠٪، عند مقارنة نسبة المدخنين الجدد فى المجموعة التجريبية بنسبة المدخنين الجدد فى المجموعة الضابطة. كما أظهرت العديد من الدراسات انخفاضًا فى الانتشار العام لتدخين السجائر من حيث التدخين العرضى (سيجارة واحدة أو أكثر فى الشهر) والتدخين المنتظم (سيجارة واحدة أو أكثر فى الأسبوع). وعلى الرغم من وجود عدد أقل من الدراسات عن تأثير نهج التدريب على مهارات المقاومة على تعاطى الكحول أو الماريجوانا مقارنة بتعاطى التبغ؛ فإن حجم الانخفاضات التى أبلغ عنها فى كثير من الحالات مماثل لتلك التى وجدت بالنسبة لتعاطى التبغ. ومع ذلك؛ وجد أحد التحليلات الثانوية لبرامج مهارات المقاومة تأثيرات سلوكية أقل لتدخلات الكحول بالنسبة لتدخلات التدخين. ومع ذلك؛ كانت برامج تعزيز مهارات المقاومة ككل ناجحة بشكل عام. فقد أفادت مراجعة شاملة لدراسات مهارات المقاومة المنشورة من عام ١٩٨٠ إلى عام ١٩٩٠ أن غالبية دراسات الوقاية (٦٣٪) كان لها آثار إيجابية على سلوك تعاطى المخدرات. علاوة على ذلك؛ أبلغت العديد من دراسات المتابعة لتدخلات مهارات المقاومة عن آثار سلوكية إيجابية استمرت لمدة تصل إلى ٣ سنوات. ومع ذلك؛ تشير البيانات المستمدة من عدة دراسات متابعة طويلة الأجل إلى أن هذه الآثار تتضاءل تدريجيا بمرور الوقت، مما يشير إلى الحاجة إلى التدخل المستمر أو جلسات التعزيز. (W.K, Griffin, J.G, Botvin, 2006)

٣- نهج تعزيز الكفاءة

أ - الاهتمام بما وراء التأثيرات الاجتماعية

الافتراض الضمنى لكل من نهجى التلقيح النفسى ومهارات المقاومة هو أن المراهقين لا يريدون التدخين أو الشرب أو تعاطى المخدرات. أى أنهم يبدأون فى استخدام واحد أو أكثر من هذه المواد إما لأنهم يستسلمون للرسائل المقنعة التى تستهدفهم أو لأنهم يفتقرون إلى المهارات الكافية لمقاومة التأثيرات الاجتماعية لتعاطى المخدرات. وعلى ذلك؛ يتمثل أحد مثالب نهج التأثير الاجتماعى فى أنه لا يأخذ فى الاعتبار احتمال أن يرغب بعض المراهقين بالفعل فى تعاطى المخدرات. ذلك أنه بالنسبة للبعض من المراهقين؛ لا يمثل تعاطى المخدرات مسألة خضوع لضغط الأقران ولكن له قيمة فعالة. وبالتالي يتعاطى البعض للمخدرات؛ لأنها قد تساعدهم فى التعامل مع القلق أو تدنى احترام الذات أو الانزعاج فى المواقف الاجتماعية. وفى الواقع؛ تشير أدبيات المسببات إلى أن تعاطى المخدرات وتعاطيها له مجموعة معقدة من المحددات، بما فى ذلك مجموعة متنوعة من العوامل المعرفية والسلوكية والاجتماعية والشخصية والدوائية والتنموية. (W.K, Griffin, J.G, Botvin, 2006)

وبالنظر إلى هذا؛ يبدو من المنطقي أن تكون استراتيجية الوقاية الأكثر فعالية هي استراتيجية شاملة، وتستهدف مجموعة واسعة من المحددات المسببة للتعاظم.

ب - الاتجاه إلى نموذج التدريب على المهارات العامة

من بين المناهج الأكثر شمولاً للوقاية من تعاظم المخدرات نهج تعزيز الكفاءة الذي يؤكد على أهمية شمول برامج الوقاية تعزيز المهارات الشخصية والاجتماعية العامة جنباً إلى جنب مع مهارات المقاومة. هذه الاستراتيجية أكثر شمولاً من مناهج التدريب على مهارات المقاومة والأساليب المعرفية/ العاطفية السابقة وقد تم استخدامها منذ ما يقرب من عقدين من الزمن.

وتتمثل الأسس النظرية لنهج تعزيز الكفاءة هي نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandura 1977) ونظرية السلوك المشكل لبيسور. وفقاً لهذا النهج؛ يتم تصور تعاظم المخدرات على أنه سلوك مكتسب اجتماعياً ووظيفياً نتيجة للتفاعل بين العوامل الاجتماعية (ما بين الأشخاص) والشخصية (داخل الشخص). فيتم تعلم سلوك تعاظم المخدرات من خلال عملية النمذجة والتقليد والتعزيز كما يتأثر المراهق بالمواقف والمعتقدات المؤيدة للمخدرات. ويعتقد من هذا المنظور أن هذه العوامل، جنباً إلى جنب مع ضعف المهارات الشخصية والاجتماعية، تزيد من قابلية المراهق للتأثيرات الاجتماعية لتعاظم المخدرات.

منهجية البرامج وطرق تنفيذها

على الرغم من أن هذه الأساليب تشترك في العديد من الميزات مع مناهج التدريب على مهارات المقاومة؛ فإن الجانب المميز لمناهج تعزيز الكفاءة هو التركيز على مهارات الإدارة الذاتية الشخصية العامة والمهارات الاجتماعية. ويتم تدريس هذه المهارات باستخدام مجموعة من أساليب التدريب على المهارات السلوكية المعرفية التي أثبتت جدواها: المعلومات والعروض التوضيحية، وردود الفعل الجماعية والتعزيز، والبروفات السلوكية (الممارسة داخل الفصل)، والممارسة الممتدة (خارج الفصل) من خلال الواجبات المنزلية السلوكية. ومن الأمثلة على نوع المهارات الشخصية والاجتماعية العامة التي يتم إدراجها عادة في هذه المناهج: مهارات صنع القرار وحل المشاكل؛ المهارات المعرفية لمقاومة التأثيرات الشخصية والإعلامية؛ مهارات لتعزيز احترام الذات (تحديد الأهداف وتقنيات تغيير السلوك الموجهة ذاتياً)؛ استراتيجيات التكيف للتعامل مع التوتر والقلق؛ المهارات الاجتماعية العامة (الإطراء، ومهارات التواصل، ومهارات تكوين صداقات جديدة)؛ ومهارات الحزم العامة.

ويتم من خلال هذا النهج تعليم كل من هذه المهارات العامة وتطبيقها على المواقف المرتبطة مباشرة بالتبغ والكحول وتعاظم المخدرات. ومن المزايا الإضافية لهذا النوع من البرامج أنه يعلم المراهقين ذخيرة من المهارات التي يمكنهم استخدامها للتعامل مع العديد من التحديات التي تواجههم في حياتهم اليومية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر تعاظم المخدرات.

وقد لوحظ أنه من خلال تدريس مهارات التأقلم العامة التي سيكون لها تطبيق واسع، يتناقض هذا النهج بشكل ملحوظ مع مناهج التدريب على مهارات المقاومة المصممة لتزويد الطلاب بالمعلومات والمهارات المتعلقة فقط بتعاطي المخدرات. ومع ذلك؛ يبدو أن أكثر النهج فعالية تلك التي تدمج سمات كل من مهارات المواجهة العامة ومهارات المقاومة الخاصة بالمخدرات. وفي الواقع؛ هناك بعض الأدلة على أن نهج التدريب على المهارات العامة لا تكون فعالة إلا إذا كانت تحتوى أيضًا على مواد خاصة بالمخدرات. (W.K, Griffin, J.G, Botvin, 2006)

تقييم فاعلية هذه البرامج

على مر السنين؛ اختبر عدد من الدراسات التقييمية فعالية نهج تعزيز الكفاءة في الوقاية من تعاطي المخدرات. أظهرت هذه الدراسات باستمرار التأثيرات السلوكية وكذلك التأثيرات على المتغيرات الوسيطة المفترضة. وعلى الرغم من ذلك؛ كان حجم الأثر الناتج عن هذه الأساليب كبيرًا نسبيًا؛ حيث كشفت الدراسات عن انخفاض في سلوك تعاطي المخدرات في حدود ٤٠ إلى ٨٠٪. انتقاد برامج الوقاية المعاصرة هو أنه على الرغم من أنها تنتج تخفيضات مثيرة للإعجاب في حدوث وانتشار سلوك تعاطي المخدرات، تحدث هذه التخفيضات بشكل عام فيما يتعلق بالاستخدام التجريبي أو العرضي. ومع ذلك؛ بالإضافة إلى إظهار الانخفاضات في المراحل المبكرة من تعاطي المخدرات، من المهم إظهار الانخفاضات في مستويات الاستخدام الأكثر تواترًا، مثل نوع الاستخدام المنتظم الذي يؤدي إلى أنماط تعاطي إدمانية أو قهرية. (W.K, Griffin, J.G, Botvin, 2006)

باختصار؛ يبدو أن برامج الوقاية من تعاطي المخدرات التي تؤكد على مهارات المقاومة والمهارات الحياتية العامة (مثل نهج تعزيز الكفاءة) هي الأكثر كفاءة من بين جميع نهج الوقاية المدرسية.

٤- نموذج التنمية الاجتماعية: المخاطر والصمود

كان لمفهوم المخاطر والصمود تأثير كبير على الوقاية من الكحول والمخدرات، وتم اعتماده على نطاق واسع كفلسفة وقائية إرشادية للعديد من الوكالات الحكومية والفيدرالية. وهذا النموذج، كما طوره هوكينز وكاتالانو (Catalano & Hawkins, 1992)، يتخذ نهجًا مشابهًا للوقاية من أمراض القلب في استخدامه لعوامل الحد من المخاطر. وقد تم تطوير هذا النموذج العام في البداية كوسيلة لفهم ومنع جنوح الأحداث وركز فقط على عوامل الخطر. وفي وقت لاحق؛ تم توسيعه ليشمل تعاطي المخدرات مع التركيز على الحاجة إلى العمل على نطاق واسع على تقليل عوامل الخطر في نفس الوقت مع زيادة عوامل الحماية.

أ- عوامل الخطورة

يحدد النموذج خمسة عوامل خطر بيئية و ١١ عامل خطر فرديًا يزيد من احتمالية تعاطي المراهق المخدرات أو الانخراط في سلوك عنيف أو عدواني أو خرق قوانين أخرى.

عوامل الخطر البيئية

- الحرمان الاقتصادي والاجتماعي.
- انخفاض بالمحيط الاجتماعي وعدم التنظيم المجتمعي.
- التحولات والتنقل.
- قوانين ومعايير المجتمع المواتية للاستخدام.
- التوافر.

عوامل الخطر الفردية

- التاريخ العائلي لإدمان الكحول.
- سوء ممارسات الإدارة في الأسرة.
- السلوك المبكر والمعادى للمجتمع مع العدوانية.
- تعاطي المخدرات بالأسرة والمواقف الإيجابية للوالدين تجاه استخدامها.
- الفشل الأكاديمي.
- انخفاض الالتزام بالمدرسة.
- الاعترا ب أو التمرد.
- السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة المراهقة المبكرة.
- الارتباط بالأقران الذين يتعاطون المخدرات.
- المواقف الإيجابية تجاه المخدرات.
- الاستخدام الأول المبكر للمخدرات.

وفقاً لهذا النهج؛ فإن وجود أى من عوامل الخطر المذكورة أعلاه يزيد من احتمالية تعاطي المخدرات. وعلى العكس من ذلك؛ إذا تم تقليل عوامل الخطر أو إزالتها، يصبح الاستخدام أقل احتمالاً.

ب - الصمود: عوامل الحماية

يأتى مفهوم المخاطر من البحث عن العوامل المشتركة بين الأشخاص الذين أصيبوا بمشاكل. يأتى مفهوم الصمود من البحث حول العوامل المشتركة بين الأشخاص الذين تجنبوا المشاكل الرئيسية، على الرغم من نشأتهم فى بيئة مواتية لتطور المشاكل. العوامل الوقائية تساعد على تقليل أو تثبيط تعاطي المخدرات والمشاكل الأخرى، حتى فى مواجهة التأثيرات السلبية مثل الفقر أو الحياة الأسرية الفوضوية أو مشاكل الكحول أو المخدرات العائلية أو المرض العقلى لدى الوالدين.

يؤكد نموذج التنمية الاجتماعية لهوكينز وكاتالانو (Catalano & Hawkins, 1992) على الترابط كعامل وقائى رئيسى. وفقاً لهذا النهج؛ هناك ثلاثة مكونات للترابط: (١) العلاقات الإيجابية مع الآخرين. (٢) الالتزام - الاستثمار فى المستقبل؛ و(٣) الإيمان بما هو صواب وخطأ. يحدث الترابط

عند وجود ثلاثة شروط. الأول هو فرصة لتكون مساهماً نشطاً أو عضواً في المجموعة. والثاني هو امتلاك المهارات اللازمة للمساهمة بنجاح في المجموعة. والثالث هو نظام الاعتراف الثابت باعتباره عضواً مساهماً وجديراً بالثناء في المجموعة. الشباب الذين يرتبطون بقوة بالأسر والأقران الذين لا يتعاطون المخدرات هم أقل عرضة لتعاطي المخدرات.

النتيجة المنطقية للترابط القوي هي أن الشخص يريد أن يتوافق مع معايير وتوقعات تلك المجموعة. لذلك؛ تعد المعايير الواضحة للسلوك عاملاً وقائياً مهماً آخر بمجرد وضع الترابط. ويشير نموذج التنمية الاجتماعية إذن؛ إلى أن لدينا أقوى فرصة لمنع تعاطي المخدرات لدى المراهقين من خلال العمل في الوقت نفسه على إزالة عوامل الخطر وتعزيز الترابط بتوقعات واضحة.

وأشارت (Bernard, 1994)، أنه من الأفضل استثمار طاقاتنا فقط في عوامل الحماية. وتقترح أن التركيز على المرونة يبني ما يحتاجه الناس لتجنب المشاكل بغض النظر عن التأثيرات السلبية التي قد تكون موجودة في حياتهم. قامت هي وآخرون بتوسيع قائمة عوامل الحماية لتشمل الشعور بالسيطرة الشخصية، والحب، والشعور بالمعنى، والتفاؤل، والأمل، والصلابة، والمثابرة، وروح الدعابة. ويؤكد النموذج على أدوار الأفكار والمواقف والمعتقدات والسلوكيات في تكوين العقل، وفي بعض الحالات، التغير البيولوجي. كما يؤكد النموذج أن ثلاثاً من أهم مهام المرونة هي إيجاد طريقنا إلى الله، وشفاء جروحنا، والتعبير عن مواهبنا.

ولعل واحدة من أعظم نقاط القوة في نهج المخاطر والمرونة هي أنه يتمتع بتقبل كبير. كما أنه يعتمد إلى حد ما على مجموعة متسقة من البحوث. كما يوفر النموذج نهجاً للوقاية يمكن للناس فهمه بسهولة، ويفسح المجال للأنشطة المجتمعية. يمكن للمجتمعات التي تستخدم النموذج عادة اختيار شيء محدد لتنفيذه بسرعة، وكما لوحظ، أصبح هذا النهج شبه واحد من قبل وكالات الوقاية الفيدرالية والولائية والمحلية.

وهناك عدة طرق لتنفيذ نهج المخاطر والمرونة والتي قد لا تكون فعالة. يأتي أحد الأساليب من ميل الوقاية لمجرد إعطاء المعلومات على أمل أن تترجم المعرفة إلى عمل. وقد لوحظ أن عدداً من ممارسي الوقاية الذين يعتقدون أنهم ينفذون هذا النموذج بينما، في الواقع، يقدمون في برامجهم بعض المعلومات عن النموذج. وليس هناك أي سبب للاعتقاد بأن مجرد تقديم معلومات للمجتمع حول عوامل الخطر والحماية سيفعل أي شيء لمنع تعاطي المخدرات أو المشاكل. من أجل تنفيذ النموذج؛ يجب على ممارسي الوقاية إحداث تغيير في عوامل الخطر والحماية الفردية داخل الأفراد والمجتمعات - وليس مجرد الحديث عن الحاجة إلى التغيير. يتطلب التطبيق الناجح للنموذج استراتيجيات منظمة مجتمعية واسعة للحد من المخاطر وتطوير الصمود.

٥- الانعكاسات التطبيقية لتطور النموذج على صياغة المعايير الدولية للوقاية فى المدارس

أ- مبادئ (NIDA) لتطوير البرامج الوقائية المنفذة بالمدارس

(National Institute on Drug Abuse, A Research-Based Guide. Second edition: 2003)

- المبدأ الأول: يجب أن تعزز برامج الوقاية عوامل الحماية وتعكس أو تقلل من عوامل الخطر. حيث ينطوى خطر أن يصبح الشخص متعاطيا للمخدرات على العلاقة بين ماهية عوامل الخطر ونوعها (على سبيل المثال، المواقف والسلوكيات المنحرفة) وعوامل الحماية (على سبيل المثال، دعم الوالدين). كما يتغير التأثير المحتمل لعوامل الخطر والحماية المحددة مع تقدم العمر. على سبيل المثال، عوامل الخطر داخل الأسرة لها تأثير أكبر على الطفل الأصغر سناً، فى حين أن الارتباط بأقرانه الذين يتعاطون المخدرات قد يكون عامل خطر أكثر أهمية للمراهق. وغالباً ما يكون للتدخل المبكر مع عوامل الخطر (على سبيل المثال، السلوك العدوانى وضعف ضبط النفس) تأثير أكبر من التدخل اللاحق عن طريق تغيير مسار حياة الطفل (المسار) بعيداً عن المشاكل ونحو السلوكيات الإيجابية. وفى حين أن عوامل الخطر والحماية يمكن أن تؤثر على الأشخاص من جميع الفئات؛ إلا أن هذه العوامل يمكن أن يكون لها تأثير مختلف اعتماداً على عمر الشخص وجنسه وعرقه وثقافته وبيئته.
- المبدأ الثانى: يجب أن تعالج برامج الوقاية جميع أشكال تعاطى المخدرات، بمفردها أو مجتمعة، بما فى ذلك استخدام القاصرين للعقاقير القانونية (مثل التبغ أو الكحول)؛ واستخدام العقاقير غير المشروعة (مثل القنب أو الهيروين)؛ والاستخدام غير المناسب للمواد التى يتم الحصول عليها بشكل قانونى (مثل المستشفيات) أو الأدوية الموصوفة أو العقاقير التى لا تستلزم وصفة طبية.
- المبدأ الثالث: يجب أن تعالج برامج الوقاية نوع مشكلة تعاطى المخدرات فى المجتمع المحلى، وتستهدف عوامل الخطر القابلة للتعديل، وتقوية عوامل الحماية المحددة. كما يجب تصميم برامج الوقاية لمعالجة المخاطر الخاصة بخصائص السكان أو الجمهور، مثل العمر والجنس والعرق؛ لتحسين فعالية البرنامج.
- المبدأ الرابع: يمكن تصميم برامج الوقاية للتدخل فى وقت مبكر من مرحلة ما قبل المدرسة لمعالجة عوامل الخطر لتعاطى المخدرات، مثل السلوك العدوانى وضعف المهارات الاجتماعية والصعوبات الأكاديمية.
- المبدأ الخامس: يجب أن تستهدف برامج الوقاية لأطفال المدارس الابتدائية تحسين التعلم الأكاديمى والاجتماعى والعاطفى لمعالجة عوامل الخطر لتعاطى المخدرات، مثل العدوان المبكر والفشل الأكاديمى والتسرب من المدارس. وينبغى أن يركز التعليم على المهارات التالية:
 - ❖ ضبط النفس.
 - ❖ الوعى العاطفى.

- ❖ التواصل.
- ❖ حل المشكلات الاجتماعية.
- ❖ الدعم الأكاديمي؛ خصوصاً فى القراءة.
- المبدأ السادس: يجب أن تزيد برامج الوقاية لطلاب المدارس المتوسطة أو الإعدادية والثانوية من الكفاءة الأكاديمية والاجتماعية بالمهارات التالية:
 - ❖ عادات الدراسة والدعم الأكاديمي.
 - ❖ التواصل.
 - ❖ علاقات الأقران.
 - ❖ الكفاءة الذاتية والحزم.
 - ❖ مهارات مقاومة المخدرات.
 - ❖ تعزيز المواقف المناهضة للمخدرات.
 - ❖ تعزيز الالتزامات الشخصية ضد تعاطى المخدرات.
- المبدأ السابع: وجود برامج وقائية فى المجتمع للفتترات الانتقالية فى المراحل العمرية مثل الانتقال إلى المرحلة المتوسطة لها آثار إيجابية حتى على الأسر والأطفال ذوى الخطورة العالية.
- المبدأ الثامن: برامج الوقاية فى المجتمع التى تحتوى على برنامجين فعالين أو أكثر (مثل: البرامج الأسرية والبرامج المدرسية) تكون فعاليتها أكثر من البرامج الأحادية.
- المبدأ التاسع: البرامج الوقائية التى تصل إلى أفراد فى مواقع متنوعة أكثر ما تكون فعالة حينما تقدم بشكل متواصل وواسع اجتماعياً فى كل موقع.
- المبدأ العاشر: عندما تقوم المجتمعات بإنشاء برامج تحقق احتياجاتها وتتوافق مع ثوابتها ومتطلباتها فينبغى لها أن تتوفر فيها العناصر الرئيسة التالية: هيكل البرنامج (كيفية تنظيم البرنامج وإنشائه) والمحتوى (المعلومات، المهارات والاستراتيجيات) وتقديم البرنامج (مواءمة البرنامج، تقديمه، تقويمه).
- المبدأ الحادى عشر: يجب أن تكون البرامج الوقائية طويلة الأمد وممتدة مع تدخلات متكررة لتعزيز الأهداف الوقائية الأساسية، وقد أظهرت الدراسات أن الفائدة من البرامج الوقائية فى مدارس المرحلة المتوسطة تقل فعاليتها عند عدم وجود برامج للمتابعة فى المرحلة الثانوية.
- المبدأ الثانى عشر: البرامج الوقائية يجب أن تشمل تدريب المعلمين على تعزيز السلوكيات الجيدة والتحصيل الدراسى والدافعية الدراسية العالية لدى طلابهم وعلى تقوية الروابط المدرسية للطلاب.
- المبدأ الثالث عشر: تكون البرامج الوقائية أكثر فعالية حينما توظف التقنيات التفاعلية مثل مجموعات النقاش بين الأفراد ولعب الأدوار التى تسمح بالمشاركة الفاعلة فى التعلم عن مشكلة المخدرات وعن اكتساب المهارات المعززة لمقاومة المخدرات.

ب- نمط التدخلات الوقائية التطبيقية فى المدارس وفق المعايير الدولية

وفقاً للمعايير الدولية؛ هناك ثلاثة جوانب من البيئة المدرسية تصلح على وجه التحديد للتدخل فى الوقاية من تعاطى المخدرات: (١) الثقافة المدرسية، أى المعايير والمعتقدات والتوقعات، والترابط المدرسى، أى ربط الفرد بتجربة المدرسة والمجتمع. (٢) سياسة المدرسة أو الرقابة الاجتماعية، النهج الأكثر شيوعاً الذى يضع السياسات والإجراءات التأديبية؛ و(٣) مناهج الفصل الدراسى أو البرامج الأخرى.

الثقافة المدرسية والترابط المدرسى

تهدف برامج الوقاية التى تعالج هذا التفاعل إلى جعل البيئة المدرسية أكثر جاذبية للطلاب لمساعدة الطلاب على تطوير المزيد من المواقف والانتماءات الاجتماعية والانخراط فى سلوكيات أكثر إيجابية للمجتمع. والمقصود من ذلك هو زيادة الكفاءة الذاتية والترابط المدرسى وتقليل احتمالية استخدام الطلاب للكحول أو التبغ أو غيرهما من المواد ذات التأثير النفسى.

(Campello, Sloboda, Heikkil, & Brotherhood, 2014)

وتشمل هذه الأساليب ما يلى:

- دعم مناخ مدرسى منظم وأداء طبيعى.
 - تعزيز قدرة المعلمين على إدارة فصولهم الدراسية بفعالية.
 - إضفاء الطابع الاجتماعى على الأطفال فى أدوارهم كطلاب.
 - دعم روح المدرسة الإيجابية والالتزام بمشاركة المدرسة والطلاب.
 - تقليل السلوكيات التخريبية والعنوانية.
- وتشمل العناصر المشتركة للاستراتيجيات الفعالة لخلق بيئة معيارية إيجابية للأطفال ما يلى:

(Fletcher, 2015)

- ضمان أن تكون البيئة المدرسية شاملة وآمنة عاطفياً وجسدياً.
- تعزيز العلاقات الإيجابية بين الطلاب والمعلمين وغيرهم من موظفى المدرسة حيث يوجد احترام متبادل ورعاية وشعور مشترك بالانتماء والالتزام بالتجربة المدرسية.
- وضع ودعم المعايير والسلوكيات والعلاقات الصحية بما فى ذلك إنشاء إعدادات غير مستخدمة للمواد المخدرة.

بشكل عام؛ يتضمن محتوى هذه الأساليب استراتيجيات للاستجابة للسلوك غير اللائق وتصحيحه وتلك التى تعترف بالسلوك المناسب وتكافئه. وبالطبع يتطلب الأمر تدريب موظفى المدرسة على تنفيذ هذه البرامج لضمان الإخلاص والاتساق والاستدامة.

(Battistich, Schaps, Watson, Solomon, & Lewis, 2000)

وعلى الرغم من أن البرامج التي تؤثر على الثقافة المدرسية تزيد أيضًا من الترابط المدرسي؛ فإن هناك عددًا من البرامج التي تركز بشكل أساسي على الترابط المدرسي في حد ذاته. وتشمل العناصر أو المبادئ المشتركة لبرامج الترابط المدرسي ما يلي:

- التركيز على السنوات الأولى. أى ما قبل المدرسة إلى المدرسة الإعدادية.
 - تعزيز الكفاءة في القراءة والرياضيات.
 - توفير مهارات التعامل مع الآخرين لتمكين الطلاب من التواصل الإيجابي مع أقرانهم والكبار.
 - إشراك أولياء الأمور في مهارات الاتصال والتربية الوالدية وفي الأنشطة المدرسية.
- وبينما تتناول هذه التدخلات مناخ المدرسة وثقافتها؛ هناك تدخلات تتناول مناخ الفصول الدراسية. والتدخل الأكثر شهرة على نطاق واسع من هذا النوع هو لعبة السلوك الجيد. الغرض من برنامج إدارة الفصول الدراسية هذا، الذى يستهدف الأطفال فى المدارس الابتدائية والإعدادية المبكرة، هو إضفاء الطابع الاجتماعى عليهم فى أدوارهم كطلاب. على وجه الخصوص؛ يسعى البرنامج إلى الحد من السلوك العدوانى أو التخريبى فى الفصل الدراسى من خلال وضع مجموعة من قواعد السلوك المناسب، وتعليم الطلاب كيفية التصرف والعمل معا بشكل فعال كأعضاء فى فريق، وكيفية مراقبة سلوكهم وسلوك فريقهم. ويحدد المعلم أيضًا حوافز للسلوك الإيجابي لكل من الطالب الفردى والفريق ككل. وقد أظهرت التقييمات أن البرنامج يقلل من تعاطى المخدرات والعنف، ويعزز الصحة العقلية للطلاب. (Kellam et al, 2014)

السياسات المدرسية

حظيت أبحاث السياسة المدرسية التى تدرس السياسات المدرسية المتعلقة بتعاطى المخدرات داخل مبنى المدرسة باهتمام ضئيل نسبيا. وتعتبر السياسات المدرسية جذابة بشكل خاص لمعالجة تعاطى المخدرات حيث يمكن أن تتأثر أعداد كبيرة من الطلاب المستهدفين كما أن تكاليف تصميم وتنفيذ البرامج بها ضئيلة. وقد أجرى إيفانز وزملاؤه (Evans-Whipp et al., 2004) مراجعة لسياسات المدارس ووجدوا أن معظم المدارس فى البلدان المتقدمة لديها سياسات تعاطى المخدرات تختلف اختلافاً كبيراً من حيث مدى شموليتها وفى كيفية تطبيق السياسات، سواء كانت عقابية أو علاجية. ووجدوا أن الدراسات البحثية التى فحصت نتائج السياسة المدرسية ركزت على استخدام التبغ التى أشارت إلى أن السياسات الأكثر شمولاً وتطبيقاً كانت مرتبطة بانخفاض معدلات التدخين.

وأشار (A Pentz, M. 2003) أن هناك أربعة أنواع من اللوائح الرسمية الموجودة فى المدارس: (١) تلك التى تركز على إنتاج أو توزيع المواد وتلك التى تنظم السعر وظروف الاستخدام. (٢) تلك التى تتحكم فى "تدفق المعلومات" فيما يتعلق بتعاطى المواد مثل ملصقات التحذير. (٣) تلك التى تنظم الاستهلاك بشكل مباشر (على سبيل المثال، استخدام الوصفات الطبية ومراقبة استخدام الأطباء)؛ و

(٤) تلك التي تعلن أن الاستخدام غير قانوني (على سبيل المثال، العقوبات ضد حيازة المخدرات غير المشروعة).

وتشمل العناصر أو المبادئ المشتركة لمناهج السياسة المدرسية الفعالة للتأثير على تعاطي المخدرات ما يلي:

- الحد من الوصول إلى التبغ أو الكحول أو المخدرات الأخرى وتوافرها أو القضاء عليها.
- معالجة مخالفات السياسات بعقوبات إيجابية من خلال تقديم المشورة أو العلاج والخدمات الخاصة للطلاب بدلا من معاقبتهم بالإيقاف أو الطرد.
- يجب ألا تعطل السياسات الأداء العادي للمدرسة.
- ينبغي أن تعالج السياسات النطاق الكامل لسلوكيات تعاطي المخدرات من البدء إلى التقدم إلى تعاطي المخدرات والاعتماد على الانتكاس.
- ينبغي أن يكون للسياسات عدد قليل من الأهداف المركزة.
- ينبغي أن تحدد السياسات المواد المستهدفة.
- ينبغي أن تعكس السياسات وأن تنعكس في جهود الوقاية المجتمعية الأخرى.
- يجب إشراك الهيئة الطلابية وأعضاء هيئة التدريس والطلاب في تطوير السياسة.
- ينبغي أن توفر السياسات تعزيزًا إيجابيًا للامتثال للسياسات.
- ينبغي أن توفر السياسات تدريبًا منهجيا لمديري السياسات وأن تتقف السكان المستهدفين بشأن المشاركة في أهداف السياسات.

تركز الأنواع الأخرى من السياسات الفعالة التي تمتد إلى ما هو أبعد من مبنى المدرسة ولكنها يمكن أن تمتد إلى خارج المدرسة لتصل حتى إلى البائعين الذين يمكنهم الوصول إلى الطلاب. وتشمل هذه السياسات إزالة أماكن بيع السجائر، وتنبيه الآباء بشأن القوانين التي تمنع تقديم الكحول للقصر، وتدريب موظفي مبيعات الكحول والتبغ المحليين لضمان فهم قيود البيع للقصر والحاجة إلى "بطاقة" العملاء، وعمليات "اللدغة" لتحديد تنفيذ هذه الموانع، ومتابعة العقوبات المفروضة على مبيعات الكحول والتبغ للشباب دون السن القانونية (Forster & Wolfson, 1998)

منهج الفصل الدراسي

ربما يكون نهج الوقاية الأكثر شيوعًا هو استخدام منهج الفصل الدراسي الذي يركز على الوقاية من تعاطي المخدرات. (Bruckner et, al 2014)

على ذلك؛ تم تطوير وتقييم العديد من أنواع مناهج الفصول الدراسية على مدار الـ ٢٥ عامًا الماضية. أجرى العديد من الباحثين تحليلات ثانوية للبيانات من دراسات كل من البرامج العامة والمحددة. (Faggiano, Minozzi, Versino, & Buscemi, 2014)

بينما أجرى آخرون تحليلات محتوى البرنامج واستطلاعات الرأي لباحثي الوقاية لتحديد العناصر المشتركة للتدخلات الفعالة. كانت هناك نتائج متسقة عبر كل هذه الأساليب. تشمل العناصر المشتركة للمناهج الدراسية العالمية / المشار إليها ما يلي:

(U N. International standards for drug use prevention, 2018)

- تبديد المفاهيم الخاطئة فيما يتعلق بالطبيعة المعيارية وتوقعات تعاطي المخدرات (أى انتشار الاستخدام وآثاره الإيجابية / السلبية).
- التأثير على تصورات المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات للأطفال والمراهقين (أى التأكيد على التأثيرات التى سيتعرض لها الطلاب الآن وليس عندما يكونون بالغين).
- توافر وممارسة ما يسمى بالمهارات الحياتية التى تشمل اتخاذ القرارات، لا سيما بشأن الشروع فى تعاطي المخدرات أو الاستمرار فيها؛ توصيل هذه القرارات؛ ومهارات المقاومة لرفض تعاطي التبغ والكحول والمخدرات غير المشروعة باستخدام سيناريوهات أصيلة.
- توافر التدخلات والمعززات على مدى سنوات متعددة فى المدرسة الإعدادية والثانوية عندما يكون الطلاب أكثر عرضة للخطر.

وتعتبر معظم برامج المناهج المدرسية القائمة على الأدلة متاحة عالميا لأنها تستهدف عامة السكان الذين يشملون الطلاب فى مستويات مختلفة من خطر بدء استخدام الكحول أو التبغ أو غيرهما من المواد ذات التأثير النفسى. وهناك عدد من البرامج المشار إليها التى تستهدف الطلاب الذين يعتبرون أكثر عرضة لخطر الشروع فى استخدام هذه المواد لأنهم لا يقومون بعمل جيد فى المدرسة ويعانون من أعداد كبيرة من الغياب أو التعليق أو الطرد. هناك القليل من البرامج التى يمكن اعتبارها برامج انتقائية، أى تتناول الطلاب الذين ربما بدأوا من مستويات منخفضة من تعاطي المخدرات أو يعبرون عن سلوكيات مشكلة أخرى.

ثالثاً: نحو تطوير نموذج وقائى متكامل يعتمد على الخبرات العلمية

وعلى الرغم من المكاسب الكبيرة التى تحققت فى مجال الوقاية من تعاطي المخدرات فى المدارس على مدى العقدين الماضيين؛ فلا يزال هناك عدد من القضايا الهامة فيما يتعلق بوضع التدخلات الوقائية فى المدارس وتنفيذها وتقييمها ونشرها.

١ - الحاجة إلى تطوير أساليب تصميم البرامج

أ- توقيت التدخلات الوقائية

تشير الأبحاث التى أجريت على عمر بداية تعاطي المخدرات والانحدار التنموى المؤيد له إلى أن بدء تعاطي المخدرات يميل إلى اتباع تسلسل منطقى وقابل للإملاء المسبق. حيث يبدأ معظم الشباب بتجربة الكحول وتذخين السجائر، يليها لاحقاً استخدام القنب. سوف تتقدم مجموعة فرعية من هؤلاء الأفراد إلى

استخدام المشروبات والمنشطات والمهلوسات وغيرها من الأدوية المنتجة للتبعية. يشير هذا التقدم في بدء تعاطي المخدرات إلى أن تأثير تدخلات الوقاية المبكرة يجب أن يكون على المخدرات في وقت مبكر من تقدم النمو (السجائر والكحول والقنب)، والتي يبدأ استخدامها عادة خلال سنوات المدرسة المتوسطة/الإعدادية. وبالتالي فليس من المستغرب أن غالبية الدراسات المنشورة شملت طلاباً في المرحلة الإعدادية، مع الطلاب في الصف السابع خلال السنة الأولى من التدخل.

أحد أسباب النقص النسبي في الاهتمام بالأطفال الأصغر سناً هو أن معدلات تعاطي المخدرات عادة ما تكون منخفضة جداً خلال المدرسة الابتدائية، مما يجعل من الصعب للغاية إظهار الآثار السلوكية ذات الدلالة الإحصائية بين هؤلاء الأطفال. ومع ذلك؛ فقد أظهرت العديد من البرامج الحالية للأطفال الصغار تأثيراً على المعرفة بالمخدرات ومواقف مكافحة المخدرات.

(W.K, Griffin, J. G, Botvin, 2006)

ب- الفترات العمرية الأكثر خطورة في تعاطي المخدرات

أظهرت الدراسات أن الفترات الأكثر خطورة هي الفترات العمرية الانتقالية التي يصبح الطفل فيها أكثر قابلية للمشكلات السلوكية وتشمل الفترات الانتقالية الجسدية مثل بداية البلوغ أو الفترات الاجتماعية مثل فترات الانتقال من المنزل أو انفصال الوالدين بطلاق أو غيرها.

إن أول نقلة في حياة الطفل تكون عندما يترك الطفل منزله ويدخل المدرسة ولاحقاً عندما ينتقل من المرحلة الابتدائية إلى الإعدادية ثم إلى الثانوية، عندها يتعرض الطفل إلى خبرات اجتماعية ودراسية جديدة مثل مقابلة أعداد أكبر من الأقران أو توقعات دراسية أكبر وخلال تلك الفترة الحرجة (بداية المراهقة) يكون تعرض الطفل على الأرجح لتعاطي المخدرات. وبعد ذلك؛ عندما يصبح المراهق في المرحلة الثانوية، تواجهه تحديات اجتماعية ونفسية وثقافية إضافية وفي الوقت ذاته يكون معرضاً أكثر لتوافر المخدرات، أو ملاقات المتعاطين أو المواقف الاجتماعية التي ترتبط بالمخدرات. وهذه التحديات يمكن أن تزيد من خطورة تعاطي الدخان أو الكحول أو غيرها من المخدرات.

ومن المواقف الخطرة التي يتعرض لها المراهق في فترات المراهقة المتأخرة ما يحدث عندما يبتعد عن المنزل لأول مرة بعيداً عن رقابة والديه مثلما يحدث عندما يلتحق بالجامعة أو المعاهد التعليمية الأخرى فيصبح تعاطي المخدرات بالتالي مشكلة صحية رئيسة بين طلبة الجامعات. وعندما يلتحق الشاب أو الفتاة بالعمل أو يتزوجان، يواجهان من جديد تحديات وضغوطاً إضافية قد تعرضهم لمخاطر تعاطي المخدرات ضمن بيئة الراشدين، إلا أن هذه التحديات قد تشكل أيضاً عوامل وقاية للشباب من جهة أنها تقدم أيضاً فرصة للشباب أن ينمي قدراته وطاقاته ويحقق طموحاته وأهدافه واهتماماته المستقبلية. وقد أظهرت الدراسات العلمية أن أنماط الحياة الجديدة هذه يمكن أن تكون عوامل وقائية عندما تصبح هذه القوانين الجديدة أكثر أهمية من الانغماس في تعاطي المخدرات.

لذلك فإنه ينبغي على مخططى البرامج الوقائية الانتباه إلى هذه الفترات الانتقالية فى تحديد الفئات المستهدفة لبرامجهم وينبغي عليهم تأمين الدعم الكافى لكل فئة عمرية بما يناسبها وعليهم أيضًا الانتباه إلى كيفية تقوية العوامل الوقائية فى تلك المراحل الانتقالية.

(A Research-Based Guide. Second edition: 2003. National Institute on Drug Abuse)

ج- طبيعة التدخلات

يتم انتقاد برامج الوقاية من تعاطى المخدرات فى المدارس بأنها عادة لا تعترف بأن الأفراد المختلفين قد يكون لديهم مستويات مختلفة من الاحتياجات البرنامجية وأن برنامج الوقاية المدرسى الواحد قد لا يكون مناسباً لجميع الأطفال والمراهقين. (Institute of Medicine, 1996) ولمعالجة هذه الإشكالية، يجب التمييز بين ثلاثة أنواع من "مستويات" الوقاية فى تصنيف تدخلات الوقاية: عام، انتقائى، ومحدد. يتم تقديم التدخلات الشاملة لعامة السكان، وتستهدف التدخلات الانتقائية الشباب "المعرضين للخطر" الذين تظهر عليهم علامات تورط محتمل فى المخدرات، وتستهدف التدخلات المحددة أولئك الذين يشاركون بالفعل فى المخدرات. ويجب أن تستهدف برامج الوقاية الشاملة (أو الأولية) استخدام المواد فى بداية تطور تعاطى المخدرات، ليس فقط لأن هذه هى المواد الأكثر استخداماً فى مجتمعنا ولكن أيضًا لأن منع استخدام مواد البوابة هذه قد يقلل أو يزيل خطر تعاطى المخدرات.

ومع ذلك؛ فى المدرسة الثانوية، من المرجح أن تكون برامج الوقاية الانتقائية والمحددة هى الأنسب للطلاب المعرضين بالفعل لخطر تعاطى المخدرات، وضعف الأداء المدرسى، والتسرب من المدرسة، ولأولئك الذين بدأوا بالفعل فى تعاطى المخدرات. وعادة ما تتناول البرامج الخاصة بهؤلاء الشباب المتغيرات التحفيزية الشخصية (مثل تنظيم التأثير) التى تلعب دوراً فى الحفاظ على تعاطى المخدرات أو تعاطيها أو تصعيدها ولا تركز كثيراً على التدريب على مهارات المقاومة. وعلى سبيل المثال؛ قد تستهدف هذه البرامج دوافع محددة لتعاطى المخدرات من خلال التأكيد على تطوير الشبكات الاجتماعية والدعم الجماعى، والتدريب على المهارات (صنع القرار، والتواصل بين الأشخاص)، والرفاهية العاطفية، وقد تتخذ شكل فصل "النمو الشخصى" لمدة فصل دراسى. (Thompson et al., 1997) بالنسبة لأولئك الأكثر عرضة للخطر، مثل الطلاب غير القادرين على البقاء فى النظام المدرسى العادى والالتحاق بالمدارس الثانوية المستمرة، فإن برامج الوقاية التى توفر استشارات تتعلق بالمخدرات بالإضافة إلى معالجة العوامل التحفيزية من خلال الدعم والتدريب على المهارات قد تكون مثالية. والجدير بالذكر أن طرق تقديم البرامج التفاعلية تبدو أكثر فاعلية وأفضل قبولاً من الأساليب التعليمية للشباب فى سن المدرسة الثانوية وكذلك للطلاب الأصغر سناً. (Sussman et al., 1995)

٢- تنفيذ البرامج

أ- القائمون بتنفيذ الأنشطة

تستخدم العديد من برامج الوقاية المدرسية قادة أقران من نفس العمر أو أكبر سنًا قليلًا كمقدمي برامج. استنادًا إلى أن هناك عددًا من المزايا لدعم استخدام مقدمي الخدمات الأقران، على الرغم من أنه قد يبدو أن هناك عيوبًا أيضًا. وتمثلت الحجة الشائعة لدعم استخدام مقدمي الأقران في أن لديهم مصداقية أكبر مع الطلاب في سن المدرسة الإعدادية مقارنة بالبالغين فيما يتعلق بقضايا نمط الحياة؛ لأن المراقبة هي فترة تتميز بدرجة معينة من التمرد ضد الآباء وأصحاب السلطة عليهم من البالغين. إضافة إلى أنهم قد يكونون قدوة مؤثرة تساعد في تغيير المعايير المدرسية فيما يتعلق بتعاطي المخدرات وقبولها اجتماعيًا. وبهذه الطريقة؛ قد يكون لبرامج الوقاية التي يقودها الأقران تأثير مهم على المعتقدات المعيارية لصالح تناول قضايا الوقاية من المخدرات.

ومع ذلك؛ هناك عدد من المشاكل المتأصلة في استخدام قادة الأقران. إذ قد يفتقر الأقران إلى مهارات التدريس والتحفيز والكفاءة في المهارة التي يتم تدريسها ومهارات إدارة الفصول الدراسية اللازمة لنجاح البرنامج. إضافة إلى أنه في حماسهم لمنع تعاطي المخدرات، يميل قادة الأقران أحيانًا إلى إلقاء المحاضرات أو الوعظ للطلاب بطرق تذكرنا ببرامج الوقاية القائمة على التخويف والإثارة، والتي تخاطر بتحويل الطلاب إلى المواد التي يتم الوقاية منها. وقد حاولت العديد من الدراسات تحديد فعالية قادة الأقران مقارنة بمقدمي البرامج الآخرين. وبشكل عام؛ تدعم الأدلة استخدام قادة الأقران، لا سيما في برامج الوقاية التي تعتمد على تعزيز مهارات المقاومة. (Perry et al., 1983) ومع ذلك؛ هناك بعض الأدلة على أن استخدام قادة الأقران قد لا يفيد جميع الطلاب على قدم المساواة. أظهرت إحدى الدراسات أن الفتيات قد يتأثرن بتدخلات مهارات المقاومة التي يقودها الأقران أكثر من الأولاد.

(Fisher, Armstrong, & deKler, 1983)

وبشكل عام؛ ليس من الواضح تمامًا ما إذا كان قادة الأقران أفضل من مقدمي الخدمات الآخرين. في الواقع؛ غالبًا ما يتم تجاهل أن قادة الأقران يعملون دائمًا كمساعدين لمقدمي برامج البالغين (المعلمين وموظفي البرنامج) الذين يتحملون المسؤولية الأساسية عن تنفيذ برنامج الوقاية. علاوة على ذلك، في حين يبدو أن قادة الأقران مناسبون تمامًا لأهداف مناهج التأثير الاجتماعي، فقد لا يكونون مركزين لأهداف نهج منع تعزيز الكفاءة. وبالتالي قد يكون البالغون أو غيرهم من الشخصيات ذات السلطة أكثر فاعلية من القادة الأقران في تعليم الطلاب نوع "المهارات الحياتية" التي يتم تدريسها في هذه البرامج بنفس الطريقة التي يكون بها مدرس الموسيقى البالغ أو مدرب الدراما أو المدرب الرياضي هو الأنسب لتعليم الطلاب المهارات في هذه المجالات.

وعلى ذلك؛ إذا كان قادة الأقران يخضعون للمراقبة من قبل المعلمين أو موظفي المشروع أو غيرهم من البالغين، ولديهم مسؤوليات محددة جيدًا بوضوح، فيمكن أن يكون لهم قيمة مساعدة مهمة، لا

سيما فى برامج التدريب على مهارات المقاومة. ومع ذلك؛ فإن قادة الأقران، فى معظم الحالات، ليسوا بالضرورة أفضل من مقدمى الخدمات الآخرين. (W.K, Griffin, J.G, Botvin, 2006)

ب- أسلوب تنفيذ الأنشطة

أحد الدروس المستفادة حول تنفيذ برامج الوقاية المدرسية هو أن طريقة التنفيذ عنصر مهم لنجاح البرنامج. على وجه الخصوص؛ من الواضح أن برامج الوقاية التى تستخدم الأساليب التفاعلية والعمليات الجماعية (مثل مناقشات الأقران ولعب الأدوار والألعاب التفاعلية) أكثر فعالية للمراهقين من تلك التى تستخدم أشكالاً تعليمية أكثر (مثل المحاضرات والأفلام وأشرطة الفيديو).

وقد أكدت الدراسات التحليلية للبرامج أنه، تم العثور على أكبر فرق فى حجم التأثير بين أنواع برامج الوقاية بين البرامج التفاعلية وغير التفاعلية، فالبرامج التفاعلية (تلك التى تستخدم العمليات الجماعية وديناميات الفصل الدراسى لتقديم محتوى البرنامج) أثبتت أنها أكثر فعالية. وبالتالي فإن برامج الوقاية من تعاطى المخدرات التى تعزز التفاعل بين الأقران وتستخدم تقنية تفاعلية لتحفيز المشاركة النشطة للطلاب (فى مناقشة الفصل الدراسى أو فى ممارسة سلوكيات جديدة) هى الأكثر نجاحاً؛ خصوصاً إذا ما تم تنفيذها من خلال أنشطة تعتمد على المجموعات الصغيرة المنظمة لتكون الطريقة المثلى لتقديم محتوى البرنامج وتعزيز اكتساب المهارات. (Tobler & Stratton, 1997)

ج- بالنسبة للمواد المخدرة المستهدفة

تبرز أيضاً قضية أخرى مهمة فى تنفيذ برامج الوقاية هى ما إذا كان ينبغي أن تعالج البرامج مادة واحدة (مثل التبغ) أو مواد متعددة (التبغ والكحول والقنب والمخدرات الأخرى). حيث يبدو أن هناك مجموعة متنوعة من الحجج المؤيدة والمعارضة للبرامج التى تستهدف مواد متعددة بدلاً من مواد مفردة، وتستند هذه الحجج إلى أهداف سلوكية وسياسية. وقد كشفت الدراسات أن الحجج السلوكية لصالح استهداف مواد متعددة تشمل حقيقة أن العديد من السلوكيات الخطرة مرتبطة ببعضها البعض، وأن حدوث أحدها يزيد من احتمالية حدوث الآخرين. بالإضافة إلى ذلك؛ فإن دافع الفرد إما لتعاطى المخدرات (على سبيل المثال، التأثيرات الاجتماعية أو الضعف الفردى) أو عدم تعاطى المخدرات (مثل المخاوف الصحية) عادة ما يكون غير محدد بنوع المخدرات. كما تتضمن الحجج السياسية لصالح برامج الوقاية من المواد المتعددة حقيقة أنها أكثر كفاءة وأقل تكلفة من البرامج متعددة المواد المفردة؛ حيث إنه يمكن إدارة عدد من البرامج بشكل فعال من حيث التكلفة فى بيئة مدرسية واحدة. (Johnson, MacKinnon, and Pentz, 1996)

وتتضمن الحجج التى تدعم برامج المادة الواحدة، مثل برامج الوقاية من التدخين، حقيقة أن الكثير من المعلومات يمكن أن يكون مربكاً للطلاب، وبما أن استخدام المواد المختلفة يحدث عادة على مراحل، فقد يكون من غير المناسب من الناحية التنموية التركيز على المواد التى تبدأ لاحقاً فى التسلسل. ومع

ذلك؛ فى مقارنة بين العديد من برامج تعزيز نمط الحياة/ الصحة التى ترتبط بالوقاية من مادة مخدرة واحدة وبرامج تناولت الوقاية من مواد مخدرة متعددة وبرامج الوقاية العامة، خلصت إحدى الدراسات إلى أن البرامج كلها كانت على نفس القدر من الفاعلية. (Johnson et al., 1996)

وعادة ما تركز برامج الوقاية التى تستهدف مواد متعددة على الأدوية المستخدمة فى الأعمار المبكرة - التبغ والكحول والقنب. ويلاحظ أن إحدى المزايا المهمة لنهج تعزيز الكفاءة للوقاية هى أنها قابلة للتطبيق بطبيعتها على مواد متعددة وسلوكيات مشكلة متعددة. هذا لأنها مصممة لتعليم المهارات الحياتية وتعزيز الكفاءة العامة، وتعليم نوع المهارات للتعامل مع الحياة التى سيكون لها تطبيق واسع نسبيا. يتم تدريس هذه المهارات مع التطبيق المباشر لتعاطى المخدرات وإساءة استخدامها ولكن يمكن استخدامها أيضًا للتعامل مع العديد من التحديات التى تواجه المراهقين فى حياتهم اليومية. وفقا لذلك؛ يمكن لبرامج تعزيز الكفاءة توسيع تركيز التدخل ليشمل مجموعة متنوعة من السلوكيات المشكلة.

د- الدقة فى تنفيذ البرامج وفق فهم منضبط لطبيعة الظروف المحيطة

فشلت مناهج للوقاية المبكرة، مثل نشر المعلومات والتعليم العاطفى، إلى حد كبير لأن افتراضاتها النظرية الأساسية كانت خاطئة. ومع ذلك؛ بالنسبة لمهارات المقاومة وأساليب تعزيز الكفاءة، هناك أدلة واتفاق كبير بين الباحثين على أن الأسس النظرية سليمة. عندما تفشل الأساليب المثبتة نظريًا؛ فقد يكون ذلك بسبب مشاكل فى التنفيذ.

وبغض النظر عن مدى فعالية برنامج الوقاية، فمن غير المحتمل أن يحقق النتائج المرجوة ما لم يتم تنفيذه بدقة كافية. ومع ذلك؛ فإن الخلل الرئيسى فى تقييم معظم برامج الوقاية هو الفشل فى فحص مدى تنفيذ البرنامج بطريقة تتفق مع بروتوكول التدخل. ما لم يتقرر أن البرنامج قد تم تنفيذه بشكل صحيح وأن معظم المجموعة المستهدفة تلقت البرنامج الكامل، لا يمكن للمرء أن يستنتج بثقة أن البرنامج غير فعال. بل قد تكون استراتيجية الوقاية فعالة ولكنها ببساطة لم تنفذ على النحو الملائم. تتجلى أهمية النظر فى جدية التنفيذ فى العديد من الدراسات التى تبين أن الطلاب الذين يتلقون كميات أكبر من البرمجة هم أكثر عرضة لإظهار تغييرات سلوكية فى تعاطى المخدرات.

(Dusenbury, Botvin et al, 1989)

وعلى كل؛ يعد تنفيذ البرنامج عاملا مهما ولكن يتم تجاهله كثيرا ويلعب دورا حاسما فى فعالية برنامج الوقاية. وفى حين أن هناك العديد من الأسباب التى قد تؤدى إلى سوء تنفيذ برنامج الوقاية، مثل معلمى الفصول الدراسية ذوى الدوافع الضعيفة أو نقص تدريب المعلمين، فهناك حاجة إلى مزيد من البحث لتحديد هذه العوامل ومعالجتها.

٣- تقييم البرامج

أ - ترابط التخطيط والتقييم للوقاية

وهذا مهم بشكل خاص فيما يتعلق بالمفاهيم الحديثة والأكثر واقعية للتقييم المبني على النظرية: "ما الذى ينجح مع من وفى أى سياق؟" ولتحقيق هذه الغاية؛ لا بد من ربط التقييم ارتباطاً وثيقاً بتخطيط المشروع وتنفيذه بدلاً من اتباع نهج بحثى كلاسيكى. ويعمل هذا النهج الأخير على مبدأ "الصندوق الأسود"؛ حيث يتم تسجيل نتائج المدخلات المعروفة، دون شرح كيفية تحقيقها وفى أى ظروف يمكن تكرارها. وبالتالي؛ يلزم تحديد وتأسيس فرضيات العمل والتحكم فى العوامل السياقية (الاجتماعية والمعيارية والثقافية). فالتأملات حول كيفية تقييم التدخل تشبه فى الواقع تلك المتعلقة بكيفية إعداد تدخل جيد. ويتعين على أى برنامج مخطط له جيداً أن يأخذ فى الاعتبار منذ البداية الوسائل التى يمكن من خلالها تقييمه.

ب- متانة التأثيرات الوقائية

كان التحدى الأولى فى مجال الوقاية هو إثبات أنه من الممكن الحد من تعاطى التبغ أو الكحول أو المخدرات. بعد نشر عدد متزايد من التقارير التى تظهر انخفاضاً فى تعاطى المخدرات، يتعلق السؤال المنطقي التالى بمتانة آثار الوقاية هذه. ومع ذلك؛ يبدو أن هناك تبايناً كبيراً فى كل من حجم تأثيرات البرنامج الأولية ومتانتها.

وقد أشارت العديد من دراسات المتابعة طويلة المدى إلى أن آثار الوقاية الناتجة خلال المدرسة الإعدادية تتآكل بنهاية المدرسة الثانوية. هناك العديد من التفسيرات المحتملة لسبب تدهور آثار الوقاية عادة، بما فى ذلك (١) المدى الزمنى للتدخل غير كاف. (٢) عدم تضمين الجلسات المعززة أو كانت غير كافية. (٣) عدم تنفيذ التدخل بدقة كافية لنموذج التدخل؛ و(٤) استناد نموذج التدخل إلى افتراضات خاطئة، أو كان غير مكتمل، أو كان ناقصاً. (Botvin & Resnicow, 1993)

كما أشارت الدراسات إلى أن التدخلات المدرسية ليست قوية بما يكفى لإحداث آثار وقائية دائمة وأن هناك حاجة إلى مناهج وقائية متعددة المكونات تستهدف الأسرة والمجتمع الأكبر. حيث تشير الأبحاث الحديثة إلى أن البرمجة المدرسية جنباً إلى جنب مع تدخلات المجتمع أو الوالدين يمكن أن تؤدى إلى تأثيرات سلوكية أكبر بمرور الوقت. (الأمم المتحدة، معايير الوقاية، ٢٠١٨)

وقد أشار البعض (Flynn et al, 1994) إلى أن برامج منع التدخين فى المدرسة أدت إلى تقليل التدخين على مدى عامين من المتابعة عندما تم دمجها مع إعلانات الإذاعة والتلفزيون على مستوى المجتمع وأن تدخل وسائل الإعلام بالإضافة إلى المدرسة كان أكثر فعالية من التدخل المدرسى فقط. كما تبين أن مشاركة الوالدين بالإضافة إلى المكون المدرسى مرتبطة بانخفاض استخدام الكحول والسجائر بين المراهقين. ولا شك أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث للتحقيق فيما إذا كانت برامج الوقاية المدرسية التى تستخدم وسائل الإعلام والمجتمع واستراتيجيات التثقيف الأسرى يمكن أن تزيد من

الوعي العام والدعم، وتغير معايير المدرسة والمجتمع، وتعزز رسالة الوقاية من المخدرات للطلاب وأولياء الأمور والمجتمعات. ومع ذلك؛ هناك أيضًا أدلة على أن التدخلات المدرسية قادرة في حد ذاتها على إحداث آثار دائمة. حيث أظهرت تجربة وقائية عشوائية واسعة النطاق شملت ما يقرب من ٦,٠٠٠ طالب من ٥٦ مدرسة في ولاية نيويورك آثارا وقائية لاستخدام التبغ والكحول والقنب بعد ٣ سنوات.

(Baker, Botvin et al, 1990)

ج- فاعلية التأثيرات الوقائية

هناك وعى متزايد بين الباحثين في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات بالحاجة إلى فحص مدى برامج الوقاية وما يؤدي إليه من تغييرات فيما تستهدفه البرامج، وإلى أى مدى تؤدي التغييرات في هذه المتغيرات إلى تغييرات في تعاطي المخدرات. فقد درست العديد من الأوراق العلمية تأثير هذه المتغيرات باستخدام نهج تدريب مهارات المقاومة الأكثر تركيزًا. وتشير هذه الدراسات بعض الأسئلة المثيرة للاهتمام حول المكونات النشطة في استراتيجيات التدخل هذه.

وتتمثل إحدى نقاط القوة الرئيسية لدراسات التقييم التي أجريت باستخدام نهج تعزيز الكفاءة الأوسع نطاقا في أن العديد منها فحص تأثير المتغيرات المفترضة للتوسط في تأثير برامج الوقاية، وقد وثقت الدراسات تأثيرات البرنامج على الوضاء. وتشمل التغييرات الكبيرة في المعرفة والاتجاهات، والحزم، ووجهة الضبط، والقلق الاجتماعي، والرضا عن الذات، واتخاذ القرار، وحل المشكلات. وهناك حاجة إلى مزيد من البحث لتوضيح كيفية تأثير التدخلات على مختلف مجالات المهارات المستهدفة وكيف ترتبط التغييرات في مستوى المهارة بانخفاض تعاطي المخدرات.

وختامًا؛

أصبح من الواضح على مدى السنوات الماضية أن بعض النهج السابقة للمرحلة المدرسية الأكثر استخداما هي إما غير فعالة أو ذات فعالية غير مثبتة. ومن أبرز هذه النهج نهج الوقاية التي تعتمد على توفير المعلومات المتعلقة بالعواقب السلبية لتعاطي المخدرات أو التثقيف العاطفي أو بدائل تعاطي المخدرات. والآن؛ أثبتت الأبحاث فعالية مناهج الوقاية التي تركز على العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة ببدء تعاطي المخدرات و/ أو مع تعاطي المخدرات. وتؤكد هذه الأساليب على تدريس مهارات المقاومة الاجتماعية، إما بمفردها أو بالاشتراك مع المهارات الشخصية والاجتماعية العامة. وقد أظهر عدد قليل من الدراسات التي تختبر فعالية هذه الأساليب أنها قادرة على الحد من تعاطي المخدرات لمدة تصل إلى عدة سنوات، بما في ذلك حتى نهاية المدرسة الثانوية.

وعلى الرغم من أن معظم هذه الأبحاث قد أجريت عن تدخين السجائر؛ فقد تم إثبات آثار الوقاية أيضًا لاستخدام الكحول والقنب. كما بدأت العديد من الدراسات الحديثة في توضيح الآلية التي تعمل من خلالها مناهج الوقاية هذه من خلال تقييم التأثير على المتغيرات الوسيطة المفترضة.

ومع ذلك؛ فى حين أظهرت الأبحاث أن برامج الوقاية من تعاطى المخدرات فى المدارس يمكن أن تنجح، فهناك حاجة إلى مزيد من البحث لدراسة كيفية تعظيم أثارها وجعلها تدوم. علاوة على ذلك؛ من غير المرجح أن يكون لبرامج الوقاية التى أثبتت جدواها تأثير كبير على الصحة العامة ما لم يتم استخدامها على نطاق أوسع. لذلك؛ فإن أحد الأهداف المهمة للبحث المستقبلى هو تحديد والتغلب على الحواجز التى تحول دون نشر واعتماد برامج الوقاية التى أثبتت جدواها.

وكثيراً ما يخضع البرنامج المأخوذ من بيئة بحثية إلى "العالم الحقيقى" لتغييرات لتلبية احتياجات المدرسة أو المعلم. ومن المهم فهم تصميم المنهج والعناصر الرئيسية للبرنامج. ويساعد التدريب السليم المعلمين على فهم سبب أهمية تصميم البرنامج ويوفر الأساس للالتزام بالوقاية. كما إن إنشاء نظام مراقبة لتقييم تنفيذ البرنامج وتوفير المساعدة الفنية المستمرة من شأنه أن يضمن الإخلاص فى التنفيذ. كما أن تكيف أو تعديل التدخل من قبل المنفذين أو صناع السياسات هو عملية طبيعية. ويزيد هذا التكيف من احتمالية رؤية المشاركين للبرنامج باعتباره ذا صلة يحقق النتائج المرجوة. ويتضمن التكيف معالجة المعتقدات الثقافية والقيم واللغة والصور المرئية ولكنه لا يعنى تغيير الأساس النظرى للتدخل. ومن المهم أن نتذكر؛ وخصوصاً بالنسبة للتدخلات القائمة على الأدلة، الحفاظ على هدف البرنامج من خلال الحفاظ على البرنامج بالكامل. وهذا يمثل التوازن بين الإخلاص، وتقديم برنامج التدخل الوقائى كما هو موصوف أو مصمم من قبل أولئك الذين طوروا البرنامج، وتعديل محتوى البرنامج لاستيعاب احتياجات المستهدفين.

كما أن هناك اتفاقاً فى مجال الوقاية على أن الوقاية عملية تتم على مدى العمر. والعوامل المرتبطة بزيادة مخاطر البدء فى تعاطى المواد المخدرة تحدث عبر مراحل النمو، مما يشير إلى أن التدخلات يجب أن تتم فى نقاط نمو رئيسية بما فى ذلك الرضاعة، والطفولة المبكرة، وما قبل المراهقة، والمراهقة. وقد تكون التدخلات المبكرة مع الأطفال المعرضين للخطر أكثر فعالية على المدى الطويل. ومع ذلك؛ فإن النتائج المتوقعة من التدخلات لكل مرحلة من مراحل النمو ليست واضحة.

وأخيراً؛ ينبغى على المسؤولين عن المدارس أن يدركوا حقيقة مفادها أن مجال الوقاية من تعاطى المواد المؤثرة على العقل جديد نسبياً. ذلك أن المعرفة التى تتراكم لدى الباحثين فى مجال الوقاية تتغير مع تطور استراتيجيات التدخل والمنهجيات الإحصائية. فضلاً عن ذلك فإن البحوث التى تخدم فى توجيه تطوير التدخلات الوقائية، أى علم الأوبئة والعلوم السلوكية، تتطور أيضاً، وأخيراً فإن العوالم الثقافية وتأثيراتها على أطفالنا تتغير باستمرار. وما قد يكون فعالاً بالنسبة للمراهقين اليوم قد لا يكون بنفس القدر من الفعالية بالنسبة لإخوتهم الأصغر سناً عندما يدخلون سن المراهقة. وتشير مثل هذه التغييرات إلى الاهتمام المستمر بتحديث رسائل الوقاية واستراتيجياتها.

المراجع

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-264.
- Battistich, V., Schaps, E., Watson, M., Solomon, D., & Lewis, C. (2000). Effects of the Child Development Project on students' drug use and other problem behaviors. *The Journal of Primary Prevention*, 21(1), 75-99.
- Bernard, B. (1994). *Guides for the journey from risk to resilience*. Western Center News, 7. Portland, OR: Western Regional Center Drug-Free Schools and Communities, Northwest Regional Educational Laboratory.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., & Kerner, J. (1989). A skills training approach to smoking prevention among Hispanic youth. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 279-296.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a three-year study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 58, 437-446.
- Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2006). Drug Abuse Prevention Curricula in Schools. In: Sloboda, Z., Bukoski, W.J. (eds) *Handbook of Drug Abuse Prevention*. Handbooks of Sociology and Social Research.
- Buchner, J. C., & Cain, A. C. (1998). Prevention science research with children, adolescents, and families: Introduction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(4), 508-511.
- Bruckner, T. A., Domina, T., Hwang, J. K., Gerlinger, J., Carpenter, C., & Wakefield, S. (2014). State-level education standards for substance use prevention programs in schools: A systematic content analysis. *Journal of Adolescent Health*, 54(4), 467-473.
- Bukoski, W. J. (1991). A definition of drug abuse prevention research. In L. Donohew, H. E. Sypher, & W. J. Bukoski (Eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention* (pp. 3-21). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Campello, G., Sloboda, Z., Heikkil, H., & Brotherhood, A. (2014). International standards on drug use prevention: The future of drug use prevention world-wide. *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*, 1(2), 6-27.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asamow, 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.
- Donaldson, S. I., Sussman, S., MacKinnon, D. P., Severson, H. H., Glynn, T., Murray, D. M., & Stone, E. J., (1996). Drug abuse prevention programming: Do we know what content works? *American Behavioral Scientist*, 39, 868-883.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2011). *European drug prevention quality standards*. Lisbon, Portugal: European Drug Prevention Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Evans, R. I., Rozelle, R. M., Mittlemark, M. B., Hansen, W. B., Bane, A. L., & Havis, J. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modelling. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 126-135.
- Evans-Whipp, T., Beyers, J. M., Lloyd, S., Lafazia, A. N., Toumbourou, J. W., Arthur, M. W., & Catalano, R. F. (2004). A review of school drug policies and their impact on youth substance use. *Health Promotion International*, 19(2), 227-234.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>.

- Fisher, D. A., Armstrong, B. K., & DeKier, N. H. (1983). A randomized-controlled trial of education for prevention of smoking in 12-year-old children. In paper presented at the fifth World Conference on Smoking and Health. Winnipeg, Canada.
- Falck, R., & Craig, R. (1988). Classroom-oriented primary prevention programming for drug abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20, 403-407.
- Fletcher, A. (2015). School culture and classroom climate. In K. Bosworth (Ed.), *Prevention science in school settings: Complex relationships and processes* (pp. 273–286). New York, NY: Springer.
- Flynn, B. S., Worden, J. K., Seeker-Walker, R. H., Pirie, P. L., Badger, G. J., Carpenter, J. H., & Geller, B. M. (1994). Mass media and school interventions for cigarette smoking prevention: Effects 2 years after completion. *American Journal of Public Health*, 84, 1 148-1 150.
- Forster, J. L., & Wolfson, M. (1998). Youth access to tobacco: Policies and politics. *Annual Review of Public Health*, 19, 203–2335.
- Glantz, M. D., & Pickens, R. W. (Eds., 1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Glantz, M. D., & Johnson, J. L. (1999). *Resilience and development—Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 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(1), 64-105.
- Hurd, P., Johnson, C. A., Pechacek, T., Bast, C. P., Jacobs, D., & Luepker, R. (1980). Prevention of cigarette smoking in 7th grade students. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 15-28.
- Institute of Medicine, (1996). Prevention. In *Pathways of addiction: Opportunities in drug abuse research* (pp. 139-158). Washington, DC: National Academy Press.
- Johnson, C. A., MacKinnon, D. P., & Pentz, M. A. (1996). Breadth of program and outcome effectiveness in drug abuse prevention. *American Behavioral Scientist*, 39, 884-896.
- Kearney, A. L., & Hines, M. H. (1980). Evaluation of the effectiveness of a drug prevention education program. *Journal of Drug Education*, 10, 127-134.
- Kellam, S. G., Wang, W., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H., Ompad, D. C., Or, F., ... Windham, A. (2014). The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders in young adulthood. *Prevention Science*, 15(Suppl 1), S6–S18.
- Leshner, A. I. (1999). Institute will expand research into the interaction of genetics and environment in vulnerability to drug abuse and addiction. NIH Publication No. 99-3478. *NIDA Notes*, 13(6), 3-4, 12.
- McGuire, W. J. (1968). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 136-314). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Mrazek, R. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Institute on Drug Abuse, *A Research-Based Guide*. Second edition: 2003.
- National Institutes of Health (1998). *Preventive intervention research at the crossroads: Contributions and opportunities from the behavioral and social sciences—Conference proceedings*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.
- Pellmar, T. C., & Eisenberg, L. (2000). *Bridging disciplines in the brain, behavioral, and clinical sciences*. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.
- Pentz, M. A. (2003). Anti-drug-abuse policies as prevention strategies. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention: Theory, science, and practice* (pp. 217– 244). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Perry, C., Killen, J., Slinkard, L. A., & McAlister, A. L. (1983). Peer teaching and smoking prevention among junior high students. *Adolescence*, 9, 277-281.

- Plaut, T. E (1967). Alcohol problems: A report to the nation. A report of the Cooperative Commission on Alcoholism. New York: Oxford University Press.
- Resnicow, K., & Botvin, G. J. (1993). School-based substance use prevention programs: Why do effects decay? *Preventive Medicine*, 22, 484-490.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W., McGray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schaps, E., Bartolo, R. D., Moskowitz, J., Palley, C. S., & Churgin, S. (1981). A review of 127 drug abuse prevention program evaluations. *Journal of Drug Issues*, 11, 17-4.
- Schaps, E., Moskowitz, J. M., Malvin, J. H., & Scheffer, G. H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: A final report on the Napa Project. *International Journal of the Addictions*, 21, 1081-1112.
- Sloboda, Z., & Bukoski, W. J. (2006). *Handbook of drug abuse prevention* (1st ed. 2006.).
- Society for Prevention Research. (2011). Standards of knowledge for the science of prevention. Retrieved from <http://www.preventionresearch.org/advocacy/#SofK>.
- Stuart, J. (1974). Teaching facts about drugs: Pushing or preventing? *Journal of Educational Psychology*, 66, 189-201.
- Sussman, S. (1996). Development of a school-based drug abuse prevention curriculum for high-risk youth. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28, 169-182.
- Sussman, S., Dent, C. W., Simon, T. R., Stacy, A. W., Galaif, E. R., Moss, M. A., Craig, S., & Johnson, C. A. (1995). Immediate impact of social influence-oriented substance abuse prevention curricula in traditional and continuation high schools. *Drugs & Society*, 8, 65-81.
- Thompson, E. A., Hom, M., Herting, J. R., & Eggert, L. L. (1997). Enhancing outcomes in an indicated drug prevention program for high-risk youth. *Journal of Drug Education*, 27, 19-41.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tobler, N. S., & Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). International standards for drug use prevention. Retrieved from <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

Abstract

Drug Prevention in Schools From a Prevention Science Perspective

Mahmoud Bastamy

Schools are the focus of most attempts to develop effective approaches to drug prevention. In addition to their traditional educational mission, schools often have a responsibility to address a variety of social and health problems, such as health education targeting tobacco, alcohol, and drug use, and other behavioral problems. Although there is some debate about whether schools should provide such programs, particularly with renewed concerns about academic standards, schools provide the most efficient outreach to large numbers of children and adolescents. Moreover, many educators now recognize that some problems, such as drug use, are a major barrier to achieving educational goals. Thus, ministries of education in most countries, especially developed ones, have included "drug-free schools" as one of their goals for improving the quality of education. Early school-based approaches to drug prevention were based on intuitive concepts about how to prevent drug use. They included information dissemination, emotional education, and alternative programming. Modern approaches to prevention are based on rational-psychological theories of human behavior and include training in social resistance skills and competence-enhancing approaches. However, this requires taking advantage of the successive developments in prevention science in order to develop an effective and integrated preventive model in the school context.